



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Rozvoj
Systému
Sociálních
Služeb

Komparativní analýza poskytování zdravotní péče v pobytových službách komunitního a ústavního charakteru

Rozvoj systému sociálních služeb

Základní údaje

Analýza je zpracována v rámci projektu „Rozvoj systému sociálních služeb“, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739, který je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Zadavatel:

Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčnickém právu 1/376, 128 01 Praha 2
IČ: 00551023

Zpracovatel:

enovation s.r.o.
Sokolovská 698/115b, 186 00 Praha 8
IČ: 27909751

The logo for 'enovation' is displayed in a bold, red, lowercase sans-serif font. The letter 'e' is stylized with a small gap at the top.

Obsah

1	Manažerské shrnutí	8
2	Kontext, cíl a obsah komparativní analýzy	18
3	Metodologie řešení	21
3.1	Metody sběru dat	21
3.1.1.	Desk research	27
3.1.2.	Neformální individuální rozhovory	37
3.1.3.	Dotazníková šetření	38
3.2	Metody analýzy dat	46
3.2.1.	Případové studie	53
3.3	Kontrola validity	53
3.4	Slabé stránky metodologie a realizace studie	54
4	Teoretická východiska	56
4.1	Sociální služby v kontextu sociálního zabezpečení	56
4.2	Druhy a typy sociálních služeb	60
4.2.1.	Domovy pro seniory	67
4.2.2.	Domovy se zvláštním režimem	70
4.2.3.	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	72
4.3	Deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb v ČR	73
4.4	Poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb	78
5	Analýza účelnosti farmakoterapie a výstupy lékových auditů	81
5.1	Farmakoterapie v pobytových zařízeních sociálních služeb	83
5.2	Zjištění z lékových auditů	90
5.2.1.	Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle typu a druhu zařízení	90
5.2.2.	Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle kapacity zařízení	99
5.2.3.	Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle zapojení ošetřujících lékařů ..	100
5.2.4.	Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle zajištění ošetřovatelské péče 106	
5.2.5.	Vyhodnocení rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí	114
6	Návrh opatření a doporučení	119
7	Příloha: Používané pojmy v oblasti farmakoterapie	130

Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozdělení klientů do skupin dle rizika nežádoucí lékové interakce	9
Tabulka 2: Navržená doporučení na základě realizovaných zjištění	12
Tabulka 3: Ganttův diagram zpracování studie	20
Tabulka 4: Struktura oslovených poskytovatelů sociálních služeb	22
Tabulka 5: Primárně oslovená zařízení ke spolupráci	23
Tabulka 6: Finální struktura zapojených pobytových zařízení	24
Tabulka 7: Počty zapojených klientů pobytových zařízení do projektu	25
Tabulka 8: Skupiny respondentů pro jednotlivé metody sběru dat	27
Tabulka 9: Odborná literatura a další zdroje dat pro desk research	28
Tabulka 10: Záznamový arch off-line dotazníkového šetření	40
Tabulka 11: Doplnující otázky pro poskytovatele pobytových služeb	41
Tabulka 12: Struktura online dotazníkového šetření	42
Tabulka 13: Struktura zařízení zúčastněných doplňkového on-line šetření	45
Tabulka 14: Kategorie rozdělení klientů dle počtu léčivých přípravků	48
Tabulka 15: Kritéria komparativní analýzy	52
Tabulka 16: Zařízení sociálních služeb v ČR	62
Tabulka 17: Počty pobytových zařízení sociálních služeb 2013–2022	63
Tabulka 18: Počty lůžek pobytových sociálních zařízení v letech 2012 až 2021 ..	65
Tabulka 19: Typy lékových auditů	89
Tabulka 20: Zařazení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce v rozlišení na ústavní a komunitní zařízení	92
Tabulka 21: Index účelnosti farmakoterapie ústavních a komunitní zařízení	93
Tabulka 22: Účelnost farmakoterapie v domovech se zvláštním režimem	93
Tabulka 23: Účelnost farmakoterapie v domovech pro seniory	94

Tabulka 24: Účelnost farmakoterapie v domovech pro osoby se zdravotním postižením	94
Tabulka 25: Index účelnosti farmakoterapie podle druhu poskytované služby	95
Tabulka 26: Porovnání poskytovatelů podle kapacit služeb	99
Tabulka 27: Způsob zajištění konzultace při změně zdravotního stavu pacienta	103
Tabulka 28: Příprava léků v zařízeních (kdo připravuje léky pro klienty).....	109
Tabulka 29: Podávání léků klientům (kdo podává léky klientům)	110
Tabulka 30: Podávání léků bez ordinace lékaře	111
Tabulka 31: Návrhy na změnu organizace podávání léčivých přípravků ze strany zdravotnického personálu zařízení pobytových služeb	112
Tabulka 32: Průměrné riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí podle druhu a typu zařízení.....	114
Tabulka 33: Riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí dle počtu užívaných léčivých přípravků.....	116
Tabulka 34: Srovnání zařízení dle procentuálního vyhodnocení rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí dle užívaných léčivých přípravků	117
Tabulka 35: Návrhy doporučení a opatření	120

Seznam grafů

Graf 1: Zapojení klienti podle druhu a typu poskytované pobytové služby	26
Graf 2: Struktura zařízení zúčastněných doplňkového on-line šetření	45
Graf 3: Vývoj počtu pobytových zařízení sociálních služeb 2013–2022	64
Graf 4: Vývoj počtu lůžek pobytových sociálních zařízení 2012–2021	66
Graf 5: Věková struktura seniorů v zařízeních sociálních služeb k 31. 12. 2021..	68
Graf 6: Věková struktura klientů v domovech pro seniory k 31.12. 2021.....	69
Graf 7: Věková struktura klientů v domovech se zvláštním režimem k 31. 12. 2021	72
Graf 8: Rozdělení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce	90

Graf 9: Zařazení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce v rozlišení na ústavní a komunitní zařízení.....	91
Graf 10: Indexy účelnosti farmakoterapie podle druhu poskytované služby	96
Graf 11: Indexy účelnosti farmakoterapie podle druhu a typu pobytové služby....	97
Graf 12: Srovnání zapojených zařízení podle účelnosti farmakoterapie.....	98
Graf 13: Porovnání kapacit a účelnosti farmakoterapie	100
Graf 14: Zajištění praktického lékaře pro klienty zařízení	101
Graf 15: Srovnání účelnosti farmakoterapie podle počtu registrujících praktických lékařů	102
Graf 16: Vztah počtu odborností a počtu užívaných léčivých přípravků.	104
Graf 17: Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle počtu a typu odborností ..	105
Graf 18: Index účelnosti farmakoterapie podle počtu a typu předepisujících odborností	106
Graf 19: Porovnání účelnosti farmakoterapie podle způsobu zajištění ošetrovatelské péče	107

Seznam schémat

Schéma 1: Participující zařízení dle kraje, typu a druhu poskytovaných služeb... 25	25
Schéma 2: Sociální služby jako součást sociálního zabezpečení	57
Schéma 3: Projekce obyvatelstva ČR	70
Schéma 4: Přeměna DOZP ústavního typu	77

Seznam použitých zkratek

APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
CPT	Evropský výbor pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání
ČFS	Česká farmaceutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s.
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČSÚ	Český statistický úřad
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DS	Domov pro seniory
DZR	Domov se zvláštním režimem
CHB	Chráněné bydlení
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
LP	Léčivý přípravek
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSN	Organizace spojených národů
PIL	Příbalová informace léčivého přípravku (patient information leaflet)
PL	Praktický lékař
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

1 Manažerské shrnutí

Předkládaná studie s názvem „**Komparativní analýza poskytování zdravotní péče v pobytových službách komunitního a ústavního charakteru**“, která je výstupem analýzy a zhodnocení poznatků z lékových auditů, dotazníkového šetření a neformálních individuálních rozhovorů se zástupci pobytových sociálních služeb, byla zpracována v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí s názvem „Rozvoj systému sociálních služeb“, zabývajícím se vytvářením prostředí pro zkvalitnění a rozvoj systému sociálních služeb“.

Studie, která je rozdělena na **úvodní část**, zahrnující metodologii šetření, **teoretická východiska**, **část analytickou** a **závěrečnou**, byla zpracována ve třech na sebe navazujících fázích, zaměřených postupně na:

(1) zjištění současného stavu a úrovně kvality poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách,

(2) zhodnocení poznatků z lékových auditů, desk research, dotazníkových šetření a neformálních individuálních rozhovorů se zástupci pobytových služeb v pobytových zařízeních,

3) navržení možných opatření a doporučení.

Na sběr dat, který proběhl prostřednictvím metody desk research, dvou off-line dotazníkových šetření, doplňujícího on-line dotazníkového šetření a neformálních individuálních rozhovorů se zástupci pobytových zařízení, navázala kvantitativní a kvalitativní analýza získaných dat a informací, jejíž výstupy následně vedly k identifikaci základních zjištění, pro která byla v závěrečné části práce definována doporučení a návrhy možných opatření.

Do předkládané studie bylo aktivně zapojeno celkem **14 pobytových zařízení sociálních služeb**, domovů pro seniory (DS), domovů pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) a domovů se zvláštním režimem (DZR), v rámci nichž byla hodnocena data v oblasti účelnosti farmakoterapie, a to u **celkem 301 zapojených klientů**.

Výstupy šetření byly zpracovány třemi základními metodami:

- procentuálním vyhodnocením míry rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí dle počtu užívaných léčivých přípravků,
- rozřazením klientů do kategorií A, B a C¹ dle rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí, které již posuzuje konkrétní užívané léčivé přípravky a závažnost nežádoucí lékové interakce, která mezi nimi může vzniknout,
- porovnáním účelnosti farmakoterapie v definovaných kategoriích na základě vypočteného „indexu účelnosti farmakoterapie“².

Z celkového počtu 301 klientů bylo na základě nežádoucí lékové interakce 58 klientů zařazeno do kategorie A s nízkým rizikem vzniku interakcí, 132 klientů bylo zařazeno do kategorie B s rizikem střední nebo významné interakce, a 111 klientů do kategorie C s rizikem závažné interakce.

Tabulka 1: Rozdělení klientů do skupin dle rizika nežádoucí lékové interakce

Zapojení klienti	A	B	C
301	58	132	111
100 %	19 %	44 %	37 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

¹ Kategorie A: U léčivých přípravků neexistuje žádná či pouze málo závažná interakce. V případě, že léčivé přípravky předepsal pouze jeden lékař, není uvedeno žádné další doporučení. Pouze v případě výskytu podezření na nežádoucí účinky či nežádoucí lékové interakce je doporučeno konzultovat tyto s předepisujícím lékařem.

Kategorie B: Jedná se o středně závažnou až významnou interakci. V případě, že léčivé přípravky předepsal pouze jeden lékař, není uvedeno žádné další doporučení. Pokud byly léčivé přípravky předepsány ze strany více různých lékařů, obecně je doporučována konzultace, ať už jde o samotné léčivé přípravky, či jejich dávkování tak, aby bylo možné zabránit nežádoucím lékovým interakcím).

Kategorie C: Jedná se o významnou až závažnou interakci. Předepsané léčivé přípravky je v tomto případě doporučeno konzultovat s předepisujícím lékařem/lékaři či klinickým farmaceutem při nejbližší možné příležitosti a nastavit adekvátní opatření.

² Pro každý případ (sadu dat klienta) byl k výsledku A přiřazen 1 bod, k výsledku B bylo přiřazeno 0,5 bodu a k výsledku C bylo přiřazeno 0 bodů. Celkový počet bodů byl následně vydělen počtem klientů, do výzkumu zařazených, k získání průměrné hodnoty na jednoho klienta daného zařízení.

Pokud by tedy všechny hodnocené případy spadaly do skupiny A, dosáhl by výsledný index hodnoty 1, tedy 100 %. Pokud by všechny případy spadaly do skupiny B, dosáhl by výsledný index hodnoty 0,5, tedy 50 %, a pokud by se všechny zkoumané případy medikace nacházely z pohledu účelnosti farmakoterapie ve skupině C, byla by výsledná hodnota 0, tedy 0 %.

Podle míry účelnosti farmakoterapie, v rámci které mohla zařízení získat 0 % až 100 %, byl rozdíl mezi zařízením, umístěným na prvním místě, (77,5 %) a posledním umístěným zařízením (20,2 %) celkem 57,3 procentních bodů.

Na úrovni jednotlivých zařízení však účelnost farmakoterapie nezávisí na kategoriích, jako je například typ služby, region, právní forma nebo například zřizovatel, ale rozdíly mezi zařízeními ve většině případů vycházejí z počtu do terapie zapojených lékařských odborností a s tím související struktury diagnóz, což v jisté míře odráží také druh zařízení (DZR, DS, DOZP).

V rámci realizovaných šetření tak **nebyly v účelnosti farmakoterapie zjištěny rozdíly mezi ústavními a komunitními typy služeb** a můžeme konstatovat, že typ zařízení v rozdělení na ústavní a komunitní služby nemá vliv na účelnost farmakoterapie. Stejně tak **nebyl zaznamenán vztah mezi účelností farmakoterapie a kapacitou jednotlivých zařízení.**

I když se druhy zařízení (DZR, DS, DOZP) liší svým účelem, cílovou skupinou, věkem klientů nebo jejich diagnózami, tyto rozdíly by neměly být samy o sobě důvodem k různé účelnosti farmakoterapie. Z výzkumu přesto **vyplývají rozdíly v účelnosti farmakoterapie mezi jednotlivými druhy zařízení**, kdy jako nejzávažnější byly identifikovány výsledky auditů v DZR, kde byla účelnost farmakoterapie stanovena průměrně na 26 %, zatímco v DS v průměru na 44 % a DOZP dokonce průměrně na 48 %.

Zatímco **účelnost farmakoterapie neovlivňuje počet registrujících praktických lékařů**, kteří s daným zařízením spolupracují a kteří sehrávají v péči o klienty zásadní, ideálně také koordinační roli, významným faktorem je počet předepisujících odborností, který se odvíjí od počtu a struktury diagnóz. Z výsledků komparace vyplynulo, a to bez ohledu na počet užívaných léčivých přípravků (LP), že účelnost farmakoterapie je nejlépe zajištěna v případě praktického lékaře jako jediného předepisujícího odborníka. Se zapojením dalších odborností se účelnost farmakoterapie snižuje, což koresponduje se skutečností, že se se zapojením každé další odbornosti zvyšuje potřeba koordinace lékařské péče, spolupráce a sdílení informací. Nedostatečná spolupráce mezi lékaři se pak negativně odráží v bezpečnosti a účinnosti farmakoterapeutického režimu.

I když zajištění farmakoterapie probíhá v pobytových zařízeních primárně ze strany ošetřujících lékařů, v jejichž kompetenci je také revize a případné změny s ohledem na stav a potřeby pacienta, je cestou maximální optimalizace farmakoterapie, a to platí především pro nestandardní případy (například velké množství užívaných léčivých přípravků), využití klinického farmaceuta. Jeho výkon může být indikován ošetřujícím lékařem a hrazen v rámci úhradových mechanismů zdravotního pojištění. Jedná se o výkon zdravotní složky péče, který by neměl být v současném nastavení systému financování zdravotních a sociálních služeb pobytových zařízení zatížit rozpočet pobytového zařízení, ani jím nemůže být vykazován a administrován.

Druhou, neméně významnou složkou zdravotní péče poskytované klientům pobytových zařízení, je vedle péče lékařské také péče ošetrovatelská, která může být zajištěna vlastními zaměstnanci, nebo prostřednictvím externího poskytovatele zdravotních služeb. Z porovnání výstupů lékových auditů v rámci studie nevyplývají **žádné jednoznačné závěry z hlediska vztahu mezi účelností farmakoterapie a způsobem zajištění ošetrovatelské péče**. To je dáno již tím, že oba způsoby zajištění ošetrovatelské péče se liší především formou spolupráce (právními podmínkami spolupráce a jejím administrativním a organizačním zajištěním)³, což nezakládá automaticky důvod k jiné intenzitě nebo kvalitě poskytované ošetrovatelské péče.

Na základě realizovaných šetření a identifikovaných zjištění byla v závěru studie pro oblast poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních formulována doporučení. Jedná se celkem o 7 doporučení, jejichž zkrácené formulace jsou uvedeny v následující tabulce.

³ Rozdíl mezi dvěma zmíněnými formami zajištění ošetrovatelské péče je postaven na skutečnosti, že v prvním případě je péče zajištěna vlastním zaměstnancem, zatímco v případě druhém je péče zajištěna zaměstnancem externího poskytovatele služeb.

Tabulka 2: Navržená doporučení na základě realizovaných zjištění

1. Hlubkové šetření v souvislosti se zajištěním zdravotní péče se zaměřením na oblast léčivých přípravků

Doporučujeme ve spolupráci MPSV a MZ ČR realizovat **hlubkový výzkum v poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních zařízeních se zaměřením na lékové audity**, realizované přímo v těchto zařízeních s nahlížením do zdravotnické dokumentace a za intenzivní spolupráce s registrujícími praktickými lékaři, dalšími lékařskými odbornostmi a nelékařským zdravotnickým personálem v daných zařízeních.

Výzkum by měl zahrnovat minimálně 28 pobytových zařízení, zahrnujících minimálně 14 zařízení komunitního charakteru a 14 zařízení institucionálního charakteru, minimálně 7 domovů pro seniory, 7 domovů se zvláštním režimem a 7 domovů pro osoby se zdravotním postižením. Předmětem výzkumu by měla být **komparace výstupů lékových auditů** pobytových zařízení srovnávaných především podle režimu poskytování zdravotní péče, tedy podle **rozsahu ordinačních hodin, počtu spolupracujících lékařských odborností a podle formy a intenzity spolupráce⁴ mezi ošetřujícími lékaři**.

Výsledky výzkumu navrhujeme zasadit do širší analýzy poskytování zdravotních a sociálních služeb v pobytových zařízeních, zahrnující také **příklady dobré praxe a analýzu přístupu v zahraničí**.

2. Využití sdíleného lékového záznamu ze strany předepisujícího lékaře/lékařů

S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie navrhujeme, aby předepisující (ošetřující) lékař/lékaři, především a vždy pak registrující praktický lékař, využívali při preskripci léčiv konkrétnímu pacientovi možnost **nahlížení do sdíleného**

⁴ Intenzita (míra či stupeň) spolupráce mezi ošetřujícími lékaři je dána především četností vzájemných konzultací v rámci formálních setkávání, písemné a ústní komunikace, ale také organizačním nastavením podmínek komunikace a kulturou pracoviště podporující mezioborovou spolupráci.

lékového záznamu klienta (mimo případů, kdy klient se sdílením údajů v lékovém záznamu aktivně vyslovil nesouhlas), což by umožnilo snazší koordinaci farmakoterapie především v případech, kdy zdravotní péče poskytována více odbornostmi.

Předepisující lékař tak získá možnost přehledu přes všechny předepsané léčivé přípravky, které klientovi předepsal nejen on, ale také ostatní předepisující lékaři dalších odborností. Jedná se o základní pomůcku pro lékaře v rámci preskripce.

Přestože v rámci sdíleného lékového záznamu zatím nejsou k dispozici funkce umožňující posouzení lékových interakcí či duplicit (duplicity se označí pouze v případě předepsání zcela totožného léčivého přípravku identifikovaného dle kódu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), jedná se o velmi užitečný nástroj, který může předepisujícím lékařům při vyhodnocování potenciálních nežádoucích interakcí velmi pomoci.

Je-li léčivý přípravek pro konkrétního klienta vydáván v lékárně individuálně, v tomto ohledu sehrává důležitou roli také **vydávající lékárník**, který může v rámci výdeje předepsaného léčivého přípravku taktéž nahlédnout do sdíleného lékového záznamu a na eventuální rizika upozornit.

Jedná se o doporučení směřované k předepisujícím lékařům a vydávajícím lékárníkům, pro něž není využívání lékového záznamu legitimní povinností, nýbrž možností. Nahlížení do sdíleného lékového záznamu v rámci preskripce, resp. výdeje, je tak čistě na rozhodnutí předepisujícího lékaře, resp. vydávajícího lékárníka, kteří zároveň nemohou do záznamu nahlížet v případě, že s tím pacient aktivně vyslovil nesouhlas.

3. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při současném užívání více než 5 léčivých přípravků ze strany předepisujícího lékaře

S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie doporučujeme, aby jednotliví předepisující lékaři využívali možnosti nechat posoudit předepsané léčivé

přípravky ze strany klinického farmaceuta, a to u klientů, kteří souběžně užívají více než 5 léčivých přípravků minimálně 1x za 6 měsíců.

Od 1. 1. 2022 byl za tímto účelem zaveden nový zdravotní výkon, a to „**Konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem**“, který je určen pro komplikované pacienty v ambulantní péči **po indikaci ošetřujícím lékařem**. Z **veřejného** zdravotního pojištění má pak takto indikovaný pacient nárok na zhodnocení medikace klinickým farmaceutem, a to v rámci specializovaného pracoviště klinické farmacie, kde se identifikuje, posoudí a zhodnotí klinický dopad užívaných léků a následně řeší prevenci či přímo lékové problémy.

4. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při zapojení tří a více medicínských odborností

S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie doporučujeme, aby předepisující praktičtí lékaři využívali možnosti nechat posoudit předepsané léčivé přípravky ze strany klinického farmaceuta, a to u klientů, u kterých se na preskripci podílí tři a více medicínských odborností.

Od 1. 1. 2022 byl za tímto účelem zaveden nový zdravotní výkon, a to „**Konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem**“, který je určen pro komplikované pacienty v ambulantní péči **po indikaci ošetřujícím lékařem**.

Z **veřejného** zdravotního pojištění má pak takto indikovaný pacient nárok na zhodnocení medikace klinickým farmaceutem, a to v rámci specializovaného pracoviště klinické farmacie, kde se identifikuje, posoudí a zhodnotí klinický dopad užívaných léků a následně řeší prevenci či přímo lékové problémy.

5. Zajištění trvalých služeb klinického farmaceuta pro celé pobytové zařízení sociálních služeb

V souladu s doporučeními č. 2, 3 a 4 s cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie navrhujeme, aby byla nastavena pravidelná spolupráce mezi předepisujícím lékařem a klinickým farmaceutem, který by prováděl jak pokročilé/vstupní lékové audity, tak pravidelnou revizi nastavené medikace, a komunikoval by se všemi předepisujícími lékaři a dalšími profesemi.

6. Standardy účelnosti farmakoterapie

V souladu s doporučeními č. 1–5 doporučujeme vytvořit **Standardy pro sledování, revize a případné úpravy farmakoterapie** v pobytových zařízeních, které by mimo jiné stanovily podmínky, frekvenci a hloubku revizí a rozdělení kompetencí v této oblasti mezi klinické farmaceuty a lékaře a jejich vzájemnou komunikaci.

Pro zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení vzniklo Doporučení České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP, kterým se lze rovněž inspirovat v oblasti sociálně-pobytových služeb⁵.

Mimo stanovených postupů pro klinickou farmacii v systému lůžkové zdravotní péče existují stanovené postupy rovněž pro ambulantní zdravotní péči, kde se uplatňují stejné principy jako ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Metodika k provádění činností a pracovních postupů klinického farmaceuta je zpracována a její fungování je ověřeno praxí na klinických odděleních⁶. Stejně tak

⁵ Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. Doporučení ČOSKF ČLS JEP k zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení v ČR. Praha: ČSL JEP, 2012. Dostupné online na: https://www.coskf.cz/media/files/doporuzeni_coskf.pdf.

⁶ Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Klinická farmacie – Klinickofarmaceutická péče a zdravotnický systém v ČR. Praha: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-61-7. Dostupné online na: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7176-klinicka-farmacie.pdf>.

existuje metodika pro vykazování výkonu klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče hospitalizovaným pacientům⁷.

Navrhujeme dále tyto Standardy pilotně testovat v referenční síti bonifikovaných pobytových zařízeních a na základě tohoto testování Standardy dále aktualizovat s ohledem na nastavení financování ze strany zdravotních pojišťoven v rámci úhradových mechanismů (viz níže doporučení č. 7).

7. Pilotní testování Standardů účelnosti farmakoterapie

Doporučujeme **testování pilotních provozů** v rámci zavádění **Standardů účelnosti farmakoterapie** prostřednictvím pilotních projektů ve vybraných bonifikovaných pobytových zařízeních sociálních služeb se zahrnutím minimálně **5 pilotních zařízení** po dobu minimálně **12 měsíců**.

Zkušenostmi s testováním standardů a postupů v oblasti farmakoterapie disponují především zdravotnická zařízení, která jsou při poskytování zdravotní péče povinna pro zajištění účelné farmakoterapie vycházet ze zákona č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v rámci kterého je mimo jiné definována také klinickofarmaceutická péče. Stejně tak jsou v oblasti farmaceutické péče vázaná povinnostmi danými vyhláškou č. 99/2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Při optimalizaci péče mohou také využívat dostupné standardy v oblasti farmakoterapie (viz doporučení č. 6) a vytvářet podrobnější metodiky, postupy a standardy pro své kliniky a oddělení s ohledem na specifika daného zařízení.

Například Fakultní nemocnice Na Bulovce vytvořila Metodiku k optimalizaci individuální farmakoterapie pacienta již v průběhu let 2006 až 2009⁸ na referenčním onkologickém oddělení. Po pilotním zavedení se pak model

⁷ Gregorová J, Linhartová A, Murínová I. Metodika vykazování výkonů klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče hospitalizovaným pacientům. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-711-2.

⁸ Gregorová J., Netíková I., Bačová J., Šíma M. Jaká je role klinického farmaceuta v lůžkovém zařízení. In *Medical Tribune*. 2011.

osvědčil také na dalších klinikách a odděleních, jako je například infekční klinika, chirurgie nebo interní oddělení.

Dále navrhujeme komplexně **zhodnotit efektivitu a nákladovost implementace standardů účelnosti farmakoterapie** v pobytových zařízeních sociálních služeb, nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria, podle nichž se efektivita a nákladovost bude měřit, a komplexně vyhodnotit situaci z hlediska finanční náročnosti.

2 Kontext, cíl a obsah komparativní analýzy

Předkládaná studie „**Komparativní analýza poskytování zdravotní péče v pobytových službách komunitního a ústavního charakteru**“ (dále jen „studie“) byla zpracována v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí s názvem „**Rozvoj systému sociálních služeb**, reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739“, který se zabývá vytvářením prostředí pro zkvalitnění a rozvoj systému sociálních služeb a soustředí se mimo jiné také na problematiku poskytování zdravotní péče v pobytových službách komunitního a ústavního charakteru.

Studie byla zadána v reakci na prokázaný nárůst poskytované zdravotní péče v sociálních službách, související s narůstajícím počtem polymorbidních klientů s lékovou polypragmazií, a tedy i zvýšeným rizikem lékových interakcí, ale také v reakci na výstupy řady tuzemských i zahraničních studií, které poukazují na množství (a často i nevhodnost) užívaných léků klienty pobytových služeb. V této souvislosti také Evropský výbor pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (CPT) ve své zprávě z října roku 2018 vyzval Českou republiku (ČR) k důkladné revizi lékové oblasti v pobytových zařízeních sociálních služeb s cílem předcházení možného předávkování léčivými přípravky a polypragmazií.

Zadavatelem předkládané studie je Ministerstvo práce a sociálních věcí se sídlem Na Poříčnickém právu 1/376, 128 01 Praha 2 (dále Zadavatel) a jejím zpracovatelem společnost enovation s.r.o. se sídlem Sokolovská 695/115 b, 186 00 Praha 8 (dále Zpracovatel), která byla pro její vyhotovení vybrána na základě veřejné soutěže. Studie byla zahájena nabytím účinnosti smlouvy mezi Zadavatelem a Zpracovatelem dne 15. 11. 2022 a byla realizována v celkem třech na sebe navazujících fázích.

- **1. fáze: Zjištění současného stavu** a úrovně kvality poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních službách komunitního a ústavního typu na vzorku 14 pobytových zařízení sociálních služeb prostřednictvím lékových auditů na základě anonymizovaných podkladů existující zdravotnické dokumentace.

- **2. fáze: Zhodnocení poznatků z lékového auditu a dalších šetření** a komparace podle stanovených kritérií, včetně rozlišení na komunitní a ústavní formu pobytových zařízení a zjištění míry potřeby klinického farmaceuta s rozlišením na charakter pobytové služby poskytující zdravotní péči v souladu s § 36 zákona o sociálních službách⁹.
- **3. fáze: Návrh možných opatření a doporučení** v rozlišení podle míry jejich významnosti ke zlepšení kvality poskytování zdravotní péče poskytovateli pobytových sociálních služeb komunitního a ústavního typu.

⁹ § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Tabulka 3: Ganttův diagram zpracování studie

Rok		2022						2023									
Měsíc		Listopad		Prosinec				Leden			Únor			Březen			
Nabytí účinnosti smlouvy (15. 11. 2022)		x															
Komunikace a schůzky se Zadavatelem			x					x					x				
Desk research (sběr a analýza dat)																	
Vytvoření Metodiky výběru pobyt. služeb																	
Zaslání návrhu výběru pobytových služeb																	
1. měsíční report																	
Schválení návrhu poskytovatelů služeb																	
Připomínky Zadavatel k 1. reportu																	
Vypořádání připomínek k 1. reportu																	
1.	Příprava šetření v pobyt. zařízeních																
	Šetření v pobytových zařízeních																
	Zhodnocení poznatků																
	2. měsíční report																
	Připomínky k 2. reportu																
	Vypořádání připomínek k 2. reportu																
	Návrh možných opatření																
	3. měsíční report																
	Připomínky k 3. reportu																
	Vypořádání připomínek k 3. reportu																
2.	Zaslání finálního návrhu Zadavateli																
	Připomínky k návrhu Zadavatele																
	4. měsíční report																
	Vypořádání připomínek ke studii																
	Připomínky k 4. reportu																
	Vypořádání připomínek k 4. reportu																
3.	Akceptace finální verze studie																
	Vytištění a předání studie																
Konec účinnosti smlouvy (15. 3. 2023)																x	

Zdroj: Vlastní zpracování

3 Metodologie řešení

Vzhledem ke skutečnosti, že studie byla zpracována v rámci tří na sebe navazujících fází (viz výše), byly také metody využitě při jejím zpracování rozděleny a definovány pro každou z těchto fází zvlášť, a to v rozdělení na:

- **metody sběru dat** pro zjištění aktuálního stavu poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- **metody analýzy poznatků** z lékového auditu a dalších šetření,
- **metodika tvorby návrhu opatření a doporučení.**

3.1 Metody sběru dat

Metodika výběru poskytovatelů pobytových služeb komunitního a ústavního typu zahrnuje postup výběru zařízení, která byla oslovena k participaci na studii, a kritéria jejich výběru.

Pro zpracování komparativní analýzy (studie) byl primárně vybrán vzorek 14 poskytovatelů pobytových služeb, jejichž struktura byla v souladu s:

- kritérii zadávací dokumentace stanoveným Zadavatelem,
- potřebami komparativní analýzy (příslušnost zařízení do stejné třídy klasifikace, typologie, nebo úrovně generalizace) s cílem dosáhnout požadovaných výstupů,
- prevencí rizik spojených s případným nedostatkem získaných informací a dat.

Kritéria pro primární oslovení pobytových zařízení byla definována již v přípravné fázi studie ve 3 oblastech se 4 záměry, tzn. že byla stanovena kritéria struktury zapojených zařízení s cílem vybrat takový vzorek, který odpovídá následujícím záměrům.

Tabulka 4: Struktura oslovených poskytovatelů sociálních služeb

Oblast 1	Geografická struktura
Záměr 1	Geograficky rovnoměrně rozložená struktura
Kritérium výběru	<ul style="list-style-type: none"> - v každém kraji ČR alespoň jedno vybrané zařízení - alespoň 2 „náhradníci“ na území Čech - alespoň 2 „náhradníci“ na území Moravy
Oblast 2	Zřizovatel a provozovatel
Záměr 2	Vzorek zahrnuje zařízení s různým zřizovatelem
Kritérium výběru	<ul style="list-style-type: none"> - alespoň 6 zařízení, kde je zřizovatelem kraj - alespoň 3 zařízení, kde je zřizovatelem obec - alespoň 1 zařízení kde je zřizovatelem nezisková organizace
Oblast 3	Typ a druh zařízení
Záměr 3	Vzorek zahrnuje vyvážený počet poskytovatelů pobytové komunitní¹⁰ a ústavní péče
Kritérium výběru	<ul style="list-style-type: none"> - alespoň 7 zařízení komunitního typu - alespoň 7 zařízení ústavního typu - alespoň 2 „náhradníci“ komunitního typu - alespoň 2 „náhradníci“ ústavního typu
Záměr 4	Vzorek zahrnuje Domovy pro seniory (DS), Domovy se zvláštním režimem (DZR) i Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)
Kritérium výběru	<ul style="list-style-type: none"> - alespoň 3 domovy pro seniory - alespoň 3 domovy se zvláštním režimem - alespoň 3 domovy pro osoby se zdravotním postižením - alespoň 1 domov pro seniory na pozici „náhradník“ - alespoň 1 domov se zvláštním režimem na pozici „náhradník“ - alespoň 1 domov pro osob se zdravotním postižením na pozici „náhradník“

Zdroj: Vlastní zpracování.

¹⁰ Komunitní služba splňuje Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace, platná od 1. 4. 2022 a vydaná MPSV ČR.

Na základě definovaných záměrů a kritérií bylo v prvním kole osloveno 14 zařízení v následujícím složení.

Tabulka 5: Primárně oslovená zařízení ke spolupráci

	Kraj	DS	DZR	DOZP
1	Hl. m. Praha	x		
2	Středočeský kraj	x		
3	Jihočeský kraj		x	
4	Plzeňský kraj		x	
5	Karlovarský kraj	x		
6	Ústecký kraj		x	
7	Liberecký kraj			x
8	Královéhradecký kraj			x
9	Pardubický kraj		x	
10	Kraj Vysočina			x
11	Jihomoravský kraj			x
12	Zlínský kraj			x
13	Olomoucký kraj		x	
14	Moravskoslezský kraj			x

Zdroj: Vlastní zpracování.

Křížky označují, ve kterém kraji byl daný druh zařízení osloven s tím, že červené podbarvení představuje zařízení ústavního typu a modré podbarvení představuje zařízení komunitního typu. Jak z tabulky vyplývá, celkem šest zařízení (červené písmo v přeškrtnuté buňce) odmítlo spolupráci a do projektu se nezapojilo. Naopak osm primárně oslovených zařízení se spoluprací souhlasilo.

Pro doplnění vzorku participujících zařízení do jejich minimálního počtu muselo být postupně osloveno dalších devět poskytovatelů pobytových sociálních služeb, než vznikla jejich finální sestava odpovídající účelu studie a splňující poměr 1:1 mezi počtem ústavních zařízení a komunitních zařízení s přihlédnutím k maximálnímu počtu zapojených krajů.

Finální struktura zapojených (spolupracujících) poskytovatelů a jejich zařízení, ve kterých v rámci studie proběhla od začátku prosince 2022 až do začátku února 2023 jednotlivá šetření včetně samotných lékových auditů, zahrnuje 3 domovy

pro seniory, 4 domovy se zvláštním režimem a 7 domovů pro osoby se zdravotním postižením. V rozdělení podle typu služby se pak jedná o 7 ústavních zařízení a 7 komunitních zařízení.

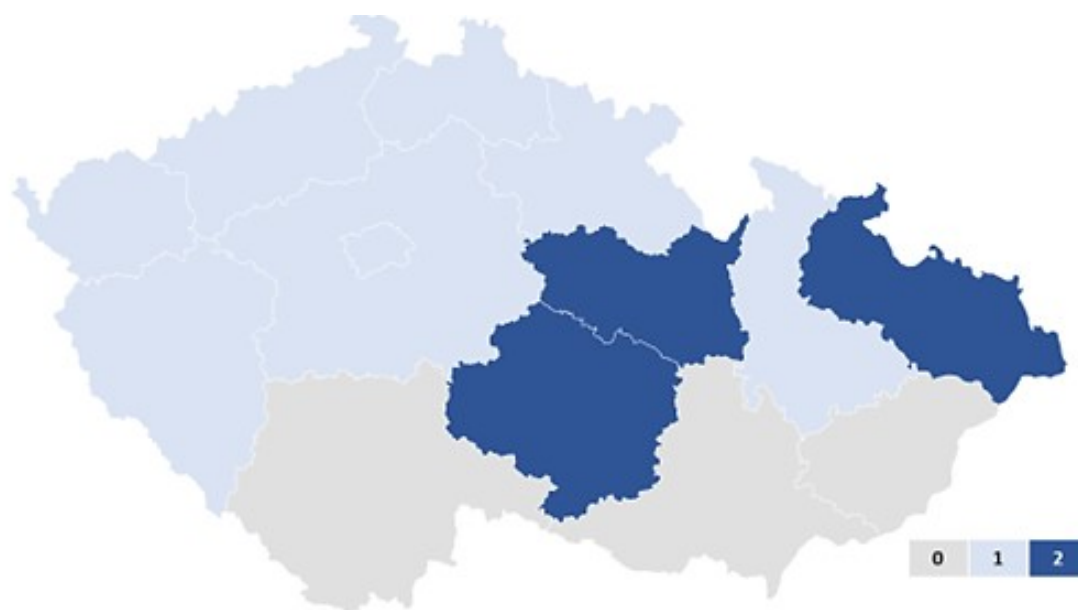
Tabulka 6: Finální struktura zapojených pobytových zařízení

Kraj	DS	DZR	DOZP	Celkem
Hlavní město Praha	x			1
Středočeský kraj	x			1
Jihočeský kraj				0
Plzeňský kraj			x	1
Karlovarský kraj	x			1
Ústecký kraj		x		1
Liberecký kraj			x	1
Královéhradecký kraj			x	1
Pardubický kraj			x	1
			x	1
Kraj Vysočina		x	x	2
Jihomoravský kraj				0
Zlínský kraj				0
Olomoucký kraj		x		1
Moravskoslezský kraj		x	x	2
Celkem	3	4	7	14

Zdroj: Vlastní zpracování.

Počet klientů/uživatelů v participujících domovech se pohybuje od 6 do 120 a jedná se o zařízení z celkem 11 krajů. Ze tří krajů (Jihomoravský kraj, Jihočeský kraj a Zlínský kraj) se nepodařilo zapojit žádné z oslovených zařízení.

Schéma 1: Participující zařízení dle kraje, typu a druhu poskytovaných služeb



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Zhodnocení získaných dat v rámci realizovaných šetření, včetně sběru dat pro lékové audity, bylo postaveno na získaných informacích ze všech zapojených zařízení a datech od celkem 301 klientů pobytových zařízení, z nichž je:

- 178 klientů ústavních zařízení,
- 123 klientů komunitních zařízení.

V rozdělení podle druhu služby pak bylo zapojeno:

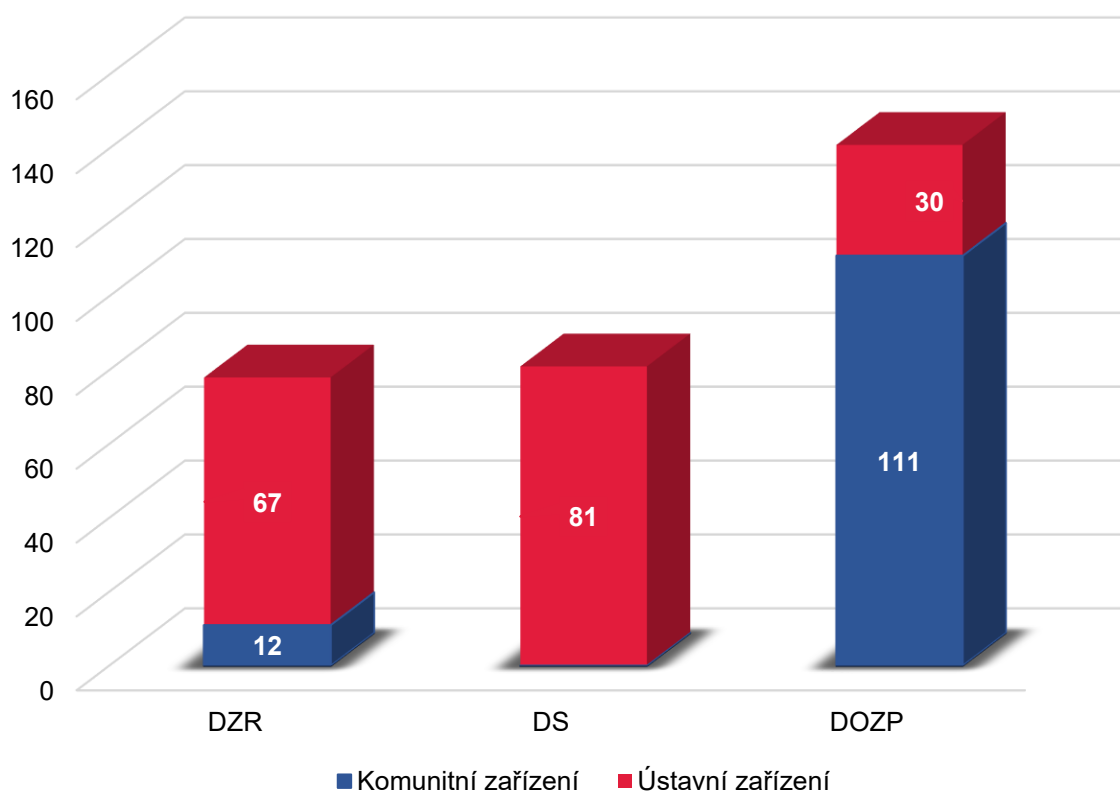
- 81 klientů domovů pro seniory,
- 78 klientů domovů se zvláštním režimem,
- 141 klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Tabulka 7: Počty zapojených klientů pobytových zařízení do projektu

Druh zařízení Typ zařízení	DZR	DS	DOZP	Celkem	
Komunitní zařízení	12	0	111	123	40,9 %
Ústavní zařízení	67	81	30	178	59,1 %
Celkem	79	81	141	301	100,0 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Graf 1: Zapojení klienti podle druhu a typu poskytované pobytové služby



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Do projektu se tak podařilo zapojit dostatečný počet zařízení ústavního i komunitního typu. Navzdory skutečnosti, že komunitní zařízení ve většině disponují nižšími kapacitami, podařilo se v rámci nich vyhodnotit data 123 klientů, tedy 41 % všech do výzkumu zařazených klientů.

Ve spolupráci s vybranými zařízeními, která souhlasila s účastí na projektu, byl následně zahájen sběr dat a informací, a to prostřednictvím předem definovaných metod sběru dat:

- desk research (obsahová analýza),
- off-line dotazníkové šetření,
- on-line dotazníkové šetření
- neformální individuální rozhovory.

Následující tabulka shrnuje zapojení respondentů (zástupců participujících zařízení) do jednotlivých šetření podle metod sběru dat.

Tabulka 8: Skupiny respondentů pro jednotlivé metody sběru dat

Metoda sběru dat	Zapojení respondenti
Neformální individuální rozhovory	<ul style="list-style-type: none"> - zástupci managementu pobytových zařízení - zástupci zdravotní složky pobytových zařízení
Off-line dotazníkové šetření – záznamový arch	<ul style="list-style-type: none"> - zástupci zdravotní složky pobytových zařízení
Off-line dotazníkové šetření – otázky ke způsobu zajištění zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> - zástupci zdravotní složky pobytových zařízení
On-line dotazníkové šetření* doplňující otázky	<ul style="list-style-type: none"> - zástupci zdravotní složky pobytových zařízení

Zdroj: Vlastní zpracování.

Nastavení spolupráce a sběr dat z jednotlivých zařízení trvalo od počátku prosince 2022 do začátku února 2023. Tato fáze zpracování studie byla časově její nejnáročnější fází, což bylo způsobeno celou řadou faktorů včetně epidemiologické situace nebo probíhajících vánočních svátků, které s sebou přinesly snížení personálních kapacit v zařízeních a nedostatek času pro spolupráci při sběru dat a dalších informací.

3.1.1. Desk research

Metoda desk research („výzkum od stolu“) byla využívána v průběhu celého zpracování studie a spočívala ve sběru a analýze sekundárních dat, tedy ve vyhledání, sběru, rešerši, analýze a vyhodnocení již existujících dostupných informací a relevantních dokumentů s cílem nastudování a zhodnocení informací v dané oblasti pro formulaci závěrů a doporučení.

Seznam odborné literatury a dalších zdrojů pro desk research je uveden v následující tabulce.

Tabulka 9: Odborná literatura a další zdroje dat pro desk research

Zdroje dat pro desk research	
Odborná literatura	<ul style="list-style-type: none"> • da Costa FA, van Mil, JWF, Alvarez-Risco A. <i>The pharmacist guide to implementing pharmaceutical care</i>. 1st ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2019, 506 p. ISBN 978-3-319-92575-2. • Edwards LD, Fletcher AJ, Fox AW, Stonier PD. <i>Principles and practice of pharmaceutical medicine</i>. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.; 2007; 761:p. ISBN 978-0-470-09313-9. • Gregorová J, Linhartová A, Murínová I. <i>Metodika vykazování výkonů klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče hospitalizovaným pacientům</i>. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-711-2. • Gregorová J., Netíková I., Bačová J., Šíma M. Jaká je role klinického farmaceuta v lůžkovém zařízení. In <i>Medical Tribune</i>. 2011. • Hendl, J. 2005. <i>Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace</i>. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2. • Holmerová, I., Vaňková H. Funkční stav a potřeba zdravotní péče v zařízeních pro seniory in HOLMEROVÁ et al. <i>Zdravotní problematika dlouhodobé péče</i>, Praha, Grada, 2015. • Horecký, J., Potůček, M., Cabrnach, M., Kalvach, Z. <i>Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče</i>. Praha:

Zdroje dat pro desk research

	<p>Asociace poskytovatelů soc. služeb ČR, 2021. ISBN: 978-80-88361-14-5. Dostupné online na: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STUDIE%20LCT%202021_FINAL.pdf.</p> <ul style="list-style-type: none">• Močárková Z. <i>Analýza lékových problémů identifikovaných farmaceutem při dispenzační činnosti a vliv intervence farmaceuta směrem k předepisujícím lékařům</i>. [Rigorózní práce]. Hradec Králové: Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové; 2013. 147 stran.• Suchopár, J. : <i>Kompendium lékových interakcí</i>. Praha: Infopharm, 2004. 2048 stran.• Vytečková, Renata a kol. <i>Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. – speciální část</i>. Praha: Grada Publishing, 2015. 252 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
Doporučené postupy a standardy	<ul style="list-style-type: none">• Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. <i>Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR</i>. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN: 978-80-904668-8-3.• Ministerstvo práce a sociálních věcí. <i>Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 1/2010</i>. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010. Dostupné online na: www.mpsv.cz• Ministerstvo práce a sociálních věcí. <i>Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou</i>, 2016. Dostupné online na: www.mpsv.cz.

Zdroje dat pro desk research

	<ul style="list-style-type: none">• Ministerstvo práce a sociálních věcí. <i>Manuál transformace ústavů</i>. Praha: MPSV, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0. Dostupné online na: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual-T-ustavu.pdf.
Odborné studie a strategie	<ul style="list-style-type: none">• Centre for Policy on Ageing, UK. <i>Safety of Medicines in Care Homes: Managing and administering medication in care homes for older people: A review of information and literature</i>, 2019. Dostupné online na: https://www.nationalcareforum.org.uk/wp-content/uploads/2019/11/Managing-and-administering-medication.pdf.• Český statistický úřad. <i>Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100</i>. Praha: ČSÚ, 2018. Dostupné online: https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf.• Český statistický úřad. <i>Senioři v ČR v datech</i>. In <i>Lidé a společnost</i>. Český statistický úřad: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3302-9.• Český statistický úřad. <i>Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021</i>. Český statistický úřad :Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách: https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1.• Ministerstvo práce a sociálních věcí. <i>Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti</i>. Praha: MPSV, 2007. 26 stran. Dostupné

Zdroje dat pro desk research

online na: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovych-socialnich-sluzeb>.

- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014. 60 stran. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/III.pdf/43a14079-b2e1-ae19-ae85-6641f32f7857>.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022. 30 stran. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Krit%C3%A9ria+transformace+a+DI.pdf>.
- Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. *Bydlení (nejen) pro osoby se zdravotním postižením*. Praha, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6. Dostupné online na: <http://www.trass.cz>.
- Odberg KR, Hansen BS, Wangensteen S. *Medication administration in nursing homes: A qualitative study of the nurse role*. Nursing Open. 2019;6:384–392. Dostupné online na: <https://doi.org/10.1002/nop2.216>.
- Veřejný ochránce práv. *Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv,

Zdroje dat pro desk research

	<p>2020. ISBN 978-80-7631-019-3. Dostupné online na: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017NZOV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.</p> <ul style="list-style-type: none">• World Health Organization. <i>10 facts on patient safety</i>. Geneva: 2018. Dostupné online na: https://www.who.int/features/factfiles/patient-safety/en/.
Odborné články	<ul style="list-style-type: none">• Awotwe C, Makiwane M, Reuter H, et al. Critical evaluation of causality assessment of herb-drug interactions in patients. In <i>British Journal of Clinical Pharmacology</i>. 2018;84(4):679-693.• Burgess LH, Cohen MR, Denham CR. A new leadership role for pharmacists: a prescription for change. In <i>Journal of Patient Safety</i>. 2010; 6(1): 31–37.• Guthrie B et al: The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. In: <i>BMC Medicine</i>. 2015;13:74.• Hradilová, A. Nepravidelné podání léků s tlumivým účinkem v pobytových zařízeních sociálních služeb. In <i>Sociální služby</i>, číslo 6-7, 2013, dostupné online na: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/67_2013_Nepravidelne-podani-leku.pdf• Langhamrová, J., Průša, L. Jaký je skutečný rozsah ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb? In <i>FÓRUM sociální politiky</i>. 2016, č. 2.• Mach, J., 2018. Novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. <i>Tempus Medicorum</i>. [online]. Zář 2018,

Zdroje dat pro desk research

	<p>ročník 27, vyd. 9. ISSN 1214-7524. Dostupné online na: https://tep.zzshmp.cz/bulletin-vzdelavatel-2018.</p> <ul style="list-style-type: none">• Malý, J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. In <i>Klinická farmakologie a farmacie</i>. Ročník 34, 2020, číslo 3.• Ministerstvo práce a sociálních věcí. <i>Doporučený postup 5/2022: Transformace ústavní péče pro osoby s vysokou mírou podpory</i>, 2021. Dostupné online na: http://rsss.mpsv.cz/wp-content/uploads/2022/02/RIJEN_2021.pdf.• Prokeš M, Suchopár J. Spolehlivost počítačových programů poskytujících elektronickou podporu preskripce v oblasti lékových interakcí. In <i>Klinická Farmakologie a farmacie</i>. 2010;24(4):190-196.• Státní ústav pro kontrolu léčiv. <i>Farmakoterapeutické informace 02/2022</i>. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022. Dostupné online na: https://www.sukl.cz/sukl/farmakoterapeuticke-informace.• Vlček J, Fialová D, Malý J, Pávek P, Halačová M, Doseděl M, Kotolová H, Horská K. Koncepce oboru klinická farmacie I., vzdělávací část. In <i>Česká a slovenská farmacie</i>. 2016; 65(Suppl): 1–20.
Legislativa	<ul style="list-style-type: none">• Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.• Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zdroje dat pro desk research

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- 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, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- Vyhláška č. 252/2019 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

Zdroje dat pro desk research

	<ul style="list-style-type: none">• Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicíně.• Úmluva Organizace spojených národů (OSN) o právech osob se zdravotním postižením.
Internetové stránky	<ul style="list-style-type: none">• eRecept – oficiální stránky. Dostupné online na: https://www.epreskripce.cz/.• Internetové stránky zapojených zařízení• Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné online na: https://www.mpsv.cz/web/cz.• Ministerstvo práce a sociálních věcí. Transformace sociálních služeb. Dostupné online na: https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb.• Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby. Dostupné online na: https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1.• Ministerstvo zdravotnictví ČR Tisková zpráva ze dne 19. 12. 2022. <i>Respirační nemoci jsou na vzestupu, většina krajů už eviduje epidemii</i>. Dostupné online na: https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/respiracni-nemoci-jsou-na-vzestupu-vetsina-kraju-uz-eviduje-epidemii/.• Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Dostupné online na: https://www.trass.cz.• Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Projekty MPSV – TRANSFORMACE. Dostupné online na: http://www.trass.cz/index.php/projekty-mpsv/#TSS.

Zdroje dat pro desk research

	<ul style="list-style-type: none">• Rozvoj systému sociálních služeb. Dostupné online na: http://rsss.mpsv.cz/.• Registrační list – 05752: konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem. Databáze zdravotních výkonů. Dostupné online na: https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/05752.• Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Ostatní oborové klasifikace a škály. Dostupné online na: https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly.
Veřejné databáze a registry	<ul style="list-style-type: none">• Registr poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné online na https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb.• Databáze zdravotních výkonů. Dostupné online na: https://szv.mzcr.cz/.• Databáze léků. Dostupné online na: https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php.• Katalog vzdělávacích akcí. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Dostupné online na: https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/katalog-vzdelavacich-akci.

Zdroj: Vlastní zpracování.

3.1.2. Neformální individuální rozhovory

Neformální individuální rozhovory¹¹ představovaly jednu z metod získávání primárních dat, tedy podrobných informací z terénu. Jednalo se o neformální rozhovory se zástupci vedení poskytovatelů sociálních pobytových služeb, nebo s pracovníky ve zdravotní složce sociálních pobytových zařízení, v rámci kterých byly ve fázi navazování spolupráce získány základní informace ve zkoumané oblasti v návaznosti na probíhající desk research.

Jednalo se o osobní rozhovory, online rozhovory nebo rozhovory telefonické, jejichž cílem bylo získat informace o poskytování zdravotní péče, které se týkaly především formy a způsobu zabezpečení zdravotních služeb v zařízení, tedy ošetrovatelské a lékařské péče.

Rozhovory probíhaly v jednotlivých zařízeních v závislosti na jejich časových možnostech v prosinci 2022 a v lednu a v únoru roku 2023. Preferována byla vždy osobní návštěva a osobní rozhovor, který by umožnil užší interakci mezi tazatelem a respondentem a tím i získání většího množství relevantních informací. Tři ze 14 zařízení souhlasila s osobní schůzkou, s dalšími dvěma zařízeními byla realizována online schůzka (prostřednictvím platformy Zoom/Teams) a ostatní zařízení preferovala pouze telefonický kontakt v kombinaci s emailovou komunikací. Jako důvody preference online schůzky bylo uváděno především vysoké vytížení pracovníků v souvislosti s koncem účetního období a probíhajícími vánočními svátky, ale také epidemiologická situace (v jednom z oslovených zařízení se jednalo o tři zaměstnance s Covid-19, v dalších zařízeních se jednalo o prevenci akutních respiračních infekcí v době probíhající epidemie chřipky¹²).

¹¹ Neformální rozhovor je nestrukturovaný rozhovor, který umožňuje získat další důležité informace a podrobnosti ke zkoumanému tématu. Jeho výhodou spočívá v konverzační povaze, která umožňuje zohledňovat aktuální situaci a její vývoj. Otázky na respondenta jsou individualizované s cílem důsledného prozkoumání tématu.

V rámci předkládané studie byl neformální rozhovor realizován v jeho první fázi v průběhu představení výzkumu a navazování spolupráce z toho důvodu, že struktura výstupů z již probíhajícího desk research se u jednotlivých zařízení lišila – například každé zařízení disponuje jinou strukturou informací na svých webových stránkách, o některém zařízení jsou publikovány dostupné články, o jiných nikoliv nebo v jiné míře apod.

¹² Tisková zpráva MZ ČR ze dne 19. 12. 2022: *Respirační nemoci jsou na vzestupu, většina krajů už eviduje epidemii*. Dostupné online na: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/respiracni-nemoci-jsou-na-vzestupu-vetsina-kraju-uz-eviduje-epidemii/>.

Informace získané z rozhovorů doplnily celkovou představu o fungování jednotlivých zařízení a poskytly zajímavé postřehy a náměty ve zkoumané oblasti. Především pak ale doplnily výstupy z desk research k jednotlivým zařízením, které se (vzhledem k nestejnorodé struktuře informací z veřejně dostupných zdrojů) v některých případech lišily.

Na základě výstupů z rozhovorů byla následně vytvořena a realizována dotazníková šetření s otázkami, které umožnily získat odpovědi v unifikované podobě, využitelné pro následnou komparaci.

3.1.3. Dotazníková šetření

V rámci výzkumu byla realizována celkem dvě off-line dotazníková šetření, jejichž výstupy poskytly základní data pro provedení lékových auditů a následnou komparativní analýzu mezi jednotlivými typy zařízení.

Záznamových arch lékového auditu

Pro sběr primárních dat, která byla předmětem samotných lékových auditů, byl využit záznamový arch, který byl formou off-line dotazníkového šetření k dispozici všem zúčastněným zařízením k jeho vyplnění a dodání dat a informací v požadované struktuře. Nejednalo se tedy o poskytnutí zdravotnické dokumentace konkrétních klientů zařízení, nýbrž o vyplnění strukturovaných informací souvisejících s farmakoterapií vybraných klientů způsobem, kdy mohla být plně zachována jejich anonymita a zároveň tak mohlo být získáno co největší množství relevantních údajů.

Na základě informací získaných v rámci tohoto šetření byly provedeny lékové audity na úrovni jednotlivých zařízení a provedena komparativní analýza podle předem definovaných kritérií, následně identifikována základní zjištění a k nim definována doporučení, která jsou uvedena v závěrečné části této studie.

Pro získání údajů o konkrétních klientech, se zachováním jejich plné anonymity, byl dotazník strukturovaný následujícím způsobem:

- číselné označení klienta,
- věk klienta,
- pohlaví klienta,

- diagnózy klienta (uvedení diagnóz klienta dle mezinárodní klasifikace MKN-10, příp. vypsání celého názvu),
- specializace předepisujícího lékaře,
- frekvence fyzických návštěv u klienta (informace o tom, jak často probíhají fyzické návštěvy předepisujícího lékaře u klienta, či klienta u lékaře),
- předepisování léčivých přípravků po telefonické konzultaci Informace o tom, zda jsou klientovi předepisovány léčivé přípravky po telefonické konzultaci, tedy bez toho, aniž by lékař klienta či klient lékaře fyzicky navštívil, případně jak často, z jakého důvodu,
- seznam užívaných léčivých přípravků (uvedení celého obchodního názvu léčivého přípravku, na recept i volně prodejného),
- síla léčivého přípravku,
- léková forma léčivého přípravku,
- dávkování léčivého přípravku,
- specializace lékaře, který léčivý přípravek předepsal,
- pokyny a doporučení k užívání léčivého přípravku,
- užívání dle dávkování a doporučení (informace o tom, zda jsou doporučení dávkování a další doporučení související s užíváním léčivého přípravku ze strany klienta striktně dodržována),
- nežádoucí účinky léčivého přípravku (informace o tom, zda se při užívání konkrétního léčivého přípravku vyskytuje podezření na nežádoucí účinek léčivého přípravku),

Konkrétní podobu dotazníkového lékového archu, který byl distribuován jednotlivým zařízením s žádostí o poskytnutí anonymizovaných dat za každého do výzkumu zapojeného klienta, zobrazuje následující tabulka.

Tabulka 10: Záznamový arch off-line dotazníkového šetření

Formulář pro získání informací o užívaných léčivých přípravcích							
Informace o klientovi/pacientovi							
1) Číselné označení klienta/pacienta:		2) Věk klienta/pacienta:		3) Pohlaví klienta/pacienta:			
4) Diagnózy klienta/pacienta:							
Informace o užívaných léčivých přípravcích (LP)							
Informace o předepisujících lékařích a způsobu předepisování							
5) Předepisující lékař (specializace/odbornost)		6) Frekvence fyzických návštěv u klienta/pacienta		7) Předepisování LP po telefonické konzultaci			
Seznam všech užívaných léčivých přípravků							
8) Celý obchodní název LP	9) Síla LP	10) Léková forma	11) Dávkování	12) Další doporučení k užívání	13) Specializace předepisujícího lékaře (LP na předpis)	14) Užívání dle dávkování a doporučení	15) Nežádoucí účinky

Zdroj: Vlastní zpracování pro potřeby šetření 2022, 2023.

Otázky ke způsobu zajištění zdravotní péče

Druhé off-line dotazníkové šetření zahrnovalo doplňující otázky zaslané emailem všem spolupracujícím poskytovatelům sociálních služeb v návaznosti na jimi poskytnutá anonymizovaná data v oblasti účelné farmakoterapie.

Předmětem šetření byla především struktura personálu zařízení a také další informace s cílem potvrzení a aktualizace údajů, které byly již získány v rámci online/telefonické/osobní návštěvy zařízení, popřípadě z dostupných údajů veřejně přístupných na internetových stránkách jednotlivých zařízení. Strukturu off-line šetření ukazuje následující tabulka.

Odpovědi, o které byla požádána všechna zařízení, byly „párovány“ s výstupy lékových auditů a dalších zdrojů a byly dále využity pro formulaci zjištění a doporučení nejen na obecné úrovni, ale také na úrovni jednotlivých zařízení.

Tabulka 11: Doplňující otázky pro poskytovatele pobytových služeb

- 1. Jaký je aktuální počet využívaných lůžek, tedy kolik klientů je momentálně ve Vašem zařízení?*
- 2. Jaká je aktuální struktura a počet Vašich vlastních pracovníků (kolik všeobecných sester, praktických sester, pracovníků v sociálních službách)?*
- 3. Jaký je aktuální počet a struktura personálu ve službě při denní směně?*
- 4. Jaký je aktuální počet a struktura personálu ve službě při noční směně?*
- 5. Jakým způsobem (v jakém režimu) spolupracujete s praktickým lékařem? (např. jeden smluvní lékař pro všechny klienty)*
- 6. Spolupracujete s klinickým farmaceutem? Pokud ano, jakým způsobem?*

Zdroj: Vlastní zpracování

Výstupem tohoto šetření bylo získání celkem 14 validních dotazníků s odpověďmi, které se staly dalšími zdroji pro objektivizaci zjištění a následné definování doporučení a návrhů řešení v závěrečné fázi studie. Jejich vyhodnocení je součástí analytické části práce.

Doplňující otázky – Anonymní on-line dotazníkové šetření

S anonymním online dotazníkovým šetřením realizovaným prostřednictvím webového rozhraní s deseti otázkami byli osloveni poskytovatelé sociálních služeb, kteří v době jeho realizace ve druhé polovině ledna již poskytli podklady k lékovému auditu. Jednalo se celkem o 12 poskytovatelů, kteří odpovídali nejen za pobytová zařízení zapojená do výzkumu, ale rovněž za všechna jimi provozovaná zařízení.

V tomto případě se jednalo o sběr informací obecného charakteru, týkajících se ošetrovatelského procesu a zdravotnické dokumentace, což jsou oblasti, v rámci kterých se zařízení potýkají s celou řadou problémů a jejichž charakter nasvědčoval (na základě osobních rozhovorů se zástupci zařízení) tomu, že efektivnějším způsobem získání informací bude plně anonymizovaný sběr dat, který (což platí obecně) umožní respondentům být ve svých odpovědích více upřímnými. Cílem bylo získání dalších primárních kvalitativních dat přímo od poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají s danými oblastmi přímou zkušenost. Díky vysoké míře anonymity tedy nelze přiřadit odpovědi ke konkrétnímu zařízení nebo osobě.

Tabulka 12: Struktura online dotazníkového šetření

1. Prosím vyberte, o jaký druh zařízení se ve Vašem případě jedná? (Je možné zaškrtnout i více možností)
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory do 15 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory od 16 do 25 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory od 26 do 50 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro seniory s více než 50 klienty
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem do 15 klientů
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem od 16 do 25 klientů
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem od 26 do 50 klientů
<input type="checkbox"/> Domov se zvláštním režimem s více než 50 klienty
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením do 15 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením od 16 do 25 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením od 26 do 50 klientů
<input type="checkbox"/> Domov pro osoby se zdravotním postižením s více než 50 klienty

2. Jakým způsobem je zajištěna konzultace lékaře při změně zdravotního stavu pacienta?

- Praktický lékař je v zařízení k dispozici fyzicky v ordinačních hodinách, mimo ně je vždy k dispozici po telefonu.*
- Praktický lékař je k dispozici fyzicky nebo po telefonu pouze ve vymezených (ordinačních) hodinách.*
- Praktický lékař funguje v jiném režimu*

3. Kdo ve Vašem zařízení běžně připravuje léky?

- Všeobecná sestra*
- Praktická sestra*
- Pracovník v sociálních službách*
- Jiný pracovník, nebo více pracovníků:*

4. Podáváte v některých situacích léky bez ordinace lékaře (např. analgetika, hypnotika, léky v případě nachlazení atp.)?

- Ano*
- Ne*

5. Užívá klient léky pod dohledem personálu?

- Ano, všichni klienti užívají léky pod dohledem personálu*
- Někteří klienti užívají léky sami a někteří pod dohledem personálu*
- Ne, klienti užívají léky sami*

6. Kdo u vás běžně podává léky klientům?

7. Kdo a jak hodnotí stav klienta před podáním léčiva?

8. Kdo rozhoduje o podání léků v případě změny stavu pacienta? (změna vědomí, TK, glykémie)

9. Jakým způsobem provádíte záznam o tom, zda byl lék podán, či nepodán?

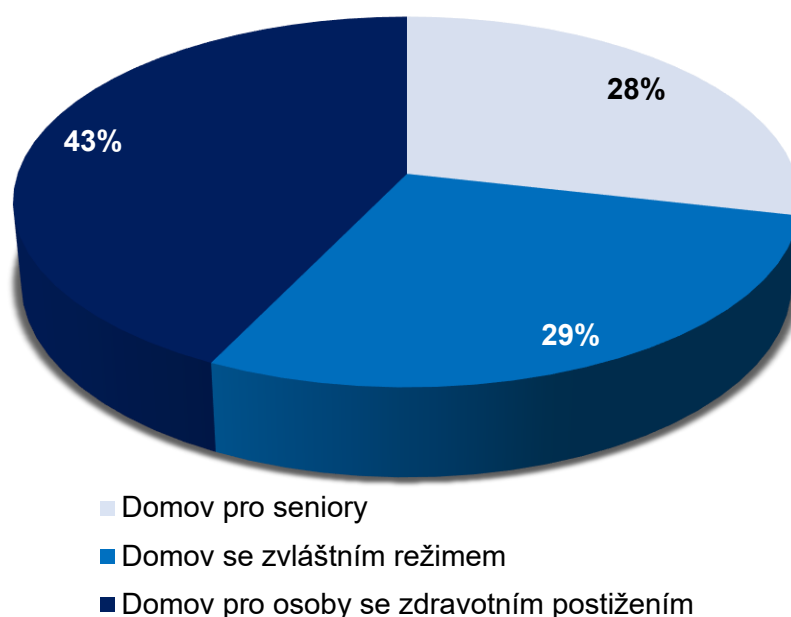
10. Jakou změnu legislativy/organizace byste uvítali ve vztahu k podávání léčivých přípravků?

<input type="checkbox"/> Více kvalifikovaného personálu (sestry)
<input type="checkbox"/> Možnost podávat bez ordinace lékaře volně prodejné léky
<input type="checkbox"/> Zvýšení kompetencí personálu
<input type="checkbox"/> Možnost volit místo obchodního názvu generikum
<input type="checkbox"/> Trvalý kontakt na lékaře s možností konzultace kdykoliv
<input type="checkbox"/> Spolupráce s klinickým farmaceutem
<input type="checkbox"/> Léky předem připravené lékárnou
<input type="checkbox"/> Jiné

Zdroj: Vlastní zpracování.

Z dotazníkového šetření bylo získáno celkem 12 validních dotazníků s odpověďmi, tzn. že se do něj formou on-line dotazníku zapojilo celkem 12 poskytovatelů sociálních pobytových služeb, kteří však dohromady zajišťují provoz celkem 14 zařízení, a to ve struktuře, kterou zachycují následující graf a tabulka.

Graf 2: Struktura zařízení zúčastněných doplňkového on-line šetření



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2023.

Tabulka 13: Struktura zařízení zúčastněných doplňkového on-line šetření

Provozovaná zdravotnická zařízení	
Domov pro seniory do 15 klientů	0
Domov pro seniory od 16 do 25 klientů	1
Domov pro seniory od 26 do 50 klientů	0
Domov pro seniory s více než 50 klienty	3
Domov se zvláštním režimem do 15 klientů	0
Domov se zvláštním režimem od 16 do 25 klientů	0
Domov se zvláštním režimem od 26 do 50 klientů	3
Domov se zvláštním režimem s více než 50 klienty	1
Domov pro osoby se zdravotním postižením do 15 klientů	1
Domov pro osoby se zdravotním postižením od 16 do 25 klientů	2
Domov pro osoby se zdravotním postižením od 26 do 50 klientů	1
Domov pro osoby se zdravotním postižením s více než 50 klienty	2
Celkem	14
Domov pro seniory	4
Domov se zvláštním režimem	4
Domov pro osoby se zdravotním postižením	6
Celkem	14

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2023.

3.2 Metody analýzy dat

Prostřednictvím kvalitativní a kvantitativní obsahové analýzy a následné komparace výstupů byla zpracována sekundární data získaná v rámci **desk research**.

Další, kvalitativní informace, získané v průběhu **neformálních rozhovorů** se zástupci poskytovatelů pobytových služeb, byly zpracovány kvalitativní analýzou (tematickou analýzou), jejíž výstupy umožnily získat hlubší porozumění informacím z desk research, dále vytvoření tematických celků a otázek pro dotazníková šetření a následnou komparaci v definovaných kategoriích.

Vedle toho byla kvantitativní analýzou zpracována ta část výstupů **dotazníkových šetření**, která zahrnovala kvantitativní data, kvantitativní analýzou ty výstupy dotazníkového šetření, které díky zařazení uzavřených otázek umožnily statistické zpracování výsledků včetně komparace mezi zařízeními a jejich následnou interpretaci.

Jednalo se především o kvantitativní analýzu dat z **dotazníkového šetření prostřednictvím záznamových archů**, která byla Zpracovateli studie poskytnuta v anonymizované podobě, tzn. že se samotnou zdravotnickou dokumentací, na základě které by mohlo dojít k identifikaci klienta, pracoval výhradně zdravotnický personál zařízení/poskytovatele.

Data získaná prostřednictvím záznamových archů představovala primární zdroj pro realizaci lékových auditů, jejichž cílem bylo vyhodnocení rizik u předepsaných a celkově užívaných léčivých přípravků u klientů pobytových zařízení sociálních služeb různého typu, a to jak s ohledem na celkové množství užívaných léčiv, tak s ohledem na odhalení případných duplicit (užívání léčivého přípravku se stejnou účinnou látkou/účinnými látkami pod jiným obchodním názvem) a nežádoucích lékových interakcí.

Hlavním účelem provedených lékových auditů bylo na základě zjištění vytvořit obecná doporučení pro zvýšení účelnosti farmakoterapie, ale také doporučení, díky nimž by bylo možné cílit na konkrétní klienty, u kterých je třeba preskripci léčivých přípravků optimalizovat a zabránit tak případným duplicitám a nežádoucím lékovým interakcím, a to s ohledem na věk klientů, jejich diagnózy a další specifika, která se váží k dlouhodobému pobytu v zařízení sociálních služeb.

Je třeba zdůraznit, že provedený lékový audit je z hlediska konkrétních klientů spíše orientačního charakteru a jeho cílem na úrovni konkrétních zařízení bylo poskytnout informace obecného rázu o tom, na základě jakých skutečností a jakým lékařem (specializace) jsou léčivé přípravky pacientům předepisovány a užívány a zda celkové množství a kombinace užívaných léčiv představuje pro klienty potenciální riziko, případně jak je toto riziko vysoké. Důvodem toho je zejména skutečnost, že Zpracovatel neměl k dispozici úplnou zdravotnickou dokumentaci konkrétních klientů a data, se kterými při lékovém auditu pracoval, byla získána prostřednictvím pracovníků daného zařízení sociální služeb. Výběr jednotlivých klientů rovněž nebyl randomizován ze strany Zpracovatele, který tak nemůže zaručit, že se jednalo opravdu o výběr náhodný.

Získané informace¹³ ze záznamových archů byly zpracovány ve formátu .xls, aby s nimi bylo možné dále kvalitativně i kvantitativně pracovat. K Jejich vyhodnocení pak byly využity **tři základní metody**, z nichž dvě se soustředily na úroveň jednotlivých klientů a třetí na porovnání zapojených zařízení podle definovaných kritérií:

- první z nich představuje **procentuální vyhodnocení míry rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí** dle počtu užívaných léčivých přípravků u jednotlivých klientů,
- druhou metodou je **rozřazení do kategorií A, B a C dle rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí**, které již posuzuje konkrétní užívané léčivé přípravky a závažnost nežádoucí lékové interakce, která mezi nimi může vznikat,
- třetí metoda umožňuje porovnání účelnosti farmakoterapie v definovaných kategoriích na základě vypočteného „indexu účelnosti farmakoterapie“.

¹³ Pořadové číslo klienta, věk klienta, pohlaví klienta, diagnózy klienta, obchodní název léčivého přípravku, síla léčivého přípravku, léková forma léčivého přípravku, dávkování léčivého přípravku, specializace předepisujícího lékaře, další pokyny k užívání léčivého přípravku a případná podezření na nežádoucí účinky.

Procentuální vyhodnocení míry rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí dle užívaných léčivých přípravků

Ke každému jednotlivému klientovi byl přiřazen celkový počet léčivých přípravků, které užívá, a klienti byli následně zařazeni do jedné z kategorií, jak ukazuje následující tabulka¹⁴.

Tabulka 14: Kategorie rozdělení klientů dle počtu léčivých přípravků

Počet užívaných léčivých přípravků	Riziko výskytu nežádoucích lékových interakcí
do 5	4 %
6 až 10	7 %
11 až 15	15 %
více než 16	více než 40 %

Zdroj: Suchopár, J.: *Kompendium lékových interakcí*. Praha: Infopharm, 2004. 2048 stran.

Zatímco procentuální vyhodnocení míry rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí u jednotlivých klientů naznačuje možný vznik rizika obecně s ohledem na počet léků, rozřazení do jednotlivých kategorií již posuzuje konkrétní nežádoucí lékové interakce či duplicitu¹⁵.

Rozřazení klientů do kategorií podle rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí

Z hlediska zevrubného posouzení všech užívaných léčivých přípravků byl klíčový zejména seznam všech obchodních názvů léčivých přípravků, jejich síla a dávkování a také informace o specializacích lékaře, který léčivé přípravky předepsal. U každého jednotlivého klienta bylo po posouzení výše uvedeného zvoleno písmeno A, B nebo C, které daného klienta přiřazuje z hlediska užívaných léčiv do jedné z kategorií specifikovaných níže.

¹⁴ Suchopár, J.: *Kompendium lékových interakcí*. Praha: Infopharm, 20025. 2004 stran.

¹⁵ Pro kompletní posouzení ze strany klinického farmaceuta je však nutné vzít v potaz také kompletní souhrn stanovených diagnóz, celkovou zdravotní anamnézu, věk a další specifika klienta.

Kategorie A

U léčivých přípravků neexistuje žádná či pouze málo závažná interakce. V případě, že léčivé přípravky předepsal pouze jeden lékař, není uvedeno žádné další doporučení. Pouze v případě výskytu podezření na nežádoucí účinky či nežádoucí lékové interakce je doporučeno konzultovat je s předepisujícím lékařem.

Kategorie B

Jedná se o středně závažnou až významnou lékovou interakci. V případě, že léčivé přípravky předepsal pouze jeden lékař, není uvedeno žádné další doporučení. Pokud byly léčivé přípravky předepsány ze strany více různých lékařů, obecně je doporučována konzultace, ať už jde o samotné léčivé přípravky, či jejich dávkování tak, aby bylo možné zabránit nežádoucím lékovým interakcím).

Kategorie C

Jedná se o významnou až závažnou interakci. Předepsané léčivé přípravky je v tomto případě doporučeno konzultovat s předepisujícím lékařem/lékaři či klinickým farmaceutem při nejbližší možné příležitosti a nastavit adekvátní opatření.

Dalším faktorem pro použité rozřazení byla specifika klientů, kteří ve zkoumaných zařízeních sociálních služeb pobývají. Jedná se o klienty trpící celou řadou závažných diagnóz (polymorbidních), v řadě případů rovněž ve vyšším věku (nad 60 let). Z toho vyplývá i množství předepsaných a celkově užívaných léčivých přípravků, které je oproti „běžné“ populaci nadprůměrné.

S ohledem na tato specifika je třeba tyto klienty posuzovat jinak, resp. mírněji, než by tomu bylo u „běžné“ populace. V řadě případů se tak vyskytla kombinace léčivých přípravků, u které by za normálních okolností bylo nutné považovat riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí za závažné, nicméně s ohledem na stav pacienta a jeho diagnózy a zpravidla i předepsání ze strany jednoho lékaře, byla taková kombinace léčiv vyhodnocena jako akceptovatelná, ve většině případů s dalšími doporučeními.

Na tomto místě je třeba uvést, že výše uvedené rozřazení je obecné, nicméně pro účely tohoto lékového auditu zcela dostačující. V případě, že by byl lékový audit prováděn za účelem získání detailních informací o konkrétních klientech, bylo by třeba rozřazení více specifikovat a zpřesnit.

Cílem tohoto lékového auditu tak bylo rozřazení klientů do jednotlivých kategorií a zjištění rizik, která z užívání léčiv pro klienty vyplývají.

Porovnání zařízení na základě indexu účelnosti farmakoterapie

Pro porovnání účelnosti farmakoterapie byla dále vytvořena metodika, která umožnila srovnat sady dat jednotlivých zařízení v definovaných kategoriích na základě vypočteného „indexu účelnosti farmakoterapie“.

K výstupům, které byly řazeny pro jednotlivé případy medikace do kategorií A, B a C, byly přiřazeny body pro každý případ (sadu dat klienta), kdy k výsledku A byl přiřazen 1 bod, k výsledku B bylo přiřazeno 0,5 bodu a k výsledku C bylo přiřazeno 0 bodů. Celkový počet bodů byl následně vydělen počtem klientů, kteří byli do výzkumu zařazeni, k získání průměrné hodnoty na jednoho klienta daného zařízení.

Pokud by tedy všechny hodnocené případy spadaly do skupiny A, dosáhl by výsledný index hodnoty 1, tedy 100 %. Pokud by všechny případy spadaly do skupiny B, dosáhl by výsledný index hodnoty 0,5, tedy 50 %, a pokud by se všechny zkoumané případy medikace nacházely z pohledu účelnosti farmakoterapie ve skupině C, byla by výsledná hodnota 0, tedy 0 %.

Kromě dat ze záznamových archů byla zpracovávána a analyzována data získaná v rámci šetření s doplňujícími dotazy k poskytování zdravotní péče v zapojených zařízeních. Jednalo se o analýzu informací a údajů na úrovni jednotlivých zařízení, zahrnující způsob zajištění ošetrovatelské a zdravotní péče nebo spolupráci s klinickým farmaceutem ve vztahu k počtu lůžek a druhu a typu pobytových služeb a výsledkům lékových auditů. Výstupy za jednotlivá zařízení pak byly v rámci komparativní analýzy porovnávány s cílem nalezení korelace, tedy ověření existence či neexistence vztahu mezi proměnnými. Interpretace výsledků komparativní analýzy byla doplněna tabulkami a grafy.

Komparace výstupů z kvalitativních a kvantitativních analýz byla realizována podle kritérií v těchto oblastech:

- typ a druh poskytovatele pobytových služeb,
- velikost zařízení (počty lůžek/klientů apod.),
- struktura a počet pracovníků a spolupracujících odborníků.

Jejich konkrétní složení ukazuje následující tabulka.

Tabulka 15: Kritéria komparativní analýzy

Kritérium	Varianty			
Zařízení pro poskytování služby	DS	DZR	DOZP	
Typ služby	Komunitní	Ústavní		
Počet klientů	do 15 klientů	16-25 klientů	26-50 klientů	nad 50 klientů
Ošetrovatelská péče	Vlastní zaměstnanci	Externí poskytovatel zdravotních služeb		
Klinický farmaceut	Ano	Ne		
Praktický lékař	Jediný praktický lékař pro všechny klienty	Více praktických lékařů (klienti mají své PL)	Kombinace	
Odbornosti předepisující léčivé přípravky	Pouze praktický lékař	Praktický lékař a psychiatr	Praktický lékař 1 lékař jiné odbornosti	Praktický lékař a 2+ lékařů jiných odborností

Zdroj: Vlastní zpracování.

3.2.1. Případové studie

V rámci analýzy bylo vypracováno celkem 14 případových studií, založených na detailním rozboru anonymizovaných dat a informací o zapojených zařízeních, získaných z rozhovorů, desk research a z dotazníkových šetření. Případové studie jsou součástí „neveřejné přílohy“ studie, neboť odkazují na konkrétní poskytovatele pobytové služby, kteří souhlasili se spoluprací na projektu pod podmínkou anonymity.

Případové studie jsou zpracovány v této struktuře:

- základní informace o zařízení a o poskytovateli,
- výsledky lékového auditu pro dané zařízení,
- porovnání výsledků lékového auditu s ostatními zařízeními zkoumaného vzorku (bez možnosti identifikace srovnávaných zařízení).

3.3 Kontrola validity

Validita byla v rámci výzkumu kontrolována ve fázi shromažďování informací a dat a ve fázi jejich analýzy a interpretace.

Při shromažďování informací a dat bylo využito především triangulace, a to s cílem překonat zkreslení, které hrozí při využití jediné metody, pozorovatele nebo teorie¹⁶. Jednalo se o triangulaci přístupů (kvantitativního a kvalitativního) a triangulaci metod, kdy byly informace a data získávány různými postupy, což je pro výzkumy, které kombinují kvalitativní a kvantitativní přístup, vhodné. Konkrétně se jednalo, jak je uvedeno výše v textu, o off-line dotazníková šetření, individuální neformální rozhovory a o metodu desk research.

Triangulací perspektiv pak byly získány různé pohledy v interpretaci dat získaných pro lékové audity prostřednictvím záznamových archů, k čemuž byly využity tři různé metody: procentuální vyhodnocení míry rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí jednotlivých klientů, rozřazení do kategorií A, B a C dle rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí jednotlivých klientů a porovnání účelnosti

¹⁶ Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

farmakoterapie v definovaných kategoriích na základě vypočteného „indexu účelnosti farmakoterapie“ (více viz 3.2 Metody analýzy dat).

Validace ve fázi analýzy a interpretace shromážděných informací a dat byla zajišťována především jasně definovanou metodikou výběru respondentů, která byla vytvořena před zahájením samotného výzkumu a schválena ze strany Zadavatele, a jasně definovanou metodikou analýzy dat a metodikou tvorby doporučení. Vedle toho široký řešitelský tým zahrnující odborníky ze zdravotnictví i sociální oblasti zvyšoval míru nestrannosti pohledu a kritičnosti. Velká pozornost byla věnována také faktorům, které mohou snižovat validitu (viz další podkapitola).

3.4 Slabé stránky metodologie a realizace studie

Zpracování studie doprovázelo několik (především metodických) omezení, která je třeba na tomto místě popsat, aby mohly být výstupy a výsledky analýz správně interpretovány.

V první řadě je snížena reprezentativnost dat, a to zejména z důvodů **nízkého počtu zapojených zařízení**. Vzorek 14 zařízení není zcela reprezentativním vzorkem z celkového počtu v České republice registrovaných zařízeních. Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb bylo k 20. 1. 2023 registrováno celkem 1 137 poskytovatelů domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mohou současně provozovat jedno, nebo více zařízení. Konkrétně se v ČR jedná o tuto strukturu poskytovatelů:

- 528 poskytovatelů domovů pro seniory,
- 209 domovů pro osoby se zdravotním postižením,
- 400 domovů se zvláštním režimem.

Nastavení minimálního počtu zapojených zařízení do studie ze strany Zadavatele, i když není pro zajištění plné reprezentativnosti dat dostačující, naopak odpovídá časovému rozmezí pro samotné zpracování studie, které bylo Zadavatelem stanoveno na dobu 3 měsíců včetně fáze sběru dat. Takto krátký časový interval by zahrnutí většího počtu zařízení neumožnil.

Druhým úskalím studie je **závislost výběru zařízení na ochotě spolupráce** ze strany poskytovatelů. Fáze oslovování zařízení byla ukončena v momentě,

kdy se podařilo získat pro spolupráci 14. zařízení, což se stalo v okamžiku oslovení 23. poskytovatele. I když oslovených zařízení bylo tedy celkem 23, spolupráci bylo možno zahájit jen s těmi, kteří o ni měli zájem, což byla vždy zařízení, která mají obecně zájem péči stále zlepšovat a řešit problémy, které v dané oblasti denně překonávají. Na tomto místě je nutné dodat, že někteří poskytovatelé odmítli spolupráci ze zcela objektivních důvodů, jako byl například právě probíhající proces transformace osloveného zařízení nebo velmi omezené personální kapacity, které by tak neumožnily intenzivnější spolupráci se Zpracovatelem v rámci projektu..

Třetí slabou stránkou je samotné **zapojení klientů**, resp. anonymizovaných dat uživatelů participujících zařízeních. V některých případech (především kvůli omezenému času a kapacitám) poskytla zařízení jen část dat, tzn. anonymizovaná data jen za část svých uživatelů. To samo o sobě nepředstavovalo pro výzkum problém, jelikož počty uživatelů jednotlivých zařízení se liší v některých případech dokonce v řádech (především mezi ústavními a komunitními typy služeb). Zapojení jen části klientů u těch zařízení, která disponují kapacitou přes 50 uživatelů, bylo pro následnou komparaci s dalšími zařízeními, disponujícími například kapacitou pro méně než 10 klientů, dokonce vhodnější a lépe uchopitelné. Zpracovatel však neměl vliv na zajištění zcela náhodného výběru zapojených klientů, což ve svém důsledku může snížit reprezentativnost vzorku.

Samotná studie se zároveň podle zadání soustředí pouze na **úzcce specifikovanou část poskytování zdravotních služeb** v pobytových zařízeních sociálních služeb, a to na farmakoterapii s cílem zjistit prostřednictvím lékových auditů vhodnost a účelnost lékového režimu včetně rizik lékových interakcí a možných nežádoucích účinků.

Vzhledem k výše uvedenému vnímáme předkládanou studii jako **sondu do dané problematiky** bez ambice zobecnění výsledků lékových auditů na celou cílovou populaci, tedy ústavní a komunitní pobytové služby.

4 Teoretická východiska

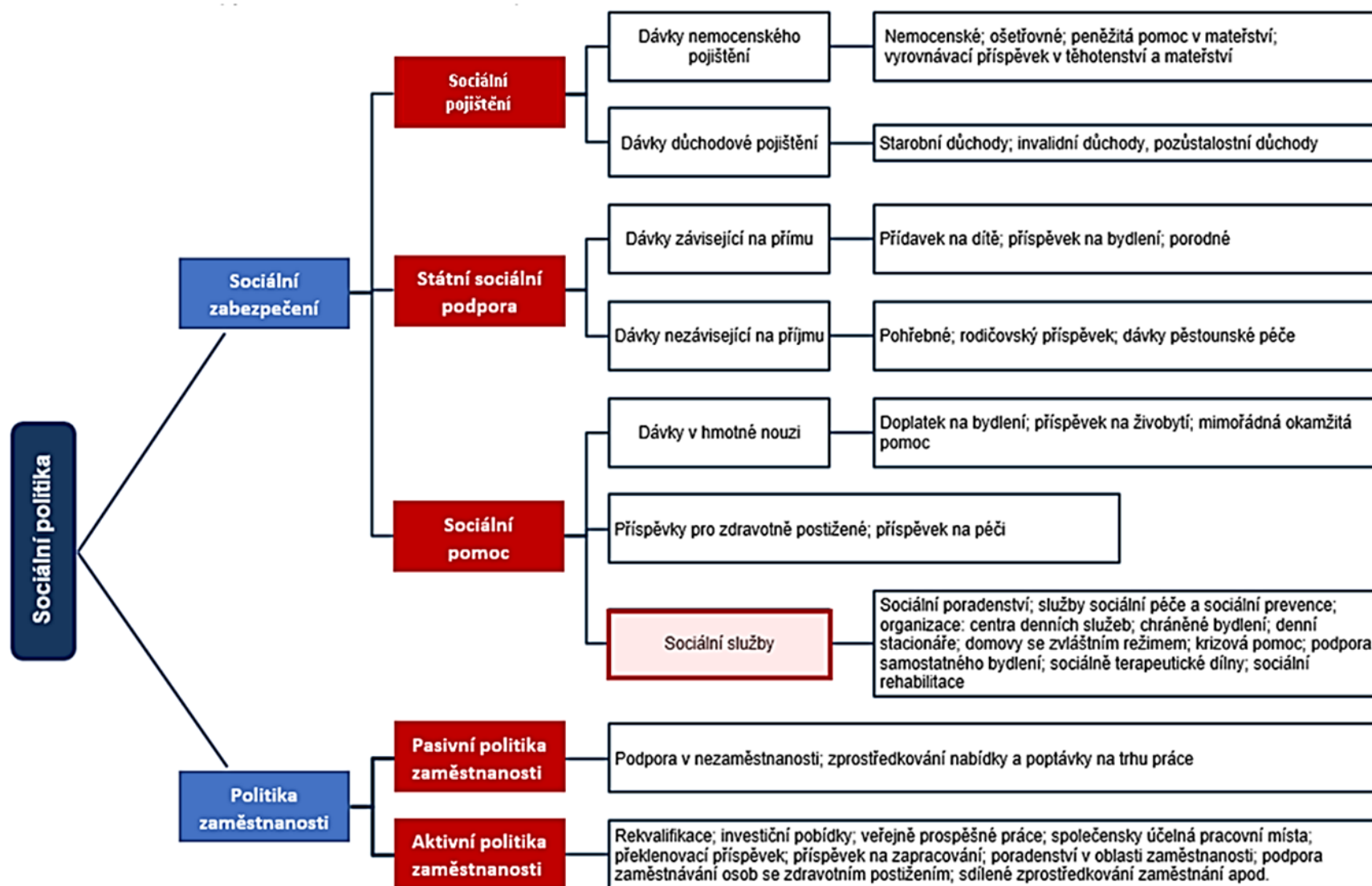
4.1 Sociální služby v kontextu sociálního zabezpečení

Předkládaná studie nemá ambice podrobně popsat a analyzovat systém sociálního zabezpečení včetně sociálních služeb a nabízí jen stručná teoretická východiska pro uvedení do zkoumané problematiky na úrovni, která je nezbytná pro další analýzu, identifikaci zjištění a tvorbu doporučení.

Studie je založena na analýze podkladů poskytnutých vzorkem vybraných zařízeních pobytových sociálních služeb, a to domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem. Všechna tato zařízení poskytují sociální služby, které vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a která představují nástroj pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci, nikoliv však v podobě dávek, ale v podobě zajištění kvalitních a časově i místně dostupných služeb.

Sociální služby jsou součástí systému sociálního zabezpečení jako jednoho ze základních elementů sociální politiky, a tedy i hospodářské politiky České republiky. Pozici sociálních služeb v systému sociálního zabezpečení ukazuje následující schéma.

Schéma 2: Sociální služby jako součást sociálního zabezpečení



Zdroj: Vlastní zpracování.

Sociální služby jsou součástí sociální pomoci jako jednoho ze tří základních pilířů sociálního zabezpečení. Jedná se o činnosti zabezpečované ze strany poskytovatelů sociálních služeb (fyzických nebo právnických osob) na základě oprávnění podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti k 1. 1. 2007. Tento zákon vymezuje práva a povinnosti jednotlivců a poskytovatelů sociálních služeb, ale také obcí, krajů a státu, nebo práva a povinnosti některých veřejných orgánů, například krajských poboček úřadu práce.

Sociální služby jsou poskytovány nejen jednotlivcům, ale také rodinám a dalším skupinám obyvatel s cílem zachování co vysoké kvality a důstojnosti života. Základní činnosti, které jsou předmětem poskytování sociálních služeb definuje § 35 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, takto:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) základní sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Obsah jednotlivých činností je pak uveden ve druhé části vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, a § 72 zákona o sociálních službách vyjmenovává ty sociální služby, které jsou poskytované bez úhrady, a § 73 naopak služby, které jsou poskytované za úhradu.

Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb se věnuje v zákoně o sociálních službách jeho § 36, který odkazuje na další právní normy v této oblasti.

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a v návaznosti na *Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2015*¹⁷ vznikla v roce 2015 *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*¹⁸, která v současné době představuje základní rámcový dokument v rámci této oblasti.

Centrem pozornosti a směřování sociálních služeb jsou v rámci této strategie vždy klienti a sociální služby jsou zde vnímány jako poskytované služby, které „*mají sloužit lidem v nepříznivé sociální situaci*“ a dopady implementace strategie by měly být orientovány právě na ty cílové skupiny, které sociální služby potřebují.

V rámci *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* byl mimo jiné formulován také její globální cíl, a to: „*Nastavit dlouhodobě udržitelný systém dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci*“ s plánovaným splněním v roce 2025“.¹⁹

Problematika rozvoje sociálních služeb je ve strategii rozdělena do 10 oblastí²⁰:

1. Deinstitutionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb.
2. Financování sociálních služeb včetně příspěvku na péči a služeb v obecném hospodářském zájmu.
3. Sociálně-zdravotní pomezí.
4. Pečující osoby a neformální péče.
5. Kvalita a inspekce sociálních služeb.
6. Druhy sociálních služeb a jejich registrace, nelegální sociální služby.
7. Personální zajištění výkonu sociální práce a role sociálních pracovníků v sociálních službách.
8. Síť sociálních služeb a síťování.
9. Uspokojování potřeb klientů prostřednictvím sociálních služeb a sociální práce.
10. Tripartitní vyjednávání v oblasti sociálních služeb.

¹⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014. 60 stran. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/III.pdf/43a14079-b2e1-ae19-ae85-6641f32f7857>.

¹⁸ Tamtéž.

¹⁹ Tamtéž, strana 4.

²⁰ Tamtéž, strana 5.

11. Předkládaná studie, přestože se zabývá pouze velice úzce vymezenou dílčí oblastí v rámci poskytování sociálních služeb, se dotýká hned několika v rámci strategie definovaných oblastí, a to především oblastí 1., 2. a 3. V návaznosti na strategií formulovaný globální cíl a v souladu s vymezenými tematickými oblastmi je v rámci strategie definováno celkem deset strategických cílů, z nichž každý má minimálně dva specifické cíle a k nim příslušná opatření:²¹

- A) Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.
- B) Zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, která bude odpovídat potřebám uživatelů.
- C) Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/ pacientů.
- D) Zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny.
- E) Upravit nastavení systému inspekcí s důrazem na sledování kvality sociálních služeb.
- F) Upravit způsob vstupu do systému sociálních služeb.
- G) Rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka. Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.
- H) Vytvářet sítě sociálních služeb, které reagují na nepříznivou sociální situaci obyvatel.
- I) Zajistit jednotné chápání a používání základních pojmů včetně revize současných druhů sociálních služeb.
- J) Podporovat tripartitní vyjednávání v oblasti rozvoje sociálních služeb.

4.2 Druhy a typy sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přinesl celou řadu změn a nová pravidla v oblasti poskytování sociálních služeb, včetně základního směru procesů od institucionalizace k deinstitucionalizaci.

²¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3, strana 4. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

Zákon sociální služby rozděluje na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Podle formy poskytování sociálních služeb jsou služby členěny do následujících třech skupin:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Zákon tímto způsobem rozlišuje sociální služby podle jejich místa poskytování, přičemž některé z nich je možno poskytovat pouze jednou formou, jako je například osobní asistence, jiné naopak ve všech třech formách, jako je tomu u služby odlehčovací. Kombinací terénní a pobytové služby pak například představují domy s pečovatelskou službou.

Pobytové sociální služby poskytují služby spojené s ubytováním. Mezi patří právě domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale i chráněné bydlení (CHB) a další.

Ambulantní sociální služby jsou takové služby, za kterými klient/uživatel pravidelně dochází (popřípadě je do nich doprovázen). Na rozdíl od pobytových služeb mají stanovenou provozní dobu a jejich součástí není ubytování. Jedná se například o centra duševního zdraví, denní stacionáře a týdenní stacionáře.

Poslední formou jsou sociální služby terénní. Ty jsou poskytovány uživateli v jeho přirozeném prostředí, na které je zvyklý a které je mu důvěrně známé. Při nich kvalifikovaný pracovník sociálních služeb klientovi pomáhá například s úklidem, zabezpečuje nákup nebo dovoz stravy. Nejvíce rozšířenou terénní službou je služba pečovatelská.

Pro poskytování sociálních služeb jsou zřizována následující zařízení sociálních služeb. Zvýrazněna jsou ta zařízení, jejichž zástupci tvoří výzkumný vzorek v rámci této studie.

Tabulka 16: Zařízení sociálních služeb v ČR

1. centra denních služeb,	11. nízkoprahová denní centra,
2. denní stacionáře,	12. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
3. týdenní stacionáře,	13. noclehárny,
4. domovy pro osoby se zdravotním postižením,	14. terapeutické komunity,
5. domovy pro seniory,	15. sociální poradny,
6. domovy se zvláštním režimem,	16. sociálně terapeutické dílny,
7. chráněné bydlení,	17. centra sociálně rehabilitačních služeb,
8. azylové domy,	18. pracoviště rané péče,
9. domy na půl cesty,	19. intervenční centra,
10. zařízení pro krizovou pomoc,	20. zařízení následné péče,
	21. centra duševního zdraví.

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Do předkládané studie byli vybráni zástupci tří druhů pobytových zařízení, a to domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, přičemž v praxi bývají velmi často domovy se zvláštním režimem součástí domovů pro seniory nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením. I když je řada postupů v těchto zařízeních podobná nebo totožná, jedná se vždy o samostatná zařízení s vlastním provozním řádem.

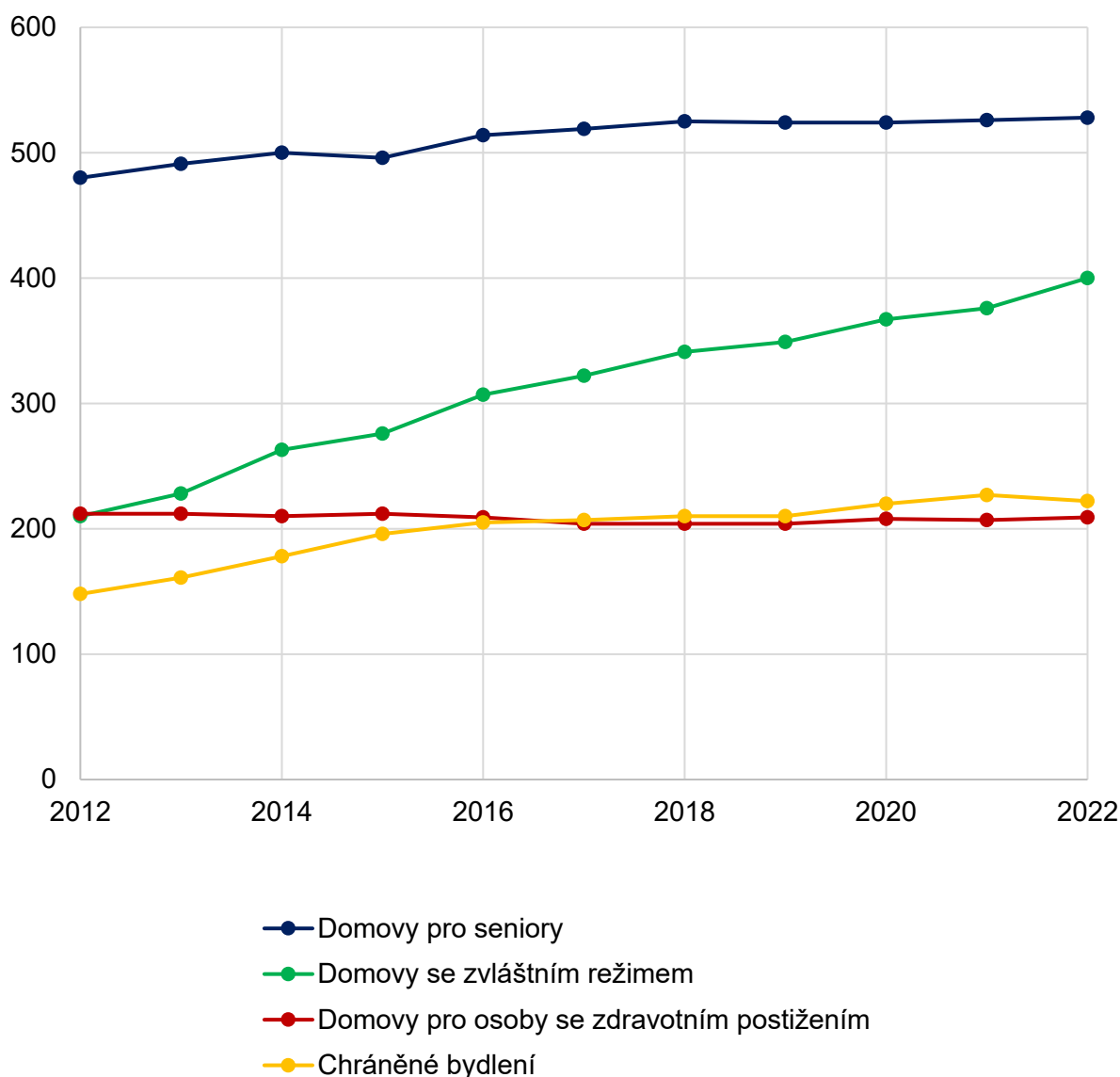
Následující tabulka a graf zachycují počty klientů/uživatelů domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením v České republice v letech 2012 až 2022.

Tabulka 17: Počty pobytových zařízení sociálních služeb 2013–2022

Rok	Počty zařízení		
	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Domovy pro osoby se zdravotním postižením
2012	480	210	212
2013	491	228	212
2014	500	263	210
2015	496	276	212
2016	514	307	209
2017	519	322	204
2018	525	341	204
2019	524	349	204
2020	524	367	208
2021	526	376	207
2022	528	400	209

Zdroj: Český statistický úřad. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách: <https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>.

Graf 3: Vývoj počtu pobytových zařízení sociálních služeb 2013–2022



Zdroj: Český statistický úřad. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách:

<https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>

V případě domovů se zvláštním režimem byl v poslední dekádě zaznamenán jejich nárůst z 210 zařízení v roce 2012 na 400 zařízení v roce 2022. U domovů pro seniory pak můžeme z výše uvedené tabulky a grafu vyčíst mírný nárůst počtu zařízení, kdy došlo k jejich zvýšení ze 480 v roce 2012 na 528 zařízení v roce 2022. Naopak v případě domovů se zvláštním režimem došlo v posledních 10 letech k mírnému poklesu těchto zařízení, a to z 212 v roce 2012 na 209 v roce 2022.

Na tomto místě je nutné dodat, že snížení počtu lůžek některých zařízení je mimo jiné také důsledkem transformace pobytových služeb, kdy se jejich část transformuje na zařízení typu komunitního (například chráněného bydlení, u kterého byl naopak zaznamenán nárůst počtu zařízení o 74 za posledních 10 let).

Jak ukazují následující tabulka a graf, zatímco v případě domovů pro seniory a v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením dochází podle údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) z roku 2021 k mírnému poklesu počtu lůžek, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením zaznamenávají růst počtu zařízení i lůžek.

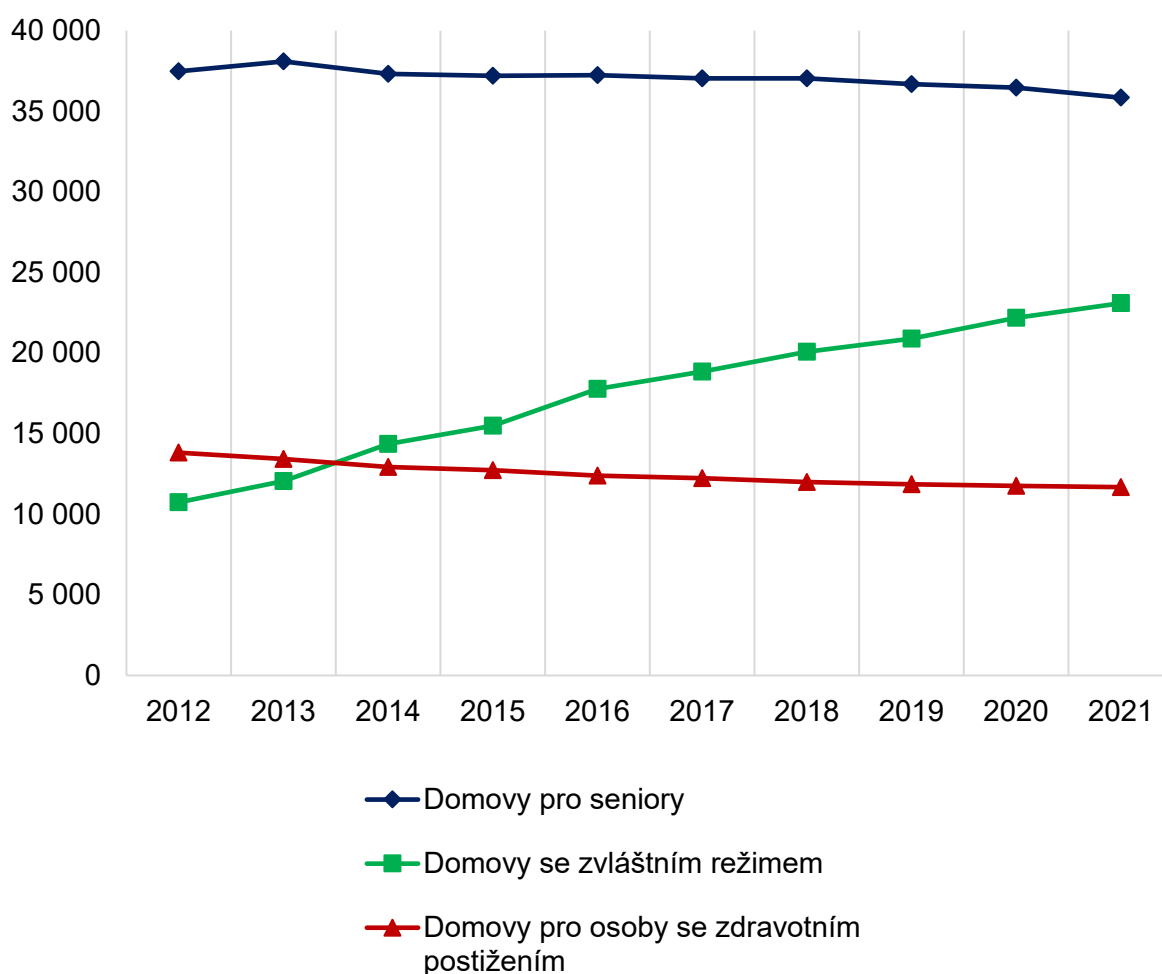
Tabulka 18: Počty lůžek pobytových sociálních zařízení v letech 2012 až 2021

Počty zařízení			
Rok	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Domovy pro osoby se zdravotním postižením
2012	37 477	10 740	13 820
2013	38 091	12 048	13 426
2014	37 327	14 354	12 926
2015	37 200	15 494	12 727
2016	37 247	17 784	12 402
2017	37 037	18 853	12 231
2018	37 048	20 075	11 999
2019	36 688	20 904	11 854
2020	36 465	22 192	11 763
2021	35 842	23 092	11 682

Zdroj: Český statistický úřad. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách:

<https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>.

Graf 4: Vývoj počtu lůžek pobytových sociálních zařízení 2012–2021



Zdroj: Český statistický úřad. Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách: <https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>.

Nejvyšší výdaje na pobytové sociální služby jsou vynakládány v rámci domovů pro seniory, které v roce 2021 představovaly 42 % celkového lůžkového fondu pobytových zařízení sociálních služeb a výdaje na ně v roce 2021 představovaly téměř 19 mld. Kč. V případě domovů se zvláštním bylo v témže roce vynaloženo cca 13 mld. Kč.

4.2.1. Domovy pro seniory

Služba domov pro seniory je popsána zákonem o sociálních službách²², kde je zařazena mezi pobytová zařízení sociálních služeb a určena osobám se sníženou soběstačností, a to zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu, kdy je maximální výše úhrad za vykonávání některých činností regulována vyhláškou²³ doplňující zákon o sociálních službách.

Při poskytování této služby jsou vždy vykonávány minimálně následující činnosti, jejichž výčet poskytuje § 49 zákona o sociálních službách²⁴:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Senioři jsou velmi zranitelnou skupinou, což platí také pro poskytování sociálních a zdravotních služeb, včetně ordinace a užívání léků. Důvodem je jejich křehkost, často zhoršený zdravotní stav, včetně multimorbidity a polypragmazie a k tomu snížení rozhodovací schopnosti. V kontextu ordinace a užívání léčiv pak u seniorů dochází k vyšší náchylnosti k rozvoji polékových nežádoucích účinků, a to se čtyřikrát až sedmkrát vyšší prevalencí v porovnání s populací ve středním věku.

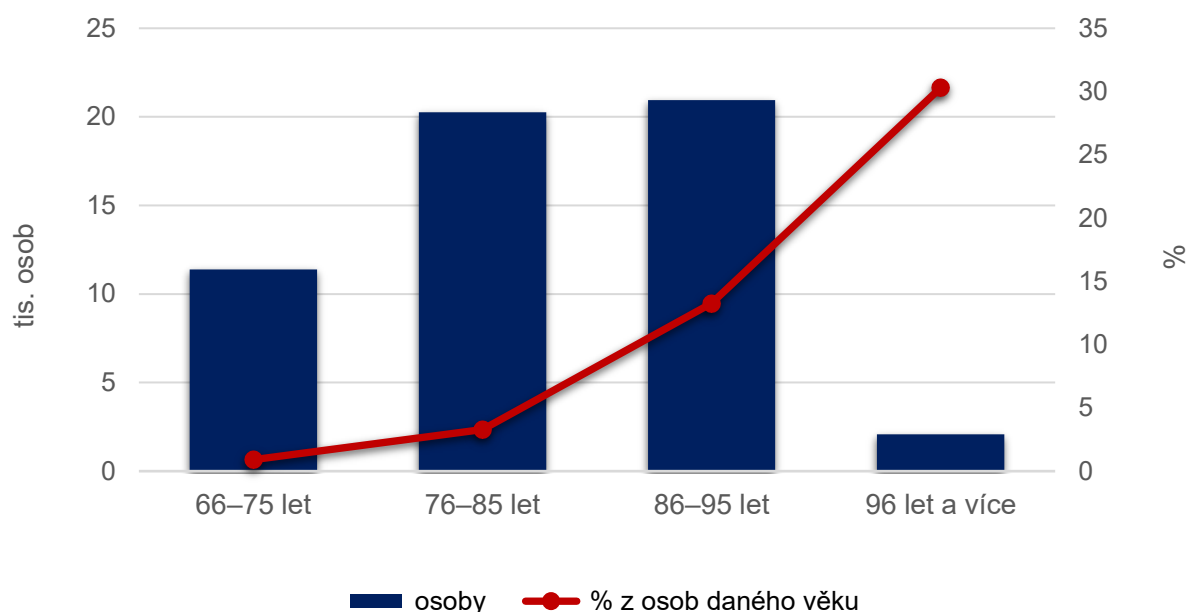
²² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

²³ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

²⁴ § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Podle údajů ke konci roku 2021 bylo v České republice 2,17 milionu obyvatel ve věku 65 let a více. Zároveň ke konci roku 2021 žilo asi 55 tisíc seniorů, tj. 2,7 % ze všech osob starších 66 let, v zařízeních sociálních služeb²⁵. Jejich věkovou strukturu ukazuje následující graf.

Graf 5: Věková struktura seniorů v zařízeních sociálních služeb k 31. 12. 2021



Zdroj: Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech. In Lidé a společnost. Český statistický úřad: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3302-9 (pdf).*

Co se týče domovů pro seniory jako jednoho z druhů pobytových zařízení, ke konci roku 2022 bylo podle Registru poskytovatelů sociálních služeb²⁶ v České republice registrováno celkem 528 poskytovatelů těchto služeb, ve kterých žije téměř 36 tisíc seniorů (ke konci roku 2021 žilo domovech pro seniory to bylo 35 842 osob²⁷ ve věkové struktuře, kterou znázorňuje následující graf).

²⁵ Kromě domovů pro seniory se jedná o domovy pro osoby se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením (méně typická pobytová služba pro seniory, kde ke konci roku 2020 žilo 2,3 tisíce klientů ve věku 66 let a více) a o další pobytová zařízení sociálních služeb.

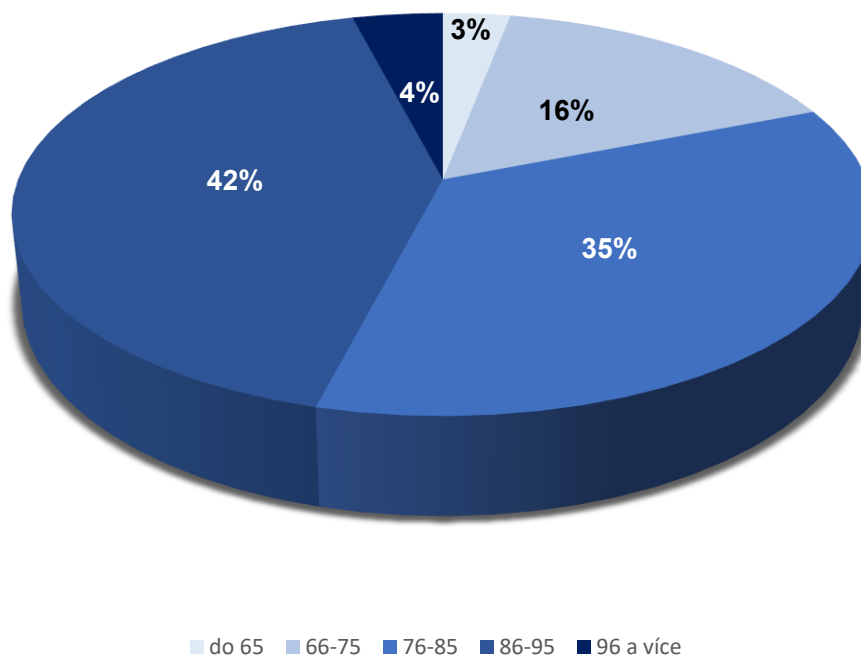
²⁶ Registr poskytovatelů sociálních služeb je zřízen zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Registr je k dispozici online na:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1674987435176_3.

²⁷ Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online:*

<https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>

Graf 6: Věková struktura klientů v domovech pro seniory k 31.12. 2021



Zdroj: Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech. In Lidé a společnost. Český statistický úřad: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3302-9 (pdf).*

Nejen pro domovy pro seniory, ale také pro další zařízení pobytových sociálních služeb platí, že je zde každoročně zaznamenán vysoký počet neuspokojených žádostí o umístění v pobytovém zařízení, tzn. že se pobytové sociální služby každoročně potkávají s vysokou kapacitní poddimenzovaností, která představovala například v roce 2021 celkem 44 537 tisíc zamítnutých žádostí²⁸ o umístění v domově pro seniory.

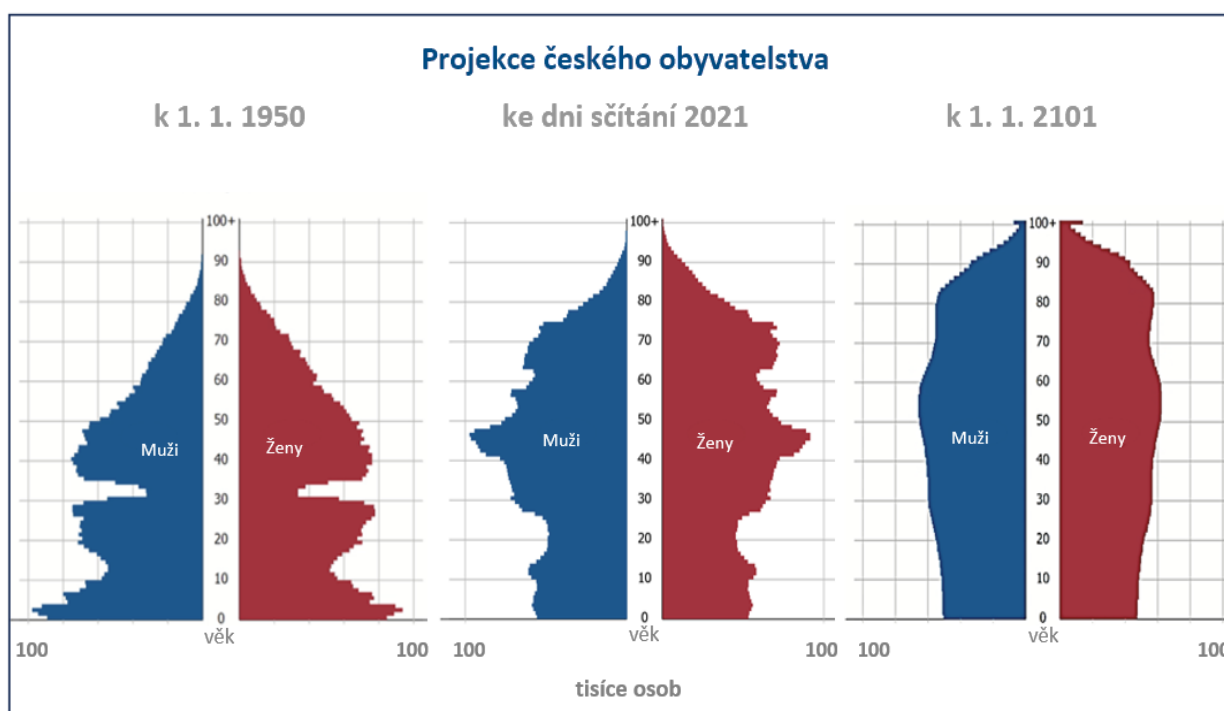
V tomto kontextu je třeba vnímat také předpoklad demografického vývoje obyvatelstva České republiky, především pak skutečnost že obyvatelé České republiky budou stárnout s výrazným dopadem na celý systém (nejen) sociální pomoci, který bude nutné přizpůsobit tomuto vývoji kapacitně, ale také finančně.

²⁸ Jedná se o počet žádostí s tím, že žadatel může podat více žádostí současně. Zdroj: Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021*. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na internetových stránkách: <https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>.

S tím souvisí také skutečnost, že s prodlužováním lidského života narůstá také prodloužení toho období, kdy je člověk – senior – odkázaný na pomoc druhých.

V následujícím schématu uvedené věkové pyramidy dokumentují stárnutí populace, a to nejen prostřednictvím rozdílů v počtu seniorské populace v letech 1950 a 2021 ve srovnání s predikcí v roce 2101, ale také prostřednictvím prodlužující se délky života.

Schéma 3: Projekce obyvatelstva ČR



Zdroj: Český statistický úřad. *Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100*. Praha: ČSÚ, 2018. Dostupné online na internetových stránkách:

<https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>.

4.2.2. Domovy se zvláštním režimem

Služba domov se zvláštním režimem je popsána zákonem o sociálních službách²⁹, kde je zařazena mezi pobytová zařízení sociálních služeb, které je určeno osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou

²⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

§ 50 zákona o sociálních službách ve svém 2. odstavci vyčítá základní činnosti, které domovy se zvláštním režimem realizují pro své klienty:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba je poskytována za úhradu, kdy je maximální výše úhrad za vykonávání některých činností regulována vyhláškou³⁰ doplňující zákon o sociálních službách. Kromě poskytování základních sociálních potřeb je cílem služby také zvýšit úroveň rozumových, komunikačních, pohybových a praktických dovedností, a to prostřednictvím aktivizačních a sociálně terapeutických činností.

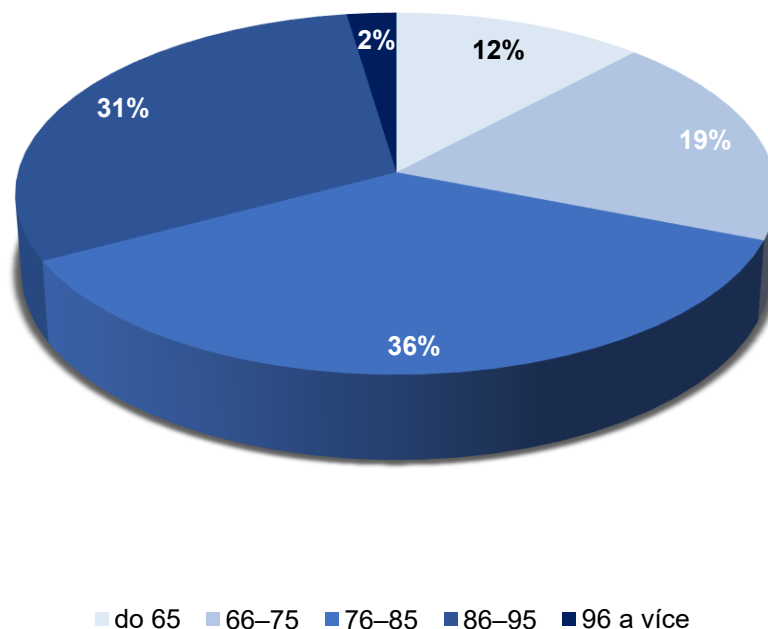
Ke konci roku 2022 bylo v České republice registrováno přesně 400 poskytovatelů domovů se zvláštním režimem a podle informací ČSÚ ke konci roku 2021 žilo v domovech se zvláštním režimem celkem 24 062 klientů³¹. 20 222 žádostí o umístění v domově se zvláštním režimem bylo v témže roce zamítnuto, což nasvědčuje podobně jako v případě domovů pro seniory o nízkých kapacitách, které nedokáží uspokojit poptávku po těchto službách³².

³⁰ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

³¹ Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021*. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na: <https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>

³² Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021*. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na: <https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>.

Graf 7: Věková struktura klientů v domovech se zvláštním režimem k 31.12.2021



Zdroj: Český statistický úřad. *Senioři v ČR v datech. In Lidé a společnost. Český statistický úřad: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3302-9 (pdf).*

4.2.3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením je popsána zákonem o sociálních službách³³, kde je zařazena mezi pobytová zařízení sociálních služeb, která jsou určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Podle § 48 zákona o sociálních službách zahrnují základní činnosti realizované domovy pro osoby se zdravotním postižením:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

³³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tato sociální služba je poskytována za úhradu, kdy je její maximální výše za vykonávání některých činností regulována vyhláškou³⁴ doplňující zákon o sociálních službách.

Ke konci roku 2022 bylo v České republice registrováno přesně 209 poskytovatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a podle informací ČSÚ ke konci roku 2021 žilo v domovech pro osoby se zdravotním postižením celkem 11 682 klientů³⁵. 3 022 žádostí o umístění v domově pro osoby se zdravotním postižením bylo v témže roce zamítnuto³⁶, což nasvědčuje podobně jako v případě domovů pro seniory a v případě domovů se zvláštním režimem o nízkých kapacitách, které nedokáží uspokojit poptávku po těchto službách, jelikož počet zamítnutých žádostí představoval 26 % kapacity zařízení.

4.3 Deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb v ČR

Tato studie se soustředí výhradně na sociální služby pobytové, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a které se vyznačují různým stupněm deinstitucionalizace, resp. institucionalizace, což ve svém výsledku vede k jejich rozlišení na pobytové služby komunitního (deinstitucionalizovaného) a ústavního (institucionalizovaného) typu.

Podle *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025* MPSV z roku 2015 představuje deinstitucionalizace³⁷ „proces, ve kterém dochází

³⁴ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

³⁵ Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021*. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na:

<https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>

³⁶ Český statistický úřad. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2021*. Český statistický úřad: Praha, 2022. Dostupné online na:

<https://www.czso.cz/documents/10180/164606728/19002922.pdf/fa207b52-f306-4dad-b4ee-07ef2787990d?version=1.1>

³⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný se životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb (ambulantní, terénní a pobytové formy). Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, uživatelé nejsou vystavováni institucionalizaci.“

Podle *Manuálu transformace ústavů* MPSV z roku 2013 pak *“k institucionalizaci dochází, když se souhrn pravidel instituce a očekávaných či akceptovatelných vzorců chování stává pro chod služby důležitější než orientace na individuální potřeby jednotlivců.“*³⁸

Transformace sociálních služeb je pak chápána jako „souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb v rámci deinstitucionalizace“³⁹.

Především ochrana lidských práv stála za velkou změnou v poskytování sociálních služeb v České republice. Dříve bylo na ústavní péči nahlíženo jako na zabezpečení člověka, který se o sebe nedokáže sám postarat a potřebuje náležitou pomoc, v rámci které bylo nejdůležitější zajištění ubytování, ošacení, stravy a základní péče o sebe, jako například hygieny. Upozaděna však byla práva člověka a povědomí rozhodovat o svém životě, kdy za něj standardně rozhodovali druzí. Tím docházelo k potlačení nejen osobního, ale i sociálního vývoje, kdy tito lidé sice měli práva deklarována, ale nedocházelo k jejich praktickému uplatňování.

Proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb je realizován v souladu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, která byla v České republice přijata již v roce 2007.⁴⁰

³⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0, s. 42.

³⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

⁴⁰ *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Dostupné online na internetových stránkách MPSV: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>.

Rok 2007 byl v této oblasti rokem zlomovým, neboť Vláda ČR schválila „*Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*“⁴¹ a v roce 2009 MPSV podpořilo tuto koncepci projektem „*Podpora transformace sociálních služeb*“⁴² s cílem ji naplňovat prostřednictvím navazujícího projektu „*Transformace sociálních služeb*“⁴³. Transformace je také podporována na úrovni jednotlivých krajů nebo ze strany nestátního neziskového sektoru, tedy nestátními neziskovými organizacemi, ale také přímou podporou z fondů Evropské unie.⁴⁴

Již k únoru 2015 byla díky výše uvedeným projektům MPSV „*Podpora transformace sociálních služeb*“ a „*Transformace sociálních služeb*“ snížena kapacita domovů pro osoby se zdravotním postižením o celkem 789 míst a naopak navýšena kapacita chráněného bydlení o celkem 329 míst. Kapacita neústavních zařízení se pak v rámci transformace zvýšila o cca 200 %.⁴⁵

41 Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2007. 26 stran. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb>.

42 Jednalo se o projekt realizovaný MPSV od února 2009 do května 2013 na podporu transformace sociálních služeb, v rámci kterého došlo k pilotnímu testování procesu deinstitucionalizace, do něhož bylo zapojeno 32 pobytových zařízení ze 13 krajů ČR (pilotního ověřování se neúčastnilo hlavní město Praha); zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Transformace sociálních služeb*. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>.

43 Jednalo se o projekt navazující na projekt „*Podpora transformace sociálních služeb*“, realizovaný v letech 2013 až 2015 s cílem vytvářet na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb; zdroj: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. Projekty MPSV – TRANSFORMACE. Dostupné online na: <http://www.trass.cz/index.php/projekty-mpsv/#TSS>; Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

44 Již k roku 2015 byla dle Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 (MPSV) transformace ze strany fondů EU podpořena u celkem 72 zařízeních ve výši 1,6 mld. Kč; zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

45 Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3, strana 17. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

Deinstitucionalizace a transformace jsou také předmětem Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025⁴⁶, kde je této problematice věnována velká pozornost ve formě jedné samostatné oblasti (Oblast 1: Deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb), definovaného strategického cíle (Strategický cíl A: Zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí) a třech specifických cílů a k nim stanovených příslušných opatření.

Konkrétně se v případě oblasti deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb jedná o následující specifické cíle:

- Specifický cíl A.1: Vytvořit a realizovat plán přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu.
- Specifický cíl A.2: Vytvořit podmínky pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy.
- Specifický cíl A.3: Zajistit ochranu práv a kvality života lidí v ústavních pobytových službách po dobu přechodu od ústavní péče v péči poskytovanou v komunitě.⁴⁷

I přes již probíhající procesy deinstitucionalizace a jejich podporu na nadnárodní, centrální i regionální úrovni v České republice stále funguje celá řada zařízení ústavního typu, kde se však již dbá na dodržování lidských práv, a to nejen pomocí Standardů kvality poskytované služby. Typické pro ústavní péči je, že veškeré služby jsou poskytovány v rámci daného zařízení – například kadeřník, pedikúra, lékař, nákupy zajišťuje personál (příkladem může být ošacení, kdy například dříve měli všichni uživatelé DOZP stejné šustákové bundy, neexistovala žádná individualita, žádný výběr). Uživatel měl k dispozici vše v rámci zařízení uvnitř.

⁴⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3, strana 16. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

⁴⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. 2015. [online]. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3, strana 63-65. Dostupné online na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>.

Proces deinstitutionalizace je velmi náročným procesem, do kterého se pobytová zařízení sociálních služeb zapojují. Jedná se hlavně o domovy pro osoby se zdravotním postižením, která postupně prochází procesem změny z ústavní služby na komunitní. V rámci takového procesu se pak jedná o přeměnu ústavního DOZP na DOZP komunitního typu nebo chráněné bydlení, popřípadě podporu samostatného bydlení, a to podle potřeb a možností klientů.

Schéma 4: Přeměna DOZP ústavního typu



Zdroj: Vlastní zpracování.

V České republice není jednoduché nalézt službu domova pro seniory komunitního typu, a pokud ano, jedná se výhradně o soukromý sektor, kde je služba pro uživatele finančně velmi nákladná. Proto některé domovy pro seniory prochází spíše tzv. měkkou transformací. To znamená, že služba je nadále poskytována ve velkém zařízení spíše ústavního typu, ale dbá se na dodržování lidských práv a vnitřní prostory zařízení jsou upraveny tak, aby služba mohla být co nejvíce individualizována. Příkladem mohou být pokoje, které jsou upraveny na jednolůžkové, maximálně na dvoulůžkové, tak aby byla zachována co největší míra soukromí klientů.

Důvodů pro změny v poskytování sociálních služeb a jejich transformaci tak, aby se co nejvíce respektovala individualita člověka, je mnoho. Jejich cílem je pak zejména:

- zlepšení ochrany práv uživatele služeb,
- umožnění podpory osobního rozvoje,
- zvýšení podílení se na běžném životě společnosti,

- zacílení na individuální potřeby uživatele a nezbytnou míru podpory, kterou potřebuje.

Právě tyto změny jsou základním pilířem pro poskytování sociálních služeb a v České republice je snaha o jejich dodržování vedena Standardy kvality poskytovaných služeb. Ke zlepšování služeb také slouží dotazníková šetření nebo pravidelné kontroly kvality poskytování sociálních služeb, prováděné externími pracovníky, jejichž výstupy a doporučení jsou významnými vodítky pro kontinuální zkvalitňování služeb. Ke zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb, jak v ústavních, tak v komunitních zařízeních, napomáhá také celá škála školení pro personál nebo semináře, popřípadě veřejná setkání pro širokou veřejnost.

4.4 Poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Pobytová zařízení sociálních služeb mají povinnost svým klientům/uživatelům zprostředkovat zdravotní služby, které však nemusí přímo poskytovat. Většina zařízení přesto zdravotní péči poskytuje sama formou zvláštní ambulantní péče, a to především na úrovni ošetrovatelské a rehabilitační péče. Poskytovány mohou být ale také sužby na úrovni péče paliativní nebo nutriční.

Podle § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zabezpečování a hrazení zdravotní péče v pobytových sociálních zařízeních deklarováno následujícím způsobem:

„Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f), upravují zvláštní právní předpisy⁴⁸. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení uvedených v předchozí větě, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu⁴⁹.“

⁴⁸ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁹ 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, ve znění pozdějších předpisů.

Vedle toho § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a na základě povinnosti zdravotních pojišťoven zajistit poskytování hrazených služeb všem pojištěncům, hradí zdravotní pojišťovny na základě smlouvy o poskytování a úhradě ošetrovatelské péče zařízením sociálních služeb jimi poskytovanou zdravotní péčí, tedy prováděné výkony a s nimi související náklady.

Základní podmínky pro uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem pobytových sociálních služeb jsou především následující⁵⁰:

- pobytové zařízení disponuje oprávněním k poskytování sociálních služeb,
- ošetrovatelská péče je poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení, kteří jsou odborně způsobilí podle zvláštního právního předpisu.

Výkony kategorizované jako zdravotnické pak může v jednotlivých zařízeních vykonávat pouze zdravotnický pracovník, což může být v pobytových zařízeních sociálních služeb zajišťováno dvěma způsoby: vlastními zaměstnanci – všeobecnými sestrami (odbornost 913)⁵¹ nebo prostřednictvím smluvního poskytování domácí zdravotní péče (odbornost 925)⁵².

Přestože úkolem sociálního zařízení není plně suplovat zařízení zdravotnické, poskytování služeb v pobytových zařízeních (včetně domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením) je vždy doprovázeno odbornou a kontinuální ošetrovatelskou péčí, která zahrnuje realizaci ošetrovatelského procesu, včetně zhodnocení a posouzení zdravotního stavu klienta, sestavení ošetrovatelské diagnózy, vytvoření plánu ošetrovatelské péče, jeho realizace a následné zhodnocení.

A právě ošetrovatelská péče tak představuje jednu ze složek komplexní péče o klienty, která sehrává významnou roli také v případě účelnosti léčby prostřednictvím předepsaných léčivých přípravků – nastavené farmakoterapie.

⁵⁰ 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, ve znění pozdějších předpisů.

⁵¹ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Seznam zdravotních výkonů – odbornost 913*. Dostupné online na: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=913&aktivni=true>.

⁵² Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Seznam zdravotních výkonů – odbornost 925*. Dostupné online na: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true>.

Ačkoli nelékařský zdravotnický personál není oprávněn měnit či upravovat lékařem nastavenou medikaci a je vždy vázán pokyny ošetřujících lékařů, ovlivňuje přípravu a podávání léčivých přípravků a kontroluje proces nastavené farmakoterapie.

V poskytování zdravotní péče o klienty pobytových zařízení sociálních služeb tak sehrává nejvýznamnější roli lékař, resp. různé lékařské odbornosti, na základě jejichž indikace nelékařský personál vykonává činnosti v rozsahu své odborné způsobilosti. Lékařská (a stejně tak farmaceutická) péče jsou v případě pobytových zařízení financovány mimo rozpočet poskytovatelů sociálních služeb. Tato péče je vždy realizovaná akreditovanými zdravotnickými zařízeními a její financování podléhá pravidlům úhradových mechanismů veřejného zdravotního pojištění.

Významným faktorem poskytování zdravotních služeb se tak stává vztah mezi poskytovatelem sociálních služeb a jednotlivými lékaři, především pak registrujícím praktickým lékařem, který může být v různých zařízeních nastaven různým způsobem.

Efektivní spolupráci mezi zařízením a registrujícím lékařem proto může podpořit jejich jasně a dobře vymezený vztah, což ale neznamena, že primární zdravotní péče nemůže být pro jednotlivé klienty poskytována různými registrujícími lékaři. Na druhou stranu ani nastavení zřetelné vazby mezi registrujícím praktickým lékařem a poskytovatelem pobytových sociálních služeb neznamena, že by tím bylo omezeno právo na volbu lékaře ze strany jednotlivých klientů.

(Nejen) z pohledu účelné farmakoterapie pak sehrává významnou roli také zapojení dalších ošetřujících/předepisujících lékařů (odborností), popřípadě klinického farmaceuta, kteří jsou nedílnou součástí širšího multidisciplinárního týmu zařízení a kteří sehrávají významnou roli při optimalizaci medikace klientů/pacientů a při zajištění účelnosti farmakoterapie.

Registrující praktický lékař má také vzhledem ke svému postavení v poskytování zdravotní péče největší kompetence zastávat zde roli klíčového odborníka koordinace lékařské péče mezi jednotlivými odbornostmi, ale také mezi lékařskou, ošetřovatelkou a další péčí. Taková koordinace péče však není v našich podmínkách jeho legitimním úkolem.

5 Analýza účelnosti farmakoterapie a výstupy lékových auditů

V České republice je aktuálně registrováno více než 62 tisíc variant léčivých přípravků, z toho je obchodováno více než 8 600 variant⁵³. Přestože se čeští lékaři a pacienti musí stále častěji potýkat s krátkodobými i dlouhodobými výpadky důležitých a často i život zachraňujících léčiv, portfolio léčivých přípravků včetně těch volně prodejných (dostupných bez lékařského předpisu), se stále rozšiřuje.

Pacienti zároveň mají jistotu, že léčivé přípravky, které získají prostřednictvím českých lékáren, nebo přímo ve zdravotnických zařízeních, jsou účinné, jakostní a bezpečné. Poměr přínosů a rizik léčivých přípravků na českém trhu totiž musí být vždy pozitivní, tedy přínosy pro pacienta musí být u konkrétního léčivého přípravku vyšší než případná rizika. To je možné díky časově náročnému a velmi komplexnímu zkoumání (klinickému hodnocení), které u každého léku probíhá před tím, než je možné jej podat pacientovi v běžné klinické praxi. Ani během tohoto zkoumání však zpravidla není možné odhalit úplně všechny žádoucí i nežádoucí účinky daného léčiva.

Dobu, po kterou je konkrétní léčivo v klinické praxi používáno, ovlivňují, resp. vymezují, faktory související nejen s vlastnostmi léčiva, ale také např. s chováním zdravotníků a pacientů, principy lékové politiky nebo ekonomické možnosti plátců⁵⁴.

V rámci klinické praxe tak může docházet k situacím, kdy je u konkrétního léčivého přípravku až po mnoha letech jeho používání v klinické praxi odhalen např. odlišný způsob vstřebávání léčivé látky u skupin polymorbidních osob ve starším věku (u seniorů).

⁵³ Státní ústav pro kontrolu léčiv. Databáze léků. Dostupné online na internetových stránkách: <https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>.

⁵⁴ Malý, J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Ročník 34, 2020, číslo 3; Edwards LD, Fletcher AJ, Fox AW, Stonier PD. *Principles and practice of pharmaceutical medicine*. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley and Sons Ltd.; 2007; 761:p. ISBN 978-0-470-09313-9.

Obecně široká dostupnost léčiv přirozeně vede k častější polypragmázii a s tím také k souvisejícímu zvýšenému riziku nežádoucích lékových interakcí. K nejvíce ohroženým skupinám osob, u kterých polypragmázie hrozí, patří tyto skupiny:

- osoby se závažnými a chronickými onemocněními,
- senioři žijící v domácím prostředí,
- senioři pobývajcí v domovech pro seniory,
- osoby pobývajcí v zařízeních sociálních služeb (mimo domovů pro seniory).

Společně se zvyšující se úrovni zdravotní péče v České republice vzrůstá míra dožití jednotlivých osob (pacientů). Zároveň s tím však narůstá počet léčených onemocnění a zpravidla i počet léčivých přípravků, které tyto osoby užívají – polypragmázie – a následně i nežádoucí lékové interakce.

Klinický význam a praktické důsledky lékových interakcí mohou být velmi různé, a snad i proto jsou lékové interakce na jedné straně bagatelizovány nebo na druhé straně přijímány až nekriticky s tím, že jejich samotná existence je obecně považována za kontraindikaci současného podávání příslušných léků. Oba tyto přístupy jsou podobně škodlivé a nebezpečné z hlediska bezpečnosti pacienta nebo z hlediska rizika neúčinnosti terapie⁵⁵.

Lékové interakce tedy mohou pacienty poškodit v zásadě dvojnásobem⁵⁶:

- pokud je lékař podcení, mohou pacienta poškodit nežádoucím účinkem, včetně snížení činnosti podávaných léčiv,
- pokud je lékař nekriticky přecení a léky vysadí, může být pacient poškozen nedostatečnou léčbou choroby.

Pokud pacient užívá nanejvýše pět léčivých přípravků, automaticky to neznamená, že mezi nimi nemůže vznikat nežádoucí léková interakce. Čím je však počet užívaných léčivých přípravků vyšší, tím více roste i riziko nežádoucích lékových interakcí. Zatímco do pěti užívaných léčivých přípravků je riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí 4 %, u 6 až 10 léků je to 7 % a u 11 až 15 léků 15 %. Užívá-li

⁵⁵ Suchopár, J.: *Kompendium lékových interakcí*. Praha: Infopharm, 2004. 2048 stran.

⁵⁶ Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Farmakoterapeutické informace 02/2022*. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022. Dostupné online na: <https://www.sukl.cz/sukl/farmakoterapeuticke-informace>.

pacient více než 16 léčivých přípravků, riziko výskytu nežádoucích lékových interakcí je 40 % a více⁵⁷.

5.1 Farmakoterapie v pobytových zařízeních sociálních služeb

Pokud jde o užívání léčivých přípravků v pobytových zařízeních sociálních služeb, situace je velice specifická. Klienty těchto zařízení zpravidla představují osoby, které jsou kvůli vysokému věku a/nebo množství závažných onemocnění značně závislé na ošetřovatelském personálu, a to včetně užívání léčivých přípravků. Jak vyplynulo z realizovaných šetření v rámci jednotlivých zařízení, většina těchto klientů/pacientů zároveň užívá psychofarmaka. U pacientů-seniorů navíc řada léčivých přípravků může působit odlišně, než je tomu u „běžné“ populace – dochází ke změně tzv. terapeutické hodnoty léčiv, tedy snížení funkce eliminačních orgánů či citlivosti tkání.

Klientům v těchto zařízeních jsou léčivé přípravky zpravidla předepisovány ze strany různých lékařů s různými specializacemi a jen málokdy mezi nimi dochází ke sdílení zdravotnické dokumentace či k využití služeb klinického farmaceuta.

K největším rizikům, která se s farmakoterapií v pobytových zařízeních sociálních služeb pojí, patří zejména užívání léčivých přípravků nevhodných pro danou diagnózu, užívání léčivých přípravků nevhodných pro danou věkovou skupinu (senioři), neadekvátní dávkování léčivých přípravků, nežádoucí lékové interakce či výskyt nežádoucích účinků léčiv.

Všeobecně problematický je zpravidla i samotný počet celkově užívaných léčivých přípravků⁵⁸, a to jak předepsaných ze strany lékaře, tak volně prodejných, které pacienti získávají například prostřednictvím rodinných příslušníků. Není výjimkou, že pacienti kromě předepsaných či volně prodejných léčivých přípravků užívají rovněž řadu doplňků stravy, které sice nejsou léčivými přípravky, nicméně současně užívaná léčiva mohou negativně ovlivňovat. Totéž platí také o různých skupinách potravin či bylin a bylinných přípravků⁵⁹, které mohou mít na užívané léčivé

⁵⁷ Suchopár, J.: *Kompendium lékových interakcí*. Praha: Infopharm, 2004. 2048 stran.

⁵⁸ Guthrie B et al: The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Medicine*, 2015;13:74, doi: 10.1186/s12916-015-0322-7.

⁵⁹ Awotwe C, Makiwane M, Reuter H, et al. Critical evaluation of causality assessment of herb-drug interactions in patients. In *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2018;84(4):679-693.

přípravky negativní vliv⁶⁰. Je velice pravděpodobné, že k obdobné situaci dochází i v případě klientů pobytových zařízení sociální péče, nicméně vzhledem k tomu, že jde o volně prodejné léky či doplňky stravy, tedy potraviny, nemusí být tyto přípravky ze strany ošetřujícího personálu či předepisujících lékařů nijak "monitorovány".

To vše s sebou nese vysoké požadavky nejen na předepisující lékaře, ale také na personál daných zařízení.

Klinicko-farmaceutická péče je náročná, vysoce specializovaná a komplexní péče, s cílem dosáhnout maximální účinnosti, bezpečnosti a nákladové efektivity farmakoterapie, tedy její účelnosti v kontextu terapie ošetřujících lékařů, která ale může odhalit řadu rizik a problémů, jakými jsou například:

- duplicitu (užívání více léčivých přípravků se stejnou účinnou látkou pod jiným obchodním názvem),
- nežádoucí lékové interakce,
- nesprávné dávkování,
- účinná látka neodpovídající stanovené diagnóze/diagnózám,
- účinná látka, která není vhodná pro užívání v konkrétním věku,
- nesprávné načasování podávání léčivého přípravku,
- chybějící léčivý přípravek vzhledem ke stanovené diagnóze.

Vzhledem ke skutečnosti, že klienti pobytových zařízení, jako jsou domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, často trpí polymorbiditou a vzhledem ke skutečnosti, že lékařská a ošetřovatelská péče v takových zařízeních je (ve srovnání se zdravotnickými zařízeními) značně omezená, vyžaduje tato situace pravidelné posuzování účelnosti farmakoterapie klientů těchto zařízení.

⁶⁰ Typickým příkladem může být grapefruitový džus. Zdravotníci odborníci a do určité míry i veřejnost má určité povědomí o tom, že tento džus zvyšuje plazmatické koncentrace některých léků, jako je např. simvastatin a atorvastatin. Obdobné účinky může mít i užívání třezalky tečkované, která ovšem plazmatické koncentrace řady důležitých léků nezvyšuje, ale naopak snižuje. Bohužel se ukazuje, že existuje nepřeberné množství lékových interakcí léků klasické „západní“ medicíny s fyzioterapeutiky včetně tzv. „tradiční čínské medicíny“, a že v některých případech může taková interakce zásadně ovlivnit i osud pacienta.

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv. *Farmakoterapeutické informace 02/2022*. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022. Dostupné online na: <https://www.sukl.cz/sukl/farmakoterapeuticke-informace>.

V ideálním případě by mělo docházet k pravidelnému posuzování farmakoterapie ze strany klinického farmaceuta⁶¹, který může mít, v případě, že s tím klient vysloví souhlas, přístup ke zdravotnické dokumentaci. Úkolem klinického farmaceuta⁶² je revize a optimalizace předepsaných léčivých přípravků, v rámci nichž sleduje léčiva, která byla klientovi/pacientovi předepsána a posuzuje případné souvislosti mezi obtížemi, které u klienta vznikly, v souvislosti s léčivými přípravky, které užívá. Posuzuje a vyhodnocuje případné nežádoucí lékové interakce a podílí se rovněž na vyhodnocování nastaveného dávkování léčivých přípravků, ale také na způsobu a formě jejich podání.

V České republice mají všichni farmaceuti působící v různých typech zdravotnických zařízení (např. nemocnice, ambulance lékařů, zařízení lékárenské péče apod.) nebo v zařízeních sociálních služeb předpoklady podílet se významným způsobem na racionalizaci terapie. Výhodou klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče je pak komplexní pohled na farmakoterapii pacienta ve většině jejich aspektů, který je dán integrací znalostí a dovedností v oblasti aplikované biochemie, patofyziologie, farmakologie, farmakokinetiky, farmakoepidemiologie, farmakoinformatiky a dalších farmaceutických, medicinských a psychosociálních disciplín⁶³.

Je však třeba upozornit na skutečnost, že z pohledu samotné preskripce, tedy i systému eRecept, nemá klinický farmaceut žádná práva k činnostem jako lékař (nevystavuje eRecepty), ani nemá žádná práva k činnostem jako lékárník (nevydává eRecepty), avšak může navrhnout a doporučit změny vedoucí k optimalizaci farmakoterapie.

Pravidelné hodnocení farmakoterapie klinickým farmaceutem a její aktualizace v souladu s klinickým stavem klienta/pacienta nejsou však v současné době ve většině zařízení z personálních a finančních důvodů možné. Ani v žádném ze 14 zkoumaných zařízení není k dispozici klinický farmaceut, který by tuto funkci v pravidelných intervalech zastal. Zkušenost s klinickým farmaceutem popsalo

⁶¹ Burgess LH, Cohen MR, Denham CR. A new leadership role for pharmacists: a prescription for change. In *Journal of Patient Safety*. 2010; 6(1): 31–37.

⁶² Klinický farmaceut je absolventem Farmaceutické fakulty (studijní obor farmacie, příp. klinická farmacie).

⁶³ Malý, J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Ročník 34, 2020, číslo 3.

pouze jedno zařízení (ústavní typ domova se zvláštním režimem), pro které však tato spolupráce představovala dodatečné náklady za činnosti, které mohou být (minimálně ve standardních případech) v kompetenci lékaře, popřípadě být hrazeny v režimu veřejného zdravotního pojištění (viz dále).

Alternativou k zajištění zhodnocení farmakoterapie je tak v současných podmínkách zapojení lékaře, který má přístup nejen ke zdravotnické dokumentaci, ale může pracovat také s informacemi v lékovém záznamu klienta/pacienta⁶⁴, ke kterému má přístup každý ošetřující lékař (v rámci preskripce léčiv) a lékárník (v rámci výdeje předepsaných léčiv), kteří poskytují danému pacientovi zdravotní služby, a to bez ohledu na svou odbornost. Softwarové programy, prostřednictvím nichž lékař léčivé přípravky předepisuje, zároveň v současné době zpravidla obsahují utility, jež umožňují případné nežádoucí reakce předepisovaných léčiv či duplicity odhalit⁶⁵. Obecně jsou tyto informace nezbytné ke správnému nastavení léčby a jejich shromáždění a možnost sdílení (za přísné regulace) je významným nástrojem pro efektivní léčbu a diagnostiku. V tomto ohledu tedy také může sehrát důležitou roli vydávající lékárník, který předepsané léčivé přípravky vydává na základě eReceptu v lékárně, může nahlédnout do sdíleného lékového záznamu a na eventuelní rizika alespoň upozornit⁶⁶.

Reálnou možností, jak realizovat (alespoň v komplikovaných případech) revize medikací⁶⁷ a jejich případné úpravy ve spolupráci ošetřujícího lékaře a klinického farmaceuta, je pak využití výkonu klinického farmaceuta, který je plně hrazen zdravotními pojišťovnami v rámci úhradových mechanismů veřejného zdravotního pojištění pod názvem „konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem“. Ten je postaven na zhodnocení medikace u pacientů v ambulantní zdravotní péči, tzn. že je možné jej využít také v případě klientů/uživatelů pobytových sociálních služeb, a to na základě indikace

⁶⁴ eRecept – oficiální stránky. Dostupné online na: <https://www.epreskripce.cz/>.

⁶⁵ Prokeš M, Suchopár J: Spolehlivost počítačových programů poskytujících elektronickou podporu preskripce v oblasti lékových interakcí. In *Klinická Farmakologie a farmacie*. 2010;24(4):190-196.

⁶⁶ Močárková Z. *Analýza lékových problémů identifikovaných farmaceutem při dispenzační činnosti a vliv intervence farmaceuta směrem k předepisujícím lékařům*. [Rigorózní práce]. Hradec Králové: Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové; 2013. 147 p.

⁶⁷ Da Costa FA, van Mil, JWF, Alvarez-Risco A. *The pharmacist guide to implementing pharmaceutical care*. 1st ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2019, 506 p. ISBN 978-3-319-92575-2.

ošetřujícího lékaře a se souhlasem pacienta. Výsledkem takového postupu je pak navržení řešení a dalšího postupu pro ošetřujícího lékaře v oblasti farmakoterapie na základě posouzení zdravotnické dokumentace s cílem zhodnocení lékových interakcí a stanovení vhodné kombinace léčivých přípravků a jejich dávkování, a to především u pacientů s poruchami činnosti eliminačních orgánů nebo jinými komorbiditami.

Podle Databáze zdravotních výkonů⁶⁸ obsahuje uvedený výkon prostudování zdravotnické dokumentace klinickým farmaceutem se zaměřením na zhodnocení medikace a s ní spojených přítomných nebo potenciálních problémů. Dále výkon zahrnuje⁶⁹:

„zhodnocení farmakoterapeutického režimu, které je zaměřené na:

- 1. posouzení příčinné souvislosti mezi potížemi pacienta a medikací;*
- 2. posouzení medikace v kontextu aktuálních laboratorních výsledků a jejich dynamiky;*
- 3. posouzení aktuálního nebo plánovaného podávání a dávkování léčiv s ohledem na jejich farmakokinetické vlastnosti a aktuální renální a hepatální funkce pacienta;*
- 4. posouzení aktuálního nebo plánovaného dávkování léčiv ve vztahu ke zvolenému způsobu náhrady renálních funkcí;*
- 5. posouzení aktuálního nebo plánovaného podávání a dávkování léčiv s ohledem na jejich plazmatické hladiny;*
- 6. posouzení aktuálního nebo plánovaného podávání léčiv s ohledem na jejich farmakodynamické vlastnosti;*
- 7. posouzení aktuálního nebo plánovaného podávání léčiv s ohledem na výskyt klinicky závažné lékové interakce;*
- 8. posouzení souvislosti výskytu klinicky významného nežádoucího účinku a medikace pacienta;*

⁶⁸ Databáze zdravotních výkonů. Dostupné online: <https://szv.mzcr.cz/>.

⁶⁹ Databáze zdravotních výkonů. Registrační list – 05752: konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem. Dostupné online: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/05752>.

9. *posouzení aktuálního nebo plánovaného podávání léčiv, zbytné, nebo naopak nezbytné medikace v kontextu principů evidence-based medicine;*
10. *posouzení duplicitní medikace;*
11. *posouzení compliance pacienta;*
12. *zhodnocení lékového záznamu v kontextu zdravotnické dokumentace pacienta a požadavku ošetřujícího lékaře.“*

Na základě výše uvedeného je pak vypracován návrh postupu, zahrnující například úpravu farmakoterapeutického režimu nebo dávkování léčiv, dále návrh výhodnější alternativy léčiv nebo vhodnější lékové formy a vhodnějšího způsobu podání léčiva vzhledem ke stavu pacienta.

Jakkoli je role klinického farmaceuta při snaze o snižování rizik nežádoucích lékových interakcí klíčová, k řešení této problematiky je vždy třeba přistupovat multioborově. V ideálním případě by tak měla spolupráce probíhat na úrovni předepisující lékař – klinický farmaceut. V případě zařízení určených pro seniory by se pak mělo jednat o spolupráci předepisujícího lékaře – geriatra – klinického farmaceuta⁷⁰.

V ideálním případě by měl být proces postaven na spolupráci lékaře, klinického farmaceuta a nelékařských zdravotnických pracovníků a měl by zajistit:

- pravidelnou revizi předepsaných léčivých přípravků,
- předepsání léčivého přípravku s příznivým bezpečnostním profilem,
- nastavení adekvátního dávkování,
- sledování a vyhodnocování interakcí mezi jednotlivými léčivými přípravky,
- nastavení co možná nejjednoduššího lékového režimu,
- cílené zaměření se na diagnostiku nežádoucích lékových interakcí.

⁷⁰ Vlček J, Fialová D, Malý J, Pávek P, Halačová M, Doseděl M, Kotolová H, Horská K. Koncepce oboru klinická farmacie I., vzdělávací část. In *Česká a slovenská farmacie*. 2016; 65(Suppl): 1–20.

Role všeobecné sestry je zde postavena na odborné a kontinuální ošetrovatelské péči, která zahrnuje celý ošetrovatelský proces, včetně zhodnocení a posouzení zdravotního stavu klienta, sestavení ošetrovatelské diagnózy, vytvoření plánu ošetrovatelské péče, jeho realizace a následné zhodnocení. I když nelékařští zdravotničtí pracovníci nemohou měnit a upravovat lékařem nastavenou medikaci, jsou zodpovědní za přípravu a podávání léčivých přípravků a kontrolu procesu nastavené farmakoterapie.

Typy lékových auditů (revizí), které je možné v rámci farmakoterapie realizovat, lze přitom rozčlenit na několik úrovní, které uvádí následující tabulka.

Tabulka 19: Typy lékových auditů

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

Zdroj: Malý, J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Ročník 34, 2020, číslo 3

V pobytových zařízeních sociálních služeb se jedná o možnost středně pokročilou či pokročilou. V případě provedení lékového auditu u klientů pobytových zařízení sociálních služeb, by měl nejdříve proběhnout vstupní lékový audit a následně by měly pravidelně (nejméně 1x do roka, příp. při zásadní změně předepsaných léčiv) probíhat kontrolní lékové audity.

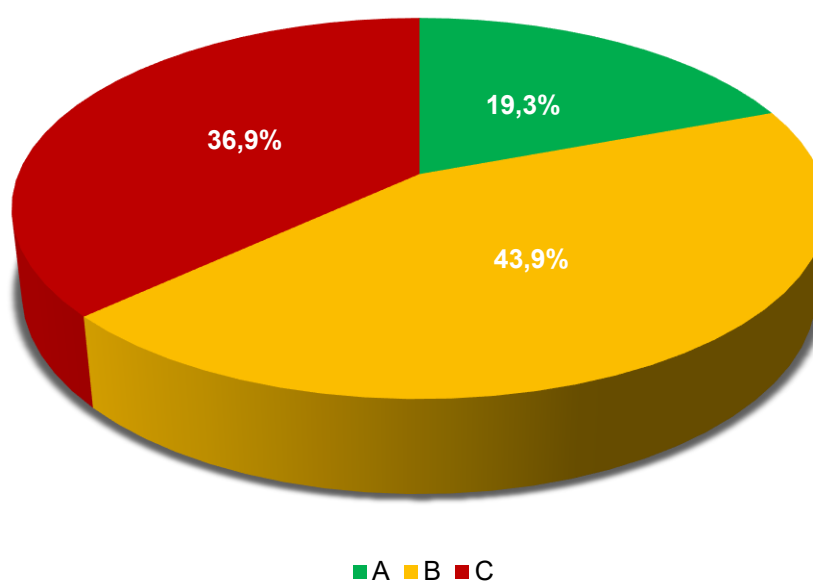
5.2 Zjištění z lékových auditů

Nejvýznamnější částí studie je realizace lékových auditů u vybraných poskytovatelů pobytových sociálních služeb, jejichž výstupy na základě zhodnocení dat a základní zjištění v obecné rovině, tedy bez možnosti identifikace jednotlivých zapojených zařízení, jsou předmětem této samostatné podkapitoly.

5.2.1. Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle typu a druhu zařízení

S ohledem na vyhodnocené nežádoucí lékové interakce byli po posouzení současně užívaných léčivých přípravků jednotliví klienti rozřazeni do kategorií A, B a C. Z celkového počtu 301 klientů bylo 58 klientů zařazeno do kategorie A, 132 klientů bylo zařazeno do kategorie B a 111 klientů do kategorie C.

Graf 8: Rozdělení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce

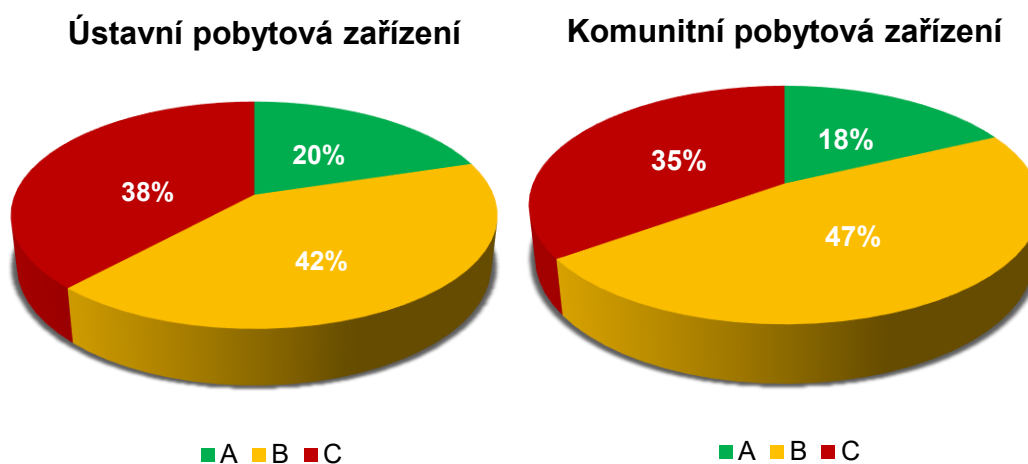


Zdroj: Vlastní zpracování v rámci šetření 2022, 2023.

Přestože je u všech klientů zařazených do kategorie C automaticky předpokládána nutná revize ze strany klinického farmaceuta, s ohledem na konkrétní diagnózy a konkrétní předepsaná léčiva jednotlivých klientů byly i v kategorii C samostatně zdůrazněny jednotlivé případy, kdy je konzultace/zásah klinického farmaceuta více než žádoucí. V rámci všech klientů zařazených do kategorie C tak bylo uvedeno celkem 67 doporučení a v rámci klientů zařazených do kategorie B bylo uvedeno celkem 34 doporučení.

Na základě zhodnocení medikace jednotlivých klientů zapojených do studie a rozdělení podle účelnosti farmakoterapie do skupin A, B a C (více viz 3.2 Metody analýzy dat) bylo provedeno porovnání mezi skupinou ústavních a komunitních zařízení. Jak vyplývá z následujících grafů a tabulek, mezi zkoumanými vzorky zařízení, rozdělených podle typu, nejsou zásadní rozdíly.

Graf 9: Zařazení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce v rozlišení na ústavní a komunitní zařízení



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Tabulka 20: Zařazení klientů do skupin podle vyhodnocené lékové interakce v rozlišení na ústavní a komunitní zařízení

Ústavní pobytová zařízení				Komunitní pobytová zařízení			
Zapojení klienti	A	B	C	Zapojení klienti	A	B	C
178	36	74	68	123	22	58	43
100%	20 %	42 %	38 %	100%	18%	47%	35%

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Pokud jde o srovnání mezi ústavními a komunitními zařízeními, poměr mezi jednotlivými kategoriemi je velice podobný. I zde je tak zřejmé, že riziko nežádoucích lékových interakcí je v obou typech zařízení zhruba stejné. V kategorii A je u ústavních zařízení zařazeno 20 % klientů, u komunitních zařízení 18 % klientů. V kategorii B je v komunitních zařízeních zařazeno o 5 % více klientů (47 %) než v ústavních zařízeních (42 %). V kategorii C je zařazeno 38 % klientů z ústavních zařízení, zatímco ze zařízení komunitních je to 35 % klientů.

Procentuální výsledky řazení jednotlivých případů (datových sad) do skupin ukazují jen minimální rozdíly na úrovni 3 procentních bodů ve skupině A a C a 6 procentních bodů ve skupině C.

Při srovnání obou typů služeb v účelnosti farmakoterapie bylo využito také srovnání indexu účelnosti farmakoterapie (více viz 3.2 Metody analýzy dat), tedy hodnoty průměrného případu⁷¹, vypočteného váženým průměrem tak, že:

- případy ve skupině A jsou započteny vahou 1,
- případy ve skupině B započteny vahou 0,5,
- případy ve skupině C započteny vahou 0.

Následující tabulka ukazuje, že srovnání obou typů služeb vykazuje stejný výsledek.

⁷¹ Pokud by tedy všechny hodnocené případy spadaly do skupiny A, dosáhl by výsledný index hodnoty 1, tedy 100 %. Pokud by všechny případy spadaly do skupiny B, dosáhl by výsledný index hodnoty 0,5, tedy 50 %, a pokud by se všechny zkoumané případy medikace nacházely ve skupině C, byla by výsledná hodnota 0, tedy 0 %.

Tabulka 21: Index účelnosti farmakoterapie ústavních a komunitní zařízení

Index účelnosti farmakoterapie		
Ústavní zařízení	$(36*1+74*0,5+69*0)/178=0,410$	41,0 %
Komunitní zařízení	$(22*1+58*0,5+43*0)/123=0,414$	41,4 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Vzhledem k těmto výsledkům a k dalším zjištěním v rámci realizace studie je patrné, že typ zařízení v rozdělení na ústavní a komunitní služby nemá vliv na účelnost farmakoterapie.

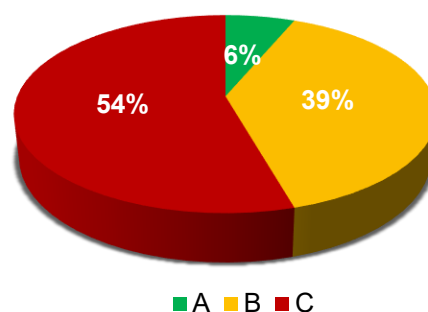
Zhodnocení podle druhu poskytované služby, tedy v případě této studie v rozdělení na domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením, již na rozdíl od typu služby vykazuje velké rozdíly mezi druhy zařízení.

Rozdíly mezi zařízeními jsou dány již různým účelem a zaměřením se na určitou cílovou skupinou, také různým věkem klientů nebo diagnózami, které se u klientů vyskytují. Tyto rozdíly však nezakládají důvod ke snížení účelnosti farmakoterapie, ale naopak k zacílení a personalizaci zdravotní péče včetně farmakoterapie.

Následující tabulky a grafy ukazují výsledky hodnocení účelnosti farmakoterapie podle druhu zařízení.

Tabulka 22: Účelnost farmakoterapie v domovech se zvláštním režimem

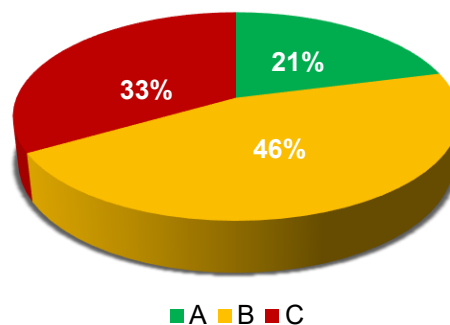
Domovy se zvláštním režimem			
Zapojení klienti	A	B	C
79	5	31	43
100 %	6 %	39 %	54 %



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Tabulka 23: Účelnost farmakoterapie v domovech pro seniory

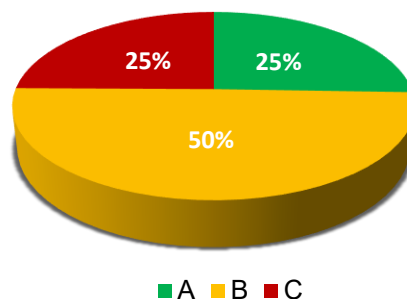
Domovy pro seniory			
Zapojení klienti	A	B	C
81	17	37	27
100 %	21 %	46 %	33 %



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023

Tabulka 24: Účelnost farmakoterapie v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením			
Zapojení klienti	A	B	C
141	36	64	31
100 %	25 %	46 %	29 %



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Z grafů a tabulek vyplývají rozdíly v účelnosti farmakoterapie mezi druhy zařízení, kdy jako nejzávažnější byly identifikovány výsledky auditů v DZR, kde je 54 % zapojených klientů přiřazena do skupiny C, 39 % do skupiny B a pouze 6 % do skupiny A.

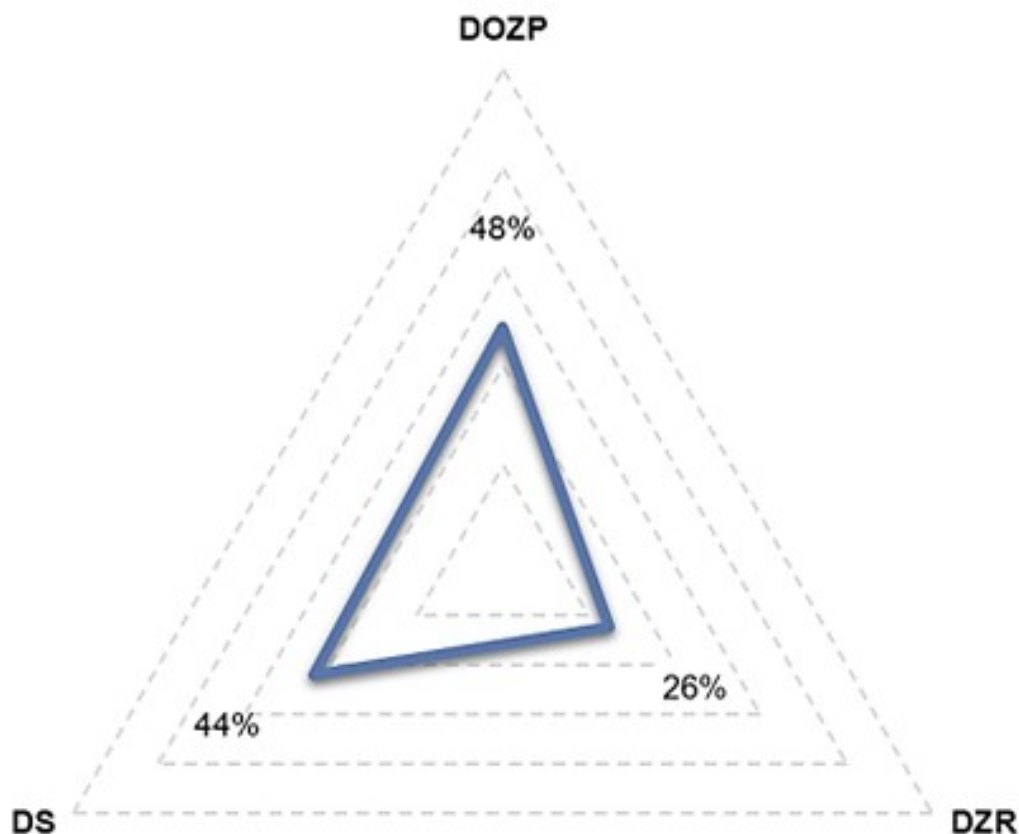
Naopak nejpříznivější situace byla zjištěna v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde bylo 25 % zkoumaných sad zařazeno do skupiny A, 46 % z nich do skupiny B a 29 % do skupiny C. Porovnání indexu účelnosti farmakoterapie shrnují následující tabulka a graf.

Tabulka 25: Index účelnosti farmakoterapie podle druhu poskytované služby

Index účelnosti farmakoterapie		
DZR	$(5 \cdot 1 + 31 \cdot 0,5 + 43 \cdot 0) / 79 = \mathbf{0,250}$	26 %
DS	$(17 \cdot 1 + 37 \cdot 0,5 + 27 \cdot 0) / 81 = \mathbf{0,438}$	44 %
DOZP	$(36 \cdot 1 + 64 \cdot 0,5 + 31 \cdot 0) / 141 = \mathbf{0,482}$	48 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

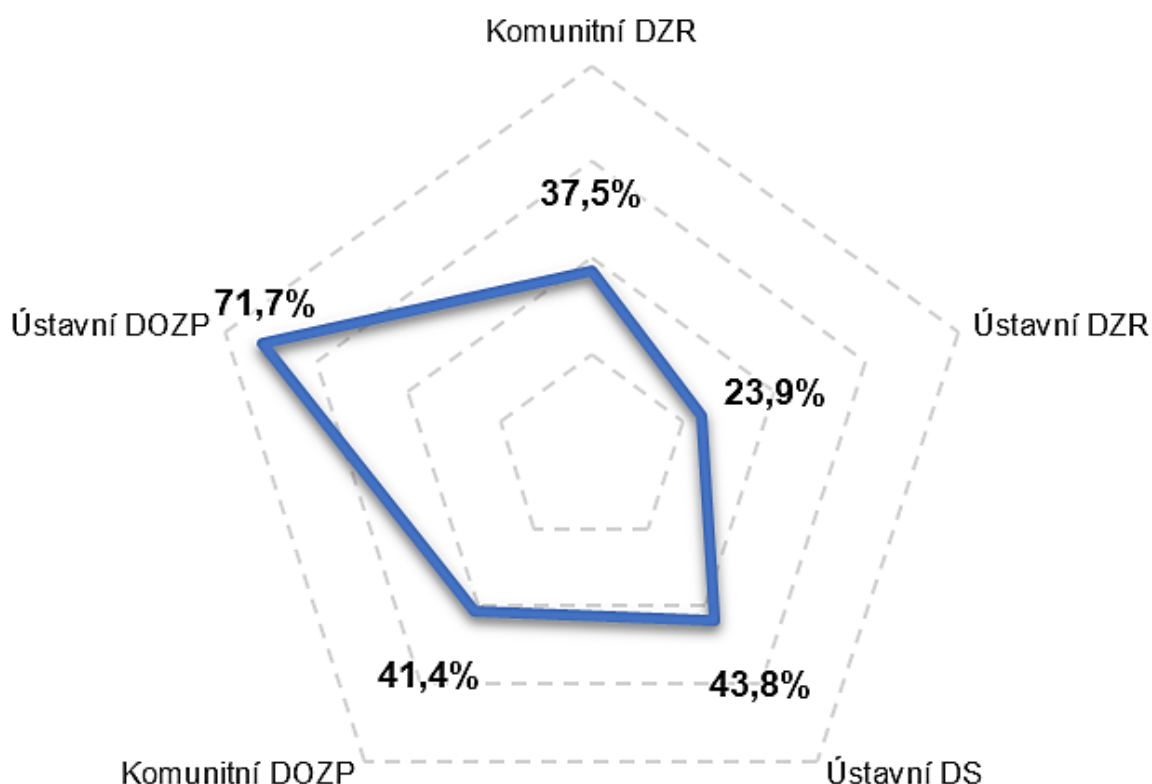
Graf 10: Indexy účelnosti farmakoterapie podle druhu poskytované služby



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Rozdíly lze nalézt také při srovnání dat podle druhu a typu zařízení zároveň. Jak ukazuje následující graf, nejlepších výsledků z pohledu účelnosti farmakoterapie dosáhla ústavní DOZP, a to ve výši 71,7 %. Velkým rozdílem a se srovnatelnými výsledky pak byly vyhodnoceny ústavní DS a komunitní DOZP. DZR komunitního typu i ústavního typu dosáhly nejnižších výsledků, s tím že ústavní DZR necelých 24 %.

Graf 11: Indexy účelnosti farmakoterapie podle druhu a typu pobytové služby



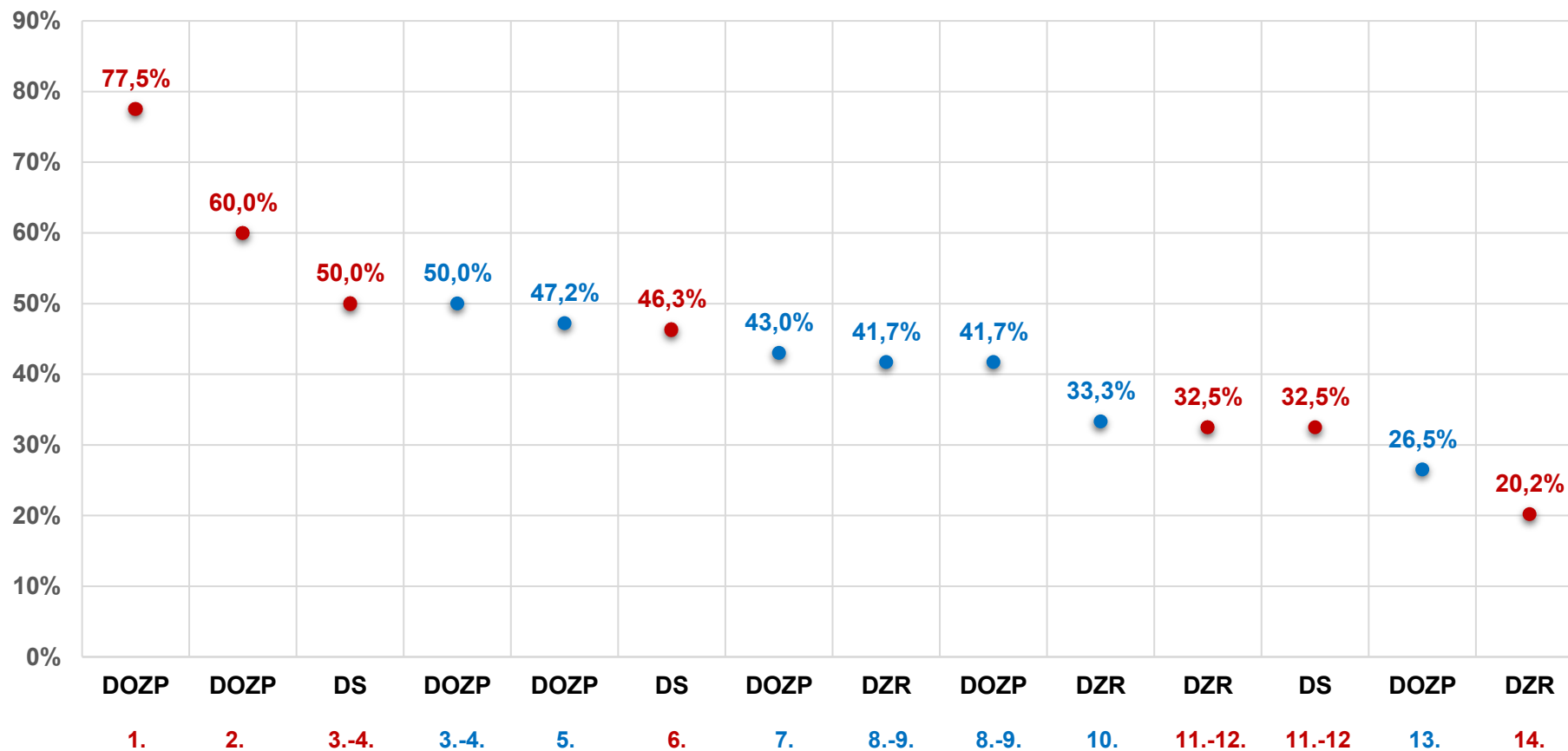
Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Pro zapojená zařízení byla sestavena osa, kterou zachycuje následující graf a na které byla srovnána získaná data stran účelnosti farmakoterapie. Pro zachování anonymity nejsou uvedeny názvy konkrétních zařízení. Z grafu lze vyčíst druh zařízení v rozdělení na DOZP, DS a DZR a typ zařízení v rozdělení na ústavní (označeno červenou barvou) a komunitní služby (označeno modrou barvou).

I když je mezi prvním a posledním zařízením rozdíl 57,5 procentních bodů, je nutné zdůraznit, že výsledky nelze paušalizovat, a to vzhledem ke skutečnosti, že mezi zařízeními existují velké rozdíly v počtu klientů zapojených do studie, v diagnózách, které se jsou v rámci farmakoterapie řešeny, a ve věku klientů.

Také z tohoto grafu lze tedy vyčíst, že v účelnosti farmakoterapie nejsou rozdíly mezi komunitním a ústavním typem zařízení, i když při samotném poskytování sociálních služeb (obsahu a formě) jsou markantní.

Graf 12: Srovnání jednotlivých zapojených zařízení podle účelnosti farmakoterapie



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

5.2.2. Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle kapacity zařízení

Při porovnání jednotlivých zařízení podle počtu lůžek, tedy podle kapacit pobytových služeb, nelze potvrdit kauzalitu mezi kapacitou zařízení a účelností farmakoterapie. Při rozdělení poskytovatelů do skupin uvedených v tabulce níže vykazují tři kategorie výsledky mezi 40 a 50 %, s výjimkou zařízení s počtem klientů 26 až 50, která dosáhla 23,88 %. Vzhledem k malému rozsahu výzkumného vzorku nelze z uvedených výsledků vyvodit žádné závěry.

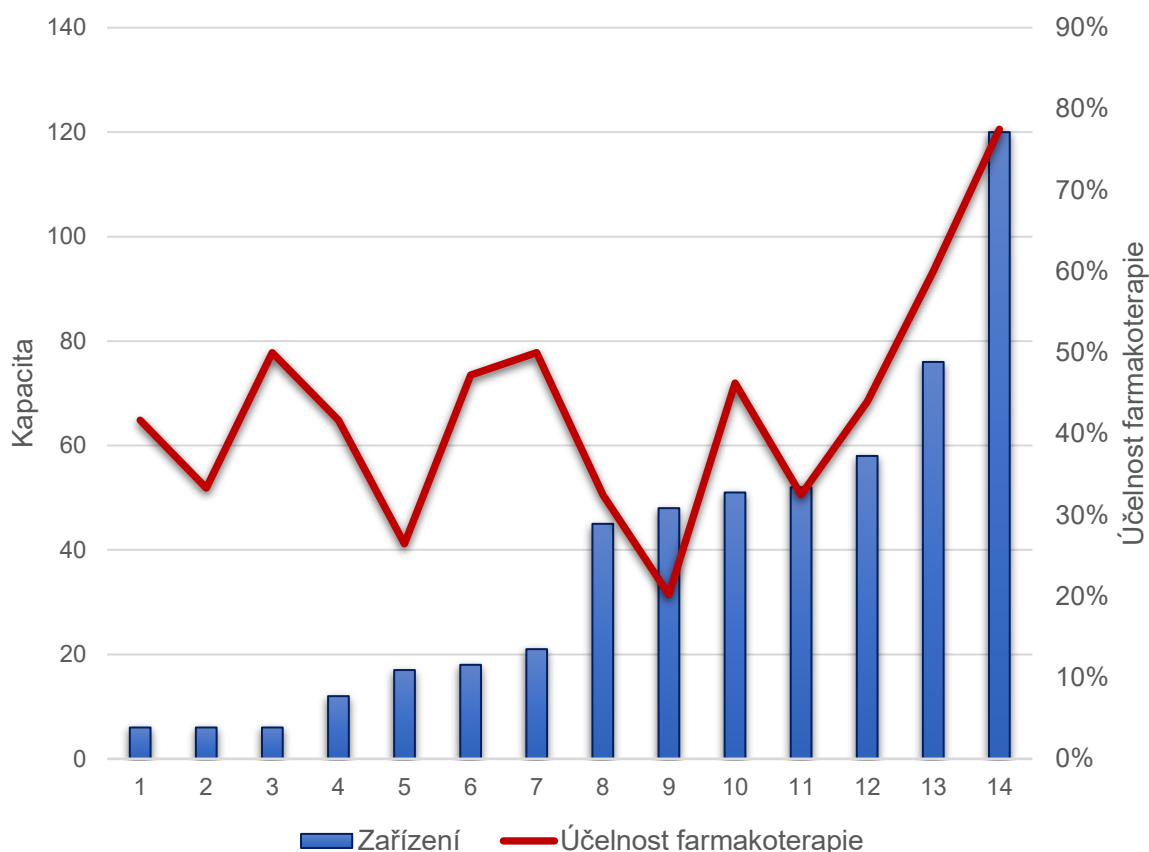
Tabulka 26: Porovnání poskytovatelů podle kapacit služeb

Kapacita	A	B	C	Účelnost farmakoterapie	Počet zařízení v kategorii
Nad 50 klientů	36	72	40	48,65 %	5
26–50 klientů	3	26	38	23,88 %	2
16–25 klientů	13	21	22	41,96 %	3
Do 15 klientů	6	13	11	41,67 %	4

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Výsledek potvrzuje také následující srovnání zařízení podle kapacit a účelnosti farmakoterapie. Křivka zaznamenávající účelnost farmakoterapie nevyznačuje ve vztahu k rostoucí kapacitě jednotlivých zařízení žádný významný trend.

Graf 13: Porovnání kapacit a účelnosti farmakoterapie



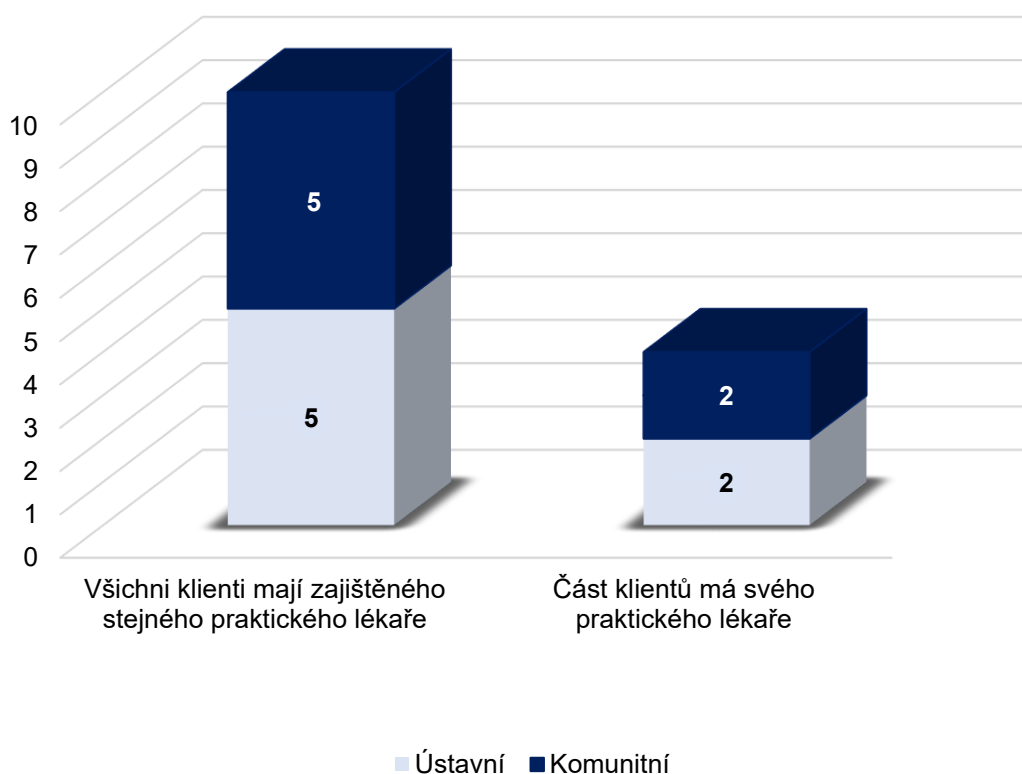
Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

5.2.3. Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle zapojení ošetřujících lékařů

Z šetření vyplynulo, že všichni klienti mají zajištěnou péči praktického lékaře. V některých případech se jedná o jediného praktického lékaře pro všechny klienty, v některých případech mají klienti různé praktické lékaře, neboť si například ponechali původního PL, u kterého byli zaregistrováni před příchodem do domova.

Ze zkoumaného vzorku 14 zařízení je pouze v případě čtyř zařízení poskytována lékařská péče na úrovni praktického lékaře ze strany více praktických lékařů, a to u dvou zařízení ústavního a dvou zařízení komunitního typu. V 10 dalších případech jsou klienti registrováni u jediného registrujícího praktického lékaře, což zjednodušuje koordinaci péče a komunikaci s praktickým lékařem ze strany zařízení.

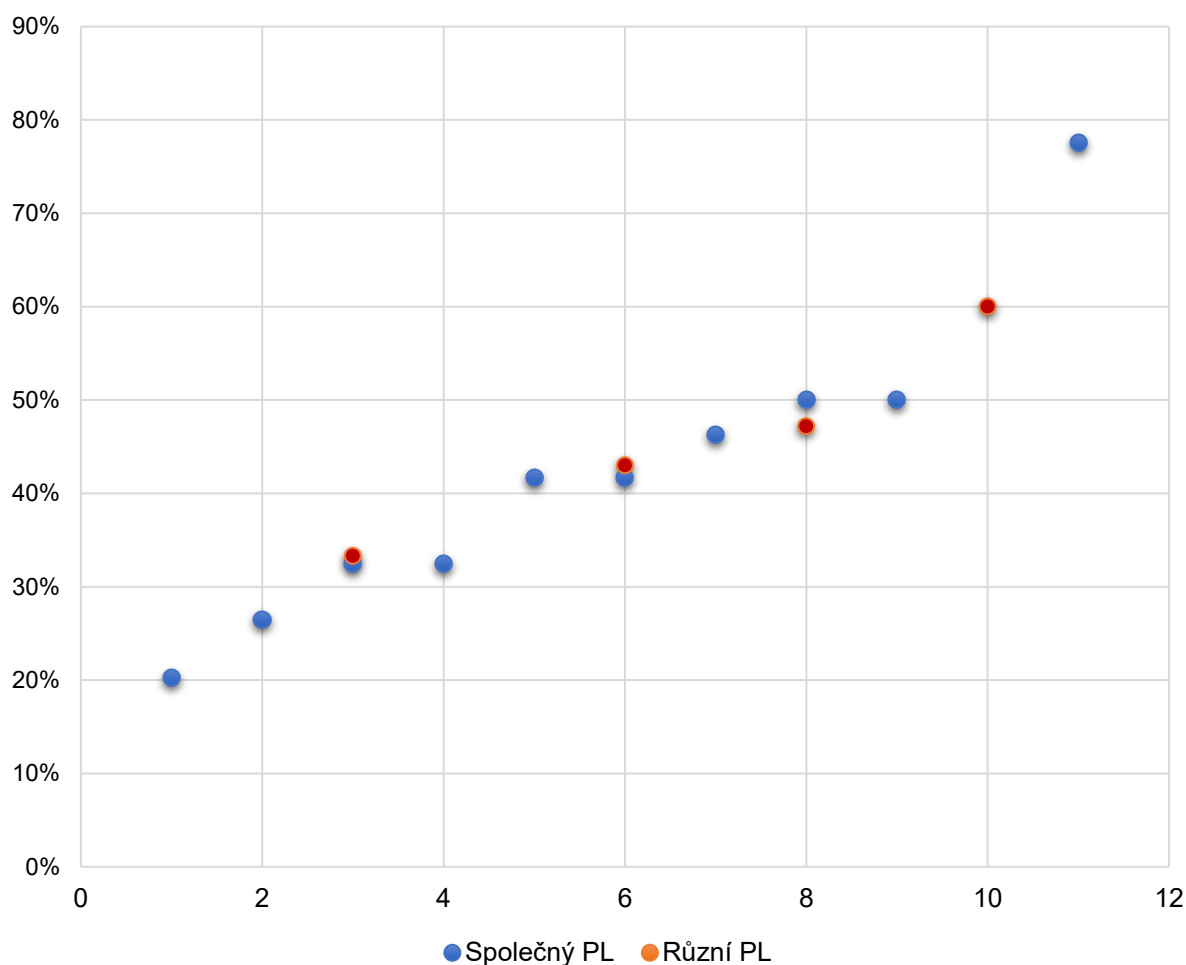
Graf 14: Zajištění praktického lékaře pro klienty zařízení



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Výsledky lékových auditů nenasvědčují tomu, že by existovaly rozdíly v případě poskytování lékařské péče jediným praktickým lékařem nebo více praktickými zařízeními a z následujícího grafu je patrné, že rozptyl v účelnosti farmakoterapie mezi zařízeními je srovnatelný v obou případech.

Graf 15: Srovnání účelnosti farmakoterapie podle počtu registrujících praktických lékařů



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Současné nastavení systému poskytování sociální a zdravotní péče, i když zajišťuje registraci u praktického lékaře, nepodporuje a nijak neřeší časovou dostupnost praktických lékařů, a to především šíří jejich ordinační doby, popřípadě doby telefonických konzultací, což je pro poskytovatele pobytových zařízení velmi důležité.

Výsledek šetření mezi 12 pobytovými zařízeními, která se účastnila anonymního dotazníkového šetření, ukazuje, že 5 z 12 dotázaných se potýká s nedostupností lékaře mimo jeho ordinační hodiny.

Tabulka 27: Způsob zajištění konzultace při změně zdravotního stavu pacienta

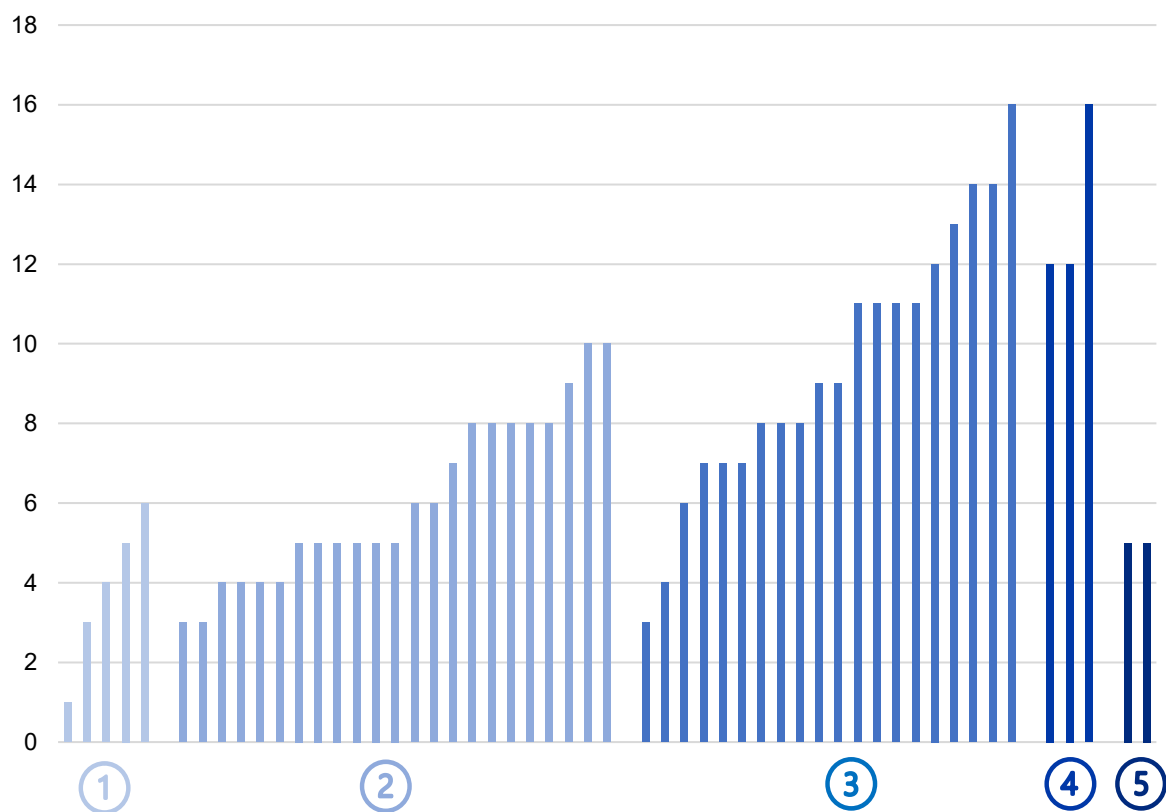
Praktický lékař je k dispozici fyzicky ve vymezených (ordinačních) hodinách, mimo ně je vždy k dispozici po telefonu.	7
Praktický lékař je k dispozici fyzicky nebo po telefonu pouze ve vymezených (ordinačních) hodinách.	5
Celkem	12

Zdroj: Vlastní zpracování v rámci šetření 2022, 2023.

Kromě praktických lékařů se do péče o klienty pobytových zařízení zapojují také další medicínské odbornosti. Mezi počtem odborností lékařů, kteří předepisují léčivé přípravky konkrétnímu klientovi/pacientovi, a počtem užívaných léčivých přípravků existuje vztah, i když se nejedná o přímou úměru, jak ukazuje následující graf, který pro názornost tohoto vztahu zahrnuje vzorek vybraných 52 případů⁷², které byly předmětem studie. Jak je patrné, v případě jedné odbornosti se jedná o 1 až 6 léčivých přípravků, v případě dvou odborností se jedná o 3 až 10 předepsaných léčivých přípravků, u tří odborností se jedná o 3 až 16 užívaných léčivých přípravků, u čtyř odborností se jedná o 12 až 16 léčivých přípravků. To, že zde nelze nalézt jednoznačnou kauzalitu – přímou úměru, dokazuje poslední část grafu, kdy v případě 5 odborností bylo předepsáno „pouze“ 5 léčivých přípravků, a to hned ve dvou případech.

⁷² Vzorek případů byl vybrán náhodně pro ilustraci kauzality mezi počtem odborností a užívaných léčivých přípravků. Zahrnutí dat všech 301 klientů by nemělo vliv na podstatu sdělení, avšak snížilo by čitelnost grafického zobrazení.

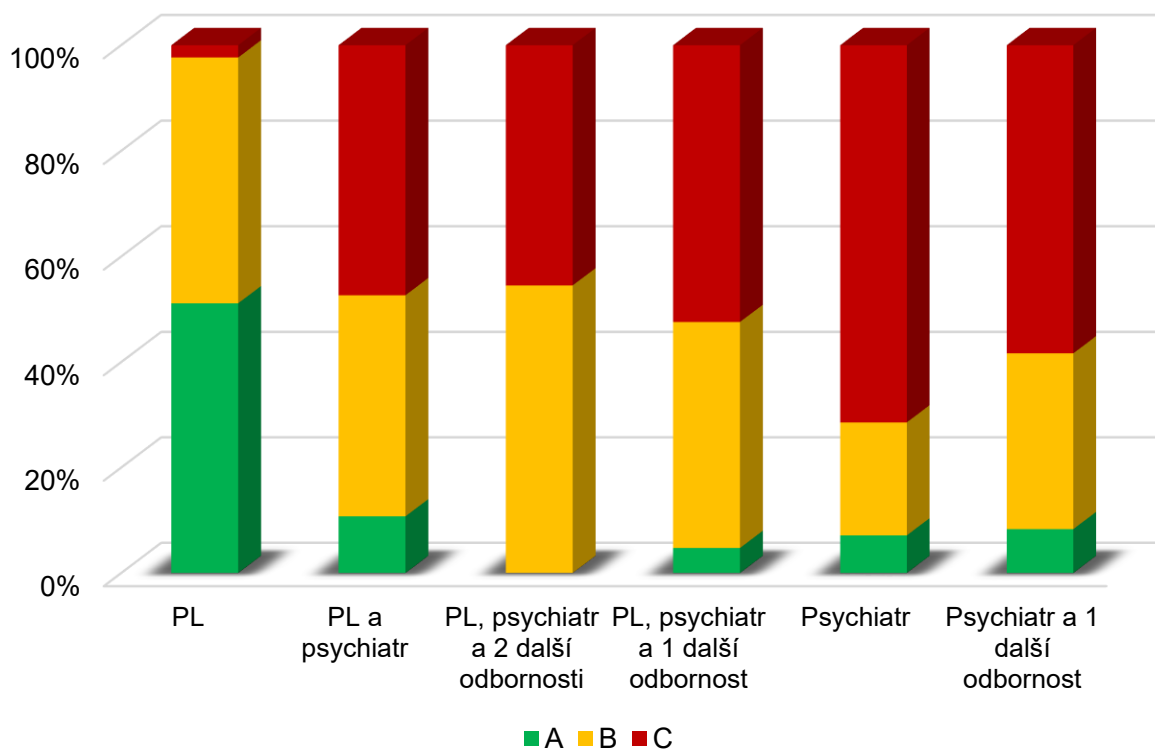
Graf 16: Vztah počtu odborností a počtu užívaných léčivých přípravků



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Následující graf zobrazuje strukturu obecných výstupů lékových auditů u všech 301 zapojených klientů pobytových služeb podle počtu předepisujících odborníků a podle odborností. Pro komparaci byly vybrány případy kombinace předepisujících odborností. Jak je patrné z výsledků komparace, bez ohledu na počet užívaných léčivých přípravků, je účelnost farmakoterapie zajištěna nejvíce v případě praktického lékaře jako jediného předepisujícího odborníka. Významný rozdíl je patrný v dalším případě, kdy je jediným předepisujícím lékařem psychiatr. Se zapojením dalších odborností se účelnost farmakoterapie snižuje, ale vždy je vyšší než v případě jednoho předepisujícího odborníka – psychiatra.

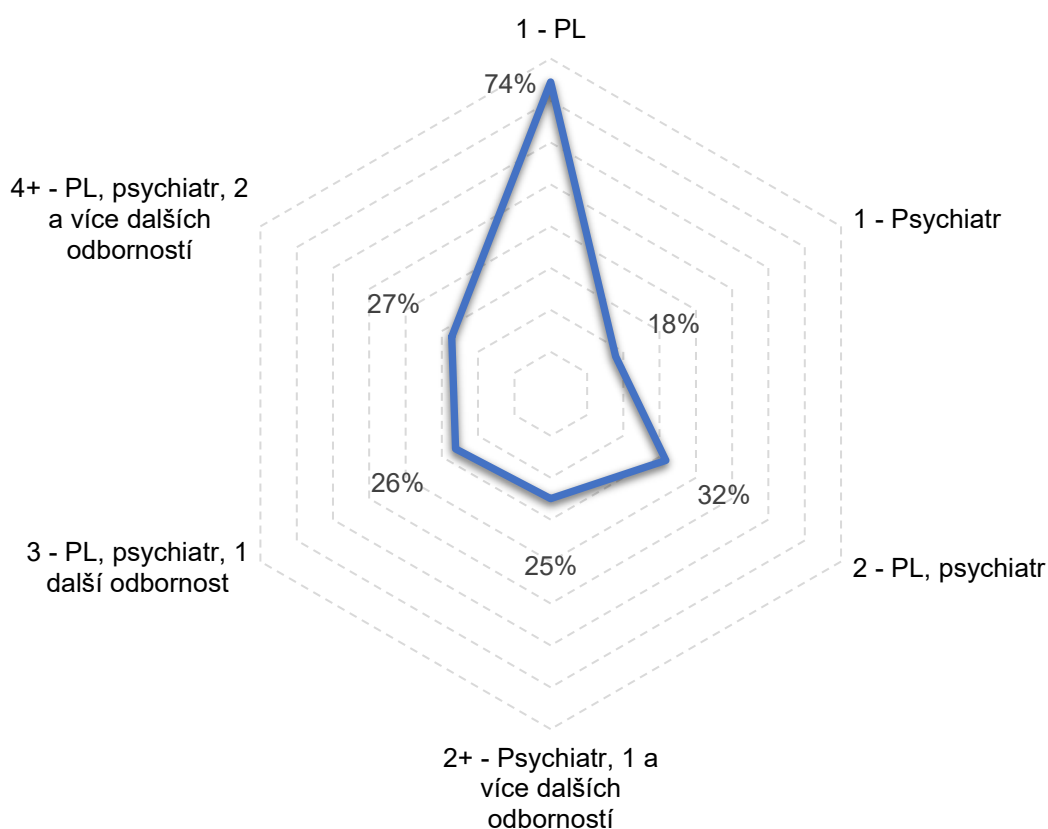
Graf 17: Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle počtu a typu odborností



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Po výpočtu indexu účelné farmakoterapie pro všech 301 do studie zapojených klientů je v následujícím grafu patrný rozdíl mezi definovanými kategoriemi předepisujících odborností.

Graf 18: Index účelnosti farmakoterapie podle počtu a typu předepisujících odborností



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

5.2.4. Zhodnocení účelnosti farmakoterapie podle zajištění ošetrovatelské péče

Nelékařský zdravotnický personál je v naprosté většině jediným zdravotnickým personálem pobytových zařízení, který může také jako jediný vykonávat zdravotnické výkony. Ty mohou být zajištěny vlastními zaměstnanci (zaměstnáním všeobecné zdravotní sestry odbornosti 913)⁷³ nebo prostřednictvím externího poskytovatele zdravotních služeb, například domácí zdravotní péče (odbornost 925)⁷⁴, kdy pobytové zařízení z různých důvodů nedisponuje zdravotnickými pracovníky jako vlastními zaměstnanci.

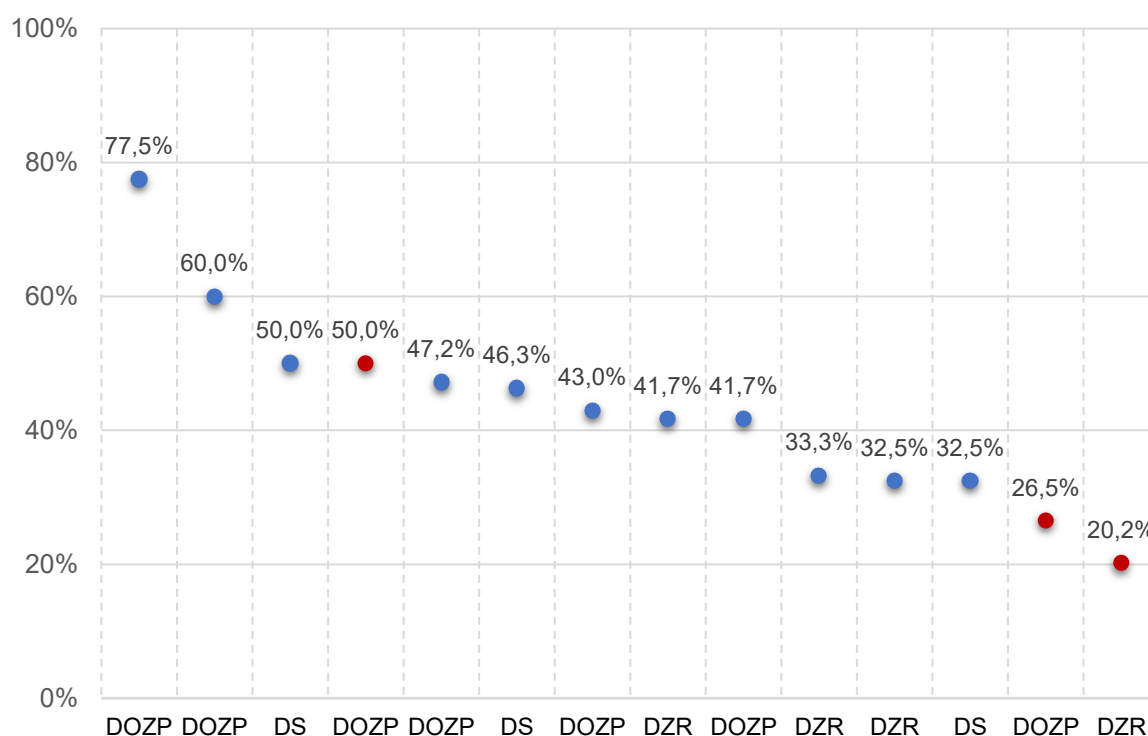
⁷³ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Seznam zdravotních výkonů – odbornost 913*. Dostupné online na: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=913&aktivni=true>.

⁷⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Seznam zdravotních výkonů – odbornost 925*. Dostupné online na: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true>.

V námi zkoumaném vzorku se jednalo o celkem tři zařízení, která ošetrovatelskou péči zajišťují prostřednictvím externího poskytovatele, zatímco ostatní zařízení disponují vlastními zaměstnanci – všeobecnými sestrami. Jak ukazuje následující graf, dvě ze zkoumaných zařízení, která využívají externí službu domácí péče (červeně označené), se sice umístila na konci žebříčku účelnosti farmakoterapie, ale třetí z nich je na 3. až 4. místě.

Z porovnání výstupů lékových auditů v rámci studie nevyplývají žádné jednoznačné závěry z hlediska vztahu mezi účelností farmakoterapie a způsobem zajištění ošetrovatelské péče. To je dáno již tím, že oba způsoby zajištění ošetrovatelské péče se liší především (administrativní) formou spolupráce a způsobem financování péče z pohledu pobytových zařízení, což nezakládá automaticky důvod k jiné intenzitě nebo kvalitě poskytované ošetrovatelské péče.

Graf 19: Porovnání účelnosti farmakoterapie podle způsobu zajištění ošetrovatelské péče



Pozn.: ● Zařízení zajišťující ošetrovatelskou péči prostřednictvím externího poskytovatele zdravotních služeb
 ● Zařízení zajišťující ošetrovatelskou péči vlastními zaměstnanci

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Kompetence pracovníků v sociálních službách vycházejí ze zákona o sociálních službách⁷⁵, zatímco kompetence ošetrovatelského personálu jsou upraveny Zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních⁷⁶ a dále Vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků⁷⁷.

Práce sester v sociálním zařízení má zároveň svá specifika, což z velké části vyplývá také ze skutečnosti, že v těchto pobytových zařízeních není trvale přítomen lékař, který by mohl okamžitě posoudit situaci a zdravotní stav a řešit jeho akutní změny.

Z pohledu farmakoterapie nemá ošetrovatelský personál ve své kompetenci preskripci léčiva, tj. předepisování léků bez ordinace lékaře. Zároveň je také potřeba zmínit, že ošetrovatelský personál nemá ani kompetenci ke generické substituci, tzn. že nemá možnost volit generikum, ale má povinnost podávat předepsané léčivo dle jeho obchodního názvu. Vedle toho se kompetence k podání léčiv konkrétními cestami a klientům různého věku u jednotlivých kvalifikací ošetrovatelských pracovníků liší s tím, že nejvyšší kvalifikace dosahuje všeobecná sestra.⁷⁸

V rámci realizovaných dotazníkových šetření byly zástupcům pobytových zařízení pokládány také otázky, zaměřené na samotný proces přípravy a podávání léčivých přípravků, který významnou součástí farmakoterapie. Důvodem byla skutečnost, že problematika nevhodného, ne-li přímo chybného vedení farmakoterapie se netýká pouze samotného předpisu léčiva, nýbrž také správného podání a záznamu.

Nedílnou zásadou správně vedené ošetrovatelské praxe ve vztahu k podávání léčiv je tedy jasné určení odpovědnosti, tzn. že správně lék klientovi

⁷⁵ Zákon o sociálních službách Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁶ 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, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁷ Vyhláška č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁸ Příprava a podávání léků je součástí poskytování zdravotní péče a je odbornou činností zdravotnických pracovníků, což vyplývá z legislativních norem, tj. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vyhláška Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a jeho prováděcí vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Vyhláška 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

podává ten pracovník, který jej též připravil a tudíž ví, který lék a v jaké síle klientovi podává.

Z následující tabulky, která shrnuje odpovědi respondentů na otázku přípravy léků pro klienty, vyplývá, že se do výzkumu zapojená pobytová zařízení plně zajišťují přípravu léčivých přípravků ze strany kvalifikovaného odborníka. Jedno zařízení uvedlo jiného nespécifikovaného pracovníka, přičemž svou odpověď upřesnilo v poznámce s tím, že přípravu provádí všeobecná sestra domácí péče, která není vlastním zaměstnancem zařízení.

Tabulka 28: Příprava léků v zařízeních (kdo připravuje léky pro klienty/pacienty)

Všeobecná sestra	11
Praktická sestra	0
Pracovník v sociálních službách	0
Jiný pracovník	1
Celkem	12

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Léky by měly být klientovi vždy podávány z originálního balení a v zásadě platí, že ten pracovník, který lék připraví, by jej měl klientovi i podávat a zkontrolovat jeho užití. Léčivo by mělo být podáváno na základě písemné, aktuální a čitelné ordinace lékaře v dokumentaci a při jeho podání by měla být dodržena ordinace léčiva, a to zejména ordinovaná dávka a forma léčiva. V neposlední řadě je potřeba se přesvědčit, zda klient lék řádně užil, a provést záznam o podání léčiva v dokumentaci, aby bylo vždy patrné, jestli klient léky již dostal či nikoliv, což je významné pro prevenci překročení doporučené denní dávky léčiva či kumulace dávky v čase nebo nejistoty, zda jiný pracovník může či nemůže dávku podat.

Z následující tabulky a grafu vyplývá, že ve většině případů (celkem 9 z 12) léky podává všeobecná sestra, což odpovídá předpokladu na základě legislativně

daných kompetencí. Ve dvou případech bylo uvedeno, že klienti léky užívají sami se sociální asistencí⁷⁹, což rovněž odpovídá aktuálním legislativním požadavkům. V jednom případě podává léky pracovník v sociálních službách, což neodpovídá legislativním požadavkům v dané oblasti, které jsou postaveny na skutečnosti, že podávání léčivých přípravků je odbornou činností výhradně zdravotnických pracovníků⁸⁰.

Tabulka 29: Podávání léků klientům (kdo podává léky pacientů/klientům)

Všeobecná sestra*	9
Praktická sestra	0
Pracovník v sociálních službách	1
Klienti užívají léky sami s dohledem/za asistence pracovníka v sociálních službách	2
Celkem	12

*V jednom případě byla uvedena všeobecná sestra domácí péče.

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023

⁷⁹ K posouzení soběstačnosti se používají standardizované testy, které při jejich správném použití určují míru závislosti klienta na okolní péči. V České republice je nejčastěji využíván test všedních denních činností ADL a test instrumentálních denních činností IADL, přičemž v hodnocení nesmí být opomenuto posouzení kognitivních funkcí klienta. Obecně je pak doporučováno posouzení schopností klienta již při příjmu do zařízení sociální péče, před důležitým rozhodnutím o zdravotní či sociální péči, při změně stavu klienta, při zásadnější změně medikace, při překladech do jiného zařízení či propuštění. Cenné informace lze získat samozřejmě také při odběru anamnézy klienta a jeho pozorování, kdy je nutné všimnout si rizikového chování, jako je např. tendence některé léky nadužívat (např. opiáty, hypnotika, analgetika), kombinovat s návykovými látkami či naopak úmyslně léky neužívat apod.; zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Ostatní oborové klasifikace a škály. Dostupné online na: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.

⁸⁰ Příprava a podávání léků je součástí poskytování zdravotní péče a je odbornou činností zdravotnických pracovníků, což vyplývá z legislativních norem, tj. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, vyhláška Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a jeho prováděcí vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Vyhláška 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Za alarmující lze označit výsledky odpovědí na otázku podávání léků bez ordinace lékaře, kdy v 8 případech nelékařský personál podává léky bez ordinace lékaře, což znamená překračování odborných kompetencí stanovených platnou legislativou. Pro upřesnění lze uvést, že bez ordinace lékaře jsou podávána léčiva pouze ze skupiny volně prodejných léčiv.

Tabulka 30: Podávání léků bez ordinace lékaře

Ano	8
Ne	3
Celkem	11

Zdroj: Vlastní zpracování v rámci šetření 2023.

Z odpovědí na otázku, jakým způsobem je prováděn záznam o podání léčiva v dokumentaci, vyplývá, že v zařízeních, která se průzkumu účastnila je záznam prováděn lege artis. Jedná se o zásadní prvek v procesu podávání léčiv, neboť správný zápis minimalizuje riziko vynechání dávky nebo naopak dvojení dávky apod.

Na druhé straně kvalitní ošetrovatelská péče může být vhodným nástrojem pro ovlivnění následné medikace pacienta ze strany ošetřujícího lékaře, kdy je u některých klientů možné například snížit užívání hypnotik formou prevence nespavosti nebo tzv. spánkové inverze prostřednictvím vhodné psychosomatické aktivizace klientů během dne. Ta pomáhá navodit přirozený biorytmus a adekvátní míru únavy. Mezi další příklady, kdy je možné kvalitní ošetrovatelskou péčí ovlivnit užívání léků, je vhodná forma rehabilitačního ošetřování (např. polohování) s cílem zmírnit bolest a snížit tak užívání analgetik, stejně tak jako správné vedení výživy s ohledem na kompenzaci diabetu apod.

Naopak nevhodně vedená farmakoterapie, kdy jako příklad lze uvést zejména nadužívání psychofarmak s nežádoucím útlumem klienta, což může zapříčinit rozvoj imobilizačního syndromu s následným ohrožením zdraví a života klienta.

V rámci anonymního dotazníkového šetření byla zúčastněná zařízení požádána o výběr ze sedmi možností změn organizace podávání léčivých přípravků ze strany

zdravotnického personálu zařízení pobytových služeb. Každý respondent mohl vybrat 0 až 7 možností, popřípadě doplnit možnost, která nebyla součástí předdefinovaných odpovědí. Respondenti vybírali ty možnosti, u kterých předpokládají, že by zefektivnily jejich práci, zvýšily kvalitu poskytované péče nebo snížily zátěž personálu zařízení.

12 respondentů dohromady vybralo celkem 28 odpovědí (možností). Nejčtenější odpovědí byl návrh na zvýšení počtu kvalifikovaného personálu, především pak všeobecných sester, který zvolilo celkem 7 respondentů. Mezi další odpovědi, které byly vybrány vždy pětkrát, patřila možnost podávat bez ordinace lékaře volně prodejné léky, zvýšení kompetencí personálu a také spolupráce s klinickým farmaceutem. Kompletní odpovědi shrnuje následující tabulka a graf.

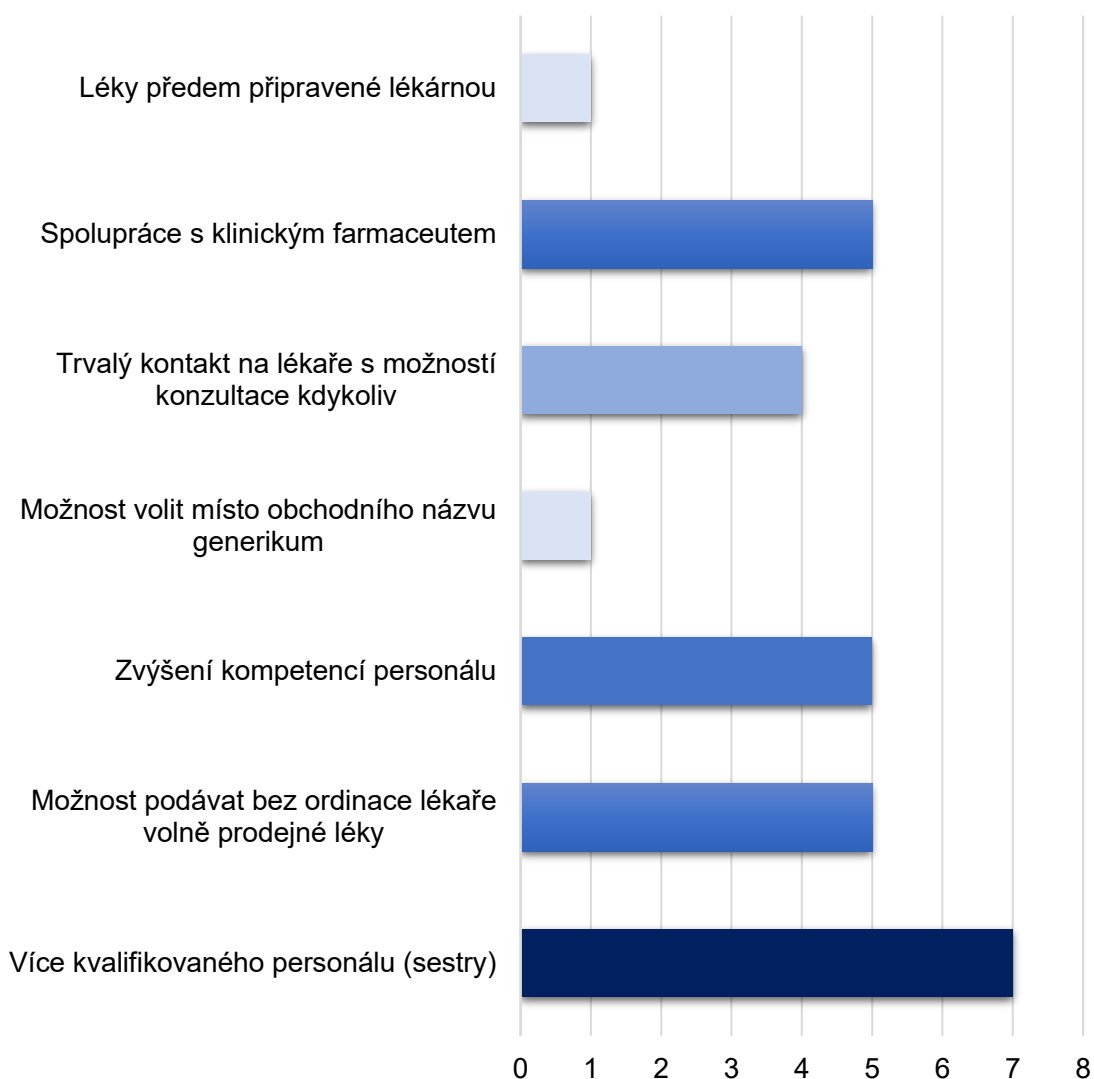
Tabulka 31: Návrhy na změnu organizace podávání léčivých přípravků ze strany zdravotnického personálu zařízení pobytových služeb

Více kvalifikovaného personálu (sestry)	7
Možnost podávat bez ordinace lékaře volně prodejné léky	5
Zvýšení kompetencí personálu	5
Možnost volit místo obchodního názvu generikum	1
Trvalý kontakt na lékaře s možností konzultace kdykoliv	4
Spolupráce s klinickým farmaceutem	5
Léky předem připravené lékárnou	1
Celkem	28

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, šetření 2023.

..

Graf 20: Návrhy na změnu organizace podávání léčivých přípravků ze strany zdravotnického personálu zařízení pobytových služeb



Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, šetření 2023.

Pro tuto studii, která se zaměřuje na farmakoterapii je významná především skutečnost, podstatná část respondentů by ocenila spolupráci s klinickým farmaceutem s cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie a trvalý kontakt s ošetřujícím lékařem, který může jako jediný měnit medikaci.

5.2.5. Vyhodnocení rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí

Celkový průměr počtu užívaných léčivých přípravků za všechna zařízení představuje 7 léčivých přípravků. V průměru nejméně léčivých přípravků užívají klienti zapojeného ústavního DZOZP, a to 4 léčivé přípravky, zatímco průměrně nejvíce léčivých přípravků užívají klienti zapojeného ústavního DS, a to 9,4 léčivých přípravků.

Tabulka 32: Průměrné riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí podle druhu a typu zařízení

Typ zařízení	Druh zařízení	Průměrný počet užívaných léčiv	Počet klientů	Riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí
Ústavní	DOZP	4	20	4 %
Ústavní	DOZP	4,4	10	4 %
Komunitní	DZR	4,7	6	4 %
Komunitní	DOZP	5	6	4 %
Komunitní	DOZP	6	12	7 %
Ústavní	DZR	6,4	47	7 %
Komunitní	DOZP	6,8	18	7 %
Komunitní	DZR	7,3	6	7 %
Komunitní	DOZP	7,8	58	7 %
Ústavní	DS	8,5	40	7 %
Komunitní	DOZP	8,6	17	7 %
Ústavní	DS	8,6	21	7 %
Ústavní	DZR	9,1	20	7 %
Ústavní	DS	9,4	20	7 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že pokud jde o průměrný počet užívaných léčivých přípravků v jednotlivých zařízeních, riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí se pohybuje mezi 4 % až 7 %. Je však třeba uvést, že také u zařízení s nejmenším průměrným počtem užívaných léčivých přípravků (4 léčivé přípravky), jsou klienti, kteří současně užívají až 11 léčivých přípravků.

Z celkového počtu 301 klientů byli v rámci lékového auditu zaznamenáni pouze tři z nich, kteří neužívají žádný léčivý přípravek. Nejvyšší zjištěný počet užívaných léčivých přípravků je 17 (žena, 80 let).

Z následující tabulky je patrné, že pokud jde o riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí, největší skupinu tvoří klienti, kteří užívají mezi 6 až 10 léčivými přípravky (135 klientů), u nichž bylo zaznamenáno riziko 7 %. Naopak nejmenší skupinu tvoří klienti užívající 16 a více léčivých přípravků (4 klienti), kde je riziko 40 %. Druhou největší skupinu tvoří 101 klientů, kteří užívají 0 až 5 léčivých přípravků s rizikem vzniku nežádoucích lékových interakcí 4 %. Třetí největší skupinu představují klienti, kteří užívají mezi 11 až 15 léčivých přípravků (60 klientů), kde je riziko 15 %.

Tabulka 33: Riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí dle počtu užívaných léčivých přípravků

Počet užívaných léčivých přípravků	Riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí	Počet klientů	Typ a druh zařízení
do 5	4 %	102	Komunitní DOZP 39x Komunitní DZR 6x Ústavní DS 14x Ústavní DZOZP 21x Ústavní DZR 22x
6 až 10	7 %	135	Komunitní DOZP 50x Komunitní DZR 4x Ústavní DS 41x Ústavní DZOZP 7x Ústavní DZR 33x
11 až 15	15 %	60	Komunitní DOZP 20x Komunitní DZR 2x Ústavní DS 24x Ústavní DZOZP 2x Ústavní DZR 12x
16 a více	40 a více %	4	Komunitní DOZP 2x Ústavní DS 2x

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Z níže uvedeného srovnání je zřejmé, že ve všech skupinách rizik vzniku nežádoucích lékových interakcí jsou zastoupena jak ústavní, tak komunitní zařízení. Pokud zprůměrujeme počet užívaných léčivých přípravků samostatně pro skupinu ústavní zařízení a samostatně pro komunitní zařízení, v prvním případě představuje průměr 7,2 léčivých přípravků, v komunitních zařízeních je to 6,6 léčivých přípravků.

Tabulka 34: Srovnání zařízení dle procentuálního vyhodnocení rizika vzniku nežádoucích lékových interakcí dle užívaných léčivých přípravků

Typ a druh zařízení	Průměrný počet užívaných léčiv	Počet klientů	Riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí v %
komunitní (DZR)	4,7	6	4 %
komunitní (DOZP)	5	6	4 %
komunitní (DOZP)	6	12	7 %
komunitní (DOZP)	6,8	18	7 %
komunitní (DZR)	7,3	6	7 %
komunitní (DOZP)	7,8	58	7 %
komunitní (DOZP)	8,6	17	7 %
Průměr komunitní	6,6		
ústavní (DS)	8,6	21	7 %
ústavní (DZOZP)	4,4	10	4 %
ústavní (DZR)	9,1	20	7 %
ústavní (DS)	9,4	20	7 %
ústavní (DS)	8,5	40	7 %
ústavní (DZR)	6,4	47	7 %
ústavní (DZOZP)	4	20	4 %
Průměr ústavní	7,2		

Zdroj: Vlastní zpracování na základě šetření 2022, 2023.

Vzhledem k tomu, že samotná preskripce jednotlivých léčivých přípravků nezávisí na samotném zařízení, ale na předepisujících lékařích, není možné dávat do souvislosti typ zařízení a počet předepsaných léčivých přípravků, resp. rizik vzniku nežádoucích lékových interakcí. Díky získaným datům se naopak potvrzuje, že problematika polypragmatie se dotýká všech typů zařízení.

6 Návrh opatření a doporučení

Závěrečná kapitola studie je založena na návrhu doporučení na další postup ve zkoumané oblasti, která byla definována na základě identifikovaných zjištění v průběhu šetření a analytické části práce.

Celkem tedy bylo definováno 7 doporučení, která jsou rozvedena s vazbou na zjištění a výstupy analýzy níže v tabulce:

1. Hloubkové šetření v souvislosti se zajištěním zdravotní péče se zaměřením na oblast léčivých přípravků
2. Využití sdíleného lékového záznamu ze strany předepisujícího lékaře/lékařů
3. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při současném užívání více než 5 léčivých přípravků
4. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při zapojení tří a více medicínských odborností
5. Zajištění trvalých služeb klinického farmaceuta pro celé pobytové zařízení sociálních služeb
6. Standardy farmakoterapie
7. Pilotní testování Standardů farmakoterapie

Tabulka 35: Návrhy doporučení a opatření

1. Hlubkové šetření v souvislosti se zajištěním zdravotní péče se zaměřením na oblast léčivých přípravků	
Zjištění	<i>Předkládaná studie představuje sondu do dané problematiky, která nemůže ani si neklade ambice svým rozsahem pokrýt celou zkoumanou oblast, která zasluhuje větší a nadresortní pozornost mimo jiné také ve formě potřeby hlubkové analýzy poskytování zdravotní péče se zaměřením na realizaci lékových auditů.</i>
Doporučení	<p>Doporučujeme ve spolupráci MPSV a MZ ČR realizovat hlubkový výzkum v poskytování zdravotní péče v pobytových sociálních zařízeních se zaměřením na lékové audity, realizované přímo v těchto zařízeních s nahlížením do zdravotnické dokumentace a za intenzivní spolupráce s registrujícími praktickými lékaři, dalšími lékařskými odbornostmi a nelékařským zdravotnickým personálem v daných zařízeních.</p> <p>Výzkum by měl zahrnovat minimálně 28 pobytových zařízení, zahrnujících minimálně 14 zařízení komunitního charakteru a 14 zařízení institucionálního charakteru, minimálně 7 domovů pro seniory, 7 domovů se zvláštním režimem a 7 domovů pro osoby se zdravotním postižením. Předmětem výzkumu by měla být komparace výstupů lékových auditů pobytových zařízení srovnávaných především podle režimu poskytování zdravotní péče, tedy podle rozsahu ordinačních hodin, počtu spolupracujících lékařských odborností a podle formy a intenzity spolupráce⁸¹ mezi ošetřujícími lékaři.</p>

⁸¹ Intenzita (míra či stupeň) spolupráce mezi ošetřujícími lékaři je dána především četností vzájemných konzultací v rámci formálních setkávání, písemné a ústní komunikace, ale také organizačním nastavení podmínek komunikace a kulturou pracoviště podporující mezioborovou spolupráci.

	Výsledky výzkumu navrhujeme zasadit do širší analýzy poskytování zdravotních a sociálních služeb v pobytových zařízeních, zahrnující také příklady dobré praxe a analýzu přístupu v zahraničí .
2. Využití sdíleného lékového záznamu ze strany předepisujícího lékaře/lékařů	
Zjištění	<p><i>Přestože může být nastavená farmakoterapie s ohledem na množství a závažnost jednotlivých diagnóz opodstatněná, vždy je třeba, aby byla pravidelně kontrolována a s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta revidována a případně i optimalizována a to s ohledem na skutečnost, že riziko vzniku nežádoucích lékových interakcí se zvyšuje nejen s počtem souběžně užívaných léčivých přípravků, ale také s rostoucím počtem odborností (a zpravidla tedy také diagnóz), které se do poskytování zdravotní péče zapojují.</i></p> <p><i>K minimální základní kontrole předepsaných léčivých přípravků by mělo docházet ze strany jednotlivých předepisujících lékařů, a to prostřednictvím sdílení zdravotnické dokumentace daného klienta, popřípadě alespoň sdílením informací o všech předepsaných léčivých přípravcích, které klient užívá. Další možností, jak získat informace o všech předepsaných léčivých přípravcích pro daného pacienta, je (v rámci preskripce) nahlížení do sdíleného lékového záznamu.</i></p>
Doporučení	S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie navrhujeme, aby předepisující (ošetřující) lékař/lékaři, především a vždy pak registrující praktický lékař, využívali při preskripci léčiv konkrétnímu pacientovi možnost nahlížení do sdíleného lékového záznamu klienta (mimo případů, kdy klient se sdílením údajů v lékovém záznamu aktivně vyslovil nesouhlas), což by umožnilo snazší koordinaci farmakoterapie především v případech, kdy zdravotní péče poskytována více odbornostmi.

Předepisující lékař tak získá možnost přehledu přes všechny předepsané léčivé přípravky, které klientovi předepsal nejen on, ale také ostatní předepisující lékaři dalších odborností. Jedná se o základní pomůcku pro lékaře v rámci preskripce.

Přestože v rámci sdíleného lékového záznamu zatím nejsou k dispozici funkce umožňující posouzení lékových interakcí či duplicit (duplicity se označí pouze v případě předepsání zcela totožného léčivého přípravku identifikovaného dle kódu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL)), jedná se o velmi užitečný nástroj, který může předepisujícím lékařům při vyhodnocování potenciálních nežádoucích interakcí velmi pomoci.

Je-li léčivý přípravek pro konkrétního klienta vydáván v lékárně individuálně, v tomto ohledu sehrává důležitou roli také **vydávající lékárník**, který může v rámci výdeje předepsaného léčivého přípravku taktéž nahlédnout do sdíleného lékového záznamu a na eventuální rizika upozornit.

Jedná se o doporučení směřované k předepisujícím lékařům a vydávajícím lékárníkům, pro něž není využívání lékového záznamu legitimní povinností, nýbrž možností. Nahlížení do sdíleného lékového záznamu v rámci preskripce, resp. výdeje, je tak čistě na rozhodnutí předepisujícího lékaře, resp. vydávajícího lékárníka, kteří zároveň nemohou do záznamu nahlížet v případě, že s tím pacient aktivně vyslovil nesouhlas.

3. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při současném užívání více než 5 léčivých přípravků ze strany předepisujícího lékaře

Zjištění

Na základě lékových auditů bylo zjištěno, že z celkového počtu 301 zapojených klientů jich pouze 102 užívá méně než 5 léčivých přípravků a 64 z nich souběžně užívá více než 10 léčivých přípravků. Klienti, kteří užívají více než 5 léčivých přípravků (v rámci studie se jedná o 199 klientů z celkového počtu 301), jsou tak vystaveni vysokému riziku vzniku nežádoucích lékových interakcí, které, nejsou-li dále nijak řešeny, mohou negativně ovlivňovat jejich zdravotní stav.

I když předepisující lékař využije možnosti nahlížet do sdíleného lékového záznamu, v případě většího množství předepsaných léčivých přípravků (více než 5) je vždy žádoucí, aby případnou optimalizaci léčiv konzultoval s klinickým farmaceutem a s dalšími předepisujícími lékaři.

V České republice mají všichni farmaceuti působící v různých typech zdravotnických zařízení (např. nemocnice, ambulance lékařů, zařízení lékárenské péče, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče) nebo nově v zařízeních sociálních služeb předpoklady podílet se významným způsobem na racionalizaci terapie. Výhodou klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče je pak komplexní pohled na farmakoterapii pacienta ve většině jejich aspektů, který je dán integrací znalostí a dovedností v oblasti aplikované biochemie, patofyziologie, farmakologie, farmakokinetiky, farmakoepidemiologie, farmakoinformatiky a dalších farmaceutických, medicinských a psychosociálních disciplín⁸².

⁸² Malý, J. Lékové problémy v teorii a příkladech v podmínkách České republiky. In *Klinická farmakologie a farmacie*. Ročník 34, 2020, číslo 3. Dostupné online na: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2020/03/03.pdf>.

Doporučení	<p>S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie doporučujeme, aby jednotliví předepisující lékaři využívali možnosti nechat posoudit předepsané léčivé přípravky ze strany klinického farmaceuta, a to u klientů, kteří souběžně užívají více než 5 léčivých přípravků minimálně 1x za 6 měsíců.</p> <p>Od 1. 1. 2022 byl za tímto účelem zaveden nový zdravotní výkon, a to „Konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem“, který je určen pro komplikované pacienty v ambulantní péči po indikaci ošetřujícím lékařem. Z veřejného zdravotního pojištění má pak takto indikovaný pacient nárok na zhodnocení medikace klinickým farmaceutem, a to v rámci specializovaného pracoviště klinické farmacie, kde se identifikuje, posoudí a zhodnotí klinický dopad užívaných léků a následně řeší prevenci či přímo lékové problémy.</p>
------------	--

4. Využití služeb klinického farmaceuta pro jednotlivé klienty při zapojení tří a více medicínských odborností

Zjištění	<p><i>Na základě lékových auditů bylo zjištěno, že naprosté většině klientů předepisuje léčiva více odborností a zároveň (i když s některými odchylkami) průměrný počet užívaných léčivých přípravků roste spolu s počtem zapojených medicínských odborností.</i></p> <p><i>Přestože může být nastavená farmakoterapie s ohledem na množství a závažnost jednotlivých diagnóz opodstatněná, vždy je třeba, aby byla pravidelně kontrolována a s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta revidována a případně optimalizována.</i></p>
----------	---

Doporučení	<p>S cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie doporučujeme, aby předepisující praktičtí lékaři využívali možnosti nechat posoudit předepsané léčivé přípravky ze strany klinického farmaceuta, a to u klientů, u kterých se na preskripci podílí tři a více medicínských odborností.</p> <p>Od 1. 1. 2022 byl za tímto účelem zaveden nový zdravotní výkon, a to „Konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem“, který je určen pro komplikované pacienty v ambulantní péči po indikaci ošetřujícím lékařem.</p> <p>Z veřejného zdravotního pojištění má pak takto indikovaný pacient nárok na zhodnocení medikace klinickým farmaceutem, a to v rámci specializovaného pracoviště klinické farmacie, kde se identifikuje, posoudí a zhodnotí klinický dopad užívaných léků a následně řeší prevenci či přímo lékové problémy.</p>
------------	--

5. Zajištění trvalých služeb klinického farmaceuta pro celé pobytové zařízení sociálních služeb

Zjištění	<p><i>Na základě lékových auditů bylo zjištěno, že z celkového počtu 301 zapojených klientů jich pouze 102 užívá méně než 5 léčivých přípravků a 64 z nich souběžně užívá více než 10 léčiv. Klienti, kteří užívají více než 5 léčivých přípravků (v rámci studie se jedná o 199 klientů z celkového počtu 301), jsou tak vystaveni vysokému riziku vzniku nežádoucích lékových interakcí, které, nejsou-li dále nijak řešeny, mohou negativně ovlivňovat jejich zdravotní stav. Dále bylo zjištěno, že naprosté většině klientů předepisuje léčiva více odborností a zároveň (i když s některými odchylkami) průměrný počet užívaných léčivých přípravků roste spolu s počtem zapojených medicínských odborností.</i></p>
----------	--

	<p><i>Přestože může být nastavená farmakoterapie s ohledem na množství a závažnost jednotlivých diagnóz opodstatněná, vždy je třeba, aby byla pravidelně kontrolována a s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta revidována a případně i optimalizována.</i></p> <p><i>Přestože existuje možnost využití zdravotního výkonu „Konziliární zhodnocení medikace pacienta ošetřovaného v rámci ambulantní péče klinickým farmaceutem“, který je určen pro komplikované pacienty v ambulantní péči po indikaci ošetřujícím lékařem, kdy má indikovaný pacient nárok na zhodnocení medikace klinickým farmaceutem, které je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, v případě pobytových zařízení sociálních služeb se jeví jako výhodnější nastavení pravidelné spolupráce mezi předepisujícím lékařem a klinickým farmaceutem.</i></p>
Doporučení	<p>V souladu s doporučeními č. 2, 3 a 4 s cílem zvýšení účelnosti farmakoterapie navrhuje, aby byla nastavena pravidelná spolupráce mezi předepisujícím lékařem a klinickým farmaceutem, který by prováděl jak pokročilé/vstupní lékové audity, tak pravidelnou revizi nastavené medikace, a komunikoval by se všemi předepisujícími lékaři a dalšími profesemi.</p>
6. Standardy účelnosti farmakoterapie	
Zjištění	<p><i>V současné době neexistuje žádný jednotný standard nebo metodický postup pro praktické lékaře či jiné odbornosti (např. farmaceuty), které zajišťují zdravotní péči klientům pobytových sociálních služeb, který by cílil přímo na účelnost farmakoterapie a zavedl sjednocené postupy pro poskytovatele farmakoterapie v pobytových zařízeních sociálních služeb.</i></p>

Doporučení	<p>V souladu s doporučeními č. 1–5 doporučujeme vytvořit Standardy pro sledování, revize a případné úpravy farmakoterapie v pobytových zařízeních, které by mimo jiné stanovily podmínky, frekvenci a hloubku revizí a rozdělení kompetencí v této oblasti mezi klinické farmaceuty a lékaře a jejich vzájemnou komunikaci.</p> <p>Jako příklad lze uvést standardizaci zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení, v rámci které vzniklo Doporučení České odborné společnosti klinické farmacie ČLS JEP, kterým se lze rovněž inspirovat v oblasti sociálně-pobytových služeb⁸³.</p> <p>Mimo stanovených postupů pro klinickou farmacii v systému lůžkové zdravotní péče existují stanovené postupy rovněž pro ambulantní zdravotní péči, kde se uplatňují stejné principy jako ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Metodika k provádění činností a pracovních postupů klinického farmaceuta je zpracována a její fungování je ověřeno praxí na klinických odděleních⁸⁴. Stejně tak existuje metodika pro vykazování výkonu klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče hospitalizovaným pacientům⁸⁵.</p> <p>Navrhujeme dále tyto Standardy pilotně testovat v referenční síti bonifikovaných pobytových zařízeních a na základě tohoto testování Standardy dále aktualizovat s ohledem na nastavení financování ze strany zdravotních pojišťoven v rámci úhradových mechanismů (viz níže doporučení č. 7).</p>
------------	---

⁸³ Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP. Doporučení ČOSKF ČLS JEP k zajištění služby klinického farmaceuta na lůžkových odděleních zdravotnických zařízení v ČR. Praha: ČSL JEP, 2012. Dostupné online na: https://www.coskf.cz/media/files/doporučení_coskf.pdf.

⁸⁴ Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Klinická farmacie – Klinickofarmaceutická péče a zdravotnický systém v ČR. Praha: IPVZ, 2022. ISBN: 978-80-87023-61-7. Dostupné online na: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7176-klinicka-farmacie.pdf>.

⁸⁵ Gregorová J, Linhartová A, Murínová I. Metodika vykazování výkonů klinického farmaceuta při poskytování klinicko-farmaceutické péče hospitalizovaným pacientům. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-711-2.

7. Pilotní testování Standardů účelnosti farmakoterapie

Zjištění

Obecně zavedení jakýchkoliv standardů nebo metodických postupů do praxe vždy vyžaduje jejich testování v praxi, například prostřednictvím pilotních provozů, které umožní identifikovat jejich přínosy a náklady takto poskytované péče a umožní jejich následné revize s cílem optimalizovat nastavení systému.

Zkušenostmi s testováním standardů a postupů v oblasti farmakoterapie disponují především zdravotnická zařízení, která jsou při poskytování zdravotní péče povinna pro zajištění účelné farmakoterapie vycházet ze zákona č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v rámci kterého je mimo jiné definována také klinickofarmaceutická péče. Stejně tak jsou v oblasti farmaceutické péče vázaná povinnostmi danými vyhláškou č. 99/2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Při optimalizaci péče mohou také využívat dostupné standardy v oblasti farmakoterapie (viz doporučení č. 6) a vytvářet podrobnější metodiky, postupy a standardy pro své kliniky a oddělení s ohledem na specifika daného zařízení.

Například Fakultní nemocnice Na Bulovce vytvořila Metodiku k optimalizaci individuální farmakoterapie pacienta již v průběhu let 2006 až 2009⁸⁶ na referenčním onkologickém oddělení. Po pilotním zavedení se pak model osvědčil také na dalších klinikách a odděleních, jako je například infekční klinika, chirurgie nebo interní oddělení.

⁸⁶ Gregorová J., Netíková I., Bačová J., Šíma M. Jaká je role klinického farmaceuta v lůžkovém zařízení. In *Medical Tribune*. 2011.

Doporučení	<p>Doporučujeme testování pilotních provozů v rámci zavádění Standardů účelnosti farmakoterapie prostřednictvím pilotních projektů ve vybraných bonifikovaných pobytových zařízeních sociálních služeb se zahrnutím minimálně 5 pilotních zařízení po dobu minimálně 12 měsíců.</p> <p>Dále navrhuje komplexně zhodnotit efektivitu a nákladovost implementace standardů účelnosti farmakoterapie v pobytových zařízeních sociálních služeb, nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria, podle nichž se efektivita a nákladovost bude měřit, a komplexně vyhodnotit situaci z hlediska finanční náročnosti.</p>
------------	--

7 Příloha: Používané pojmy v oblasti farmakoterapie

Farmakoterapie – léčba prostřednictvím podávání léčivých přípravků.

Klinický farmaceut – poskytuje klinicko-farmaceutickou péči za účelem účelného, bezpečného a hospodárného používání léčivých přípravků se snahou o minimalizaci rizik spojených s užíváním léčiv.

Léčivo – léčivá (účinná) látka nebo kombinace léčivých (účinných) látek.

Léčivý přípravek – podle zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů se jedná o jakoukoli látku či kombinaci látek, které lze podat lidem nebo zvířatům za účelem: léčby nebo předcházení nemoci; stanovení lékařské diagnózy; obnovy, úpravy či ovlivnění fyziologických funkcí prostřednictvím svého účinku. Léčivý přípravek lze volně zaměnit s pojmem lék.

Léková interakce – Jedná se o vzájemném působení jednotlivých léčivých přípravků, které ovlivňuje účinnost a bezpečnost dalších současně užívaných léčivých přípravků. Lékové interakce se dělí na žádoucí a nežádoucí. Nežádoucí léková interakce je taková, která zvyšuje riziko nežádoucích účinků, příp. negativně ovlivňuje účinnost druhého léčivého přípravku.

Multimorbidita – také polymorbidita je souběžná přítomnost více nemocí u jednoho pacienta, zpravidla ve vyšším věku (u seniorů).

Nežádoucí účinek – Jedná se o nezamýšlenou nežádoucí reakci organismu po podání léčivého přípravku.

PIL – příbalová informace léčivého přípravku (patient information leaflet).

Polypragmázie – současné užívání vysokého počtu léčivých přípravků, kdy existuje riziko nežádoucích účinků a závažných lékových interakcí. O polypragmázii se zpravidla hovoří při užívání pěti a více léčivých přípravků.

Preskripce – předepsání léčivého přípravku ze strany lékaře.

Psychofarmaka – léčivé přípravky ovlivňující funkce mozku, které vedou ke změnám v oblasti vnímání, chování, vědomí a kognice. Používají se zpravidla v psychiatrii či neurologii.

Sdílený lékový záznam – evidence všech vystavených, případně vydaných eReceptů konkrétnímu ztotožněnému pacientovi.

Účinná (léčivá) látka – Svým účinkem působí na lidský organismus, přičemž tento účinek může být farmakologický, imunologických či metabolický.

Varianta léčivého přípravku – léčivý přípravek v konkrétní formě, síle a velikosti balení