



Centrální systém hlášení nežádoucích událostí

Metodika Nežádoucích událostí

KLINICKÁ ADMINISTRATIVA

Plná verze metodiky

Autor / Autoři: **Hlavní autor:** prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Spoluautoři: Ing. Veronika Štrombachová
Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.
PhDr. Petra Bůřilová, BBA
Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.
Mgr. Michal Pospíšil

Revize 2022: Mgr. Dana Machálková
Mgr. Klára Rašková

Verze: 01/2023

Plánovaná revize: 2025

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Palackého nám. 4, 128 01, Praha 2
<http://www.uzis.cz/>



Obsah

Úvod	4
NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – KLINICKÁ ADMINISTRATIVA	5
Definice nežádoucí události – KLINICKÁ ADMINISTRATIVA	5
Epidemiologie – NU KLINICKÁ ADMINISTRATIVA.....	5
Klinická administrativa	7
Identifikace pacientů.....	7
Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tzv. Informovaný souhlas	10
Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu (Zákon č. 372/2011 Sb., § 38).....	10
Negativní revers (Zákon č. 372/2011 Sb., § 34).....	11
Dříve vyslovené přání (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36)	11
Informovaný souhlas s vyšetřením/výkonem (Zákon č. 372/2011 Sb., § 28, 31, 32, 34, 35).....	11
Administrativní přijetí pacienta k ambulantnímu vyšetření / hospitalizaci	12
Přijetí pacienta k plánovanému vyšetření	12
Přijetí pacienta k plánované hospitalizaci	12
Příjem pacienta k hospitalizaci na klinice/oddělení	12
Předávání pacienta v rámci výměny směny na oddělení	13
Překlad pacienta	15
Přeložení pacienta na jiné oddělení v rámci PZS.....	15
Přeložení pacienta k jinému PZS.....	16
Propuštění pacienta	16
NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI.....	17
Základní informace	17
Nová nežádoucí událost – Klinická administrativa.....	18
Pracoviště zjištění	19
Pracoviště události	19
Analýza nežádoucí události	19
Druh poškození.....	20
Úroveň poškození.....	20
Nejvyšší výkon	20
Soběstačnost pacienta	21
Spolupráce pacienta	21
Psychický stav	22



Nutriční stav dle BMI	22
Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu	22
Hospitalizace – jako následek NU.....	23
Preventabilita	23
Nejvyšší možné poškození pacienta	23
Pravděpodobnost opakování události.....	23
Obtížnost včasného zjištění	24
Pojmy.....	24
Seznam zkratk.....	25
Literatura	26

Úvod

Metodická doporučení jsou určena pro poskytovatele zdravotních služeb (dále i jako PZS) k evidenci nežádoucích událostí (dále i jako NU) v souvislosti s klinickou administrativou v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích událostí tak, aby bylo hlášení na lokální úrovni jednotné a bylo možno do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (dále i jako SHNU) předávat data agregovaná, která budou srovnatelná mezi jednotlivými PZS. Cílem metodického pokynu je sjednotit proces sběru dat za účelem jejich objektivizace¹.

Klinickou administrativu organizace používá k identifikaci, vyhodnocení a ke snížení rizika zranění pacientů, zaměstnanců, návštěvníků a rizika ztráty pro samotné organizace. Události ve výše zmíněné skupině mají souvislost s plánováním pobytu pacienta nebo postupem(procesem) péče v systému zdravotní péče a zdravotních služeb.

Metodické pokyny k hlavním nežádoucím událostem jsou provedeny v několika vzájemně obsahově konzistentních dokumentech, které se liší svým rozsahem:

- a) **Zkrácená verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu **preventivních postupů** před vznikem NU; **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu bezprostředních opatření po vzniku NU. Jejím účelem je poskytnutí přehledných informací pro možnost rychlého zásahu. Na pracovištích by měl být uložen jako dostupný dokument pro rychlou orientaci v zátěžové situaci. Záměrně je připraven v koncizní podobě tak, aby mohl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovní sester, lékařů, vyšetřovně, ambulanci apod.).
- b) **Plná verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **popis sledovaných položek** a poznámky k jejich zadávání (vysvětlení, popis jako v taxonomii) a závěr. Plná verze metodiky je rozsáhlá a měla by být k dispozici zejména nově nastupujícím pracovníkům v období adaptačního procesu a/nebo pracovníkům vracejícím se po delší absenci v zaměstnání (např. po dlouhodobé nemoci).
- c) **Algoritmus preventivních postupů souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci preventivních opatření – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovní sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- d) **Algoritmus bezprostředních nápravných opatření souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci nápravných opatření po vzniku NU – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovní sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).

¹ “Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně vydali ve vazbě na ustanovení § 47 odstavce 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách Národní ošetrovatelské postupy (dále i jako NOP). Hlavním důvodem zavádění NOP je sjednocování kvality ošetrovatelské péče a poskytnutí metodiky tvorby a aktualizace místních ošetrovatelských postupů. NOP upravují problematiku aplikace teoretických znalostí i praktických dovedností v jednotlivých specifických oblastech poskytování zdravotní péče a tematicky navazují na minimální standardy kvality a bezpečí poskytovaných služeb definované vyhláškou č. 102/2012 Sb., hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V rámci sjednocování kvality poskytované ošetrovatelské péče je PZS povinen uvádět své lokální postupy do souladu s NOP dle aktuálního Věstníku MZ ČR nejpozději do 1 roku od jeho vydání. Všechny aktuální informace související s NOP jsou dostupné na webových stránkách MZ ČR zde: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>.”

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – KLINICKÁ ADMINISTRATIVA

Definice nežádoucí události – KLINICKÁ ADMINISTRATIVA

Klinickou administrativu organizace používá k identifikaci, vyhodnocení a ke snížení rizika zranění pacientů, zaměstnanců a návštěvníků a rizika ztráty pro samotné organizace. Události v této skupině souvisí s plánováním pobytu pacienta nebo postupem – procesem péče v systému zdravotní péče a zdravotních služeb.

Epidemiologie – NU KLINICKÁ ADMINISTRATIVA

Bezpečnost pacientů je definována jako soubor činností zaměřených na minimalizaci a odstraňování potenciálních chyb a úrazů pacientů. Řízení bezpečnosti pacientů ovlivňuje řada faktorů, včetně dostupných zařízení v ordinaci, komunikace a spolupráce, vzdělávání týkající se bezpečnosti pacientů a obecných bezpečnostních podmínek (Kosiek, 2021). Pro zachování kontinuity péče a zlepšení její kvality je nezbytná efektivní komunikace mezi směny, protože jakákoli chyba při předávání může ohrozit bezpečnost pacienta. Navzdory důležitosti předávání informací mezi směny neexistuje u tuzemských poskytovatelů zdravotních služeb standardizovaný protokol o předávání informací, avšak existuje doporučení vydané ve Věstníku MZ ČR 16/2015. Studie Malekzadeh et al. (2013) také poukazuje na důležitost používání standardizovaného předávacího protokolu pro sdělování potřeb a informací o pacientovi, protože zlepšuje bezpečnou práci sester v oblasti základní ošetrovatelské péče. Na důležitost předávání informací o pacientovi pak navazuje i studie Malfaith et al. (2018), ve které ověřovali účinnost použití strukturovaného protokolu předávání informací o pacientovi u lůžka. Průměrná míra dodržování strukturovaného obsahového protokolu při předávání pacientů u lůžka byla vysoká (83,63 %). Ovlivňujícími kontextuálními faktory byly identifikovány délka pobytu pacienta, typ oddělení a model ošetrovatelské péče. Mezi nejčastěji opomíjené položky patřila identifikace pacienta (46,27 %), představení sester (36,51 %), hygiena rukou (35,89 %), aktivní zapojení pacienta (34,44 %) a použití signalizačního zařízení (21,37 %). Položky týkající se výměny klinických informací (např. výsledky testů, důvod přijetí, diagnózy) byly vynechány méně často (8,09 % - 1,45 %). Nepřítomnost pacientů (27,29 %) a personální problémy (26,70 %) se podílely na více než polovině neprovedených předání informací u lůžka. Pokud bylo předání u lůžka provedeno, byla shoda se strukturovaným obsahem vysoká, což naznačuje, že provedení předání u lůžka je pro sestry proveditelný krok. Jak bylo uvedeno výše, míra dodržování pravidel byla ovlivněna délkou pobytu pacienta, modelem ošetrovatelské péče a typem oddělení, ale jejich vliv byl omezený. Budoucí projekty implementace předávání informací a služby u lůžka by se měly dostatečně zaměřit na standardizované nemocniční postupy a zapojení pacientů. Podle všeobecných sester se však vyskytl vysoký počet situací, kdy předání u lůžka nebylo možné provést, což možná ukazuje na neochotu v praxi předání u lůžka používat. Bylo také zjištěno, že informace, které pracovníci zdravotnické záchranné služby (dále i jako ZZS) sdělují při předávání pacientů personálu oddělení urgentního příjmu, jsou nekonzistentní a neúplné i přesto, že mají zásadní dopad na následnou nemocniční léčbu a průběh navazující péče o pacienty. Dnešní stále složitější zdravotnický systém činí komunikaci mezi zdravotnickými profesionály zásadní pro zajištění kvality, bezpečí a konzistence na všech úrovních péče. Předání informací o pacientech je aktuálním problémem předních skupin, zabývajících se bezpečností pacientů, protože problémy s komunikací tvoří 60 % nahlášených nežádoucích událostí, a kromě toho vedou ke zvýšeným nákladům a delším pobytům v nemocnici. Je důležité si uvědomit, že vzhledem k vlastnostem urgentní a neodkladné péče se předání kritických pacientů obvykle odehrává v chaotickém prostředí, která je ale také jedinou příležitostí profesionálů k výměně informací (Tortosa-Alted et al., 2021). Problematice se věnoval i kolektiv autorů Reay et al. (2020) v rámci systematického review, ve kterém se zaměřili na chyby při předávání informací mezi personálem ZZS a personálem na oddělení urgentního příjmu. V 15 studiích střední až vysoké kvality důkazů bylo zjištěno 6 faktorů ovlivňujících předání pacienta: různé profesní nahlížení na problematiku, provozní omezení, profesní vztahy, informace sdílené mezi profesemi, součástí procesu předávání pacienta (protokol předávání pacienta) a zapojení pacienta. Autoři studie doporučují interdisciplinární školení pracovníků ZZS a urgentního

příjmu v používání flexibilních strukturovaných protokolů zaměřených na předávání pacienta, obzvláště vzhledem k faktům, že mezioborová komunikace a vztahy mohou být náročné. Zajímavý pohled na hlášení nežádoucích událostí nabízí i Etchegaray et al. (2014), kteří poukazují na rostoucí zájem o možnost zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do analýzy nežádoucích událostí, které je různým způsobem poškodily. Provedli proto dvoufázovou studii s cílem zjistit, zda by pacienti a jejich rodiny, kteří zažili nežádoucí událost, měli být zapojeni do analýzy hodnocení NU. Na základě rozhovorů s pacienty, rodinnými příslušníky, lékaři, administrátory a odborníky na zdravotní péči dospěli k závěru, že větší zapojení pacientů a jejich rodin do procesu analýzy událostí je žádoucí, ale aby bylo úspěšné, musí být strukturováno způsobem zaměřeným na pacienta, konkrétní návrhy jsou uváděny přímo ve studii. Khan (2017) se svým týmem poukazuje na důležitost zapojení rodinných příslušníků do procesu hlášení nežádoucích událostí, zejména u dětských pacientů. Jejich studie se celkem zúčastnilo 717 rodičů/pečovatelů, z nichž 185 (25,8 %) nahlásilo celkem 255 incidentů, které byly klasifikovány jako 132 bezpečnostních problémů (51,8 %), 102 problémů s kvalitou nesouvisejících s bezpečností (40,0 %) a 21 jiných problémů (8,2 %). Ty zahrnovaly 22 nežádoucích událostí, kterým bylo možné předejít (8,6 %), 17 lékařských chyb, které nezpůsobily újmu (6,7 %), a 11 nežádoucích událostí, kterým předejít nešlo (4,3 %). Celkem bylo ze všech zdrojů identifikováno 179 chyb a 113 nežádoucích událostí. Rodinné zprávy zahrnovaly 8 jinak neidentifikovaných nežádoucích událostí, včetně 7, kterým šlo předcházet. Četnost chyb u rodinných hlášení byla 1,2krát vyšší než četnost bez hlášení rodinného příslušníka a četnost nežádoucích událostí u rodinných hlášení byla 1,1krát vyšší než četnost bez. Rodiny a lékaři hlásili podobnou míru chyb nežádoucích událostí. Chybovost hlášená rodinou byla 5krát vyšší a četnost nežádoucích událostí 2,9krát vyšší než četnost hlášení incidentů v nemocnici. Dle výsledků studie rodiny poskytují jedinečné informace o bezpečnosti nemocnic a měly by být zahrnuty do procesu hodnocení a kontroly tak, aby bylo možné lépe navrhovat a hodnotit intervence ke zvýšení bezpečnosti. Efektivní poskytování informací při předávání ošetrovatelské péče (předání služby, překlady pacienta apod.) přispívá k bezpečnosti pacientů. Implementace doporučených postupů pro předávání služby, odevzdávání informací o pacientovi/ech byla shledána jako klinicky významná, protože za období, kdy všeobecné sestry dodržovaly doporučení pro předávání směn byl pozorován pokles u všech nežádoucích událostí u pacientů s poměrem incidence (100pacientů/rok) 0,762 ($p = 0,027$) u pádů, 0,624 u dekubitů ($p = 0,010$) a 0,782 u chyb v medikaci ($p = 0,023$) (Hada, Coyer, 2021). Dále bylo zjištěno, že zlepšení komunikace při předávání služby má klinicky významně pozitivní vliv na výsledky péče o pacienty. Zavedení standardizovaných postupů předávání péče u lůžka a přijetí standardizovaných nástrojů pro zlepšení komunikace při předávání péče snižuje počet nežádoucích událostí u pacientů (Hada, Coyer, 2021). Sumární a komplexní přehled pochybení spojených s klinickou administrativou v ČR není aktuálně dostupný s ohledem na heterogenitu incidentů, které do této kategorie mohou být zařazeny a také jejich relativně raritní hlášení. Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele akutní, následné a dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v ČR povinné od 1. 1. 2018. Přehled počtu nahlášených nežádoucích událostí Klinická administrativa za jednotlivá období zobrazuje Tab. 1 (Pokorná a kol., cit. 2022).

Tab. 1 Výskyt NU Klinická administrativa v ČR za jednotlivá období (Pokorná a kol., cit. 2022)

Období	Absolutní počet NU	Počet NU na 1000 pacientů	Celkový počet hospitalizovaných pac.	Počet PZS, kteří NU sledují (z celkového počtu PZS)
2018	425	1,15	2 706 998	199 (408)
2019	478	0,30	2 856 355	205 (430)
2020	474	1,50	2 320 850	203 (435)
2021	461	0,34	2 364 538	193 (429)

S ohledem na již zmíněnou heterogenitu NU, které souvisí s Klinikou administrativou, budou dále uvedeny ty, které autoři považují za nejvýznamnější s ohledem na vzniklé riziko a dopad na pacienta a také možnost realizace preventivních strategií (identifikace pacienta, informovaný souhlas, příjem, překlad a propuštění pacienta).

Klinická administrativa

Identifikace pacientů

Dodržení povinnosti jednoznačné identifikace pacientů je významným prvkem zvýšení bezpečnosti při poskytování preventivní, léčebné, diagnostické a ošetrovatelské péče. Nesprávná identifikace pacienta může mít za následek provedení výkonu u nesprávné osoby, zákroky na nesprávném místě na těle pacienta, chyby v diagnostice a terapii (ACSQHC, 2019). Níže jsou uvedena doporučení, která se vztahují na všechny pacienty přijaté k hospitalizaci na všechna lůžková oddělení včetně Anesteziologicko-resuscitačního oddělení (dále jen jako ARO) a Jednotky intenzivní péče (dále jen jako JIP), na ambulantní a diagnostická pracoviště daného PZS. Tato doporučení jsou v souladu s požadavky národních a mezinárodních akreditačních institucí a organizací.

Bezpečná identifikace pacientů (Věstník MZ ČR 16/2015)

Cílem je stanovit jednotný postup při identifikaci pacientů. Každý pacient musí být správně identifikován zejména před tím, než je mu podán léčivý přípravek, odebrán vzorek biologického materiálu a před provedením jakýchkoli diagnostických či terapeutických výkonů. Ukazatelem kvality a bezpečí pro splnění standardu je považováno, pokud má PZS:

- vypracován postup pro jednoznačnou a nezaměnitelnou identifikaci pacientů;
- jednotnou identifikaci pacientů, která je zavedena pro celé zdravotnické zařízení;
- stanoven způsob ověření identifikace pacienta, který není schopen potvrdit vlastní identifikační údaje;
- stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, systém sledování nežádoucích událostí, systém sledování neshod na příjmu biologického materiálu v klinických laboratořích viz dále).

Chyby v identifikaci mohou být rozděleny do tří hlavních kategorií:

- a) nesprávná identifikace pacienta (např. nesprávné jméno, nesprávné identifikační doklady, nesprávné doklady zdravotního pojištění);
- b) nesprávná identifikace části těla (např. při chirurgickém výkonu);



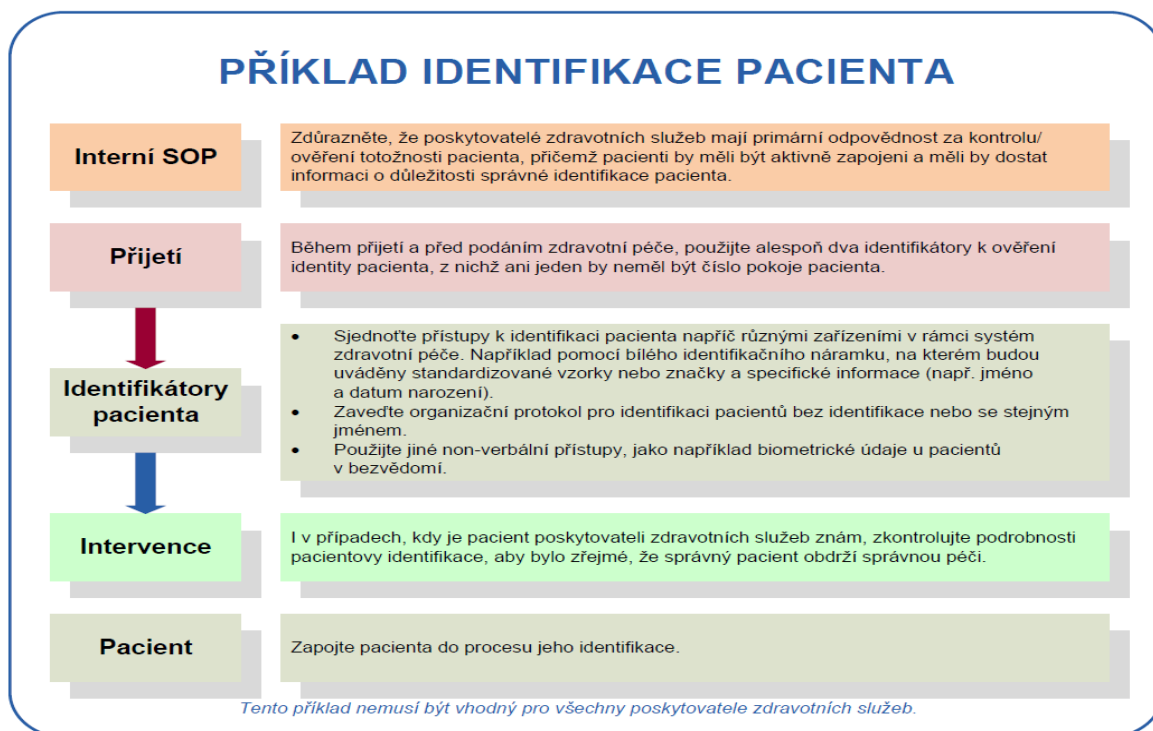
- c) použití biologických materiálů z nesprávného pacienta – dárce (např. jak při analýze vzorků jednoho pacienta, tak i při dárcovství) (De Rezende et al., 2019).

Postup při identifikaci pacienta v ambulanci

- Při prvním kontaktu s pacientem a jeho identifikačními údaji je pracovník zakládající verifikační údaje do nemocničního informačního systému (dále jen jako NIS) povinen zkontrolovat osobní údaje pacienta (celé jméno a příjmení, rodné číslo, případně adresu) a to jak slovně (dotazem na pacienta: „Řekněte mi celé jméno a příjmení atd.“), tak srovnáním těchto údajů s pacientovým dokladem totožnosti (občanským průkazem nebo cestovním pasem a průkazem pojištěnce).
- Před ambulantním vyšetřením je lékař zodpovědný za správnou identifikaci pacienta kontrolou údajů v pacientově zdravotnické dokumentaci a slovním ověřením těchto údajů u samotného pacienta (pokud pacient není schopen slovního vyjádření, je osoba provádějící vyšetření povinna zkontrolovat údaje v občanském průkazu nebo v pase a ve zdravotnické dokumentaci pacienta).
- Před ambulantním výkonem/základem je osoba provádějící tento výkon/základ zodpovědná za správnou identifikaci pacienta kontrolou údajů v pacientově zdravotnické dokumentaci a slovním ověřením těchto údajů u samotného pacienta (pokud pacient není schopen slovního vyjádření, je osoba provádějící vyšetření povinna zkontrolovat údaje v občanském průkazu nebo v cestovním pase a ve zdravotnické dokumentaci pacienta).

Postup při identifikaci u hospitalizovaných pacientů

Pro identifikaci hospitalizovaných pacientů v rámci daného PZS je potřeba se řídit doporučeními v interní řízené dokumentaci (např. interní SOP). Interní SOP by však vždy měl obsahovat povinné identifikátory pacienta (jméno, příjmení a datum narození) užívané napříč daným PZS, stejně jako postupy v případě pacientů bez identifikačního náramku, stejného jména nebo pro nonverbální identifikaci zmateného pacienta nebo pacienta v bezvědomí (většině lůžkových zařízení je stěžejním standardem využívání identifikačních náramků (elektronická identifikace, papírové, plastové + barevné označení aj.) (Věstník MZ ČR 16/2015). Příklad viz Obr. 1.



Obr. 1 Příklad identifikace pacienta (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007)

Problematikou podobnosti či dokonce stejných jmen u pacientů se věnoval ve své studii Nazarali a kol. (2017) v rámci vysokého rizika záměny identifikace pacienta a navrhli pro tyto případy barevně odlišené identifikační štítky, kdy jeden upozorňoval na stejné jméno dvou a více pacientů a druhý na podobné jméno dvou a více pacientů – viz Obr. 2.



Obr. 2 Rozlišení identifikace pacienta v případě podobného nebo stejného jména (Nazarali et al., 2017)

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tzv. Informovaný souhlas

Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb / informovaný souhlas, hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu či pojem dříve vyslovené přání pacienta jsou podrobně definovány § 34 až 38 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

- Jakýkoli výkon lze provádět pouze za předpokladu, že k němu pacient poskytl svobodný a informovaný souhlas.
- Proces získání informovaného souhlasu se skládá z:
 - poučení pacienta o navrženém výkonu zahrnujícím informaci o příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stádiu a předpokládaném vývoji; účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhované léčby; o jiných možnostech léčby a jejich přínosu i rizicích; případné další potřebné léčbě a omezeních i doporučeních ve způsobu života;
 - následného pacientem vysloveného souhlasu s navrženým výkonem.
- Informaci má podle zákona pacientovi podávat zdravotnický pracovník způsobilý k poskytnutí příslušné zdravotní služby. Jde-li tedy o lékařský výkon, nemůže to být všeobecná sestra nebo jiný nelékařský zdravotnický pracovník, ale jedině lékař způsobilý provést příslušný zákrok.
- Informovaný souhlas může mít jak ústní formu (poučení lékaře i souhlas pacienta jsou vyjádřeny ústně, v určitých případech i konkludentně, tj. mlčky např. plnou spoluprací pacienta při provádění jemu známému výkonu), tak i formu písemnou, přičemž platí, že v případě, že není vyžadována forma písemná, postačuje forma ústní. O ústně projeveném souhlasu se učiní záznam do zdravotnické dokumentace pacienta. Písemný informovaný souhlas je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem. Není-li taková osoba určena, či není dosažitelná, pak může být udělen souhlas manželem/kou nebo registrovaným partnerem, dále rodiči, a nakonec osobou blízkou. Není-li možné získat souhlas žádným z výše uvedených způsobů, může souhlas udělit jiná přítomná osoba, která o dotčenou osobu osvědčí mimořádný zájem.

Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

K platnosti souhlasu je nutné, aby osoba jej činící byla způsobilá jej udělit. Neplatnost souhlasu tak bude vyvolána zejména tehdy, bude-li pacient jednat v duševní poruše, jež jej činí neschopným jednat. Vymezení tohoto pojmu uvádí § 123 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Duševní poruchou se rozumí mimo duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká sociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka. Mezi duševní poruchy může patřit i krátkodobá porucha psychických funkcí a jakákoli jiná těžká duševní odchylka, jestliže měla za následek ztrátu nebo zmenšení rozpoznávacích či ovládacích schopností.

Hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu (Zákon č. 372/2011 Sb., § 38)

V některých případech zákon umožňuje, resp. příkazuje uskutečnit zásah do integrity pacienta i bez jeho souhlasu.

- Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže mu:
 - bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče;

- je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví;
- je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu.
- Jestliže pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak.
- Jestliže pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.
- Nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Negativní revers (Zákon č. 372/2011 Sb., § 34)

Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace vzdal a odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení tzv. revers.

Dříve vyslovené přání (Zákon č. 372/2011 Sb., § 36)

Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit v rámci tzv. dříve vysloveného přání. Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas.

Informovaný souhlas s vyšetřením/výkonem (Zákon č. 372/2011 Sb., § 28, 31, 32, 34, 35)

Před každým vyšetřením/výkonem musí být pacient poučen a informován o vyšetření/výkonu (s výjimkou výkonu z vitální indikace) a k tomuto vyšetření/výkonu dát souhlas – případně souhlas zákonného zástupce či opatrovníka.

Informovaný souhlas musí obsahovat:

- identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, adresa trvalého/přechodného/jiného bydliště;
- název vyšetření/výkonu a vysvětlení pojmu;
- indikaci;
- možné alternativy vyš./výkonu, zda jsou;
- postup při provádění;
- možná rizika, případně následky;
- předpokládaný prospěch.

Informovaný souhlas stvrdí pacient i lékař provádějící vyš./výkon datem, hodinou a svým podpisem (u lékaře i razítkem se svým jménem).

U pacientů různého náboženské vyznání např. svědkové Jehovovi se musí brát zřetel na pravidlo odmítání krevních transfuzí/derivátů, a to i ve chvílích, kdy je pacient v ohrožení života.

Ze strany PZS musí být toto rozhodnutí plně respektováno a zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

Administrativní přijetí pacienta k ambulantnímu vyšetření / hospitalizaci²

Následující text uvádí postupy, které je nezbytné realizovat při přijetí pacienta:

- informovat pacienta, případně jej navést, ve které ordinaci bude vyšetřen;
- dokumentaci (ambulantní kartu nebo chorobopis) předat do určené ordinace;
- pacienta bez doporučení lékaře předat pověřenému pracovníkovi (NLZP) k objednání do konziliární ambulance – ústně informovat všeobecnou sestru v ordinaci;
- zajistit transfer imobilního pacienta k určené ordinaci a upozornit odpovědnou všeobecnou sestru v konkrétní ambulanci.

Cílem je získat potřebné informace o pacientovi a chránit osobní údaje pacienta, které obsahuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Nakládat s osobními daty tak, aby se zamezilo znehodnocení těchto dat anebo zneužití neoprávněnými osobami (Olley, Chapman, 2018) také v souladu s Evropskými směrnicemi a GDPR.

Přijetí pacienta k plánovanému vyšetření

Při přijetí pacienta k plánovanému vyšetření je třeba:

- Vyzvat pacienta k předložení průkazky pojištěnce, občanského průkazu (dále jen jako OP) eventuálně doporučení lékaře;
- zkontrolovat správnost údajů v NIS, eventuálně je aktualizovat;
- zjistit, do které ordinace je pacient objednan, a pacienta přesně informovat;
- vyhledat dokumentaci, v případě, že není již připravena v ordinaci;
- zajistit transfer imobilního pacienta k určené ordinaci.

Přijetí pacienta k plánované hospitalizaci

- Při přijetí pacienta k plánované hospitalizaci je potřeba: vyzvat pacienta k předložení průkazu pojištěnce, OP a eventuálně doporučení lékaře;
- zjistit, zda je pacient na seznamu plánovaných příjmů na určené oddělení;
- zadat potřebné informace do NIS, zajistit aktualizaci informací v NIS;
- vyhledat potřebnou dokumentaci v centrální kartotéce / centrálním příjmu / příjmové ambulanci a/nebo vystavit nový chorobopis;
- s chorobopisem dále nakládat dle standardů daného PZS;
- zajistit transfer imobilního pacienta na oddělení (Fisher, Scott, 2013).

Příjem pacienta k hospitalizaci na klinice/oddělení

- Příjem pacienta k hospitalizaci může být akutní nebo plánovaný (důvody diagnostické, léčebné);
- proces přijetí pacienta je zahájen v centrální evidenci, příjmové ambulanci – zde pracovníci postupují dle nastavených standardů daného PZS;
- dodání dokumentace pacienta na oddělení zajistí příjímáči oddělení prostřednictvím sanitáře nebo všeobecné sestry;
- v případě, kdy je pacient imobilní, příjmová ambulance telefonicky informuje příslušné oddělení, které zajistí doprovod pacienta;
- je třeba zapsat pacienta do evidence dle zvyklostí a technických možností PZS (knihy příchodů a odchodů, případně do NIS);
- vhodné je přivítat pacienta, představit se mu jménem;

² Vzhledem k faktu, že ne všechna PZS disponují centrálním příjmem, centrální kartotékou, či příjmovou ambulancí je realizace níže uvedených úkonů v gesci příslušné organizační jednotky struktury PZS

- je nutné provést identifikaci pacienta, zajistit přiložení/aplikaci identifikačního náramku, poučit pacienta o jeho významu a zapsat nasazení náramku do dokumentace, v případě, že PZS využívá tento zavedený systém;
- je vhodné seznámit pacienta s prostředím na oddělení a na pokoji, s domácím (resp. vnitřním) řádem, se službami nemocnice, orientací v nemocnici a s dokumentem „Práva pacientů“;
- všeobecná sestra, či jiná oprávněná osoba uvede pacienta na určený pokoj a lůžko, seznámí jej s vybavením pokoje (např. s obsluhou a umístěním signalizačního zařízení);
- představí nově příchozího ostatním pacientům na pokoji;
- zajistí u nesoběstačných pacientů jejich převlečení, uložení svršků a ostatních věcí dle zvyklostí oddělení;
- dále zajistí uložení cenností, peněz apod. dle standardu daného PZS „Příjem a úschova peněz a cenností od pacientů“;
- odebere od pacienta základní údaje dle zvyklostí daného oddělení a vyplní ošetrovatelskou anamnézu nejpozději do 24 hod. od přijetí;
- v ošetrovatelské dokumentaci zaznamená čas příchodu pacienta na oddělení a stvrdí podpisem;
- zaznamená jméno pacienta na orientační tabuli na sesterňě (dle lokálních zvyklostí PZS v souvislosti GDPR);
- zkontroluje (popř. zajistí) příjem pacienta elektronicky.

Předávání pacienta v rámci výměny směny na oddělení

Předání pacienta z jedné směny na druhou je prováděno vždy kvalifikovanou všeobecnou sestrou při nástupu služby, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. V rámci předání jednotlivých pacientů je třeba:

- informovat nastupující směnu o současném zdravotním stavu pacientů za účasti všech členů ošetrovatelského týmu podílejících se na péči o konkrétního pacienta;
- dbát na to, aby podávané ústní, i písemné informace a informace v dokumentaci či PC byly aktuální a shodné;
- vyjádřit se ke každé potřebě pacientů a k úrovni poskytované ošetrovatelské péče, a to jak ústně, tak v dokumentaci či v PC;
- napsat hlášení o stavu pacienta minimálně jednou za službu do dokumentace, či PC nebo dle SOP daného PZS;
- zaznamenávat aktuální stav pacienta v době předání služby;
- pacienta se složitější péčí předat nastupující směně u lůžka s možností praktické ukázky jednotlivých aspektů ošetrovatelské péče;
- předat informace o nesplněných ordinacích s vysvětlením „Proč“ a to jak ústně, tak písemně;
- navrhnout další ošetrovatelské postupy – pokud je to potřebné;
- zaznamenat do „Hlášení sester“ datum nástupu do služby, stav pacientů a vše stvrdit podpisem, v případě, že je „Hlášení sester“ využíváno;
- převzít si na základě fyzické kontroly a proti podpisu počet opiátů a uložené cennosti.

Pro předávání informací o pacientovi mezi zdravotníky je příhodné užít standardizovaných technik, jako např. ISBAR (viz níže). Technika ISBAR je strukturovaná komunikační technika navržená pro sdělení významných informací stručným, ale výstižným způsobem. Je založena na 4 krocích:

- **Identifikace (Introduction and Identification):** Představení se a identifikace pacienta
- **Situace (Situation):** Stručné popsání hlavního problému
- **Pozadí (Background):** Diagnóza nebo důvod přijetí pacienta, jeho zdravotní stav
- **Posouzení (Assessment):** Poskytnutí informací jako jsou vitální funkce, případně aktuální laboratorní výsledky a jiné relevantní kvantitativní nebo kvalitativní údaje
- **Doporučení (Recommendation):** Přesné a popisné vysvětlení co je třeba (Burgess et al., 2020).

Bezpečné předávání pacientů (Věstník MZ ČR 16/2015)

Cílem je zajistit jednotný způsob předávání pacientů a informací o nich u daného PZS. Doporučení vychází z RBC č. 7, který je naplněn, jestliže má PZS:

- vypracován a zaveden jednotný systém předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele i mimo ZZ;
- stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit – analýzu dokumentace, analýzou klinického informačního systému, zpětnou vazbou od jiných poskytovatelů zdravotních služeb apod.).

Bezpečná komunikace (Věstník MZ ČR 16/2015)

Nezajištění bezpečné komunikace v ZZ je jedním z potenciálních rizik vzniku komplikací. Komunikace je hlavním nástrojem našeho společného dorozumívání a chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta. Cílem je omezit nedorozumění při komunikaci a zavést jasná a jednotná pravidla pro interní komunikaci v ZZ. Doporučení vychází z RBC č. 6, který je naplněn, jestliže má PZS:

- vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk;
- zavedeny standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků;
- vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření;
- vypracován postup předávání informací telefonicky příbuzným a blízkých pacientů, orgánům státní správy a dalším osobám, které jsou oprávněny k získání informací o stavu pacienta a médiím;
- stanoven způsob ověření realizace a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, dotazníkové průzkumy mezi zdravotnickými a administrativními pracovníky v přímé péči o pacienta).

Standardizace hlášení při předávání informací o pacientovi podporuje jeho bezpečí a zvyšuje efektivitu, protože vede zdravotnické pracovníky k tomu, aby hovořili o pacientech stručně, avšak výstižně. Další vhodnou technikou může být technika „Read-back“ (zpětné přečtení), kdy posluchač informaci písemně zaznamená a pak ji znovu přečte mluvčímu. Nebo technika „Teach-back“ (opakované učení, zpětná vazba) používaná poskytovateli péče pro ujištění se, že pacient porozuměl sdělené informaci. Je založena na tom, že pacienta požádáme, aby nám svými slovy popsal, co od nás právě slyšel, a tím můžeme vyhodnotit míru jeho porozumění. Příklad viz Obr. 3.



Obr. 3 Příklad komunikace během předání pacienta (WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007)

Překlad pacienta

Cílem překlady pacienta je zajistit kontinuitu péče se zohledněním všech potřeb pacienta a jeho bezpečí.

Přeložení pacienta na jiné oddělení v rámci PZS

- Předání pacienta v rámci daného PZS je situace, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje překlad na jinou ošetrovací jednotku téže kliniky nebo na jiné oddělení v rámci zdravotnického zařízení;
- lékař pacienta předem a včas informuje o nutnosti a důvodech přeložení (nejedná-li se o překlad z vitální indikace);
- překlad musí být předem domluven lékařem překládajícího pracoviště s lékařem příslušného pracoviště, kam bude pacient přeložen (ve zdravotnické dokumentaci bude uvedeno, kdo a s kým překlad domluvil);
- přeložení pacienta i s jeho překládovou zprávou na jiné oddělení zajišťuje kvalifikovaná všeobecná sestra překládajícího oddělení předáním kvalifikované všeobecné sestře přebírajícího oddělení, pokud se jedná o překlad pacienta z vitální indikace, tak překládá pacienta lékař;
- Záznam o předání je doložen časem a podpisem předávající a přebírající sestry v ošetrovatelské dokumentaci (nebo v oš. překládové zprávě dle zvyklostí PZS).
- společně s pacientem se na oddělení předává:
 - a) chorobopis pacienta / překládová zpráva od lékaře dle zvyklostí PZS;

- b) ošetrovatelská překladová zpráva;
- c) „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ pacienta – pokud je vystaveno, případně vytištěno;
- d) osobní věci pacienta, oblečení, cennosti (nebo potvrzení o jejich úschově).

Přeložení pacienta k jinému PZS

- Předávající klinika/oddělení překládá pacienta na pracoviště, které je schopno a připraveno pacientovi zajistit potřebnou zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační nebo sociální péči;
- překlad pacienta je předem telefonicky domluven s pracovištěm, kam je pacient překládán, ošetřujícím lékařem pacienta nebo lékařem určeným vedením kliniky/oddělení;
- pacient a jeho rodina je o překladu informován nejpozději den před překladem, výjimečně v den překladu s uvedením důvodu ve zdravotnické dokumentaci pacienta;
- převoz pacienta do jiného zdravotnického či sociálního zařízení je indikován ošetřujícím lékařem na základě klinického stavu pacienta;
- zajistit požadavky na zajištění kontinuity péče během převozu (např. sanitní vůz zajišťující převoz s nebo bez doprovodu lékaře/sestry, kontinuálně kyslík maskou apod.);
- předejte pacienta s podrobnou propouštěcí zprávou (zajistí ošetřující lékař) a případně se sesterskou/ošetrovatelskou propouštěcí zprávou (dle zvyklostí PZS), jejíž kopie bude uložena v chorobopise pacienta (zajistí předávající sestra);
- zkontrolujte, zda pacient odevzdal vše, co mu bylo na oddělení zapůjčeno (SAK, 2013);
- vydání osobních věcí pacienta, vlastních léků, oblečení a cenností, pokud je měl pacient uložené;
- „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ pacienta – pokud je vystaveno, případně vytištěno.

Propuštění pacienta

Pacient se propouští ze zdravotnického zařízení z důvodu vyléčení či pro zlepšení zdravotního stavu s možností ambulantní léčby do domácího prostředí, které pomáhá urychlit návrat zdraví (rekonvalescenci) nebo do zařízení následné péče.

- Propuštění je vždy plánováno a dohodnuto ošetřujícím lékařem s pacientem, případně s rodinou;
- propuštění na vlastní žádost (REVERS – prohlášení, kterým na sebe bere nemocný odpovědnost za komplikace, které mohou předčasným odchodem nastat);
- propuštění pro hrubé porušení nemocničního či léčebného řádu.

Je-li plánováno propuštění pacienta do domácí péče, zajistí zdravotně sociální pracovník terénní zdravotní i sociální služby dle potřeb. Indikace ke zdravotní domácí péči musí být uvedena v propouštěcí zprávě pacienta s konkrétními požadavky odborné péče.

Propuštění pacienta do zařízení následné lůžkové péče mimo PZS zajišťuje kompetentní osoba daného PZS, která komunikuje s pacientem a jeho blízkými (poskytne pacientovi a jeho blízkým informace o možnostech tohoto typu péče s ohledem na individuální potřeby dle vývoje zdravotního stavu) a předává ošetřujícímu lékaři případně k vyplnění žádost do příslušného zařízení.

O propuštění rozhoduje ošetřující lékař po konzultaci s vedoucím lékařem oddělení, který předem stanoví datum na základě dohody s nemocným/rodinou. Lékař připraví propouštěcí zprávu a v den propuštění uzavře dokumentaci. Po propuštění se dokumentace uchovává dle standardů daného PZS. Před propuštěním lékař informuje nemocného/rodinu o dietním režimu, životosprávě, terapii, datu kontroly a jiných režimových opatřeních, případně připraví recepty aj.



Převoz z nemocnice většinou zajistí rodina, pokud nelze, tak je potřeba předem objednat sanitní vůz po dohodě s ošetřujícím lékařem (sanitní vůz pro převoz, může být objednán pouze v indikovaných případech daných pojišťovnou, proto nelze paušalizovat. Ne všichni pacienti, pro které nemůže přijet rodina, mohou být odvezeni sanitním vozem). Všeobecná sestra dohlíží na vrácení půjčených věcí, vydání osobních věcí pacienta, vlastních léků, „rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ pacienta (pokud je vystaveno i v tištěné podobě), oblečení a cenností, pokud je měl u PZS uložené, kontrolu informovanosti nemocného, připraví pro pacienta naordinované léky na 3 dny do domácího prostředí, nebo dle zvyklostí daného oddělení, popřípadě je pacient vybaven receptem. Po propuštění všeobecná sestra zajistí odhlášení ze stavu hospitalizovaných, odhlášení stravy, zajistí dezinfekci lůžka, stolu (případně zajistí centrální dezinfekci, pokud je k dispozici), údaj o odchodu v hlášení, uzavře ošetrovatelskou dokumentaci a zajistí kompletizaci a uložení uzavřené dokumentace do příruční registratury (archivace) (Tingle, Bark, 2011).

NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI³

Při hlášení nežádoucí události na lokální úrovni, je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o stavu před vznikem NU a dále o realizovaných opatřeních po vzniku NU. Pouze informace, které jsou na lokální úrovni zaznamenávané strukturované, umožní následnou analýzu a předávání dat na úroveň centrální/národní. Výčet doporučených parametrů je formulován jako součást datového standardu pro sběr informací. Jedná se o maximalistickou verzi, která může být modifikována dle potřeb konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

Základní informace

Při zadávání NU je nutné zadat datum nahlášené události a typ nežádoucí události. Tyto informace slouží ke zpětnému vyhledání nahlášené NU – důležitá zpětná vazba pro hlásícího a manažera kvality.

³ Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v Taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.

Nová nežádoucí událost – Klinická administrativa

Tab. 2 Nová nežádoucí událost – Klinická administrativa – Vedlejší osa 1

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 1 – proces nežádoucích událostí – Klinická administrativa	
Vedlejší osa 1	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Předání směny	Chybné předání informací o pacientovi při předávání směny.
Plánovaná návštěva	Návštěva v jiný než plánovaný čas, místo – mimo dobu povolených návštěv, u pacienta s omezením návštěvního režimu (např. na pokoji s pacientem s rizikem infekce, v izolačním režimu apod.)
Čekací listina	Situace spojené s čekáním na výkon, šetření, vyšetření apod. Např. pacient byl chybně zadán na čekací listinu, nebylo dodrženo pořadí.
Konzilium	Situace spojené s realizací, objednáním konzilia. Např. konzilium nahlášeno na nesprávném oddělení, u nesprávného pacienta.
Příjem	Situace spojené s příjmem pacienta. Např. příjem pacienta na nesprávnou kliniku, v nesprávný den.
Propuštění	Situace spojené s propuštěním pacienta. Např. neplánované propuštění pacienta – revers v nestabilizovaném stavu pacienta.
Předání jinam	Situace spojené s překladem pacienta. Např. předána nekompletní dokumentace na jiné oddělení – ztráta kontinuity.
Identifikace pacienta	Situace spojené s identifikací pacienta. Chybná identifikace např. pacient bez osobních dokladů (karta pojišťovny, OP).
Souhlas	Situace spojené s podpisem souhlasu pacienta s hospitalizací, výkonem, ošetřením, vyšetřením. Např. pacient odmítá podepsat informovaný souhlas (IS) např. IS s výkonem, s hospitalizací – vždy je nutno zohlednit celkový kontext situace a dopady pro pacienta.
Plánování výkonu	Situace spojené s výkonem u pacienta. Např. výkon nelze provést v rámci pracoviště – plná kapacita bez možnosti dalšího termínu výkonu, nedostatečné zajištění technické, materiální personální vzhledem ke stavu pacienta.
Reakce na urgentní stav	Situace spojené s reakcí na urgentní stav pacienta – neočekávaná reakce na urgentní stav.
Jiný (pokud zvoleno)	Situace spojená s klinickou administrativou, která není možná zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu.
Neznámý	Není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek NU.

Tab. 3 Nová nežádoucí událost – Klinická administrativa – Vedlejší osa 2

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 2 – problém nežádoucích událostí – Klinická administrativa	
Vedlejší osa 2	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Neprovedeno	Např. neproveden výkon z důvodu odmítnutí podepsání informovaného souhlasu (IS).
Nekompletní / neadekvátní / chybné	Např. neprovedena operace z důvodu chybného zařazení pacienta na čekací listinu.
Nedostupné	Např. konzilium, vyšetření, ošetření, kontrola nedostupné v rámci PZS.
Záměna pacienta	Např. chybná identifikace pacienta.
Záměna procesu	Např. zvolen chybný proces u klinického výkonu.
Jiný (pokud zvoleno)	Situace spojená s klinickou administrativou, která není možná zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu.
Neznámý	Není jasné vymezení problému a jak k němu došlo, ale je znám výsledek NU.

Pracoviště zjištění

Zdravotnické zařízení – pracoviště zjištění NU se rovná pracovišti, na němž byla událost identifikována. Pokud k NU na pracovišti došlo, je totožné s pracovištěm zjištění NU; pokud se liší pracoviště vzniku události od pracoviště zjištění, je třeba označit dle struktury PZS.

Pracoviště – kód pracoviště/oddělení dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) – upraveno dle lokální struktury PZS. Pokud existují např. dvě oddělení interní, mezi kterými nelze rozlišit, popište slovně, či jinak identifikujte k následné možné analýze na lokální úrovni, dle struktury PZS.

Upřesnění pracoviště – doplňková slovní identifikace pracoviště zjištění dle lokálních zvyklostí a struktury PZS. V případě výskytu identického oddělení, lze více specifikovat (např. Interní – 7 JIP → stanice A/B).

Místo zjištění – určení místa zjištění NU v případě, že se liší od místa vzniku události.

Datum zjištění – datum, kdy byla zjištěna NU, datum zjištění události se může lišit od data uvedeného ve slovním popisu události (incident může být zjištěn se zpožděním, proto se data mohou lišit).

Přesnost času (čas zjištění) – Čas zjištění NU, či jejího odhalení může být různě kategorizován.

Níže uvádíme příklady:

Neznámý čas – Čas NU není znám

Přesný čas – uvede se přesný čas, např. 14.25 hod.

Časový interval – uvede se časový interval vzniku/zjištění NU, např. 14.00–14.30 hod.

Pracoviště události (vyplnit pouze, pokud se liší od pracoviště zjištění, doporučené položky pro vyplnění jsou stejné, jako u pracoviště zjištění, viz výše).

Analýza nežádoucí události

Doporučení pro hlásícího – je nutné uvést detailní popis situace a skutečností souvisejících s jejím vznikem dle lokálních předpisů a směrnic.

Popis – je vhodné napsat celý popis NU – pokusit se uvést vyčerpávající přehled dostupných informací – důležitých pro následnou analýzu NU – kdy, kde a jak k ní došlo, v případě, že NU vznikla v souvislosti s technickým zdravotnickým prostředkem – uvést jeho, název, typ a další upřesnění.

Okamžité řešení – doporučuje se napsat, jak byla NU na pracovišti na lokální úrovni řešena.

Výsledek analýzy – je potřebné zapsat, jaké byly vyvozeny důsledky z analýzy NU.

Preventivní opatření – je vhodné promyslet a napsat, jaké bylo provedeno preventivní opatření, aby opakovaně nedocházelo k NU (je-li možno NU v budoucnu předejít či zabránit).

Závěr – doporučuje se zapsat shrnutí NU, včetně doporučení pro klinickou praxi – na lokální úrovni.

Další informace – v případě potřeby je možné doplnit další informace důležité pro analýzu situace či její vysvětlení.

Druh poškození

Tato informace identifikuje druh poškození pacienta v důsledku hlášené NU. U NU lze uvažovat o poškození psychickém, či materiálním, ale to v přesně vymezených případech (např. omezení sociálních kontaktů).

- Žádné – bez jakéhokoliv poškození pacienta.
- Materiální – poškození či ztráta majetku, ale také ušlý zisk nebo náklady na uzdravení.
- Psychické – vychází ze způsobu a obsahu komunikace. Pacient může být např. poškozen neprozřetelným či neuctivým výrokem sestry (psychická srororigenie), či lékařem (psychická iatrogenie), či jiné narušení psychické pohody okolnostmi nebo událostmi, které nejsou žádoucí.
- Fyzické – poškození mechanickou, chemickou, tepelnou a jinou energií, jehož rozsah překračuje odolnost těla. Narušení fyzické integrity od lehčího zranění po těžké ublížení na zdraví až usmrcení.
- Neznámé – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí události. Takové poškození, které se nedá v danou chvíli jednoznačně určit.

Úroveň poškození

- Riziko – událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození – byly odhaleny před vznikem incidentu.
- Skorochyba – došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta (nedošlo k jeho poškození). Skorochyba = nedokonané pochybení (near miss), nedošlo k incidentu.
- Nepoškozující – došlo k incidentu, který se dotkl pacienta, ale ten nebyl poškozen.
- Monitorován – došlo k NU, dotkla se pacienta a bylo nutno jej monitorovat.
- Nutný výkon – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon.
- Hospitalizace – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta hospitalizovat, přeložit, operovat či prodloužit jeho hospitalizaci proti původnímu plánu.
- Trvalé následky – došlo k NU, která vedla k trvalému poškození pacienta.
- Ohrožení života – došlo k NU, bylo nutno provést život zachraňující výkon.
- Smrt – došlo k NU, která vedla k úmrtí pacienta, nebo k tomu přispěla.
- Neznámé – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek nežádoucí události. Taková úroveň poškození, kterou nelze v danou chvíli jednoznačně určit.

Diagnóza poškození – Je vhodné doplnit diagnózu, kterou lékař stanovil při zahájení terapie před vznikem NU (jedná se o původní diagnózu pacienta).

Nejvyšší výkon

Zahrnuje druhy výkonu, které se v případě nutnosti uskutečňují na základě následku NU.

- Ošetření otevřené rány – nutnost ošetření otevřené rány lékařem.
- Zobrazovací vyšetření – např. RTG – akutní provedení např. RTG, CT, MRI či UZV.
- Nasazení ATB – nasazení antibiotické terapie nově v důsledku NU v rámci nové medikace.
- Fixace zlomeniny – nutnost fixace zlomeniny na chirurgické ambulanci (u dekubitu irelevantní).

- Konzilium – nutnost zajištění akutního konzilia z jiné kliniky (např. wound manažera, chirurga aj.).
- Neplánovaná (re)operace (pokud zvoleno) – např. nutnost operace – vztahující se k NU.
- Jiný terapeutický výkon (pokud zvoleno) – např. nutnost podání léčiv – vztahující se k NU.
- Jiný diagnostický výkon (pokud zvoleno) – nutnost provést odběry biologického materiálu – stěr z dekubitu, odběry krve ke zhodnocení zánětlivých markerů apod. – vztahující se k NU.

Skóre rizika – vyhodnocení rizik u pacienta na základě standardizovaných škál.

Soběstačnost pacienta

Je hodnocena dle kapitoly 6 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Pohybový režim (kategorie pacienta), který má pacient uveden v dokumentaci.

- Pacient na propustce – pacient propuštěn na určený časový úsek do domácího prostředí.
- Pacient soběstačný – pacient soběstačný (nezávislý na péči, dítě ≥ 10 let).
- Pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko – pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko (spolupracující dítě od 6–10 let věku), (pacient používající kompenzační pomůcky).
- Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko – lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko (dítě od 2 do 6 let).
- Lucidní pacient zcela imobilní – lucidní pacient zcela imobilní (dítě od 0 do 2 let).
- Pacient v bezvědomí (případně delirantní stav) – somnolence, sopor, koma, případně delirium. Pacient nesoběstačný, plně závislý na ošetřujícím personálu.

Spolupráce pacienta

Hodnocení míry spolupráce bylo dříve založeno na subjektivním úhlu pohledu posuzující osoby. Pro snadnější a objektivnější posouzení je východiskem zhodnocení úrovně vědomí. Jedná se o pomocnou kategorizaci.

Hodnoceno dle Glasgow Coma Scale /GCS/ (Teasdale et al., 2014)

- Plná (GCS 15 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví.
- Částečná (GCS 14–13 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví selektivně.
- Minimální (GCS 12–9 bodů) – nerozumí všemu, vyhoví selektivně.
- Žádná (GCS 8–3 bodů) – porucha vědomí, nerozumí, nevyhoví.

Hodnoceno dle Barthelové testu (Pokorná, 2018)

- Vysoce závislý – 0–40 bodů
- Závislost středního stupně – 45–60 bodů
- Lehká závislost – 65–95 bodů
- Nezávislý – 100 bodů

Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index – EBI) (Pokorná, 2017)

- Závažné kognitivní omezení – 0–15 bodů
- Střední kognitivní omezení – 20–65 bodů
- Žádné omezení, nebo mírné kognitivní omezení – 90–70 bodů

Psychický stav

Posouzení psychického stavu je důležité s ohledem na možnost sebepoškození, frikčních lézí a drobných traumat. Jednoduchá identifikace kategorií vychází z posouzení celkové reaktivity jedince (je vhodné, aby v případě nejistoty provedly posouzení dvě osoby). U seniorů lze využít MMSE.

- Orientovaný/klidný – pacient orientován osobou, časem, místem. Klidný, bez psychomotorického neklidu.
- Dezorientovaný/klidný – pacient dezorientován v jedné ev. více oblastech – osoba, místo, čas (zmatený = dezorientovaný). Např. u pacienta s Alzheimerovou demencí.
- Dezorientovaný/neklidný – pacient dezorientován ve více oblastech – osoba, místo a čas, s psychomotorickým neklidem (zmatený = dezorientovaný). Např. delirantní stav.
- Úzkostný – patří k neurotickým poruchám. Zahrnuje doprovodné tělesné (vegetativní) příznaky, fobie a několik forem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností.
- Apatický – apatii můžeme definovat jako kompletní nedostatek citu a motivace např. pacient, který rezignoval a odmítá nadále spolupracovat a léčit se.
- Depresivní – stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslými náladami pacienta.
- Agresivní – sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob.

Nutriční stav dle BMI

Hodnocení nutričního stavu odpovídá Body Mass Indexu /BMI/ (viz Tab. 4):

Tab. 4 Klasifikace hodnoty BMI (WHO, 2017)

BMI	Klasifikace
< 18,5 kg/m ²	Podváha
18,5–24,9	Normální váha
25,0–29,9	Nadváha
30,0–34,9	Obezita 1. stupně
35,0–39,9	Obezita 2. stupně
≥ 40,0	Obezita 3. stupně

Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu

Pro posouzení vstupního stavu pacienta je nutné posoudit také jeho celkový stav a omezující faktory. V případě výskytu více než jednoho postižení, uvedou se v popisu analýzy. Postižení smyslová zdánlivě s dekubity nesouvisí, ale při jejich výskytu může být ovlivněna schopnost signalizace problému pacientem a tím vyšší riziko vzniku dekubitu.

- Žádné – bez jakýchkoliv předchozích postižení a komplikací zdravotního stavu v anamnéze.
- Fyzické – porucha hybnosti, např. z důvodu zlomeniny, z důvodu hemiplegie u pacientů s cévním onemocněním mozku, amputace dolní končetiny aj.
- Psychické – neklid/apatie, např. u pacienta s Parkinsonovou demencí, jiným psychickým onemocněním aj.
- Smyslové – řeč, např. němý pacient, dysartrie, globální afázie, senzorická nebo motorická porucha řeči aj.
- Smyslové – sluch, např. hluchoněmý pacient, s nedoslýchavostí, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (naslouchadlo) aj.
- Smyslové – zrak, např. pacient s úplnou slepotou, slabozrakostí, šedým zákalem, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (brýle, čočky) aj.

Informován o NU

- Ano – ano, o NU byl informován pacient (pokud pacient není plně při vědomí, lze v těchto případech informovat osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu).
- Ne – ne, o NU nebyl informován pacient.

Hospitalizace – jako následek NU

Upřesnění hospitalizace:

- prodloužení na stejném odd.;
- překlad na jiné odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na stejném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na jiném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na stejném odd.;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na jiném odd.

Přijímací diagnóza – doporučuje se vybrat diagnózu z nabídky dle MKN (platná verze).

Datum výkonu – je potřebné uvést datum výkonu, pokud byl nutný.

Preventabilita

Preventabilní (Ano/Ne) – Je potřebné zvolit, zda ano či ne (tzn., zda bylo možno NU předejít za současného stavu poznání a celkového stavu pacienta).

Nejvyšší možné poškození pacienta

- Zanedbatelné – minimální poškození nevyžadující žádnou a/nebo minimální intervenci. Nevyžaduje absenci v práci – pracovní neschopnost.
- Dočasné – mírné poškození/zranění či nemoc, vyžadující minimální intervenci. Pracovní neschopnost ≤ 3 dny. Prodloužení hospitalizace o 1–3 dny.
- Hospitalizace – střední poškození vyžadující profesionální intervenci. Pracovní neschopnost 4–14 dní. Prodloužení hospitalizace o 4–15 dní. Dopad incidentu na malé množství pacientů.
- Trvalé/závažné postižení – vážné poškození vedoucí k prodloužení závislosti či invaliditě. Pracovní neschopnost > 14 dní. Prodloužení hospitalizaci > 15 dní. Nesprávná organizace péče o pacienty s dlouhodobým dopadem.
- Smrt – incident vedoucí ke smrti. Několikanásobné trvalé poškození a/nebo nezvratné postižení zdraví s následkem smrti.
- Neznámé – nelze vyhodnotit nejvyšší možné poškození pacienta.

Pravděpodobnost opakování události

- Zanedbatelná – pravděpodobně se nikdy nestane/nebude opakovat. Míra pravděpodobnosti $< 0,1$ %. Vzácné. Neočekává se výskyt po celá léta.
- Nízká – neočekává se, že se stane/bude opakovat, ale je zde možnost, že se to může stát. Míra pravděpodobnosti $> 0,1$ –1 %. Nepravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou ročně.
- Střední – mohlo by se stát / občas opakovat. Míra pravděpodobnosti > 1 –10 %. Možné opakování. Očekává se, že se vyskytnou nejméně měsíčně.
- Vysoká – pravděpodobně se stane/bude opakovat, ale nejedná se o přetrvávající problém/okolnosti. Míra pravděpodobnosti > 10 –50 %. Pravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou týdně.
- Extrémní – nepochybně se stane/bude opakovat, možná často. Míra pravděpodobnosti vyšší než 50 %. Téměř jisté. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou denně.
- Neznámá – nelze odhadnout pravděpodobnost opakování NU.

Obtížnost včasného zjištění

Zahrnuje akce nebo okolnosti, které umožní objevení/odhalení incidentu např. chyba monitoru, alarm, změna stavu pacienta, posouzení rizik.

- **Minimální** – událost lze předpokládat s ohledem na celkový stav individuálního pacienta, lze nastavit preventivní mechanismy (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, je možné ji identifikovat pomocí technických prostředků a mechanismů, např. alarm, informace na monitoru, zvukový signál. (možnost zjištění vyšší než 50 %).
- **Nízká** – událost lze předpokládat u obdobné skupiny pacientů, lze nastavit preventivní postupy pouze do určité míry, např. pacient má bariéru v příjmu informací, ale je v riziku vzniku NU (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, ale je třeba pacienta zvýšeně sledovat a jeho kognitivní funkce mohou možnost zjištění a prevence ovlivnit (možnost zjištění > 10–50 %).
- **Střední** – událost nelze jednoznačně předpokládat u dané skupiny pacientů (jednotlivce), preventivní postupy nelze jednoznačně nastavit, pacient není v riziku, anebo v nízkém riziku, není vždy možné využít technologické prostředky k identifikaci NU, např. tichý alarm, nejasné známky změny stavu pacienta – subjektivně vnímané (možnost zjištění > 1–10 %).
- **Vysoká** – vznik události lze předpokládat pouze hypoteticky, nejedná se o pacienta v riziku, netrpí komorbiditou, neabsolvoval vyšetření či terapeutický výkon ovlivňující jeho stav, často příčina vzniku NU třetí strany, nelze identifikovat pomocí přístroje (možnost zjištění 0,1–1 %).
- **Extrémní** – pravděpodobně nelze vůbec předpokládat vznik události, tedy zjistit včas, nejedná se o pacienta v riziku (možnost zjištění < 0,1 %).
- **Neznámá** – nelze určit možnost včasného zjištění.

Pojmy

Identifikace – Je zjišťování totožnosti.

Přijímající sestra – Je všeobecná sestra určená staniční nebo vrchní sestrou oddělení k provedení příjmu pacienta. Nese zodpovědnost za správnost přijímacího procesu po stránce ošetrovatelské péče.

Propouštějící sestra – Je všeobecná sestra určená staniční nebo vrchní sestrou oddělení k propuštění pacienta.

Režimová opatření – Systém nastavených pracovních postupů.

Rizikové faktory – Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku problémů s negativním chováním pacientů.

Všeobecná bezpečnostní opatření – Opatření realizovaná v prostorách PZS se záměrem zvýšit bezpečnost zdravotnického personálu a snížit riziko problémů s negativním chováním pacientů.

Výkon – Za výkon považujeme jakýkoli zdravotní výkon prováděný na pacientovi, ať už léčebný, diagnostický, rehabilitační, jakýkoli výkon v rámci preventivní péče apod.



Seznam zkratk

ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care – Australská komise pro bezpečnost a kvalitu ve zdravotnictví
ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB – Antibiotika
BMI – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti
CT – Výpočetní tomografie (Computer tomography)
EBI – Extended Barthel Index – Rozšířený Barthelové test
GCS – Glasgow Coma Scale – Glasgovská škála hodnocení vědomí (skóre hodnocení hloubky poruchy vědomí)
GDPR – General Data Protection Regulation – Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
IS – Informovaný souhlas
ISBAR – Identification (Identifikace) Situation (Situace), Background (Pozadí), Assessment (Posouzení) and Recommendation (Doporučení)
JIP – Jednotka intenzivní péče
MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE – Mini Mental State Exam – Krátký test kognitivních funkcí
MRI – Magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imagine)
NIS – Nemocniční informační systém
NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník (zahrnuje kategorie pracovníků dle zákona č. 96/2004 Sb.)
NU – Nežádoucí událost
OP – Občanský průkaz
PC – Personal Computer – osobní počítač
PZS – Poskytovatel zdravotních služeb
RTG – Rentgen
SHNU – Systém hlášení nežádoucích událostí
SOP – Standardizovaný operační protokol = doporučený pracovní postup
UZV – Ultrazvuk
WHO – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace – **SZO**
ZZS – Zdravotnická záchranná služba

Literatura

- ACSQHC. Patient identification. *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* [online] © 2022 ACSQHC [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/communicating-safety/patient-identification>.
- DE REZENDE, H., A. et al. Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *Joanna Briggs Institute database of systematic reviews and implementation reports* [online]. 2019; **17**(1):37-42 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.11124/JBISIR-2017-003895.
- BURGESS, A. et al. Teaching clinical handover with ISBAR. *BioMed Central medical education* [online]. 2020; **20**(2):459 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1186/s12909-020-02285-0.
- ETCHEGARAY, J., E. et al. Structuring patient and family involvement in medical error event disclosure and analysis. *Health affairs* [online]. 2014; **33**(1):46-52 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1377/hlthaff.2013.0831.
- FISHER, M., SCOTT, M. *Patient Safety and Managing Risk in Nursing*. Learning Matters, 2013. ISBN 978-1-4462-6687-8.
- HADA, A. et al. Translating evidence-based nursing clinical handover practice in an acute care setting: A quasi-experimental study. *Nursing and health sciences* [online]. 2021; **23**(2):466-476 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1111/nhs.12836.
- HADA, A., COYER, F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes-Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nursing and health sciences* [online]. 2021; **23**(2):337-351 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1111/nhs.12825.
- KHAN, A. et al. Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *Journal of the American Medical Association pediatrics* [online]. 2017; **171**(4):372-381 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.4812.
- KOSIEK, K. et al. Structural equation modeling for identification of patient safety antecedents in primary care. *BMC Primary Care* [online]. 2021; **22**(1):183 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <https://bmcpriamcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01533-6>.
- MALEKZADEH, J. et al. A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. *Journal of caring sciences* [online]. 2013; **2**(3):177-185 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.5681/jcs.2013.022.
- MALFAIT, S. et al. Compliance with a structured bedside handover protocol: An observational, multicentred study. *International journal of nursing studies* [online] 2018; **84**:12-18 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.011.
- NAZARALI, S. et al. Improving Patient Identification in an Ophthalmology Clinic Using Name Alerts. *Canadian Journal of Ophthalmology* [online]. 2017; **52**(6):564-569 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jcjo.2017.05.004.
- OLLEY, S., CHAPMAN, S. Admission Discharge & Transfer of Care Policy. *NHS Foundation Trust* [online]. 2018 [cit. 2018-05-15]. Dostupné z: <http://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/inline/full/0/41387.pdf>.
- POKORNÁ, A. Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018, [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. Rozšířený Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2017, [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. a kol. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Praha: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2016 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>.
- REAY, G. et al. Transition in Care from EMS Providers to Emergency Department Nurses: A Systematic Review. *Prehospital emergency care* [online]. 2020; **24**(3):421-433 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: doi: 10.1080/10903127.2019.1632999.



- Spojená akreditační komise, o.p.s. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Tigis, s.r.o., 2013. 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05. Dostupné také z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>.
- TEASDALE et al. The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years. *Nursing Times* 2014; 110(42): 12-16. ISSN 0954-7762.
- TINGLE, J., BARK P. *Patient Safety, Law Policy and Practice*. Routledge, 2011. ISBN 9781136824395.
- TORTOSA-ALTED, R. et al. Handover of Critical Patients in Urgent Care and Emergency Settings: A Systematic Review of Validated Assessment Tools. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 2021; **10**(24):1-11 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: [JCM | Free Full-Text | Handover of Critical Patients in Urgent Care and Emergency Settings: A Systematic Review of Validated Assessment Tools | HTML \(mdpi.com\)](https://www.mdpi.com/1422-0067/10/24/1).
- Věstník MZ ČR č. 16/2015 ze dne 26. října 2015 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. In: *Věstník MZ ČR* [online]. 2015, částka 16, s. 2 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10927/36163/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2016-2015.pdf>.
- WHO. Body mass index – BMI. © 2017 WHO [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- WHO. Patient Identification. Patient Safety Solutions. *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions* [online]. 2007 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>.
- Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv – Ministerstvo vnitra České republiky \(mvcr.cz\)](https://www.mvcr.cz/sbirka-zakonu).
- Zákon č. 101/2000 Sb. ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32, s. 1521. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2000&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=12>.
- Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.