



Centrální systém hlášení nežádoucích událostí - Metodika Nežádoucí událost ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE

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: Bc. Marcela Valentová
Mgr. Eva Stránská

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 – ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE	5
Definice nežádoucí události – ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE.....	5
Epidemiologie – NU ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE	5
Všeobecná preventivní opatření	7
Řízení a správa	7
Řízení kvality a bezpečí.....	8
Strategické řízení	8
Úloha top managementu	8
Vytíženost pracovníků	10
Dostupnost adekvátních služeb a lůžek	10
Dostupnost kompetentních pracovníků.....	10
Organizace týmů.....	10
Přiměřenost předpisů.....	10
NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI.....	11
Základní informace	11
Nová nežádoucí událost – Zdroje / management organizace.....	11
Pracoviště zjištění.....	11
Analýza nežádoucí události	12
Druh poškození.....	12
Úroveň poškození.....	12
Nejvyšší výkon	13
Soběstačnost pacienta	13
Spolupráce pacienta	14
Psychický stav	14
Nutriční stav dle BMI	15
Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu	15
Hospitalizace – jako následek NU.....	15
Preventabilita	15
Nejvyšší možné poškození pacienta	16
Pravděpodobnost opakování události.....	16
Obtížnost včasného zjištění.....	16



Pojmy.....	17
Seznam zkratk.....	18
Literatura	19
Přílohy.....	22
Příloha č. 1: EFQM Excellence Model (Česká společnost pro jakost, 2016; Management mania, 2016).....	22
Příloha č. 2: Balanced Scorecard (Management mania, 2016; Analyzuj a proved', 2016)	23
Příloha č. 3: PEST analýza (Zikmund, 2016; Šíková, 2016)	24
Příloha č. 4: SWOT analýza (Management mania, 2016)	25

Úvod

Metodická doporučení jsou určena pro poskytovatele zdravotních služeb (dále i jako PZS) k evidenci nežádoucích událostí (dále i jako NU) v souvislosti se zdroji / managementem organizace 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.

Systémy zdravotní péče po celém světě se potýkají s neustále rostoucí poptávkou po péči a současně se potýkají s nedostatečnou kapacitou a nepříjemně dlouhými čekacími dobami pacientů. Pro zlepšení přístupu a dostupnosti zdravotní péče je proto nezbytné zlepšit využití kapacity a zvýšit efektivitu aktuálně dostupných zdrojů. Za tímto účelem musí být rozdíly v systémech zdravotní péče řízeny velmi uvážlivě. Dostupné informace dále naznačují, že přístup ke zdravotnickému personálu zůstane v dohledné budoucnosti na stávající úrovni, zatímco potřeba péče se ve stejném období zvýší. Nedostatek zdrojů, s čímž se zdravotnické organizace potýkají, se tedy pravděpodobně nezlepší bez změny postupů řízení kapacity (Fagefors, Lantz, 2021). Nedostatek všeobecných sester (dále i jako VS) je tíživým tématem nejen v rámci českého, ale i světového zdravotnictví. Je to globální výzva pro národní a mezinárodní organizace a zdravotnické systémy napříč celým světem. Příčiny nedostatku VS jsou různé, tento problém dosáhl kritického bodu pro zdravotnické služby na místní i celosvětové úrovni (Marc et al., 2018). Dle zprávy Světové zdravotnické organizace (dále i jako WHO) „Globální strategie v oblasti lidských zdrojů pro zdraví: pracovní síla 2030“ se odhaduje, že v roce 2030 dosáhne deficit všeobecných sester a porodních asistentek 7,6 milionu (WHO, 2015) VS jsou největší profesní skupinou v sektoru zdravotnictví a představují přibližně 59 % veškerého zdravotnického personálu. V roce 2020 WHO uvedla, že je na celém světě 27,9 milionu všeobecných sester. V období 2013–2018 se deficit nelékařských zdravotnických pracovníků mírně snížil, nicméně jich celkový počet je o 5,9 milionu nižší, než je potřeba k adekvátní péči o rostoucí populaci (WHO, 2020). Častými důvody nedostatku zdravotnických pracovníků jsou vysoká psychická i fyzická zátěž a změny ve vzdělávání zdravotnických profesionálů (zejména všeobecných sester a jiných nelékařských profesí), vysoká míra zodpovědnosti, kterou každý zdravotnický pracovník při výkonu profese nese a v některých případech i nedostatečné platové ohodnocení. V důsledku nedostatku personálu dochází k uzavírání některých oddělení v nemocnicích, což má mimo ovlivnění dostupnosti péče pro pacienty také dopady na hospodaření nemocnic a příjmy od pojišťoven, ale i jiných plátců péče. Přesto se většinou daří zamezit přímému dopadu nedostatku zdravotnického personálu na pacienty, nicméně často za cenu enormního vypětí jednotlivých pracovníků poskytujících péči, řady přesčasových hodin, přepracování zdravotnických pracovníků a s tím související stres a obavy z nežádoucích událostí a ovlivnění kvality péče. Jedním z dalších závažných problémů je fluktuace zdravotnických pracovníků (častý odchod pracovníků ve zdravotnictví např. do zahraničí, jiného resortu), což je často opět ovlivněno jednak tím, že jim jsou nabízeny mnohem lepší pracovní podmínky, vyšší platové ohodnocení a často propracovanější vzdělávací systém zejména v postgraduálním studiu, který je reflektován v rámci odměňování pracovníků. Přesto, že se za posledních 10 let počet všeobecných sester se vzděláním bakalářského nebo magisterského stupně výrazně zvýšil, nedošlo ke změnám profesionálních kompetencí v praxi a konkrétní kompetence se neliší podle stupně vzdělávání (Gurková et al., 2012; Schub et al., 2020). Názorů, jak danou situaci řešit a zlepšit, je mnoho a nejsou zaměřeny pouze na

¹ „Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetřovatelství 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 ošetřovatelské postupy (dále i jako NOP). Hlavním důvodem zavádění NOP je sjednocování kvality ošetřovatelské péče a poskytnutí metodiky tvorby a aktualizace místních ošetřovatelských 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 ošetřovatelské 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-osetrotelske-postupy/>.“

počty nelékařských zdravotnických pracovníků, ale i na lékaře. Problematika nedostatku zdravotnických pracovníků je dlouhodobě diskutovaným tématem. Vzhledem k mnoha faktorům, které se na daném problému podílejí, není možné situaci řešit jednoduchou strategií, ale je nezbytné systémové řešení. Získat přesné informace o tom, jaký počet zdravotnického personálu ve skutečnosti chybí ve zdravotnických zařízeních a u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, není jednoduché, protože vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb stanovuje právě pouze minimální počty odborníků, kterými musí každé zdravotnické zařízení (dále i jako ZZ) disponovat. Nelze proto zjistit optimální stav, který vyžaduje a akceptuje jako dostatečný management daného zařízení. Dalšími faktory jsou legislativní změny a změny ve vzdělávání sester, které bylo postupně přesunuto na vyšší úroveň – na vyšší zdravotnické školy a univerzity (Tóthová, Sedláková, 2008). Nežádoucí událost Zdroje / management organizace nezahrnuje pouze oblast lidských zdrojů, ale nedostatek profesionálů je velmi často příčinou dané kategorie NU.

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE

Definice nežádoucí události – ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE

Management organizace zahrnuje zejména nastavení celého systému řízení, hodnot a pravidel organizace, nastavení organizační struktury, řízení zdrojů, procesů a výkonnosti. Je to oblast průřezová, používají se v ní metody strategického řízení, metody z oblasti kvality a řízení efektivnosti a další. NU v managementu zahrnují pochybení v předávání dat, nesdílení informací apod., které ve svém důsledku vedou ke vzniku nežádoucí události.

Epidemiologie – NU ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE

Ve Velké Británii čelí potenciálnímu nedostatku více než 36 000 všeobecných sester do roku 2030. Výzkum pod vedením Kendall-Raynor je považován za podrobnou analýzu deficitu všeobecných sester a lékařů v příštím desetiletí. Studie se zabývá možným nedostatkem 1,1 milionu všeobecných sester a 45 000 porodních asistentek do roku 2030 napříč zeměmi zahrnutými do studie, včetně Irska, Francie, Německa, Austrálie a Kanady. Výzkumníci shromáždili informace o pracovnících ve zdravotnictví z 32 zemí s vysokými příjmy, kteří jsou členy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále i jako OECD) (Kendall-Raynor, 2017). Země OECD vyjádřily znepokojení nad nedostatkem všeobecných sester, který hlásí většina zemí, a jeho dopadem na dostupnost, bezpečnost a kvalitu zdravotnických služeb. Austrálie předpovídá, že do roku 2025 jí bude chybět 109 tisíc všeobecných sester. V nedávném výzkumu provedeném ve Spojeném království uvedlo 83 % zúčastněných organizací nedostatečné zdroje kvalifikované pracovní síly v ošetrovatelství (ICN, 2015). Studie realizovaná v deseti evropských zemích (2025 oddělení, 384 nemocnic) byla zaměřena na pochopení dopadu prostředí praxe a spokojenosti s flexibilitou harmonogramu práce. Ze souboru 23 076 registrovaných sester (RN) uvedlo záměr opustit ošetrovatelskou profesi kvůli nespokojenosti 9,5 % RN. Z těch, které nechtěly povolání opustit, uvedlo 27,1 % záměr opustit své současné pracoviště. Záměr opustit ošetrovatelskou profesi byl podle očekávání primárně vysvětlen faktory na individuální úrovni, včetně osobního zázemí. Pokud šlo o záměr opustit pracoviště lze považovat za významné organizační faktory, tj. pracovní prostředí a spokojenost s flexibilitou pracovního harmonogramu směn. Klíčové prvky pro udržení a zajištění vysoce kvalitní péče jsou přiměřené zdroje k uspokojení požadavků RN, dopad ošetrovatelství na záležitosti nemocnice, dobré vedení a dobré pracovní vztahy mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Výsledky také zdůrazňují důležitost zohlednění nejen jednotlivých faktorů, ale také skupinového kontextu. Zjištění naznačují, že opatření zaměřená na zlepšení prostředí praxe by mohla být slibným přístupem ke zvýšení spokojenosti RN, jak na jejich současném pracovišti, tak v ošetrovatelské profesi obecně, a tedy způsobem, jak vyrovnat nedostatek ošetrovatelství v evropských zemích (Leineweber et al., 2016). WHO vydala Globální strategické směry pro ošetrovatelství a porodní asistenci (SDNM) 2021-2025 představující postupy založené na důkazech

a vzájemně související soubor politických priorit, které mohou zemím pomoci dosáhnout optimálního personálního zajištění porodními asistentkami a všeobecnými sestrami (WHO, 2021).

V České republice pracovalo ve zdravotnictví v roce 2018 celkem 274 665 pracovníků (přepočtený počet) - tj. zaměstnanců v evidenčním počtu, zaměstnavatelů a smluvních pracovníků. Z tohoto počtu pracovníků působilo ve zdravotnických zařízeních ostatních centrálních orgánů (resort obrany, vnitra a spravedlnosti) celkem 5 453 pracovníků (přepočtený počet), což představuje 2,0 % z celkového počtu pracovníků ve zdravotnictví, stejně jako v minulých letech. Zaměstnanci v evidenčním počtu a zaměstnavatelé představovali 94 % z celkového počtu pracovníků ve zdravotnictví. V roce 2018 působilo ve zdravotnictví v České republice celkem 15 309 smluvních pracovníků, což představuje 6 % z celkového počtu pracovníků ve zdravotnictví. Smluvní pracovníci pracují v daném zdravotnickém zařízení a nepatří do evidenčního počtu zaměstnanců a počtu zaměstnavatelů. Pracují na dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (DPP a DPČ), nebo jako spolupracující rodinní příslušníci nebo jsou dočasně přidělení k výkonu práce do jiné organizace (např. stáže). Odborní pracovníci ve zdravotnictví jsou vykazováni dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů a zákona 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. Dle zákona č. 96/2004 Sb. jsou pracovníci rozdělení do skupin na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) a jiné odborné pracovníky (JOP). V roce 2018 podíl odborných pracovníků ve zdravotnictví na úhrnném počtu pracovníků činil 81,5 %. V rámci této skupiny nejpočetnější skupinu představovali pracovníci ZPBD, a to 52 %, a lékaři (včetně zubních lékařů) 22 %. Z hlediska zřizovatelů pracovalo v zařízeních Ministerstva zdravotnictví 23 % osob z celkového počtu pracovníků, v krajských zařízeních 27 % pracovníků, na privátní zařízení (zřizovatel jiná právnická osoba, fyzická osoba, církev) připadalo 43 % pracovníků. V roce 2018 pracovalo 25 % všech pracovníků ve zdravotnictví ve státních zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány. Většina pracovníků, necelých 75 %, působilo v nestátních zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je kraj, obec a město, fyzická osoba, církev a jiná právnická osoba. Na 10 000 obyvatel České republiky v roce 2018 připadalo 40 lékařů, 7 zubních lékařů a 81 všeobecných sester a porodních asistentek. V lůžkových zdravotnických zařízeních, bez lání, pracovalo přes 150 tisíc pracovníků, tj. 54,7 % všech pracovníků ve zdravotnictví, v samostatných zařízeních ambulantní péče 31,1 %, tj. přes 85 tisíc pracovníků. V rámci pracovníků v lůžkových zařízeních připadlo 87 % tj. téměř 131 tisíc pracovníků na nemocnice akutní péče (ÚZIS ČR, 2019). Personální kapacity všeobecných sester jsou podmínkou dostupnosti a kvality zdravotních i zdravotně sociálních služeb. Celkový počet všeobecných sester v nemocnicích (8 na 1 000 obyvatel) je pod průměrem zemí OECD (9 na 1 000 obyvatel). Celkový počet sester ve zdravotnickém systému ČR odpovídá dle dostupných mezinárodních srovnání průměru zemí OECD. Z okolních zemí vyspělé Evropy jde o počet srovnatelný s Rakouskem, avšak významně nižší než v Německu. Hlavním problémem kapacity sester v českém zdravotnictví, avšak není jejich celkový počet, ale dostupnost kapacit v nemocniční péči, zejména ve směnném provozu akutní lůžkové péče. Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD. Česká republika má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetrovatelství – 16 na 100 000 obyvatel – a v posledních letech vykazuje klesající trend. Nízké odměny a také náročnost práce všeobecné sestry evidentně nevytvářejí pobídku k volbě studia ošetrovatelství. Pro zachování stability a potřebného rozsahu péče bude v budoucnosti velmi podstatné zvýšit atraktivitu profese všeobecné sestry a posílit celospolečenské vnímání hodnoty této práce (MZ ČR, 2020). Jak již bylo uvedeno v úvodu metodiky, jedny z nejčastějších příčin nežádoucích událostí týkajících se zdrojů a managementu souvisí právě s nedostatkem lidských zdrojů. Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní i následné a dlouhodobé péče v ČR povinné

Metodika Nežádoucí událost

ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE, verze 01/2023

od 1. 1. 2018. Přehled počtu nahlášených nežádoucích událostí Zdroje / management organizace za jednotlivá období zobrazuje Tab. 1 (Pokorná a kol., cit. 2022).

Tab. 1 Výskyt NU Zdroje / management organizace 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	367	1,31	2 706 998	199 (408)
2019	241	0,62	2 856 355	205 (430)
2020	234	4,11	2 320 850	219 (435)
2021	319	0,60	2 364 538	210 (429)

Všeobecná preventivní opatření

Řízení a správa

- je stanovena organizační struktura nemocnice, jsou definovány vztahy nadřízenosti a podřízenosti, rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy vnitřní komunikace – vše je uvedeno ve vnitřním předpise, který je pravidelně aktualizován a dodržován;
- vedení nemocnice má formulované poslání, jasně stanovenou vizi a strategii, a to na základě analýzy dostupných zdrojů a potřeb pacientů, které jsou průběžně aktualizovány;
- jsou dodržovány obecně závazné předpisy – národní a oborová legislativa, je pověřena osoba zodpovědná za sledování změn aktuální legislativy a pro zapracování změn do vnitřních předpisů má PZS zavedený účinný postup;
- PZS má systém vnitřních předpisů, který je písemně definován vedením nemocnice a vedoucími pracovníky, je dostupný všem pracovníkům, kterým je určen a je průběžně aktualizován a dodržován;
- PZS se aktivně podílí na zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče;
- veřejnost je vhodnou a srozumitelnou formou informována o spektru poskytované péče a služeb a výsledcích v oblasti řízení kvality a bezpečí poskytované péče v adekvátním rozsahu;
- v případě zajištění služeb smluvními dodavateli, je vedení nemocnice za tyto služby odpovědné, nad klinickými a neklinickými službami probíhá dohled a kontrola, které jsou pravidelně analyzovány a využívány pro další rozhodovací proces;
- je vytvořen a zaveden soubor pravidel pro zlepšování organizační kultury ve všech klíčových činnostech a dodržování etických norem, všichni pracovníci nemocnice se aktivně podílí na udržování a zlepšování zdravé organizační kultury v nemocnici;
- je doporučováno zavedení programu pro podporu zdraví.

Řízení kvality a bezpečí

- pro plánování, řízení, monitorování a zvyšování kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb jsou určené osoby/orgány, které mají písemně stanovené spektrum odpovědností a pravomocí;
- vedení nemocnice se aktivně účastní na programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a poskytuje mu adekvátní technické, materiální a jiné potřebné zdroje;
- veškerý personál je informován, zná postupy zvyšování kvality a bezpečí služeb a v zavedených změnách je školen;
- je zaveden funkční program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, vedoucí pracovníci se podílejí na jeho řízení, plánování, monitorování a vyhodnocování, je pravidelně přezkoumáván a aktualizován, všichni pracovníci jsou s ním seznámeni a umí definovat svou úlohu v rámci jeho naplňování;
- zdravotní péče je poskytována na základě doporučených klinických postupů, standardů a protokolů, které jsou dodržovány;
- je zajištěn interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb, který je plánovaný a dokumentovaný a je prováděn pověřenými a kvalifikovanými osobami, závěry z něj jsou využívány ke zvyšování kvality a bezpečí;
- jsou zajištěny sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb v klíčových klinických i neklinických oblastech, PZS vyhledává příležitosti k benchmarkingu, výsledky analýz jsou pravidelně sdělovány všem zaměstnancům a využívají se k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, případná odchylka či nežádoucí trend vyžaduje intenzivní analýzu dat;
- je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí (SAK, 2014).

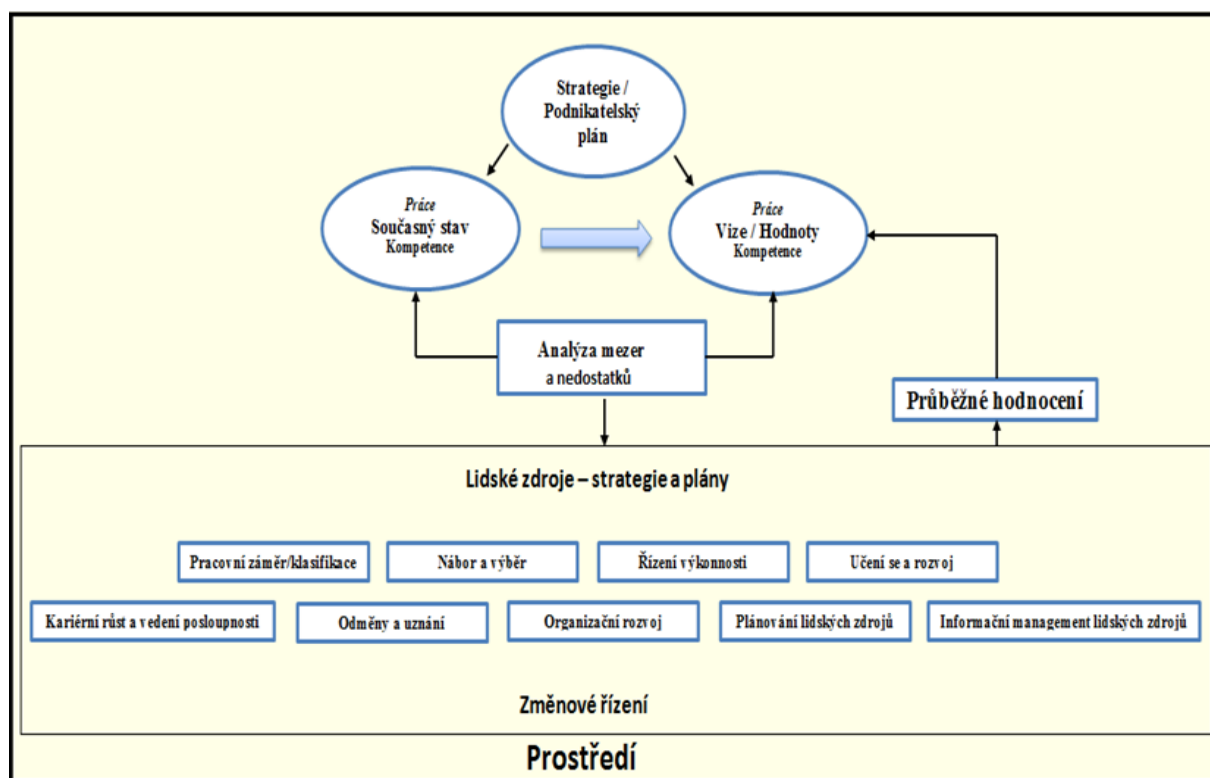
Strategické řízení

Jedním z nejzákladnějších a hlavních kroků je strategické řízení zdravotnického zařízení. Zdravotnická zařízení se vyznačují značnou nestabilitou a turbulencí a vstupují do stále náročnějšího prostředí. V současném náročném a superkonkurenčním prostředí nemohou uspět ta zdravotnická zařízení, která nemají kvalifikovaně formulovanou strategii a dobře fungující systém strategického řízení.

Úloha top managementu

- formulovat strategii a důsledně jí zaimplementovat pomocí dobře fungujícího systému strategického řízení (Kohn, Corrigan, Donaldson, 2000);
- definovat strategické cíle – s využitím metody **SMART**
 - Specific – konkrétní – specifické, konkrétní cíle;
 - Measurable – měřitelný – měřitelné cíle;
 - Achievable/Acceptable – dosažitelné/přijatelné – cíle akceptovatelné i ze strany těch, kdo je budou plnit;
 - Realistic/Relevant – realistické/relevantní – cíle reálné a dosažitelné;
 - Timed – v čase – cíle určené v čase, které musí pokrýt celý časový horizont plánované strategie (Bierke, Renger, 2017).
- osvědčená strategie SMART bývá někdy modifikována na SMART(ER)
 - Evaluate – hodnocení – průběžné hodnocení úspěšnosti dosahování cílů;
 - R – Re-adjustment/Re-evaluation – průběžná úprava a přizpůsobení strategie (Management.cz, 2014);
- stanovit dlouhodobý plán rozvoje zdravotnického zařízení, který definuje cesty k dosažení určených strategických cílů s vazbou na disponibilní zdroje a přizpůsobovat je měnícímu se okolí (zejména zákazníkům a očekávání zainteresovaných stran);

- zvolit vhodný přístup ke strategii;
- zvolit vhodný druh strategie;
- definovat misi, vizi a strategické operace organizace;
- zvládnout principy strategického myšlení – plně si je osvojit;
- metody řízení založit na principu celosvětového systémového přístupu;
- využívat metodiky pro implementaci strategie – **EFQM – Excellence Model** (model vyvinutý nadací EFQM (European Foundation for Quality Management) jako rámec pro uplatňování metod řízení jakosti v organizaci, **BSC model** (Balanced Scorecard Model – uplatňuje převedení strategických vizí a záměrů do denních činností vedoucích ke zvýšení konkurenceschopnosti), **Benchmarking** (Fonseca, 2021);
- vhodně zvolit model strategického řízení vycházející z podmínek českého zdravotnictví;
- provést strategickou analýzu jak externího prostředí – **analýza SLEPT (PEST)** – prostředek pro analýzu změn okolí, analyzované oblasti: Politické a legislativní, Ekonomické, Sociální a kulturní, Technologické, tak interního prostředí v organizaci – **SWOT analýza** (identifikace silných (Strengths) a slabých (Weaknesses) stránek, příležitostí (Opportunities) a hrozeb (Threats) (Souček, Burian, 2006; Grasseová, 2012);
- provést strategické plánování – plánování činností a procesů, jak bude strategických cílů dosahováno (viz Obr. 1);
- provést hodnocení strategie (Gladkij a kol., 2003; Hammel, Breen, 2007).



Obr. 1 Systémová skupina lidských zdrojů – plánování lidských zdrojů a model analýzy mezer a nedostatků (Armstrong, Taylor, 2015)

Významné postupy podpory vhodných strategií a plánů rozvoje zdravotnického zařízení musí zahrnovat také intervence zaměřené na pracovníky. Níže jsou uvedeny vybrané postupy, které by mohly být využity jako preventivní postupy pro vznik NU.

Vytíženost pracovníků

- pravidelně evaluovat spokojenost a potřeby pracovníků a názory na možnost podpory v oblasti fyzické i psychosociální;
- pravidelně hodnotit ošetrovatelskou a pracovní zátěž, též administrativní zátěž v obecné rovině;
- evaluovat příčiny fluktuace na pracovištích (dotazníkové průzkumy), interview, retrospektivní analýzu personální agendy;
- stanovit rizikové faktory a postupy jejich řešení – neplánovaná absence pracovníka na směně apod. (Hasselhorn et al., 2008).

Dostupnost adekvátních služeb a lůžek

- ve strategických dokumentech akceptovat aktuální legislativní předpisy a normy – řídit se Nařízením vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů (Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., ve znění pozdějších předpisů);
- hospitalizovat pacienty pouze po nezbytně nutnou dobu – zamezit umělému navyšování hospitalizačních dnů;
- podporovat kontinuitu péče (zajištění následné a dlouhodobé péče);
- identifikovat příčiny neekonomického využívání služeb a stanovit indikátory pro hodnocení efektivity a výkonnosti konkrétního pracoviště;
- dostupnost IT technologií:
 - zajistit proškolení nových i stávajících pracovníků s nemocničním informačním systémem (NIS);
 - zajistit dostatečné množství PC a jejich dostupnost při práci s NIS;
 - dodržovat bezpečnostní pravidla při práci s PC;
 - vyhodnocovat správné a bezpečné používání NIS.

Dostupnost kompetentních pracovníků

- aktivně vyhledávat a získávat potenciální uchazeče;
- adekvátně nastavit proces přijímání nových pracovníků;
- odpovídající zařazení ZP dle dosaženého vzdělání a kompetencí;
- umožnit zaměstnancům další vzdělávání (Barajas, 2014).

Organizace týmů

- zajistit komunikaci mezi týmy a předávání úplných informací;
- určit odpovědné pracovníky za transfer informací a jejich úplnost;
- identifikovat běžné bariéry bránící předávání informací a interdisciplinární komunikaci;
- podporovat využívání jednotné terminologie a dokumentace;
- eliminovat náznaky či projevy bossingu, mobbingu.

Přiměřenost předpisů

- zajistit pravidelné proškolení pracovníků;
- zajistit a realizovat pravidelný audit řízené dokumentace;
- seznamovat pracovníky různých funkčních úrovní s výsledky auditu a plánováním preventivních a nápravných opatření;
- plnit legislativní normy.

NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI²

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 zaznamenávány strukturovaně, 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.

Nová nežádoucí událost – Zdroje / management organizace

Tab. 2 Nová nežádoucí událost – Zdroje / management organizace – Vedlejší osa 1

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 1 – problém nežádoucích událostí – Zdroje / management organizace	
Vedlejší osa 1	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Vytíženost pracovníků	Situace spojené s pracovním nasazením pracovníků. Např. neplánovaná absence pracovníka na směně.
Dostupnost adekvátních služeb a lůžek	Situace spojené s dostupností služeb. Např. plná kapacita pro vyšetření, plná kapacita lůžek bez možnosti akutního příjmu nového pacienta.
Dostupnost kompetentních pracovníků	Situace spojené s dostupností pracovníků. Např. nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků (lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů apod.) na ošetrovací jednotce, vysoce specializovaných odborníků (např. bioanalytiků).
Organizace týmů	Situace spojené s organizací práce jednotlivých pracovníků. Např. chybně nastavená týmová spolupráce (kompetence praktická sestra versus všeobecná sestra – VS).
Přiměřenost předpisů	Situace spojené s přípravou předpisů. Např. předpis nevhodně připraven, nesprávně předložen pracovníkům, neověřena jeho využitelnost v klinické praxi, dokumenty tvořené bez oponentů více zpracovateli, nejedná se o nedodržení nastavení předpisů PZS.
Jiný (pokud zvoleno)	Situace, které není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu (např. nedostatek sanitních vozů na převoz).
Neznámý	Není jasná situace a jak k ní 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

² Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.

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 sroborigenie), 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.
- Nepoškození – 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. 3):

Tab. 3 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 zákallem, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (brýle, čočky) aj.

Informován o NU

- Ano – ano, o NU byl pacient informován (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 pacient informován.

Hospitalizace – jako následek NU

Upřesnění hospitalizace:

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

Příjímací 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

Management – Je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.

Strategie – Je dlouhodobý plán činností zaměřený na dosažení nějakého (konkrétně definovaného) cíle.

Strategické cíle – Popis žádoucího cílového stavu, kterého chce jednotlivec, tým, organizační útvar či celá organizace dosáhnout v určité oblasti svého podnikání či jiných aktivit.

Režimová opatření – Systém nastavených pracovních postupů.

Rizikové faktory – Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku problémů v souvislosti se zdroji, managementem organizace.

Všeobecná bezpečnostní opatření – Opatření realizovaná v prostorách PZS se záměrem zvýšit bezpečnost zdravotnického personálu a snížit riziko problémů v souvislosti se zdroji, managementem organizace.



Seznam zkratek

BSC – Balanced Scorecard – Systém vyvážených ukazatelů výkonnosti podniku
DPČ – Dohoda o pracovní činnosti
DPP – Dohoda o provedení práce
EBI – Extended Barthel Index – Rozšířený Barthelové test
EFQM – European Foundation for Quality Management – Evropská nadace pro management kvality
ICN – International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester
JIP – Jednotka intenzivní péče
JOP – Jiný odborný pracovník
MMSE – Mini Mental State Exam – Krátký test kognitivních funkcí
MZ – Ministerstvo zdravotnictví
NIS – Nemocniční informační systém
NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NU – Nežádoucí událost
OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PC – Personal Computer – osobní počítač
PZS – Poskytovatel zdravotních služeb
RN – Registrovaná sestra
SDNM – Global strategic directions for nursing and midwifery – Globální strategické směry pro ošetřovatelství a porodní asistenci
SHNU – Systém hlášení nežádoucích událostí
SLEPT (=PEST) – Akronym (zkratka z názvu prvních) písmen čtyř sledovaných oblastí – Politické a legislativní, Ekonomické, Sociální a kulturní, Technologické
SMART – Akronym (zkratka z prvních písmen) anglických pojmů – Specific – konkrétní, Measurable – měřitelný, Achievable/Acceptable – dosažitelné/přijatelné, Realistic/Relevant – realistické/relevantní, Timed – v čase (načasované)
SWOT – Akronym (zkratka z prvních písmen) anglických pojmů – identifikace silných (Strengths) a slabých (Weaknesses) stránek, příležitostí (Opportunities) a hrozeb (Threats)
ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VS – Všeobecná sestra
WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace – **SZO**
ZP – Zdravotnický pracovník
ZPBD – Zdravotnický pracovník pracující bez odborného dohledu
ZPOD – Zdravotnický pracovník pracující s odborným dohledem
ZPSZ – Zdravotnický pracovníky pracující bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti
ZZ – Zdravotnické zařízení

Literatura

- ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů*. 13. vyd. Praha: Grada Publishing. 2015. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
- Balanced Scorecard (BSC). Management mania [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Management Mania's Series of Management. ISSN 2327-3658. Dostupné také z: <https://managementmania.com/cs/balanced-scorecard>.
- Balanced Scorecard (BSC). Analyzuj a proveď [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: http://www.analyzujaproved.cz/ApRSS.aspx?rid=98672&app=Main&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_245&p2=RoundPanel_BOOL_True&acode=24613ea6ea6498059e100f2f6e83950d.
- BARAJAS, B. 5 Key Strategies for Healthcare Human Resources Leaders. *PreCheck Investigate further* [online]. 2014 [cit. 2016-05-26]. Dostupné z: <http://www.precheck.com/blog/five-key-strategies-for-healthcare-human-resources-leaders>.
- BJERKE, M. B., & RENGGER, R. Being smart about writing SMART objectives. *Evaluation and Program Planning* [online]. 2017, 61: 125–127 [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.evalproplan.2016.12.009.
- EFQM Excellence Model. Management mania [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Management Mania's Series of Management. ISSN 2327-3658. Dostupné také z: <https://managementmania.com/cs/efqm-excellence-model>.
- FAGEFORS, C., LANTZ B. Application of Portfolio Theory to Healthcare Capacity Management. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2021, 18(2):659 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: doi: 10.3390/ijerph18020659.
- FONSECA, L. The EFQM 2020 model. A theoretical and critical review. *Total Quality Management & Business Excellence* [online]. 2021 [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: doi: 10.1080/14783363.2021.1915121.
- FOTR, J. a kol. *Tvorba strategie a strategického plánování*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3985-4.
- GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, a.s. 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- GRASSEOVÁ, M. *Analýza podniku v rukou manažera*. BizBooks 2012, 2. vyd., 325 s. [cit. 2021-10-25]. ISBN 978-80-265-0032-2.
- GURKOVÁ, E. et al. Job satisfaction and emotional subjective well-being among Slovak nurses. *International Nursing Review* [online]. 2012, 59(1), 94–100 [cit. 2019-01-09]. Dostupné z: <https://doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00922.x>.
- HAMMEL, G., BREEN, B. *The Future of Management*. Boston: Harvard Business Press, 2007. ISBN 978-1-4221-0250-3.
- HASSELHORN, H.M. et al. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession – results from the longitudinal European Nurses' Early Exit Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* [online]. 2008, 6, 75–82 [cit. 2018-04-26]. ISSN 0355-3140. Dostupné z: <https://eprints.soton.ac.uk/186171/>.
- ICN. *Nurses: A Force for Change. Care Effective, Cost Effective*. International Council of Nurses [online]. © 2015 by International Council of Nurses, Geneva, 2015 [cit. 2017-04-27]. ISBN 978-92-95099-28-9. Dostupné také z: <http://www.icn.ch/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/>.
- KENDALL-RAYNOR, P. *UK may face shortfall of 36,000 nurses by 2030*. Nursing Standard [online]. 2017, [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns.31.21.9.s8>.
- KOHN, L.T., CORRIGAN, J., DONALDSON, M. S. *Institute of Medicine National Academy*. To Err Is human: Building a Safer health system [online]. Washington (DC): National Academies Press, 2000. ISBN 0-309-06837-1. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>.
- KOHN, L.T., CORRIGAN, J., DONALDSON, M. *To err is human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America [online]. National Academies Press,

2000, 287 s. [cit. 2017-04-28]. ISBN 978-0-309-06837-6. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>.

- LEINEWEBER, C. et al. *Nurses' practice environment and satisfaction with schedule flexibility is related to intention to leave due to dissatisfaction: A multi-country, multilevel study* [online]. International Journal of Nursing Studies 2016, 58: 47-58. [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.02.003.
- Management.cz. Cíle ještě chytřejší (SMARTER). © 2015 Management.cz [online]. 2014 [cit. 2021-10-11]. Dostupné z: <http://www.management.cz/cile-jeste-chytrejsi-smarter/>.
- MARČ, M. et al. A nursing shortage – a prospect of global and local policies. International Nursing Review [online]. 2018, 66(1): 9-16. ISSN 0020-8132. Dostupné také z: doi: 10.1111/inr.12473.
- Model excellence EFQM. Česká společnost pro jakost [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: <http://www.csq.cz/model-excelence-efqm/>. MZ ČR. Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2020 [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>.
- Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. ze dne 24. září 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 110, s. 3986. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>.
- 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, 2022 [cit. 2022-07-21]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>.
- SAK. Akreditační standardy pro nemocnice. © Spojená akreditační komise, o. p. s [online]. 2014 [cit. 2021-10-05]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/files/2e6e410b84857cf84cf734275644446f/nemsak-standardy-nemocnice-2014.pdf>.
- SCHUB, T. et al. Nurse Manager Workplace Stress. Copyright©2017, Cinahl Information Systems [online]. 2017 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z: https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRC_Plus_Nurse_Manager_Workplace_Stress_EBCS.pdf.
- SOUČEK, Z., BURIAN, J. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-869-4618-5.
- SWOT analýza. Management mania [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Management Mania's Series of Management. ISSN 2327-3658. Dostupné také z: <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>.
- ŠIKOVÁ, P. STEP (PEST) analýza. Wiki knihovna [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: http://wiki.knihovna.cz/index.php/WikiKnihovna:Hlavn%C3%AD_strana.
- TEASDALE et al. The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years. Nursing Times 2014; 110(42): 12-16. ISSN 0954-7762.
- TÓTHOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. Nursing education in Czech Republic. *Nursing Education Today* [online]. 2008, 28, 33–38 [cit. 2019-01-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.02.003>.
- ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2019 [cit. 2021-01-05]. ISSN 1210-9991. Dostupné také z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.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. *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025*. © World Health Organization 2021. ISBN 978-92-4-003385-6. Dostupné také z: 9789240033863-eng.pdf (who.int).
- WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. *World Health Organization* [online]. 2015 [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: <https://1url.cz/qKeXQ>.

Metodika Nežádoucí událost

ZDROJE / MANAGEMENT ORGANIZACE, verze 01/2023



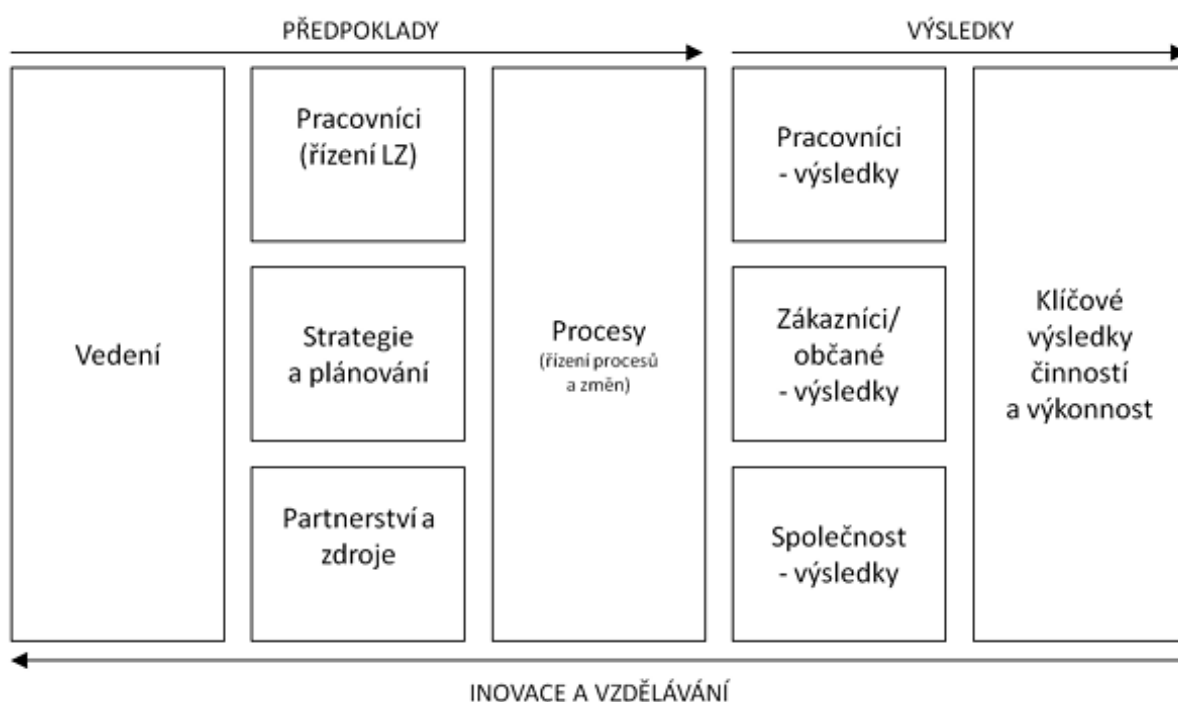
- WHO. State of the world's nursing 2020: executive summary. World Health Organization [online]. 2015 [cit. 2021-08-03]. Dostupné z: <https://1url.cz/xKMT4>.
- Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1434. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=95&r=2004>.
- Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=21>.
- ZIKMUND, M. Kde se vzala a k čemu je PEST analýza. Business Vize [online]. 2016 [cit. 2016-06-07]. Dostupné z: <http://www.businessvize.cz/planovani/kde-se-vzala-a-k-cemu-je-pest-analyza>.

Přílohy

Příloha č. 1: EFQM Excellence Model (Česká společnost pro jakost, 2016; Managementa, 2016)

Model excellence EFQM je praktickým, dobrovolným rámcem, který organizacím umožňuje:

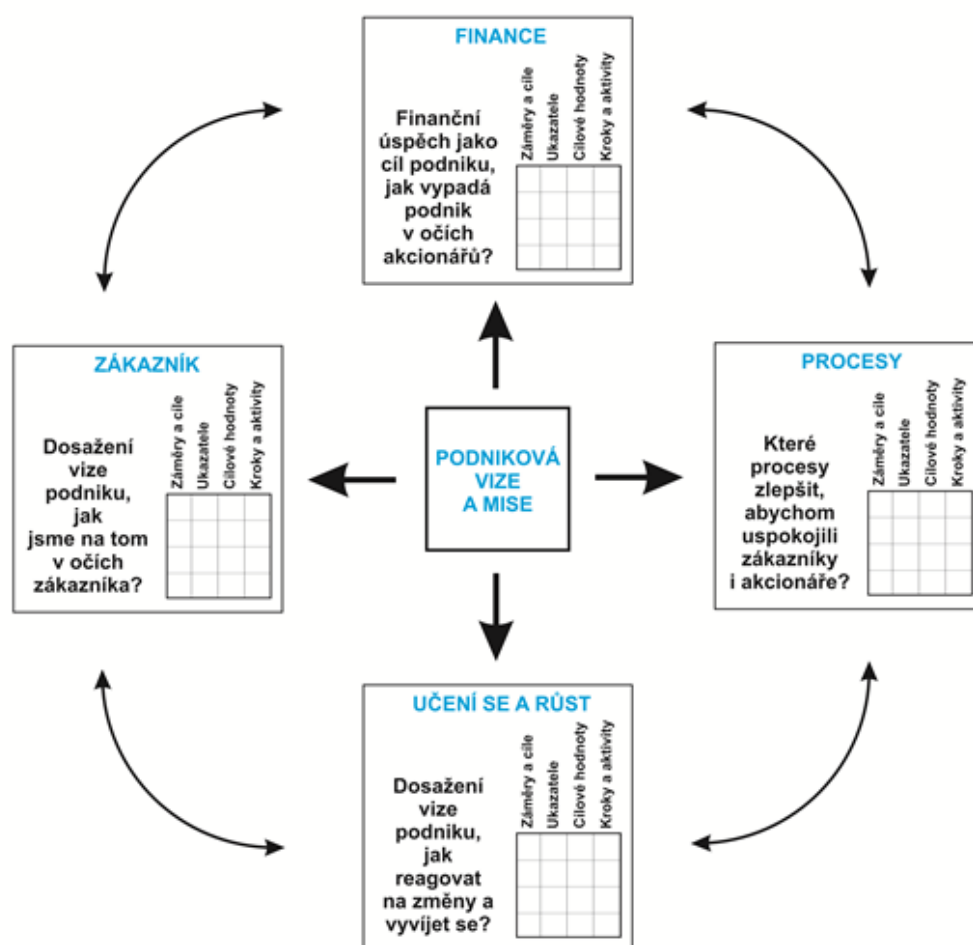
- hodnotit, kde se nacházejí na cestě k excelenci – jedná se o nástroj, který pomáhá pochopit klíčové silné stránky a potenciální mezery ve vztahu ke stanovené vizi a poslání;
- připravit společný slovník a způsob uvažování o organizaci usnadňující efektivní sdělování myšlenek jak uvnitř organizace, tak i vně;
- sjednotit existující a plánované iniciativy a současně odstraňovat duplicity a identifikovat mezery;
- připravit základní strukturu pro systém managementu organizace.



Příloha č. 2: Balanced Scorecard (Management mania, 2016; Analyzuj a proved', 2016)

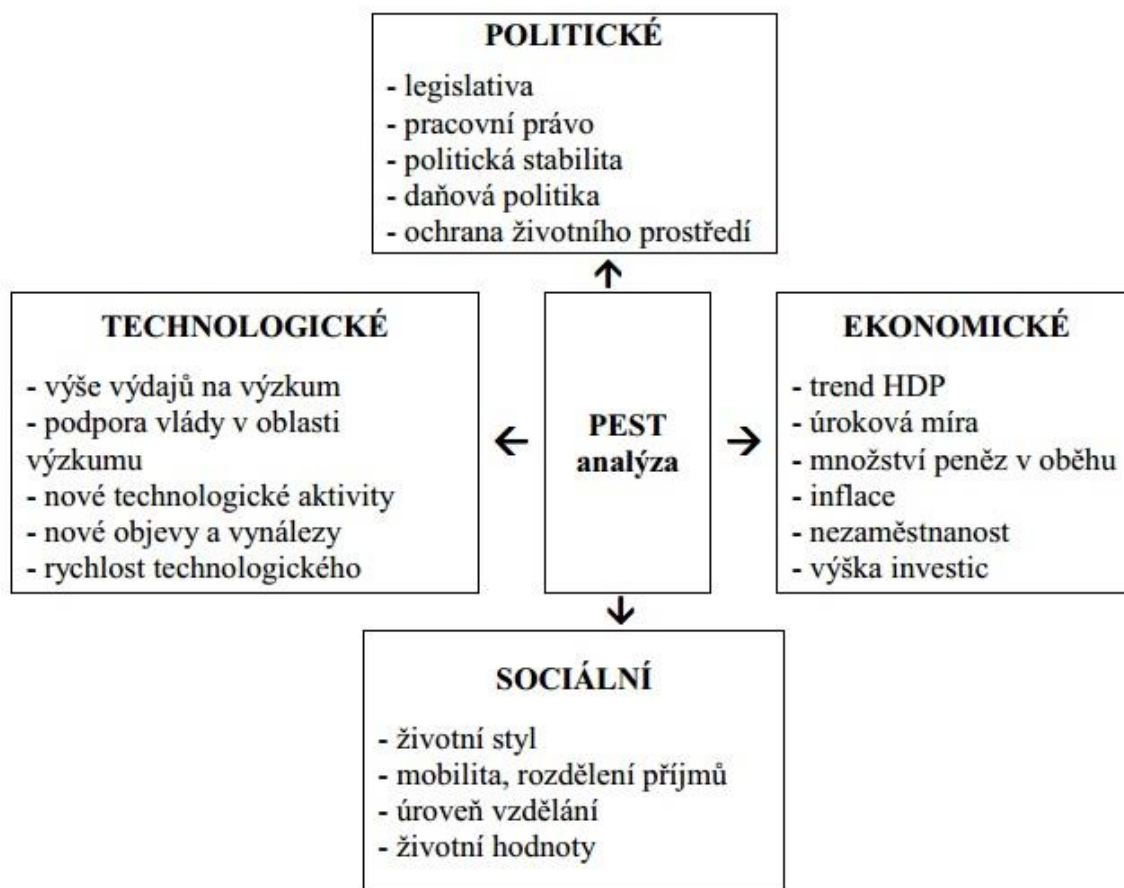
Balanced Scorecard (BSC) je systém řízení a měření výkonnosti organizace, jehož základem je stanovení vyváženého systému vzájemně provázaných ukazatelů výkonnosti podniku. Představuje ucelený systém plánování a řízení. Metoda pomáhá stanovit vyvážení strategických cílů a ty převést do specifických dílčích cílů, včetně ukazatelů a metrik a při jejich realizaci měřit výkonnost organizace. BSC pracuje se čtyřmi perspektivami hodnocení organizace:

- Finanční perspektiva;
- Zákaznická perspektiva;
- Procesní perspektiva;
- Učení se a růst.



Příloha č. 3: PEST analýza (Zikmund, 2016; Šiková, 2016)

PEST analýza je zkratka pro anglická slova Political, Economic, Social and Technological analysis neboli analýzu politických, ekonomických, sociálních a technologických faktorů. Všeobecně se jedná o strategický [audit](#) vlivu makrookolí.



Příloha č. 4: SWOT analýza (Management mania, 2016)

SWOT analýza se používá pro zhodnocení vnitřních a vnějších faktorů ovlivňujících úspěšnost [organizace](#) nebo konkrétního záměru. Nejčastěji je používána jako situační analýza v rámci [strategického řízení](#) a marketingu. SWOT je akronym z počátečních písmen anglických názvů jednotlivých faktorů:

- **Strengths** – silné stránky
- **Weaknesses** – slabé stránky
- **Opportunities** – příležitosti
- **Threats** – hrozby

Stanovení výše uvedených faktorů se dále hodnotí mezi kvadranty:

- **S – O** hodnocení – Jak pomocí silných stránek využít příležitosti na trhu?
- **W – O** hodnocení – Jak využít příležitosti k odstranění nebo snížení našich slabých stránek?
- **S – T** hodnocení – Jak využít silné stránky odvrácení hrozeb?
- **W – T** hodnocení – Jak snížit hrozby ve vztahu k našim slabým stránkám?

