



Centrální systém hlášení nežádoucích událostí Metodika Nežádoucí událost CHOVÁNÍ OSOB

Plná verze metodiky

Autor / Autoři: **Hlavní autor:** prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.
Spoluautoři: Ing. Veronika Štrombachová
PhDr. Petra Bůřilová, BBA
Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.
Mgr. Kateřina Krausová
Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.
Mgr. Michal Pospíšil

Revize 2019: Martin Henych
Bc. Zuzana Mezerová

Verze: 01/2019
Plánovaná revize: 2021

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



Obsah

Úvod	4
NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – CHOVÁNÍ OSOB.....	5
Definice nežádoucí události – CHOVÁNÍ OSOB	5
Epidemiologie – NU CHOVÁNÍ OSOB	5
Chování osob	6
Všeobecné zásady pro chování zdravotnických pracovníků (ZP) při projevech negativního chování pacientů	7
Nespolupracující pacient	8
Zásady jednání s agresivním pacientem.....	8
Nepřátelské/hrubé chování.....	9
Rizikové, nebezpečné, zanedbání.....	9
Toxikomanie	9
Obtěžování	9
Diskriminace/předsudky.....	9
Nepovolený odchod	10
Sebepoškození, sebevražda.....	10
Doporučené preventivní postupy.....	11
Známky akutního rizika sebevraždy pacienta.....	11
Slovní napadení (verbální agrese)	11
Fyzické napadení (brachiální agrese)	11
Sexuální napadení (sexuální agrese)	12
Poškození věci	12
Hrozba usmrcením	12
Nepovolený vstup.....	12
Krádež, finanční škoda.....	12
Únos.....	12
NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI.....	13
Základní informace	13
Nová nežádoucí událost – Chování osob.....	13
Pracoviště zjištění.....	15
Analýza nežádoucí události	15
Druh poškození.....	16
Úroveň poškození.....	16



Nejvyšší výkon	17
Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu	18
Hospitalizace – jako následek NU.....	19
Preventabilita	19
Nejvyšší možné poškození pacienta	19
Pravděpodobnost opakování události.....	19
Obtížnost včasného zjištění.....	20
Pojmy.....	20
Seznam zkratk.....	21
Literatura	23



Úvod

Metodická doporučení jsou určena pro poskytovatele zdravotních služeb (PZS) k evidenci nežádoucích událostí (NU) v souvislosti s chováním osob v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) tak, aby bylo hlášení na lokální úrovni jednotné a bylo možno na centrální úroveň předávat data agregovaná, která budou srovnatelná mezi jednotlivými PZS. Do centrálního systému hlášení nežádoucích událostí se budou předávat agregovaná data. Cílem metodického pokynu tedy je sjednotit proces sběru dat za účelem jejich objektivizace.

S negativním chováním ze strany pacientů, zdravotnického personálu, ale i ostatních osob se setkáváme stále častěji. Ze strany pacientů je to často podmíněno vlivem onemocnění nebo léčby, ale samozřejmě to nebývá pravidlem. Často se také setkáváme s negativním chováním způsobeným vlivem požitého alkoholu či jiné návykové látky. Ze strany zdravotnického personálu je neadekvátní chování podmíněno velmi často nevhodnými pracovními podmínkami, přičemž jedním z nejvýznamnějších faktorů, s nímž se zdravotníci potýkají, je nedostatek lidských zdrojů a/nebo materiálního zabezpečení, které ovlivňuje kvalitu poskytované péče a vede k frustraci pečujících. Na zdravotnický personál je kladen důraz ve smyslu zvyšování kvality poskytované péče, ale při daných podmínkách je tento úkol nejen fyzicky, ale i psychicky velmi náročný a tak často dochází ke vzniku stresu, depresím a v neposlední řadě i k projevům syndromu vyhoření v důsledku již zmíněné frustrace. Chování osob ve zdravotnickém prostředí se snaží do určité míry regulovat dokumenty upravující práva a povinnosti pacientů a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb a též práva a povinnosti zdravotnického personálu a jiných odborných pracovníků, obsažených v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování viz Práva pacienta § 28, Práva a povinnosti poskytovatele § 45 (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů). Právě s ohledem na náročné podmínky při poskytování zdravotních služeb s důsledky v interpersonálních vztazích a s projevy v chování zainteresovaných osob je nezbytné správně identifikovat a analyzovat konkrétní situace a při ověření, že se jedná o nežádoucí událost je adekvátním způsobem evidovat a řešit.

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 pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- 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 pracovně 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 pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).



NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – CHOVÁNÍ OSOB

Definice nežádoucí události – CHOVÁNÍ OSOB

Chování je soubor vnějších (pozorovatelných) projevů člověka. Sociální interakce je proces, který spočívá v působení jedince nebo skupiny na jiného jedince nebo skupinu. Tento proces může mít podobu verbální i neverbální. Jde o jakoukoli formu setkání např. mezi sestrou a pacientem, zdravotníkem a pacientem či dalšími osobami zainteresovanými v procesu poskytování zdravotních služeb. Toto působení vyvolává reakci (Fulde, Preisz, 2011). Bližší specifikace typů NU v souvislosti s chováním osob, viz dále.

Epidemiologie – NU CHOVÁNÍ OSOB

Problémy s chováním osob zainteresovaných v procesu péče mohou mít různé projevy a různý dopad na jednotlivce i systém. Nejvýznamnější a nejzávažnější dopady jsou spojeny se suicidálními/sebevražednými/ pokusy pacientů. Incidence suicidálního jednání se v různých částech světa liší a na vývoji počtu sebepoškozujících jednání se podílí mnoho sociodemografických faktorů, kterými jsou např. rodinný stav (svobodní, rozvedení a ovdovělí), izolovanost, náboženské a ekonomické faktory, pracovní situace (nezaměstnanost), rasová příslušnost, vysoký životní standard, nedostatek sociální integrace, závažné tělesné onemocnění (Koutek, Kocourková, 2006).

V mezinárodním porovnání dle Světové zdravotnické organizace (SZO) má nejvyšší sebevražednost Evropa, následuje Amerika, Oceánie a středomoří. Naopak nejnižší frekvence suicidálního jednání je zaznamenána v jihovýchodní Asii. Dle údajů z období 2006–2009 ze států Evropské unie vykazují nejvyšší počet suicidálního jednání v průměru na 100 tisíc obyvatel: Litva (34,1), Rusko (30,1), Bělorusko (27,4), Maďarsko (24,6) a Lotyšsko (22,9). Pro Českou republiku je k dispozici údaj z roku 2009, přičemž činí 14 suicidií na 100 000 obyvatel (Várník, 2012). Ovšem jedná se o údaje o suicidiích obecně a ne v souvislosti s hospitalizacemi a výsledky mohou být ovlivněny přesností záznamů dat v jednotlivých zemích. V rámci zemí OECD byla v roce 2013 míra sebevražd nejnižší v Turecku, Řecku, Mexiku, Itálii a Izraeli a to 7 osob či méně na 100 000 obyvatel. Nejvyšší míru sebevražd měla Korea, a to téměř 30 úmrtí na 100 000 obyvatel, následuje Rusko, Maďarsko, Japonsko a Slovinsko, které mělo 20 úmrtí na 100 000 obyvatel. V zemích OECD je míra sebevražd třikrát až čtyřikrát vyšší u mužů než u žen. V Polsku a na Slovensku spáchají muži sedmkrát častěji sebevraždu než ženy, což odráží skutečnost, že ženy mají tendenci užívat méně fatální metody. V Koreji se míra sebevražd neustále zvyšovala a vyvrcholila kolem roku 2010, kdy se sebevraždy staly číslem jedna v příčinách smrti teenagerů (OECD, 2016). Z přibližného celkového počtu 35.000 dokonaných sebevražd ročně ve Spojených státech, asi 1800 (6 %) sebevražd spáchají hospitalizovaní pacienti. Odhaduje se, že všeobecná sestra pracující na psychiatrickém oddělení zažije situaci s dokonanou sebevraždou pacienta v průměru každých 2,5 let (Jabbarpour, Jayaram, 2011; Nijman et al., 2005).

V psychiatrických nemocnicích a léčebnách je nejčastějším způsobem sebevraždy oběšení. Celkem 75 % sebevražd za hospitalizace je realizováno v pacientově koupelně, ložnici nebo šatně. Pacientova koupelna je jedním z míst, kde může mít pacient po určitou dobu zajištěné nějaké soukromí, zejména pak, pokud je místnost uzamykatelná. Je důležité si uvědomit, že téměř každý kus oblečení a jakékoliv vyčnívající objekty mohou být využity ke spáchání sebevražd. Sebevraždy na lůžkových odděleních jsou považovány za ty, kterým se dá nejčastěji vyhnout a předcházet jim a to díky kontrolám zdravotnických pracovníků. Sebevražedné jednání patří mezi 10 nejčastějších příčin úmrtí a to i přes to, že mnoho sebevražedných pokusů zůstává skryto za různými nehodami. Na základě statistik Evropské unie ročně zemře 43 tisíc osob vlastní rukou a o sebevraždu se pokusí přibližně 700 tisíc lidí. Různé odhady hovoří o 10 až 40-ti násobku pokusů oproti dokonaným sebevraždám. Počet zachycených (zaznamenaných) pokusů je proti reálnému počtu suicidií pravděpodobně mnohem nižší. O sebevraždu se pokusí více než 50 % osob opakovaně a je nezbytné uvědomit si, že suicidální jednání v anamnéze představuje zvýšené riziko pro další pokus či sebevraždu, což je důležité brát v potaz při hospitalizacích pacientů. Nejčastějším důvodem sebevraždy jsou partnerské problémy, deklarovaný záměr vzít si život (spáchat sebevraždu), fyzické zdravotní problémy a dále pracovní a finanční problémy (Centers for disease control and prevention, 2008). Je dokázáno, že muži častěji ukončí život sebevraždou než ženy, ale ženy



mají více suicidálních pokusů než muži. Také je známo, že suicidální pokusy se více objevují v mladších věkových kategoriích a s věkem jejich počet klesá. U dokonaných sebevražd je tomu přesně naopak, kdy s věkem jejich četnost stoupá. Trend suicidálního jednání u dospělých je v posledních letech trvale sestupný, u mladší věkové populace do věku 19 let je tomu bohužel naopak. I vzhledem k tomu, že suicidální jednání v dětství (do 14-ti let) je poměrně vzácné, míra sebevražedných pokusů dramaticky stoupá v adolescenci (Wunderlich et al., 2001; Pagès, 2004). Centrum pro kontrolu nemocí a prevence v USA ukazuje, že poměr počtu sebevražd k celkové populaci USA vzrostl během 15 let téměř o čtvrtinu. Míra sebevražd se ve Spojených státech zvýšila o 24 % z 10,5 na 13,0 na 100 000 obyvatel. Procentní nárůst míry sebevražd u žen byl největší u osob ve věku 10–14 let a u mužů ve věku 45–64 let. Nejčastější metodou sebevraždy v roce 2014 bylo u mužů používání střelných zbraní (55,4 %) a u žen otravy (34,1 %) (Curtin, Warner, Hedegaard, 2016).

Ve Francii je sebevražda u adolescentů druhou nejčastější příčinou úmrtí ve věkové skupině 15–24 let, což je 600–700 případů za rok. V USA podle odhadů připadá u mladé populace na jeden úspěšný pokus o sebevraždu 50 až 100 neúspěšných (Senterre, 2014), přičemž se lze domnívat, že u nás je situace podobná, což je alarmující.

Dalšími častými poruchami chování osob, se kterými se setkáváme ve zdravotnickém zařízení, jsou delirantní stavy zejména u hospitalizovaných pacientů vysokého věku a setkávají se s nimi především lékaři akutních oddělení nemocnic. Již při přijetí na interní oddělení nebo oddělení typu akutního příjmu (emergency) se delirium vyskytuje u 15 a 30 % hospitalizovaných nad 65 let. V průběhu hospitalizace dosahuje kumulativní výskyt deliria 30–60 %, na jednotkách intenzivní péče dokonce 61 %. Vysoký je výskyt delirantních stavů i na odděleních chirurgických oborů. U pacientů po rozsáhlejších operačních výkonech například nitrohručních a nitrobřišních operacích, s polytraumaty a ortopedických výkonech postihuje delirium u 40–60 % seniorů (Topinková, 2010). U malých chirurgických výkonů (např. operace katarakty) nepřesahuje výskyt 5 % nemocných. Specifickou populací jsou i terminálně nemocní, u nichž se setkáváme s deliriem až v 80 %. Delirium tak představuje nejčastější duševní poruchu u starších hospitalizovaných osob. V běžné populaci starších osob v komunitě je prevalence deliria 1–2 %. To potvrzují i výzkumy v České republice. V roce 2002 bylo sledováno 430 klientů domácí péče v pražské populaci. Prevalence deliria u této křehké, závislé populace činila 3,5 % (Topinková, 2003).

Z dříve realizovaného systému hlášení NU bylo za období let 2009–2015 nahlášeno celkem 93 601 NU a z toho bylo 14 150 NU týkajících se negativního chování osob (tj. 15,12 % z celkového počtu všech nahlášených NU v daném období) a z nich 775 (0,83 %) incidentů se týkalo suicidálního jednání hospitalizovaných pacientů. V rámci metodického projektu SHNU bylo v druhém pololetí roku 2015 celkem nahlášeno 3 205 NU Chování osob od 82 PZS s celkovým počtem 623 924 hospitalizovaných pacientů za sledované období.

V prvním pololetí roku 2016 bylo celkem nahlášeno 3 272 NU Chování osob od 73 PZS s celkovým počtem 626 081 hospitalizovaných pacientů za sledované období a v druhém pololetí bylo celkem nahlášeno 3 815 NU Chování osob od 75 PZS s celkovým počtem 614 970 hospitalizovaných pacientů za sledované období. V prvním pololetí roku 2017 bylo celkem nahlášeno 4 176 NU Chování osob od 79 PZS s celkovým počtem 645 063 hospitalizovaných pacientů za sledované období a v druhém pololetí bylo celkem nahlášeno 3 947 NU Chování osob od 79 PZS s celkovým počtem 584 959 hospitalizovaných pacientů za sledované období. Podrobné informace jsou dostupné na webovém portále SHNU (Pokorná a kol., 2016).

K relativně méně závažným projevům v chování osob za hospitalizace lze řadit svévolné opuštění zdravotnického zařízení pacientem, ale závažnost takové situace se liší s ohledem na aktuální psychický, fyzický a mentální stav pacienta. Jednotlivé příklady a případy jsou dále uvedeny podrobněji.

Chování osob

Níže jsou uvedeny případy, při kterých dochází k negativnímu (nevhodnému až neakceptovatelnému) chování osob ve zdravotnickém prostředí a to jak ze strany pacientů a jejich blízkých, tak i ze strany zdravotnického personálu a osob připravujících se na budoucí povolání. Vzhledem k velmi širokému



spektru možností chování jak pacientů a jeho blízkých, tak i zdravotnického personálu, jsou níže uvedeny všeobecné zásady v přístupu chování pouze zdravotnického personálu k negativnímu chování ze strany pacientů a jeho blízkých, které jsou společné pro většinu níže uvedených případů. Bližší specifikace v chování jsou pak uvedeny u jednotlivých typů projevů a chování osob.

Všeobecné zásady pro chování zdravotnických pracovníků (ZP) při projevech negativního chování pacientů

- jedním z nejdůležitějších kroků je zajistit důkladnou anamnézu, která mnohdy odhalí situace vedoucí ke konkrétnímu negativnímu jednání – osobní anamnéza (přítomnost onemocnění charakteru duševního, chronického či nevyléčitelného), abúzus (užívání návykových látek, alkohol, cigarety, jiné látky), pracovní anamnéza (ztráta zaměstnání, hrozba výpovědi), sociální anamnéza (zázemí, vztahy mezi členy rodiny);
- základem je, snažit se zamezit rozvoji a vzniku neklidného chování – pokud má pacient abúzus na alkohol či nějaké návykové látky, je vhodné předcházet vzniku delirantního stavu (např. medikamenty), totéž u pacientů ve vysokém věku a u pacientů s psychickými nemocí dodržovat správné dávkování léků, všimnout si příznaků počínajícího neklidného chování – ztráta soustředěnosti, pozornosti, ztráta v souvislosti řeči, dezorientace místem, časem, osobou, bývá urychlené psychomotorické tempo, někdy nemocný vykonává neúčelné pohyby;
- dát jasně najevo, že agrese a násilí nejsou tolerovány – zaujmout autoritativní postoj, srozumitelně vysvětlit, že dané chování je nepřijatelné, eventuálně se odkázat na osoby, jako je např. službu konající lékař, ochranná stráž v nemocnici, Policie ČR;
- chovat se profesionálně, sebeovládat se;
- zaujmout otevřený, partnerský a nezaujatý postoj;
- aktivně naslouchat a zachovat akceptující postoj – lze tak získat informace, sympatie a uvolnit tak negativní atmosféru;
- argumentovat a prosazovat věcná hlediska;
- projevit empatii, budovat důvěru (Petr a kol., 2014);
- komunikaci vést v ustáleném tónu – nezvyšovat hlas, jednat v úrovni očí, zajistit klid, zaujmout profesionální odstup, vyhnout se emocím, vyhýbat se slovním soubojům, ignorovat urážky a podobné slovní útoky, nenechat s sebou manipulovat, vést rozhovor a usměrňovat ho;
- podporovat ke spolupráci, motivovat;
- používat zásady asertivního jednání;
- zajistit správné a včasné dávkování medikamentů ovlivňující chování pacienta;
- v průběhu hospitalizace monitorovat jakékoli změny v chování pacienta a u rizikových osob dbát zvýšené opatrnosti;
- zajistit bezpečné prostředí;
- v případě nutnosti použití omezovacích prostředků, postupovat podle § 39 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů;
- dodržovat denní režim daného oddělení;
- snažit se snížit dobu hospitalizace na nezbytně nutnou délku;
- informovat pacienta o všech aktivitách, které se ho budou týkat – převaz, vyšetření apod. (Stack, 2000);
- obecně platí, cítí-li zdravotník, že je ohrožen a situaci nezvládne, měl by přivolat pomoc;
- kompletně a důsledně předávat informace o rizikovém chování pacienta při předávání služby;
- na pohotovostních ambulancích mít k dispozici v případě nebezpečí alarmní tlačítko, více jak jeden únikový východ a pacienti by neměli mít v blízkosti předměty, kterými by mohli snadno ublížit sobě i ostatním zainteresovaným osobám;
- zajistit vzdělávání a školicí programy na pomoc zdravotnickým pracovníkům rozvíjet své dovednosti v jednání s nespolupracujícími pacienty;



- zajistit dokumentovaný postup pro řešení konkrétních situací chování osob na daném pracovišti (např. postup ošetřování neklidného pacienta, postup při ošetřování pacienta s Alzheimerovou chorobou apod.) (Fulde, Preisz, 2011; Miovský, 2012).

Při prevenci NU Chování osob je doporučeno postupovat dle algoritmu preventivních opatření – NU Chování osob.

Mnemotechnická pomůcka pro identifikaci příčiny abnormálního/neklidného chování u pacientů:

MOVE STUPID = volně přeloženo jako „pohni – posuň hloupostí“

- **Metabolic** – Metabolické příčiny: selhání ledvin/jater, abnormality elektrolytů, abnormální hladina glukózy;
- **Oxygen** – Kyslík: hypoxémie;
- **Vascular** – Cévní: mrtvice, subdurální krvácení, vaskulitida;
- **Endocrine** – Endokrinní: abnormální hodnoty hormonů štítné žlázy, abnormální kortizol;
- **Seizures** – Záchvaty: stav po iktu;
- **Trauma** – Trauma: otřes mozku, subdurální nebo subarachnoidální krvácení;
- **Uraemia** – Renální: selhání ledvin;
- **Psychiatric** – Psychiatrické příčiny: primární psychiatrická porucha;
- **Infections** – Infekce: plicní, močové, celulitida, zánět mozkových blan, zánět vedlejších nosních dutin, zánět žlučníku, zánětlivé onemocnění kostí;
- **Drugs** – Drogy (léky): odejmutí alkoholu, neuznávání psychiatrické léčby apod.

Nespolupracující pacient

Pacienti mohou nespolupracovat z mnoha důvodů. Nejčastěji se však lze setkat s chováním, které je ovlivněno diagnózou nemocného. Bývají to zejména pacienti s psychiatrickou a neurologickou diagnózou typu Alzheimerova choroba, nádory mozku apod. Často se také setkáváme s nespoluprací (non – compliance) u pacientů v delirantním stavu, které může vyústit až v agresivní chování (verbální i brachiální autoagrese či heteroagrese).

Zásady jednání s agresivním pacientem

- stát v bezpečné vzdálenosti od pacienta (možno měnit dle míry agrese), popřípadě v blízkosti únikových dveří;
- zachovat klid a nedělat prudké pohyby;
- své záměry oznamovat jasně, jistě a s předstihem;
- snažit se pacienta zapojit do rozhovoru a přesvědčit ho o spolupráci;
- komunikovat upřímně a opravdově, nepoužívat žargon (slang);
- nezaujímat autoritativní postoj;
- neverbální projev sladit s verbálním projevem;
- nenavazovat fyzický kontakt (Jarrett, 2001);
- snažit se docílit stálého očního kontaktu – vyhnout se zastrašujícím pohledům;
- přesvědčit pacienta o vlivu jeho chování na ostatní – v případě křiku utvrdíme pacienta o jeho síle chování a tím nebude mít potřebu jej zesilovat;
- snažit se pacienta neomezovat – vystupovat v roli pomáhajícího;
- v případě viditelného ustoupení agrese, zanechat působení na pacienta, které by mohlo povzbudit novou vlnu agrese;
- v případě potřeby přizvat odborníka (Beer, Pereira, Paton, 2005; Kynoch, Wu, Chány, 2011).



Nepřátelské/hrubé chování

V případě nepřátelského/hrubého chování zaujímat postoj uvedený ve všeobecných zásadách přístupu zdravotnického personálu a u agresivních pacientů. V akutní fázi nelze většinou zjistit příčinu a důvod chování, ale následně by tyto aktivity měly být realizovány za účelem prevence opakování situace.

Rizikové, nebezpečné, zanedbání

Nejčastěji se setkáváme s nedodržováním léčebných postupů – odmítání užívání medikace, nedodržování klidu na lůžku, nedodržování diety atd. Tento přístup ze strany pacienta může být podnícen mnoha důvody – rezignace zdravotního stavu, laxní, nezodpovědný přístup, delirantní stavy apod.

- Nutné je vysvětlit princip léčby a možné nežádoucí dopady na zdravotní stav;
- doporučená je edukace u každé aktivity vykonávané u pacienta s vysvětlením účelu daného úkonu (Johnson, 2004);
- v situacích odmítání spolupráce je nezbytné řešit každý případ individuálně, jedná se o situace s významným etickým rozměrem – pacient má právo se rozhodnout neléčit se apod.

Toxikomanie

- Nutné zjistit, zda pacient nemá u sebe k dispozici narkotické látky a potřeby k jejich aplikaci a zajistit je;
- v případě abúzu je nutné zajistit prevenci abstinenčních příznaků;
- zvýšenou pozornost věnovat zabezpečení lékárny na oddělení – zamčená, klíče neodkládat na volně přístupná místa;
- zvýšené opatrnosti dbát při manipulaci s opioidy;
- zamezit přístupu k pomůckám pro možnou aplikaci narkotických látek;
- pozor na vymáhání opioidních látek pacientem (Manceaux, 2013);
- nutná spolupráce s odborníky – konzilium adiktologa, psychologa, psychiatra dle možností.

Obtěžování

- V situacích spojených s obtěžováním je primárně nezbytné důrazně vyřknout nelibost pacientova chování (nevolit vulgarismy) – popřípadě vysvětlit důvod, pokud bylo v minulosti obdobné chování tolerováno, je obtížné situaci řešit následně odlišným způsobem;
- nezůstávat o samotě v místnosti s pacientem;
- v přítomnosti pacienta se nestavět do pozice, kdy by mohl mít pocit nadřazenosti;
- snažit se zachovat si pacientův respekt;
- zdržovat se projevů sympatie;
- vyhýbat se fyzickému kontaktu;
- nereagovat na slovní připomínky;
- nahlásit sloužícímu lékaři a dle potřeby dalším osobám (Wu et al., 2015).

Diskriminace/předsudky

- Nesoudit pacienta v rámci rozdílné rasy, kultury, náboženství, politického přesvědčení, společenské skupiny, věku, pohlaví;
- respektovat pacientovo postavení, oslovovat pacienta jeho jménem, nedegradovat jeho osobnost používáním familiárních oslovení typu „babi, dědo...“;
- neoprávněně nezobecňovat nějakou dílčí zkušenost;
- vyhnout se předčasným, unáhleným a nepodloženým úsudkům;
- nezaujímat rychle nežádoucí postoj – vhodné posoudit a zvážit fakta;
- nepřebírat mínění jiných, neusuzovat dle prvního dojmu;
- v žádném případě se neprojevoval rasistickým způsobem – nevhodné oslovování, vulgární projevy;
- přístup k pacientovi a kvalitu péče zajišťovat všem pacientům na stejné úrovni (Steinberg et al., 2016).



Nepovolený odchod

- V případě, kdy pacient oznámí, že chce odejít i přes zákaz, je nutné vysvětlit důvody, proč odchod není možný (vhodné uvádět fakta – logické argumenty, zdůraznit rizika), upozornit na postup, který bude v případě nepovoleného odchodu následovat (viz dále);
- v případě nepovoleného odchodu informovat ošetřujícího lékaře a Policii České republiky, která zajišťuje export pacientů zpět do zdravotnického zařízení;
- pokud není pacient dohledán, informovat o skutečnosti jeho blízké osoby dle kontaktů uvedených ve zdravotnické dokumentaci (Mach, 2010);
- informaci o nepovoleném odchodu zaznamenat s přesnými časy zjištění příchodu pacienta (dle možností) a času zjištění odchodu pacienta, či jeho samostatného návratu anebo exportu do zařízení;
- nepovolený odchod musí být zaznamenán i v případě, že se pacient vrátí sám – prevence opakování, minimalizace rizika;
- u dobrovolné hospitalizace pacienta na psychiatrickém oddělení není považováno nevrácení se z vycházky za útěk, ale je posuzováno jako nestandardní ukončení hospitalizace pacienta (o konečném vyhodnocení závažnosti nepovoleného odchodu rozhoduje vždy lékař).

V případě vzniku NU Chování osob je doporučeno postupovat dle algoritmu nápravných opatření dané NU.

Sebeпоškození, sebevražda

- Nutné zjistit v anamnéze dřívější suicidální hrozby či pokusy i v blízkém okolí;
- v případě, že již došlo k pokusu o sebevraždu, je nutné posoudit riziko dalšího možného suicidálního chování na základě předchozího pokusu, a to zda se jednalo o plánovaný nebo náhlý čin, způsob provedení, zda byla možnost dostupné pomoci, byl napsán dopis na rozloučenou, zda si pacient nadále přeje zemřít, lituje selhaného pokusu apod. (Ruggeri et al., 2000; Douglas et al., 2010);
- zachovat vůči pacientovi respekt, trpělivost a jistou míru zdrženlivosti – nevytvářet nátlak, který mívá opačný dopad;
- je důležité se emočně angažovat – tito pacienti potřebují lidskou účast a soustředěnou pozornost;
- podporovat pacienta v komunikaci o jeho starostech a pocitech;
- nebagatelizovat problémy nebo suicidální úvahy;
- vyvarovat se nadměrnému vyvolávání pocitu viny (Thornicroft, Szmukler, 2001; Thornicroft, Tansella, 2004);
- při komunikaci dbát na tempo pacienta (řeč pomalá a s častými pomlkami), nedávat najevo netrpělivost, nenabízet slova – ponechat prostor pro vyjádření vlastními slovy;
- zajistit 15 minutové kontroly – měly by být využívány s opatrností u pacientů v akutním riziku suicidia, ale neznamená to úplné odmítání daných kontrol – doporučována je zvýšená obezřetnost i při jejich realizaci, protože k realizaci sebevražedných úkonů (ke spáchání sebevraždy) může dojít i v mezidobí tohoto intervalu. Ve studii zahrnující 76 pacientů, kteří se pokusili o sebevraždu za hospitalizace či bezprostředně po propuštění, celkem 78 % z nich, popíralo sebevražedné úmysly při poslední kontrole i na dotaz a přitom 51 % z nich bylo kontrolováno v 15 minutovém intervalu anebo byli sledováni/monitorováni v poměru 1:1 (pacient:sestra);
- odstranit z pacientova okolí veškeré předměty, které by mohly sloužit jako nástroj k suicidálnímu jednání (Klonsky, 2007; Nixon, Heath, 2008; Nock, 2009);
- zajistit co nejvíce bezpečné prostředí.



V případě vzniku NU Chování osob – suicidium je doporučeno postupovat dle algoritmu nápravných opatření.

Doporučené preventivní postupy

- Zpřísnit posuzování a sledování rizik možného dalšího suicidálního jednání;
- zlepšit sledování příznaků chování pacienta, viz MOVE STUPID;
- zlepšit komunikaci mezi zaměstnanci ohledně příznaků nasvědčujících o suicidálním jednání;
- vybudovat důvěru mezi zdravotnickým personálem a pacientem;
- snažit se shromáždit co nejvíce informací od pacienta;
- nespoléhat se pouze na informace od pacienta, i v případě, že neudává sebevražedné myšlenky;
- příliš nespoléhat na 15 minutové kontroly;
- vyhnout se předčasnému propuštění pacientů;
- zajistit průběžný a pozvolný přechod na ambulantní péči;
- realizovat analýzu rizik pomocí metody Failure Mode and Effect Analyses – FMEA (Failure mode and effect analyses = analýza možných rizik a jejich důsledků¹) (Reid, 2010; Leo, Svetlicic, 2010).

Známky akutního rizika sebevraždy pacienta

- Mluví o sebevraždě nebo na ní má myšlenky (nemusí je verbalizovat);
- hledá prostředky, jak se zabít;
- nemá důvod k žití, cítí beznaděj, hněv, uzavírá se do sebe;
- je úzkostný, neklidný, bezohledný, náladový a trpí nespavostí;
- nadměrné užívání návykových látek;
- rizikové faktory:
 - pokus o sebevraždu v minulosti;
 - spouštěcí události, které vedou k ponížení, pocitu studu, poruchy sebehodnocení;
 - přístup ke zbrani (zejména střelné) a k potenciálně nebezpečným předmětům.

Níže budou popsány způsoby a doporučení, jak reagovat v případech slovní agrese pacienta vůči zdravotnickému personálu, fyzického napadení personálu pacientem, sexuálního obtěžování apod.

Slovní napadení (verbální agrese)

- Na nadávky, ponižování a vulgární slova nereagovat stejným způsobem (neoplácet stejnou mincí – agrese plodí agrese), ve výjimečných případech lze krátkodobě uplatnit „pacing“ – tedy využití obdobných projevů, ale bez vulgarismů – zvýšeným hlasem dát najevo, že se nedáme zastrašit, ale ani vyprovokovat;
- snažit se rozhovor usměrňovat;
- upozornit na respektování ostatních pacientů;
- v případě nutnosti i opustit pokoj a v rozhovoru dále nepokračovat s upozorněním, že odcházíme (Škrála, Škrlová, 2008).

Fyzické napadení (brachiální agrese)

- S pacientem, který má k jednání s projevy fyzické agrese zjevné sklony, nezůstávat v místnosti o samotě;
- nevyvolávat v pacientovi pocit nadřazenosti;
- vyhnout se fyzickému kontaktu;
- z okolí pacienta odstranit nebezpečné předměty;
- zajistit bezpečnost ostatních pacientů (izolace);



- nesnažit se vyhrát předem prohraný boj;
- myslet na vlastní bezpečí (Magnavita, Heponiemi, 2012).

Sexuální napadení (sexuální agrese)

- S pacientem, který má k jednání s projevy sexuální agrese zjevné sklony, nezůstávat v místnosti o samotě;
- nevyvolávat v pacientovi pocit nadřazenosti;
- vyhnout se fyzickému kontaktu;
- minimalizovat vyzývavé oblečení (velké výstřihy, krátké šaty apod.);
- neprojeovat sympatie;
- neumožňovat pacientovi výhodné pozice, kdy se nelze bránit;
- nutné nahlásit dalším osobám (sloužící lékař, Policie ČR) (Campbell et al., 2008).

Poškození věci

- Řádně edukovat pacienta o používání zdravotnických pomůcek, prostředků a také prostředků k běžnému užívání (např. elektrického polohování u lůžka, otevírání oken apod.);
- odstranit veškeré předměty z blízkého okolí pacienta (v případě zjevné agrese);
- zajistit pevné spojení věcí se zemí, zdí apod. (pokud je to možné);
- řádně zajistit věci, které jsou nezbytně nutné k fungování a chodu oddělení (monitory, dávkovače, EKG apod.) (Meyer, Graeter, 1995).

Hrozba usmrcením

- Učinit kroky k zajištění vlastního bezpečí;
- v případě možnosti bezprostředně opustit místnost, pokoj;
- dle aktuální situace přivolat pomoc;
- důrazně projevit svou autoritu;
- v případě potřeby se fyzicky bránit;
- nutné nahlásit dalším osobám (sloužící lékař, Policie ČR) (Jarrett et al., 2001; Campbell et al., 2008).

Nepovolený vstup

- Řádně označit dveře vývěskami s nepovoleným vstupem (např. vstup pouze pro zaměstnance atp.)
- v případě vstupu nepovolené osoby (pacient, návštěva), oznámit zakázaný vstup a požádat o odchod z místnosti;
- v případě, kdy se jedná o místnost, kde je zákaz vstupu neoprávněných osob vysoce nežádoucí, je nutné tuto místnost zabezpečit zamčením (Petr a kol., 2014).

Krádež, finanční škoda

- Nutné edukovat pacienty o vlastní zodpovědnosti za osobní věci (vč. finančního obnosu);
- v případě, že má pacient s sebou vysoký finanční obnos, poučit jej o nevhodnosti mít danou sumu v nemocnici a doporučit uložení do úschovy dle vnitřních předpisů daného zařízení;
- v případě odcizení cizí věci, náležitě případ prozkoumat a vyvodit závěry;
- neosočovat určitou osobu bez podložených důkazů;
- dle potřeby oznámit skutečnost Policii ČR (Mates a kol., 2008).

Únos

- V případě propuštění nezletilého hospitalizovaného pacienta, je nutné předat pacienta zákonnému zástupci dle přijímací dokumentace;
- pokud návštěva požádá o procházku v areálu, je vhodné zjistit, s kým nezletilý pacient opouští oddělení;



v případě zjištění únosu (nezletilého i zletilého pacienta) je žádoucí oznámit tuto skutečnost Policii ČR a učinit potřebné kroky (National Center for Missing & Exploited children, 2014).

NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI¹

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 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.

Při hlášení NU Chování osob je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o zaznamenaných nežádoucích událostech v procesu či problému při nespolupráci, nepřátelském chování, obtěžování, jakémkoli napadení, krádeži apod. a to jak ze strany pacientů, tak i zdravotnického personálu či blízkých osob pacienta.

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 – Chování osob

Tab. 1 Nová nežádoucí událost – Chování osob – Vedlejší osa 1

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 1 – proces nežádoucích událostí – Chování osob	
Vedlejší osa 1	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Nespolupracující	Záměrné nerespektování pokynů zdravotnického/ošetřujícího personálu. Např. pacient má nařízen klid na lůžku, který nedodrжуje, kouření v nevyhrazených prostorech aj. Lze zařadit také pacienta, který se jednání dopouští nezáměrně, např. pacient v delirantním stavu.
Nepřátelské/hrubé chování	Nevhodné, vulgární vyjadřování. Např. u pacienta u ranní hygieny, verbální agrese (autoagrese i heteroagrese).
Rizikové, nebezpečné, zanedbání	Nedodržování léčebných postupů, odmítání užívání medikace.
Toxikomanie	Situace spojené s užitím či snahou si opatřit návykové látky. Např. pacient, který si během hospitalizace aplikuje návykové látky/drogy; pacient chce získat návykové látky na oddělení aj.
Obtěžování	Situace spojené s obtěžováním – chováním, které není přijatelné pro druhé osoby. Např. pacient zasahuje do osobní zóny, a toto chování je vnímáno jako nevíтанé, nevhodné nebo urážlivé ze strany ošetřujícího personálu.

¹ Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v Taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.



Diskriminace/předsudky	Situace spojené s vnímáním druhé osoby a jejích odlišností. Např. konflikt s pacientem, vzhledem k jeho náboženským rituálům, barvě pleti, sociálnímu statutu, ageismus aj.
Nepovolený odchod	Nepovolený odchod osob z oddělení bez nahlášení ošetřujícímu/zdravotnickému personálu. Např. odchod pacienta před finálním ošetřením, opuštění ošetrovací jednotky bez svolení personálu, útěk z ošetrovací jednotky (závažnost NU viz dále, stanovena vždy s ohledem na možný dopad chování na klinický stav pacienta).
Sebepoškození, sebevražda	Situace spojená s následkem na zdraví (fyzickém, duševním) či s následkem smrti. Např. odcizení léku z lékárny a předávkování se; vědomé vyjmutí periferního žilního katetru, vytržení hrudního drénu, chování jedince (brachiální agrese), které vedlo k následkům smrti aj.
Slovní napadení	Situace spojená se slovním útokem. Např. urážka na cti, slovní formou (může být i formou písemnou).
Fyzické napadení	Situace spojená s brachiálním útokem. Např. jako záměrné použití nebo hrozba použití fyzické síly pacienta proti ošetrovatelskému/zdravotnickému personálu (ale i v případě ošetrovatelského/zdravotnického personálu proti pacientovi).
Sexuální napadení	Situace spojená se sexuálním obtěžováním různého stupně. Např. násilí ze strany pacienta spočívající ve vynucení si pohlavního styku či jiné podobné sexuální aktivity proti vůli zneužité osoby.
Poškození věci	Situace v souvislosti s poškozením materiálního zabezpečení. Např. pacient zničí, poškodí nebo učiní neupotřebitelnou cizí věc, a způsobí tak na cizím majetku PZS škodu (např. prokazatelné zničení ovladače na lůžku, rozbití okna, poškození vlastnictví jiného pacienta aj.).
Hrozba usmrcením	Situace spojené s vyhrožováním. Např. verbální sdělení pacienta k personálu – výhrůžky smrtí (nutno odlišit od fyzického napadení výše – nejedná se již o hrozbu, ale akci).
Nepovolený vstup	Přístup do prostor se zákazem vstupu nebo vstupu nepovolaným/neoprávněným osobám.
Krádež, finanční škoda	Obecně neoprávněné přisvojení si cizí věci či hodnoty. Např. ztráta finanční hotovosti u pacienta, jiné zainteresované osoby (návštěvy). Zahrnuje také NU, kdy vzniklo podezření na neoprávněné osvojení si cizí věci (nepotvrzení krádeže, ale hlášeno jako ztráta). Např. rodina pacienta odnesla cennosti nebo osobní věc domů a v ZZ nahlášeno jako ztráta nebo podezření na krádež pacientem.
Únos	Nezákonné zmocnění se osoby nebo osob zpravidla proti její vůli. Např. únos dítěte.
Jiný (pokud zvoleno)	Situace, které není možno 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 – nežádoucí události.

Tab. 2 Nová nežádoucí událost – Chování osob / provinilec – Vedlejší osa 2

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 2 – Provinilec nežádoucích událostí	
Vedlejší osa 2	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Pacient	Přímý konflikt s pacientem (pacient v roli viníka – osoby, která konflikt způsobila, eskalovala).



Doprovod pacienta	Konflikt s osobním asistentem pacienta, zákonným zástupcem, blízkým pacienta, jinou doprovázející osobou – ambulantní péče (v případě hospitalizace je doprovod přítomen v době přijetí, překladač a propuštění či transportu nebo hospitalizace s pacientem – pak lze také zařadit do této kategorie).
Návštěva	Konflikt s návštěvou pacienta (rodina, přátelé) – hospitalizace.
Pracovník	Konflikt s jakýmkoliv zaměstnancem PZS.
Student/žák	Konflikt se studentem, který je na pracovišti na odborné klinické praxi.
Jiná (pokud zvoleno)	Situace, které není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu. Např. dobrovolník, duchovní péče – konflikt s pacientem, nevhodná agitace pro určitou církev, zneužití kontaktu s pacientem pro finanční obohacení dobrovolníka.
Neznámá	Není jasný provinilec, ale je znám výsledek – nežádoucí události.

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.

Okamžitě 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 dekubitů existuje předpoklad fyzického postižení – protože se uvádí hlavní typ postižení – pokud se tedy jedná o dekubitus poškozující kůži – s přechodným či trvalým postižením, je nezbytné zadat fyzické postižení. U jiných NU lze však také 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 např. srororigenie – psychické poškození pacienta způsobené sestrou. Pacient může být např. poškozen neprozřetelným či neuctivým výrokem aj. 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 je identifikováno u pacienta, u něž byl zjištěn např. dekubitus 1. stupně a je riziko dalšího poškození kůže a tkání. **Skorochyba** – situace, kdy byl zjištěn nedostatek např. při polohování a/nebo využití antidekubitních pomůcek – situace pacienta nepoškodila trvale, ale NU byla odhalena před vznikem ireverzibilních změn – u dekubitů pouze u 1. stupně – např. při přivezení pacienta z vyšetření – dlouho nemohl změnit polohu – nalezen erytém/hyperémie. Skorochybu nelze uvádět u dekubitů, které byly zjištěny ve stupni 2. a vyšším (i při tzv. „přineseném“ dekubitu). **Nepoškozující** – došlo k identifikaci NU, ale ta nepoškodila zdraví pacienta. **Monitorován** – u stavů, u nichž není nutno zavést další intervence a postačí sledování. **Hospitalizace** je uvedena v případě, že došlo k takovému poškození, že vznikla potřeba pacienta hospitalizovat na jiném oddělení. **Trvalé následky** jsou uváděny u dekubitů, u nichž je zřejmé, že není možné vyhojení bez následků (3. a 4. stupeň). **Ohrožení života** bude uvedeno u dekubitů, které byly odhaleny jako 3. a 4. stupně a existuje podezření na celkovou dekubitální sepsi (viz vyjádření lékaře). **Smrt** uvést u dekubitů pouze v případě, že je zjištěna a lékařem ověřena přímá souvislost s tlakovým vředem – dekubitem. Volbu **Neznámé** je možno využít v případě, že nebylo možno odhalit stupeň/úroveň postižení.

- 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, 2019)

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

Agrese – Útočné jednání, které se projevuje záměrným poškozováním nebo násilným omezováním jiné osoby nebo věci.

Obtěžování – Jednání, které je druhou fyzickou osobou oprávněně vnímáno jako nevídané, nevhodné nebo urážlivé a jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí.

Diskriminace – Je termín označující nějaké rozlišování. Nejčastěji se používá v negativním významu rozlišování lidí na základě příslušnosti k nějaké obecné skupině bez ohledu na schopnosti konkrétního jedince. Podle konkrétního kritéria diskriminace se hovoří o diskriminaci na základě rasy, náboženského přesvědčení, politického přesvědčení, pohlaví, věku apod.

Sebepoškozování – Je záměrné a opakované ubližování si ve snaze vypořádat se s nepříjemnými duševními stavy. Projevuje se zraňováním vlastního těla a je signálem vážného psychického problému, jenž postižený nedokáže zvládnout jiným způsobem.

Suicidální jednání – Zahrnuje behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání

Toxikománie – Chorobné lpění na opakovaném podávání látky působící euforicky na CNS.

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.



Seznam zkratek

a. – Arteria = tepna

AHA – American Heart Association = Národní registr pro kardiopulmonální resuscitaci

AIM – Akutní infarkt myokardu

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ATB – Antibiotika

BMI – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

BSC – Balanced Scorecard = systém vyvážených ukazatelů výkonnosti podniku

CAVPU – Confusion (zmatenost), Alert (při vědomí – odpovídá adekvátně), Voice (reaguje na hlas – otázku), Pain (reaguje na bolestivé podněty), Unresponsive (nereaguje na žádné podněty) – Posouzení stavu vědomí

CDER – Administration Center for Drug Evaluation and Research = Centrum pro hodnocení a výzkum léčiv

CO₂ – Oxid uhličitý

CT – Výpočetní tomografie (Computerised tomography)

CVT – Centrální žilní tlak

ČSN EN – Česká technická norma – Evropská norma

dg. – Diagnóza

EFQM – European Foundation for Quality Management = Evropská nadace pro management kvality

EKG – Elektrokardiograf

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel – Evropský poradní panel pro otázky dekubitů

EV – Enterální výživa

EWMA – European Wound Management Association – Evropská asociace pro léčbu ran

FiO₂ – Fraction on inspired oxygen = objemový podíl kyslíku ve vdechované plynné směsi

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis – analýza možných vad a jejich následků (ČSN EN ISO 60 812)

GCS – Glasgow Coma Scale – Glasgovská škála hodnocení vědomí (skóre hodnocení hloubky poruchy vědomí)

GIT – Gastrointestinální trakt

JCI – Joint Commission International

JIP – Jednotka intenzivní péče

JOP – Jiný odborný pracovník

KDP – Klinické doporučené postupy

KO – Krevní obraz

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

LP – léčivý přípravek

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MRI – Magnetická rezonance

N₂O – Oxid dusný

NEWS – National Early Warning Systems – Systém včasného varování

NGS – Nasogastrická sonda

NHS – National health service – Národní zdravotní služba (NZA – Národní zdravotnická asociace)

NIS – Nemocniční informační systém

NJS – Nasojejunální sonda

NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník (zahrnuje kategorie pracovníků dle zákona č. 96/2004 Sb.)

NPUPAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel – Národní poradní panel pro dekubitální léze

NRC – Národní referenční centrum

NRHOSP – Národní registr hospitalizovaných

NSS – Náhlá srdeční smrt

NU – Nežádoucí událost

O₂ – Kyslík



OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development = Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OP – Občanský průkaz
P – Puls
PC – Personal Computer – osobní počítač
PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie
PEJ – Perkutánní endoskopická jejunostomie
pH – Potential of hydrogen – vodíkový exponent
PZS – Poskytovatel zdravotních služeb
RTG – Rentgen
SBAR – Situation (Situace), Background (Pozadí), Assessment (Posouzení) and Recommendation (Doporučení)
SF6 – Hexafluorid síry
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)
SOP – Standardizovaný operační protokol = doporučený pracovní postup
SpO₂ – Saturace hemoglobinu kyslíkem
SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWOT – Akronym (zkratka z prvních písmen) anglických pojmů – identifikace silných (Strengths) a slabých (Weaknesses) stránek, příležitostí (Opportunities) a hrozeb (Threats)
TK – Krevní tlak
TSF – Transfúze
TT – Tělesná teplota
UPV – Umělá plicní ventilace
USD – United States Dollar – Americký dolar
UZV – Ultrazvuk
VF – Vitální funkce
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace – **SZO**
ZD – Zdravotnická dokumentace
ZP – Zdravotnický pracovník
ZPBD – Zdravotnický pracovník pracující bez odborného dohledu
ZPOD – Zdravotnický pracovník pracující s odborným dohledem
ZPRO – Zdravotnický prostředek
ZZ – Zdravotnické zařízení



Literatura

- BEER, M.D., PEREIRA, S.M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0363-7.
- CAMPBELL, R. et al. The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: a mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 2008, 76(2), 194-207 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.194>
- CAMPBELL, R. et al. The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: a mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 2008, 76(2), 194-207 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.194>
- CDC. Suicide: Data Sources. *Centers for disease control and prevention* [online]. 2008 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/datasources.html>
- CURTIN, S.C., WARNER, M., HEDEGAARD, H. Increase in Suicide in the United States, 1999–2014. *National Center for Health Statistics* [online]. 2016, 241, 1-8 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf>
- DOUGLAS, G.J. et al. Practice guideline for the Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Psychiatric Association* [online]. 2010 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- FULDE, G., PREISZ, P. Managing aggressive and violent patients. *Australian Prescriber* [online]. 2011, 34, 166-168 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/managing-aggressive-and-violent-patients>
- FULDE, G., PREISZ, P. Managing aggressive and violent patients. *Australian Prescriber* [online]. 2011, 34, 166-168 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/managing-aggressive-and-violent-patients>
- JABBARPOUR, Y., M., JAYARAM, G. Suicide risk: navigating the failure modes. *Focus* [online]. 2011, 9(2), 186-193 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://focus.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/foc.9.2.foc186>
- JARRETT, R.B. et al. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2001, 58(4), 381–388 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307495/>
- JARRETT, R.B. et al. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2001, 58(4), 381–388 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1307495/>
- JOHNSON, S.L. *Therapist's guide to clinical intervention*. Academic Press, 2004. ISBN 0-12-386588-3.
- KLONSKY, E., D. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* [online]. 2007, 27(2), 226-239 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory. *Psychiatrie pro Praxi* [online]. 2006, 3, 131–132 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/06.pdf>
- KYNOCH, K., WU, C.J., CHÁNY, A.M. The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. 2011, 8(2), 76-86 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00206.x>
- LEO, D., SVETICIC, J. Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiologia e psichiatria sociale* [online]. 2010, 19(1), 8-15 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001536>
- MAGNAVITA, N., HEPONIEMI, T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research* [online]. 2012, 12, 108 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2325-12-108>



2016-02-02]. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-108>

- MACH, J. Lékař a právo. *Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3683-9.
- MANCEAUX, P. et al. Preventing toxicomania and addictive behaviour in adolescence. *Psychiatria Danubina* [online]. 2013, 25(2), 109-112 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/c3d3/183f9ec0b8c51aee7c5546d9477b76c17478.pdf>
- MATES, P. a kol. Základy správního práva trestního. C.H. Beck, 2008. ISBN 978-80-7179-806-4.
- MEYER, M.U., GRAETER, C.J. Health professional's role in disaster planning: a strategic management approach. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses* [online]. 1995, 43(5), 251-62 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/216507999504300504>
- MIOVSKÝ, M. a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. TOGGA, 2012. ISBN 978-80-87258-89-7. Dostupné také z: <http://www.pppkv.cz/dokumenty/SLOVNIK.pdf>
- National Center for Missing & Exploited children. For health care professionals: Guidelines on prevention of and response to infant abductions. *Office of juvenile justice and delinquency prevention* [online]. 2014 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.missingkids.com/content/dam/ncmec/en_us/documents/ForHealthCareProfessionals_10thEdition.pdf
- NIJMAN, H. et al. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior* [online]. 2005, 31, 217-227 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.1958&rep=rep1&type=pdf>
- NIXON, M., HEATH, N. *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Routledge Press, 2008. ISBN 978-1-135-90841-6.
- NOCK, M. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment*. American Psychological Association, 2009. ISBN 978-1-4338-0436-6.
- OECD. *OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics*. Organisation for Economic Co-operation and Development [online]. 2016 [cit. 2016-02-02]. ISBN 978-92-64-23256-3. Dostupné také z: <http://www.sipotra.it/wp-content/uploads/2016/10/16.8.3.pdf>
- PAGÈS, F. et al. What are the characteristic of adolescent hospitalized suicide attempters? *European Child and Adolescent Psychiatry* [online]. 2004, 13(3), 151-158 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00787-004-0375-1>
- PETR, T. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- POKORNÁ, A. Barthelové test [online]. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, © 2010-2019 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/barthelove-test>
- POKORNÁ, A. a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0720-9.
- POKORNÁ, A. a kol. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Praha: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2016 [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>
- REID, W.H. Preventing suicide. *Journal of Psychiatric Practice* [online]. 2010, 16(2), 120-124 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.psychologyandlaw.org/columns/14%20Reid%2003-10%20pp120-124.pdf>
- RUGGERI, M. et al. Definition and prevalence of severe and persistent mentak illness. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2000, 177, 149-155 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- SENTERRE, Ch. et al. Epidemiology of Injuries in Belgium: Contribution of Hospital Data for Surveillance. *BioMed Research International* [online]. 2014 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022203/>
- STACK, S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. *Suicide Life Threat Behav* [online]. 2000, 30(2), 163-176 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01074.x>



- STEINBERG, E.M. et al. The "Battle" of Managing Language Barriers in Health Care. *Clinical pediatrics* [online]. 2016, 55(14), 1318-1327 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990509/>
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- TEASDALE et al. The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years. *Nursing Times* 2014; 110(42): 12-16. ISSN 0954-7762
- THORNICROFT, G., SZMUKLER, G. *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press, 2001. ISBN 019 2629972.
- THORNICROFT, G., TANSELLA, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry* [online]. 2004, 185, 283-290 [cit. 2016-02-02]. ISSN 0007 - 1250. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- TOPINKOVÁ, E. Delirium ve stáří, jeho rozpoznání, prognóza a léčebné možnosti. *Česká geriatrická revue* [online]. 2003, [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_03_04_04.pdf
- TOPINKOVÁ, E. Využití standardizovaných škál pro hodnocení výživy u starších nemocných. *Česká geriatrická revue* [online]. 2003, 1, 6–11 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_03_01_01.pdf
- VÄRNIK, P. Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2012, 9(3), 760-771 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/9/3/760>
- 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>
- WU, J.C. et al. Determinants of workplace violence against clinical physicians in hospitals. *Journal of Occupational Health* [online]. 2015, 57(6), 540-547 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1539/joh.15-0111-OA>
- WUNDERLICH, U. et al. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2001, 104, 332–339 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2001.00432.x>
- 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: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>