



# Metodika sledování nežádoucích událostí u Agentur domácí zdravotní péče (ADP)

---

Verze 1.0

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

Verze: 1/2019  
Revize: 2020

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



## Obsah

---

1. Úvod .....	3
2. Účel metodických dokumentů .....	4
3. Definice nežádoucí události .....	4
4. Výskyt nežádoucích událostí .....	5
5. Lokální systémy hlášení nežádoucích událostí .....	6
6. Základní charakteristika centrálního systému hlášení nežádoucích událostí .....	6
7. Rozsah předávání agregovaných dat do centrálního systému hlášení nežádoucích událostí .....	7
8. Frekvence hlášení nežádoucích událostí na centrální úrovni.....	8
Lokální úroveň .....	9
Centrální úroveň.....	9
Pokyny pro vyplňování .....	9
Obsah hlášení agregovaných údajů o nežádoucích událostech .....	9
9. Způsob předávání dat.....	11
10. Závěr .....	11
11. Zdroje informací .....	12
12. Přehled zkratk.....	13



## 1. Úvod

*Metodika sledování nežádoucích událostí* u Agentur domácí zdravotní péče (dále i jako ADP), jejich incidence a vypořádání vycházejí stejně jako u ostatních poskytovatelů zdravotní péče z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. června 2009 (2009/C 151/01), zejména z bodu 1 (Podporovat zavedení a rozvoj vnitrostátních politik a programů pro bezpečnost pacientů), 3 (Podporovat zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informování o nežádoucích událostech) a 5 (Zajistit klasifikaci a měření bezpečnosti pacientů na úrovni Společenství) v oddíle Doporučení k obecným otázkám bezpečnosti pacientů. Poskytování domácí péče podléhá několika platným právním normám, které definují, pro koho je forma domácí péče určena, za jakých podmínek a v jakém rozsahu lze tuto péči poskytovat. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2004 vydalo Věstník MZ ČR o Koncepci domácí zdravotní péče, kde lze nalézt metodická opatření k zajištění jednotného postupu v poskytování domácí zdravotní péče. Přestože jsou agentury domácí zdravotní péče v České republice téměř 25 let, stále neexistuje žádný zákon či vyhláška vztahující se pouze k provozu domácí zdravotní péče. Agentury domácí zdravotní péče se tudíž musí řídit zákony, které vymezují podmínky pro provoz zdravotnických zařízení, jako jsou ambulance, lůžková zařízení apod.

Sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) – lůžkové i domácí zdravotní péče v ČR je aktuálně zakotveno následovně:

- § 47 odst. 3 písm. a) až c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů – požadavek na interní hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, návazně pak postupem uveřejněným ve Věstníku MZ ČR;
- Věstník MZ ČR č. 16/2015 – Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb;
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů;
- Věstník MZ ČR č. 12/2004 – Koncepce domácí péče, metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče;
- Věstník MZ ČR č. 7/2018 – Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

Ministerstvo zdravotnictví ve snaze podpořit sledování nežádoucích událostí na úrovni jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb zajišťuje prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) sběr dat a metodickou podporu v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) na centrální úrovni.



Agentury domácí zdravotní péče, stejně jako ostatní poskytovatelé zdravotních služeb, mají povinnost zavést lokální systém sledování nežádoucích událostí v podobě, která odpovídá potřebám jejich instituce (§ 47 odst. 3 písm. a) až c) zákona č. 372/2011 Sb.).

Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro ADP v pilotním projektu aktuálně dobrovolné, přičemž odpovídá možnostem akceptovat mezinárodní klasifikaci nežádoucích událostí – NU (International Classification for Patient Safety) využívanou v rámci centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí a metodické pokyny pro sledování a hlášení nežádoucích událostí včetně technických parametrů vyžadovaných pro předání dat. Český překlad a výklad jednotlivých pojmů je dostupný v [Taxonomickém – definičním slovníku](#) na elektronickém Národním portálu pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU) – <http://shnu.uzis.cz/>.

## 2. Účel metodických dokumentů

Metodické návody v Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) mají pomoci zdravotníkům v klinické praxi v interpretaci požadavků na zadávání údajů o nežádoucích událostech na centrální úrovni. Zahrnují obecné informace k popisu a zadání nežádoucích událostí (NU) do lokálních systémů sledování nežádoucích událostí (pro jednotlivé typy NU). Způsob předávání dat – hlášení agregovaných údajů o NU na centrální úrovni je popsán v metodickém dokumentu Pokyny pro předávání dat, který je zveřejněn na Národním webovém portálu SHNU v [metodické sekci ADP](#). Konkrétní požadavky k jednotlivým hlavním typům NU i základní jednotná terminologie, jsou pro lepší orientaci a přehlednost popsány v příslušných dílčích dokumentech dostupných též na webovém portálu SHNU.

## 3. Definice nežádoucí události

Nežádoucí události (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je Agentura domácí zdravotní péče nebo její zaměstnanec. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. Nežádoucími událostmi jsou také ty události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, u nichž není dosud známo, zdali bylo možné se jim vyhnout. Mezi nežádoucí události náleží také situace, k jejichž identifikaci došlo před poškozením pacienta, či jiné osoby v procesu poskytování zdravotních služeb a péče. Situace, při nichž byl odhalen postup, který je nesprávný, neodpovídá doporučeným postupům a potenciálně by vedl k poškození pacienta či jiných zainteresovaných osob (pacientů, zdravotnických pracovníků). Takové situace jsou nazývány „skorochyby“, či tzv. téměř dokonaná pochybení (z anj. „near miss“). Za nežádoucí událost



není považována léčba pacienta proti jeho vůli v případě, že je dodržen postup daný legislativou (např. detence psychiatrických nemocných či případy přenosných chorob s povinnou léčbou).

Agentura domácí zdravotní péče dále může uvedenou definici nežádoucí události doplnit o další události či okolnosti, které jsou sledovány jako nežádoucí události v ADP ačkoliv nesplňují výše uvedená kritéria.

## 4. Výskyt nežádoucích událostí

Nežádoucí události evidované v rámci poskytované domácí zdravotní péče se nejčastěji týkají pádů, incidentů vznikajících v souvislosti s podáváním léků, dekubitů a neočekávaného zhoršení klinického stavu (Mesteig et al., 2010). Ve studii z Nového Zélandu autoři uvádějí, že většina nežádoucích událostí vzniká ve zdravotnických zařízeních (80 %), přičemž ale téměř jedna pětina vzniká v domácím prostředí pacientů (Davis et al., 2002). Osoby vysokého věku jsou všeobecně vystaveny zvýšenému riziku pádu a přibližně u 50 % z nich skutečně k pádu jednou za rok dojde. Různé studie však dokazují, že je možné zabránit přibližně 30 až 40 % pádů. V Kanadské studii uvádějí, že vhodně nastavená preventivní opatření pádů by mohla snížit počet hospitalizací až o 7 500 hospitalizací ročně (Markle-Reid et al., 2010). V rámci celoevropského projektu Senioři v domácí péči (Agent in Home Care), bylo realizováno šetření výskytu pádů v domácím prostředí, při kterém se zjistilo, že ze 430 sledovaných osob s průměrným věkem 82 let postihl pád 36,7 % (Klán a kol., 2003). V rámci domácí zdravotní péče provádí ošetřující personál také aplikaci léčiv v různých lékových formách. Zde nejčastěji dochází k pochybení právě ve fázi podání léčiv. Nejtypičtějším příkladem je, že zdravotnický pracovník pacientovi léky připraví a nepřesvědčí se, zda je pacient opravdu užil (Meyer-Masseti et al., 2012). Studie zabývající se podáváním léků v domácím prostředí uvádí následující chyby: opomenutí (30 %), špatná dávka (17,5 %) a špatná doba podání (15 %). Nejčastějšími příčinami byly pracovní podmínky (37,9 %), nedostatečná pozornost (68,2 %), časový tlak (22,7 %) a přerušení pacientů (9,1 %) (Meyer-Masseti et al., 2016). Kanadská studie uvádí, že k většině chyb dochází ve fázi podávání léčiv (až 53 % všech lékových chyb), dále pak ve fázi preskripce (17 %). Necelých 14 % chyb připadá na fázi vlastní přípravy léku a nejméně pak na fázi transkripce, např. při přepisu z lékařské do ošetřovatelské a lékárenské dokumentace (11 %) (Moyen et al., 2008). Další závažnou NU je výskyt dekubitů. Paquay (2008) ve své studii uvádí prevalenci tlakových lézí v domácí péči v rozmezí 6–21 %. Tato zjištění podtrhují důležitost nastavení kvalitních preventivních opatření u pacientů v domácí péči. I přes dostupné pokyny a doporučení preventivních opatření před vznikem dekubitů vzešlo z výzkumu ve Spojených státech amerických na pracovištích domácí péče, že pouze 21 % používá validované stupnice pro hodnocení rizika vzniku dekubitů, v 72 % použil personál k hodnocení rizika vzniku dekubitů klinický



úsudek a pouze v 28, 1 % měly agentury domácí zdravotní péče vypracované protokoly preventivních opatření (Paquay et al., 2008).

Z výše uvedených informací vyplývá závažnost problematiky nejen evidence nežádoucích událostí, ale zejména jejich předcházení. Jedním ze základních způsobů, jak poskytovatelé zdravotních služeb mohou zlepšovat bezpečnost pacientů je účelně navržený interní dobrovolný systém hlášení incidentů, který pomáhá identifikovat příčiny NU a napomáhá zabránění budoucím chybám (Larizgoitia et al., 2013). Realitou a běžným problémem však je, že dochází k hlášení nižšího než skutečného počtu incidentů (tzv. podhlášení – underreporting) (Hutchinson et al., 2009; Barach, Small, 2000; Stanhope et al., 1999). Nenahlášení NU je ovlivněno multifaktoriálně – neznalostí, neodhalením anebo pozdní identifikací NU, lokální situací na pracovišti apod.

## 5. Lokální systémy hlášení nežádoucích událostí

Lokální systémy hlášení NU na úrovni domácí zdravotní péče v pilotním projektu budou evidovat vybrané typy NU (Pády, Dekubity, Medikace / i.v. roztoky, Neočekávané zhoršení klinického stavu, Chování osob a Jiné), nicméně centrální Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je významný v souvislosti s možností sjednocení terminologie, uniformní metodiky identifikace rizik a vypořádání NU v rámci proaktivních (preventivních) i retroaktivních (nápravných) strategií. Informace o výskytu NU na úrovni zdravotnického systému jsou jedinečným prostředkem účelných proaktivních strategií kontinuální podpory bezpečí pacientů a přípravy metodických a legislativních opatření (Cheng et al., 2011). Počátek a vývoj centralizovaných systémů hlášení nežádoucích událostí ve zdravotní péči lze datovat až do pozdního období 70. let minulého století. Od té doby mnoho zemí realizuje systémy sledování NU v elektronické podobě (ať již v rámci incidenčního či prevalenčního sledování), obdobně jako v ČR. Nicméně, v zemích, jako je Velká Británie, Austrálie, Japonsko, a USA jsou tyto systémy na kvalitativně vyšší úrovni vzhledem k jejich dlouhodobé tradici (Elliott, Martin, Neville, 2014).

## 6. Základní charakteristika centrálního systému hlášení nežádoucích událostí

Centrální Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU) v ČR má ambici postupné motivace všech ADP k zapojení se do systému, na základě jednotné metodiky k identifikaci rizik, k vypořádání NU a jejich systematické prevence s využitím potenciálu zástupců jednotlivých ADP a lokálního know-how i při přípravě jednotných dokumentů ve snaze o racionální nakládání s lidskými a materiálními zdroji.

Centrální Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je v podobě pilotního projektu koncipován jako systém sloužící k vyhodnocování anonymizovaných agregovaných dat od zapojených ADP



s možností základního porovnávání agentur mezi sebou i s ohledem na relativně nízký počet zapojených ADP v pilotním sběru dat. Systém primárně neslouží k evidenci NU v procesu jejich zpracování na lokální úrovni ADP.

Jak již bylo uvedeno, v současné podobě sběru agregovaných dat tedy centrální Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU) neslouží k evidenci nežádoucích událostí na lokální úrovni, ale je nástrojem pro sjednocení procesu vyhodnocení NU a jejich identifikace na základě využívání objektivizujících škál pro hodnocení stavu pacienta, umožňuje management rizik, je východiskem pro tvorbu nových doporučení pro prevenci nežádoucích událostí dle jednotných doporučení a bezpečnou praxi a měl by být nástrojem pro edukaci zaměstnanců Agentur domácí zdravotní péče. Výše uvedené cíle jsou naplňovány v podobě jednotných metodických doporučení, které jsou připravovány v úzké spolupráci s jednotlivými zástupci ADP. Nejdůležitější funkcí systému podávání zpráv je podpora jednotné metodologie sledování nežádoucích událostí, která následně umožňuje poskytování výsledků analýzy srovnatelných dat a jejich zkoumání s cílem napomoci ke zlepšení zdravotní péče a napomoci zdravotnickým profesionálům poskytovat péči bezpečněji. V přehledech srovnávání není možná identifikace konkrétní ADP.

Pro využití centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je nezbytné, aby Agentura domácí zdravotní péče (ADP) uzavřela s ÚZIS ČR Smlouvu o poskytnutí služeb vyhodnocení dat. Systém lze využívat, pokud ADP disponuje lokálním systémem evidence nežádoucích událostí (elektronickým, či jinak organizačně zajištěným a provozovaným) a je schopno zajistit odeslání agregovaných dat o nežádoucích událostech k centrální analýze v souladu s Pokyny pro předávání dat a jednotnými metodickými pokyny dostupnými na webu SHNU.

## 7. Rozsah předávání agregovaných dat do centrálního systému hlášení nežádoucích událostí

Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je v pilotním projektu **pro smluvně zapojené Agentury domácí zdravotní péče (ADP) dobrovolné. Tyto organizace poskytují do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU)<sup>1</sup> stanoveným způsobem údaje**

<sup>1</sup> Pokud uzavřela ADP s ÚZIS ČR smluvní vztah o spolupráci v oblasti hlášení nežádoucích událostí, je hlášení NU povinné. Povinnost nahlášení nežádoucích událostí je těžce vymahatelnou jak na lokální, tak centrální úrovni – některé odborné zdroje hovoří o tzv. „vynucené dobrovolnosti“. Vždy se jedná o otázku dobré firemní kultury - pokud není snaha o evidenci a účelné vypořádání nežádoucích událostí doprovázena jednoznačně pozitivní motivací a dlouhodobou edukací včetně implementace bariérových opatření a preventivních strategií do běžných pracovních postupů a pokynů, nebude dosaženo cíle evidování všech nežádoucích událostí. Významná je role managementu ADP, který by měl edukovat osoby potenciálně evidující a hlásící NU o tom, že problematické situace vznikají v souvislosti se zamlčením důležitých skutečností, než jejich evidencí, že se nejedná o persekuci, ale nástroj ochrany. Povinnost centrálně hlásit nežádoucí události pro všechny ADP v ČR je dlouhodobým cílem, k jehož naplnění je nezbytná důsledná metodická podpora a legislativní změny, ke kterým budou primárním krokem výsledky analýz pilotního sběru dat.





o vybraných nežádoucích událostech odpovídající struktuře hlavních typů nežádoucích událostí (klasifikace WHO dostupné na elektronickém [Národním portálu](#) Systému hlášení nežádoucích událostí – SHNU). V případě, že bude evidována nežádoucí událost nespádající do kategorií využívaných v centrálním Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU), uvede se do položky „Jiné“. ADP v pilotním projektu hlásí pouze vybrané (uvedené) typy NU, přičemž typy NU mohou být dále doplňovány.

*V centrálním Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je aktuálně realizován sběr dat o nežádoucích událostech (NU) formou agregovaných údajů o počtu konkrétních vypořádaných nežádoucích událostí – formulář HLÁŠENÍ POČTU NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ PRO CENTRÁLNÍ HODNOCENÍ - pilotní sběr v domácí zdravotní péči. Formulář je možno v pilotním projektu vyplnit pouze v podobě elektronického dokumentu. Tento stav však může být v budoucnu změněn vývojem legislativy a potřebami klinické praxe.*

Pro usnadnění procesu zadání NU v centrálním systému jsou pro vybrané typy NU připravovány samostatné metodické návody, které obsahují koncizní tyto části: *definice NU; epidemiologie – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí, popis sledovaných položek a poznámky k jejich zadávání (vysvětlení, popis jako v taxonomii)*. 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, mateřské dovolené).

## **8. Frekvence hlášení nežádoucích událostí na centrální úrovni**

Pokud má ADP vlastní systém evidence NU (ať již v rámci vlastního informačního systému anebo využívá jiné komerční softwarové aplikace či tradiční „papírové“ formuláře) – může zasílat do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) až souhrnné informace o vypořádaných NU, u nichž byla provedena kořenová analýza příčin nežádoucí události. Souhrnně tak lze analyzované NU zasílat do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) prostřednictvím **formuláře – výkazu – HLÁŠENÍ POČTU NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ PRO CENTRÁLNÍ HODNOCENÍ – pilotní sběr v domácí zdravotní péči** – agregovaná data o počtu NU v jednotlivých sledovaných kategoriích. Předání dat je možné pouze elektronicky prostřednictvím formuláře (formát xls.) elektronickou poštou kompetentní osobě SHNU za stanovené sledované období a to následovně:

- **Předání dat za období pilotního sběru probíhá zpravidla 2x ročně (v souladu se závěry a rozhodnutím vedení MZ ČR).**

Podrobné a aktualizované informace o zahájení a ukončení odevzdávání dat formou výkazu budou zasílány elektronickou poštou na jednotlivé kontaktní osoby ADP.





## Lokální úroveň

Při zadávání nežádoucích událostí na lokální úrovni je primárně nezbytné zvolit odpovídající klasifikaci události dle hlavního typu (viz [Taxonomický – definiční slovník](#)) tak, aby bylo možno správně poskytnout data v agregované podobě na centrální úrovni. Konkrétní rozsah hlášení nežádoucích událostí na lokální úrovni je uveden v jednotlivých metodických pokynech pro zadávání hlavních typů NU (Aktuálně jsou dostupné materiály pro lůžkové PZS a metodika sledování nežádoucích událostí Pád u ADP. Tvorba dalších metodických materiálů specifikovaných pro ADP probíhá.).

## Centrální úroveň

### Pokyny pro vyplňování

Výkaz je vyplňován samostatně za každou Agenturu domácí zdravotní péče, která je smluvně zapojená v pilotním sběru dat Systému hlášení nežádoucích událostí – SHNU. Formulář výkazu (HLÁŠENÍ POČTU NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ PRO CENTRÁLNÍ HODNOCENÍ – pilotní sběr v domácí zdravotní péči) a pokyny pro jeho vyplňování jsou k dispozici na webu SHNU a u kontaktních osob SHNU.

### Obsah hlášení agregovaných údajů o nežádoucích událostech

Agregovaná data jsou předávána za následující NU:

- Pády
- Dekubity
- Medikace / i.v. roztoky
- Neočekávané zhoršení klinického stavu
- Chování osob
- Jiné NU

Vzhledem k faktu, že se aktuálně významně liší možnosti sledování NU na lokální úrovni, je možné zadávat odlišný rozsah údajů u jednotlivých nežádoucích událostí. U každé nežádoucí události lze zvolit, zda je konkrétní smluvně zapojená ADP sleduje dle doporučené metodiky a je schopna předat agregovaná data v požadované podobě, viz dále. V případě volby „nesledují“ se pole nevyplňují. Rovněž je možné u NU zvolit, zda budou informace vyplňovány za celou ADP – volba „celkem“, nebo „v přímé péči“ či „nepřímé péči“. V **přímé péči** je uvedena ta NU, která vznikla za přítomnosti zdravotnického pracovníka poskytujícího přímou péči evidovanému pacientovi a v **nepřímé péči** je uvedena ta NU, která



vznikla v nepřítomnosti zdravotnického pracovníka poskytujícího přímou péči evidovanému pacientovi (tedy v době mimo návštěvu pacienta).

U každé konkrétní NU je ve formuláři pro vyplnění uvedena základní definice dle taxonomického slovníku. V případě zadání nežádoucích událostí označených jako „Jiné NU“ je nutné uvést, o jakou další kategorii NU se jedná, a jejich počet. Tyto informace mohou sloužit k případnému doplnění další kategorie NU.

Vznik nežádoucí události „Neočekávané zhoršení klinického stavu“ může být evidována z těchto důvodů:

- **Přivolání RZP/ZZS z důvodu resuscitace s neočekávaným zhoršením klinického stavu pacienta v přímé nebo nepřímé péči** – jedná se o NU, která vznikla v souvislosti s neočekávaným zhoršením klinického stavu pacienta s následkem kardiorepirační zástavy v nepřímé péči (bez přítomnosti zdravotnického pracovníka) nebo v přímé péči (za přítomnosti zdravotnického pracovníka) a je žádoucí u pacienta zahájit kardiopulmonální resuscitaci a zavolat RZP. Mezi nejčastější příčiny neočekávaného zhoršení klinického stavu patří kardiovaskulární onemocnění, jako jsou ischemická choroba srdeční, akutní infarkt myokardu, náhlé stavy dušnosti, cévní mozková příhoda apod.
- **Přivolání RZP/ZZS z důvodu hypoglykemie u pacienta v přímé nebo nepřímé péči** – jedná se o NU, při které u pacienta došlo k hypoglykémii (většinou pokles hladiny cukru pod 3,3 mmol/l) v nepřímé péči (bez přítomnosti zdravotnického pracovníka) nebo v přímé péči (za přítomnosti zdravotnického pracovníka) a není možné tento stav kompenzovat za pomoci praktického lékaře. Mezi velmi časté příčiny hypoglykemie patří zvýšená fyzická aktivita, vynechání pravidelného jídla, též alkohol, jehož účinky se zesilují při vynechání jídla či fyzické aktivitě.
- **Přivolání RZP/ZZS z jiného důvodu u pacientů s neočekávaným zhoršením klinického stavu v přímé nebo v nepřímé péči** – patří sem NU, u kterých došlo u pacienta k neočekávanému zhoršení klinického stavu z jiného důvodu, než jsou uvedeny výše (nebylo nutné zahájit KPR, nebo nebyla příčinou zhoršení stavu hypoglykemie) v nepřímé péči (bez přítomnosti zdravotnického pracovníka) nebo v přímé péči (za přítomnosti zdravotnického pracovníka). Jedná se např. o událost, kdy se neočekávaně pacientovi viditelně přitížilo, udává bolest na hrudi, má zhoršené dýchání, je bledý, opocený, dezorientovaný apod.
- **Při odmítnutí péče rodinou u pacientů v přímé péči nebo nepřímé péči** – to znamená v situaci, kdy rodina neumožnila, aby byla provedena nějaká intervence v době běžné návštěvy a ošetření, či aby byla přivolána další odborná pomoc (např. praktického lékaře) v běžné době ošetřování a návštěvy s důsledkem zhoršení stavu pacienta, které bylo následně



identifikováno. Pokud ke zhoršení stavu došlo v průběhu návštěvy – zaznamenáte NU jako v přímé péči. Pokud došlo ke zhoršení stavu pacienta mimo návštěvu – zaznamenáte v nepřímé péči.

- **Přivolání dalších složek Integrovaného záchranného systému (IZS) z důvodu nemožnosti dostat se ke klientovi v přímé nebo v nepřímé péči** – jedná se o situace, kdy došlo ke ztrátě vědomí, poranění pacienta a dotyčný tak není schopen otevřít, či zajistit přístup do domácnosti, nebo není doma nikdo z blízkých, kdo běžně zajišťuje přístup do domácnosti a nemáte klíče, nebo neočekávané úmrtí pacienta, nebo zapomenuté klíče v zámku. Předpokládáme, že mezi tyto NU nebudou zařazovány případy, kdy je volána RZP/ZZS, ale například hasiči, policie, orgány státní správy.
- **Při odmítnutí indikace péče praktickým lékařem u pacientů v přímé nebo nepřímé péči** – v přímé péči se jedná o situaci, kdy je například lékařem specialistou doporučena určitá preventivní, či léčebná intervence a praktický lékař péči neindikuje. V nepřímé péči se jedná o situaci uvedenou výše, ale s dopadem na zdravotní stav pacienta mimo návštěvu a běžnou ošetrovací dobu anebo situace, kdy byl pacient původně v péči ADP hospitalizován a po hospitalizaci již PL péči ADP neindikuje, přesto, že byla doporučena z hospitalizace při propuštění (existuje reálné riziko, že se pracovníci ADP o takové situaci nemusí vždy dozvědět).

## 9. Způsob předávání dat

---

Předání dat za sledované období je možné pouze elektronicky prostřednictvím vyplněného formuláře (forma xls.) a jeho odesláním elektronickou poštou kompetentní osobě SHNU.

Metodický dokument pro sběr dat je k dispozici na webu SHNU a u kontaktních osob SHNU, který jej předává k dispozici jednotlivým zástupcům ADP.

## 10. Závěr

---

V předloženém textu jsou uvedeny základní pokyny pro zadávání agregovaných dat a jejich sběr do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Jedná se o výchozí přehled informací, které jsou podrobněji uváděny v [Taxonomickém – definičním slovníku](#). K možnosti přesného vymezení dat zadávaných u jednotlivých typů nežádoucích událostí je vhodné využít metodické dokumenty připravené pro jednotlivé konkrétní nežádoucí události - k dispozici je vždy metodika shrnující komplexně přehled sledovaných údajů.



## 11. Zdroje informací

BARACH, P., SMALL, S.D. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal* [online]. 2000, **320**(7237), 759-63 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117768/>

DAVIS, P., LAY-YEE, R., BRIANT, R. et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand Medical Journal* [online]. 2002, **115**(1167), 1-9 [cit. 2018-08-15]. ISSN: 1175 8716. Dostupné také z: [https://www.researchgate.net/publication/10930999\\_Adverse\\_Events\\_in\\_New\\_Zealand\\_Public\\_Hospitals\\_I](https://www.researchgate.net/publication/10930999_Adverse_Events_in_New_Zealand_Public_Hospitals_I)

ELLIOTT, P., MARTIN, D., NEVILLE, N. Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. *JMIR Medical Informatics* [online]. 2014, **2**(1), 12 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/271223716\\_Electronic\\_Clinical\\_Safety\\_Reporting\\_System\\_A\\_Benefits\\_Evaluation](https://www.researchgate.net/publication/271223716_Electronic_Clinical_Safety_Reporting_System_A_Benefits_Evaluation)

HUTCHINSON, A., YOUNG, T.A., COOPER, K.L. et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Quality & Safety in Health Care* [online]. 2009, **18**, 5-10 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/content/18/1/5>

CHENG, L., SUN, N., LI, Y. et al. International comparative analyses of incidents reporting systems for healthcare risk management. *Journal of Evidence-Based Medicine* [online]. 2011, **4**(1), 32-47 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/49856404\\_International\\_comparative\\_analyses\\_of\\_incidents\\_reporting\\_systems\\_for\\_healthcare\\_risk\\_management](https://www.researchgate.net/publication/49856404_International_comparative_analyses_of_incidents_reporting_systems_for_healthcare_risk_management)

KLÁN, J., KLEVETOVÁ, D., TOPINKOVÁ, E., FIALOVÁ, D. Pády u seniorů v domácí péči. *Sestra* [online]. 2003, **13**(1), 29-30. ISSN 1210-0404.

LARIZGOITIA, I., BOUESSEAU, MCH., KELLEY, E. WHO efforts to promote reporting of adverse events and global learning Service Delivery and Safety, World Health Organization, Geneva, Switzerland. *Journal of Public Health Research* [online]. 2013, **2**(29), 168-174 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/265174885\\_WHO\\_Efforts\\_to\\_Promote\\_Reporting\\_of\\_Adverse\\_Events\\_and\\_Global\\_Learning](https://www.researchgate.net/publication/265174885_WHO_Efforts_to_Promote_Reporting_of_Adverse_Events_and_Global_Learning)

MARKLE-REID, M., BROWNE, G. et al. The Effects and Costs of a Multifactorial and Interdisciplinary Team Approach to Falls Prevention for Older Home Care Clients 'At Risk' for Falling: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal on Aging* [online]. 2010, **29**(1), 139-161 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/41759787\\_The\\_Effects\\_and\\_Costs\\_of\\_a\\_Multifactorial\\_and\\_Interdisciplinary\\_Team\\_Approach\\_to\\_Falls\\_Prevention\\_for\\_Older\\_Home\\_Care\\_Clients\\_At\\_Risk\\_for\\_Falling\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/41759787_The_Effects_and_Costs_of_a_Multifactorial_and_Interdisciplinary_Team_Approach_to_Falls_Prevention_for_Older_Home_Care_Clients_At_Risk_for_Falling_A_Randomized_Controlled_Trial)



MESTEIG, M., HELBOSTAD, J. L. et al. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* [online]. 2010, **10**, 1 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-1>

MEYER-MASSETTI, C., KAISER, E., HEDINGER-GROGG, B. et al. Medication safety in the home care setting: error-prone proces steps. *Pflege* [online]. 2012, **25**(4), 261–269 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/229326611\\_Medication\\_safety\\_in\\_the\\_home\\_care\\_setting\\_Error-prone\\_process\\_steps](https://www.researchgate.net/publication/229326611_Medication_safety_in_the_home_care_setting_Error-prone_process_steps)

MEYER-MASSETTI, C., KRUMMENACHER, E., HEDINGER-GROGG, B. et al. Medication safety in the home care setting: Development and piloting of a Critical Incident Reporting System. *Pflege* [online]. 2016, **29**, 247-255 [cit. 2018-08-09]. ISSN: 1012-5302. Dostupné také z: <https://www.medscape.com/medline/abstract/27377359>

MOYEN, E., CAMIRÉ, E., STELFOX, T.H. Clinical review: Medication errors in critical care. *Critical Care* [online]. 2008, **12**, 208 [cit. 2018-08-09]. Dostupné z: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc6813>

PAQUAY, L., WOUTERS, R. et al. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, **17**, 627-36 [cit. 2018-08-09]. ISSN: 0962-1067 Dostupné také z: <https://www.medscape.com/medline/abstract/18279295>

STANHOPE, N., CROWLEY-MURPHY, M., VINCENT, C. et al. An evaluation of adverse incident reporting. *Journal of Evaluation Clinical Practice* [online]. 1999, **5**(1), 5-12 [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2753.1999.00146.x>

## 12. Přehled zkratk

---

**ADP** – Agentura domácí zdravotní péče

**i.v.** – intravenózní

**IZS** – Integrovaný záchranný systém

**MZ ČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**NU** – nežádoucí událost

**PL** – praktický lékař

**PZS** – Poskytovatel zdravotních služeb

**RZP/ZZS** – Rychlá zdravotnická pomoc / Zdravotnická záchranná služba

**SHNU** – Systém hlášení nežádoucích událostí (centrální systém)

**ÚZIS ČR** – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

**WHO** – World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace - SZO