



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Anežka Řehořová

**Vedoucí práce:** doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 09.08.2023 .....

Bc. Anežka Řehořová

### **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat paní doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za její vstřícný přístup, trpělivost a poskytování cenných rad. V neposlední řadě děkuji za čas, který mi věnovala při tvorbě mé diplomové práce.

## Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče

### Abstrakt

**Současný stav:** Poskytování zdravotnických služeb vyžaduje vysokou míru profesionality a bezpečnosti. Organizační kultura a kultura bezpečí je nezbytná pro rozpoznání možných rizik či ohrožení, které by mohly pacienta poškodit. Z tohoto důvodu je velmi důležité neustále se věnovat a posilovat týmového ducha, spolupráci, kooperaci a atmosféru na pracovišti.

**Cíl práce:** Předmětem výzkumu bylo vyhodnotit vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče.

**Metodika:** Ve výzkumu bylo použito kvantitativně kvalitativní výzkumné šetření, technikou dotazování a hloubkových rozhovorů. Organizační kultura byla vyhodnocena prostřednictvím standardizovaného dotazníku „Dotazník sociální začlenenosti“ (Kollárik, 2011). Do dotazníkového šetření se zapojilo 205 sester z jihočeských nemocnic. V rámci kvalitativní části výzkumu byla vyhodnocena kultura bezpečí a provedeny hloubkové rozhovory s deseti sestrami pracujícími na JIP či ARO vybraných nemocnic Jihočeského kraje.

**Výsledky:** Nejlépe hodnocenými dimenzemi kultury bezpečí byly „Zajištění bezpečnosti pacientů,“ kde průměrný počet bodů byl  $8,29 \pm 1,66$  a „Seberozvoj pro zaměstnance“ s průměrnou hodnotou  $8,08 \pm 1,63$  bodů. Byla potvrzena pozitivní korelace mezi zájmem sester o spolupráci a týmovou komunikací ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,76$ ), mezi spokojeností sester a řízením týmu ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,676$ ), mezi hodnocením stupně bezpečí pacientů a atmosférou na pracovišti ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,429$ ) a týmovou komunikací ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,508$ ). Výsledky kvalitativní části výzkumného souboru potvrdily, že organizační kultura, především týmová komunikace a spolupráce do určité míry ovlivňuje zajištění bezpečí pacientů v době hospitalizace. Z hlediska bezpečnostní kultury si sestry nejvíce stěžují na podporu managementu nemocnice, nedostatek zdravotnických pracovníků a na přetěžování pracovníků.

**Závěr:** Ze získaných výsledků, lze konstatovat, že kultura bezpečí i organizační kultura ve zdravotnictví je velmi důležitá a obě tyto kultury v něm mají své nezastupitelné místo.

**Klíčová slova:** bezpečí pacientů; kultura bezpečí; organizační kultura; pracovní spokojenost; sestra



# The Impact of Safety Culture on the Quality of Care Provided

## Abstract

**Current status:** Providing healthcare services requires high professionalism and safety. Organizational culture and safety culture are essential for recognising potential risks or hazards that could harm patients. Therefore, it is crucial to continually focus on and strengthen team spirit, cooperation, collaboration, and the workplace atmosphere.

**Objective:** The aim of the study was to evaluate the impact of safety culture on the quality of care provided.

**Methodology:** The research utilized a quantitative and qualitative research investigation through surveying and in-depth interviews. Organizational culture was assessed using the standardized questionnaire "Questionnaire of Social Inclusion" (Kollárik, 2011). 205 nurses from hospitals in the South Bohemian region participated in the survey. In the qualitative part of the research, safety culture was evaluated, and in-depth interviews were conducted with ten nurses working in intensive care units or anaesthesiology and resuscitation departments of selected hospitals in the South Bohemian region.

**Results:** The dimensions of safety culture that were rated the highest were "Ensuring patient safety," with an average score of  $8.29 \pm 1.66$ , and "Self-development for employees," with an average score of  $8.08 \pm 1.63$ . A positive correlation was confirmed between nurses' interest in cooperation and team communication ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.76$ ), between nurses' satisfaction and team management ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.676$ ), between the assessment of patient safety and the workplace atmosphere ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.429$ ), and team communication ( $p < 0.001$ ;  $r = 0.508$ ). The results of the qualitative part of the research sample confirmed that organizational culture, especially team communication and cooperation, to some extent, influences ensuring patient safety during hospitalization. Concerning safety culture, nurses' most common complaints were related to hospital management support, lack of healthcare staff, and employee overload.

**Conclusion:** The results obtained confirm the critical significance of safety culture and organizational culture in healthcare, as both play an indispensable role in the field.

**Keywords:** patient safety; safety culture; organizational culture; job satisfaction; nurse.

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	8
<b>1 Současný stav</b> .....	10
1.1 Organizační kultura .....	10
1.2 Management v ošetrovatelství .....	13
1.2.1 Organizování .....	17
1.2.2 Organizování ve zdravotnických zařízeních .....	19
1.2.3 Týmová spolupráce .....	20
1.3 Kultura bezpečí ve zdravotnictví .....	23
1.3.1 Nežádoucí události .....	26
1.3.2 Bezpečí pacientů .....	27
<b>2 Cíle práce a hypotézy</b> .....	28
2.1 Cíle práce: .....	28
2.2 Hypotézy: .....	28
2.3 Výzkumné otázky: .....	28
2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů .....	29
<b>3 Metodika</b> .....	30
3.1 Metoda kvantitativní části studie .....	30
3.2 Metoda kvalitativní části výzkumu .....	31
3.3 Statistické zpracování dat .....	31
3.4 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru .....	32
3.5 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru .....	32
<b>4 Výsledky</b> .....	33
4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumné studie .....	33
4.2 Výsledky kvalitativní části výzkumné studie .....	43
4.2.1 Kategorie 1: Zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče .....	45
4.2.2 Kategorie 2: Monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí .....	49

4.2.3 Kategorie 3: Vliv managementu nemocnice na podporu bezpečí pacientů.....	51
4.2.4 Kategorie 4: Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče .....	54
<b>5 Diskuze</b> .....	58
5.1 Psychologická atmosféra .....	58
5.2 Spokojenost.....	60
5.3 Týmová spolupráce a komunikace .....	61
5.4 Styl řízení týmu.....	62
5.5 Vytíženost zaměstnanců .....	63
5.6 Zajištění bezpečí pacientů.....	65
5.7 Seberozvoj pro zaměstnance.....	66
5.8 Vyhodnocení výzkumných hypotéz a otázek .....	66
<b>6 Závěr</b> .....	69
<b>7 Seznam literatury</b> .....	71
<b>8 Seznam zkratk</b> .....	77
<b>9 Seznam tabulek</b> .....	78
<b>10 Seznam příloh</b> .....	79

## Úvod

Role sestry představuje náročnost z hlediska tělesné i duševní odolnosti. Její práce zahrnuje směnný režim, přesčasové hodiny, které slouží z důvodu nedostatku zdravotnického personálu, a to může vést k přetížení. Kromě toho musí sestry zvládat velké množství administrativních úkolů, stresu a komunikace s pacienty či jejich rodinnými příslušníky. S těmito výzvami se sestry běžně setkávají v praxi. V důsledku toho roste nespokojenost, která může vést k riziku syndromu vyhoření a potenciálnímu poklesu kvality ošetrovatelské péče. Sestry jsou vyčerpané a nedokáží se plně věnovat pacientům.

Proto je klíčové sledovat a hodnotit pracovní spokojenost sester, mělo by to být samozřejmostí každé zdravotnické instituce. K jejímu zajištění napomáhá dobře nastavená organizační kultura na pracovišti. Ta představuje důležitý aspekt, který ovlivňuje chování, postoje a pracovní prostředí v jakékoli organizaci. Především v kontextu zdravotnictví hraje zásadní roli v utváření prostředí, v němž zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči svým pacientům.

V posledních letech si získává pozornost i bezpečnostní kultura. Význam bezpečnostní kultury ve zdravotnictví souvisí zejména s technologickou náročností moderní medicíny. Pokročilé léčebné postupy a nové technologie přináší velký potenciál pro léčbu pacientů a zároveň s sebou nesou riziko nežádoucích událostí. Proto je velmi důležité, aby zdravotnické instituce měly dobře nastavenou bezpečnostní kulturu, která podporuje systematický přístup k prevenci pochybení a napomáhá k neustálému zkvalitňování zdravotní péče.

Téma diplomové práce „Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče“ jsem si vybrala z důvodu jeho relevance a významu. Rozhodla jsem se zabývat touto problematikou, protože si plně uvědomuji, jaký zásadní vliv tato kultura má. Věřím, že má práce může přinést praktické přínosy pro zlepšení organizační kultury a kultury bezpečí ve zdravotnických institucích a tím přispět k bezpečnosti a kvalitě péče.

Tato diplomová práce poskytuje ucelený vhled do problematiky organizační kultury ve zdravotnictví a kultury bezpečí, se kterou úzce souvisí. Věřím, že pochopení vlivu organizační kultury a kultury bezpečí ve všech aspektech zdravotní péče posílí

zdravotnické organizace a přispěje k lepšímu blahobytu našich pacientů. Cílem diplomové práce je vyhodnotit organizační kulturu na lůžkových odděleních vybraných nemocnic a vliv organizační kultury na bezpečí pacientů. Dále zhodnotit kulturu bezpečí na lůžkových odděleních vybraných nemocnic a důležitost kultury bezpečí z hlediska kvality poskytované péče.

Výzkumné šetření bude probíhat v kombinaci hloubkových rozhovorů a standardizovaných dotazníků. Cílovými výstupy práce bude zhodnocení vlivu vedoucího pracovníka a týmové komunikace na spokojenost sester v rámci organizační kultury, spolupráce pracovníků a atmosféry na pracovišti na bezpečí pacienta v rámci bezpečnostní kultury.

V diskuzi bude zhodnocena kvalitativní a kvantitativní část výsledků. Následně budou navržena doporučení, která mohou přispět ke zvyšování kvality a bezpečí u pacienta.

# 1 Současný stav

## 1.1 Organizační kultura

Pojem kultura pochází z dob antického starověku, právě zde má svůj etymologický původ. Všeobecně představuje soubor přesvědčení, postojů, hodnot. Dále naučený způsob myšlení, cítění a chování, který vzniká v důsledku adaptace sociálních skupin na vnější podmínky (Soukup, 2011). Organizační kultura zahrnuje komplex základních přesvědčení, postojů a hodnot, které jsou sdíleny v rámci organizace. Zároveň se projevují v myšlení, cítění a chování členů organizace (Lukášová, 2010).

Například Bílý (2021) popisuje organizační kulturu jako souhrn společných hodnot sdílených lidmi v městských státech a jednotlivých osadách, který se postupně vyvíjel a rozšiřoval v závislosti na rozvoji dané společnosti. Velmi zajímavě například rozebírá, jak se organizační kultura vyvíjela v závislosti na tom, jak se společenství v antickém Řecku stávalo komplexnějším. Rodové vazby byly nahrazeny společnými cíli a začalo docházet k centralizaci moci. To mělo samozřejmě za následek vznik společenských vrstev a lepší organizaci práce. Došlo k rozdělení na šlechtu a poddané, válečníky a farmáře, dále k rozvrstvení společnosti v závislosti na majetku, společných vazbách a konexích. Organizační kultura se tak v antickém Řecku musela přizpůsobit a adaptovat podle společných myšlenek a cílů společnosti, ve které se vyvíjela, aby byla společnost schopna fungovat a být konkurence schopným celkem vůči sousedním státům.

Organizace v podobě kultury, tzv. organizační kultura je vnímána jako společný rámec myšlenek, idejí, vizí, postojů a norem, jež napomáhají porozumění lidskému aspektu organizace (Lukášová a Nový, 2004).

Organizační kultura ve zdravotnictví je definována jako normy, hodnoty a základní předpoklady dané organizace, které řídí jak kvalitu pracovního života, tak kvalitu poskytované péče. Optimální pracovní prostředí a atmosféra podporují samostatnost, autonomii, oceňují zapojení jednotlivců a usnadňují také týmovou práci. Na druhé straně nevhodné nebo nepříznivé podmínky v organizaci se projevují chaosem, časovým stresem a často slabšími výkony jednotlivých pracovníků, kteří mohou trpět syndromem vyhoření. Často je syndrom vyhoření způsobován i nedostatkem zdravotnických pracovníků. Jedná se o dlouhodobý problém, který v současné době nemá jasné řešení.

Studie ukazují, že více než třetina dotazovaných sester je připravena současnou pozici opustit (Glajchová, et al., 2021).

Podle nejčastěji používaného Scheinova konceptu organizační kultury je struktura organizace uspořádána do tří vrstev neboli rovin. První úroveň se zabývá artefakty. Jedná se o nejviditelnější rovinu, která je tvořena fyzickými atributy instituce. Druhá rovina zahrnuje individuálně zastávané hodnoty v organizaci. Patří sem jednotlivá pravidla, normy a chování zaměstnanců. Mezi třetí úroveň řadíme nejméně viditelnou rovinu, a to základní předpoklady. Tato rovina zahrnuje podvědomé předpoklady chování, myšlení, vnímání a přijímání věcí členy kolektivu. Pomáhá nám poskytnout vysvětlení a pochopit, proč se věci v instituci dějí určitým způsobem (Cacciatollo, 2014).

Jednotlivé vrstvy organizační kultury se navzájem ovlivňují. Vzájemné souvislosti jednotlivých prvků postupují směrem od vrstev hlubších k vrstvám povrchovým a opačným směrem od vrstev povrchových k hlubším rovinám. Základní názory určují, co bude v organizaci vnímáno jako významné a jaké standardy chování zde budou uplatňovány. Hodnoty a normy chování pak vyjadřují konkrétní chování a artefakty. Porozumění vztahům mezi jednotlivými úrovněmi firemní kultury je klíčové pro pochopení principů jejího chodu (Hogan, Coote, 2014).

Organizační kultura, která odráží shromážděné zkušenosti organizace skrze myšlení, cítění a jednání členů organizace ovlivňuje chování lidí uvnitř organizace, stejně jako chování organizace směrem k vnějšímu prostředí. Klíčovou roli představuje obsah kultury organizace a síla organizační kultury. Obsahem kultury organizace se obecně myslí základní přesvědčení, hodnoty, normy a chování, které se sdílejí v dané instituci (Lukášová, 2010).

Organizační kultura se projevuje prostřednictvím specifických znaků, které můžeme rozdělit do dvou velkých skupin. Jedná se o znaky materiální a nemateriální povahy, které vystihují charakter dané organizace. Všeobecně můžeme říci, že hmotné znaky jsou snadněji rozpoznatelné. Mezi materiální znaky patří architektura, vybavení prostor pomůckami a přístroji. Zařadit také můžeme oděv zaměstnanců uniformy, loga firmy, reklamní či propagační materiály. Oproti nemateriálním aspektům, kam patří méně viditelné roviny, například vyznávané hodnoty v dané instituci, klima na pracovišti, uznávané postoje, názory, dále přesvědčení, zvyky a tradice, které jsou pro chod organizace velmi klíčové (Zítková a kol., 2015).

Abychom pochopili kulturu konkrétní společnosti, je třeba zaměřit se zejména na následující aspekty. Cíle a mise instituce. Ty nám naznačují, jak by si instituce přála být vnímána veřejností. K tomu napomáhá strategický management (Hanzelková et al., 2017). Dalším aspektem je jednání manažerů a ostatních zaměstnanců. To souvisí především s tím, jak instituce jedná se svými pracovníky. Zda dokáže odměnit své zaměstnance, jakým způsobem řeší komplikace na pracovišti a jak se svými zaměstnanci komunikuje.

Dalším bodem je vztah pracovníků k organizaci. Tento bod je velmi důležitým aspektem. Je-li zaměstnanec ve své organizaci spokojen a má-li dobré pracovní podmínky, roste spokojenost nejen jeho, ale i na straně zaměstnavatele. Jednou z rolí organizační kultury je podporovat sounáležitost mezi pracovníky během jejich pracovní doby. Dále podporovat interní a externí adaptabilitu nebo pracovní uspokojení zaměstnanců. Navíc pomáhá dosáhnout skupinových a individuálních cílů. Neposledním úkolem organizační kultury je zařadit jednotlivce i skupiny zaměstnanců do struktury organizace (Zítková et al., 2015).

Každá organizace by měla mít silnou kulturu, o které hovoříme tehdy, když jsou přesně stanovena pravidla. Tedy to, co je v instituci oceňováno či naopak postihováno. Hlavní výhody silného kulturního prostředí spočívají především v přímém a jasném sdělování, rychlosti v hledání řešení a rozhodování. Mezi další přednosti silné kultury patří zavádění nových inovací, velká jistota a důvěra mezi kolegy. Ta se projevuje vysokou motivací pracovníků, sounáležitostí s organizací a loajalitou (Hanzelková et al. 2017).

Dobře nastavená organizační kultura poskytuje pracovníkovi srozumitelný rámec. Ten mu ukazuje, co od něj instituce vyžaduje při vykonávání pracovních úkolů. Efektivní nastavení organizační kultury poskytne svým zaměstnancům rady, jak se mají v daných situacích chovat, případně jak na vzniklé situace reagovat. Další úlohou je nabídnout zaměstnanci takové pracovní podmínky a jistoty, aby byl jedinec spokojený. Na tom se může organizace podílet zejména v těchto oblastech: osobní jistota, bezpečí, vzdělanost, materiální blahobyť (Zítková a Pokorná, 2015).

K naplnění těchto oblastí často přispívá druh a typ pracovního poměru. Důležitá je pracovní doba, odměny za vykonanou práci a pracovní prostředí. Nabídnout mohou možnosti sebevzdělávání nebo kariérní růst. Mezi slabiny organizační kultury patří odhodlání udržet si cenu tradice za každou cenu, malá pružnost či odmítání nových



postupů. Dalším faktorem, který oslabuje organizační kulturu, je například obtížný a náročný proces, který souvisí s adaptací a začleněním nových spolupracovníků (Plevová, 2012).

Jak již bylo zmíněno, důležitý význam organizační kultury spočívá v zacházení se zaměstnanci. Proto je nezbytné tuto kulturu tvořit, starat se o ni a posilovat ji. Jedná se o jakýsi stavební kámen, který drží organizaci pohromadě a zajišťuje její efektivní fungování. Poskytuje svým pracovníkům možnosti pro profesní a společenský růst. Nejen díky tomu může být instituce v rozkvětu (Zitková, Pokorná, 2015).

Velmi zajímavý pohled na organizační kulturu má autor El Leithy (2017). Ve své publikaci ji popisuje jako souhrn hodnot, pracovního stylu a vztahů na pracovišti, který je unikátní pro každou skupinu. Podle jeho názoru v rámci jedné organizace může docházet k diferenciaci jednotlivých organizačních kultur. Díky těmto odlišnostem, mohou změny ve složení členů skupiny narušit přirozenou celistvost a organizační kulturu týmu. Autor zde přichází s myšlenkou, jak lze hodnotit spokojenost daného pracovníka. Svou myšlenku rozdělil do dvou částí. První část se týká spokojenosti pracovníka s prací a pracovním chováním a druhým typem je začleněnost pracovníka vzhledem k práci a pracovnímu chování. Tento postup tak umožňuje zjistit, zda má pracovník potíže se seberealizací v pracovní rovině nebo spíše ve společenské rovině. Zároveň hledá možnosti k následným změnám. Například změnu s uspořádáním členů v týmu, které by přinesly uspokojení a posílení organizační struktury celé skupiny.

## **1.2 Management v ošetrovatelství**

Pro poskytování prvotřídní péče pacientům je nezbytné mít kvalitní a efektivní řízení organizace, které obstarává management. Volný překlad slova „management“ může mít mnoho významů. V anglickém online slovníku Collins English Dictionary (© 2023) je definován jako řízení nebo také vedení. Další význam tohoto termínu označuje lidi, kteří řídí nebo organizují podnik či jinou organizaci. Tento pojem také můžeme označovat jako organizace lidských zdrojů za účelem dosažení cílů dané společnosti. Všechny role, ať již zmíněný manažer, vedoucí pracovník, nebo řídicí pracovník mají jedno společné. Správně komunikovat s lidmi za účelem dosažení cílů organizace (Cejthamr, Dědina, 2010).

V rámci zdravotnické instituce působí na různých pozicích řada vedoucích osob. Ať již hovoříme o členech řídicích orgánů, vedoucích klinických pracovišť nebo jiné vedoucí pracovníky. Ti všichni, kteří zastávají vedoucí role, nesou velmi vysokou zodpovědnost a důvěru vzhledem ke svým podřízeným zaměstnancům (Bednář et al., 2013).

Každá organizace musí identifikovat tyto jedince a společně s nimi pracovat, aby se stali silnými a efektivními poskytovateli zdravotní péče pro své občany a pacienty. Je také nutné, aby tito pracovníci specifikovali cíle organizace, poslání instituce a zajistili dostatek prostředků k dosažení těchto cílů. Vedoucí pracovník má řídicí schopnosti pro vykonávání zdravotnické praxe. Tedy způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a je vázán jak profesionálním, tak etickým či morálním kodexem (Plevová, 2012).

V oblasti zdravotnictví, stejně jako v jakémkoli jiném sektoru, který poskytuje služby lidem, se předpokládá, že vedení bude jednat eticky při každém rozhodování. Požadavky na vedoucí pracovníky jsou obecně velmi náročné. V oblasti zdravotnictví stále roste náročnost a zodpovědnost (Plevová, 2012). Jedná se o dovednosti a schopnosti manažera zejména v oblastech koncepčních, lidských a technických. Vždy závisí na úrovni řízení, v jakém poměru mají tyto dovednosti být. U vrcholového managementu očekáváme, že budou převládat dovednosti koncepční. Oproti manažerům liniových, kde spíše očekáváme znalosti a dovednosti technické či odborněji zaměřené (Blažek, 2014).

S navyšováním nároků a kompetencí pracovníků v oblasti řízení či vedení ve zdravotnictví, lze rozdělit management do tří úrovní. Do první kategorie řadíme manažery první linie neboli takzvaný „lower management“. Někdy také označovaný jako operativní management. Jedná se o úzce zaměřenou úroveň vedoucích pracovníků, jejichž klíčovým úkolem je zabezpečení komunikace mezi vedením instituce a provozními pracovníky. Zároveň se tito vedoucí manažeři starají o krátkodobé plánování lidských zdrojů. Krátkodobé plánování zahrnuje například plánování směn na příští měsíc nebo rozvržení zaměstnanců do jednotlivých směn tak, aby došlo k optimálnímu vytížení jednotlivých pracovníků. Zároveň je zapotřebí, aby tito vedoucí zaměstnanci byli schopni pružně reagovat na změny a upravovat rozvržení lidských zdrojů v závislosti na současné situaci, která se velmi často mění. Do této kategorie můžeme zařadit například staniční sestry, jež si vedou či řídí svojí stanici, vedoucí lékaře či vedoucí pracovníci nějakého úseku (Blažek, 2014).

Odměňování je jedním z důležitých úkolů, které mají na starost operativní manažeři. Samozřejmě záleží na přístupu organizace k odměňování pracovníku. Může se jednat o pozitivní způsob motivace, tedy odměňování svých pracovníků za dobře odvedenou práci nebo odměnu za návrh inovace oddělení. Další možností je negativní způsob hodnocení. To vzniká většinou při špatně odváděné práci. Projeví se například regulací bonusové složky platu (Gladkij et al., 2003).

Druhou úroveň tvoří manažeři střední úrovně neboli „middle management.“ Velmi často užívaným pojmem je taktická úroveň vedení podniku. Tito manažeři mimo jiné koordinují výkonně operativní činnosti a zabývají se převážně získáváním a předáváním informací a střednědobým plánováním cílů organizace. Střednědobé plánování se uskutečňuje v rozmezí několika měsíců až jednoho roku nebo dvou let v závislosti na stylu vedení. Do této kategorie řadíme vrchní sestry nebo primáře oddělení. Pověření zástupci mají schopnost koordinovat prvky koncepčního a operativního rázu, navíc se umějí dobře orientovat v mezilidských vztazích (Blažek, 2014).

Poslední, tedy třetí linii tvoří vrcholový management. Někdy označen jako „top management“. Management tvoří strategickou úroveň řízení podniku. Jedná se o špičkové pracovníky, kteří se pohybují na vrcholu manažerské pyramidy. Tito zaměstnanci věnují veškeré úsilí především na vize, koncepcie a strategické plánování dané instituce. Zpravidla přebírají největší zodpovědnost. Věnují se dlouhodobému plánování rozvoje instituce. Plánování nákupu nových nástrojů nebo zařízení, rozšíření nebo regulaci oddělení, plánování rozpočtu v rámci dvou až pěti let. K těmto manažerům patří ředitelé nemocnic, náměstkyně či náměstek ošetrovatelské péče nebo hlavní sestry. Od těchto manažerů se očekávají především velmi dobré schopnosti a dovednosti v oblastech managementu, zejména uplatní-li charisma (Blažek, 2014).

Je důležité zmínit, že pokud se jedná o menší instituce s nízkými počty zaměstnanců, nevzniká v dané organizaci střední úroveň managementu, někdy také označovaná jako strategická a její povinnosti přebírá částečně vrcholový a operativní management (Gladkij et al., 2003).

Bez ohledu na to, jaké úkoly zrovna manažer plní, vždy pracuje v rámci určitého časového plánu (time-management) a je opravdu velmi důležité, aby i přes všechna zatížení, byl schopen efektivně a kvalitně komunikovat se svým pracovním týmem.

Schopnost komunikovat se řadí mezi společenské schopnosti manažera, kdežto plánování času a činností spíše mezi schopnosti technického rázu (Cejthamr, Dědina, 2010).

Jednou z možností, jak obecně rozdělit komunikaci ve zdravotnictví uvádí Hekelová (2012). Komunikaci můžeme rozdělit do třech skupin. Do první skupiny řadíme interní komunikaci. Lépe řečeno komunikaci mezi kolegy. Druhá kategorie zahrnuje komunikaci s klienty zdravotnických zařízení tedy komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, případně jejich rodinnými příslušníky, která bývá obvykle nejnáročnější. Třetí skupinu tvoří externí komunikace. Do této kategorie řadíme dialogy vně zdravotnické instituce, tedy komunikaci s laickou veřejností, komunikaci s úřady a veřejnými institucemi či různými pojišťovacími společnostmi.

Každý vedoucí pracovník vykonává v rámci své role pět základních manažerských funkcí. Tyto klíčové funkce jsou často znázorněny pomocí kruhu, označovaného jako manažerský cyklus. Mezi základní aspekty tohoto cyklu patří: plánování, organizování, personální zajištění, vedení a kontrolování (Plevová, 2012).

Podle Plevové (2013) záleží volba aktuálního stylu vedení na dané situaci a mnoha dalších faktorech. Mezi nejdůležitější faktory patří osobnost manažera a jeho schopnost vést lidi. Vlastnosti podřízených pracovníků, charakter skupiny a vnější prostředí také ovlivňují práci vedoucího pracovníka. Základními rozdíly v jednotlivých stylech vedení jsou stupeň centralizace odpovědnosti, kterou na sebe manažer přebírá a volnost, kterou dává svým podřízeným.

Specchia et al. (2021) uvádí, že je možné rozdělit styly vedení do pěti kategorií. První kategorii tvoří transakční styl vedení. Druhou oblast zahrnuje inovativní styl vedení. Dále třetí kategorie, která zahrnuje autentický styl. V neposlední řadě situační nebo transformační styl vedení.

Transakční styl vedení upřednostňuje organizaci, kontrolu a výkon skupiny. Jak již zmiňuje název, podřízení chápou vzájemný vztah s vedoucím pracovníkem jako transakci neboli obchod. Zaměstnanec souhlasí s prováděním úkolů, které mu zaměstnavatel přidělí výměnou za pravidelný honorář. Komunikace mezi členy týmu v tomto stylu vedení je minimální. Hlavním způsobem motivace zaměstnanců jsou bonusy nebo srážky ze mzdy. Mezi charakteristické znaky transakčního vedení patří respekt k pravidlům, přesně určené pozice a vysoký stupeň kontroly vedoucím pracovníkem (Specchia et al., 2021).

V inovativním stylu vedení se klade největší důraz na inovativní myšlení a schopnosti přizpůsobit se nepředvídatelné situaci. Vedoucí pracovníci si často pokládají otázky „coby kdyby“ Zaměstnanci se nedrží zavedených standardů, pokud se projeví jako neefektivní. Je zde kladen velký důraz na samostatnost a přebrání odpovědnosti u podřízených pracovníků. Předními znaky tohoto stylu vedení mohou být především adaptabilita, vysoký stupeň efektivity týmu, samostatnost v rozhodování (WeinTraub et al. 2019).

Zajímavým stylem, který stojí za zmínku, je autentický pracovní styl. Vedoucí pracovník spoléhá na svoji schopnost komunikace. Dokáže přesvědčit lidi a naladit je na úkol, který je potřeba splnit. Pokud chce zdravotnické zařízení uplatňovat tento styl vedení, musí shromážďovat charismatické jedince se schopností přesvědčit lidi. Tento styl vedení je zaměřený na výborné schopnosti a komunikační dovednosti svých pracovníků. Důležitá je otevřenost. Mezi nevýhody patří častý nedostatek empatie a schopnost naslouchat. Vedoucí pracovník je zvyklý přesvědčovat lidi o své pravdě (Specchia et al., 2021).

Přínosným pro praxi je situační styl vedení. Tento styl dosazuje do role vedoucího pracovníka takového člověka, který je schopný adaptovat své chování podle stylu situace. Jedná se o kombinaci inovativního a transakčního stylu vedení. Úroveň podpory podřízených zaměstnanců závisí na jejich schopnosti zvládat přidělený úkol. U zkušeného zaměstnance je podpora manažera při výkonu práce minimální. Naopak nezkušenému, novému pracovníkovi poskytuje manažer důležité rady a snaží se ho motivovat k lepšímu výkonu. Tento styl se hojně využíval v době pandemie Covid-19, když bylo často zapotřebí reagovat na kritické změny (Nonailada et al., 2022).

Pro změnu v transformačním stylu vedení se vedoucí pracovník snaží zapojit své zaměstnance do plánovaných změn a získat tak i jejich zpětnou vazbu. Určitými aspekty se podobá charismatickému stylu vedení. Úkolem manažera je zapojit zaměstnance a vytvořit chuť sdílet společnou vizi. Rozdíl je ovšem zásadní. Zde vedoucí pracovník přijímá zpětnou vazbu od svých zaměstnanců a přihlíží při plánování k jejich požadavkům. Vytváří si tak přátelské prostředí a klidnou atmosféru na pracovišti (Specchia et al., 2021).

### ***1.2.1 Organizování***

Jednou ze základních manažerských činností je organizování. Jedná se o řídicí a výkonnou činnost probíhající v organizacích a je realizována v prostředí, které je

určitým způsobem uspořádáno (Hekelová, 2012). Mezi základní aspekty organizování patří koordinace, kooperace, tvorba útvarů, rozpětí řízení a dělba práce. Také lze zařadit stav nadřízenosti nebo podřízenosti, pravomoc a odpovědnost. Každý systém má svoji strukturu a vykazuje určité chování. Výsledkem organizování je organizace. Jedná se o strukturované, obvykle hierarchické rozložení celku do určitého systému, kde jsou stanoveny poměrně trvalejší vztahy mezi členy organizace (Blažek, 2014).

Pro řízení organizace je důležité rozpětí. Tedy, zda je struktura organizace více či méně rozsáhlá. Úzké rozpětí má přednost především v rychlé komunikaci mezi jednotlivými podřízenými a vedoucími. Mezi nevýhody lze řadit tendence vedoucích angažovat se přímo v práci či velký počet organizačních úrovní. Naopak široké rozpětí řízení má své výhody. Vedoucí pracovníci jsou nuceni delegovat pravomoci mezi své pracovníky. Také jsou nuceni používat jasné taktiky. Podřízení pracovníci jsou pečlivě vybíráni. Mezi slabiny širokého rozpětí řízení patří problém s přetížením vedoucích pracovníků. Ti pak mají tendence k odkládání rozhodnutí a hrozí nebezpečí, že ztratí přehled. Princip rozpětí je tedy závislý na struktuře organizace, ale také dovednostmi manažera a jeho interpersonálními kvalitami. Manažer by měl umět spolupracovat s týmem, rychle a efektivně řešit případné problémy. Jednou z klíčových schopností manažera je získat důvěru kolegů a nezbytnou dovedností také práce s time management (Holm-Petersen et al., 2017).

Cílem uspořádání organizace je rozložení úkolů mezi její členy a souběžné řízení jejich aktivit s cílem zajistit, že jsou směřovány k naplnění organizačních cílů (Plevová, 2013).

Formy založené na dělbě práce můžeme dále rozdělit do čtyř kategorií. První kategorií tvoří liniové organizační struktury. Ty jsou doplněny liniovými prvky a liniovými vazbami a patří mezi nejstarší typ útvarové struktury. Na tomto místě existuje pouze jeden zodpovědný vedoucí a vztahy mezi podřízenými a jejich nadřízenými jsou jasně dané. Vedoucí pracovník je komplexně zodpovědný za jím vedenou organizační jednotku. Hlavními výhodami této organizační formy jsou především jasné kompetence nebo dovednosti pro pracovníky, jednoduché vazby podřízený nadřízený, přehlednost a relativně krátké řetězce informačních vazeb (Plevová, 2013).

Druhým typem jsou tzv. funkcionální organizační struktury. Tyto více liniové struktury a problémy řeší dělbou práce v řízení. Tento typ je charakterizován funkčně specializovanými vedoucími, mnohostrannými vazbami a specializovanou pravomocí či

odpovědností. Mezi slabiny patří složitost a rozmanitost vazeb mezi jejími prvky a křížení kompetencí (Plevová, 2012).

V praxi pak dochází k tomu, že příkazy či pokyny, které výkonný pracovník dostává, jsou nekoordinované, často protichůdné a stávají se obtížné jak pro výkonného pracovníka, tak pro vedoucího pracovníka. Další kategorií tvoří liniově štábní organizační struktura, která vznikla kombinací liniové a funkcionální struktury. Každá složka má svůj nezastupitelný úkol. Jejím základem je liniová struktura, kterou tvoří liniové útvary. V čele každého z útvarů je liniový vedoucí, který daný útvar komplexně řídí. Na to, aby liniový vedoucí mohl toto řízení v praxi realizovat, pomáhá mu v tom odborný aparát, přesněji řečeno štáb (Blažek, 2014).

Poslední kategorií tvoří organizační struktura s pružnými prvky, tzv. maticová struktura. Ta vzniká v případech, kdy je liniově štábní struktura doplněna o další doplňkovou strukturu. Vybraní pracovníci a manažeři vytvářejí tým, který se zapojuje do specifického úkolu. Obvykle se jedná o jednorázové projekty. Po splnění úkolu se pracovníci opět vrací pod podřízenost vedoucích svých původních útvarů a doplňková struktura se ruší (Plevová, 2013).

### ***1.2.2 Organizování ve zdravotnických zařízeních***

Pokud bychom měli definovat strukturu organizace nemocnice, můžeme se setkat hned s několika typy struktury. Nejčastěji se setkáváme s funkcionální organizační strukturou, ve které dochází k prolínání a křížení příkazů jednotlivých vedoucích pracovníků, například manažer primář a manažerka vrchní sestra. Setkat se můžeme i s liniově štábní strukturou, kde štáb je v nemocnici tvořen například administrativním či právním oddělením, nebo poradci v oblasti kvality ošetrovatelské péče (Duchon, 2008).

Vytváření organizačních jednotek lze rozdělit i podle časových možností. Zejména pro zdravotnictví jsou typické dvanáctihodinové či osmihodinové směny. Každá nemocnice si reguluje předepsaný počet zaměstnanců podle typu oddělení a počtu lůžek. Struktura nemocnice, zejména vztahy nadřízenosti a podřízenosti jsou definovány v organizačním řádu, kterými se jednotlivé nemocnice řídí. Zdravotnická instituce svou organizační kulturu pravidelně aktualizují, aby co nejlépe splňovaly měnící se požadavky zřizovatele (Plevová, 2013).

### ***1.2.3 Týmová spolupráce***

Tým je označen jako skupina lidí, kteří pracují na dosažení společného cíle. Slovo tým, anglicky psané „team“ můžeme volně přeložit jako „společně všichni dosáhnou více.“ Tým vznikl jako složenina čtyř anglických slov- together, everybody, achieve, more Collins English Dictionary (© 2023).

V oboru medicíny či ošetrovatelství nelze, aby jednotlivec poskytoval komplexní péči jedincům, nebo aby osoba sama holisticky pečovala o nemocné. Cíle jako zachování co nejvyšší kvality života pacienta, obnova zdraví nebo podpora uzdravení v nemoci lze dosáhnout jen prostřednictvím spolupráce mezi jednotlivými odborníky (Bednář et al., 2013).

Každý profesionál zastává a zabezpečuje péči o jedince na úrovni své profese lékař, sestra, fyzioterapeut apod. Ti všichni mají hlavní společný cíl- zdraví jedince. Především proto je důležité uvědomit si, že se zvyšujícími se nároky na medicínskou i ošetrovatelskou péči se zdravotnictví bez kvalitního a efektivního multidisciplinárního týmu neobejde (Plevová, 2012).

Složení týmu je souhrn atributů jednotlivých členů dané skupiny. Ovlivňuje procesy a výstupy týmu v závislosti na povrchových a hloubkových strukturách (Bednář, et al., 2013).

Povrchová struktura je zpravidla jednoduše rozeznatelná. Zahrnuje například věk, rasu, disciplínu a jiné. Hloubková struktura zahrnuje psychologické vlastnosti daného člena týmu. Patří mezi ně například osobnost, způsob chování, charakter a jiné Mezi nejdůležitější vlastnosti z hloubkové struktury patří orientace v týmu, analýza a plánování, přizpůsobivost, vzájemné sledování výkonu a schopnost vést. To jsou atributy, bez kterých se jednotlivec ve zdravotnictví neobejde (Rosen, et al, 2018).

V praxi se můžeme setkat s různými typy týmů. Každý tým má své poslání a vyznačuje se rozdílnými způsoby práce. Například týmové pracoviště (oddělení nebo útvar stanice). Od těchto pracovníků se očekává, že v rámci jednoho útvaru spolu budou efektivně komunikovat, vzájemně si pomáhat či podporovat (Rosen, et al, 2018).

Hlavní úkol hraje vedoucí pracovník, který se snaží posilovat týmového ducha. Kvalitní manažer se zajímá o pohledy svých podřízených, diskutuje s nimi o důležitých věcích a motivuje své spolupracovníky k vzájemné podpoře. Další formou může být spolupráce



mezi směny. Zde je důležité, aby se údaje z jedné směny efektivně přenášely pracovníkům následující směny. Mezioborové nebo interdisciplinární týmy jsou složeny z odborníků různých specializací. Vrcholový tým sestává z vrcholových manažerů nebo členů představenstva. Tento tým má mimořádný úkol, snaží se společně plnit cíle a mise instituce (Ciemins, et al., 2016).

Důležitým bodem je i spolupráce s externími partnery. Zejména zdravotnická instituce v současnosti usilují o vytvoření dlouhodobých vztahů se svými dodavateli, zákazníky, partnery. Jedná se o hledání nových cest k uspokojování svých klientů postavených na vzájemné důvěře. Společný úkol je dosažen koordinovaným spojením snahy každého jednotlivce, což je podstata týmové práce. Existují dva druhy týmové práce součinnost a koordinace (Bělohlávek, 2008).

V oboru zdravotnictví se v týmu pracuje na základě odborné specializace a vzájemné domluvy, v podstatě zde neexistují vztahy podřízenosti nebo nadřízenosti. Každý člen má rovné postavení, spolupráce je přirozená a vedoucí se považuje za integračního odborníka. Týmy podporují rozvíjení spolupráce mezi lékaři a sestrami a ostatními nelékařskými pracovníky na základě rovnocenného partnerství. Zejména v terapeutických týmech má důležitý význam role sestry. Pomocí týmu dochází k prohlubování interdisciplinární spolupráce, zkracování délky hospitalizace a snížení nákladů (Ciemins, et al., 2016).

Ve fungujícím kolektivu si všichni členové uvědomují důležitost vzájemné součinnosti a závislosti, dosahují sdílených cílů prostřednictvím společné práce. Profesní vztahy patří mezi nejdůležitější aspekty atmosféry na pracovišti. Je nutné věnovat se týmové práci, podporovat komunikaci a spolupráci členů zdravotnického týmu. Cílem zdravotnického týmu je pomoci pacientovi dosáhnout jeho nejvyššího potenciálu, a to v co nejkratší době. Spolupráce v týmu je tedy klíčovým předpokladem pro efektivní lékařskou i ošetrovatelskou péči (Vévoda, 2013).

Bártlová (2006) charakterizuje atmosféru v pracovním prostředí jako zásadní aspekt při poskytování zdravotní péče. Ve své publikaci uvádí, že souhra mezi sestrou a lékařem v rámci zdravotnického týmu je nezbytná a jeden bez druhého nemůže efektivně fungovat. Lékař je závislý na práci sestry, a naopak sestra je závislá na práci lékaře. Lékař by měl zůstat odborníkem v medicínské oblasti a sestra zase v oblasti ošetrovatelské,

avšak vzájemně by se měli respektovat. Obecně lze konstatovat, že vyvážený vztah mezi sestrou a lékařem přispívá k lepší kvalitě poskytované péče (Bártlová, 2006).

K efektivní týmové práci musí být sestry i lékaři motivováni, především vzděláváním v této oblasti a podporovat kvalitní interpersonální vztahy na pracovišti. Výhody týmové spolupráce jsou následující. Každý člen ve zdravotnickém týmu, ať už sestra, lékař či ostatní zdravotničtí pracovníci v něm plní určitou roli. Společně pečují o pacienta. Členové si vzájemně mezi sebou předávají své dovednosti a zkušenosti. Týmová práce zvyšuje efektivitu práce, spojuje lidi, snaží se společně hledat řešení na vzniklé problémy (Ciemins, et al., 2016).

Práce v týmu učí dělat kompromisy, učí respektu a úctě k druhým. Poskytuje svým pracovníkům uznání, dává jim pocit, že někam patří. Pocit sounáležitosti zvyšuje svým zaměstnancům pracovní spokojenost a zvyšuje motivaci k práci, protože každý touží někam patřit, něco znamenat, a proto všichni společně pracují na dosažení společného cíle (Rosengarten, 2019).

Všechna aktivita v kolektivu by měla sloužit k dosažení stanovených cílů. Úspěšné zvládnutí cíle je vítězství pro všechny členy skupiny. Důležitým bodem pro vytváření soudržnosti týmu má komunikace mezi jejími členy. Profesionální komunikace sestry a lékaře je jedním ze základních předpokladů úspěšné týmové práce. Lékaři, sestry a další zdravotničtí pracovníci se v rámci plnění týmových úkolů dělí o získané informace o pacientovi. Práci v týmu také velmi ovlivňuje komunikace (Fekonja, et al., 2022).

Důvěra je klíčovým faktorem, který napomáhá k aktivitě a růstu týmu pracovníků ve zdravotnictví. Od členů se očekává, že pochopí individuální schopnosti svých kolegů, uznají vlastní nedostatky, budou sdělovat informace a upřednostní otevřený styl komunikace (Vévoda, 2013).

Tým je považován za skupinu jednotlivců, kteří se snaží dosáhnout stejného cíle díky spolupráci a sdílení znalostí. Ovšem aby docházelo k rozvoji týmu, musí v pravidelných intervalech docházet i k rozvoji jednotlivých členů skupiny (Ciemins, et al., 2016).

Především ve zdravotnictví je zapotřebí, aby znalosti sester i lékařů byly na co nejvyšší možné úrovni. Toho je možné docílit kontinuálním vzděláváním zaměstnanců a zajišťováním prostředků, které umožňují jejich rozvoj. Druhou složkou, o níž je nutné pečovat, tvoří sociální struktura daného týmu. Stejně jako vědomosti je nutné rozvíjet

i spolupráci mezi jednotlivými členy týmu tak, aby se jednotliví pracovníci cítili jako součást celku. To jim umožňuje lépe vykonávat svoji práci a usnadňuje komunikaci se svými kolegy (Sanjiv, et al, 2014).

Správným postupem vedoucího pracovníka je kontinuálně vytvářet přátelskou atmosféru, hledat společné zájmy a aktivity svých podřízených a zajišťovat rozvoj komunikace spolu se zabezpečením kvalitního vzdělání. Další možností jak podpořit socializaci i vzdělávání zdravotnických pracovníků je vytváření specializovaných týmů, které vznikají za účelem určení léčebného plánu. Mezi ně řadíme například ošetrovatelské, lékařské a multidisciplinární týmy (Sanjiv, et al, 2014).

Základní funkcí multidisciplinárních týmů je sestavení skupiny odborníků z různých odvětví zdravotnictví za účelem určení léčby daného pacienta. Díky zkušenostem, které každý pracovník do týmu přinese se tak zvyšuje šance na úspěšné vyléčení pacienta. Zároveň tak jednotliví členové týmu získávají příležitost učit se jeden od druhého a získat potřebný nadhled při budoucích diagnózách pacientů (Taberna, et al, 2020).

Součástí těchto týmů bývá zpravidla fyzioterapeut, dietolog, onkolog, psycholog, sociální pracovník, geriatr a jiní. Jedná se o neobyčejnou příležitost, jak získat nové zkušenosti, které poté může pracovník předávat svým kolegům a přispět tak k rozvoji týmu. Dalšími možnostmi, jak rozvíjet tým mohou být například videokonference, které díky rozvoji moderních technologií umožňují specialistům z celého světa sdílet své zkušenosti a vědomosti (Taberna, et al, 2020).

### **1.3 Kultura bezpečí ve zdravotnictví**

Kultura bezpečnosti pacientů je míra, do jaké kultura organizace podporuje a prosazuje bezpečnost pacientů. Týká se hodnot, přesvědčení, norem, které sdílejí zdravotníci a další zaměstnanci v celé organizaci a které ovlivňují jejich jednání a chování (Bartoníčková, et al., 2019). Kultura bezpečí je soubor postojů, hodnot, kompetencí a chování lidí organizace, kteří v ní pracují (Weaver, et al., 2013).

Odráží seznam hodnot, jež charakterizují danou organizaci z hlediska k přístupu k bezpečí zaměstnanců a pacientů (Bartoníčková, et al., 2019). Vyhodnocování kultury bezpečí musí probíhat na všech úrovních managementu, od liniových pracovníků až po vrcholový management. Mezi nejdůležitější funkce kultury bezpečí patří například pravidelné vyhodnocování rizik na pracovišti, neustálá snaha o jejich minimalizaci či úplné

odstranění, zajištění přátelského prostředí bez předsudků, možnosti hlášení nežádoucích událostí bez postihů, podpora spolupráce napříč odděleními a úrovněmi managementu, dále hledání způsobů zajištění absolutního bezpečí pacientů nebo také zajišťování zdrojů pro zajištění bezpečného prostředí pro všechny (Šupšáková, 2017).

Zdravotnická zařízení fungují jako komplexní celky, kde většina procesů je prováděna pracovníky zařízení. Samotné výkony pracovníka závisí na mnoha faktorech, jako jsou například povaha daného jedince, umístění v celku, oddělení, ve kterém pracují, chování spolupracovníků, dále odměnový systém, přístup vedoucího pracovníka, samotný pacient a jiné. Tyto faktory pomáhají určovat výkonnost a nasazení zaměstnance (Šupšáková, 2017).

Kultura bezpečí je jedním z hlavních elementů, jak zajistit bezpečné a kvalitní prostředí pro pacienta. Bezpečnostní kultura také napomáhá ke snižování mortality na lůžkových odděleních, zlepšuje hlášení nežádoucích událostí a zavádí standardy bezpečného chování v péči o pacienty. Jednou ze strategií, které je možné použít pro implementaci bezpečnostní kultury je například CUSP nebo také the Comprehensive Unit-Based Safety (komplexní bezpečnost na jednotce). Jedná se o program, který kombinuje výuku týmové strategie, pravidelného vzdělávání pracovníků a zavádění klinické evidence do praxe za účelem zajištění bezpečného prostředí (Smith, Flanders, 2014).

Metodu CUSP lze považovat jako soubor postupů skládající se z několika kroků. Prvním krokem je správné pochopení bezpečnostní kultury. Následuje vytvoření týmu, analýza dat, komunikace s týmem ohledně rizik a vytvoření krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých plánů. Pro lepší přehlednost, jsou kroky zobrazeny v příloze 2 (Paine, et al., 2011).

Na nastavení kultury bezpečí by se měl podílet celý management zdravotnického zařízení. Počínaje operativním managementem a končít vrcholovým managementem, který by měl celý proces zastřešovat a poskytovat prostředky na realizaci nových postupů. Mezi překážky pro implementaci této metody patří například spory mezi jednotlivými členy týmů, nedostatečná komunikace, dále málo času na provádění pracovních úkonů, nedostatečné sdílení informací, také nejednotný styl komunikace, nespecifikovaná role člena v týmu, konflikty mezi pracovníky a jiné (Bartoníčková et al., 2019).

Jednou z možností, jak těmto incidentům zamezit je evidence a následné zavádění preventivních opatření, které pomohou zabezpečit zdravotní stav pacientů. Není možné

očekávat od člověka bezchybnou práci ve stresovém prostředí. Navrhuje tedy umožnit jedinci takové pracovní podmínky, které nedovolují omyly, a říká, že jen tam mohou být jedinci bezchybní. To je možné pouze ve vyspělém zdravotnickém systému, který je schopný pružně reagovat na krizové situace a nehody. Následně je vyhodnocovat a zavádět do praxe preventivní opatření. K tomu je zapotřebí i fungující organizační struktura, kde jednotliví zdravotničtí pracovníci mezi sebou vzájemně spolupracují a mají kladné vztahy jak k práci, tak mezi sebou. Důležitá je zde role vedoucího pracovníka seniora, který má za úkol připravit inovační proces na oddělení (Armutlu, et al., 2020).

Nedílnou součástí toho je samozřejmě i produktivní vztah s pacientem, kde se ošetřovaný cítí jako by byl součástí dění a má možnost rozhodovat a spolupodílet se na vlastní léčbě. Díky tomu pacient spolupracuje a poskytuje zdravotníkům podstatné informace, které přispívají k tomu, aby správně vykonávali svoji práci. Samozřejmě nesmíme neopomenout i technické vybavení nemocnice. Léky musí být správně označeny, nástroje musí být správně vydesinfikovány a další. Všechny tyto faktory společně vytvářejí kulturu bezpečí, která má za úkol minimalizovat újmu způsobenou pacientům. (Shanahan, Cunningham, 2021).

Nejčastější problémy z hlediska bezpečí pacientů se řeší jak na mezinárodní úrovni, tak v rámci Evropské unie, i na území jednotlivých států. Schopnost státu finančně podporovat nemocnice a jiná zdravotnická zařízení v zavádění opatření za účelem zvýšení bezpečnosti poskytované péče ovšem také částečně ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb.

Například v České republice upřesňuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, Věstník MZ č. 13/2021 a Věstník č. 16/2015. Ty se věnují určení podmínek a minimálních požadavků, které je potřebné splnit, aby mohla fyzická nebo právnická osoba hodnotit bezpečnost a kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb (Věstník č. 16/2015, Věstník č. 13/2021).

Věstník č. 16/2015 i Věstník 13/2021 na základě ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. popisuje minimální požadavky, které musí zdravotnické zařízení splnit, aby mohlo zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Samotnou podstatou interního hodnocení by mělo být lokální sebekritické zhodnocení všech rizikových činností a objevení nejslabších míst. Mezi hodnocené kategorie bude nadále patřit bezpečná identifikace pacientů, bezpečnost při používání rizikových

léčivých přípravků, prevence pádů, prevence záměny pacienta a jiné. U každé kategorie jsou nadále určeny minimální požadavky pro splnění standardu (Věstník č. 16/2015, Věstník č. 13/2021).

### ***1.3.1 Nežádoucí události***

Situace, které měly nebo mohly mít za následek fyzické ublížení pacientovi a dost možná byli předvídatelné, se označují jako nechtěné neboli nežádoucí události (Azyabi, et al., 2021). Tyto události mohou zahrnovat také situace, kdy je pacient poškozen pouze na psychické nebo socioekonomické úrovni, jakož i případy, kdy je poškozen poskytovatel zdravotních služeb nebo zaměstnanec. Každá organizace by měla mít zpracovaný přehled správného a bezpečného chování na pracovišti, tak aby předcházela vzniku nehod, kde poškozenou stranou je zaměstnanec. Nadále by mělo pravidelně docházet k retrospektivním analýzám těchto rizik (Šupšáková, 2017).

Za nežádoucí události mohou být dále považovány také pracovní úrazy, neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta. V závislosti na vzniku těchto nežádoucích událostí mnohdy zdravotníky trápí stud, úzkost, strach a často i deprese. Tyto faktory nadále paralyzují daného pracovníka a brání mu ve výkonu své profese. Zároveň tyto pocity negativně ovlivňují kvalitu péče, kterou zdravotník pacientům poskytuje (Robertson, Long, 2018).

Sledování těchto nežádoucích událostí v klinické praxi, jejich incidence a vypořádání vychází z doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů (2009/C 151/01). Tento dokument vyzývá všechny členské státy Evropské Unie, aby zavedly nebo vylepšily strategie zvyšování bezpečnosti pacientů za využití kontroly a prevence.

Hlavními oblastmi, na které by se měly státy soustředit je systematické odstraňování rizik vzniku nežádoucích událostí ve všech zdravotnických zařízeních, za využití standartních systémů. Dalším důležitým aspektem systematické eradikace nežádoucích událostí je prevence přenášení infekcí spojených s poskytováním zdravotnické péče (Lipscomb, 2019).

Existuje mnoho nežádoucích událostí. Mezi základní typy můžeme zařadit například dekubitůs, výživu, pád, špatná medikace a jiné. Seznam nežádoucích událostí je uveden v příloze 3 (Pokorná, 2019).

### *1.3.2 Bezpečí pacientů*

Na základě Šupšákové (2017) bylo definováno osm základních pilířů vedoucí ke kontinuálnímu zlepšování v oblasti zajištění bezpečného prostředí pro pacienty. Patří mezi ně například schopnost vedoucích pracovníků zajistit a udržet kulturu bezpečí, vytvoření centralizovaného souboru preventivních opatření, navýšení investic do výzkumu, proškolení personálu v oblasti bezpečného prostředí, podpora pracovníků, spolupráce s pacienty a pravidelná inovace technologií. Pro lepší přehlednost jsou data zpracována v příloze 4.

Dle Tokarevy a Romana (2023) se situace v oblasti bezpečí pacientů zlepšuje. Na základě získaných statistických dat dochází v posledních pětadvaceti letech k stále menšímu počtu úmrtí a zranění pacientů v důsledku pochybení. Především v oblasti srdečních selhání, pneumonií či chirurgických zákroků. Částečně je to přisuzováno vývoji technologií a komunikaci, které napomáhají pracovníkům při výkonu jejich činnosti. I přesto stále dochází k nežádoucím událostem v oblasti péče o pacienty a je zapotřebí kontinuálního procesu, který vede k jejich minimalizaci. Zároveň autoři zdůrazňují, že je potřeba sdílet informace s pacienty, jejich rodinami a zabezpečit, aby měli všechna potřebná data. Často také dochází k pochybením na straně pacienta, kterým je potřeba také předcházet.

## **2 Cíle práce a hypotézy**

V diplomové práci s názvem „Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče“ bude výzkum rozdělen do dvou částí. V první části v rámci kvantitativního výzkumu bude vyhodnocena organizační kultura a stanoveny následující cíle a hypotézy.

### **2.1 Cíle práce:**

1. Vyhodnotit organizační kulturu na lůžkových odděleních vybraných nemocnic.
2. Vyhodnotit vliv organizační kultury na bezpečí pacientů.
3. Vyhodnotit kulturu bezpečí na lůžkových odděleních vybraných nemocnic.
4. Vyhodnotit kulturu bezpečí na kvalitu poskytované péče.

### **2.2 Hypotézy:**

H1: Spokojenost sester s prací se statisticky významně mění v závislosti na stylu řízení týmu vedoucím pracovníkem.

H2: Zájem sester o spolupráci v pracovním týmu se statisticky významně mění v závislosti na týmové komunikaci.

H3: Hodnocení stupně bezpečí pacientů sestrami se mění v závislosti na atmosféře na pracovišti.

H4: Hodnocení stupně bezpečí pacientů sestrami se mění v závislosti na týmové komunikaci.

### **2.3 Výzkumné otázky:**

1. Jakým způsobem je zajištěna bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče?
2. Jakým způsobem jsou monitorovány, hlášeny a analyzovány nežádoucí události?
3. Jakým způsobem management nemocnice podporuje bezpečnost pacientů?
4. Jakým způsobem ovlivňuje zavedení kultury bezpečí do klinické praxe kvalitu poskytované péče?



## 2.4 Operacionalizace stěžejních pojmů

Ve zdravotnických zařízeních hraje organizační kultura klíčovou roli, protože pomáhá ovlivňovat a zlepšovat výkonnost organizace. Jedná se o soubor vlastností, předpokladů, vzorců chování a adaptability sdílených určitou skupinou lidí, který byl převzat při řešení různých úskalí (Azzolini et al., 2017).

V rámci výzkumného šetření je organizační kultura vyhodnocována v deseti základních dimenzích. Organizační kultura je pro rozpoznání možných rizik či ohrožení, které by mohly pacienta poškodit, nezbytná. Z tohoto důvodu je velmi zásadní neustále se věnovat a posilovat týmového ducha, spolupráci, kooperaci a atmosféru na pracovišti. Kultura bezpečí je jeden z nejdůležitějších a v současné době velmi řešených indikátorů z hlediska kvality zdravotnické péče. Jedná se o souhrn pravidel, vlastností zdravotníků a jejich spolupráce, která mají zajistit bezpečí pacientů v době jejich hospitalizace. (Kurucová et al., 2022) Kultura bezpečí je vnímána z hlediska empirického výzkumu jako velmi důležitý aspekt při poskytování kvalitní zdravotnické péče a proto se stejně jako organizační kultura řadí mezi nezastupitelné místo právě ve zdravotnických institucích.

Stupeň bezpečí je z hlediska kvantitativního výzkumu chápan jako soubor několika dimenzí. Jako primární dimenze lze hodnotit vytíženost zaměstnanců, jejich seberozvoj a zajištění bezpečného prostředí pro pacienta z pohledu zdravotníka. Mezi sekundární dimenze lze zařadit například spolupráci, kooperaci, hlášení nežádoucích událostí, angažovanost managementu a jiné aspekty, které jsou součástí i organizační kultury a kvalitativního výzkumu.

### 3 Metodika

V empirické části bylo použito kombinované kvantitativně kvalitativní výzkumné šetření, technikou dotazování a hloubkových rozhovorů.

#### 3.1 Metoda kvantitativní části studie

V rámci kvantitativního šetření byla vyhodnocena organizační kultura sestrami pracujícími na lůžkových odděleních vybraných nemocnic. Osloveny byly celkem čtyři nemocnice Jihočeského kraje. Schválení výzkumného šetření managementem nemocnic je k dispozici u autorky práce. Přesné znění dotazníku je možné najít v příloze 5.

Dotazník je členěn do čtyř částí. Část A obsahuje identifikační údaje respondenta, tedy pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, oddělení, počet let praxe na dané pozici, celková délka ošetrovatelské praxe.

Část B obsahuje hodnocení organizační kultury dle standardizovaného dotazníku: „Dotazník sociálnej začlenenosti“ (Kollárik, 2011) v deseti dimenzích:

1. Psychologická atmosféra
2. Vztahy mezi členy týmu
3. Vřelost – rozvoj týmu
4. Sociální začlenění
5. Spokojenost
6. Kooperace
7. Komunikace
8. Styl řízení týmu
9. Vztah k práci
10. Zaměření na úspěch

Ve snaze umožnit respondentům, co nejlepší orientaci v dotazníku, hodnotily sestry každou oblast organizační kultury na 10-stupňové číselné škále. Číslo 10 vyjadřovalo maximálně příznivé a číslo 1 maximálně nepříznivé hodnocení příslušné oblasti organizační kultury. Čísla 2–9 tvořila mezistupně přechodu od maximálně příznivého hodnocení (číslo 10) po maximálně nepříznivé hodnocení (číslo 1). Čísla 5–6 vyjadřovala hodnoty přechodu od nepříznivého hodnocení (1–5) k příznivému hodnocení (6–10).

Část C obsahuje hodnocení kultury bezpečí v těchto oblastech: zajištění bezpečí pacientů, seberozvoj pro zaměstnance a vyčerpání zaměstnanců. Závěrečná část D se věnuje připomínkám, kde respondenti mají možnost vyjádřit své případné komentáře, připomínky, názory na jednotlivé otázky. Tato forma otázky je otevřená, nabízí tedy respondentovi možnost volně se k jednotlivým oblastem vyjádřit.

Dotazník byl plně dobrovolný a anonymní. Respondenti své odpovědi zaznamenávali písemně. Výzkumné šetření bylo realizováno v červnu 2023.

### **3.2 Metoda kvalitativní části výzkumu**

V rámci kvalitativní části výzkumu byly provedeny hloubkové rozhovory se sestrami pracujícími na lůžkových odděleních, JIP či ARO vybraných nemocnic jihočeského kraje, jelikož právě tento typ výzkumu umožňuje podrobnější zkoumání otázek k tématu. Velikost výzkumného vzorku byla dána teoretickou saturací dat. Jednalo se o předem připravené otázky, které se skládaly z 10 hlavních, nejdůležitějších otázek a poté z doplňujících otázek. Počet doplňujících otázek se pro každou otázku a informanta lišil. Výzkumné šetření proběhlo v červnu 2023 a bylo zcela anonymní. Informanti byli předem vybráni a osloveni pro účast na tomto výzkumném šetření a ujištění, že získané informace budou sloužit pouze ke zpracování praktické části této diplomové práce. Docházelo tedy k oslovení hlavních sester či náměstkyň ošetrovatelské péče vybraných jihočeských nemocnic, které následně oslovily vrchní sestry, staniční sestry, sestry na JIP nebo ARO či sestry na lůžkových odděleních standartního typu. Během kvalitativního výzkumu se data zaznamenávaly pomocí mobilního zařízení a jeho možnosti nahrávání. S nahráváním dat byli informanti předem srozuměni a rozhovory probíhali za jejich souhlasu. Následně docházelo k doslovnému přepisu výpovědí. Získané výsledky byly nadále zpracovány za použití kódování dat. Tato data byla následně rozdělena do kategorií a subkategorií v závislosti na uvedených cílech odborné práce.

### **3.3 Statistické zpracování dat**

Statistické analýzy byly zpracovány za použití statistických metod IBM SPSS verze 28,0 (Statistical Package for Social Science). Bylo provedeno statistické testování hypotéz na základě Spearmanovy neparametrické korelace. Hodnoty korelačního koeficientu –  $r$  mohou dosahovat hodnot  $(-1, 1)$ , kde kladné hodnoty představují přímou úměrnost, tedy že změna jedné veličiny pozitivně ovlivňuje výsledek druhé, a záporné hodnoty

představují nepřímou úměrnost, tedy že změna jedné hodnoty negativně ovlivňuje výsledek druhé.

### **3.4 Charakteristika kvantitativního výzkumného souboru**

Výzkumné šetření probíhalo v jihočeských nemocnicích. Osloveny byly celkem 4 nemocnice Nemocnice České Budějovice a. s., Nemocnice Písek a. s., Nemocnice Tábor a. s., Nemocnice Strakonice a. s. Výzkumy ve všech nemocnicích byly schváleny hlavními sestrami či náměstkyněmi/ náměstkyněmi ošetrovatelské péče, které jsou k dispozici u autorky práce.

Pro výzkumné šetření byly osloveny sestry pracující na lůžkových odděleních standardního typu jihočeských nemocnic (205 respondentů). Výzkumný soubor byl záměrný. Do výzkumného šetření se zapojily sestry z interního oddělení (90 respondentů), sestry z chirurgického oddělení (46 respondentů) a sestry z dětského oddělení (69 respondentů).

Rozdáno bylo celkem 250 dotazníků s cílem získat na zpět co největší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Vraceno bylo právě 205 dotazníků (100%). Návratnost tedy činila 82 %.

### **3.5 Charakteristika kvalitativního výzkumného souboru**

Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí hloubkových rozhovorů se sestrami pracujícími na lůžkových odděleních, JIP či ARO vybraných nemocnic jihočeského kraje. Rozhovory probíhaly celkem ve 4 nemocnicích. Nemocnice České Budějovice a. s., Nemocnice Písek a. s., Nemocnice Strakonice a. s. a Nemocnice Tábor a. s. Velikost výzkumného vzorku byla dána teoretickou saturací dat. Jednalo se o předem připravené otázky, které se skládaly z 10 hlavních, nejdůležitějších otázek a poté z doplňujících otázek. Počet doplňujících otázek se měnil v závislosti na průběhu rozhovoru. Dotazníkové šetření bylo cíleno na vrchní sestry, staniční sestry, sestry na JIP nebo ARO či sestry na lůžkových odděleních standardního typu.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumné studie

Výsledky výzkumného šetření jsou seřazeny podle jednotlivých dimenzí organizační kultury, které korespondují s otázkami v dotazníku.

**Tabulka 1 Pohlaví respondentů**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Muž	8	3,9
Žena	197	96,1
Celkem	205	100,0

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu 205 respondentů (100 %) je kategorie muž zastoupena ve 3,9 % (8 respondentů), převážná většina respondentů tedy tvoří ženy 96,1 % (197 respondentů). Nebylo by proto objektivní zkoumat získaná data v závislosti na poměru pohlaví, jelikož z mužské populace nebyl nasbíráán dostatečný vzorek respondentů (tab. 1).

**Tabulka 2 Věk respondentů**

	N	Min	Max	Modus	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
<b>Věk</b>	205	19	63	35	39	39,2	11,3

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu 205 respondentů (100 %) se pohybuje nejnižší věk u dotazovaných respondentů 19 let a nejstarší věk 63 let. Průměrný věk respondentů je  $39,2 \pm 11,3$  let (tab. 2).

**Tabulka 3 Počet respondentů podle oddělení**

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Dětské oddělení	69	33,7
Chirurgické oddělení	46	22,4
Interní oddělení	90	43,9
Celkem	205	100,0

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu respondentů 205 (100 %) tvoří nejpočetnější skupinu sestry pracující na interním oddělení 43,9 % (90 respondentů), poté na dětském oddělení 33,7 %

(69 respondentů) a nejméně zastoupenou kategorií jsou sestry pracující na chirurgickém oddělení 22,4 % (46 respondentů), (tab. 3).

**Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Středoškolské	127	62,0
Vyšší odborné	22	10,7
Vysokoškolské	56	27,3
Celkem	205	100,0

*Zdroje: vlastní zpracování*

Podle nejvyššího dokončeného vzdělání sester je nejvíce zastoupená kategorie SZŠ, tedy středoškolské zdravotnické vzdělání s maturitou v 62,0 % (127 respondentů). Dále vysokoškolsky vzdělané sestry 27,3 % (56 respondentů) a poslední kategorií tvoří VOŠ neboli vyšší odborné vzdělání sester 10,7 % (22 respondentů), (tab. 4).

**Tabulka 5 Délka praxe na současném oddělení**

	N	Min	Max	Modus	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
<b>Praxe v letech</b>	205	1	40	1	8	11,1	10,8

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu respondentů (205) lze určit počet odpracovaných let neboli praxe na dané pozici a vyhodnotit tak minimum - tedy 1 rok praxe a maximum- tedy 40 let. Průměrná délka praxe činila v době výzkumu  $11,1 \pm 10,8$  let (tab. 5).

**Tabulka 6 Celková délka praxe**

	N	Min	Max	Modus	Medián	Průměr	Směrodatná odchylka
<b>Praxe v letech</b>	205	1	44	10	14	16,6	11,7

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu 205 respondentů tvoří celková délka ošetrovatelské praxe minimum praxe 1 rok a maximum 44 let. Průměrná hodnota ošetrovatelské praxe byla v době výzkumu  $16,6 \pm 11,7$  let (tab. 6).

**Tabulka 7 Organizační kultura - "Psychologická atmosféra"**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
V týmu vládne dobrá, přátelská, otevřená atmosféra, je tu příjemná nálada, vzájemné respektování se, důvěra a podpora, dominují pozitivní emocionální vztahy					V týmu vládne chladná a nedůvěřivá atmosféra, lidé jsou k sobě zdrženliví, je tu nevhodná nálada, vzájemné nerespektování se, dominují negativní emocionální vztahy				
<b>Absolutní četnost</b>					186				
<b>Relativní četnost (%)</b>					90,7				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					19				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					9,3				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Jak je možné vidět v tabulce 7, byla dimenze „Psychologická atmosféra“ hodnocena převážně pozitivně. Pouze 19 respondentů z 205 dotázaných hodnotilo tuto dimenzi negativním hodnocením, tedy 1 až 5 body. Naopak 186 respondentů ohodnotilo psychologickou atmosféru pozitivním hodnocením, tedy počtem bodů 6 až 10. Je tedy možné tvrdit, že 90,7 % dotázaných sester z lůžkových oddělení smýšlí o psychologické atmosféře v týmu jako o otevřené, příjemné, důvěryhodné, kde dominují pozitivní emocionální vztahy (tab. 7).

**Tabulka 8 Organizační kultura – „Vztahy mezi členy týmu“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Mezi pracovníky vládne upřímnost a uvolněnost, vzájemné porozumění, tolerance zájem o spolupracovníky pozitivní vzájemné vztahy a vazby					V týmu vládne napětí, rozpory, nedorozumění, konflikty, spory, nezájem o spolupracovníky, mezilidské vztahy jsou problémové, negativní				
<b>Absolutní četnost</b>					183				
<b>Relativní četnost (%)</b>					89,3				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					22				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					10,7				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Na základě tabulky 8 lze konstatovat, že 10,7 %, tedy 22, respondentů hodnotí vztahy mezi členy týmu na pracovišti negativním hodnocením, tedy body od 1 do 5. Naopak celkem 183 respondentů z 205, celkem 89,3 %, hodnotilo vztahy na pracovišti pozitivním hodnocením, tedy na stupnici od 6 do 10. Převážná většina pracovníků, tak hodnotí mezilidské vztahy v týmu jako upřímné a tolerantní, kde pracovníci mají zájem jeden o druhého a rozumí si (tab. 8).

**Tabulka 9 Organizační kultura – „Vřelost, rozvoj týmu“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Je to zralý, sociálně i pracovně rozvinutý tým, vládne v něm pocit sounáležitosti, soulad formálních i neformálních vztahů, schopnost sebereflexe a sebeřízení					Difúzní, nesjednocená skupina, vládne v ní vzájemná zdrženlivost, neujasněné vztahy, tým existuje jen formálně, neschopnost sebereflexe a sebeřízení				
<b>Absolutní četnost</b>					179				
<b>Relativní četnost (%)</b>					87,3				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					26				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					12,7				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Do určité míry, jsou kritéria hodnocení této dimenze podobná jako u dimenze „Vztahy mezi členy týmu“. Z tabulky 9 je možné vyčíst, že 12,7 % respondentů, tedy 26 sester, hodnotí vřelost, rozvoj týmu negativním hodnocením, tedy na stupnici od 1 do 5. Naopak 179 respondentů hodnotí tým jako pracovně i sociálně rozvinutý, kde vládne pocit sounáležitosti a neformálních vztahů, tedy bodovým hodnocením 6 až 10 (tab. 9).

**Tabulka 10 Organizační kultura – „Sociální začleněnost“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká orientace na sociální vztahy, formy prosociálního chování, otevřenost k vztahům, vzájemný takt a respektování se, dobrá začleněnost pracovníků do týmu					Nízká orientace na sociální vztahy, neochota akceptování druhých, nerespektování se, netolerance, nevyzrálост vzájemných vazeb, chladné a složité vztahy				
<b>Absolutní četnost</b>					180				
<b>Relativní četnost (%)</b>					87,8				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					25				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					12,2				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Na základě dat získaných z tabulky 10 lze tvrdit, že 25 respondentů, tedy 12,2 %, hodnotí sociální začleněnost v týmu jako negativní, tedy na bodové stupnici 1 až 5. Naopak kladně, tedy na stupnici 6 až 10, hodnotí tuto dimenzi celkem 180 sester (87,8 %), (tab. 10).



**Tabulka 11 Organizační kultura – „Spokojenost“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká spokojenost pracovníků i celého týmu, pozitivní vyrovnávání se se stavem v týmu, možnosti a podmínky pro uspokojení členů týmu					Vysoká nespokojenost pracovníků, subjektivní nevyrovnanost so stavem v týmu, v týmu nejsou možnosti a podmínky pro uspokojení členů týmu				
<b>Absolutní četnost</b>					178				
<b>Relativní četnost (%)</b>					86,8				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					27				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					13,2				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Jak je možné vidět v tabulce 11, byla dimenze „Spokojenost“ hodnocena převážně pozitivně. Pouze 27 respondentů z 205 dotázaných hodnotilo tuto dimenzi negativním hodnocením, tedy 1 až 5 body. Naopak 178 respondentů ohodnotilo psychologickou atmosféru pozitivním hodnocením, tedy počtem bodů 6 až 10. Je tedy možné tvrdit, že 86,8 % dotázaných sester z lůžkových oddělení, jsou spokojené se stavem na pracovišti a nacházejí podmínky pro uspokojení členů týmu (tab. 11).

**Tabulka 12 Organizační kultura – „Kooperace“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká schopnost a ochota členů týmu kooperovat, dobré podmínky a zájem pracovníků o spolupráci v týmu i o vztahy se spolupracovníky					Nízká schopnost a ochota členů týmu kooperovat, v týmu nejsou podmínky pro spolupráci, převládá individualismus v pracovním i sociálním působení				
<b>Absolutní četnost</b>					188				
<b>Relativní četnost (%)</b>					91,7				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					17				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					8,3				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Dimenze týmové kooperace se z hlediska pozitivního hodnocení řadí mezi jednu z nejlépe hodnocených. Je z toho patrné, že zdravotničtí pracovníci si uvědomují, jak důležitá je kooperace mezi členy týmu. Tento faktor patří mezi nejdůležitější, co se zajištění bezpečí pacienta na lůžkových odděleních týče. Méně než 10 % dotázaných, přesně 17 respondentů (8,3 %), hodnotí kooperaci v týmu negativně, tedy 1 až 5 body. Naopak 188 respondentů hodnotí tuto dimenzi pozitivně, tedy na bodové škále 6 až 10 (tab. 12)

**Tabulka 13 Organizační kultura – „Komunikace“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vhodný a stabilizovaný systém komunikace v týmu, otevřenost k poskytování i přijímání informací, zapojení všech členů týmu do komunikace					Nevhodný a nestabilizovaný systém komunikace v týmu, nezájem členů týmu o poskytování i přijímání informací, nejasná struktura komunikace				
<b>Absolutní četnost</b>					<b>Absolutní četnost</b>				
185					20				
<b>Relativní četnost (%)</b>					<b>Relativní četnost (%)</b>				
90,2					9,8				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Celkem 20 sester ohodnotilo tuto dimenzi negativně (9,8 %). Naopak 185 dotázaných hodnotí komunikaci v týmu 6 body a výše, tedy pozitivně (90,2 %), (tab. 13).

**Tabulka 14 Organizační kultura – „Styl řízení týmu“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Styl orientovaný na lidi, formování dobrých mezilidských vztahů, manažer je psychologicky začleněn do týmu, vytváří dobrou atmosféru a spokojnost členů týmu					Styl orientovaný na výsledný efekt práce, aplikuje formální přístup k pracovníkům, nevytváří psychologické vazby, nevěnuje pozornost vztahům v týmu				
<b>Absolutní četnost</b>					<b>Absolutní četnost</b>				
175					30				
<b>Relativní četnost (%)</b>					<b>Relativní četnost (%)</b>				
85,4					14,6				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Na základě odpovědí respondentů se jedná o jednu z nejhůře hodnocených dimenzí v oblasti organizační kultury. 14,6 % respondentů je hodnotí negativně, tedy 1 až 5 body, současný styl vedení týmu nebo současného vedoucího pracovníka. Pozitivně hodnotí styl řízení týmu na daném pracovišti celkem 175 respondentů, tedy 85,4 % ze všech dotázaných (tab. 14).

**Tabulka 15 Organizační kultura – „Vztah k práci“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Pozitivní vztah a postoj k práci, silná pozitivní motivace pracovníků, pracovní nadšení, ochota a zájem investovat čas i námahu do práce					Negativní vztah a postoj k práci, nedostatek motivace k práci, nezájem o pracovní problémy a výsledky, pracovníci nejsou ochotní angažovat se v oblasti práce				
<b>Absolutní četnost</b>					184				
<b>Relativní četnost (%)</b>					89,8				
<b>Absolutní četnost</b>					21				
<b>Relativní četnost (%)</b>					10,2				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

V tabulce 15 je možné vidět, že 184 respondentů, tedy 89,8 %, hodnotí vztah k práci pozitivním hodnocením na vyobrazené bodové škále. Zbýlých 21 dotázaných hodnotí tuto dimenzi negativně (10,2 %), (tab. 15).

**Tabulka 16 Organizační kultura – „Zaměření na úspěch“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
V týmu je vysoká aktuální potřeba být úspěšnými, silná zaangažovanost na plnění úkolů, vysoký pocit zodpovědnosti za úspěšnost, schopnost „vyburcování se“ k výkonu					V týmu absentuje potřeba být úspěšnými, nezaangažovanost pracovníků na úspěšnosti týmu, potlačování aktivity a iniciativy v týmu, nízká zodpovědnost za neúspěch				
<b>Absolutní četnost</b>					188				
<b>Relativní četnost (%)</b>					91,7				
<b>Absolutní četnost</b>					17				
<b>Relativní četnost (%)</b>					8,3				

*Zdroj: vlastní zpracování, upraveno dle Kollárika (2011)*

Pouze 8,3 % sester hodnotilo tuto dimenzi negativně, tedy méně než 6 body. Většina 91,7 % sester je vysoce zaangažovaná na plnění pracovních cílů (tab. 16).

**Tabulka 17 Vyhodnocení organizační kultury (N- 205)**

<b>Dimenze</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Modus</b>	<b>Medián</b>	<b>Průměr</b>	<b>Směr. od.</b>
Psychologická atmosféra	1	10	8	8	7,8	1,8
Vztahy mezi členy týmu	1	10	8	8	7,5	1,8
Vřelost - rozvoj týmu	1	10	8	8	7,6	1,7
Sociální začlenění	1	10	9	8	7,6	1,6
Spokojenost	1	10	8	8	7,4	1,8
Kooperace	1	10	8	8	7,6	1,6
Komunikace	1	10	9	8	7,6	1,8
Styl řízení týmu	1	10	7	8	7,4	1,9
Vztah k práci	1	10	8	8	7,6	1,6
Zaměření na úspěch	1	10	6	8	7,5	1,6

*Zdroj: vlastní zpracování*

Organizační kultura byla vyhodnocena na základě 10 stupňové číselné škály. Číslo 10 vyjadřuje maximálně příznivé číslo a číslo 1 maximálně nepříznivé hodnocení příslušného oblasti organizační kultury. Celkový počet respondentů činil 205. Průměrné hodnoty se pohybují od 7,4 do 7,8 se směrodatnou odchylkou pohybující se od  $\pm 1,6$  až do  $\pm 1,9$ . Na základě určené stupnice, kde číslo 1 představuje nejméně příznivý výsledek a číslo 10 představuje maximálně příznivý výsledek, je možné konstatovat, že převážná většina sester v jihočeských nemocnicích je spokojena se současnou organizační kulturou na jejich odděleních. I přesto, že sestry jsou veskrze spokojené, k nejnižším výsledným hodnotám došlo paradoxně v dimenzi: Spokojenost, kde průměrná hodnota činí pouze  $7,4 \pm 1,8$  bodů a Styl řízení týmu, kde průměr činí  $7,4 \pm 1,9$ . Naopak nejvíce jsou sestry spokojené s psychologickou atmosférou v týmu, kde průměrná hodnota činí  $7,8 \pm 1,8$  bodů, druhou nejpříznivěji hodnocenou dimenzi je Vřelost – rozvoj týmu s průměrnou hodnotou  $7,6 \pm 1,7$  bodů (tab. 17).

**Tabulka 18 Kultura bezpečí – „Zajištění bezpečí pacientů“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Bezpečí pacientů na lůžkovém oddělení je maximálně zabezpečeno, nenastávají nežádoucí události a fungují preventivní opatření k zabránění vzniku nehody.					Preventivní opatření a reakční pravidla nefungují a bezpečí pacientů na lůžkovém oddělení není zajištěno způsobem, který by minimalizoval riziko vzniku nežádoucích událostí				
<b>Absolutní četnost</b>					190				
<b>Relativní četnost (%)</b>					92,7				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					15				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					7,3				

*Zdroj: vlastní zpracování*

Jak je možné vidět v tabulce 18 dimenze zajištění bezpečnosti pacientů je hodnocena velmi pozitivně. Pouze 15 respondentů z 205, což činí pouze 7,3 % dotázaných, hodnotilo zajištění bezpečnosti pacientů na jejich pracovišti 1 až 5 body. Naopak 190 respondentů z celkem 205 ohodnotilo zajištění bezpečnost pacientů na oddělení pozitivně, to znamená 6 body a více (92,7 %), (tab. 18).

**Tabulka 19 Kultura bezpečí – „Seberozvoj pro zaměstnance“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Zdravotní zařízení aktivně podporuje a umožňuje zaměstnancům další seberozvoj v oblasti poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům.					Zdravotní zařízení nevyžadují aktivní přístup zaměstnanců k seberozvoji a k sebevzdělávání. Zaměstnanci necítí dostatečnou angažovanost zaměstnavatele.				
<b>Absolutní četnost</b>					189				
<b>Relativní četnost (%)</b>					92,2				
					<b>Absolutní četnost</b>				
					16				
					<b>Relativní četnost (%)</b>				
					7,8				

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tato dimenze byla hodnocena velmi podobně jako dimenze zajištění bezpečí pacientů. Pouze 16 z 205 dotazovaných zdravotníků uvádí negativní hodnocení bodové škály od 1 do 5 (7,8 %). 189 respondentů uvedlo 6 a více bodů při hodnocení této dimenze (92,2 %), (tab. 19).

**Tabulka 20 Kultura bezpečí – „Vytíženost zaměstnanců“**

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Práce na lůžkových odděleních je v rámci směn rovnoměrně rozdělena mezi jednotlivé pracovníky a nedochází k přetěžování zaměstnanců.					Není dostatek zdravotnických pracovníků na pokrytí směn, náročnost práce narůstá a dochází k přetěžování zaměstnanců.				
<b>Absolutní četnost</b>				131	<b>Absolutní četnost</b>				74
<b>Relativní četnost (%)</b>				63,9	<b>Relativní četnost (%)</b>				36,1

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového počtu 205 oslovených sester (100 %) 74 z nich hodnotilo negativně úroveň pracovního vytížení, které jim vedení nemocnice ukládá (36,1 %). Naopak rovnoměrné vytížení pracovníků a nepřetěžování uvedlo 131 sester (63,9 %), (tab. 20).

**Tabulka 21 Celkové vyhodnocení kultury bezpečí (N = 205)**

Oblast	Min	Max	Modus	Medián	Průměr	Směr. od.
Zajištění bezpečnosti pacientů	1	10	9	9	8,3	1,7
Seberozvoj pro zaměstnance	1	10	9	9	8,1	1,6
Vytíženost zaměstnanců	1	10	9	7	6,3	2,7

*Zdroj: vlastní zpracování*

Kultura bezpečí je vyhodnocena ve třech kategoriích. Zajištění bezpečnosti pacientů, seberozvoj pro zaměstnance a vytíženost zaměstnanců. Kultura bezpečí byla vyhodnocena na základě 10- stupňové číselné škály. Číslo 10 vyjadřuje maximálně příznivé číslo a číslo 1 maximálně nepříznivé hodnocení příslušného znaku týmu. Celkový počet respondentů byl 205. Nejčastěji vyskytovanou hodnotou u všech tří dimenzí bylo číslo 9. Průměrná hodnota u dimenze zajištění bezpečnosti pacientů byla  $8,3 \pm 1,7$ , průměrná hodnota u dimenze seberozvoj pro zaměstnance byla  $8,1 \pm 1,6$ . Průměrná hodnota u dimenze vytíženost zaměstnanců byla  $6,3 \pm 2,7$  (tab. 21).

**Tabulka 22 Statistické testování hypotéz**

Hypotézy		r	p
<b>H1</b>	Spokojenost sester s prací se statisticky významně mění v závislosti na stylu řízení týmu vedoucím pracovníkem.	0,676	<0,001
<b>H2</b>	Zájem sester o spolupráci v pracovním týmu se statisticky významně mění v závislosti na týmové komunikaci.	<b>0,761</b>	<0,001
<b>H3</b>	Hodnocení stupně bezpečí pacientů sestrami se mění v závislosti na atmosféře na pracovišti.	0,429	<0,001
<b>H4</b>	Hodnocení stupně bezpečí pacientů sestrami se mění v závislosti na týmové komunikaci.	0,508	<0,001

*Poznámka: hypotézy byly testovány dle Spearmanova neparametrické korelace; p hodnota významnosti, r - korelační koeficient*

Všechny čtyři hypotézy byly potvrzeny ( $p < 0,001$ ). Mezi sledovanými proměnnými byla zjištěna pozitivní korelace. Spokojenost sester se zvyšovala s kladným hodnocením vedení pracovního týmu. S lepší týmovou komunikací se prohlubovala spolupráce v pracovním týmu. Hodnocení bezpečnosti pacientů se zvyšovalo s kladným hodnocením týmové komunikace a s lepší atmosférou na pracovišti. Nejsilnější vztah byl potvrzen mezi týmovou komunikací a spoluprací v pracovním týmu ( $r = 0,761$ , silný vztah), (tab. 22).

#### **4.2 Výsledky kvalitativní části výzkumné studie**

Výsledky kvalitativního výzkumu byly rozděleny celkem do čtyř kategorií. První kategorie se zabývá zajištěním bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče. Druhou kategorií tvoří monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí. Třetí kategorie se zabývá managementem nemocnice, jak podporuje bezpečnost pacientů. Poslední, tedy čtvrtá kategorie se zabývá, kulturou bezpečí v klinické praxi a kvalitou poskytované péče.

Tyto kategorie byly následně rozděleny do dalších jedenácti subkategorií, které byly za pomoci kódování zanalyzovány a zpracovány na základě provedených hloubkových rozhovorů se sestrami.

Jedná se tedy o čtyři kategorie, mezi které řadíme zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče, monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí, dále vliv managementu nemocnice na podporu bezpečí pacientů a vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče.

### **Kategorie 1: Zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče**

Subkategorie 1: Oblast vnímání stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky

Subkategorie 2: Kontinuální zvyšování bezpečí pacientů

Subkategorie 3: Otevřená komunikace o bezpečnosti péče a zpětná vazba o pochybeních

### **Kategorie 2: Monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí**

Subkategorie 1: Preventivní opatření zabraňující vzniku nežádoucích událostí

Subkategorie 2: Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Subkategorie 3: Odpověď managementu na hlášení nežádoucích událostí

### **Kategorie 3: Vliv managementu nemocnice na podporu bezpečí pacientů**

Subkategorie 1: Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu nemocnice

Subkategorie 2: Zajištění sebezvoje pro zaměstnance

### **Kategorie 4: Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče**

Subkategorie 1: Způsoby zvyšování kvality poskytované péče

Subkategorie 2: Týmová spolupráce

Subkategorie 3: Komunikace v týmu



**Tabulka 23 Identifikační údaje komunikačních partnerek**

Sestra	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe	Pracovní pozice
S1	57	PSS- ARIP	38 let	Směnná sestra (JIP)
S2	46	Vysokoškolské Bc.	25 let	Vrchní sestra (ARO)
S3	52	Vysokoškolské Bc.	33 let	Staniční sestra (lůžka)
S4	38	Vysokoškolské Bc.	16 let	Vrchní sestra (lůžka)
S5	45	Všeobecná sestra	26 let	Směnná sestra (lůžka)
S6	35	Vysokoškolské Mgr.	10 let	Staniční sestra (ARO)
S7	36	PSS- ARIP	17 let	Směnná sestra (ARO)
S8	46	Vysokoškolské Mgr.	22 let	Vrchní sestra (JIP)
S9	59	PSS- ARIP	40 let	Staniční sestra (JIP)
S10	28	Vysokoškolské Bc.	9 let	Směnná sestra (JIP)
<b>Průměr</b>	44,2	-	23,6 let	-
<b>Směrodatná odchylka</b>	10,02	-	10,93 let	-

*Zdroj: vlastní zpracování*

Pro kvalitativní šetření bylo osloveno celkem 10 sester. Výzkumné šetření se týkalo sester vybraných jihočeských nemocnic, tedy vrchní sestry, staniční sestry, sestry na JIP nebo ARO či sestry na lůžkových odděleních standardního typu.

Z každé úrovně vedení byl osloven přibližně stejný počet sester, tedy vrchní sestry (3), staniční sestry (3), směnné sestry JIP (4). Dvě sestry měly vysokoškolské- magisterské vzdělání, čtyři sestry měly vysokoškolské- bakalářské vzdělání, čtyři sestry měly postgraduální specializační vzdělání. Nejmladší sestře bylo 28 let, nejstarší sestře 59 let. Průměrný věk dotazovaných sester byl 44,2 let  $\pm$  10,02 let. Nejkratší doba praxe byla 9 let, zatímco nejdelší dosáhla 40 let. Průměrná délka praxe činila 23,6  $\pm$  10,93 let (tab. 23)

#### **4.2.1 Kategorie 1: Zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče**

Kategorie zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče byla dále členěna do tří podkategorií: oblast vnímání stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky,

dále kontinuální zvyšování bezpečí pacientů a otevřená komunikace o bezpečnosti péče a zpětná vazba o pochybeních. Celá tato kategorie pojednává o způsobu vnímání bezpečnosti pacientů zdravotnickými pracovníky.

Je nutno podotknout, že jednotlivé odpovědi od dotazovaných komunikačních partnerek se liší podle toho, na kterém oddělení pracují.

K oblasti vnímání stupně bezpečí pacientů se vztahuje otázka z rozhovoru: „Jaká rizika hrozí pacientům na Vašem pracovišti?“

Většina oslovených sester odpověděla, že nejčastějším rizikem, které hrozí pacientům na jejich pracovišti, jsou pády. Jak zmiňuje S4 *„Jedna z nejčastějších nežádoucích událostí, která u nás hrozí, je pád, ale samozřejmě může hrozit jakékoliv riziko, máme občas i pacienty agresivní, takže je tam i riziko toho, že poškodí druhého pacienta, ale musím říct, že pády jsou asi nejčastější.“* S5 hodnotí pády pacientů také jako nejčastější riziko. *„Nejčastěji jsou to pády a druhým nejčastějším rizikem jsou dekubity, pak jsou samozřejmě i další rizika, mezi která můžeme zařadit například chybné podání léku pacientovi, záměna pacienta, ale u nás na oddělení se nejvíce objevují pády.“*

Sestra 3 považuje útěk pacienta z oddělení jako častou nežádoucí událost. *„Na našem oddělení je asi nejčastější nežádoucí událost, která se vyazuje vlastně nepovolené opuštění stanice nebo oddělení pacientem a jeho nespolupráce, případně nějaká agrese ze strany pacienta a na třetím místě asi pády.“*

Také S7 uvádí jiné riziko, které může hrozit pacientům: *„U nás nejčastější riziko by mohlo být nějaké sebepoškození toho pacienta při probouzení z umělého spánku, protože tyto pacienti jsou zmatení a nechápou, proč jsou napojeni na tolik různých hadiček a než vyprchají všechny ty látky, kterými byli uspaní, tak se může stát, že si vytrhnou například centrální žilní katetr, nebo když jsou zaintubováni, budí se před extubací, tak třeba mají tendenci si tahat za endotracheální kanylu. To si myslím, že je asi největší problém pro naše pacienty.“*

Na základě získaných odpovědí je možné tvrdit, že nejčastějším rizikem, které pacientům na oddělení hrozí, jsou pády. Jednotlivá rizika se liší v závislosti na druhu oddělení například na oddělení ARO je nejčastějším rizikem sebepoškození pacienta, například při probouzení z umělého spánku. Naopak na většině oddělení hrozí společná rizika, mezi která můžeme zařadit chybné podání léku či proleženiny.

Do subkategorie „Kontinuální zvyšování bezpečí pacientů“ patří otázka z rozhovoru:

„Jaká preventivní opatření, zabraňující vzniku nežádoucí události (selhání, omylů) máte v procesech péče stanoveny?“

S5 uvádí *„Tak samozřejmě je to poučení pacienta o režimu na oddělení.“*, které S3 doplnila o další preventivní opatření: *„Hodnotí se stupeň soběstačnosti pacientů, takže když je pak pacient ve větším riziku pádu, tak samozřejmě preventivní opatření děláme, například využíváme postranice, pomocná zařízení lůžka a podobně.“*

Většina z uvedených sester se shoduje (S1, S10, S5, S9), že mají i barevně označené identifikační náramky u pacientů, kterým hrozí nějaké riziko, ale to se v jednotlivých nemocnicích a na různých odděleních liší. Například S4 tvrdí, že na jejich oddělení to funguje následovně: *„Červená barva označuje pacienta, kterému hrozí riziko pádu. Operanti mají bílý náramek. Žluté označení pacienta pak ukazuje, že se jedná o pacienty, kteří přišli na konzervativní terapii.“* Sestry se shodují také v tom, že barevné označení je dobrý ukazatel pro následující směnu, která pacienta zase tak dobře nezná a hned díky tomu vidí, že je pacient rizikový. Jak říká S9: *„Musíme provádět aktivní a pasivní identifikaci pacienta, aby nedocházelo například jejich k záměnám, sestra se nesmí ptát pouze „jmenujete se tak a tak“, ale „jak se jmenujete, kdy jste se narodil“, pak pasivně zkontrolujeme náramek na ruce pacienta.“*

S2 uvádí: *„Do preventivních opatření bych řekla, že je důležité zařadit hlavně správně nastavený adaptační proces, protože selhání bývají nejčastěji u profesně mladších kolegyně. Další z preventivních opatření je i vzájemná kontrola, respektive vzájemná opakovaná kontrola, třeba tím, že si sestry nahlas opakují správnou dávku léku u pacienta.“*

Z uvedených odpovědí lze konstatovat, že zdravotničtí pracovníci dbají na kontinuální zvyšování bezpečnosti pacientů. Snaží se pacienta například poučit o režimu na oddělení. U svých pacientů hodnotí stupeň soběstačnosti, podle kterého pak určují riziko. Většina sester se shoduje, že je dobré rozlišovat pacienty barevně podle rizik. Zároveň doporučují používat aktivní identifikaci v podobě komunikace s pacienty. Do preventivních opatření je dobré zařadit i správně nastavený adaptační proces na pracovišti.

Do subkategorie „Otevřená komunikace o bezpečnosti péče a zpětná vazba o pochybeních: patří otázka z rozhovoru: „Jak se preventivně bezpečnostní opatření dodržují v praxi?“

Většina sester (S1, S10, S9, S3, S4, S5) zmiňuje, že preventivně bezpečnostní opatření v praxi opravdu dodržuje nebo se o to alespoň snaží v rámci možností nemocnice. Zároveň některé komunikační partnerky uvádí důležitost pečlivé identifikace pacienta

S3 na otázku odpovídá následovně: „*Určitě se v praxi dodržují, je to potřeba, protože pacienti, obzvláště starší pacienti vám odkývají, jak se jmenují, aniž by to byla pravda. Uvedu příklad, třeba „jmenujete se pan Novák?, on přikývne, přitom je jeho příjmení Zeman“ a vůbec tu otázku nevnímají nebo mohou být dezorientovaní, důležité tedy je, aby pacient byl dostatečně identifikovatelný, tedy, aby měl náramek na ruce už od příjmu. Na to se tu hodně dbá.*“

Sestry S4 s S5 souhlasí a uvádí svůj pohled na situaci: „*Na našem oddělení dodržujeme bezpečnostní opatření, skutečně jdeme až přímo za pacientem, připneme mu identifikační náramek, s pojízdnou lékárnou jedeme přímo na pokoj pacienta, připravíme mu před ním jeho léky, tedy přímo u lůžka pacienta.*“

Některé komunikační partnerky uvedly, že sledují své pacienty kontinuálně, i když například provádějí záznamy do zdravotnické dokumentace. Přesto mají pacienty stále na očích. Jedná se o pracovníky z ARO oddělení či oddělení JIP, kde je zastoupen menší počet pacientů.

Sestra 8 říká: „*Myslím si, že to docela funguje, protože to se nám stane opravdu minimálně, aby se pacient sám extuboval, to já si třeba vůbec nepamatuji, spíš povytažení kanyl.*“

Sestra 5 uvedla, že někdy není možné nežádoucí události zabránit, pokud nemáte pacienta bez ustání pod dohledem: „*Někdy prostě ať děláte, co děláte, tak vzniku nežádoucí události nezabráníte. Bohužel, i když používáte všechno, co jde, tak tomu prostě nezabráníte.*“

#### **4.2.2 Kategorie 2: Monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí**

Kategorie monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí je dále členěna do tří podkategorií: preventivní opatření zabraňující vzniku nežádoucí události, frekvence hlášení nežádoucích událostí a odpověď managementu na hlášení nežádoucích událostí.

V této podkategorii „Preventivní opatření zabraňující vzniku nežádoucích událostí“ byly komunikační partnerky dotazovány „Jakým způsobem jsou monitorovány, hlášeny a analyzovány nežádoucí události?“

Všechny sestry uvádí (S1-S10) „*Nežádoucí události u každého pacienta zaznamenáváme v počítači, když dojde k nějaké nežádoucí události, vybereme, o jakou nežádoucí událost se jedná, stručně pak popíšeme, co se stalo nebo co se přihodilo a jak to bylo řešeno.*“

Sestra S6 říká: „*Hlásíme je v rámci systému nežádoucích událostí, tak jak to má nastavené nemocnice. Pokud nežádoucí událost nastane, vyplní se tiskopis „nežádoucí událost“ v počítači. Hlášení je napojené přímo na centrální nemocniční systém. Manažeři kvality následně událost analyzují a vyvozují z ní další závěry.*“

Dle získaných informací z rozhovorů vyplývá, že směnné sestry mají menší povědomí o tom, jak se data o nežádoucí události dále zpracovávají, analyzují a jaké následky a opatření se vyvozují. To potvrzuje například S10 svou odpovědí: „*Vyplňuje se formulář o vzniku nežádoucí události, který máme v počítači. Událost se nahlásí vrchní sestře, je tam i uvedený svědek, pokud byl nějaký přítomen a ohledně hodnocení to nemám tušení. Nežádoucí události vyhodnocuje nejspíš vedení nemocnice, ale já to bohužel přesně nevím, jaký je další postup:*“

Naopak staniční a vrchní sestry mají dobré znalosti o tom, jaký účel formuláře o nežádoucích událostech mají a jakým způsobem jsou dále analyzovány. Například S9 říká: „*Sestry, pokud nejsme s paní vrchní ve službě, nežádoucí událost sami vyplní, nahlásí a nechávají v kanceláři. Vrchní sestra to následně společně s primářem oddělení potvrdí. Připravenou a naskenovanou zprávu posílám hlavní sestře. Pokud nastane nežádoucí událost ve smyslu poranění zaměstnance, jako příklad uvedu poranění jehlou, tak to hlásíme ještě epidemiologické sestře a ve spolupráci s infekční ambulancí se řeší odběry.*“

Podkategorie frekvence hlášení nežádoucích událostí byla cílena na vrchní a staniční sestry, protože bylo vycházeno z předpokladu, že mají více informací o hlášeních nežádoucích událostí na svých pracovištích.

Vrchním a staničním sestřám byla položena otázka: „*Jak často dochází ke vzniku nežádoucích událostí na Vašem pracovišti?*“

Staniční sestry (S3, S6, S9) mají přehled o nežádoucích událostech na jejich pracovištích. Sestra S9 uvedla: „*Osobní zkušenost s nežádoucími událostmi mám, často mi sestry nahlašují u pacientů právě pády. Třeba tento víkend jsme měli nežádoucí událost, kdy pacient zakopl, upadl na dveře, pak jsme měli jiného pacienta a ten nám přelezl postranici, rozbil si při pádu hlavu, takže pak jel ještě na šití. Je období, kdy máte jednu nežádoucí událost za čtrnáct dní a pak máte třeba tři za víkend, je to různé.*“

Vrchní sestra S4 uvedla: „*Když to vezmu za minulý rok, teď si úplně nepamatuji přesný počet nežádoucích událostí, nemám u sebe statistiku, ale tuším, že to vycházelo na 6-8 případů na oddělení. Většina z nich byly právě pády a jednou to byla agresivita pacienta.*“

Sestra 2 uvedla, že především na anesteziologii jsou nežádoucí události časté: „*Pod oddělení ARO patří i oddělení anesteziologie. V nedávné době jsme měli dvě nežádoucí události ve smyslu poškození chrupu při zavádění laryngiální masky. Chrup pacienta byl v tak dezolátním stavu, že jenom lehké zavádění gumovou maskou stačilo, aby došlo k vytažení chrupu.*“

Z uvedeného příkladu vyplývá, že pacient zamlčel nebo neuvedl správné informace o stavu svého chrupu, nastala chyba a tato nežádoucí událost musela být zaznamenána.

Z těchto reakcí lze obecně usuzovat, že oslovené staniční a vrchní sestry jsou informované o četnosti výskytu nežádoucích událostí na svých pracovištích. Frekvence těchto nežádoucích událostí se různí. Každé pracoviště hlásí odlišný počet takových událostí.

Podkategorie „*Reakce managementu na hlášení nežádoucích událostí*“ se zabývá především typem reakce vrcholového managementu na vznik a hlášení nežádoucích událostí. Tato subkategorie se do určité míry vztahuje k otázce „*Jakým způsobem vedení nemocnice zajišťuje a podporuje bezpečnost pacientů na vašem pracovišti a jakým způsobem zvyšuje kvalitu?*“

Jak zmínila sestra S5: „*Co se týče hlášení nežádoucích událostí, určitě nemusíme mít strach tyto události hlásit. Myslím si, že to funguje tak, jak má. Hlášení nežádoucích událostí slouží k tomu, aby se eliminovaly v budoucnu a aby došlo k jejich nápravě. Určitě to není o nějakém trestání pracovníků, ale o vylepšení kvality péče.*“

Komunikační partnerka S8 uvádí „*Pravidelně probíhají audity. Není to dělané kvůli pochybení, ale aby se těmto událostem mohlo preventivně předcházet. Zaměstnanci se netrestají. Jde o podchycení chyby, aby se v budoucnu již neopakovala. To si myslím, že tady funguje celkem dobře.*“ Komunikační partnerky S1, S9 potvrzují slova S3 a odpovídají obdobným způsobem.

Sestra S5 není spokojená s dosavadními reakcemi managementu, co se nežádoucích událostí týče. Jako příklad zmiňuje: „*Trochu nám vážne komunikace s vedením v předávání některých informací ohledně nežádoucích událostí. Komunikace s managementem by chtěla ještě zlepšit. Ale zrovna nedávno jsme to řešili na provozní schůzi, takže snad už to bude lepší.*“

Většina sester se shodla, že podpora managementu a jeho reakce na hlášení nežádoucích událostí, je převážně kladná. Ovšem například partnerka S5 uvádí, že komunikace s vedením není optimální a často nedochází k žádným opatřením nebo reakcím v závislosti na vzniklých nežádoucích událostech. V ideálním případě by management měl podporovat hlášení nežádoucích událostí a netrestat zaměstnance za nahlášení jejich vzniku. Vytvořila by se tak atmosféra strachu, která může vést k zamlčování informací a stagnaci inovací. V návaznosti na nahlášenou nežádoucí událost by poté měl management přijmout odpovídající opatření nebo provést šetření, zda je událost ojedinělá či se může opakovat. Podle dotazovaných sester S1, S9, S3 a S8 odpovídá reakce managementu výše popsanému schématu. Ovšem komunikační partnerka S5 uvádí nedostatečné reakce ze strany vedení, které byly probírány na provozní schůzi. V brzké době se očekává jejich náprava.

#### **4.2.3 Kategorie 3: Vliv managementu nemocnice na podporu bezpečí pacientů**

Tato kapitola pojednává o vlivu a podpoře managementu v oblasti bezpečí pacientů. Je dále rozdělena do dvou subkategorií: podpora bezpečí pacientů ze strany managementu nemocnice a zajištění sebezvoje pro zaměstnance.

K podkapitole „Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu“ se vztahuje otázka „Jakým způsobem vedení nemocnice zajišťuje a podporuje bezpečnost pacientů na vašem pracovišti, jakým způsobem zvyšuje kvalitu?“ A také otázka „Na koho se obrátíte v případě, že potřebujete poradit, pomoc?“

Například S8 uvádí ve své odpovědi pozitivní přístup vedení nemocnice k eliminování rizik vzniku nežádoucích událostí udržováním stabilního a početného souboru zaměstnanců. Říká: *„Vedení nemocnice se snaží minimalizovat nežádoucí události. Faktorem, kterým ovlivňuje vedení nemocnice kvalitu a bezpečí je dostatek pracovního personálu, což si myslím, že naše nemocnice splňuje, máme dobrou hlavní sestru a personální pracovníci, které se snaží personál rovnoměrně rozložit a zatížit“*

Jiná komunikační partnerka (S4) tvrdí, že vedení nemocnice podporuje vzdělávání zaměstnanců formou, mimo jiné i školení bezpečnosti: *„Máme různá školení. Některá jsou povinná pro všechny zaměstnance, například právě školení o bezpečnosti. Řekla bych, že se tady na to opravdu dbá.“*

Sestra S2 vysvětluje, že vedení nemocnice poskytuje svým zaměstnancům podporu a snaží se napomáhat při řešení každodenních situací, pro příklad uvádí: *„Pokud se jedná o záležitosti ošetrovatelské péče, pak se obracím na hlavní sestru, se kterou je komunikace výborná a pokud se jedná o medicínskou problematiku ohledně pacienta, pak se obracím na ošetřujícího lékaře, případně pana primáře.“*

Sestra S3 chválí vedení nemocnice v jeho proaktivním přístupu a inovativních řešeních identifikace pacientů, což napomáhá předcházení vzniku rizikových situací: *„My máme nově na oddělení předtištěné identifikační náramky, protože dříve jsme je museli vypisovat ručně, takže bych řekla, že se teď i tímto preventivním řešením minimalizuje riziko záměny pacienta či zadání chybných informací. Dříve se sestra mohla splést a zapsat omylem jiný údaj na náramek, dnes už ne, protože vybírá pacienta ze systému, tak to riziko, že to počítač špatně vygeneruje je minimální. Relativně nedávno jsme dostali nové pomůcky od vedení, nové postele a matrace, jsem spokojená, věřím, že budou spokojeni i pacienti“*

Naopak S6 není spokojená se současným stavem pomůcek, které vedení nemocnice „vysoutěžilo“ ve výběrovém řízení a vybralo pravděpodobně podle ceny spíše než podle kvality. To způsobuje nespokojenost sester na odděleních a časté připomínky z řad zaměstnanců, které nemají valnou odezvu. S8 tvrdí, že: *„Jsou věci, které bychom si*



*dokázali představit lépe. Bohužel nemůžeme ovlivnit výsledky výběrových řízení v rámci holdingu. Materiál, například rukavice nebo savé podložky, se kterým jsme roky pracovaly a byly s ním spokojené, již není k dispozici. Holding jihočeských nemocnic funguje následovně. Vypíše výběrové řízení a zvolí vítěznou firmu. Většinou na základě nejnižší ceny. S tím spokojené nejsme. I přesto, že se snažíme komunikovat, je pro nás velmi obtížné získat hlas. Bohužel pak nezbývá nic jiného než pracovat s tím, co máme. Spolupráce v rámci holdingu je občas obtížná. “*

Všechny komunikační partnerky dodržují dle svých odpovědí určitou posloupnost hledání podpory u vedení. Směnné sestry nejčastěji hledají podporu u svých kolegyně nebo staniční sestry. Staniční sestry žádají o pomoc u svých kolegyně z liniové úrovně vedení. Vrchní sestry a střední management očekává pomocnou ruku především u svých kolegyně nebo u hlavní sestry a primářů. Z toho vyplývá, že informace jsou často šířeny přes několik organizačních vrstev.

Oblast zajištění seberozvoje pro zaměstnance v rozhovorech byla zaměřená především na profesní a osobnostní růst, který pro zaměstnance zajišťuje vedení nemocnice. Tuto podkategorii shrnuje otázka: „Jakým způsobem dle Vás lze zvýšit kvalitu a bezpečí poskytované péče na vašem pracovišti (inovace, připomínky, návrhy)?“

Například komunikační partnerka 5 uvádí, že v jejich nemocnici proběhlo školení sester, jak komunikovat s agresivním pacientem. To jim může například napomoci v řešení konfliktní situace. Stejný názor zastává i S3, která tvrdí: „Nedávno jsme měli školení o jednání s agresivním pacientem a agresivní rodinou. Bohužel si přesně nepamatuji jeho název. Myslím si, že nám získané informace pomohou v řešení případných konfliktů. “

Pro změnu devátá dotazovaná sestra uvádí, že jejich oddělení čeká školení a zavedení nového informačního systému pro zpracovávání dat o pacientovi. Ve své odpovědi uvádí, že: „V budoucnu se chystá digitalizace zdravotnické dokumentace, už je to tak nějak v procesu a v začátku. “

Například S6 říká: „Postupně zavádíme používání dezinfekční zátky na bezjehlové vstupy do naší praxe. Myslím si, že je to velký posun. Z finančních důvodů jsme se tomu dlouhou dobu bránili. Bezjehlový vstup opatřen dezinfekční zátkou pomáhá sestrám v jejich práci. Vstup mohou opakovaně použít a je bezpečný pro pacienta. Snažíme se v rámci různých konferencí i kongresů zjišťovat nové postupy, například využívat národní ošetrovatelské postupy zavedené Ministerstvem zdravotnictví, které postupně implementujeme i do

*našich ošetrovatelských postupů, aby to bylo v souladu. Pořád se snažíme postupovat dál, co se týče nových postupů a pomůcek. Převážně využíváme informace z kongresů, lékaři jsou pak školitelé, takže to nás také pořád posouvá dál.“*

Většina dotazovaných komunikačních partnerek uvádí, že v určité formě se jim dostává různých typů školení, některá školení jsou povinná a jiná dobrovolná. Modernější přístup je uveden v odpovědi komunikační partnerky S6, která uvádí, že zavádí nové pomůcky do klinické praxe na základě kongresů či nejnovějších konferencí. Negativní hodnocení sester, které by si stěžovaly na nedostatečné možnosti seberozvoje, nebyly během rozhovorů zaznamenány.

#### **4.2.4 Kategorie 4: Vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče**

Kategorie se zabývá aspekty, které jsou důležité při poskytování kvalitní a bezpečné péče ve zdravotnickém zařízení. Tato kategorie se skládá ze dvou podkategorií: způsoby zvyšování kvality poskytované péče, týmová spolupráce a komunikace v týmu.

Dotazovaným sestrám byla položena otázka: „Jakým způsobem dle Vás, lze zvýšit kvalitu a bezpečí poskytované péče na Vašem pracovišti (návrhy, inovace, připomínky)?“

Jak je možné vidět z následujících odpovědí, návrhy na zvýšení kvality poskytované péče se různí v závislosti na typu oddělení, ale i na rozpočtu vedení nemocnice a jeho prioritách, co se nákupu nových přístrojů a renovací oddělení týče. Například komunikační partnerka S1 je velmi nespokojená se současným stavem a vybavením JIP v jejich nemocnici, přesný důvod popisuje ve své odpovědi, kde uvádí: „*Na našem oddělení dlouhodobě navrhujeme celkovou rekonstrukci. Oddělení je sice funkční, ale je zastaralé vůči novým, moderním trendům ve vybavení. Bohužel z finančních důvodů naši nemocnice zatím nedošlo k výraznému zlepšení prostředí. Mám na mysli zejména zázemí pro pacienty. To bych navrhovala.*“

Naopak S7 uvádí pozitivní zkušenost s inovacemi na oddělení, když tvrdí: „*Máme relativně nové oddělení. Využíváme moderní technologie a nové přístroje pro pacienty. Nemocnice obstarává dostatek jednorázových pomůcek. Řekla bych, že je za tím vidět snaha nemocnice a jsem za to vděčná.*“

Sestra S5 je také spokojena se současným stavem kvality péče na oddělení a podporuje předchozí názor, zároveň tvrdí, že jim vedení nemocnice vychází vstříc, co se poskytování zdravotnických pomůcek týče, když říká: „*Využíváme moderní pomůcky,*

*kteřé nám vedení nemocnice poskytuje. Snaží se nám vycházet vstříc, když něco potřebujeme. S žádostmi se obracíme na staniční sestru nebo vrchní sestru, která materiál nebo pomůcky doobjedná na oddělení.“*

Pro změnu S10 poukazuje na to, že je špatným způsobem vyřešeno rozložení pokojů pacientů na oddělení, kde je jeden velký sál, preferovala by boxový systém rozložení lůžek, aby nedocházelo k rušení ostatních pacientů. Její přesná odpověď zní: *„Měli bychom zvážit oddělení sálu od hlavní chodby, kterou se pohybují i ostatní pacienti. Pro zvýšení komfortu a soukromí pacientů by bylo vhodné přejít na boxový systém lůžek. Současné osvětlení je pro nás neadekvátní, chybí nám například lampičky u postelí pacientů. Když tedy pracujeme v noci, musíme zapnout hlavní světlo, které ruší ostatní pacienty. Z mé perspektivy by bylo vhodné obrátit se na vedení s návrhem na zlepšení. To jsme již v minulosti zkoušeli, ale reakce byla minimální.“*

Jak je možné vidět z následujících odpovědí, názory sester na kvalitu péče se mění v závislosti na stáří oddělení a přístrojů, přístupu managementu k renovacím a kvalitě zdravotnických pomůcek. Například S9 tvrdí, že vysoutěžené pomůcky v rámci holdingu nejsou tak kvalitní. To značí, že kvalita péče nemusí nutně záviset na stupni inovací, ale i na přístupu pracovníků k tomu pracovat s materiálem, který mají zrovna po ruce.

Podkategorie „Týmová spolupráce“ se zabývá především vztahy mezi jednotlivými zdravotníky na oddělení. Jak spolu tito zaměstnanci dokáží spolupracovat a zachovávat profesionální přístup. Dalším hodnoceným aspektem je utužování kolektivu a otevřená atmosféra. K této subkategorii se vztahuje otázka: *„Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti (komunikace, týmová spolupráce, důvěra mezi pracovníky, styl vedení vedoucí sestry, atmosféra na pracovišti...)?“*

Sestra S1 říká: *„Bez týmové spolupráce a komunikace by tato práce dělat nešla. Ta je za mě opravdu důležitá.“* S tímto tvrzením souhlasí i S9, která vyzdvihuje především důležitost týmové spolupráce v závislosti na bezpečí pacientů. Sestry musí jedna druhé důvěřovat, pokud mají správně vykonávat svoji práci, když tvrdí, že týmová spolupráce je: *„Nepochybně klíčová, neboť se jeden musí spolehnout na druhé. Jestliže jeden člen skupiny své povinnosti zanedbá, pak to odnáší ten druhý, především pacienti. Bez vzájemné komunikace a spolupráce v týmu to opravdu nefunguje. Každý člen musí přiložit ruku k dílu, aby bylo dosaženo efektivního výsledku.“*

Zajímavý pohled na věc přináší sestra S2, která mluví o týmové spolupráci v závislosti na velikosti pracovního týmu. Především zmiňuje soudržnost kolektivu v závislosti na pandemii Covid-19, když říká, že: *„Jsme součástí velkého týmu, kde pracuje zhruba čtyřicet zaměstnanců. Většinu z nich tvoří ženy. Občas se stává, že dojde k neshodě, nemůžu tvrdit, že je to vždy idylické. Troufám si říci, že čím je větší tlak, tím silnější je naše vzájemná soudržnost. Ukázalo se to především během pandemie, kdy naše zdravotní sestry skutečně spolupracovaly, vzájemně se podporovaly a držely pospolu.“*

Pro změnu S3 tvrdí, že nežádoucí události v rámci péče o pacienta nevznikají úmyslně, ale nepřímo konstatuje, že do určité míry závisí na komunikaci sester v rámci směny. Podle ní směna rychleji ubíhá v přátelské atmosféře. *„Jsem přesvědčená, že efektivní týmová práce je klíčová. Když spolupracujete s někým, koho si oblíbíte, dlouhý pracovní den vám uteče rychleji. Na druhou stranu, pokud pracujete s někým, s kým si nemáte co říct, může to ovlivnit i kvalitu péče o pacienta, což by se nemělo stávat. Věřím, že nikdo nemá v úmyslu pacientovi záměrně ublížit.“*

Většina dotazovaných sester (S4, S6, S9) odpovídají obdobným způsobem. Tedy, že spolupráce zdravotníků je jedním z klíčových bodů zajištění bezpečí pacienta. Pouze aktivní a vzájemně si důvěřující kolektiv je schopný zajištění aktivního přístupu k předcházení nežádoucích událostí a zabezpečení zdraví pacienta. Například S9, S1, S8 a S4 zmiňují, že i když na pracovišti vznikne neshoda, přesto se uchovává profesionální přístup, protože si všichni zaměstnanci uvědomují důležitost profesionálního přístupu v péči o pacienta.

Subkategorie „Komunikace“ navazuje na předchozí, úzce spolu souvisí a často se mezi sebou prolínají. Zdravotnický personál spolupracuje a komunikuje nejen mezi sebou, ale i s pacientem. Komunikace by proto měla být efektivní a patřit mezi základní kameny v lidském jednání. K této oblasti se vztahuje otázka: *„Jak atmosféra na pracovišti (týmová spolupráce, komunikace, styl vedení.) ovlivňuje kvalitu poskytované péče?“*. Shrnutí této otázky vyzdvihuje sestra S5, která říká: *„Samozřejmě, že hodně, atmosféra a komunikace je základem péče o pacienta.“* Pozitivní hodnocení uvádí i jiná z dotazovaných sester (S7): *„Podle mého názoru je tým sestávající pouze z žen komplikovaný. Avšak v našem týmu jsou zastoupeni i muži. Smíšenou skupinu považuji za pozitivní aspekt. Víme o sobě i věci z našeho soukromí, takže nejsme jen striktně pracovní skupina.“*

Komunikační partnerky S1, S10 a S3 zmiňují, že jsou rády za stabilní kolektiv, který je u nich na oddělení. S4 dále říká: *„Domnívám se, že si všichni navzájem rozumíme a usilujeme o vzájemnou harmonii. Tvoříme stabilní tým. Pokud někdo z našeho týmu odejde, je to obvykle kvůli rodinným důvodům, jako například těhotenství nebo péče o malé děti. Směnná práce v těchto situacích nebývá možná. Kdybychom nebyli schopni se dohodnout nebo spolupracovat, pravděpodobně by to nevedlo k dobrým výsledkům.“*

Dvě ze zmiňovaných komunikačních partnerek ve své výpovědi zmiňují, že u nich na oddělení nemají k dispozici neustále lékaře a nemají možnost efektivní komunikace. Lékaři často ordinují své medikace po telefonu, jelikož jsou třeba na sále a nejsou k zastížení. Sestry s tímto jednáním nejsou spokojeny (S5, S3).

Na základě získaných odpovědí lze konstatovat, že sestry řadí komunikaci mezi jeden z nejdůležitějších aspektů v poskytování zdravotní péče, stejně tak i týmovou spolupráci. Důvod spokojenosti vidí především ve stabilním pracovním kolektivu. Naopak jako nespokojenost uvádí neefektivní komunikaci ze strany lékaře, ordinování medikace po telefonu a nepřítomnost lékaře na oddělení.

## 5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo vyhodnotit vliv kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče. Záměrem výzkumu bylo prozkoumat, jaké souvislosti existují mezi prvky organizační kultury, kultury bezpečí, dále úrovní bezpečnosti a kvality poskytované péče pacientům.

Výzkumné šetření bylo realizováno ve vybraných nemocnicích jihočeského kraje. Jednalo se o kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Do kvantitativního šetření bylo osloveno celkem 205 respondentů. Hodnocení kvantitativního výzkumu bylo realizováno pomocí standardizovaného dotazníku (Kollarik, 2011). V rámci kvalitativního šetření bylo osloveno celkem 10 sester. Výzkumné šetření se týkalo sester vybraných jihočeských nemocnic, tedy vrchní sestry, staniční sestry, sestry na JIP nebo ARO či sestry na lůžkových odděleních standardního typu. Sestry odpovídaly na otázky týkající se bezpečnostní a organizační kultury.

### 5.1 Psychologická atmosféra

Psychologická atmosféra v pracovním týmu prokazatelně ovlivňuje výkon zaměstnance v průběhu směny. Pokud je zaměstnanec pozitivně naladěný, snižuje se tím šance vzniku nežádoucí události. Na základě výsledků lze konstatovat, že převážná většina sester (90,7 %) hodnotí psychologickou atmosféru na jejich pracovišti pozitivně (tab. 7). Dle mého názoru je tak zapotřebí zjistit hlavní příčiny nespokojenosti zbylých respondentů a v závislosti na tom přijmout nápravná opatření. Psychologická atmosféra velmi silně ovlivňuje výkonnost zdravotnických pracovníků. Podobný názor zastává i Morrison et al., (2021), která tvrdí, že psychologická atmosféra v současné době nabývá stále většího významu, především v závislosti na zkušenostech nabitých v době pandemie Covid-19. Ovšem nesouhlasím s jejich názorem, že jedním z hlavních bodů, které negativně ovlivňují psychologickou atmosféru, je nedostatek zdravotníků. Dle mého názoru soudržnost kolektivu může být do jisté míry ovlivněna nižšími počty zdravotníků, ovšem není jedním z hlavních ukazatelů týmové spolupráce. Například velmi výstižný, a mnou podporovaný, názor má Rosengarten (2019), který tvrdí, že pozitivní psychologická atmosféra a spolupráce v týmu umožní zvládat i velmi náročné často až nezvladatelné úkony.

V rámci kvalitativního výzkumného šetření byla položena otázka, zda jsou komunikační partnerky spokojeny se současnou atmosférou na pracovišti. Například druhá komunikační partnerka (S2) podporuje názor Morrisonové et al. (2019), když tvrdí, že pracují ve velkém kolektivu a spolupráce v týmu se zlepšuje v závislosti na míře pracovního vyčerpání. Těchto dojmů nabyla především v období pandemie Covid-19, kdy sestry pracovaly pod velkým tlakem a tvořily velmi semknutý a přátelský kolektiv.

Mezi způsoby, jak zpříjemnit prostředí pro své zaměstnance ve zdravotnickém zařízení, patří například komunikace a empatie. Laskavá a soucitná komunikace umožňuje vytvářet důvěru a pocit bezpečí nejen mezi kolegyněmi na oddělení, ale také mimo jiné napomáhá snižovat stres a úzkost pacientů. Podobně hodnotí pozitivní atmosféru i třetí komunikační partnerka (S3), která v rámci kvalitativního výzkumu uvádí určitou závislost mezi pozitivní atmosférou a kvalitou poskytované péče. Podle ní je dobře naladěný pracovník přátelštější a vnímavější vůči pacientům. Ti díky tomu mají větší tendenci důvěřovat lékařům. K minimalizaci negativních vlivů musí v pracovním kolektivu vedoucí pracovník umět rozpoznat a systematicky odstraňovat nepřátelské a odtažité chování jednotlivých pracovníků.

Dalšími body, jak zlepšovat psychologickou atmosféru, jsou například podpora týmové spolupráce, důraz na klidné a otevřené prostředí. Toho lze dosáhnout například i správnou volbou barev na zdech a osvětlením. I to může do jisté míry ovlivnit atmosféru na pracovišti. Lze vyzdvihnout například uznání a ocenění zaměstnanců za dobře odvedenou práci, zviditelnění úspěchů a poděkování může nadále motivovat zdravotnické pracovníky ve vykonávání jejich práce. Posledními body, jak vylepšit psychologickou atmosféru, mohou být například otevřená kultura, kde dochází ke sdílení všech podstatných informací nebo péče o duševní zdraví personálu. Dle mého názoru je velmi důležité, aby si vedoucí pracovník všiml psychologického stavu svých zaměstnanců a snažil se předcházet výkyvům jejich nálad a v krajních případech i syndromu vyhoření. Ten může zásadně ovlivnit motivaci jedince i celé skupiny nadále vykonávat pracovní činnosti bez rizika vzniku chyb. Tento názor sdílí i Güler et al., (2019), který uvádí, že syndromem vyhoření může trpět až 50 % asistenčního zdravotnického personálu a sester.

## 5.2 Spokojenost

Dimenze spokojenost je dle mého názoru jednou z nejdůležitějších dimenzí organizační kultury. Pouze zaměstnanec, který rád dělá svoji práci, ji bude odvádět dobře. Pokud se jedná o případ, kde zaměstnanec plní povinnosti pouze za účelem odpracování určitého počtu hodin a získání výplaty, je větší možnost vzniku chyb a nepozornosti ze strany pracovníka. Docílení spokojenosti u zdravotnických pracovníků není jednoduchý proces, vzhledem k tomu, že je nutné jej hodnotit v rámci několika kritérií.

Prvním hodnotícím znakem je spokojenost zdravotníka se současným vybavením a technologií oddělení, druhým pak spokojenost zdravotníka s pracovním týmem a vedoucím pracovníkem. Posledním hodnotícím znakem je přístup zaměstnance k práci samotné. Velmi podobný názor sdílí i Melo et al. (2011), který popisuje spokojenost zaměstnanců jako subjektivní fenomén vycházející z mnoha aspektů pracovního života. Může být ovlivněna kolegy, osobním životem, přístupem vedoucího pracovníka, ale i přístupem pacientů. Nadále Fekonja et al. (2022) uvádí, že pro zajištění pozitivního přístupu sestry, musí být správně nastavena organizační kultura a osobní i profesní rozvoj. Podle této autorky je spokojenost sester závislá na stylu vedení, strukturou organizace, úrovni komunikace a profesního růstu. S oběma tvrzeními můžeme v zásadě souhlasit. Obě studie nezmiňují, že spokojenost pracovníka nemusí, dle mého názoru, nutně znamenat selhání zdravotnického systému a stylu vedení daného liniového manažera. Na základě získaných výsledků můžeme potvrdit závislost mezi stylem řízení týmu vedoucím pracovníkem a spokojeností sester ( $r = 0,676$ ,  $p < 0,001$ ), (tab. 22). Z tohoto důvodu bychom měli inovační doporučení soustředit především na osobu vedoucího pracovníka. V rámci kvalitativního výzkumu jeden z komunikačních partnerů (S5) odpovídá, že vážně předávání informací mezi vedením a řadovými pracovníky. Další dotazovaná sestra (S8) naopak uvádí, že komunikace mezi jednotlivými úrovněmi vedení probíhá hladce a dochází k pravidelnému náboru nových zaměstnanců. Výsledkem toho je rovnoměrné rozdělení práce a zajištění vyšší spokojenosti zaměstnanců.

Na základě těchto výpovědí lze konstatovat, že nedostatečná zpětná vazba vedení nemocnice není všeobecný problém, nýbrž se týká pouze individuálních zdravotnických zařízení. V závislosti na těchto zjištěních je jednou z možností, jak navýšit spokojenost zaměstnanců na oddělení, zajištění kvalitní komunikace mezi jednotlivými úrovněmi



vedení. Liniový vedoucí pracovník by měl být schopen vytvářet otevřenou a přátelskou atmosféru na pracovišti.

### **5.3 Týmová spolupráce a komunikace**

Dle mého názoru patří dimenze kooperace a komunikace mezi nejdůležitějšími aspekty v kontextu zajištění bezpečí pacienta v době hospitalizace. Na základě výsledků kvalitativního šetření lze konstatovat, že většina komunikačních partnerek (S1, S9) souhlasí s tímto tvrzením a vyzdvihují komunikaci a kooperaci jako základní stavební kámen pro zajištění fungující organizační kultury. Tento názor potvrzuje i výsledek korelační analýzy, který prokázal silnou pozitivní závislost mezi zájmem sester o spolupráci a týmovou komunikací ( $r = 0,761$ ,  $p = 0,001$ ). (tab. 22)

Dle výsledků studie autorky Ylitörmänen et al. (2019) je vzájemná komunikace a kooperace mezi sestrami například ve Skandinávii velmi přínosná a přináší možnosti sdílení zkušeností a zvyšování kvalifikace pracovníků. Na základě výsledků naší studie není možné prokázat, zda komunikace zvyšuje pracovní kompetenci. Ovšem v závislosti na osobních zkušenostech mohu prohlásit, že dobrá komunikace a spolupráce v rámci týmu má příznivé účinky na zvyšování kvality poskytované péče. Zároveň se domnívám, že v českých nemocnicích existují příznivé podmínky pro otevřenou komunikaci

To je možné potvrdit na základě výsledků kvantitativní části studie. Dimenze kooperace a komunikace byly hodnoceny příznivě (91,7 %, 90,2 %) většinou respondentů (tab. 12, tab. 13).

Na základě získaných výsledků bych doporučila několik preventivních opatření pro udržení otevřené a přátelské atmosféry na pracovišti. Mělo by docházet k pravidelným teambuildingovým schůzkám, kde mohou zaměstnanci svobodně projevit své názory, vyřešit své mezilidské vztahy a utužit přátelský kolektiv. Dále by bylo vhodné zavést anonymní schránku na připomínky a zlepšovací návrhy. Toto opatření poskytne všem zaměstnancům možnost se vyjádřit, i pokud nejsou schopni otevřeně hovořit před lidmi.

Další možností, jak navýšit úroveň komunikace a spolupráce, je proškolení liniové vedoucí pracovníky v jednání s lidmi a vštípit jim základní psychologické dovednosti. V případech, kdy zaměstnanci sami nenajdou cestu k vzájemnému pochopení, je zapotřebí zásahu vedoucího pracovníka, který má za úkol vyřešit spor a zároveň udržet pracovní morálku.

Poslední možností navýšení úrovně komunikace je digitalizace pracoviště. Komunikační partnerka 3 (S3) uvádí, že se snižuje riziko záměny pacienta v závislosti na digitalizaci tisku štítků pacientů. Tento názor podporuje i výzkum Finské asociace sester (Syyrilä et al., 2020). Ta tvrdí, že kompletní digitalizace pracoviště by mohla přispět k minimalizaci rizik vzniku nežádoucích událostí a zajistit kvalitní interní komunikaci. Zároveň ovšem poukazuje na náročnost školení, která sestra musí podstoupit, aby byla schopna systém využívat. Na základě zjištění průměrného věku v našem výzkumu ( $39,2 \pm 11,3$ ) sdílím obavy ohledně schopnosti adaptace sester na digitalizaci (tab. 2).

#### **5.4 Styl řízení týmu**

Dle mého názoru funguje liniový vedoucí pracovník z převážné části jako prostředník mezi středním managementem, top managementem a řadovými zaměstnanci. Další jejich důležitou funkcí je udržovat pořádek v rámci svého týmu pracovníků, rozvíjet přátelskou atmosféru, monitorovat a pomáhat v rozvoji svých zaměstnanců. Jedná se o velmi náročnou práci z hlediska zodpovědnosti, schopnosti plánování a komunikace. Vzhledem k tomu že byla prokázána silná pozitivní závislost mezi spokojeností sester a stylem řízení týmu vedoucím pracovníkem ( $r = 0,676$ ,  $p = 0,001$ ), je zapotřebí, aby vedoucí pracovník splňoval požadavky zmíněné výše.

Jednou z možností, jak redukovat počet negativně respondentů, kteří negativně hodnotili dimenzi styl řízení týmu (14,6 %) je proškolení vedoucího pracovníka v rozvoji jemných manažerských dovedností, jako jsou například schopnost analyzovat a řešit problémy, kreativita, přizpůsobivost nebo kritické myšlení (tab. 14).

Důležité je podotknout, že styl řízení týmu nezávisí pouze na liniovém vedoucím pracovníkovi, nýbrž i na středním a vrcholovém managementu, jejichž rozhodnutím se musí operativní manažer podřídit. Nesouhlas s vedením uvádí v rámci kvalitativního šetření například jedna z dotazovaných vedoucích sester (S8). Ta kritizuje výběr nemocničních pomůcek bez jakékoliv komunikace a zpětné vazby svých zaměstnanců. Dle mého názoru může nedostatek komunikace vést k rozporům, negativnímu ovlivnění kvality péče, jako například u zakoupených pomůcek, a vyššímu riziku vzniku nežádoucích událostí. Tento názor podporuje i studie autorky Ylitörmänen et al. (2019).

Dalším z možných postupů by bylo anonymní dotazníkové šetření pro řadové zaměstnance za účelem zjištění primárního důvodu jejich nespokojenosti a posouzení jejich relevantnosti. Pokud se připomínky ukáží jako opodstatněné, je zapotřebí uvést

do chodu příslušné změny ve stylu vedení zaměstnanců. Mezi tyto změny můžeme řadit změnu přístupu manažera k zaměstnancům nebo školení v oblasti mezilidských vztahů. Tento postup se shoduje s výzkumem autorů Niinihuhta a Häggman-Laitila (2022), kteří uvádějí, že vedoucí pracovník hraje klíčovou roli z hlediska spokojenosti svých podřízených a z tohoto důvodu by měla být jeho výkonnost podporována formou odborných školení.

Pokud se předchozí možnosti prokáží jako nedostatečné, je zapotřebí uvažovat o zahájení výběrového řízení za účelem získání kompetentního zaměstnance, který bude schopen dodržovat standardy určené nemocnicí. Nahrazení vedoucího pracovníka je krajní možností, jak optimalizovat organizační kulturu v rámci týmu, ovšem někdy se jedná o nezbytný krok. Finální rozhodnutí ovšem závisí na vedení nemocnice.

### **5.5 Vytíženost zaměstnanců**

Z výsledků kvantitativní části výzkumu můžeme vyvodit, že nejhůře hodnocenou dimenzí bezpečnostní kultury je vytíženost zaměstnanců. Na základě získaných dat je možné vyčíslit, že více než třetina (36,1 %) zdravotnických pracovníků hodnotilo negativně úroveň pracovního vytížení, které jim vedení nemocnice ukládá. (tab. 21)

Jedná se o dlouhodobý problém řešený jak na lokální tak na národní i nadnárodní úrovni. Chybí zdravotničtí pracovníci, lékaři a sestry. Díky podmínkám zdravotnictví v České republice a platovým podmínkám mnoho vystudovaných zdravotnických pracovníků hledá uplatnění především v zahraničí, kde je vybavení nemocnic i plat na vyšší úrovni a představují větší příležitosti pro člověka, který studoval 7 let za účelem poskytovat kvalitní a bezpečnou péči pacientům. Rozdílnost odpovědí u této dimenze ( $6,3 \pm 2,7$ ) ukazuje na značné rozdíly mezi názory sester na pracovní podmínky v jihočeských nemocnicích. (tab. 21)

To potvrzují i výsledky kvalitativního šetření. Ten byl zaměřen především na zpracovávání dat od směnných, staničních a vrchních sester z JIP a ARO oddělení. V několika případech je uvedeno, že netrpí nedostatkem zaměstnanců. Tyto odpovědi uváděly především staniční a vrchní sestry (S2, S8). Je zde možné vidět rozdílnosti mezi výpovědi směnné sestry a vedoucího pracovníka. Bez pochyby se jedná o dimenzi, která by byla zapotřebí detailněji zpracovat.

Některá opatření na zlepšení současné situace jsou již aktivní. Například nemocnice nabízejí náborové příspěvky pro sestry i pro lékaře za podmínek, že budou po určitou dobu pracovat na dané pozici.

Navýšil by se tím počet zaměstnanců, což by dopomohlo ke snížení tlaku a stresu vyvíjeného na již zaměstnané zdravotníky. Snížilo by se tím riziko vzniku nežádoucí události jako je například podání špatné medikace, nedostatek času na jednotlivé pacienty a jiné. Zároveň zdravotnická zařízení podporují vzdělávání zaměstnanců, které navyšují jejich specializaci a umožňují tím většímu množství zdravotníků provádět více úkonů, navýšit tak jejich polyvalenci a zabránit přetěžování zaměstnanců. Zajímavý názor má například autorka Chan et al. (2012). Ve své studii tvrdí, že hlavním důvodem odchodu sester z pracovní pozice a jejich nechuť se realizovat ve zdravotnickém sektoru je způsobena především špatnou organizační kulturou na daném pracovišti. Ačkoliv do jisté míry s tímto výrokem souhlasím, troufám si tvrdit, že jedním z hlavních důvodů nedostatku zdravotnického personálu je možná kombinace faktorů náročnosti studia a pocit nedostatečného platového ohodnocení v závislosti na úrovni podstupovaného stresu.

Podobná opatření by měla probíhat i na státní úrovni. Je zapotřebí, aby byly mladým studentům představeny benefity práce ve zdravotnictví a státním sektoru, které by je přesvědčily ke studiu vybraných škol. To by pomohlo zajistit přísun nových a vystudovaných zdravotnických pracovníků a zajistit tak stabilitu a rovnoměrné rozložení práce v českých nemocnicích.

Za zmínku stojí kampaň s názvem „Studuj zdravku“. Jedná se o společný program Ministerstva zdravotnictví a Unie zaměstnavatelských svazů ČR za podpory odborových svazů, který má za úkol přilákat mladé lidi ke studiu zdravotnických škol (Štěpanyová, 2019).

Dle studie Shim a Parkové (2023) je také zapotřebí minimalizovat nerovnost v poměru pohlaví zdravotnického personálu, především sester. V závislosti na výsledcích kvantitativního šetření, můžeme potvrdit, že množství mužů pracujících jako nemocniční bratr je minimální (3,9 %), (tab. 1). Z mého úhlu pohledu angažovanost mužů v tomto sektoru by napomohla navýšit počty zdravotnických pracovníků.

## 5.6 Zajištění bezpečí pacientů

I přesto, že hodnocení této dimenze bylo v kvantitativní části výzkumu z větší části pozitivní ( $8,3 \pm 1,7$ ) je zapotřebí udržovat tento standart a snažit se o pravidelné vylepšování současného stavu eradikací rizik vzniku nežádoucích událostí za pomoci preventivních opatření, pravidelných bezpečnostních auditů jak externích, tak interních a kontinuálního monitorování zaměstnanců a prostředí na daném oddělení, (tab. 21). Valná většina respondentů (92,7 %) hodnotila zajištění bezpečí jejich pacientů pozitivně (tab. 17).

Například v kvalitativní části práce se velmi různí názory na zajištění bezpečí pacientů v závislosti na vybavenosti oddělení pomůckami a moderními technologiemi. Některé dotazované sestry hodnotí úroveň svých oddělení spíše negativně. Tvrdí, že zaměstnanci mohou mít potřebné znalosti a výkonnost pro zajištění kvalitní péče o pacienta, a přesto mohou být omezováni vybavením na jejich oddělení (S1, S10). V důsledku toho je zapotřebí udržovat precizní organizační kulturu, a zároveň otevřeně komunikovat se středním a vrcholovým managementem o nutných změnách na odděleních, co se výběru pomůcek a inovace oddělení týče.

Mnou navrhovaný způsob, jak zajistit výměnu informací mezi vedením a řadovými zaměstnanci, je pořádání takzvaných „townhall meetingů“, kde se sejdou všichni zaměstnanci nemocnice, je jim představen budoucí plán inovací a změn dodavatelů a vysvětleny důvody daného rozhodnutí. Poté je přenechán čas pro volnou diskuzi, kde každý zaměstnanec může uvést důvody, proč souhlasí nebo nesouhlasí s daným rozhodnutím managementu. Vzhledem k náročnosti přípravy se takové schůzky pořádají zpravidla jednou ročně. Tento přístup k vylepšení komunikace podporuje i studie autorky Jug et al. (2019), která tvrdí, že schopnost přijímat zpětnou vazbu je složitý, ale důležitý proces v oblasti kontinuálního zlepšování a spolupráce. Především ve zdravotnictví, kde je dokonalost a neomylnost na prvním místě.

Součástí inovací by mohl být pravidelný sběr připomínek od zaměstnanců formou dotazníků nebo zlepšovacích návrhů. Pro zajištění atraktivity ze strany zaměstnanců by mohly být přijaté zlepšovací návrhy určitou formou odměňovány.

## 5.7 Seberozvoj pro zaměstnance

Za účelem zvýšení bezpečného prostředí pro pacienty je zapotřebí poskytovat zaměstnancům zdravotnických zařízení potřebný seberozvoj, ať už z hlediska osobního nebo profesního. Na základě výsledků kvalitativního výzkumu lze konstatovat, že vedení jihočeských nemocnic se aktivně snaží podporovat seberozvoj zaměstnanců v rámci nepovinných i povinných školení, zaměřených na různé odvětví zdravotnické praxe. Například dvě komunikační partnerky vyzdvihují snahu vedení nemocnice pravidelně pořádat školení pro edukaci zaměstnanců (S3, S4).

V rámci kvantitativního hodnocení jsme na základě výsledků schopni konstatovat, že většina respondentů (92,2 %) hodnotí pozitivně snahu vedení nemocnice zajistit seberozvoj pro zaměstnance (tab. 19).

Pouze spokojený, energický, komunikativní a řádně proškolený zdravotník je schopný poskytovat kvalitní péči a zajistit bezpečné prostředí pro pacienty. Pro tuto dimenzi je důležité zapojení i managementu nemocnice, který má vyhledávat příležitosti, jak vzdělávat své zaměstnance a zároveň podporovat jejich osobní růst. Například studie kolektivu autorů Akselbo et al. (2018) podporuje tento postup, když uvádí, že jednou z efektivních učících metod pro školení zaměstnanců jsou simulace krizových situací. Na základě výsledků této studie většina norských zdravotníků potvrzuje lepší připravenost pro zvládnutí reálné krizové situace díky prodělanému školení.

V současné době moderních informačních technologií není ani zapotřebí, aby byl školitel fyzicky přítomen ve zdravotnickém zařízení pro zabezpečení přísunu kvalitních informací. Zároveň informační technologie přináší velké množství možností zahraniční spolupráce a komunikace.

## 5.8 Vyhodnocení výzkumných hypotéz a otázek

V rámci kvantitativního výzkumu došlo k potvrzení všech dílčích výzkumných hypotéz. První dvě testované hypotézy se týkaly organizační kultury zdravotnického zařízení. H1: Spokojenost sester je pozitivně ovlivněna vedením pracovního týmu ( $r = 0,676$ ;  $p < 0,001$ ) a H2: S lepší týmovou komunikací se navyšovala úroveň spolupráce v kolektivu ( $r = 0,761$ ;  $p < 0,001$ ), (tab. 22). U obou hypotéz byla potvrzena pozitivní korelace. Z tohoto důvodu bych navrhovala soustředit se především na dimenze řízení týmu

vedoucím pracovníkem a komunikace, pokud chceme u zdravotníků zajistit vyšší spokojenost a ochotu spolupracovat (tab. 22).

Zbýlé dvě hypotézy byly zaměřeny na bezpečnostní kulturu zdravotnického zařízení. H3: Hodnocení bezpečnosti pacientů se zvyšovalo s kladným hodnocením psychologické atmosféry v kolektivu ( $r = 0,429$ ;  $p < 0,001$ ) a H4: Hodnocení bezpečnosti pacientů se zvyšovalo s kladným hodnocením komunikace ( $r = 0,508$ ;  $p < 0,001$ ), tab. 22. Obě hypotézy byly potvrzeny. I přesto, že závislost jednotlivých dimenzí na hodnocení bezpečnosti pacientů není tak vysoká, doporučovala bych se zaměřit na optimalizaci dimenzí komunikace a psychologická atmosféra. Prokazatelně totiž ovlivňují hodnocení kvality poskytované péče dotazovanými sestrami.

Výsledky kvalitativního výzkumu byly značně rozličné. První výzkumná otázka byla zaměřena na názor sester ohledně zajištění bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče. Mezi nejčastější rizika vzniku nežádoucí události dle S3 a S4 patří pády. Dalšími nejčastějšími riziky jsou sebepoškození pacienta při probouzení z umělého spánku, jak uvádí S7. Ostatní sestry souhlasí a uvádí dále jako problém proleženiny. Mezi nejvíce vyskytovaná opatření, jak předcházet nežádoucím událostem patří vzájemná kontrola mezi kolegy, postele s postranicemi, značení pacientů barevnými štítky a neustálé monitorování pacientů. Všechny dotazované komunikační partnerky uvádí, že komunikace na oddělení je dobrá ale někdy vážne komunikace s vedením. Na základě výsledků proto doporučuji zaměřit se v rámci jednotlivých nemocnic na zajištění otevřené komunikace a zpětné vazby. Tento postup podporuje i Burgener (2017), který ve své studii využívá metod SBAR a AIDET. Tyto metody umožňují zajistit kvalitnější komunikaci mezi spolupracovníky i pacienty. Naopak Cournan et al. (2018) nesouhlasí a propaguje především monitoring zaměstnanců, který na základě jeho výzkumu prokazatelně navyšuje kvalitu poskytované péče.

Druhá výzkumná otázka mapovala názor sester na monitorování, hlášení a analyzování nežádoucích událostí. Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat, že hlášení nežádoucích událostí probíhá ve všech nemocnicích podle standardů za využití elektronického informačního systému. Vedení nemocnice převážně pozitivně reaguje na hlášení nežádoucích událostí. Vyskytují se bohužel i případy (S5) kdy komunikace s vedením vážne. Frekvence hlášení nežádoucích událostí závisí, dle odpovědí sester, především na typu oddělení. Po shrnutí všech získaných dat je viditelné, že hlášení

nežádoucích událostí v jihočeských nemocnicích funguje správně. Mým doporučením by proto bylo připravit v rámci adaptačního procesu školení pro nově nastupující sestry. Tyto závěry podporuje i studie Steen et al. (2017). Ta mimo jiné uvádí, že zdravotníci často mívají problém určit, kdy se jedná o nežádoucí událost a kdy ne. Jedná se o zajímavý výsledek, který by bylo vhodné nadále rozvést v rámci dalšího výzkumu.

Třetí hodnocená výzkumná otázka byla zacílena na názor sester ohledně vlivu managementu na podporu bezpečí pacientů. Zde se odpovědi komunikačních partnerek velmi liší. V závislosti na nemocnici a typu oddělení sestry S2, S4 a S8 například uvádějí pozitivní zkušenosti s reakcí managementu. Naopak komunikační partnerky S1 a S6 uvádějí, že management nemocnice nereaguje na časté připomínky zaměstnanců a jedná z jejich pohledu neadekvátně. Po analýze jednotlivých rozhovorů bych doporučila vedení nemocnice se zaměřit na komunikaci a zpětnou vazbu z řad zaměstnanců. S tímto souhlasí i Plevová (2013), která tvrdí, že organizace musí pružně reagovat na změny a mít pevně stanovené role jednotlivých úrovní vedení. Zároveň Lukášová a Nový (2004) podporují tato doporučení, když tvrdí, že organizační kulturu tvoří společný soubor myšlenek a idejí, které nezávisí pouze na názorech několika jedinců.

Čtvrtá výzkumná otázka zkoumala názor sester na vliv kultury bezpečí a kvalitu poskytované péče. Dotazované sestry (S1, S10) hodnotí negativně současné vybavení oddělení JIP a ARO. Dle jejich názoru by byla zapotřebí celková rekonstrukce. Naopak komunikační partnerky (S7, S5) hodnotí technologii a pomůcky na jejich oddělení za dostačující. Všechny dotazované sestry se ovšem shodují na tom, že v jejich týmu převládá pozitivní atmosféra a otevřená komunikace, kterou považují za klíčový bod z hlediska zajištění bezpečné a kvalitní péče o pacienta. Po zhodnocení výsledků bych doporučila pořádání pravidelných meetingů mezi vedením a zaměstnanci jednotlivých oddělení. Tam by bylo možné probrat možnosti renovace zastaralých oddělení nebo případné vysvětlení důvodů, proč to není možné.

Nesouhlasím s názorem Zítkové a Pokorné (2015), kde popisují vliv tradic a zvyků na posílení organizační kultury. V dnešní době rychlého rozvoje technologií a inovací není místo na často zastaralé zvyky, ošetrovatelské postupy a rituály. Je třeba, aby nepružný zastaralý systém péče byl nahrazen inovativním myšlením a touhou po rozvoji.



## 6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo vyhodnocení vlivu kultury bezpečí na kvalitu poskytované péče. Primárním záměrem bylo prozkoumat, jaké souvislosti existují mezi prvky organizační kultury, kultury bezpečí, dále úrovní bezpečnosti a kvality poskytované péče pacientům.

Mezi součástí úspěšného fungování zdravotnických zařízení patří zajištění bezpečí pacientů a seberozvoj zaměstnanců. Podpora vzdělávání a rozvoje pracovníků, včetně odborných dovedností a komunikace je tedy nezbytná pro jejich profesní růst a zvyšování kvality péče. Zdravotnická zařízení vytváří svým zaměstnancům takové prostředí, které podporuje inovace, nové technologie a týmovou spolupráci.

Ve výsledcích kvantitativního šetření byla potvrzena pozitivní korelace mezi zájmem sester o spolupráci a týmovou komunikací, mezi spokojeností sester a řízením týmu, dále mezi hodnocením stupně bezpečí pacientů a atmosférou na pracovišti a týmovou komunikací.

Výsledky kvalitativní části výzkumného souboru potvrdily, že organizační kultura, především týmová komunikace a spolupráce ovlivňuje zajištění bezpečí pacientů v době hospitalizace. Z hlediska bezpečnostní kultury si sestry nejvíce stěžovaly na podporu managementu nemocnice, nedostatek zdravotnických pracovníků a na přetěžování pracovníků.

Diplomová práce má své využití pro praxi. Získané výsledky mohou posloužit jako podklad k dalšímu výzkumnému šetření v oblasti organizační kultury, kultury bezpečí a jejich vlivu na kvalitu poskytované péče. Dále mohou tyto údaje pomoci vedení jihočeských nemocnic k analýze současného stavu a navržení nápravných opatření.

## **6.1 Doporučení pro praxi**

Na základě výzkumného zjištění byla navrhnutá opatření. Cílem je zlepšení organizační kultury ve zdravotnictví.

1. Teambuldingová sezení
2. Využívat koncept „townhall meeting“, který umožní lepší výměnu informací mezi vedením a řadovými zdravotnickými pracovníky
3. Motivace zaměstnanců ze strany managementu nemocnice za účelem zlepšení pracovních podmínek sester (využití benefitů pro své zaměstnance, podpora vzdělávání, platové ohodnocení- bonusové tarify)
4. Školení či kurz v oblasti nežádoucích událostí a jejich prevence
5. Kurz komunikace- například využití asertivních komunikačních technik

## 7 Seznam literatury

- 1) AKSELBO, I., OLUFSEN, V., INGEBRIGTSN, O., AUNE, I., 2018, Simulation as a learning method in public health nurse education, *PHN: Public Health Nursing* 36(2), 226-232, doi:10.1111/phn.12560
- 2) ARMUTLU, M., DAVIS, D., DOUCET, A., DOWN, A., SCHIERBECK D., STEVENS P., 2020, Patient Safety Culture Bundle for CEOs and Senior Leaders. *Healthcare Quarterly* 22(2), 82-95 , doi:10.12927/hcq.2020.26044
- 3) AZYABI, A., KARWOWSKI, W., DAVAHLI, M. R., 2021, Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(5), 24-66, doi:10.3390/ijerph18052466
- 4) AZZOLINI, E., RICCIARDI, W., GRAY, M., 2018, Healthcare organizational performance: why changing the culture really matters. *Commentary: Ann Ist Super Sanità* 54(1), 6-8, doi:10.4415/ANN\_18\_01\_03
- 5) BÁRTLOVÁ, S., VLIV PRACOVNÍCH VZTAHŮ MEZI LÉKAŘI A SESTRAMI NA PÉČI O PACIENTA. *Kontakt* 2006 8(1), 1-200 5 ISSN 1212-4117
- 6) BARTONÍČKOVÁ, D., KALÁNKOVÁ, D., MIKŠOVÁ, Z., ŽIAKOVÁ, K., MAZALOVÁ, L., 2019, Patient safety culture from a nursing point of view in a broader context. *Kontakt* 21(2), 121-127, doi:10.32725/kont.2018.008
- 7) BEDNÁŘ, V., 2013, Sociální vztahy v organizaci a jejich management. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4211-3
- 8) BĚLOHLÁVEK, F., 2008, Jak vést svůj tým. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1975-7.
- 9) BÍLÝ, J., 2021, Od Homéra k Alexandru Velikému: Praha boj o moc a právo v klasickém Řecku. V Praze: Petrklíč, ISBN 978-80-7229-833-4.
- 10) BLAŽEK, L., 2014, *Management: organizování, rozhodování, ovlivňování*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4429-2
- 11) BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ S., 2015, *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, ISBN 978-80-7422-402-7.
- 12) BURGNER, A. M., 2017, Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager* 36(3), 238-243, doi:10.1097/HCM.0000000000000165
- 13) CACCIATTOLO, K., 2014, UNDERSTANDING ORGANISATIONAL CULTURES. *European Scientific Journal* 2(1), 1-7, ISSN 1857 – 7881.

- 14) CEJTHAMR, V., DĚDINA J., 2010, *Management a organizační chování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3348-7.
- 15) CIEMINS, E., BRANT, J. L., KERSTEN, D., MULLETTE, E., DICKERSON, D., 2016, Why the Interdisciplinary Team Approach Works: Insights from Complexity Science. *Journal of Palliative Medicine* 19(7), 767-770, doi:10.1089/jpm.2015.0398
- 16) COURNAN, M., FUSCO-GESSICK, B., WRIGHT, L., Improving Patient Safety Through Video Monitoring [online]. 2018 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: doi:10.1097/RNJ.0000000000000089
- 17) DENISON, D. R., 1990, Corporate culture and organizational effectiveness. *New York: Wiley*, ISBN 047180021X.
- 18) Doporučení Rady Evropské Unie: ze dne 9. června 2009, o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí 2009/C 151/01. In: Lucemburk, 2009, C151/01.
- 19) DUCHOŇ, B., 2008, Management: integrace tvrdých a měkkých prvků řízení. Praha: C. H. Beck, ISBN 978-80-7400-003-4
- 20) EL LEITHY, W., 2017, Organizational Culture and Organizational Life Cycle. *International Journal of Economics & Management Sciences* 6(3), 1-3, doi:10.4172/2162-6359.1000433
- 21) FEKONJA, U., STRNAD, M., FEKONJA, Z., 2022, Association between triage nurses' job satisfaction and professional capability: Results of a mixed-method study. *Journal of Nursing Management* 30(1), 4364-4377, doi:10.1111/jonm.13860
- 22) GLADKIJ, I., 2003, *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, ISBN 80-7226-996-8
- 23) GLAJCHOVÁ, A., HLAVÁČKOVÁ, E., HOLÁ, J., MORAVCOVÁ, M., 2021, Job satisfaction of general nurses in standard and intensive care units: "The nurse is a jack-of-all-trades!" *Kontakt* 23(4), 289-296, doi:10.32725/kont.2021.032
- 24) GÜLER, Y., ŞENGÜL, S., ÇALIŞ, H., KARABULUT, Z., 2019, Burnout syndrome should not be underestimated, *Revista da Associação Médica Brasileira* 65(11), 1356-1360, doi:10.1590/1806-9282.65.11.1356
- 25) HANZELKOVÁ, A., KEŘKOVSKÝ, M., VYKYPĚL, O., 2017, *Strategické řízení: teorie pro praxi*. 3. přepracované vydání. V Praze: C.H. Beck, ISBN 978-80-7400-637-1.

- 26) HEKELOVÁ, Z., 2012, *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4032-4
- 27) HOGAN, S. J., COOTE, L. V., 2014, Organizational culture, innovation, and performance: A test of Schein's model. *Journal of Business Research*, 67(8), 1609-1621, doi:10.1016/j.jbusres.2013.09.007
- 28) HOLM-PETERSEN, C., ØSTERGAARD, S., ANDERSEN P. B. N., 2017, Size does matter – span of control in hospitals. *Journal of Health Organization and Management* 31(2), 192-206, doi:10.1108/JHOM-04-2016-0073
- 29) CHAN, Z. C., TAM, W. S., LUNG, M. K., WONG W. Y., CHAU, C. W., 2013, A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management* 21(4), 605-13, doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01437. ISBN 978-80-247-5094-1
- 30) JUG, R., JIANG, X. S., BEAN, S. M., 2018, Giving and Receiving Effective Feedback: A Review Article and How-To Guide. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* 143(2), 244-250, doi:10.5858/arpa.2018-0058-RA
- 31) KOLLÁRIK, T., 2011, *Sociálna psychológia + psychológia práce = sociálna psychológia práce?* Univerzita Komenského Bratislava, ISBN 978-80-2232-965-1
- 32) KURUCOV, R., KALÁNKOVÁ, D., ŽUFFOVÁ, A., ŽIAKOVÁ, K., 2023, Hospital patient safety culture in selected Slovak hospitals:: a cross-sectional study. *Kontakt: Journal of nursing and social sciences related to health and illness* 25(2), 69-70, doi:10.32725/kont.2022.041
- 33) LIPSCOMB, J. C., 2019, Purpose-Driven Risk Assessment. *Toxicologic Pathology* 47(8), 1027-1034, doi:10.1177/0192623319875714
- 34) LUKÁŠOVÁ, R., 2010, *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2951-0.
- 35) LUKÁŠOVÁ, R., NOVÝ, I., 2004, *Organizační kultura: od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha: Grada, ISBN isbn:80-247-0648-2
- 36) MELO, M. B., BARBOSA M. A., SOUZA P. R., 2011, Job satisfaction of nursing staff: integrative review, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 19(4), 1047-55, doi:10.1590/s0104-11692011000400026
- 37) MORRISON, V., HAUCH, R., PEREZ, E., BATES, M., SEPE, P., DANS, M., 2021, Diversity, Equity, and Inclusion in Nursing: The Pathway to Excellence Framework Alignment. *Nursing Administration Quarterly* 45(4), 311-323, doi:10.1097/NAQ.0000000000000494

- 38) NIINIHUHTA, M., HÄGGMAN-LAITILA, A., 2022, A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice* 28(5), 1-22, doi:10.1111/ijn.13040
- 39) NONAILLADA, J., MARTIN R. A., 2022, Applying Situational Leadership to Redeployment Duties During COVID-19: *Lessons Learned. Quality Management in Health Care*, 31(4), 274-277, doi:10.1097/QMH.0000000000000350
- 40) PAINE, L. A., ROSENSTEIN, B. J., SEXTON, J. B., KENT, P., HOLZMUELLER, C. G., PRONOVOST, P. J., 2011, Republished paper: Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre. *Postgraduate Medical Journal* 87(1028), 428-435, doi:10.1136/pgmj.2009.039347rep
- 41) PLEVOVÁ, I., 2012, *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3871-0.
- 42) PLEVOVÁ, I., JAROŠOVÁ, D., I., 2013, *Management v ošetrovatelství: studijní opora*. Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7464-304-0
- 43) POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V., BŮŘILOVÁ, KUČEROVÁ, J., MUŽÍK, J., 2019, *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0720-9.
- 44) ROBERTSON, J. J., LONG, B., 2018, Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *The Journal of Emergency Medicine* 54(4), 402-409, doi:10.1016/j.jemermed.2017.12.001
- 45) ROSEN, M. A., et al, 2018, Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High Quality Care. *Agency for Healthcare Research and Quality: Patient Safety Network* 73(4), 433-450, doi:10.1037/amp0000298
- 46) ROSENGARTEN, L., 2019, Teamwork in nursing:: essential elements for practice. *Nursing Management* 26(4), 36-43, doi:10.7748/nm.2019.e1850
- 47) SANJIV, K., VAISHALI, D., VIVEK A. S., 2014, Strategic Management and Leadership for Health Professionals: Building and Leading Teams. *Indian Journal of Community Medicine* 39(4), 208-213, doi:10.4103/0970-0218.143020
- 48) SHANAHAN, T., CUNNINGHAM, J., 2021, Keys to Trust-Building with Patients. *Journal of Christian Nursing* 38(2), 11-14, doi:10.1097/CNJ.0000000000000823
- 49) SMITH, L. E., FLANDERS, 2014, S. A., Application of a Comprehensive Unit-Based Safety Program in Critical Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 26(4), 447-460, doi:10.1016/j.ccell.2014.08.004

- 50) SOUKUP, V., 2011, *Antropologie: teorie člověka a kultury*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-432-8.
- 51) SPECCHIA, M. L., COZZOLINO, M. R., CARINI, E., DI PILLA, A., GALLETI, C., RICCIARDI, W., DAMIANI, G., 2021, Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(4), 1-15, doi:10.3390/ijerph18041552
- 52) STEEN, S., JAEGER, C., PRICE, L., GRIFFEN, D., 2017, Increasing Patient Safety Event Reporting in an Emergency Medicine Residency. *BMJ Quality Improvement Programme* 6(1), 1-5, doi:10.1136/bmjquality.u223876.w5716
- 53) SYRILÄ, T., VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K., HÄRKÄNEN, M., 2020, Communication issues contributing to medication incidents: Mixed-method analysis of hospitals' incident reports using indicator phrases based on literature. *Journal of Clinical Nursing* 29(13-14), 2466-2481, doi:10.1111/jocn.15263
- 54) ŠTĚPANYOVÁ, G., 2019, *Ministerstvo zdravotnictví a zaměstnavatelé odstartovali kampaň „Studuj zdravotníku“* [cit. 2023-08-06]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zamestnavatele-odstartovali-kampan-studuj-zdravku/>
- 55) ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017, *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-0062-0.
- 56) TABERNA, M., et al, 2020, The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers: frontiers in oncology* 20(10), 1-16, doi.org/10.3389/fonc.2020.00085
- 57) TOKAREVA, I. ROMANO, P., 2023, Patient Safety Indicators. Agency for Healthcare Research and Quality: *Patient safety network*, 5 [cit. 2023-07-23]. Dostupné z: <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-safety-indicators>
- 58) Věstník č.13/2021. In: . Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město: 2021, částka 13, Dostupné také z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ\\_13-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf)
- 59) Věstník č.16/2015. In: . Palackého nám. 4, 120 00 Praha 2-Nové Město: 2015, částka 13, Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-16-2015/>
- 60) VÉVODA, J., 2013, *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4732-3.
- 61) WEAVER, S. J., LUBOMKSI, L. H., WILSON, R. F., PFOH, E., MARTINEZ, K. A., DY, S. M., 2013, Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy.

*Annals of Internal Medicine* 158(5), 369-374, doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002

- 62) WEINTRAUB, P., MCKEE M., 2019, Leadership for Innovation in Healthcare: An Exploration. *International Journal of Health Policy and Management* 8(3), 138-144, doi:10.15171/ijhpm.2018.122
- 63) YLITÖRMÄNEN, T., KVIST T., TURUNEN, H., 2019, Perceptions on nurse-nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(3), 731-740, doi:10.1111/scs.12669
- 64) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131. [cit. [2023-08-07]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- 65) ZÍTKOVÁ, M., et al., 2015, *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. In. POKORNÁ A., MIČUDOVÁ. Praha: Grada



## 8 Seznam zkratek

ARO	oddělení anesteziologie a resuscitace
Covid-19	coronavirus disease (koronavirus)
CUSP	comprehensive unit-based safety program (komplexní bezpečnost na jednotce)
ČR	Česká republika
H1 – H4	výzkumná hypotéza 1 až 4
JIP	jednotka intenzivní péče
Max	maximální hodnota
Min	minimální hodnota
N	počet respondentů
odst.	odstavec
p	hladina významnosti
písm.	písmeno
r	korelační koeficient
S1 – S10	sestra 1 až sestra 10
Sb.	sbírky
směr. od.	Směrodatná odchylka
SPSS	statistical package for social science (statistický balíček pro sociální vědy)
tab	tabulka

## 9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví respondentů .....	33
Tabulka 2 Věk respondentů .....	33
Tabulka 3 Počet respondentů podle oddělení .....	33
Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	34
Tabulka 5 Délka praxe na současném oddělení.....	34
Tabulka 6 Celková délka praxe .....	34
Tabulka 7 Organizační kultura - "Psychologická atmosféra" .....	35
Tabulka 8 Organizační kultura – „Vztahy mezi členy týmu“ .....	35
Tabulka 9 Organizační kultura – „Vřelost, rozvoj týmu“ .....	36
Tabulka 10 Organizační kultura – „Sociální začleněnost“ .....	36
Tabulka 11 Organizační kultura – „Spokojenost“.....	37
Tabulka 12 Organizační kultura – „Kooperační“.....	37
Tabulka 13 Organizační kultura – „Komunikace“.....	38
Tabulka 14 Organizační kultura – „Styl řízení týmu“ .....	38
Tabulka 15 Organizační kultura – „Vztah k práci“ .....	39
Tabulka 16 Organizační kultura – „Zaměření na úspěch“.....	39
Tabulka 17 Vyhodnocení organizační kultury (N- 205) .....	40
Tabulka 18 Kultura bezpečí – „Zajištění bezpečí pacientů“.....	41
Tabulka 19 Kultura bezpečí – „Seberozvoj pro zaměstnance“ .....	41
Tabulka 20 Kultura bezpečí – „Vytíženost zaměstnanců“ .....	42
Tabulka 21 Celkové vyhodnocení kultury bezpečí (N = 205).....	42
Tabulka 22 Statistické testování hypotéz .....	43
Tabulka 23 Identifikační údaje komunikačních partnerek .....	45

## **10 Seznam příloh**

Příloha 1 manažerská pyramida

Příloha 2 metoda CUSP (komplexní bezpečnost na jednotce)

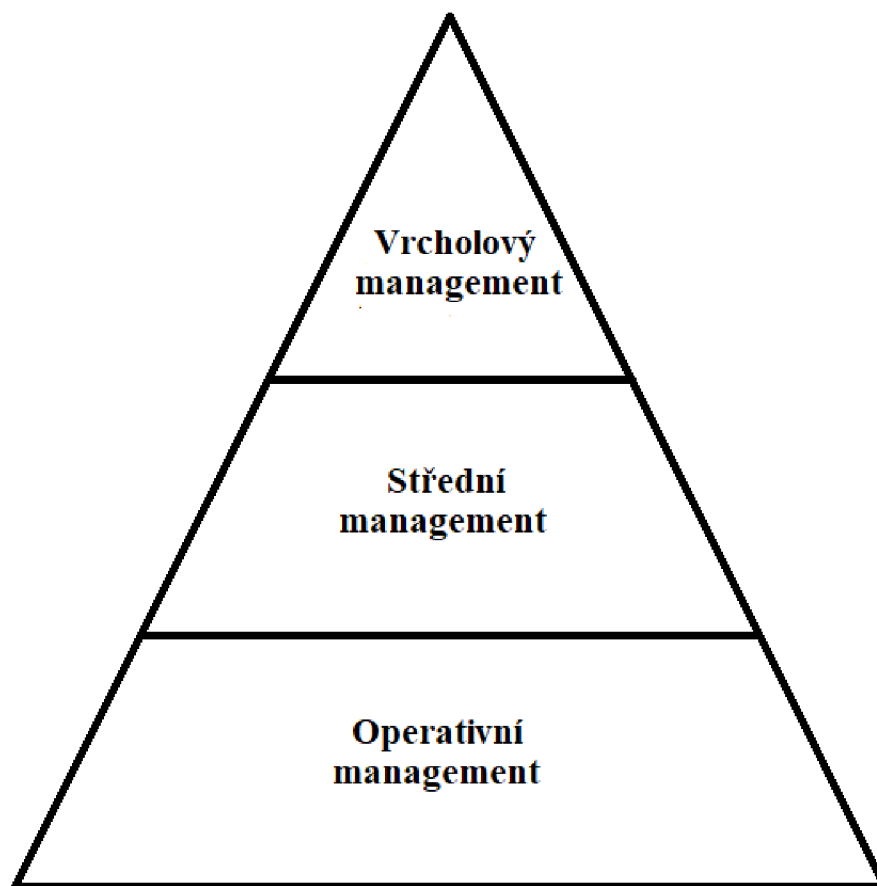
Příloha 3 typy nežádoucích událostí

Příloha 4 osm pilířů k zajištění bezpečného prostředí

Příloha 5 Dotazník sociální začlenenosti (Kollárik, 2011)

Příloha 6 otázky k rozhovorům

## **Příloha 1 manažerská pyramida**



Zdroj: vlastní zpracování podle Blažek, 2014

## Příloha 2 metoda CUSP (komplexní bezpečnost na jednotce)

první krok	pochopení kultury bezpečí
druhý krok	vytvoření týmu a určení vedoucího pracovníka s dostatečným množstvím zkušeností
třetí krok	pomocí retrospektivní analýzy určit rizika a nedostatky současného stavu bezpečnostní kultury
čtvrtý krok	týmová komunikace ohledně rizik a nedostatků za současné implementace bezpečnostní kultury
pátý krok	vytvoření krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých cílů, jak vylepšit bezpečnost pacientů
šestý krok	zhodnotit první úspěchy a zavést nové změny v závislosti na již implementovaných opatřeních
sedmý krok	ukotvit, udržovat a kontrolovat dodržování nově nastavených pravidel a bezpečného chování

Zdroj: vlastní zpracování podle Paine, et al, 2011

### **Příloha 3 typy nežádoucích událostí- přízpůsobit oknu**

1.	dekubitus
2.	dieta/výživa
3.	zdravotnická dokumentace
4.	chování osob
5.	klinická administrativa
6.	klinický výkon
7.	medicínské plyny
8.	medicínské přístroje a vybavení
9.	medikace/ intravenózní roztoky
10.	neočekávané zhoršení klinického stavu
11.	pád
12.	transfuze/ krevní deriváty
13.	zdroje/ management organizace

Zdroj: vlastní zpracování podle Pokorná, et al (2019)

#### **Příloha 4 Osm pilířů k zajištění bezpečného prostředí**

1	schopnost vedoucích pracovníků zajistit a udržet kulturu bezpečí a vyvolat pocit naléhavosti
2	vytvoření centralizovaného a koordinovaného přehledu, jak zajistit bezpečí pacienta
3	vytvoření společného souboru preventivních opatření a komunikace o těchto opatřeních
4	navýšení investic do výzkumu a implementace bezpečnostní kultury
5	proškolení veškerého personálu v oblasti bezpečného chování
6	podpora pracovníků v oblasti zajištění bezpečnostní kultury a dosahování krátkodobých vítězství
7	spolupráce s pacienty, využití výsledků a podpora dalších pozitivních změn
8	pravidelná obnova přístrojů a technologií, zakotvení opatření s pozitivními výsledky

Zdroj: vlastní zpracování podle Šupšáková, 2017

## Příloha 5 Dotazník sociální začlenenosti (Kollárik, 2011)

### VÝZKUM ORGANIZAČNÍ KULTURY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vážená sestro, jmenuji se Anežka Řehořová. Tento výzkum je zaměřen na zjišťování Vašeho názoru na problematiku organizační kultury na Vašem pracovišti. Poslední otázky jsou zaměřeny na oblast kultury bezpečí. Získané informace budou poskytnuty k vytvoření mé diplomové práce. Na vyplnění tohoto dotazníku budete potřebovat přibližně 10 minut. Dotazník je anonymní.

Každý pracovní tým má svoji charakteristickou sociální atmosféru, kterou členové týmu vnímají a posuzují zejména podle vlastních zkušeností působením v něm.

Kvalitu každého znaku sociální atmosféry týmu můžete ohodnotit na 10-stupňové číselné škále tak, že **zakroužkujete to číslo od 1 do 10**, které podle Vašeho názoru nejlépe vyjadřuje situaci ve Vašem týmu. Přitom číslo **10 vyjadřuje maximálně příznivé a číslo 1 maximálně nepříznivé hodnocení** příslušného znaku týmu. Čísla 2 – 9 tvoří mezistupně přechodu od maximálně příznivého hodnocení (číslo 10) po maximálně nepříznivé hodnocení (číslo 1). Čísla 5 – 6 vyjadřují hodnoty přechodu od nepříznivého hodnocení (1 – 5) k příznivému hodnocení (6 – 10). Pro ulehčení Vašeho rozhodování při hodnocení Vám předkládáme bližší charakteristiku krajních bodů, tj. charakteristiku **maximálně příznivého (10) a maximálně nepříznivého (1) znaku týmu (1)**.

Prosím Vás o upřímné odpovědi.  
Děkuji.

#### A: IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pohlaví:	Věk:
Nejvyšší dokončené vzdělání:	Oddělení:
Počet let praxe na dané pozici:	Celková délka Vaší ošetrovatelské praxe:



## B: HODNOCENÍ ORGANIZAČNÍ KULTURY

### 1. Psychologická atmosféra

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
V týmu vládne dobrá, přátelská, otevřená atmosféra, je tu příjemná nálada, vzájemné respektování se, důvěra a podpora, dominují pozitivní emocionální vztahy					V týmu vládne chladná a nedůvěřivá atmosféra, lidé jsou k sobě zdrženliví, je tu nevhodná nálada, vzájemné nerespektování se, dominují negativní emocionální vztahy				

### 2. Vztahy mezi členy týmu

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Mezi pracovníky vládne upřímnost a uvolněnost, vzájemné porozumění, tolerance zájem o spolupracovníky pozitivní vzájemné vztahy a vazby					V týmu vládne napětí, rozpory, nedorozumění, konflikty, spory, nezájem o spolupracovníky, mezilidské vztahy jsou problémové, negativní vztahy a vazby				

### 3. Vřelost – rozvoj týmu

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Je to zralý, sociálně i pracovní rozvinutý tým, vládne v něm pocit sounáležitosti, soulad formálních i neformálních vztahů, schopnost sebereflexe a sebeřízení					Difúzní, nesjednocená skupina, vládne v ní vzájemná zdrženlivost, neujasněné vztahy, tým existuje jen formálně, neschopnost sebereflexe a sebeřízení				

### 4. Sociální začleněnost

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká orientace na sociální vztahy, formy prosociálního chování, otevřenost k vztahům, vzájemný takt a respektování se, dobrá začleněnost pracovníků do týmu					Nízká orientace na sociální vztahy, neochota akceptování druhých, nerespektování se, netolerance, nevyzrálость vzájemných vazeb, chladné a složité vztahy				

### 5. Spokojnost

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká spokojenost pracovníků i celého týmu, pozitivní vyrovnávání se se stavem v týmu, možnosti a podmínky pro uspokojení členů týmu					Vysoká nespokojenost pracovníků, subjektivní nevyrovnanost so stavem v týmu, v týmu nejsou možnosti a podmínky pro uspokojení členů týmu				

## 6. Kooperace

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vysoká schopnost a ochota členů týmu kooperovat, dobré podmínky a zájem pracovníků o spolupráci v týmu i o vztahy se spolupracovníky					Nízká schopnost a ochota členů týmu kooperovat, v týmu nejsou podmínky pro spolupráci, převládá individualismus v pracovním i sociálním působení				

## 7. Komunikace

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Vhodný a stabilizovaný systém komunikace v týmu, otevřenost k poskytování i přijímání informací, zapojení všech členů týmu do komunikace					Nevhodný a nestabilizovaný systém komunikace v týmu, nezájem členů týmu o poskytování i přijímání informací, nejasná struktura komunikace				

## 8. Styl řízení týmu

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Styl orientovaný na lidi, formování dobrých mezilidských vztahů, manažer je psychologicky začleněný do týmu, vytváří dobrou atmosféru a spokojnost členů týmu					Styl orientovaný na výsledný efekt práce, aplikuje formální přístup k pracovníkům, nevytváří psychologické vazby, nevěnuje pozornost vztahům v týmu				

## 9. Vztah k práci

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Pozitivní vztah a postoj k práci, silná pozitivní motivace pracovníků, pracovní nadšení, ochota a zájem investovat čas i námahu do práce					Negativní vztah a postoj k práci, nedostatek motivace k práci, nezájem o pracovní problémy a výsledky, pracovníci nejsou ochotní angažovat se v oblasti práce				

## 10. Zaměření na úspěch

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
V týmu je vysoká aktuální potřeba být úspěšnými, silná zaangažovanost na plnění úkolů, vysoký pocit zodpovědnosti za úspěšnost, schopnost „vyburcování se“ k výkonu					V týmu absentuje potřeba být úspěšnými, nezaangažovanost pracovníků na úspěšnosti týmu, potlačování aktivity a iniciativy v týmu, nízká zodpovědnost za neúspěch				

**Zdroj:** Kollárik, T. (2011). Sociálna psychológia + Psychológia práce = Sociálna psychológia práce? Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě

## OBLAST C: HODNOCENÍ KULTURY BEZPEČÍ

### 11. Zajištění bezpečí pacientů

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Bezpečí pacientů na lůžkovém oddělení je maximálně zabezpečeno, nenastávají nežádoucí události a fungují preventivní opatření k zabránění vzniku nehody.					Preventivní opatření a reakční pravidla nefungují a bezpečí pacientů na lůžkovém oddělení není zajištěno způsobem, který by minimalizoval riziko vzniku nežádoucích událostí				

### 12. Seberozvoj pro zaměstnance

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Zdravotní zařízení aktivně podporuje a umožňuje zaměstnancům další seberozvoj v oblasti poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientům.					Zdravotní zařízení nevyžadují aktivní přístup zaměstnanců k seberozvoji a k sebevzdělávání. Zaměstnanci necítí dostatečnou angažovanost zaměstnavatele.				

### 13. Vytíženost zaměstnanců

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Práce na lůžkových odděleních je v rámci směn rovnoměrně rozdělena mezi jednotlivé pracovníky a nedochází k přetěžování zaměstnanců.					Není dostatek zdravotnických pracovníků na pokrytí směn, náročnost práce narůstá a dochází k přetěžování zaměstnanců.				

## D. VAŠE PŘIPOMÍNKY

Prosím napište Vaše případné komentáře, připomínky, názory na jednotlivé otázky.  
Děkuji.

Děkuji Vám za odpovědi.  
Vašeho názoru na organizační kulturu a bezpečnost péče si velmi Vážím.

Zdroj: vlastní zpracování dle Kollárik (2011)

## **Příloha 6 otázky k rozhovorům**

- 1) Jaká rizika (nežádoucí události) hrozí pacientům na Vašem oddělení?
- 2) Jaká preventivní opatření zabraňující vzniku nežádoucích událostí (selhání, omylů) máte v procesech péče stanoveny?
- 3) Jak tato preventivně bezpečnostní opatření minimalizují riziko vzniku nežádoucí události?
- 4) Jak se preventivně bezpečnostní opatření dodržují v praxi?
- 5) Jakým způsobem jsou monitorovány, hlášeny a analyzovány nežádoucí události
- 6) Jakým způsobem vedení nemocnice zajišťuje a podporuje bezpečnost pacientů na Vašem pracovišti? Jakým způsobem zvyšuje kvalitu?
- 7) Na koho se obrátíte v případě, že potřebujete poradit, pomoc?
- 8) Jaké jsou mezilidské vztahy na Vašem pracovišti?
- 9) Jak atmosféra na pracovišti ovlivňuje kvalitu poskytované péče?
- 10) Jakým způsobem dle Vás lze zvýšit kvalitu a bezpečí poskytované péče na Vašem pracovišti?

Zdroj: vlastní zpracování