

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014

Kateřina Voleníková



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje

Vypracovala: Bc. Kateřina Voleníková
Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, Ph.D

České Budějovice 2014

Abstrakt - Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje

Současný stav: Problematika zdravotnických pochybení získala v poslední době značnou pozornost organizací světové i národní úrovně. Výsledky výzkumů poukázaly na to, že většina chyb a nežádoucích událostí vzniká selháním systému péče a nejsou pouhou chybou jednotlivců. Institut of Medicine ve své zprávě doporučil rozvíjet kulturu bezpečí, kde zaměstnanci chtějí poskytovat, co nejbezpečnější zdravotní péči. Kultura bezpečí podporuje netrestající prostředí chyb a omylů zaměstnanců. Posuzováním stávající kultury bezpečí je první etapou v rozvoji bezpečí pacientů. Napomáhá zdravotnickým zařízením identifikovat silné a slabé stránky jejich kultury bezpečnosti a rozpoznat bezpečnostní problémy pacientů (57).

Předmět: Hlavním záměrem výzkumu bylo „*vyhodnotit kulturu bezpečí ve vybraných nemocnicích*“. Kultura bezpečí byla hodnocena v následujících oblastech: atmosféra na pracovišti, styl vedení, efektivita týmové komunikace, stupeň bezpečnosti pacientů, hlášení nežádoucích událostí, týmová spolupráce mezi odděleními a personální zajištění.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena standardizovaná metoda The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) americké agentury AHQR (The Agency for Healthcare Research and Quality). Kvantitativní metoda byla realizována pomocí dotazování. Výzkumné šetření bylo realizováno od poloviny července do konce září 2013. Získaná data byla testována v programu SPSS verze 16,0. Pro statistické testování byl zvolen Personův chí-kvadrát a znaménkové schéma.

Výzkumný soubor: V rámci výzkumného šetření bylo osloveno 301 nelékařských pracovníků Krajské zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z. v Ústí nad Labem a Krajské nemocnici Liberec, a.s., kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, pracujících na lůžkových odděleních standardního typu i oddělení intenzivní péče.

Výsledky: Výsledky šetření prokázaly, že oslovení zdravotničtí pracovníci hodnotí organizační kulturu jako přátelskou, netrestající je za chyby vzniklé při poskytování zdravotní péče. Byl prokázán statisticky významný vztah mezi reakcí vedení nemocnice

na chyby a hodnocením bezpečí pacientů ze strany respondentů. V případě, že vedení nemocnice zaměstnance netrestá, hodnotí zdravotničtí pracovníci bezpečí pacientů lépe, než jsou-li za chyby vedením nemocnice postihováni. Respondenti uvedli, že jsou chváleni vedoucím pracovníkem za bezpečně provedenou práci (55,1 %) a mohou navrhnout změny v postupech péče (64,5 %). S vyšším oceněním ze strany vedoucích pracovníků rostla i ochota respondentů hlásit pochybení. Naopak v okamžiku, kdy vedoucí pracovníci žádali po zaměstnancích zjednodušení bezpečnostních postupů, respondenti statisticky významně méně hlásili pochybení. Výsledky šetření ukázaly, že oslovení zdravotničtí pracovníci se vzájemně podporují (58,1 %) a spolupracují (72,4 %). Dle názoru respondentů s lepší týmovou spoluprací roste i bezpečnost pacientů. Analýza výsledků ukázala, že zdravotníci mají aktivní přístup v otázkách bezpečnosti péče (82,7 %) a dle jejich názoru chyby a omyly vedou ke zlepšení bezpečnosti pacientů (40,9 %). Zdravotníci potvrdili, že se jim dostává zpětné vazby o hlášených událostech (37,9 %). Na základě týmové diskuze o pochybení, se statisticky významně zlepšuje hodnocení bezpečí pacientů respondenty. Výsledky šetření odhalily, že v rámci oddělení existuje přátelské klima, které vede respondenty k otevřené komunikaci o pochybení (68,2 %). Respondenti nemají obavu se zeptat svého vedoucího na jeho rozhodnutí (64,5 %). Rozbor odpovědí respondentů odhalil nedostatečné hlášení nežádoucích událostí (zhruba 1/2 respondentů hlásí více jak jednu a více nežádoucích událostí za jeden rok). Respondenti s různou délkou praxe hlásí incidenty rozdílně (nejméně s kratší délkou praxe, více s delší délkou praxe). Většina respondentů považuje počet personálu na pracovišti za nedostatečný (42,5 %). Respondenti hodnotí bezpečí pacientů velmi kladně (76,7 % respondentů hodnotilo jako vynikající a velmi dobrý). Nicméně dle názoru respondentů s nedostatečným počtem personálu se významně zhoršuje i bezpečnost pacientů.

Závěr: Vedení nemocnice se musí podílet na změně vnímání chyb od individuálního k systémovému. Podporovat své vedoucí pracovníky v nerepresivním stylu vedení. Při výběru vhodného vedoucího nesmí rozhodovat pouze profesní (odborné) kvality, ale musí se klást důraz na osobnostní stránku. V rámci zlepšení bezpečnostní kultury je třeba provádět pravidelnou supervizi nebo teambuildingové aktivity, které podpoří

rozvoj týmových schopností. Vhodné je také pravidelné provádění simulací zátěžových situací či stavů, které budou rozvíjet tým. Řešení pochybení je spíše retrospektivní a nemocnice musí hledat vhodné nástroje, které pomohou předcházení jejich vzniku. Zlepšování bezpečí a zavádění bezpečnostních změn bez participace zdravotníků není možná, a proto by měl vedoucí podporovat aktivní přístup zaměstnanců v řešení problémů. Dále musí docházet k podávání zpětné vazby o výsledcích hlášení pochybení vhodným způsobem, aby motivovalo personál k dalšímu hlášení. Výsledky o počtu hlášení vyžadují změnu pohledu zdravotníků na hlášení pochybení a větší důslednost vedoucích pracovníků při kontrole hlášení (zda personál hlásí či ne). Vedení nemocnice může motivovat ke hlášení rozličně, například školením nových zaměstnanců o důležitosti hlášení pochybení, poskytnutím odměny vedoucím za počty hlášení a jiné. Stížnosti zdravotníků na přetížení je nutno brát vážně. Bohužel ekonomický tlak, který vede zdravotnická zařízení, aby zajišťovali zdravotní péče pouze s minimálním počtem pracovníků daný zákonem, ukazuje, že ne vždy jde zajištění dostatečného personálu lehce vyřešit. Zlepšení může přinést úprava organizace práce či využití dočasně pracujícího personálu.

KLÍČOVÁ SLOVA: organizační kultura; bezpečí pacientů; kultura bezpečí; nežádoucí událost; zdravotní péče

Abstract– Assessment of safety culture in selected hospitals in the Ústí nad Labem and Liberec regions

Current status: The issue of medical errors has recently gotten considerable attention among organizations at the global and national levels. The research results have shown that the majority of errors and adverse events arise from systemic failure in care and not merely due to individual error. In its report the Institute of Medicine recommended the development of a safety culture where employees want to provide the safest health care. A safety culture is promoted by a non-punitive environment for employee mistakes. Assessing the current culture of safety is the first stage in the development of patient safety. It helps healthcare facilities to identify the strengths and weaknesses of their safety culture and identify the safety problems of patients (57).

Subject: The main purpose of the research was *"to evaluate the safety culture in select hospitals."* The culture of safety was evaluated in the following areas: atmosphere in the workplace, leadership style, effectiveness of team communication, the degree of patient safety, adverse event reporting, teamwork between departments and staffing.

Method: A standardized method was chosen for the research: The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) by the American agency AHQR (The Agency for Healthcare Research and Quality). A quantitative method was implemented using polling. The survey was conducted from mid-July to the end of September 2013. Obtained data were tested in SPSS version 16.0. For statistical testing Person's chi-square and sign scheme was elected.

Research group: The research survey addressed 301 non-medical staff of Krajské zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z. (Regional Health a.s. – Masaryk Hospital) in Ústí nad Labem and Krajské nemocnici Liberec, a.s. (Liberec Regional Hospital), who are in direct contact with patients, working in standard wards and intensive care.

Results: The survey results showed that the surveyed health care professionals assess the organizational culture as friendly and non-punitive with regard to errors in the provision of health care. There was a statistically significant relationship between the

response of hospital management to errors and the evaluation of patient safety by the respondents. If the hospital management does not punish employees, the health care professionals assess the safety of patients better than when they are punished by the hospital for any errors. The respondents indicated that they are praised by the manager for conducting their work safely (55.1%) and that they can suggest changes in management practices (64.5%). The higher the evaluation of managers, the higher the respondents' willingness to report misconduct. Conversely, when the managers asked employees to simplify safety procedures, the respondents reported significantly fewer errors. The results showed that addressed health care professionals support each other (58.1%) and cooperate better (72.4%). According to the respondents, better teamwork leads to better patient safety. An analysis of the results shows that health professionals have an active approach to safe care (82.7%) and in their opinion, errors and mistakes lead to improved patient safety (40.9%). Paramedics have confirmed that they receive feedback on reported incidents (37.9%). Based on team discussion about errors the respondents' evaluation of patient safety has significantly improved. The survey results revealed that within the department there is a friendly atmosphere, which encourages the respondents to communicate openly about errors (68.2%). The respondents are not afraid to ask their manager for a decision (64.5%). An analysis of respondents' answers revealed a lack of reporting of adverse events (about half of the respondents reported more than one or more adverse events per year). Respondents with different length of practice report incidents differently (less with a shorter length of practice, more with a longer length of practice). Most respondents consider the number of staff in the workplace deficient (42.5%). The respondents evaluate patient safety very positively (76.7% rated as excellent or very good). However, according to the respondents an insufficient number of staff leads to significant deterioration of patient safety.

Conclusion: Hospital management should be involved in changing the detection of individual errors from individual to systemic. Managers should be encouraged to pursue a non-punitive leadership style. The choice of manager should be based not only on professional (vocational) qualities, but must also take into account personal qualities. In order to improve the safety culture there should be regular supervision or teambuilding

activities that support the development of teamwork. It is also a good idea to perform regular simulations of stressful situations or conditions that will develop the team. Resolving errors is more retrospective and hospitals must look for suitable tools to help prevention. Improving safety and implementing safety changes is not possible without the participation of health professionals, so the manager should encourage an active approach by employee to problem solving. Feedback on the results of reporting errors must be given in an appropriate way to motivate staff to continue to report future errors. The results require a change in how medical staff report errors and greater consistency among management when checking reports (whether or not the staff report). Hospital management can motivate staff to report differently, for example, by training new employees about the importance of reporting errors by providing rewards for the number of reports, etc. Complaints of work overload by medical personnel must be taken seriously. Unfortunately, economic pressure, which leads medical institutions to provide medical care with only the minimum number of workers required by law, shows that is not always easy to ensure adequate staff. Improvements can be brought about by changes to work organization or the use of temporary workers.

KEY WORDS: organizational culture; patient safety; culture of safety; adverse events; health care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 19. 5. 2014

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Ing. Ivě Brabcové, Ph.D za její vstřícné vedení, odborné konzultace a trpělivost, kterou mi během práce poskytovala.

Obsah

Úvod.....	4
1 SOUČASNÝ STAV	6
1.1 Organizační kultura.....	6
1.1.1 Kultura zdravotnické organizace	7
1.2 Bezpečí pacientů	8
1.2.1 Bezpečí pacientů v České republice	9
1.3 Kultura bezpečí ve zdravotnických zařízeních	10
1.3.1 Vnímání bezpečnosti pacientů	13
1.3.1.1 Hlášení nežádoucích událostí	14
1.3.2 Nerepresivní odpověď vedení na pochybení	14
1.3.3 Otevřená komunikace o bezpečnosti péče	15
1.3.3.1 Diskuze o pochybeních.....	16
1.3.4 Týmová spolupráce.....	17
1.3.4.1 Týmová spolupráce v rámci oddělení.....	17
1.3.4.2 Týmová spolupráce mezi odděleními.....	18
1.3.5 Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu.....	19
1.3.6 Kontinuální zvyšování bezpečí pacientů	20
1.3.7 Personální obsazení.....	21
1.3.8 Předávání a překlád pacientů	22
1.4 Pochybení	22
1.5 Nežádoucí událost	24
1.5.1 Hlášení nežádoucích událostí.....	25
1.6 Metody řešení pochybení	26
1.6.1 Analýza skutečných příčin/kořenů pochybení	27
1.6.2 Analýza možností vzniku a následků selhání	27

1.6.3	Analýza stromu rizik.....	28
1.7	Právní úprava pochybení.....	29
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	31
2.1	Hypotézy.....	31
3	Metodika.....	33
3.1	Použité metody.....	33
3.2	Způsob statistického zpracování dat.....	34
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4	VÝSLEDKY.....	37
4.1	Identifikační údaje.....	37
4.2	Vyhodnocení dimenze „Předávání a překlady pacientů“.....	41
4.3	Vyhodnocení dimenze „Týmová spolupráce“.....	44
4.3.1	Týmová spolupráce mezi odděleními.....	44
4.3.2	Týmová spolupráce na oddělení.....	48
4.4	Vyhodnocení dimenze „Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu“.....	54
4.5	Vyhodnocení dimenze „Personální obsazení“.....	56
4.6	Vyhodnocení dimenze „Nerepresivní odpověď na pochybení“.....	61
4.7	Vyhodnocení dimenze „Zpětná vazba a komunikace o pochybení“.....	65
4.8	Vyhodnocení dimenze „Otevřenost v komunikaci o pochybení“.....	68
4.9	Vyhodnocení dimenze „Organizační znalosti/kontinuální zlepšení“.....	74
4.10	Vyhodnocení dimenze „Nadřizovaný podporuje bezpečí pacientů“.....	80
4.11	Vyhodnocení dimenze „Frekvence hlášení nežádoucích událostí“.....	89
4.12	Vyhodnocení dimenze „Celkové vnímání bezpečí“.....	95
5	Diskuze.....	99
5.1	Atmosféra na pracovišti versus stupeň bezpečí pacientů.....	99
5.2	Styl vedení versus hlášení pochybení.....	101

5.3	Týmová spolupráce na oddělení versus stupeň bezpečí.....	103
5.4	Organizační znalosti/kontinuální zlepšování versus stupeň bezpečí	105
5.5	Zpětná vazba a diskuze o pochybení versus hlášení pochybení	106
5.6	Otevřená komunikace o pochybení versus hlášení pochybení.....	108
5.7	Hlášení pochybení versus délka praxe zdravotníků	109
5.8	Hlášení pochybení versus týmová spolupráce mezi odděleními.....	111
5.9	Personální zajištění versus stupeň bezpečí.....	112
5.10	Zhodnocení celkového vnímání bezpečí.....	113
6	ZÁVĚR.....	115
6.1	Doporučení pro praxi	116
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	118
8	PŘÍLOHY	124

Seznam použitých zkratk

AHQR	Agency for HealthCare Research and Quality, agentura pro výzkum zdravotní péče a kvalitu (USA)
a.s.	akciová společnost
č.	číslo
df	degrees of freedom/stupně volnosti, tj. charakteristika provedeného testu z pohledu počtu porovnávaných kategorií
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis, analýza možností vzniku a následků selhání
FTA	Fault Tree Analysis, analýzu stromu rizik
ISO	International Organization for Standardization, Mezinárodní organizace pro standardizaci
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Spojená akreditační komise (USA)
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
o.z.	odštěpný závod
RCA	Root Cause Analysis, analýza skutečných příčin pochybení
Sb.	sbírka
SPSS	Statistical Package for Social Science
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
tj.	to je
USA	United States of America, Spojené státy americké
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Úvod

Zahraníční studie, které probíhají již od konce minulého století, naznačují, že u přibližně 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů. Odhaduje se, že ročně ve Spojených státech zemře v důsledku pochybení zdravotníků 44 000 – 98 000 hospitalizovaných lidí, což je více úmrtí, než na následky dopravních nehod. Britské ministerstvo zdravotnictví uvádí, že v zemi ročně dochází k přibližně k 850 000 nežádoucích událostí, vedoucích k poškození pacientů. O obdobných výsledcích informují další státy Evropské unie, jako je Španělsko, Francie a Dánsko. Při hodnocení bezpečnosti zdravotní péče zhruba polovina dotazovaných obyvatelů Evropské unie uvedla, že se obává poškození zdraví v souvislosti s léčením v nemocnici. Liam Donaldson, předseda WHO Patient Safety, sekce Světové zdravotnické organizace pro bezpečnější zdravotnictví uvedl, že k těmto pochybením nedochází pouze v rozvojových zemích, ale významně se dotýká i zemí hospodářsky vyspělých. Česká republika zatím souhrnné studie o výskytu nežádoucích událostí nemá. Nicméně zhodnocením rizikových faktorů tuzemských zdravotnických zařízení, mezi něž patří zastaralá infrastruktura, nesjednocené technologické vybavení, nesystémové řízení rizikových procesů a nesystémové šetření nežádoucích událostí či nedostatečné řízení lidských zdrojů, lze předpokládat, že výskyt nežádoucích událostí je v České republice stejný, nebo spíše o něco vyšší, než je uváděných 10 procent (1).

Institute of Medicine (IOM) zareagoval na studie o lékařských chybách prohlášením, ve kterém vyzval asociace nemocnic, profesní sdružení, regulační a akreditační orgány, zdravotní pojišťovny a zdravotnické organizace k nutnosti zlepšit bezpečí pacientů (2). Otázka bezpečnosti pacientů je diskutována na všech úrovních (od mezinárodní po národní). Ministerstvo zdravotnictví České republiky považuje za ideální pro zlepšení bezpečnosti pacientů zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení. Popisuje jí jako stav, ve kterém zdravotníci i pacienti vnímají bezpečí jako nejvyšší prioritu. Výsledek závisí na motivaci a schopnostech zaměstnanců. Sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, proto výrazným způsobem ovlivňují bezpečnost pacientů (3).

Domnívám se, že mohu alespoň z části přispět ke zvyšování bezpečnosti pacientů, tím, že vyhodnotím stav kultury bezpečí ve zdravotnických zařízeních Ústeckého a Libereckého kraje. Ve výsledcích měření kultury bezpečí mohou existovat velké rozdíly, jak na úrovni mezi institucemi, tak uvnitř zdravotnického zařízení mezi jednotlivými pracovišti. Například vnímání kultury bezpečí může být na jednom oddělení v nemocnici nízká a na jiném oddělení vysoká, nebo mezi vedoucími pracovníky hodnocena kladně a běžným personálem hodnocena negativně. Výzkum bude zaměřen na porovnání úrovně dílčích částí kultury bezpečí, kterými jsou atmosféra na pracovišti, styl vedení sester manažerek, efektivní komunikace mezi zaměstnanci, bezpečnost pacientů, schopnost hlásit nežádoucí události, týmová spolupráce a koordinace uvnitř pracoviště i mezi jednotlivými odděleními nebo personální zajištění. Podrobná analýza těchto aspektů napomůže identifikovat problémové oblasti a řešit konkrétní překážky v zajišťování bezpečnosti. Výsledky šetření mohou být východiskem k přesně zaměřeným zásahům managementu oslovených nemocnic, jejichž cílem bude zlepšit klima v organizaci, zvýšit bezpečí pacientů a snížit pochybení zdravotnických pracovníků.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Organizační kultura

Kultura se nejčastěji definuje jako soubor materiálních a spirituálních výsledků lidské činnosti. Jde především o akceptovatelný způsob chování a jednání, jenž je v určitých společenských třídách obecně přijímán a předáván jiným sociálním skupinám a následujícím generacím. Kultura tvoří hodnoty, ke kterým se člověk hlásí, normy, které dodržuje (4). Organizační kultura je definována mnohými autory různě. Stručně a výstižně ji formuluje Higginsová, která říká, že *organizační kultura je „způsob myšlení, které charakterizuje určitou (konkrétní) organizaci (5, s. 57)“*. Mezi funkce organizační kultury patří sebepotvrzující úloha, díky ní si lidé v organizaci potvrzují, že to, co se v organizaci dělá, má smysl. Další funkcí je korekce individuálního chování. Úprava chování a vztahů napomáhá předcházet konfliktům. Schopnost ztotožnit se s organizací patří k funkci identifikační (6). Organizační kultura se skládá z několika vrstev, které ji charakterizují. Do povrchové vrstvy řadíme takzvané artefakty, což jsou viditelné projevy organizační kultury (jako příklad lze uvést způsob, jak lidé v organizaci mluví, píšou), také symboly, kterými mohou být loga nebo firemní oblékání. Hodnoty, normy chování se řadí do střední roviny (částečně vědomá vrstva). Tato vrstva vypovídá o stylu chování zaměstnance v různých situacích. Vnitřní vrstva označována jako základní přesvědčení, reprezentuje nevědomé názory a myšlenky. Tato vrstva vypovídá o tom, jak se lidé v organizaci chovají a myslí (6). Mezi faktory ovlivňující organizační kulturu lze zařadit cíle firmy, ty napomáhají rozpoznat typ organizační kultury, dále jednání manažerů a ostatních zaměstnanců, jež zahrnuje chování, které se v organizaci odměňuje, toleruje nebo postihuje. Vztah pracovníků k organizaci, jejich loajalita, podnikové rituály a oslavy jsou faktory mající také vliv na organizační kulturu (7). Nejjednodušeji lze rozdělit organizační kulturu na silnou a slabou. Organizace by měla preferovat a vytvářet především silnou organizační kulturu, kde jsou určena jasná pravidla chování, hlavně to, co je ve firmě podporováno a co postihováno. Celý systém přijímá většina zaměstnanců. Pracovníci jsou motivováni, minimalizuje se fluktuace zaměstnanců, členové organizace cítí důvěru

a jistotu. Avšak i silná kultura má jisté nedostatky. Ty jsou spatřovány především ve složité adaptaci nových zaměstnanců, nedostatku flexibility, ve sklonu k uzavřenosti organizace či vynucování si přizpůsobení pracovníků za každou cenu. Organizační kultura se dá posilovat několika způsoby, například personálním výběrem (volba vhodného pracovníka, s vyloučením uchazečů, kteří by mohli organizační kulturu poškodit). Dále ji může posílit činnosti top managementu. Jednání manažerů s podřízenými totiž vytváří vzor vhodného a žádoucího chování. Posledním faktorem je socializace nových pracovníků, kteří se učí normám a zvykům organizace. Zaměstnanci mají pomáhat v adaptaci nových zaměstnanců takovým způsobem, aby došlo k žádoucím projevům chování vůči organizaci (8).

1.1.1 Kultura zdravotnické organizace

Prostřednictvím zdravé organizační kultury může docházet k neustálému zvyšování kvality péče, k realizaci změn a v konečném důsledku ke zlepšení ekonomické stránky zdravotnického zařízení. Zdravou kulturu prosazuje a udržuje vedení organizace, ale velký vliv na ni mají samotní řadoví zaměstnanci. Zdravotnické zařízení zahrnuje více typů organizačních kultur. Liší se podle zaměření péče. Vedle sebe tak mohou existovat interní, chirurgické, dětské obory s rozdílnou organizační kulturou. Rozdíly se nacházejí například v komunikaci, v chování, v postojích k pacientům. Zdravotnická zařízení mají upřednostňovat organizační kulturu, která ovlivňuje následující oblasti: kontinuální zvyšování kvality péče hlavně ve vztahu ke spojenosti pacientů, péči o zaměstnance (způsob odměňování a jednání s nimi působí na odváděnou práci), orientaci na služby a zaměření se na hlavní prvky systému. Hlavně ty prvky, jež mají vliv na výkon a chod organizace. Zvnitřku tyto systému ovlivňují zaměstnanci a zvnějšku například organizace pacientů, ministerstvo zdravotnictví a jiné (8). Dle Ivanové působí na organizační kulturu zdravotnických zařízení specifické činitele. Prvním charakteristickým faktorem je poslání lékařské a ošetrovatelské péče. Poslání zdravotnictví se shoduje s posláním zdravotnických zařízení, což je upevňovat a podporovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení a zajišťovat důstojné umírání a smrt. Poslání zdravotnických zařízení a z nich vyplývající cíle

ovlivňují organizační kulturu. Specifika zdravotnických profesí jsou dle Ivanové druhým faktorem. Jedná se o značně širokou oblast, která vytváří charakteristickou organizační kulturu zdravotnických zařízení. Pracovníci, především lékaři, sestry ale i další zdravotníci, se mohou cítit v každodenním kontaktu s těžkými osudy svých pacientů značně vyčerpaní. Ke zvládnutí svých profesí musí ovládat řadu dovedností, čelí ve vyšší míře určitým rizikům, kam se řadí syndrom vyhoření. Zdravotnická profese je náročná a klade vysoké nároky na osobu, jež jí má vykonávat. Specifikum rozsahu činnosti a specifika objektu činnosti jsou dalšími faktory. Zahrnují aktivity zaměřené na člověka, jeho potřeby. Zdravotníci v kontaktu s pacienty, kteří rozdílně vnímají a prožívají vlastní onemocnění, jsou konfrontováni rodinnými příslušníky. Vše výrazně určuje charakter organizační kultury, vztahy pracovníků s pacienty, rodinnými příslušníky, s ostatními kolegy i způsob komunikace mezi nimi (4). Zdravotnické organizace v posledních letech prošly řadou výrazných změn, z nichž velká část se soustředila na zvyšování kvality. Dle výzkumného šetření Čajko - Eibichtové a Havrdové však tyto změny často zůstávají na strategické úrovni. Pro vedení organizací je tedy zásadní vzít v úvahu důležitost organizační kultury, provádět její rozbor, což v konečném důsledku usnadní realizaci žádoucích změn (9).

1.2 Bezpečí pacientů

Termín bezpečí pacientů vyjadřuje ochranu pacientů před poškozením či možným poškozením, které vzniká ve spojitosti s poskytováním zdravotní péče. Jde o vykonávání takových aktivit (jednotlivcem či organizací), které povedou k ochraně pacientů před poškozením zdraví v důsledku lékařské, ošetrovatelské péče či péče poskytované osobami multidisciplinárního týmu (10). Problémy, kterým čelí dnešní zdravotnická zařízení, souvisí hlavně s rychlým rozvojem medicíny. Dochází k využívání nových technologií, léků a léčebných postupů. Zdravotnická péče se sice stává efektivnější, ale i komplikovanější, protože služby využívá zvyšující se procento stárnoucí populace, které se svým polymorbidním stavem vyžaduje mnohem složitější rozhodování v oblasti poskytování péče. Další negativní faktor ovlivňující bezpečí je vzrůstající ekonomický tlak na systémy zdravotní péče. Evropský region se tak

zaměřuje na udržení a zlepšení zdravotního stavu pacientů s nezbytným posílením zdravotních systémů jednotlivých zemí, hlavně v souvislosti s řešením bezpečnosti pacientů a kvality péče, což je závazkem Tallinnské charty (11). Procesní ukazatel bezpečnosti pacientů zahrnuje dodržování dohodnutých činností, jako je například hygiena rukou. Strukturální ukazatel obsahuje zdroje bezpečnosti, jako je personál, infrastruktura a další. Nedostatečná bezpečnost představuje významný problém pro veřejné zdraví a ekonomickou zátěž pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Mnohým nežádoucím příhodám u ambulantních i hospitalizovaných pacientů se však dá předejít, většina z nich je zapříčiněna systémovými faktory (10). Aktivní a komplexní přístup k řešení otázky bezpečnosti zaujala Světová zdravotnická organizace, Světová aliance pro bezpečnost pacientů, Rada Evropy, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj a Společenství v sedmém rámcovém programu pro výzkum a rozvoj. Tyto organizace se významně angažují v rozvoji výzkumu zdravotnických systémů, hlavně ve sféře kvality poskytování zdravotní péče v rámci tématu „Zdraví“ také se zaměřením na bezpečnost pacientů (10).

1.2.1 Bezpečí pacientů v České republice

Rada Evropy ve svém prohlášení doporučuje členským zemím, aby podporovali vnitrostátní politiku v oblasti programů bezpečnosti pacientů, například zvyšováním informovanosti občanů a pacientů, implementací nerepresivních systémů hlášení nežádoucích příhod, podporou vzdělávání zdravotníků v otázkách bezpečnosti pacientů, zaměřením se na výzkumnou činnost bezpečnosti pacientů a ustanovením koordinačního orgánu bezpečnosti pacientů (10). Na základě doporučení Rady Evropy o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče. Jednotlivé postupy mají vést ke snížení rizika poškození pacientů. Součástí Akčního plánu je stanovení resortních bezpečnostních cílů, jež jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ. Resortní bezpečnostní cíle se zaměřují na bezpečnou identifikaci pacientů, bezpečnost při používání rizikových léčiv,

na předcházení záměny pacienta, na prevenci pádů, na zavedení vhodných postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, na bezpečnou komunikaci a bezpečné předávání pacientů (12). Mezi normativní dokumenty regulující kvalitu a bezpečnost zdravotní péče patří Program bezpečnosti a kvality zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví České republiky, zákon č.66/2013Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), vyhláška 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Poskytovatel zdravotní péče je pověřen provádět audity hodnotící kvalitu a bezpečnost služeb. Externí posouzení je dobrovolně a provádí je certifikované společnosti. Mezi ně patří SAK (Spojená akreditační komise o.p.s.), Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o., společnost e-ISO, a.s., T Cert s.r.o., CQS – Sdružení pro certifikaci jakosti systémů, EURO CERT CZ, a.s.. Ustanovení týkající se vnitrostátního systému hlášení nežádoucích událostí jsou součástí zákona č. 372/2011 Sb.. Realizace Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí je prodloužena do roku 2014 (13, 14).

1.3 Kultura bezpečí ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnická zařízení na výzvu v otázce bezpečí pacientů a bezpečné péče zareagovala snahou vytvářet pracovní prostředí, která by podporovala bezpečnost pacientů. Organizace očekávají, že implementují-li změny podporující bezpečnost, stanou se vysoce spolehlivou organizací na všech úrovních (od bezprostředních poskytovatelů péče až po manažery a vedoucí pracovníky, jež hledají řešení bezpečnostních problémů). Celá tato myšlenka je obsažena v konceptu bezpečnostní kultury. Zdravotnictví se inspirovalo v odvětví leteckého průmyslu a jaderné energie (tyto odvětví při své práci musí vykazovat vysoký stupeň spolehlivosti), kde kultura bezpečí již dlouhodobě funguje (15). Pojem bezpečnostní kultura (anglicky safety culture) představuje takovou organizační kulturu, ve které zaměstnanci chtějí poskytovat co nejbezpečnější zdravotní péči. V tomto prostředí se zaměstnanci nebojí přiznat vlastní chybu a omyly a za pochybení nejsou trestáni. Celý tým se snaží vytvářet

opatření, vedoucí k odstranění nebo alespoň ke snížení vzniku pochybení (15). Zdravotnická zařízení by měla podstoupit takové změny, které povedou k vytvoření kultury, jež by vycházela z poznatků získaných z téměř pochybení a nežádoucích událostí a která by zdravotníky za chyby netrestala ani neponižovala (16). V rámci zajištění bezpečnosti pacientů je tedy nutné, aby zdravotníci neustále hledali další způsoby ke zlepšení celého systému péče a aby byla bezpečnost pacientů pro zaměstnance na prvním místě. Tato myšlenka může fungovat pouze za předpokladu, že bude ukotvena do strategických dokumentů (například do hodnot organizace nebo do její vize) a musí být schvalována vrcholným managementem, právníky a politiky. Všichni jmenovaní mají být srozuměni s faktem, že omyly a pochybení bývají výsledkem řady činitelů a nejde jen o osobní selhání. Tuto myšlenku znázorňuje ve svém modelu „Ementálského sýru“ James Reason (viz příloha 1). Plátky ementálu představují ochranné systémy, fungující na oddělení (jako jsou standardy, směrnice, řízení rizik, audity, monitorovací systémy a jiné), které i přes veškerou snahu zdravotníků stejně jako plátek ementálu mají plno děr (například únava, nedostatek pracovníků, nedostatek času, nespolehlivá technika a další). Postaví-li se několik plátků sýru za sebe jako dominové kostky, díry se mohou lehce překrývat a za určitých okolností chyby, omyly (v podobě jiskry) mohou proletět otvory všech plátků až na konec celého systému a způsobit požár (poškození pacienta). Cílem zdravotníků je zacelit díry, což znamená vybudování spolehlivých bariér, které výsledně zajistí prevenci dalšího vzniku požáru – medicínských omylů (15). Zlepšení kultury bezpečí ve zdravotních zařízeních je klíčovým prvkem k prevenci či snížení počtu chyb a tím také k celkovému zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. Bezpečnostní kultura představuje nový způsob myšlení, který pomůže odstranit nedostatky v systému a vytvoří bariéry k vzniku nežádoucích událostí, medicínských omylů a pochybení. Změna musí nastat hlavně v pohledu manažerů na pochybení zaměstnanců. Často se manažeři mylně domnívají, že zkušený zdravotník chyby nedělá a pokud by závažnou chybu učinil, musí za ní nést plně svou odpovědnost. Tento postoj vedení je krátkozraký hlavně v tom, že takto zdravotníci nebudou dobrovolně hlásit vznik pochybení a tím pádem nedojde k celkovému zlepšení bezpečnosti pacientů (15). Základ bezpečnostní

kultury tvoří přesvědčení managementu, že zaměstnanci nemají osobní zájem na vzniku chyb a omylů a k většině z nich dochází především kvůli špatně navrženému systému. Na základě tohoto přesvědčení dochází k úpravě stávajících směrnic, procedur a procesů dle potřeby. Management podporuje otevřenou komunikaci a prostředí. V něm dochází k diskuzi o chybách a jejich prevenci a hlášení pochybení. Vedení stojí za takovou organizační kulturou, která si cení hlášení chyb. Na druhé straně bezpečnostní kultura netoleruje nezodpovědnost, nekompetentnost zaměstnanců. Nepřijímá nedbalost praktikovanou v léčebných či ošetrovatelských úkonech, nepřijímá nechut' hlásit omyly a pochybení nebo jejich zatajování (17). Zdravotnická zařízení si uvědomují vysoce rizikovou povahu svých činností a vyvíjejí úsilí dosáhnout trvale bezpečný provoz. Mnoho odborníků se shoduje, že úspěšnému zlepšení bezpečnosti předchází právě změna kultury. Zaměří-li se organizace pouze na kroky vedoucí k realizaci jednotlivých bezpečnostních opatření (například snížení či odstranění nežádoucích událostí), nebude řešení situace komplexní. Jedinec totiž nebude umět pracovat v týmu nebo efektivně komunikovat a bezpečnost pacientů tak nebude plně zajištěna (18). Musí nastat změna v posuzování chyb související s bezpečností, přesunout pozornost od jednotlivců k systémům. Manažeři nemocnic musí pochopit, že chyby vznikají výsledkem systémových vad. Nemohou setrvat ve starém paradigmatu, které spočívá v přesvědčení, že patřičně proškolený zaměstnanec chyby nedělá, že výkon zaměstnanců je bezchybný, problémy jsou ojedinělé a vznikají vzácně - mimořádným selháním zaměstnanců. Vedení také očekává, že k chybám nedojde a pokud k nim dojde, považuje je za individuální selhání zaměstnanců, které trestá. V důsledku rozvoje takovéto politiky roste v organizaci atmosféra strachu a zatajování chyb (18). Odborníci zabývající se kulturou bezpečí se liší v definování jejích složek (dimenzí). Protože byl pro výzkum kultury bezpečí použit standardizovaný dotazník Agency for HealthCare Research and Quality (dále jen AHQR), v následujících kapitolách budou vymezeny jednotlivé části kultury bezpečí dle této agentury. Agentura pro výzkum zdravotní péče a kvalitu (AHQR) je renomovaným nositelem celé řady metodik ukazatelů kvality poskytované péče, které respektují a přebírají jiné významné agentury podobného zaměření ve světě (19). Agentura pro

výzkum zdravotní péče a kvalitu definuje 12 oblastí kultury bezpečí, mezi něž patří otevřená komunikace, zpětná vazba a komunikace o chybách, frekvence hlášení nežádoucích událostí, předávání a překládání pacienta, podpora managementu v otázkách bezpečnosti pacientů, prostředí bez obviňování, organizační učení kontinuálního zlepšování, celkové vnímání bezpečnosti pacientů, personální obsazení, očekávání a akce podporující bezpečnost, týmová práce napříč jednotkami nebo týmová práce v rámci jednotky (20).

1.3.1 Vnímání bezpečnosti pacientů

Zlepšení bezpečnosti pacientů je závislé na změně pohledu na chyby a pochybení personálu. Chyby zaměstnanců jsou často posuzovány jako individuální selhání a chybí přístup k pochybení jako k selhání systému. Pochopení, jak různé skupiny zaměstnanců vnímají kulturu bezpečí, hodnocení postoje a hodnot vůči organizačním postupům, je nástrojem k identifikaci problematické oblasti bezpečnosti. Informace získané na základě posouzení vnímání bezpečnosti nebo postojů pomáhají organizaci nastavit prvky zlepšující bezpečí, ke kterým patří například tvorba vzdělávacích programů nebo kurzy asertivity (21). Existují rozdíly ve vnímání bezpečí napříč organizací a obory a zdravotnických pozic. Manažeři jsou často spojováni s pozitivnějším vnímáním kultury bezpečnosti než řadoví pracovníci. Stejně tak lékařům se přisuzuje obecně vyšší úroveň vnímání bezpečnosti ve srovnání se sestrami. Sestry mohou vnímat bezpečí jinak než vedoucí sestry – manažerky, ale ani směnné sestry nejsou ve vnímání bezpečí jednotné. Závisí na ochotě manažerky zabývat se otázkou vnímání bezpečí pacienta sestrami, odhalovat nedostatky a vést ostatní sestry k zlepšení. Protože právě sestry jsou rozhodující v provádění bezpečnostních pokynů (22). Proto se aktivně vyhodnocuje, zda se na oddělení objevují snahy udělat větší množství práce na úkor bezpečnosti, jaké specifické problémy s bezpečností mohou na oddělení vznikat a zda postupy a systémy práce zajišťují spolehlivost proti vzniku vážnějších chyb (23).

1.3.1.1 Hlášení nežádoucích událostí

Systémy hlášení nehod a chyb (nežádoucích událostí) jsou základní částí jakéhokoli systému řízení kvality a bezpečí. Efektivita je zajištěna především soustavným sledováním rizik a vytvořením indikátorů rizik v jednotlivých oblastech činností na základě rozboru výskytu rizik. Tyto indikátory se pak průběžně sledují a včas se nastolí preventivní opatření. Různé chyby (jako jsou například nepozornost, omyl nebo porušení pravidel) mají různé vyvolávající příčiny, objevují se na různých úrovních organizace a k jejich nápravě je nutné použít rozličných nástrojů řízení rizik. Účinnost managementu v řešení rizik závisí hlavně na zavedení a sledování nežádoucích událostí a situací, jež monitoruje činitele spojené se vznikem dokonaných nebo nedokonaných pochybení. Tento systém by měl umožnit důvěrné nebo anonymní hlášení. Legislativně je hlášení mimořádných událostí podpořeno zákon č.66/2013Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ministerstvo zdravotnictví České republiky vypracovalo pro zavedení tohoto systému „Minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 8/2012 s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány (14, 24, 25).

1.3.2 Nerepresivní odpověď vedení na pochybení

Kultivace přátelské organizační kultury, kde zaměstnanci cítí, že chyby a jejich hlášení se neobráti proti nim a nebudou zaznamenány do jejich osobní složky, vytváří pozitivní klima pro zlepšení bezpečí pacientů. V tradičním systému zdravotní péče stále ještě dominuje kultura individuální viny, ve které se zaměstnanci za chyby a pochybení, které způsobili, trestají. Tento systém vychází z předpokladu, že potrestáním dojde ke zvyšování kvality péče a bude výstrahou pro ostatní. Takovýto přístup ve zlepšování bezpečí není správný, vede totiž k tomu, že pracovník bude svá pochybení tajit, skrývat a nebude chtít o svých chybách hovořit a jejich vznik hlásit, což v konečném důsledku bezpečí pacientů zhoršuje. Proto je velmi důležité podporovat prostředí, které netrestá, v němž zdravotničtí pracovníci skutečné chyby nebo skoro nehody hlásí. K zajištění takového prostředí je nezbytná otevřená komunikace, která odstraní strach ze ztráty

zaměstnání za způsobenou chybu. Vedoucí se musí naučit, že při hlášení chyb zdravotníka nesmí ponižovat, aby nadále nedocházelo k vytváření stigma – obavě hlásit chybu. Zdravotnické zařízení musí v rámci své politiky tento fakt brát v úvahu a provádět aktivity směřující k podpoře a odměňování zaměstnanců, kteří hlásí pochybení, protože tato strategie celkově přispívá k organizačnímu zlepšení. Odměňováním se nemyslí finanční ohodnocení, ale má mít formu uznání nebo poděkování. I přes „netrestající prostředí“ kultura bezpečí netoleruje bezohledné chování (například zanedbávání požadovaných bezpečnostních kroků) a disciplinární řízení je vyhrazeno pro chování spojené s úmyslnou lhovostí, jednání s protiprávním úmyslem či nedodržování postupů hlášení (26).

1.3.3 Otevřená komunikace o bezpečnosti péče

V nemocnici na oddělení, potažmo v každém zdravotnickém týmu by měla probíhat otevřená komunikace o bezpečnosti poskytované péče. Personál by měl být schopen se svobodně vyjádřit, pokud vidí cokoli, co může negativně ovlivnit bezpečí pacienta a nebát se o těchto skutečnostech informovat své nadřízené (27). Otevřenost týmové komunikace přímo působí na výkonnost celé organizace, proto je velmi důležité se na ní zaměřit. Vlivem rozvoje technologií musí organizace dbát nejen na klasickou komunikaci, ale i na komunikaci po internetu, řízení diskusních skupin či ovlivňovat komunikaci mezi jednotlivci nebo mezi organizací a jednotlivcem. Jack Gibb (in Dědina, Odcházal, 2007, s. 49) popisuje komunikační klima, jež existuje v každé organizaci a podstatně ovlivňuje chování zaměstnanců. Formuluje otevřené komunikační klima, ve kterém existuje otevřenost, zájem o druhé, rovnost, odpouštění chyb a zpětná vazba. Na rozdíl od komunikačního klimatu zavřeného, v jehož prostředí hledá organizace viníky, vidí své zaměstnance jako nezpůsobilé, v popředí je nečestnost, nezájem o ostatní, nepřátelství, kastování, minimum diskuzí a neochota přijmout názor druhých. Ve skutečném zdravotnickém zařízení však klima leží někde uprostřed. Je však podstatné komunikační klima analyzovat. V souvislosti s otevřenou komunikací musí vedení zdravotnických zařízení ovlivňovat komunikační směry v organizaci. Důležitý je především tok informací od zaměstnance k nadřízenému.

Zaměstnanci se musí s důvěrou obracet na svého nadřízeného. Nadřízený nesmí svým přístupem vyvolávat pocit, že utajovaná chyba je menším zlem než chyba nahlášená (28).

1.3.3.1 Diskuze o pochybeních

Potřeba organizace pravidelně své zaměstnance informovat o celkovém počtu hlášených chyb vychází z myšlenky, že budou-li zaměstnanci s touto zprávou seznamováni a uvidí-li zaměstnanci, jak je s informacemi naloženo a jaký má hlášení dopad, dojde k dalšímu hlášení chyb a pochybení. Nastavení zpětné vazby zaměstnancům formou zprávy o hlášení chyb, přináší smysl hlavně v tom, že pracovníci mohou diskutovat o způsobech, jak těmto chybám zabránit (20). Schopnost vedoucího zvolit vhodnou zpětnou vazbu je důležitým úkolem v jeho práci. Vhodně zrealizovaná zpětná vazba motivuje a podporuje iniciativu zaměstnance. Výsledkem je efektivnější a produktivnější výkon. Zpětná vazba pod vedením manažera má probíhat nekonfliktně, v žádném případě při sdělování informací nesmí zaměstnance kritizovat. V komunikaci se zaměřuje na konkrétní a aktuální záležitosti a do rozhovoru nevnáší staré problémy, které se k aktuální situaci nevztahují. Nutné je si uvědomit, že samotná zpětná vazba nestačí, ale ve spojení s diskuzí o chybách napomáhá zavádět opatření zlepšující bezpečnost získané z dosažených poznatků. Manažer nemůže předejít, aby se v nemocnici nevyskytla žádná mimořádná událost, ale účelné poskytnutí informací a plodná diskuze o chybách pomůže situace snadněji řešit (29). Pravidelné konání porad za účelem diskuze zaměstnanců o otázkách bezpečnosti, napomáhá v rozboru bezpečnostních problémů. Manažer, který připravuje diskuzi, musí mít na paměti, aby měla strukturovanou formu. Hlídá, aby se personál vyvaroval odbíhání od stanoveného tématu k jiným problémům. Pro zaměstnance porada znamená možnost participovat na rozhodnutí. Stanovisko, výsledek, na kterém se shodnou a dohodnou si ho, více podporují a berou ho za své. Porada slouží k tomu, aby zaměstnanci došli k rychlejšímu rozhodnutí. Úspěch celého snažení záleží na způsobu vedení a organizaci porady. Poradu může narušovat neochota zaměstnanců situaci řešit, jejich rezignace s odůvodněním, že s problémem se stejně nedá nic dělat či napjatá atmosféra. Vedoucí

udržuje otevřenou, stručnou komunikaci mezi jednotlivci, omezí monolog řečníka, který nepustí nikoho ke slovu (30). V diskuzi je klíčové shromáždit a zaznamenat informace z rozhovorů, provést analýzu s cílem identifikovat problémy a řešit je. Na dalších provozních schůzích se pak zjišťuje zpětná vazba zaměstnanců, hlavně v oblasti účinnosti úsilí v řešení problémů, identifikaci chyb, jednotlivých přijatých kroků s cílem zlepšit bezpečnost pacientů (31).

1.3.4 Týmová spolupráce

Práce ve zdravotnických zařízeních vždy vyžadovala spolupráci jednotlivců i napříč všemi obory. Příslušníci týmu vzájemně spolupracují a snaží se svou činností pomoci ostatním a společně tak plnit úkoly. Týmy ve zdravotnictví jsou charakteristické hierarchickým postavením. K tomu, aby týmy dobře fungovaly, musí dojít k interakci s nečleny týmu, na pracovišti by měla panovat přátelská atmosféra, plná důvěry, pracovníci by měli být k sobě navzájem loajální a sledovat společný cíl (32).

1.3.4.1 Týmová spolupráce v rámci oddělení

Zdravotnická zařízení potřebují k zajištění kvalitní péče, aby existovala dobrá týmová spolupráce uvnitř oddělení. Ve zdravotnických týmech působí mnoho odborníků s různou specializací. Jedná se o multidisciplinární týmy, do nichž patří lékaři, sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky, sanitáři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sociálně – zdravotní pracovníci a mnoho dalších. Počet osob v týmu přímo úměrně závisí na oblasti, ve které je péče poskytována. Jednotliví členové, jak již samotný výpis profesí naznačuje, mají rozličné kompetence. Pro týmy (oddělení, útvary) je charakteristická pomoc, opora, společná komunikace jednotlivých členů skupiny, respektování osobnosti a názoru, přátelské vztahy, slušnost a přívětivost a přijetí zodpovědnosti za výsledky celého týmu. To vše je označováno jako kolektivní odpovědnost. Vedoucí (vrchní nebo staniční sestra) svým řízením tým posiluje anebo oslabuje. Pro dobré fungování týmu musí vedoucí naslouchat názorům svých zaměstnanců, použít je při svém rozhodování, vést je k vzájemné podpoře (8). Mezi

klíčové činnosti schopného manažera patří vybrat vhodné osoby do týmu. To se týká nejen profesních, ale i charakterových kvalit. Ne každý je vhodný pro práci v týmu (33). Ošetřovatelské činnosti se bez týmové spolupráce neobejdou. Pro zajištění efektivních výsledků musí jednotlivci spolupracovat a pociťovat vzájemnou důvěru. K zamezení negativních vlivů působících na týmu je zapotřebí řešit a předcházet situacím, které mohou narušit jeho činnost. Mezi ně patří například problémy s komunikací, špatné mezilidské vztahy či působení silných autoritativních osobností, které nedovolí prosazení požadujících změn. Selhání týmové činnosti je zapříčiněno dle Lencioniho (in 32, s. 91) chybí-li v týmu loajalita, důvěra, vyhýbají-li se členové týmu odpovědnosti, jsou-li lhostejní k výsledkům nebo se obávají konfliktů ve skupině (8).

1.3.4.2 Týmová spolupráce mezi odděleními

Rozvoj a zachování konkurenceschopnosti zdravotnického zařízení závisí na pracovní schopnosti jako celku a na rozvoji pracovních schopností týmů. Organizace se podílí na tvorbě databáze dynamických znalostí a dovedností, jež povede k celkovému zlepšení fungování jednotlivých týmů a celkovému zvýšení výkonnosti celého zařízení (34). Při poskytování péče a léčení pacientů spolupracuje celá řada odborníků a specialistů. Ti jsou nejčastěji zformováni do fungujících týmů. Týmy jsou základními jednotkami celé organizace. Týmy mají za úkol napomáhat v rozvoji spolupráce sester, lékařů a dalších nelékařských pracovníků na základě partnerského vztahu. Významným prvkem v kvalitně poskytnuté péči je kooperace mezi jednotlivými odděleními. Tato spolupráce zabezpečuje předávání informací mezi jednotlivými pracovišti. Tím, že oddělení navzájem mezi sebou spolupracují a koordinují svou práci, může být poskytována lepší a bezpečnější péče pacientům (35). Týmy ve zdravotnických zařízeních se nejčastěji rozdělují podle profesního zaměření skupiny. Jsou vytvářeny interní, chirurgické, pediatrické, anesteziologicko-resuscitační týmy či týmy paliativní. Každý z těchto týmů má své zvláštnosti ve složení, vedení, řízení, cílech a způsobu práce. Úzké propojení mezi jednotlivými týmy musí zajišťovat vedoucí pracovníci (8).

Tvorba a hledání sítě vztahů mezi lidmi, důležitá pro týmovou spolupráci mezi odděleními, je označována jako networking. Pro sestru ani pro další členy týmu není

jednoduché udržet krok s dnešním zrychleným medicínským rozvojem a udržovat novinky z jednotlivých oborů. Networking napomáhá sdílet zdroje, informace a nápady. Kontakty lze navázat účastí na seminářích či kurzech (17). Pracovní výkon lze ovlivnit také metodou zvanou supervize. V ní jednotliví pracovníci řeší pod odborným vedením svou práci a prostřednictvím reflexe se učí. Supervize pomáhá vyslovit radost či negativní emoce, jež pracovník v rámci profesionality drží pod kontrolou, ale dlouhodobě potlačované mohou ovlivnit vztahy mezi odděleními (35).

1.3.5 Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu

Vedení nemocnice si musí v první řadě uvědomit, že zdravotní péče je vysoce riziková a veškeré procesy musí být navrhovány tak, aby se dosahovalo vysoké spolehlivosti a bezpečnosti. Top management se musí zaměřit na budování sounáležitosti svých zaměstnanců s vizí organizace, na participaci zaměstnanců v oblasti bezpečnosti. Vedení nemocnice má vytvářet takové pracovní klima, jež napomůže zvyšovat bezpečnost pacientů. Zdravotnické zařízení začleňuje do svých strategických a dlouhodobých plánů závazek změny. Kvalitu a bezpečnost pacientů staví na první místo. Zajišťuje finanční krytí, které zabezpečí realizaci plánů. V souvislosti s bezpečnostní kulturou organizace klade důraz na otevřenou komunikaci hlavně ve spojení s vznikem nežádoucích událostí. Pomocí personálu se snaží identifikovat chyby v poskytování péče pacientům a odstraňovat nebo alespoň zmenšovat riziko vzniku nežádoucích událostí. K dalším nutným kroků organizace je podpora odpovědnosti u zaměstnanců a v neposlední řadě provádění pravidelných školení zaměřených na vzdělávání zaměstnanců v oblasti bezpečnosti. K efektivnímu plnění plánu bezpečnosti je třeba proces doplnit hodnocením účinnosti postupů. Manažeři první linie se mají zajímat o příčiny nežádoucích událostí, jež vedou k dlouhodobé hospitalizaci pacienta a možnému poškození související s realizací péče. Dále se mají zaměřit na zjišťování, zda stávající provoz oddělení může vést ke zranění, nebo napomáhá k odvrácení téměř pochybení. Vedoucí hledá odpovědi na otázky, zda pracovníci hlásí nežádoucí události nebo téměř pochybení, ke kterým mohlo dojít, co vedlo zaměstnance k jejich nenahlášení, zda zaměstnanci vyvíjí veškerou snahu

k osobní prevenci chyb. Také hodnotí jejich nápady, které by mohly zlepšit bezpečnost. Pátrá po možnosti změn, které přinesou důslednější plnění opatření bezpečnosti pacientů (36). Skutečnost, že celkovou bezpečnost i kulturu bezpečí ovlivňuje chování a činnosti vedení zdravotnické organizace, potvrdil ve své studii Yang et al (37). Bezpečí pacientů pozitivně ovlivňují manažeři, kteří naslouchají svým zaměstnancům, jež přicházejí s nápady na zlepšení bezpečnosti pacientů. V jejich konání je podporují a všechny návrhy zvažují. Personál, který je v nejužším kontaktu s pacientem, nejlépe umí vyhodnotit hrozící riziko poškození a schopný manažer by neměl tyto návrhy podceňovat ani zavržovat. Očekává se, že vedoucí problémy s bezpečností nepřehlídí, ale efektivně řeší. Změny postoje v oblasti bezpečí pacientů lze dosahovat cílenou výchovou a vzděláváním manažerů (38). Osobnost manažera a jeho styl vedení ovlivňuje bezpečnost pacientů. Management nemocnice by měl podporovat styl vedení zvaný leadership. Ten v základu mění práci s lidmi. Zaměstnanci nejsou podřízenými, ale jsou spolupracovníci, kteří jsou aktivní a motivováni k hledání úspěšné strategie. Nevhodný styl vedení může být v mnoha ohledech kontraproduktivní. Například u manažera s direktivním stylem dochází pouze k jednosměrné komunikaci (od manažera k zaměstnanci). Tato komunikace bez zpětné vazby vede zaměstnance ke ztrátě motivace. Manažer má upřednostňovat obousměrnou komunikaci, posilovat autonomii členů týmu, rozvíjet spoluzodpovědnost, podporovat kreativitu a usilovat o neustálé zlepšování a zdokonalování členů týmu. A i když bezpečnostní kultura potřebuje čas na změnu, špatný postoj a chování jednotlivců může být změněn mnohem rychleji právě díky osobnímu příkladu vedoucího (39).

1.3.6 Kontinuální zvyšování bezpečí pacientů

Organizační učení kontinuálního zlepšování napomáhá nemocnicím učit se ze svých chyb, hledat nové příležitosti pro zlepšení výkonu. Takové učení má být pozitivně ceněno všemi zaměstnanci, včetně zdravotnického personálu. Vzdělávat pracovníky všech úrovní organizace v oblasti bezpečnosti je nedílnou součástí podpory kultury bezpečí. Úkol top managementu spočívá v tvorbě specifického vzdělávacího rámce, jež zahrnuje tvorbu strategických a akčních plánů zaměřených k vytváření kultury

bezpečí. Zaměstnanci se školí například v asertivitě, jejímž cílem je naučit pracovníky projevit vlastní city, potřeby a přání, říkat své názory a stanoviska, v komunikaci, která souvisí s vhodným fungováním týmu a úspěšnou prací v něm. Podporují zaměstnance v učení se takovým komunikačním stylů, které sníží konflikty a možné nepochopení mezi jednotlivými pracovníky. Pracují na zefektivnění týmové spolupráce s důrazem na soudržnost a motivaci jejich členů. Je velmi důležité, aby zdravotnické týmy nacvičovali schopnosti a dovednosti. K tomuto účelu se v zahraničí využívají simulátory ke školení a komunikačnímu tréninku pro zlepšení týmové spolupráce. Simulace umožňuje pracovní skupině rozvíjet kritické myšlení při nácviku postupů, které mají být provedeny. V rámci připravených situací se učí týmy efektivně spolupracovat. Vzdělávání v oblasti bezpečné péče se má odehrávat především v oblasti bezpečnostní kultury a v komunikaci (40).

1.3.7 Personální obsazení

Pro efektivní rozvoj a konkurenceschopnost organizace se využívá staffing. Tento mezinárodní výraz se používá pro získávání a rozmisťování pracovníků. Staffing se soustředí jak na kvantitativní, tak kvalitativní stránku tohoto procesu. Personální útvar zajišťuje pro organizaci pracovníky nejen v dostatečném počtu, ale zaměřuje se i na formování a posilování jejich schopností. Úkolem personálního obsazení je najít správného pracovníka na požadované místo. Pomáhá rozvíjet kvalifikaci, podílí se na doškolení pracovníků. Personální činnost organizace se v souvislosti se zajišťování bezpečí pacientů soustředí hlavně na zajištění dostatečného počtu personálu (41). Vytvářet soulad mezi místem a vybraným pracovníkem patří mezi ústřední činnosti manažera. Dále také usiluje o zařazování správného člověka na správné místo a snaží se o to, aby byl tento člověk schopen neustále se přizpůsobovat měnícím se nárokům pracovního místa. Výběr zaměstnanců vychází z personálního programu, který je vytvořen na základě strategie a taktice zdravotnického zařízení (42). Doporučený počet zdravotníků potřebných k zabezpečení optimální a bezpečné péče je obsažen v personálním plánu. Plán zahrnuje počty, druhy kvalifikace personálu, které jsou nutné k provedení stanovené práce (jako je ideální poměr sester a ostatního ošetrovatelské

hopersonálu na určitém oddělení). Mezi faktory, které určují složení pracovníků, nejčastěji patří, průměrná délka hospitalizace pacientů, typ poskytované zdravotní péče, klasifikace pacientů, obloženost a fluktuace pacientů (43).

1.3.8 Předávání a překlad pacientů

Předávání pacientů sestrou z jedné směny druhé sestře z další směny, z oddělení na oddělení nebo z jednoho zdravotnického zařízení do druhého patří mezi další složku kultury bezpečí, jelikož tvoří okruh vysokého rizika pochybení nebo vzniku nežádoucích událostí. Předávání a překlad pacientů jsou vysoce rizikové procesy. Mohou přinášet mezery v kontinuitě poskytované péče (15). Práva pacientů zavazují zdravotnická zařízení poskytovat kontinuální péči, kromě ní by při pohybu pacienta uvnitř organizace měla být zajištěna kontinuita informací. Ta přispívá ke kvalitní i bezpečné péči. Následky například ztráty dokumentace mohou vyústit v poškození pacienta, odložení plánované péče či naopak nadbytku výkonů a služeb. Neochota našich zdravotnických zařízení přijmout pravidlo zahraničí, jež hlásá – jedna hospitalizace, jedna dokumentace – k celé situaci ještě více přispívá. Tuto situaci by mohla výrazně zlepšit elektronicky vedená dokumentace a další komunikační technologie. Organizace musí podporovat neustálou inovaci těchto systémů (44).

1.4 Pochybení

Pochybení patří mezi nejzávažnější a nejčastější rizika v klinické praxi. Škrla definuje pochybení jako „*neprovedení výkonu dle stanoveného plánu nebo provedení výkonu dle špatného plánu (15, s. 17)*“. Rozlišují se tři základní skupiny pochybení. První skupinou jsou pochybení, kterým se v posledním okamžiku zamezilo. Ty se označují jako téměř pochybení (near miss). Příkladem může být situace, ve které chce sestra aplikovat inzulín a těsně před tím než ho aplikuje, si uvědomí, že pacient jde na vyšetření, u kterého musí lačnit. Další skupinou jsou nežádoucí události bez následků. Jde o aktivity/ výkony, které nebyly provedeny dle pravidel, standardu, ale nepoškodily ani pacienta ani jeho majetek. Jako příklad lze uvést stav, kdy sestra aplikovala

diabetikovi místo dlouhodobého inzulínu, inzulín krátkodobý. Celou situaci včas nahlásila a pacient byl monitorován a upravily se dávky inzulínu dle hodnoty glykémie (tj. hladina cukru v krvi). Tuto událost lze klasifikovat jako medikační omyl, ale negativním následkům se předešlo. Poslední skupinou jsou nežádoucí události s následky. Jde o aktivity/ výkony, které nebyly provedeny dle pravidel, standardu a v konečném důsledku poškodily zdraví pacienta či majetek zdravotnického zařízení. Příkladem může být špatně připravený roztok persterilu k ošetření rány, který svou vyšší koncentrací poleptá kůži pacienta. Pochybení někteří autoři popisují jako kruh ledovce (viz příloha 6). Stejně tak jako pochybení i samotná špička ledovce je celkem malá. Problém samotný může být podstatně větší, než se ve skutečnosti zdá. Vršek ledovce reprezentují nežádoucí omyly s následky. I když samotná špička je nejmenší část z celého ledovce, je všem „na očích“, zejména sdělovacím prostředkům. Část ledovce pod hladinou představují nežádoucí události bez následků. Dle tohoto zpodobnění jsou tyto nežádoucí události častější, ale jsou také méně viditelná. Základnu tvoří téměř pochybení. I když je největší zájem věnován nežádoucím událostem s pochybením, mělo by to být spíše naopak. Řešením téměř pochybení napomůže těmto situacím účinně předcházet (17). Agentura pro výzkum zdravotní péče a kvalitu (AHQR) ve své zprávě uvádí mezi nejčastější pochybení: přenos nozokomiálních infekcí, diagnostická pochybení, selhání zdravotnické techniky, transfuzní omyly, nesprávné vysvětlení příkazů či výsledků, medikační pochybení či chyby, omyly při operačních zákrocích. Pochybení zdravotníků souvisí s působením řady komplexních faktorů. Pochybení je nejčastěji výsledkem systémového selhání, pro které je charakteristické například rozptýlení odpovědnosti, neschopnost či neochota vyslovit obavy nebo pochyby, podcenění velikosti možného rizika, neurčitá odpovědnost za bezpečnostní hlediska. Příčiny pochybení z hlediska působení lidského faktoru mohou být především zlovyky, nezvyklé situace, špatná komunikace, únava, spěch, přetížení nebo nezkušenost zdravotníků (17).

1.5 Nežádoucí událost

Nežádoucí událost je definována jako příhoda vzniklá při poskytování péče, při které dojde k pochybení. Považuje se za ní i situace – lékařský zásah či ošetrovatelská péče, jež neproběhne dle plánu, platného standardu a následně dojde k poškození pacienta, personálu, majetku. Jako nežádoucí události Škrta označuje incident/nežádoucí událost a závažný incident/nežádoucí událost. Incidentem/nežádoucí situací míníme situaci, vzniklou při poskytování ošetrovatelské a lékařské péče či lékařském zákroku, nebo intervenci, jež neohrožuje život, ale neproběhla podle předpisů zdravotnického zařízení či nedodržením platných směrnic. Aktéry této situace mohou být pacienti, návštěvy, zdravotníci. Incident vzniká na základě nehody a je způsoben činitelem, díky němuž dochází ke zranění nebo poškození majetku. Původcem incidentu mohou být samotní pacienti, přímo či nepřímo pracovníci organizace a jiné osoby. Druhá situace je označována za závažný incident/nežádoucí událost a týká se kritické situace zpravidla končící soudním řízením a policejním vyšetřováním. Tato situace ústí zpravidla k vážnému poškození zdraví nebo i smrti postižené osoby (17). K incidentům se zařazují například pády, vznik dekubitů, medikační omyly, chyby ve strategii léčby, poranění zapříčiněná požárem, selhání přístrojové techniky, ztráta nebo poškození majetku pacienta nebo zdravotnického zařízení, neopatrné chování pacientů nebo personálu a další (45). Nežádoucí události lze rozčlenit podle následků, které díky jejich vzniku mohou nastat. Od nejméně závažné nežádoucí události bez následků k nežádoucím událostem s následkem, které vyžadují léčbu. Výsledky zákroku či léčení při této nežádoucí události jsou úspěšné (jako příklad se uvádí pád se zlomeninou, která se vyléčí). Poslední a nejzávažnější je nežádoucí událost s následkem smrti či nezvratnými komplikacemi (17). Činnosti spojené se vznikem nežádoucí události jsou následovné. V první řadě se zajistí postiženému adekvátní péče. Je-li lékař nějakým způsobem zainteresován v nežádoucí události, péče o postiženého se ujímá jiný lékař. V dalším kroku se zajistí pomůcky, materiál, zdravotnická technika, které by mohly souviset se vznikem nežádoucí události. Posledním krokem je vyplnění formuláře o nežádoucí události (46).

1.5.1 Hlášení nežádoucích událostí

Základní myšlenkou systému hlášení nežádoucích událostí, je podpořit bezpečí pacientů, rozbor selhání zdravotníků. Mnoho zdravotnických zařízení, jak již bylo v předchozím textu popsáno, funguje silně hierarchicky a má zavedený sankční systém. Díky těmto okolnostem (jako je strach z trestání, z postihu, možný soudní spor, falešná hrdost) se zdravotníci obávají hlásit nežádoucí události. Tímto postojem se napomáhá k rozvoji kultury strachu. Je žádoucí, aby management nemocnic změnil přístup k chybám a přestupkům, z klasického, v kterém za chybami management stále vidí svého zaměstnance, na nový. V tomto novém (moderním) přístupu k hlášení nežádoucích událostí zaměstnanci i management vidí v hlášení především možnost zpětné vazby, jež zaručuje nápravu systému. Bezpečí pacientů napomáhá zajistit rychlé hlášení mimořádných událostí, prošetření a racionální zhodnocení celé situace. V České republice chybí jednotnost v systému hlášení nežádoucích událostí lůžkové i ambulantní péče. Některé nežádoucí události jsou dle zákona hlášeny na přímo určená místa, například nežádoucí účinky léčiv se hlásí Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv anebo pracovní úrazy na Inspektorát bezpečnosti práce (46). S hlášením nežádoucích událostí se započalo koncem 90. let minulého století, kdy zdravotnická zařízení v rámci získávání akreditací a certifikací, začala zavádět vnitřní systémy hlášení nežádoucích událostí. Nejprve se hodnotily počty pádů a dekubitů. Později bylo hlášení rozšířeno o další kategorie, které jsou uvedeny ve věstníku č.8/2012 Ministerstva zdravotnictví České republiky, v Metodice sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví (24). Povinnost hlásit nežádoucí události mají však pouze zdravotnická zařízení spravovaná Ministerstvem zdravotnictví České republiky, pro ostatní zdravotnická zařízení je hlášení dobrovolné. Problémem je však i to, že když už zdravotnická zařízení hlášení provádí, dále již se sebíranými daty neparacují. Chybí systematická analýza příčin jejich vzniku. Nebo nemají jasně určeno, které nežádoucí události se mají hlásit, což samo o sobě zabraňuje účinnému hlášení, sledování a analýze. Naštěstí však v České republice převládají zařízení, kde celý proces probíhá na přijatelné úrovni (46).

1.6 Metody řešení pochybení

Management zdravotnického zařízení hledá vhodné metody k řešení pochybení. Na rozdíl od průmyslového odvětví, které využívá k řešení problémů rozmanité nástroje, zdravotnictví je v celku konzervativní. Metody, které lze využít k řešení pochybení jsou například Paretův diagram, Ishikawův diagram, analýza proč/proto či čárkovací karty (47). Ishikawův diagram, jinak také nazýván jako graf příčin a následků či graf rybí páteře, pomáhá na problém nahlížet komplexně. Umožňuje odlišit příčiny vzniku problému od důsledků. Skupina pracovníků pojmenuje problém, který chce řešit a napíše ho k „hlavě ryby“. Ke „kústům“ napíše hlavní skupiny, jež problém ovlivňují. Po dokončení grafu skupina probírá možné příčiny problému, ty pak ověřuje například měřením, provedením průzkumu či experimentu (47). Proč/proto analýza se nejčastěji využívá jako pomocná metoda k doplnění poznatků zjištěných při použití diagramu rybí páteře. Tato metoda napomáhá podrobněji analyzovat příčiny problémů. Kořen problému se hledá pomocí otázek „proč“ je tomu tak? Skupina pracovníků si položí zhruba 3-4 otázky typu „proč“ a následně by měla dojít k příčině problému (47). Paretův diagram se také využívá k rozboru příčin problému, ale současně určuje, jak velký je podíl jednotlivých příčin ve vztahu k problému. Tento nástroj tak pomáhá zaměřit se na problémy, které jsou prioritní, a tím rychleji pak problém napravit. Čárkovací karty se používají k shromáždění dat pro řízení a zlepšování. Tyto data se využijí k zhodnocení efektivnosti provedených opatření. Existují v různých podobách ve formě papírových nebo elektronických záznamů (47). K prevenci a řešení rizik se v zahraničí používají metody jako je RCA (Root Cause Analysis neboli analýza skutečných příčin pochybení), FMEA (Failure Mode and Effect Analysis neboli analýza možností vzniku a následků selhání) a FTA (Fault Tree Analysis neboli analýza stromu rizik). Nicméně tyto metody se v českém zdravotnictví využívají minimálně. Škrla se domnívá, že problém spočívá hlavně v tom, že neexistuje systémový přístup a problémy jsou často řešeny v časové tísni. Tyto metody samozřejmě nejsou samospasitelné, ale výsledky z analýz pomáhají řešit příčiny chronických problémů. Výběr vhodné metody k analýze závisí na znalosti a zkušenosti s jejím použitím, množství informací

potřebných k šetření, složitost systému a finanční prostředky, které organizace může vydat na její realizaci (15).

1.6.1 Analýza skutečných příčin/kořenů pochybení

Analýza skutečných příčin pochybení (neboli RCA, Root Cause Analysis) se řadí mezi retrospektivní a reaktivní metody. Využívá se v případě, došlo-li na oddělení k nežádoucí události nebo k téměř pochybení. Aby RCA analýza mohla fungovat v praxi, potřebuje mít podporu vrcholového managementu zdravotnického zařízení. RCA analýza se využívá v různých obměnách, které usilují o zjištění skutečného kořene problému a tím zamezení nefunkčnímu řešení, zaměřující se pouze na projevy ne však na příčinu. Postup klasické analýzy příčin pochybení zahrnuje sběr dat. Zjišťují se informace o situaci před vznikem problému, jak problém proběhl a stav po jeho výskytu. Monitorují se data o stavu techniky, pracovním vytížení zaměstnance a úlohu, kterou v celé situaci zaměstnanec sehrál. Poté se provede zhodnocení. V této fázi se hledá příčina celého problému. Dochází k pojmenování problému, určuje se závažnost, příčin, které problému předcházely a proč existovaly před samotným problémem. Po identifikaci problému a jeho příčin se provádí jeho náprava. Vhodnou nápravou se minimalizuje možnost, že v budoucnu tento problém opětovně vznikne. Nápravná opatření se však musí implementovat do běžného života oddělení. Často je to velmi nelehký úkol, který potřebuje změnu postojů zaměstnanců. Implementaci napomáhá šíření informací a diskuze o problému na oddělení. Na závěr je nutné celou situaci zhodnotit, zda byla zavedená opatření efektivní, zda reálně zamezují vzniku pochybení nebo je nutné postup upravit (15).

1.6.2 Analýza možností vzniku a následků selhání

Analýza možností vzniku a následků selhání (neboli FMEA, Failure Mode and Effect Analysis) patří mezi proaktivní a preventivní metody, což znamená, že zdravotníci činí opatření dříve, než je v důsledku selhání poškozeno zdraví pacienta nebo majetku. V českých zdravotnických zařízeních se tato metoda používá

retrospektivně, pro zpětnou analýzu nežádoucích událostí, jen málo organizací ji využívá správně – prospektivně. Vznikla v průmyslovém odvětví s úmyslem zlepšit bezpečnost procesů a výrobků. Metoda není složitá, hledá potencionální problémy a pochybení a možnost jim předcházet. Soustředí se hlavně na problémy, které jsou vysoce rizikové a hrozí vznik selhání, chyby. Je vhodná pro rozbor a nápravu selhání v oblasti léčebné i ošetrovatelské péče, v otázkách bezpečí pacienta. V rámci využití této analýzy si organizace pokládá otázku, „proč dochází k selhání“ a „co pomůže učinit postupy bezpečnějšími“. Analyzuje se celý sledovaný systém a možné následky selhání a jeho vliv na celý systém. Ve zdravotnických zařízeních je možno využít obě z fungujících metod FMEA, a to analýzu výrobku a analýzu procesu. V analýze procesu, tým vybraných zaměstnanců prověřuje proces, který má být přezkoumán. Po důkladném sběru informací o dané problematice proběhne přešetření potencionálních rizik/pochybení, na jehož základě se učiní preventivní opatření. Ke zhodnocení úspěšnosti navrhovaných opatření se využívá pilotní projekt na vybraném oddělení. Výhoda této metody tkví hlavně v tom, že se dá zrealizovat v krátké době a s malým rozpočtem se dosahuje výrazných výsledků (15).

1.6.3 Analýza stromu rizik

Analýzu stromu rizik (neboli FTA, Fault Tree Analysis) lze použít, jak proaktivně, tak reaktivně. Tato analýza je často považována za složitou a pro zdravotnictví jen těžko využitelnou. K její aplikaci v praxi je zapotřebí důkladná znalost metody a praktická zkušenost. Nejčastěji nachází své uplatnění při selhání zdravotnické techniky anebo selhání lidského faktoru. Na rozdíl od jiných metod nehledá pouze hlavní příčinu problému, ale zaměřuje se na všechny příčiny. Probíhá v pěti etapách, kdy se nejprve stanoví problém, poté se určí veškeré nedostatky, které problém způsobují a k jednotlivým nedostatkům se hledají možné příčiny, které se s nimi se propojují. S počtem příčin se výsledný graf rozrůstá jako větve stromu. Postupně se propracovává k jádru problému (metoda reaktivní) nebo působí jako proaktivní metoda, a to v případě, kdy se na výsledku založí řešení (15).

1.7 Právní úprava pochybení

Poskytování zdravotní péče upravuje řada závazných právních norem. Právní úprava poskytuje ochranu zdravotnickým pracovníkům všech kategorií i pacientům, které zdravotnický personál ošetřuje. Zdravotníci mají poskytovat péči v souladu s předpisy (lege artis), jež upravují poskytování péče a v souladu se standardy, které upravují provádění konkrétního výkonu (48). Pojem odpovědnost vyjadřuje povinnost snést sankce za protiprávní jednání. K trestněprávní odpovědnosti se volá pouze konkrétní osoba, která poskytuje zdravotní péči. Týká se tedy lékařů, sester, laborantů, fyzioterapeutů a nikoli zdravotnického zařízení, ve kterém zmiňovaná osoba pracuje. Trestné stíhání se zahajuje na základě trestního oznámení. Nejčastějšími trestními činy v souvislosti s poskytováním zdravotní péče je ublížení na zdraví z nedbalosti (49). Občanskoprávní odpovědnost zahrnuje odpovědnost za škodu, za vadu, za prodlení. Občanskoprávně odpovědné mohou být právnické i fyzické osoby. Na rozdíl od trestněprávní odpovědnosti, v občanskoprávní sféře zodpovídá za škodu zaměstnavatel. Pokud však zdravotník poskytuje péči sám, právní odpovědnost se vztahuje pouze k jeho osobě. V případě pracovněprávní odpovědnosti se zaměstnanec zodpovídá zaměstnavateli. Pracovněprávní odpovědnost upravuje zákoník práce. Nejčastější činnosti (ve vztahu s poskytovanou péčí), které mohou být řešeny v rámci pracovněprávní odpovědnosti, jsou obecné pracovněprávní odpovědnosti za škodu. Správněprávní odpovědnost upravuje správní právo. Nejvýznamnější skupinou přečinů spadající do správního práva, jež souvisí s poskytováním péče, jsou přestupky. Přestupek se vysvětluje jako zaviněné jednání, které může ohrozit zájmy organizace. Za přestupky v kontextu s poskytováním péče se považuje nedodržování předpisů při zacházení s látkami omamnými, psychotropními a látkami škodlivými zdraví a nedodržení hygienických předpisů či předpisů o ochraně životního prostředí. Disciplinární odpovědnost a z ní vyplývající disciplinární (kárné) provinění se týká fyzické osoby, která je ve zvláštních právních vztazích k určité instituci, se specifickými právy a povinnostmi vyplývajícími právě z tohoto členského vztahu. Disciplinární odpovědnost ve zdravotnictví představuje odpovědnost člena profesní komory, v případě lékaře. Sestra se může provinít proti stavovským předpisům pouze tehdy, je-li

členkou sesterské organizace (Česká asociace sester). Sestru však zákon na rozdíl od lékaře nezavazuje být členkou profesní organizace (48, 50). Míra závažnosti a oblast protiprávního jednání určuje, zda se bude jednat o odpovědnost trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní nebo správněprávní. Protiprávní jednání se zakládá na porušené povinnosti v souvislosti s platně právním předpisem či smlouvou, kterou může být například smlouva pracovní. Protiprávní jednání pak může činit osoba s aktivním úmyslem, což znamená, že provádí něco, co nemá, anebo s úmyslem pasivním, což naopak znamená to, že neprovádí to, co má, k čemu je podle právního předpisu nebo smlouvy vázaná. Protiprávním jednáním se rozumí například nedodržení platných standardů nebo postupů lege artis, neuposlechnutí příkazu nadřízeného (48). Termín zavinění má společné označení pro úmysl a nedbalost. Právo rozlišuje úmysl přímý, kdy osoba ví, že jedná protiprávně, a ví, že toto konání může mít za následek poškození, ale poškození způsobit chce. Na rozdíl od úmyslu nepřímého, kdy je osoba srozuměna s možným dopadem svého konání, ale škodlivý následek způsobit nechce. Nedbalost právní předpisy vykládají jako situaci, kdy osoba jedná protiprávně, ví, že by mohlo dojít k poškození, ale bez přiměřených důvodů věří, že k této situaci nedojde. Nedbalostí nevědomou se rozumí, situace, kdy osoba neví, že jedná protiprávně, ani neví, že její jednání může mít škodlivý dopad, ale o škodlivých následcích vědět měla a mohla (46). Protiprávní akty mohou mít škodlivé následky s charakterem nehmotným (například poškození důstojnosti, cti, zdraví) nebo škodlivé následky s hmotným charakterem, kam se řadí poškození nebo zničení skutečné, hmatatelné věci. Řešení vzniku hmotné škody upravují vnitřní předpisy organizace. Dle tohoto předpisu je zaměstnanec povinen incident oznámit svému nadřízenému a sepsat záznam o vzniku této události. Vhodné je zajistit spolehlivé svědky, kteří celou událost dosvědčí. Policie České republiky se přivolává až po dohodě s nadřízeným (48).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

V souladu se záměrem výzkumu byl stanoven cíl práce: „*Vyhodnotit kulturu bezpečí ve vybraných nemocnicích*“.

Kultura bezpečí byla vyhodnocována v těchto oblastech:

Atmosféra na pracovišti

Styl vedení

Efektivita týmové komunikace

Stupeň bezpečnosti pacientů

Hlášení nežádoucích událostí

Týmová spolupráce mezi odděleními

Personální zajištění

2.1 Hypotézy

V souladu se stanoveným cílem byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na atmosféře pracoviště.

H2: Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na stylu vedení sester manažerek.

H3: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na týmové spolupráci respondentů na oddělení.

H4: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na schopnosti respondentů neustále zlepšovat podmínky bezpečí.

H5: Počet hlášených pochybení se mění v závislosti na tom, jsou-li respondenti seznamováni se zhodnocením výsledků nežádoucích událostí.

H6: Počet hlášených nežádoucích událostí se mění v závislosti na způsobu komunikace respondentů na oddělení.

H7: Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na délce praxe respondentů.

H8: Počet pochybení se mění v závislosti na spolupráci mezi odděleními nemocnice.

H9: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na personálním zajištění oddělení.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda za použití standardizovaného dotazníku - The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture, který vytvořila agentura AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality); 20. Tento dotazník se používá v nemocničních zařízeních ve Spojených státech amerických jako nástroj pro hodnocení kultury bezpečí pacientů. Žádost využít dotazník pro výzkumné šetření, agentura AHQR nepožaduje. Pouze má vyhrazenou podmínku, že chce být informována o jeho použití. Před zahájením výzkumu byl osloven pan David I. Lewin, Phil. Health Communications Specialist Agency for Healthcare Research and Quality, který využití metodiky AHQR schválil (příloha 2).

Ve snaze umožnit respondentům, co největší otevřenost v jejich odpovědích byl dotazník dobrovolný a anonymní. Respondenti jej vyplňovali písemně. Byla použita anglická verze dotazníku, přeložená do češtiny (příloha 3)¹. V anglické verzi dotazníku je nejprve zařazeno úvodní oslovení respondenta, se sdělením o účelu dotazníku a návod, jak jej vyplnit. Použitý dotazník obsahuje celkem 52 položek, rozložených do 9 bloků (A-I). V úvodu je zahrnuta otázka identifikující osobu vyplňující dotazník, jádro dotazníku tvoří věcné otázky, týkající se samotného výzkumného tématu, seskupených do následujících kategorií: otevřená komunikace, zpětná vazba a komunikace o chybách, frekvence hlášení mimořádných událostí, předávání a překlad pacienta, podpora managementu v otázkách bezpečnosti pacientů, prostředí bez obviňování, organizační učení kontinuálního zlepšování, celkové vnímání bezpečnosti pacientů, personálního obsazení, očekávání a akce podporující bezpečnost, týmová práce napříč jednotkami, týmová práce v rámci jednotky. K otázkám, zjišťující kulturu bezpečí jsou přiřazena témata, která jsou s nimi úzce propojena (celkové vnímání bezpečnosti, frekvence hlášení nežádoucích událostí, počet hlášených nežádoucích událostí, stupeň bezpečnosti pacienta). Závěr obsahuje sociodemografické otázky,

¹Český překlad dotazníku byl poskytnut panem doc. MUDr. Jozefem Filkou, Ph.D., kterému touto formou velmi děkujeme.

zjišťující například délku specializace respondenta, jeho pracovní zařazení pracovní dobu a další položky.

Položky v dotazníku jsou uspořádány do tematických celků. Bloky zahrnují baterie otázek. Otázky jsou vyjádřeny formou výroků, s nimiž respondent vyjadřuje míru souhlasu či nesouhlasu ve formě Likertovy škály. Část A obsahuje otázky zjišťující celkové vnímání bezpečnosti, personální obsazení, organizační učení kontinuálního zlepšování, týmovou práci v rámci jednotky. Část B obsahuje otázky zaměřené na zjištění, zda manažer podporuje aktivity spojené s bezpečností. Část C obsahuje otázky, které pomáhá zjišťovat problematiku otevřené komunikace a zpětné vazby a komunikaci o chybách. Část D obsahuje otázky zaměřené na zjištění frekvence hlášení nežádoucích událostí. Část E obsahuje měřicí škálu na zjištění stupně bezpečnosti pacienta. Jde o verbální postojovou škálu, na které může respondent vyznačit bezpečnost od vynikající až po nedostatečnou. Část G obsahuje otázku zaměřenou na zjištění, kolik se na oddělení nahlásí nežádoucích událostí za vymezené období (1 rok). Část F obsahuje otázky zjišťující předávání a překlad pacienta, týmovou práci napříč jednotkami a podporu managementu v otázkách bezpečnosti pacientů. Část H se zaměřuje na zjištění základních údajů. Část I obsahuje poslední otázku, ta se vztahuje k připomínkám respondentů k bezpečnosti pacienta, k chybám /omylům, k hlášením nežádoucích událostí respondenta. Forma otázky je otevřená, dovoluje tak respondentovi možnost se volně vyjádřit. Srozumitelnost dotazníku a možné potíže s jeho vyplňováním byly ověřeny na menším vzorku respondentů v předvýzkumu. Výzkumné šetření bylo realizováno od poloviny července do konce září 2013.

3.2 Způsob statistického zpracování dat

Statistické analýzy byly uskutečňovány s použitím standardních statistických metod (software SPSS verze 16,0 - Statistical Package for Social Science). Získaná data byla srovnávána pomocí chí-kvadrátu a znaménkového schématu, které umožnilo sledování signifikantních vztahů v kontingenční tabulce. Znaménková schémata (adjustovaná residua) sledují sílu vztahů na 95%, 99% nebo 99,9% hladině spolehlivosti. Pro hladinu významnosti $p = 0,05$ je určeno znaménko +/-, pro hladinu významnosti $p = 0,01$

znaménko ++/ – – a pro hladinu významnosti $p = 0,001$ znaménko +++/ – – –. Ve všech prezentovaných tabulkách byla dodržena podmínka, kdy žádná buňka neměla očekávanou četnost menší než 1 a ne více než 20 % buněk mělo očekávanou četnost menší než 5.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno v Ústeckém kraji v nemocničním zařízení KZ – MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z.) v Ústí nad Labem. Výzkum byl schválen Mgr. Markétou Svobodovou, hlavní sestrou (příloha 4). V Libereckém kraji byl výzkum zrealizován v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Provedení výzkumného šetření odsouhlasila Mgr. Hana Bláhová, hlavní sestra (příloha 5).

Vhodným vzorkem pro zkoumání kultury bezpečí pomocí standardizovaného dotazníku The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture mohou být pracovníci celé nemocnice, tak i zaměstnanci vybraných oddělení. Šetření pomocí tohoto dotazníku nevylučuje žádného pracovníka organizace, nejlépe se však hodí pro zaměstnance, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, jsou jimi například lékaři, zdravotní sestry, ale také pracovníci, kteří svou činností přímo ovlivňují péči o pacienty (například pracovníci lékárny či patologie, laboranti a další) nebo neklinický personál jako jsou úředníci, manažeři. My jsme pro výzkumné šetření zvolily soubor tvořený z nelékařských pracovníků zdravotnických zařízení Ústeckého a Libereckého kraje, jak již bylo výše specifikováno, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, pracujících na lůžkových odděleních standardního typu i oddělení intenzivní péče. Podle naší představy jsme oslovili registrované sestry (259 respondentů), sestry pracující pod dohledem (4 respondenti), zdravotní asistenty (15 respondentů), ošetřovatelky a sanitáře (13 respondentů), fyzioterapeuty, ergoterapeuty (10 respondentů) a radiologické pracovníky (0 respondentů). I přes oslovení radiologických laborantů nedošlo ke spolupráci. Výzkumný soubor byl záměrný a výběrový. Do výzkumného šetření se zapojila interní oddělení (93 respondentů), chirurgická oddělení (58 respondentů), gynekologicko-novorozenecká oddělení (20 respondentů), pediatrie (10 respondentů),

traumatologie (31 respondentů), oddělení intenzivní péče (79 respondentů) a pracovníci rehabilitace (10 respondentů). Bylo rozdáno celkem 405 dotazníků s cílem získat co největší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Vráceno bylo 301 dotazníků (100 %). Návratnost tudíž činila 74,3%.

4 VÝSLEDKY

Výsledky jsou seřazeny podle jednotlivých dimenzí kultury bezpečí, které korespondují s otázkami v dotazníku. Z důvodu rozsáhlosti získaných dat, byla provedena redukce výsledků. Veškeré výsledky jsou uvedeny na CD, které je přiložena k diplomové práci.

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 Typ oddělení

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Interní oddělení	93	30,9	30,9	30,9
Chirurgie	58	19,3	19,3	50,2
Gynekologie/novorozenecké oddělení	20	6,6	6,6	56,8
Pediatric	10	3,3	3,3	60,1
Traumatologie/pohotovost	31	10,3	10,3	70,4
Oddělení intenzivní péče (jakéhokoli typu)	79	26,3	26,3	96,7
Rehabilitace	10	3,3	3,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 93 respondentů (30,9 %), že pracuje na interních odděleních (interní, plicní oddělení, gastroenterologie, neurologie, oddělení lůžek následné péče, kardiologie), na chirurgii pracuje 58 (19,3 %) z dotazovaných respondentů, na gynekologii/novorozeneckém oddělení 20 respondentů (6,6 %), na pediatrii 10 respondentů (3,3 %), na traumatologii/pohotovosti 31 respondentů (10,3 %), na oddělení intenzivní péče (jakéhokoliv typu) 79 respondentů (26,3 %). Na rehabilitaci pak pracuje 10 respondentů (3,3 %). Psychiatrii, lékárně, laboratoři, radiologii, oddělení anesteziologie ani jiné oddělení jako možnost neuvedl žádný z dotazovaných respondentů (0,0 %).

Tabulka 2 Délka praxe

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně jak 1 rok	17	5,6	5,6	5,6
1-5 let	89	29,6	29,6	35,2
6-10 let	44	14,6	14,6	49,8
11-15 let	35	11,7	11,7	61,5
16-20 let	32	10,6	10,6	72,1
21 a více let	84	27,9	27,9	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) odpracovalo v nemocnici méně jak 1 rok 17 respondentů (5,6 %), rozmezí 1 - 5 let uvádělo 89 respondentů (29,6 %), 44 respondentů (14,6 %) uvedlo, že pracuje v nemocnici 6 - 10 let, rozmezí 11 - 15 let uvádělo 35 respondentů (11,7 %), 16 - 20 let uvedlo 32 respondentů (10,6 %) a více jak 21 let v nemocnici pracuje 84 respondentů (27,9 %).

Tabulka 3 Délka praxe na současném oddělení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně jak 1 rok	25	8,3	8,3	8,3
1-5 let	118	39,2	39,2	47,5
6-10 let	66	21,9	21,9	69,4
11-15 let	31	10,3	10,3	79,7
16-20 let	29	9,7	9,7	89,4
21 a více let	32	10,6	10,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) odpracovalo na současném oddělení méně jak 1 rok 25 respondentů (8,3 %), rozmezí 1 - 5 let uvedlo 118 respondentů (39,2 %), 66 respondentů (21,9 %) uvedlo, že pracuje na současném oddělení 6 - 10 let, 11 - 15 let uvedlo 31 respondentů (10,3 %), 16 - 20 let uvedlo 29 respondentů (9,7 %) a více jak 21 let pracuje na současném oddělení 32 respondentů (10,6 %).

Tabulka 4 Průměrný počet hodin odpracovaných týdně

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně jak 20 hodin	5	1,7	1,7	1,7
20 -39 hodin	88	29,2	29,2	30,9
40-59 hodin	200	66,4	66,4	97,3
60-79 hodin	7	2,4	2,4	99,7
80-99 hodin	1	0,3	0,3	100,0
100 a více hodin	0	0,0	0,0	
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 5 respondentů (1,7 %), že pracuje méně jak 20 hodin týdně, 88 respondentů (29,2 %) odpracovalo v průměru 20-39 hodin týdně, 200 respondentů (66,4 %) odpracovalo 40 - 59 hodin týdně, 7 respondentů (2,4 %) odpracovalo v průměru 60 - 79 hodin týdně, 1 respondent (0,3 %) připustil, že pracoval v průměru 80 - 99 hodin v týdnu a žádný z respondentů (0,0 %) neuvedl, že by pracoval v týdnu 100 a více hodin.

Tabulka 5 Pracovní zařazení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Registrovaná sestra	257	85,4	85,4	85,4
Sestra pracující pod dohledem	4	1,3	1,3	86,7
Zdravotnický asistent	15	5,0	5,0	91,7
Fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped	10	3,3	3,3	95,0
Vedení/management nemocnice	2	0,7	0,7	95,7
Jiné pracovní zařazení	13	4,3	4,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 257 respondentů (85,4 %), že pracuje jako registrovaná sestra, 4 respondenti (1,3 %) uvedli, že jsou zařazení na pracovní místo jako sestra pracující pod dohledem, 15 respondentů (5,0 %) pracuje na pozici zdravotnického asistenta, povolání fyzioterapeut, ergoterapeut nebo logoped

uvedlo 10 respondentů (3,3 %), 2 respondenti (0,7 %) uvedli, že pracují ve vedení nemocnice a 13 respondentů (4,3 %) vyznačilo jiné pracovní zařazení, kam dotazovaní uvedli pracovní zařazení sanitář/ka nebo ošetřovatel/ka. Pozici lékař bez asistence, lékař se specializovanou způsobilostí, lékárník, dietní sestra, nutriční terapeut, sekretářka, respirační terapeut či technik nebo laborant neuvedl žádný z dotazovaných respondentů (0,0 %).

Tabulka 6 Profese v přímé interakci s pacientem

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	301	100,0	100,0	100,0
Ne	0	0,0	0,0	
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedli všichni respondenti, že pracují v přímé interakci s pacientem.

Tabulka 7 Délka praxe v současné specializaci/profesi

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně jak 1 rok	14	4,7	4,7	4,7
1-5 let	83	27,5	27,5	32,2
6-10 let	59	19,6	19,6	51,8
11-15 let	51	16,9	16,9	68,7
16-20 let	30	10,0	10,0	78,7
21 a více let	64	21,3	21,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 14 respondentů (4,7 %), že ve své současné specializaci nebo profesi pracuje méně jak 1 rok, na svém současném postu pracuje 1 - 5 let 83 respondentů (27,5 %), 6 - 10 let pracuje na současné pozici 59 respondentů (19,6 %), 51 respondentů (16,9 %) je zaměstnáno na současném postu 11 - 15 let, 16 - 20 let pracuje ve své současné profesi nebo specializaci 30 respondentů (10,0 %) a 21 let a více pracuje ve své profesi nebo specializaci 64 respondentů (21,3 %).

4.2 Vyhodnocení dimenze „Předávání a překlady pacientů“

Tabulka 8 Ztráta informací při překladu pacienta

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	2	0,7	0,7	0,7
Souhlasím	11	3,7	3,7	4,4
Částečně souhlasím	68	22,6	22,6	27,0
Nesouhlasím	169	56,1	56,3	83,3
Vůbec nesouhlasím	50	16,6	16,7	100,0
Celkem zodpovědělo	300	99,7	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,3		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasili 2 respondenti (0,7 %), že při překladu pacienta na jiné oddělení dochází ke ztrátám informací. S nedostatečným předáním informací při překladu pacienta souhlasilo 11 respondentů (3,7 %), částečný souhlas vyjádřilo 68 respondentů (22,6 %). Celkem 169 respondentů (56,1 %) uvedlo, že při překladu pacienta se informace neztrácí a 50 respondentů (16,6 %) potvrdilo, že se při překladu pacienta informace vůbec neztrácí. Jeden z dotazovaných (0,3 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 9 Nedostatečné předání informací při střídání směny

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	0	0,0	0,0	0,0
Souhlasím	4	1,3	1,3	1,3
Částečně souhlasím	36	12,0	12,0	13,3
Nesouhlasím	165	54,8	54,8	68,1
Vůbec nesouhlasím	96	31,9	31,9	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) žádný z dotazovaných neuvedl (0,0 %), že by se při předávání služby ztráceli informace. S nedostatečným předáváním informací při výměně služby souhlasili 4 respondenti (1,3 %), částečný souhlas s tímto názorem vyjádřilo 36 respondentů (12,0 %). Za dostatečné, uvedlo 165 respondentů (54,8 %), předávání informací během střídání směny a za zcela dostatečné pak 96 respondentů (31,9 %).

Tabulka 10 Potíže při výměně informací mezi odděleními

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	1	0,3	0,3	0,3
Souhlasím	34	11,3	11,3	11,6
Částečně souhlasím	166	55,2	55,2	66,8
Nesouhlasím	93	30,9	30,9	97,7
Vůbec nesouhlasím	7	2,3	2,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasil 1 respondent (0,3 %), že v nemocnici existují problémy při výměně informací mezi odděleními. S potížemi při výměně informací souhlasilo 34 respondentů (11,3 %), s tímto tvrzením částečně souhlasilo 166 respondentů (55,2 %). S problémy při předávání informací mezi odděleními nesouhlasilo 93 respondentů (30,9 %) a 7 respondentů (2,3 %) vůbec nesouhlasilo s tím, že by existovaly problémy při předávání informací mezi odděleními.

Tabulka 11 Změny rozpisu služeb jako problém pro pacienta

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	0	0,0	0,0	0,0
Souhlasím	9	2,9	3,0	3,0
Částečně souhlasím	70	23,3	23,5	26,5
Nesouhlasím	149	49,5	50,0	76,5
Vůbec nesouhlasím	70	23,3	23,5	100,0
Celkem zodpovědělo	298	99,0	100,0	
Nezodpověděl/a	3	1,0		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) žádný z respondentů (0,0 %) neuvedl, že by změny služeb zcela ovlivňovaly kvalitu péče poskytovanou pacientovi. S tím, že změny služeb mohou ovlivnit kvalitu péče, souhlasilo 9 respondentů (2,9 %), částečně souhlasilo 70 respondentů (23,3 %). Dle 149 respondentů (49,5 %) změna služeb neovlivní kvalitu péče a 70 respondentů uvedlo (23,3 %), že změny služeb vůbec neovlivní kvalitu poskytované péče. Tři z dotazovaných (1,0 %) tuto otázku nezodpovědělo.

4.3 Vyhodnocení dimenze „Týmová spolupráce“

4.3.1 Týmová spolupráce mezi odděleními

Tabulka 12 Nedostatečná spolupráce mezi odděleními

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	9	3,0	3,0	3,0
Souhlasím	67	22,3	22,3	25,3
Částečně souhlasím	127	42,2	42,2	67,5
Nesouhlasím	88	29,2	29,2	96,7
Vůbec nesouhlasím	10	3,3	3,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 9 respondentů plně souhlasilo s tvrzením, že oddělení mezi sebou dobře nespolupracují. Souhlas s tím, že oddělení mezi sebou dobře nespolupracují, uvedlo 67 respondentů (22,3 %), s touto možností částečně souhlasilo 127 respondentů (42,2 %). S tím, že oddělení spolu dobře spolupracují, souhlasilo 88 respondentů (29,2 %) a 10 respondentů (3,3 %) zcela potvrdilo, že oddělení mezi sebou spolupracují dobře.

Tabulka 13 Úroveň spolupráce mezi odděleními versus počet hlášených pochybení
(kontingenční tabulka)

Nedostatečná spolupráce mezi odděleními		Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok			Celkem
		0-2 nežádoucích událostí	3-10 nežádoucích událostí	11 a více nežádoucích událostí	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	69	17	12	98
	Částečně souhlasím	98	26	3	127
	Souhlasím a plně souhlasím	52	20	3	75
	Celkem	219	63	18	300
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	70,4%	17,4%	12,2%	100,0%
	Částečně souhlasím	77,2%	20,4%	2,4%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	69,3%	26,7%	4,0%	100,0%
	Celkem	73,0%	21,0%	6,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	++	
	Částečně souhlasím	0	0	-	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce počet hlášených nežádoucích událostí z 6 na 3 kategorie: 1) 0 pochybení a 1-2 pochybení, 2) 3-5 pochybení a 6-10 pochybení, 3) 11-20 pochybení a 21 a více pochybení.

V otázce spolupráce mezi odděleními byly sloučeny kategorie z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že pokud oslovení zdravotničtí pracovníci hodnotili pozitivně spolupráci mezi odděleními (zcela nesouhlasili s tvrzením o nedostatečné spolupráci zdravotníků), zvyšoval se počet hlášených pochybení (12,2 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,987$ $df = 4$, $p = 0,017$).

Tabulka 14 Dobrá spolupráce mezi odděleními

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	10	3,3	3,3	3,3
Souhlasím	106	35,2	35,2	38,5
Částečně souhlasím	165	54,8	54,8	93,3
Nesouhlasím	18	6,0	6,0	99,3
Vůbec nesouhlasím	2	0,7	0,7	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 10 respondentů (3,3 %), že mezi odděleními existuje dobrá spolupráce, musí-li vzájemně spolupracovat. S dobrou spoluprací personálu mezi odděleními souhlasilo 106 respondentů (35,2 %) a částečně souhlasilo 165 respondentů (54,8 %). Dle 18 respondentů (6,0 %) nedochází k dobré spolupráci mezi odděleními a 2 respondenti (0,7 %) dokonce uvedli, že u nich nedochází k vůbec žádné spolupráci mezi odděleními.

Tabulka 15 Nepříjemný pocit ze spolupráce s personálem jiných oddělení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	6	2,0	2,0	2,0
Souhlasím	37	12,3	12,3	14,3
Částečně souhlasím	157	52,1	52,1	66,4
Nesouhlasím	93	30,9	30,9	97,3
Vůbec nesouhlasím	8	2,7	2,7	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 6 dotazovaných (2,0 %), že je pro ně velmi nepříjemné spolupracovat s personálem jiného oddělení. Celkem 37 respondentů (12,3 %) souhlasilo, že je jim spolupráce s jinými odděleními nepříjemná, s touto myšlenkou částečně souhlasilo 157 respondentů (52,1 %). Celkem 93 respondentů (30,9 %) nesouhlasilo, že by spolupráce s ostatními odděleními byla nepříjemná. S tímto tvrzením vůbec nesouhlasilo 8 respondentů (2,7 %).

Tabulka 16 Spolupráce oddělení pro zajištění kvalitní péče

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	13	4,3	4,3	4,3
Souhlasím	87	28,9	29,1	33,4
Částečně souhlasím	152	50,5	50,9	84,3
Nesouhlasím	44	14,6	14,7	99,0
Vůbec nesouhlasím	3	1,0	1,0	100,0
Celkem zodpovědělo	299	99,3	100,0	
Nezodpověděl/a	2	0,7		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 13 respondentů (4,3 %), že oddělení pro zajištění kvalitní péče spolu spolupracují. Se spoluprací mezi odděleními v souvislosti s poskytováním kvalitní péče souhlasilo 87 respondentů (28,9 %), částečně souhlasilo 152 respondentů (50,5 %). S tím, že oddělení vzájemně spolupracují, aby byla zajištěna kvalitní péče pacientovi, nesouhlasilo 44 respondentů (14,6 %) a vůbec nesouhlasili 3 respondenti (1,0 %). Dva respondenti (0,7 %) tuto otázku nezodpověděli.

4.3.2 Týmová spolupráce na oddělení

Tabulka 17 Vzájemná podpora pracovníků na oddělení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	48	15,9	15,9	15,9
Souhlasím	127	42,2	42,2	58,1
Částečně souhlasím	121	40,2	40,2	98,3
Nesouhlasím	4	1,4	1,4	99,7
Vůbec nesouhlasím	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %), vyjádřilo plný souhlas s tvrzením, že na oddělení panuje vzájemná podpora pracovníků 48 respondentů (15,9 %). S názorem souhlasilo 127 respondentů (42,2 %), se vzájemnou podporou částečně souhlasilo 121 respondentů (40,2 %). Se skutečností, že na oddělení panuje vzájemná podpora, nesouhlasili 4 respondenti (1,4 %) a jen jeden respondent (0,3 %) vůbec nesouhlasil.

Tabulka 18 Týmová souhra ke zvládnutí velkého množství práce

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	77	25,6	25,6	25,6
Souhlasím	141	46,8	46,8	72,4
Částečně souhlasím	73	24,3	24,3	96,7
Nesouhlasím	9	3,0	3,0	99,7
Vůbec nesouhlasím	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 77 respondentů (25,6 %) plně souhlasilo, že velké množství práce rychle zvládnají díky týmové spolupráci. S tvrzením, že zaměstnanci pracují jako tým, aby rychle zvládli velké množství práce, souhlasilo 141 respondentů (46,8 %), částečný souhlas vyjádřilo 73 respondentů (24,3 %). Se skutečností, že zaměstnanci na oddělení pracuje týmově, aby zvládli rychle velké

množství práce, nesouhlasilo 9 respondentů (3,0 %) a pouze jeden respondent (0,3 %) vůbec nesouhlasil.

Tabulka 19 Týmová souhra ke zvládnutí velkého množství práce versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Týmová souhra ke zvládnutí velkého množství práce		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	8	2	10
	Částečně souhlasím	53	19	72
	Souhlasím a plně souhlasím	170	47	217
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	80,0%	20,0%	100,0%
	Částečně souhlasím	73,6%	26,4%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	78,3%	21,7%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce týmová souhra ke zvládnutí velkého množství práce byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Kontingenční tabulka nepotvrdila významné rozdíly v odpovědích respondentů. Hodnocení stupně bezpečí pacientů není ovlivněno souhrou či nesouhrou v pracovním týmu. Celkem 78,3 % respondentů hodnotí bezpečí pacientů jako vynikající a zároveň

uvádí, že v týmu panuje souhra. Přibližně stejný počet respondentů (80 %) hodnotí stupeň bezpečí stejně, i když připouští, že v týmu nepanuje souhra. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 0,733$ $df = 2$, $p = 0,693$).

Tabulka 20 Vzájemný respekt mezi pracovníky

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	25	8,3	8,3	8,3
Souhlasím	105	34,9	34,9	43,2
Částečně souhlasím	144	47,8	47,8	91,0
Nesouhlasím	24	8,0	8,0	99,0
Vůbec nesouhlasím	3	1,0	1,0	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 25 respondentů (8,3 %), že se na oddělení k sobě pracovníci chovají se vzájemným respektem. S tímto tvrzením souhlasilo 105 respondentů (34,9 %), částečně souhlasilo 144 respondentů (47,8 %). S názorem, že se k sobě na oddělení pracovníci chovají se vzájemným respektem, nesouhlasilo 24 respondentů (8,0 %) a vůbec nesouhlasili 3 respondenti (1,0 %).

Tabulka 21 Vzájemný respekt mezi pracovníky versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Vzájemný respekt mezi pracovníky		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	21	6	27
	Částečně souhlasím	108	34	142
	Souhlasím a plně souhlasím	102	28	130
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	77,8%	22,2%	100,0%
	Částečně souhlasím	76,1%	23,9%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	78,5%	21,5%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce vzájemný respekt mezi pracovníky byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

V případě, že oslovení zdravotníci uváděli, že se navzájem respektují, hodnotilo 78,5 % z nich bezpečí pacientů jako vynikající nebo velmi dobré. Naopak 77,8 % respondentů, kteří necítí vzájemný respekt v kolektivu, hodnotilo bezpečí pacientů stejně, tedy jako vynikající nebo velmi dobré. I když nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů, lze vysledovat souvislost mezi vzájemnou úctou mezi

pracovníky a bezpečím pacientů. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 0,228$ $df = 2$, $p = 0,892$).

Tabulka 22 Existence týmové spolupráce

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	29	9,6	9,6	9,6
Souhlasím	121	40,2	40,2	49,8
Částečně souhlasím	87	28,9	28,9	78,7
Nesouhlasím	47	15,7	15,7	94,4
Vůbec nesouhlasím	17	5,6	5,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 29 respondentů (9,6 %), že méně zaneprázdnění pomáhají více zaneprázdněným kolegům, 121 respondentů (40,2 %) souhlasilo, že méně vytížení pomáhají více vytíženým, částečně souhlasilo 87 respondentů (28,9 %). Celkem 47 respondentů (15,7 %) nesouhlasilo, že méně zaneprázdnění pomáhají více zaneprázdněným na oddělení a vůbec nesouhlasilo 17 respondentů (5,6 %).

Tabulka 23 Vzájemná spolupráce mezi zaměstnanci versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Vzájemná spolupráce mezi zaměstnanci		Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	44	19	63
	Částečně souhlasím	69	16	85
	Souhlasím a plně souhlasím	118	33	151
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	69,8%	30,2%	100,0%
	Částečně souhlasím	81,2%	18,8%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	78,1%	21,9%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce vzájemná spolupráce mezi zaměstnanci byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

I když v odpovědích respondentů nebyly prokázány statisticky významné rozdíly, je zřejmé, že s růstem spolupráce mezi zaměstnanci se zvyšuje i bezpečí pacientů. V případě, že zaměstnanci vzájemně spolupracují, hodnotí více než ¾ z nich (78,1 %) bezpečí pacientů jako vynikající a velmi dobré. Naopak 69,8 % respondentů, kteří uvedli, že zaměstnanci vzájemně nespolečně spolupracují, hodnotilo bezpečí pacientů jako

vynikající a velmi dobré. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 2,783$ *df* = 2, *p* = 0,249).

4.4 Vyhodnocení dimenze „Podpora bezpečí pacientů ze strany managementu“

Tabulka 24 Kultivace atmosféry podporující bezpečnost pacienta

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	9	3,0	3,0	3,0
Souhlasím	94	31,2	31,2	34,2
Částečně souhlasím	158	52,5	52,5	86,7
Nesouhlasím	35	11,6	11,6	98,3
Vůbec nesouhlasím	5	1,7	1,7	100,0
Celkem zodpovědělo	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 9 respondentů (3,0 %) plně souhlasilo s tím, že management vytváří klima podporující bezpečnost pacienta, 94 respondentů (31,2 %) souhlasilo s výrokem, že management podporuje bezpečnost pacientů, s tímto názorem částečně souhlasilo 158 respondentů (52,5 %). S tím, že management vytváří atmosféru podporující bezpečí, nesouhlasilo 35 respondentů (11,6 %) a vůbec nesouhlasilo 5 respondentů (1,7 %).

Tabulka 25 Přesvědčení zaměstnanců o zvyšování bezpečnosti péče managementem

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	13	4,3	4,3	4,3
Souhlasím	82	27,3	27,3	31,6
Částečně souhlasím	159	52,8	52,8	84,4
Nesouhlasím	43	14,3	14,3	98,7
Vůbec nesouhlasím	4	1,3	1,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 13 respondentů (4,3 %), že pro management je bezpečí pacientů nejvyšší prioritou, 82 respondentů (27,3 %) souhlasilo s tímto tvrzením, částečný souhlas vyslovilo 159 respondentů (52,8 %). Tvrzení, že pro management je bezpečí pacientů prioritou, nevěří 43 respondentů (14,3 %) a dokonce 4 respondenti (1,3 %) tomuto tvrzení vůbec nevěří.

Tabulka 26 Retrospektivní řešení bezpečnosti péče managementem

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	13	4,3	4,3	4,3
Souhlasím	75	24,9	24,9	29,2
Částečně souhlasím	118	39,2	39,2	68,4
Nesouhlasím	82	27,3	27,3	95,7
Vůbec nesouhlasím	13	4,3	4,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 13 respondentů (4,3 %), že management řeší bezpečnost až při vzniku nežádoucí události, 75 respondentů (24,9 %) souhlasilo, že management řeší bezpečnost až po vzniku nežádoucí události. S tímto názorem částečně souhlasilo 118 respondentů (39,2 %). Celkem 82 respondentů (27,3 %) věří, že management se věnuje bezpečí, dříve než vznikne nežádoucí událost

a dokonce 13 respondentů (4,3 %) zcela věří, že management řeší bezpečí pacientů ještě před vznikem nežádoucí události.

4.5 Vyhodnocení dimenze „Personální obsazení“

Tabulka 27 Dostatek pracovníků na oddělení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	16	5,3	5,3	5,3
Souhlasím	61	20,3	20,3	25,6
Částečně souhlasím	96	31,9	31,9	57,5
Nesouhlasím	92	30,5	30,5	88,0
Vůbec nesouhlasím	36	12,0	12,0	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) vyjádřilo 16 respondentů (5,3 %) plný souhlas s názorem, že je na oddělení dostatek personálu ke zvládnutí pracovní náplně. Souhlas s dostatkem personálu ke zvládnutí pracovní náplně uvedlo 61 respondentů (20,3 %). Částečný souhlas s tvrzením, že na pracovišti je dostatek personálu na pokrytí pracovní náplně vyjádřilo 96 respondentů (31,9 %). Nesouhlas s tímto tvrzením vyslovilo 92 respondentů (30,5 %). A celkem 36 respondentů (12,0 %) vůbec nesouhlasilo s tím, že na zvládnutí pracovní náplně je na oddělení dostatek personálu.

Tabulka 28 Dostatek pracovníků versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Dostatek pracovníků		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	90	36	126
	Částečně souhlasím	82	14	96
	Souhlasím a plně souhlasím	59	18	77
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	71,4%	28,6%	100,0%
	Částečně souhlasím	85,4%	14,6%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	76,6%	23,4%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	-	+	
	Částečně souhlasím	+	-	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce dostatek pracovníků byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že i když je na oddělení příležitostný nedostatek personálu, vnímají respondenti stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý (85,4 %). V případě, že je na oddělení nedostatečný počet personálu, respondenti vnímají stupeň bezpečí pacientů jen za přijatelný (28,6 %). Znaménkové schéma potvrzuje statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů. V případě

nedostatečného počtu personálu na oddělení respondenti hodnotili bezpečí pacientů statisticky významně častěji jako přijatelné. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 6,091$ *df* = 2, $p = 0,048$).

Tabulka 29 Práce přes čas, vedoucí ke zhoršení péče

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	7	2,3	2,3	2,3
Souhlasím	65	21,6	21,7	24,0
Částečně souhlasím	87	28,9	29,0	53,0
Nesouhlasím	127	42,2	42,3	95,3
Vůbec nesouhlasím	14	4,7	4,7	100,0
Celkem zodpovědělo	300	99,7	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,3		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) vyslovilo plný souhlas s tím, že pracovní zátěž personálu je vyšší, než je dobré pro pacienta 7 respondentů (2,3 %). Souhlas s tímto tvrzením vyjádřilo 65 respondentů (21,6 %) a částečný souhlas potvrdilo 87 respondentů (28,9 %). Nesouhlas s tím, že je pracovní zátěž personálu vyšší, než je dobré pro pacienta, vyjádřilo 127 respondentů (42,2 %), vůbec nesouhlasilo 14 respondentů (4,7 %). Jeden respondent (0,3 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 30 Pracovníci na částečný úvazek – příčina potencionálního pochybení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	3	1,0	1,0	1,0
Souhlasím	21	7,0	7,0	8,0
Částečně souhlasím	36	11,9	11,9	19,9
Nesouhlasím	149	49,5	49,5	69,4
Vůbec nesouhlasím	92	30,6	30,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasili 3 respondenti (1,0 %), že se na oddělení využívá více dočasně pracujícího personálu, než je dobré pro pacienty. S tímto tvrzení souhlasilo 21 respondentů (7,0 %) a částečně souhlasilo 36 respondentů (11,9 %). Celkem 149 respondentů (49,5%) nesouhlasilo, že se na oddělení využívá více dočasně pracujícího personálu k zajištění péče, než je dobré pro pacienta a vůbec nesouhlasilo 92 respondentů (30,6 %).

Tabulka 31 Práce v „krizovém režimu“

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	26	8,6	8,6	8,6
Souhlasím	175	58,2	58,2	66,8
Částečně souhlasím	67	22,3	22,3	89,1
Nesouhlasím	29	9,6	9,6	98,7
Vůbec nesouhlasím	4	1,3	1,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 26 respondentů (8,6 %), že pracuje v „krizovém režimu“ a musí vykonávat příliš rychle mnoho práce, 175 respondentů (58,2 %) souhlasilo s „krizovým režimem“. Částečný souhlas s prací v takzvaném „krizovém režimu“ potvrdilo 67 respondentů (22,3 %). S prací v „krizovém režimu“ nesouhlasilo 29 respondentů (9,6 %) a 4 respondenti vůbec

nesouhlasili s možností, že by pracovali v „krizovém režimu“, kdy zaměstnanec musí vykonat příliš rychle mnoho práce.

Tabulka 32 Práce v „krizovém režimu“ versus hodnocení stupně bezpečí
(kontingenční tabulka)

Pracujeme v „krizovém režimu“, kdy musíme udělat příliš mnoho věcí příliš rychle (ve spěchu)...		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelná	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	28	5	33
	Částečně souhlasím	48	19	67
	Souhlasím a plně souhlasím	155	44	199
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	84,8%	15,2%	100,0%
	Částečně souhlasím	71,6%	28,4%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	77,9%	22,1%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce práce v „krizovém režimu“ byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z odpovědí respondentů lze vysledovat trend, že v případě menšího pracovního zatížení hodnotí zdravotničtí pracovníci bezpečí pacientů lépe. Pokud respondenti uváděli, že nepracují v „krizovém režimu“, hodnotili častěji bezpečnost pacientů jako vynikající nebo velmi dobrou (84,8 %) než v případě, že v „krizovém režimu“ pracují (77,9 %).

Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 2,330$ *df* = 2, *p* = 0,312).

4.6 Vyhodnocení dimenze „Nerepresivní odpověď na pochybení“

Tabulka 33 Restriktivní využití chyb a omylů

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	4	1,3	1,3	1,3
Souhlasím	41	13,7	13,7	15,0
Částečně souhlasím	84	27,9	27,9	42,9
Nesouhlasím	140	46,5	46,5	89,4
Vůbec nesouhlasím	32	10,6	10,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasili 4 respondenti (1,3 %), že se chyby nebo omyly využívají proti personálu. S tímto tvrzením souhlasilo 41 respondentů (13,7 %), částečně souhlasilo 84 respondentů (27,9 %). S možností, že by se chyby či omyly používali proti personálu, nesouhlasilo 140 respondentů (46,5 %) a vůbec nesouhlasilo 32 respondentů (10,6 %).

Tabulka 34 Restriktivní opatření jako následek chyb zaměstnanců versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Restriktivní opatření jako následek chyb zaměstnanců		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	135	37	172
	Částečně souhlasím	63	20	83
	Souhlasím a plně souhlasím	33	11	44
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	78,5%	21,5%	100,0%
	Částečně souhlasím	75,9%	24,1%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	75,0%	25,0%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce restriktivní opatření jako následek chyb zaměstnanců byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z relativních četností v kontingenční tabulce je patrný trend, že když chyby zaměstnanců nejsou vedením řešeny restriktivně, respondenti vnímají stupeň bezpečí pacientů jako vynikající nebo velmi dobrý (78,5 %). V případě, že jsou chyby řešeny restriktivně, klesá hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty (75,0 %). Dle znaménkového schématu rozdíl v odpovědích není statisticky významný. Vztah

srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 0,363$ *df* = 2, $p = 0,834$).

Tabulka 35 Vnímání nežádoucí událost jako individuálního pochybení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	13	4,3	4,3	4,3
Souhlasím	32	10,6	10,6	14,9
Částečně souhlasím	62	20,6	20,6	35,5
Nesouhlasím	167	55,5	55,5	91,0
Vůbec nesouhlasím	27	9,0	9,0	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 13 respondentů (4,3 %) plně souhlasilo se skutečností, že hlásí-li se nežádoucí událost, popisuje se daná osoba a ne daný problém, 32 respondentů (10,6 %) souhlasilo, že hlášení nežádoucích událostí se posuzuje jako individuální chyba, tento názor částečně podpořilo 62 respondentů (20,6 %). Nesouhlas s tím, že při hlášení nežádoucích událostí se popisuje daná osoba a ne daný problém, uvedlo 167 respondentů (55,5 %) a vůbec nesouhlasilo 27 respondentů (9,0 %).

Tabulka 36 Nežádoucí událost vnímána jako individuální chyba versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Nežádoucí událost vnímána jako individuální chyba		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	142	51	193
	Částečně souhlasím	49	13	62
	Souhlasím a plně souhlasím	40	4	44
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	73,6%	26,4%	100,0%
	Částečně souhlasím	79,0%	21,0%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	90,9%	9,1%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	-	+	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	+	-	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce nežádoucí událost vnímána jako individuální chyba byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že jsou-li nežádoucí události na oddělení chápány a vyhodnocovány jako individuální pochybení zdravotníků roste u hodnocení stupně bezpečí pacientů oslovenými zdravotníky. Naopak pokud na oddělení nejsou považovány chyby zdravotníků za individuální pochybení, zdravotníci statisticky významně častěji hodnotí stupeň bezpečí pacientů jako přijatelný. Přesto je pozitivní,

že 77,3 % všech oslovených zdravotnických pracovníků hodnotí stupeň bezpečí pacientů za vynikající a velmi dobrý, necelá třetina (22,7 %) za přijatelný. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2= 6,268$ $df = 2$, $p=0,044$).

Tabulka 37 Strach ze záznamu chyby do spisu zaměstnance

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	9	3,0	3,0	3,0
Souhlasím	39	12,9	12,9	15,9
Částečně souhlasím	73	24,3	24,3	40,2
Nesouhlasím	147	48,8	48,8	89,0
Vůbec nesouhlasím	33	11,0	11,0	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 9 respondentů (3,0 %) plně souhlasilo s tvrzením, že se obávají, že se jejich chyba uvede do osobních záznamů. S obavou z uvedení chyby do záznamů souhlasilo 39 respondentů (12,9 %), částečně souhlasilo 73 respondentů (24,3 %). S možností, že se chyba uvede do osobního spisu, nesouhlasilo 147 respondentů (48,8 %) a vůbec nesouhlasilo 33 respondentů (11,0 %).

4.7 Vyhodnocení dimenze „Zpětná vazba a komunikace o pochybení“

Tabulka 38 Zpětná vazba o hlášení nežádoucích událostí

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	44	14,6	14,6	14,6
Většinou	70	23,3	23,3	37,9
Někdy	105	34,9	34,9	72,8
Zřídka	59	19,6	19,6	92,4
Nikdy	23	7,6	7,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 44 respondentů (14,6 %), že vždy dostane zpětně informace o změnách, které se provedli díky hlášeným nežádoucím událostem. Většinou získá zpětnou vazbu v souvislosti s hlášenými nežádoucími událostmi 70 respondentů (23,3 %), někdy pak 105 respondentů (34,9 %). Zpětnou vazbu v souvislosti s hlášením nežádoucích událostí dostane zřídka 59 respondentů (19,6 %) a vůbec žádnou zpětnou vazbu nikdy nezíská 23 respondentů (7,6 %).

Tabulka 39 Předání informací o chybách a omylech

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	98	32,6	32,6	32,6
Většinou	128	42,5	42,5	75,1
Někdy	63	20,9	20,9	96,0
Zřídka	11	3,7	3,7	99,7
Nikdy	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 98 respondentů (32,6 %) uvedlo, že je vždy informováno o chybách nebo omylech, které vznikly na jejich oddělení. Většinou je seznamováno s chybami či omyly na oddělení 128 respondentů (42,5 %), někdy pak 63 respondentů (20,9 %). S chybami nebo omyly, které se udály na oddělení, je zřídka seznamováno 11 respondentů (3,7 %), pouze 1 respondent (0,3 %) se vyslovil, že na oddělení, kde pracuje, personál není nikdy seznamován s chybami či omyly.

Tabulka 40 Diskuze o prevenci opakujících se chyb

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	76	25,2	25,2	25,2
Většinou	127	42,2	42,2	67,4
Někdy	65	21,6	21,6	89,0
Zřídka	32	10,7	10,7	99,7
Nikdy	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 76 respondentů (25,2 %), že se na oddělení vždy diskutuje o prevenci opakujících se chyb, 127 respondentů (42,2 %) udalo, že na oddělení většinou probíhá diskuze o předcházení opakujících se chyb, u 65 respondentů (21,6 %) se na oddělení diskutuje někdy. Celkem 32 respondentů (10,7 %) uvedlo, že se jen zřídka na oddělení diskutuje o prevenci opakujících se chyb a pouze 1 respondent (0,3 %) se vyslovil, že na oddělení nikdy neprobíhá diskuze o prevenci opakujících se chyb.

Tabulka 41 Diskuze o prevenci opakujících se chyb versus počet hlášených pochybení (kontingenční tabulka)

Diskuze o prevenci opakujících se chyb		Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok			Celkem
		0-2 nežádoucích událostí	3-10 nežádoucích událostí	11 a více nežádoucích událostí	
Četnosti	Nikdy a zřídka	27	4	1	32
	Někdy	47	16	2	65
	Většinou a vždy	145	43	15	203
	Celkem	219	63	18	300
Řádková procenta	Nikdy a zřídka	84,4%	12,5%	3,1%	100,0%
	Někdy	72,3%	24,6%	3,1%	100,0%
	Většinou a vždy	71,4%	21,2%	7,4%	100,0%
	Celkem	73,0%	21,0%	6,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Nikdy a zřídka	0	0	0	
	Někdy	0	0	0	
	Většinou a vždy	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce počet hlášených nežádoucích událostí z 6 na 3 kategorie: 1) 0 pochybení a 1-2 pochybení, 2) 3-5 pochybení a 6-10 pochybení, 3) 11-20 pochybení

a 21 a více pochybení. V otázce diskuze o prevenci chyb byly sloučeny kategorie z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

Z kontingenční tabulky je patrné, že pokud na oddělení neprobíhá diskuze o prevenci chyb, dochází k minimálnímu hlášení nežádoucích událostí za kalendářní rok (0-2) v 84,4 %. V případě, že na oddělení probíhá pokaždé diskuze o prevenci chyb, dochází k největšímu počtu hlášení 11 a více pochybení (7,4 %). Přestože nebyl prokázán statisticky významný vliv mezi diskuzí o prevenci chyb na oddělení a počtem nahlášených omylů. Lze konstatovat, že pokud se na oddělení diskutuje o způsobech předcházení omylů, zvyšuje se počet hlášených nežádoucích událostí. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,168$ *df* = 4, *p* = 0,384).

4.8 Vyhodnocení dimenze „Otevřenost v komunikaci o pochybení“

Tabulka 42 Možnost otevřené komunikace personálu o chybách

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	53	17,6	17,7	17,7
Většinou	152	50,6	50,7	68,4
Někdy	75	24,9	25,0	93,4
Zřídka	16	5,3	5,3	98,7
Nikdy	4	1,3	1,3	100,0
Celkem zodpovědělo	300	99,7	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,3		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 53 respondentů (17,6 %) uvedlo, že může vždy otevřeně mluvit o problémech, jež mohou mít negativní vliv na péči o pacienta, 152 respondentů (50,6 %) může většinou otevřeně komunikovat o chybách, jež mají negativní dopad na péči o pacienta, 75 respondentů (24,9 %) může otevřeně

komunikovat o chybách jen někdy. Celkem 16 respondentů (5,3 %) má možnost otevřeně komunikovat o problémech jen zřídka a 4 respondenti (1,3 %) uvedli, že tuto možnost nikdy nemají. Jeden respondent (0,3 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 43 Možnost otevřené komunikace personálu versus počet hlášených pochybení (kontingenční tabulka)

Možnost otevřené komunikace o chybách		Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok			Celkem
		0-2 nežádoucích událostí	3-10 nežádoucích událostí	11 a více nežádoucích událostí	
Četnosti	Nikdy a zřídka	16	4	0	20
	Někdy	52	20	3	75
	Většinou a vždy	150	39	15	204
	Celkem	218	63	18	299
Řádková procenta	Nikdy a zřídka	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
	Někdy	69,3%	26,7%	4,0%	100,0%
	Většinou a vždy	73,5%	19,1%	7,4%	100,0%
	Celkem	72,9%	21,1%	6,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Nikdy a zřídka	0	0	0	
	Někdy	0	0	0	
	Většinou a vždy	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce počet hlášených nežádoucích událostí z 6 na 3 kategorie: 1) 0 pochybení a 1-2 pochybení, 2) 3-5 pochybení a 6-10 pochybení, 3) 11-20 pochybení a 21 a více pochybení.

V otázce možnost otevřené komunikace o chybách byly sloučeny kategorie z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že nemají-li respondenti možnost otevřeně komunikovat o chybách (80,0 %), skoro nehlásí nežádoucí události (maximálně 0-2 nežádoucí události za kalendářní rok), v případě, že o chybách otevřeně diskutují jen

příležitostně, hlásí 3-10 nežádoucích událostí kalendářní rok a nejvíce nežádoucích událostí za kalendářní rok (11 a více) hlásí respondenti, diskutují-li pokaždé otevřeně o chybách (7,4 %). Přestože znaménkové schéma neprokázalo statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů lze konstatovat, že v případě otevřené komunikace o chybách se zvyšuje ochota respondentů hlásit nežádoucí události. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 4,089$ $df = 4$, $p = 0,394$).

Tabulka 44 Dotazování personálu bez obav na rozhodnutí vedoucího pracovníka

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	79	26,2	26,2	26,2
Většinou	131	43,6	43,6	69,8
Někdy	44	14,6	14,6	84,4
Zřídka	25	8,3	8,3	92,7
Nikdy	22	7,3	7,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 79 respondentů (26,2 %) uvedlo, že nemají obavy zeptat se nadřízených na jejich rozhodnutí, 131 respondentů (43,6 %) se většinou nebojí zeptat na rozhodnutí a 44 respondentů (14,6 %) tyto obavy někdy pocítují. Celkem 25 respondentů (8,3 %) spíše vždy pocítuje obavu, zeptat se nařízených na jejich rozhodnutí a 22 respondentů (7,3 %) má vždy obavy zeptat se nadřízeného na jeho rozhodnutí.

Tabulka 45 Možnost bez obav se zeptat vedoucího versus počet hlášených pochybení (kontingenční tabulka)

Dotazování personálu na rozhodnutí vedoucího bez obav		Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok			Celkem
		0-2 nežádoucích událostí	3-10 nežádoucích událostí	11 a více nežádoucích událostí	
Četnosti	Nikdy a zřídka	39	7	1	47
	Někdy	30	12	2	44
	Většinou a vždy	150	44	15	209
	Celkem	219	63	18	300
Řádková procenta	Nikdy a zřídka	83,0%	14,9%	2,1%	100,0%
	Někdy	68,2%	27,3%	4,5%	100,0%
	Většinou a vždy	71,8%	21,0%	7,2%	100,0%
	Celkem	73,0%	21,0%	6,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Nikdy a zřídka	0	0	0	
	Někdy	0	0	0	
	Většinou a vždy	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce počet hlášených nežádoucích událostí z 6 na 3 kategorie: 1) 0 pochybení a 1-2 pochybení, 2) 3-5 pochybení a 6-10 pochybení, 3) 11-20 pochybení a 21 a více pochybení.

V otázce možnost bez obav se zeptat vedoucího byly sloučeny kategorie z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

Z kontingenční tabulky je patrné, že mají-li respondenti obavy, ptát se svého vedoucího na jeho rozhodnutí (83,0 %), hlásí minimálně nežádoucí události (0-1 za kalendářní rok), v případě že se mohou příležitostně ptát na rozhodnutí vedoucího (27,3 %) hlásí 3-10 nežádoucích událostí za kalendářní rok, nejvíce nežádoucích událostí za kalendářní rok (11 a více) hlásí respondenti, mají-li možnost kdykoli se zeptat svého nadřízeného na jeho rozhodnutí (7,2 %). Přestože znaménkové schéma neprokázalo statisticky významné rozdíly odpovědí respondentů, je zřejmé, že pokud se zdravotníci nebojí

dotazovat vedoucích pracovníků na jejich rozhodnutí, roste jejich ochota hlásit pochybení. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 4,296$ *df* = 4, *p* = 0,367).

Tabulka 46 Obava personálu poukázat na neshodu

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	3	1,0	1,0	1,0
Většinou	19	6,3	6,3	7,3
Někdy	75	24,9	24,9	32,2
Zřídka	115	38,2	38,2	70,4
Nikdy	89	29,6	29,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 3 respondenti (1,0 %) uvedli, že se vždy bojí zeptat, zdá-li se jim něco v nepořádku, 19 respondentů (6,3 %) se většinou bojí zeptat, zdá-li se jim situace v nepořádku, tuto obavu pocítuje někdy 75 respondentů (24,9 %). Celkem 115 respondentů (38,2 %) uvedlo, že se skoro nikdy nebojí zeptat, zdá-li se jim něco v nepořádku, vůbec žádné obavy nepocítuje 89 respondentů (29,6 %).

Tabulka 47 Obavy z upozornění na potenciální chybu versus počet hlášených pochybení (kontingenční tabulka)

Obavy z upozornění na potenciální chybu		Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok			Celkem
		0-2 nežádoucích událostí	3-10 nežádoucích událostí	11 a více nežádoucích událostí	
Četnosti	Nikdy a zřídka	150	41	13	204
	Někdy	54	16	4	74
	Většinou a vždy	15	6	1	22
	Celkem	219	63	18	300
Řádková procenta	Nikdy a zřídka	73,5%	20,1%	6,4%	100,0%
	Někdy	73,0%	21,6%	5,4%	100,0%
	Většinou a vždy	68,2%	27,3%	4,5%	100,0%
	Celkem	73,0	21,0%	6,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Nikdy a zřídka	0	0	0	
	Někdy	0	0	0	
	Většinou a vždy	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce počet hlášených nežádoucích událostí z 6 na 3 kategorie: 1) 0 pochybení a 1-2 pochybení, 2) 3-5 pochybení a 6-10 pochybení, 3) 11-20 pochybení a 21 a více pochybení.

V otázce obavy z upozornění na potenciální chybu byly sloučeny kategorie z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

Z kontingenční tabulky je patrné, že v případě, že respondenti necítí obavu upozornit vedoucího na chybu, zvyšuje se i jejich ochota hlásit pochybení. V případě, že respondenti nemají strach z hlášení nežádoucí události, nahlásí 11 a více nežádoucích událostí za rok 6,4 % oslovených respondentů. V případě, že mají strach 11 a více nežádoucích událostí za rok nahlásí jen 4,5 % z nich. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 0,751$ $df = 4$, $p = 0,954$).

4.9 Vyhodnocení dimenze „Organizační znalosti/kontinuální zlepšení“

Tabulka 48 Aktivní přístup zaměstnanců ke zlepšení bezpečnosti

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	64	21,3	21,3	21,3
Souhlasím	185	61,4	61,4	82,7
Částečně souhlasím	45	15,0	15,0	97,7
Nesouhlasím	7	2,3	2,3	100,0
Vůbec nesouhlasím	0	0,0	0,0	
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 64 respondentů (21,3 %) plně souhlasilo, že se na oddělení aktivně provádí opatření zlepšující bezpečnost pacientů. S tímto tvrzením souhlasilo 185 respondentů (61,4 %), částečný souhlas vyjádřilo 45 respondentů (15 %). S výrokem, že se na oddělení aktivně provádí opatření ke zlepšení bezpečnosti, nesouhlasilo 7 respondentů (2,3 %). Žádný z respondentů (0,0 %) neuvedl, že by vůbec nesouhlasil.

Tabulka 49 Aktivní přístup zaměstnanců ke zlepšení bezpečnosti versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Aktivní přístup zaměstnanců ke zlepšení bezpečnosti		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikají a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	4	3	7
	Částečně souhlasím	27	18	45
	Souhlasím a plně souhlasím	200	47	247
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	57,1%	42,9%	100,0%
	Částečně souhlasím	60,0%	40,0%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	81,0%	19,0%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	-	++	
	Souhlasím a plně souhlasím	+++	--	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce aktivní přístup zaměstnanců ke zlepšení bezpečnosti byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky je patrné, že přistupují-li na oddělení zaměstnanci aktivně ke zlepšení bezpečnosti, vnímají stupeň bezpečí pacientů statisticky významně častěji jako vynikající nebo velmi dobrý (81,0 %) než v situaci, kdy na oddělení neexistuje ochota ke zlepšení bezpečí péče (57,1 %). Naopak v případě, že na oddělení chybí aktivní přístup ke zlepšení bezpečnosti, stupeň bezpečí vnímají respondenti statisticky

významně více jako přijatelný (42,9 %), než případě kdy tento proaktivní přístup na oddělení příležitostně funguje (40,0 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 11,179$ *df* = 2, *p* = 0,004).

Tabulka 50 Využití chyb a omylů k pozitivním změnám na oddělení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	9	3,0	3,0	3,0
Souhlasím	114	37,9	37,9	40,9
Částečně souhlasím	132	43,8	43,8	84,7
Nesouhlasím	37	12,3	12,3	97,0
Vůbec nesouhlasím	9	3,0	3,0	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 9 respondentů (3,0 %), že chyby či omyly nepochybně přispívají k pozitivním změnám. Se skutečností, že chyby nebo omyly mohou vést i k pozitivním změnám souhlasilo 114 respondentů (37,9 %), částečný souhlas vyjádřilo 132 respondentů (43,8 %). Dle 37 respondentů (12,3 %) chyby či omyly nepřispívají k pozitivním změnám na oddělení a 9 respondentů (3,0 %) uvedlo, že chyby/omyly vůbec nepřispívají k pozitivním změnám.

Tabulka 51 Pozitivní změny jako následek chyb/omylů versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Pozitivní změny jako následek chyb/omylů		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	35	11	46
	Částečně souhlasím	100	30	130
	Souhlasím a plně souhlasím	96	27	123
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	76,1%	23,9%	100,0%
	Částečně souhlasím	76,9%	23,1%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	78,0%	22,0%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce pozitivní změny jako následek chyb/omylů byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že když na oddělení dochází k pozitivním změnám díky předchozím omylům, respondenti vnímají stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý (78,0 %) a 22 % jako přijatelný. V případě, že k těmto změnám na oddělení nedochází, 76,1 % respondentů hodnotí bezpečí pacientů stejně (tzn. jako vynikající anebo velmi dobrý) a přijatelný 23,9 % z nich. Přestože nebyl prokázán statisticky

významný vliv pozitivní změny na pochybení a stupněm bezpečí pacientů, trend odpovědí naznačuje, že změna organizace práce jako reakce na chybu vede dle respondentů ke zlepšení bezpečí pacientů. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,179$ $df = 2$, $p = 0,957$).

Tabulka 52 Sledování účinnosti zavedených změn

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	24	8,0	8,0	8,0
Souhlasím	186	61,8	61,8	69,8
Částečně souhlasím	69	22,9	22,9	92,7
Nesouhlasím	18	6,0	6,0	98,7
Vůbec nesouhlasím	4	1,3	1,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 24 respondentů (8,0 %), že se po zavedení bezpečnostních změn sleduje jejich efektivita, 186 respondentů (61,8 %) souhlasilo, že se na oddělení sleduje účinnost zavedených bezpečnostních změn. Částečný souhlas se sledováním účinnosti bezpečnostních změn vyjádřilo 69 respondentů (22,9 %), nesouhlas vyjádřilo 18 respondentů (6,0 %) a pouze 4 respondenti (1,3 %) uvedli, že vůbec nesledují účinnost bezpečnostních změn.

Tabulka 53 Sledování účinnosti zavedených bezpečnostních změn versus hodnocení stupně bezpečí (kontingenční tabulka)

Sledování účinnosti zavedených bezpečnostních změn		Hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky		Celkem
		Vynikající a velmi dobrý	Přijatelný	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	17	5	22
	Částečně souhlasím	48	21	69
	Souhlasím a plně souhlasím	166	42	208
	Celkem	231	68	299
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	77,3%	22,7%	100,0%
	Částečně souhlasím	69,6%	30,4%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	79,8%	20,2%	100,0%
	Celkem	77,3%	22,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byla v otázce hodnocení stupně bezpečí pacientů zdravotnickými pracovníky odpověď slabá a nedostatečná ze statistického testování vyřazena a odpověď vynikající a velmi dobrá sloučena.

V otázce sledování účinnosti zavedených bezpečnostních změn byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že pokud na oddělení sledují efektivnost zavedených změn, vnímá 79,8 % respondentů stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý. Pokud na oddělení účinnost změn nesledují, hodnotí bezpečí pacientů jako vynikající nebo velmi dobré menší procento respondentů (77,3 %). Přestože nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v odpovědích respondentů lze vysledovat trend, při kterém

sledování účinnosti změn vede ke zvýšení bezpečnosti pacientů. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 3,094$ *df* = 2, *p* = 0,213).

4.10 Vyhodnocení dimenze „Nadřizený podporuje bezpečí pacientů“

Tabulka 54 Pochvala vedoucího pracovníka v případě bezpečně provedené práce

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	53	17,6	17,6	17,6
Souhlasím	113	37,5	37,5	55,1
Částečně souhlasím	105	34,9	34,9	90,0
Nesouhlasím	25	8,3	8,3	98,3
Vůbec nesouhlasím	5	1,7	1,7	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 53 respondentů (17,6 %), že je jejich vedoucí chválí za bezpečně práci provedenou, 113 respondentů (37,5 %) souhlasilo, že vedoucí chválí bezpečně prováděnou práci. Částečný souhlas s tím, že jejich vedoucí chválí, provádí-li svoji práci bezpečně, udalo 105 respondentů (34,9 %). S tím, že vedoucí chválí bezpečně provedenou práci, nesouhlasilo 25 respondentů (8,3 %) a 5 respondentů (1,7 %) s tímto tvrzením vůbec nesouhlasilo.

Tabulka 55 Pochvala vedoucím pracovníkem versus hlášení téměř pochybení
(kontingenční tabulka)

Pochvala vedoucím pracovníkem		Hlášení téměř pochybení			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	11	7	12	30
	Částečně souhlasím	14	43	48	105
	Souhlasím a plně souhlasím	33	41	92	166
	Celkem	58	91	152	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	36,6%	23,4%	40,0%	100,0%
	Částečně souhlasím	13,3%	41,0%	45,7%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	19,9%	24,7%	55,4 %	100,0%
	Celkem	19,3%	30,2%	50,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	+	0	0	
	Částečně souhlasím	0	++	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	-	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení téměř pochybení z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce pochvala vedoucím pracovníkem byly rekatégorizovány odpovědi z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Kontingenční tabulka ukazuje, že respondenti nejčastěji uváděli, že nejsou-li chválení vedoucím pracovníkem za bezpečně provedenou práci, téměř pochybení nehlásí (36,6 %), 41,0 % respondentů potvrdilo, že příležitostná pochvala vedoucího, vede jen k příležitostnému hlášení téměř pochybení a nejvíce respondentů (55,4 %) uvádělo, že jsou-li chválení, více hlásí téměř pochybení. Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, kdy s pochvalou vedoucích pracovníků roste i ochota zdravotníků hlásit téměř

pochybení. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,737$ $df = 4$, $p = 0,005$).

Tabulka 56 Pochvala vedoucím pracovníkem versus hlášení pochybení bez následků (kontingenční tabulka)

Pochvala vedoucím pracovníkem		Hlášení pochybení bez následků			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	15	6	9	30
	Částečně souhlasím	22	40	43	105
	Souhlasím a plně souhlasím	24	47	95	166
	Celkem	61	93	147	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	Částečně souhlasím	21,0%	38,0%	41,0%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	14,5%	28,3%	57,2%	100,0%
	Celkem	20,3%	30,9%	48,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	+++	0	-	
	Částečně souhlasím	0	+	-	
	Souhlasím a plně souhlasím	--	0	++	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení pochybení bez následků z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce pochvala vedoucím pracovníkem také z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nejsou-li zaměstnanci chválení vedoucím pracovníkem za bezpečně provedenou práci, nehlásí pochybení bez následků (50,0 %). Také skutečnost, že je vedoucí občas pochválen, nezaručí, že vždy pochybení bez následků nahlásí. Jsou-li však pracovníci chválení,

pochybení bez následků hlásí (57,2 %). Dle znaménkového schématu lze vysledovat přímo úměrný vztah mezi pochvalou a hlášením pochybení bez následků. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 25,058$ $df = 4$, $p \leq 0,001$).

Tabulka 57 Pochvala vedoucím pracovníkem versus hlášení pochybení s následky
(kontingenční tabulka)

Pochvala vedoucím pracovníkem		Hlášení pochybení s následky			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	8	11	11	30
	Částečně souhlasím	15	40	50	105
	Souhlasím a plně souhlasím	25	39	102	166
	Celkem	48	90	163	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	26,6%	36,7%	36,7%	100,0%
	Částečně souhlasím	14,3%	38,1%	47,6%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	15,1%	23,5%	61,4%	100,0%
	Celkem	15,9%	29,9%	54,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	-	
	Částečně souhlasím	0	+	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	--	++	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení pochybení s následky z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce pochvala vedoucím pracovníkem také z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že nejsou-li respondenti chváleni vedoucím pracovníkem za bezpečně provedenou práci, méně z nich hlásí pochybení s následky (26,6 %). Také skutečnost, že vedoucí zaměstnance příležitostně pochválí, nezaručí, že vždy pochybení s následky nahlásí (38,1 %). Jsou-li však pracovníci chváleni, pochybení bez následků hlásí (61,4 %). Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, kdy s pochvalou vedoucích pracovníků roste i ochota zdravotníků hlásit pochybení s následky. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,674$ $df = 4$, $p = 0,020$).

Tabulka 58 Zvážení návrhů na zlepšení bezpečnosti vedoucím pracovníkem

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	51	16,9	16,9	16,9
Souhlasím	143	47,6	47,6	64,5
Částečně souhlasím	82	27,2	27,2	91,7
Nesouhlasím	24	8,0	8,0	99,7
Vůbec nesouhlasím	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 51 respondentů (16,9 %), že vedoucí zvažuje návrhy na zlepšení bezpečnosti, 143 respondentů (47,6 %) souhlasilo, že jejich vedoucí bezpečností návrhy zvažuje. S možností, že vedoucí navrhované bezpečnostní změny zvažuje, částečně souhlasilo 82 respondentů (27,2 %). S tvrzením, že vedoucí zvažuje návrhy na zlepšení bezpečnosti, nesouhlasilo 24 respondentů (8,0 %) a s touto variantou vůbec nesouhlasil 1 respondent (0,3 %).

Tabulka 59 Možnost navržení bezpečnostní změny versus hlášení téměř pochybení
(kontingenční tabulka)

Možnost navržení bezpečnostní změny		Hlášení téměř pochybení			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	5	12	8	25
	Částečně souhlasím	18	31	33	82
	Souhlasím a plně souhlasím	35	48	111	194
	Celkem	58	91	152	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	20,0%	48,0%	32,0%	100,0%
	Částečně souhlasím	22,0%	37,8%	40,2%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	18,1%	24,7%	57,2%	100,0%
	Celkem	19,3%	30,2%	50,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	+	0	
	Částečně souhlasím	0	0	-	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	--	++	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení téměř pochybení 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce možnost navržení bezpečnostní změny také z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že pokud zaměstnanci mají možnost navrhnout bezpečnostní změny na pracovišti, roste i jejich ochota hlásit tzv. téměř pochybení (57,2 %). Tedy rizikové situace, které málem vedly k pochybení zdravotnických pracovníků. V případě, že zaměstnanci nemají možnost navrhnout na pracovišti změny, které by vedly ke zvýšení bezpečnosti péče, klesá i jejich ochota hlásit rizikové situace (24,7 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 11,700$ $df = 4$, $p = 0,020$).

Tabulka 60 Možnost navržení bezpečnostní změny versus hlášení pochybení bez následků (kontingenční tabulka)

Možnost navržení bezpečnostní změny		Hlášení pochybení bez následků			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	9	12	4	25
	Částečně souhlasím	20	23	39	82
	Souhlasím a plně souhlasím	32	58	104	194
	Celkem	61	93	147	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	36,0%	48,0%	16,0%	100,0%
	Částečně souhlasím	24,4%	28,0%	47,6%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	16,5%	29,9%	53,6%	100,0%
	Celkem	20,3%	30,9%	48,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	+	0	---	
	Částečně souhlasím	0	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	-	0	+	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení pochybení bez následků z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce možnost navržení bezpečnostní změny také z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Srovnáním relativních četností a znaménkového schématu je zřejmé, že nemají-li pracovníci možnost navrhovat bezpečnostní změny, pochybení bez následků nehlásí (36,0 %). Odpovědi v souvislosti s příležitostnou možností navrhnout vedoucímu bezpečnostní změny a hlášením pochybení se výrazně nelišily. Nejvíce respondentů potvrdilo, že mají-li možnost navrhovat bezpečnostní změny, pochybení bez následků hlásí (53,6 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 14,200$ $df = 4$, $p = 0,007$).

Tabulka 61 Požadavek vedoucího na zjednodušení/vynechání bezpečnostních postupů

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	5	1,7	1,7	1,7
Souhlasím	29	9,6	9,6	11,3
Částečně souhlasím	55	18,3	18,3	29,6
Nesouhlasím	165	54,8	54,8	84,4
Vůbec nesouhlasím	47	15,6	15,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 5 respondentů (1,7 %), že jejich vedoucí, v případě stresové situace, požaduje zjednodušení či vynechání postupů, s tímto výrokem souhlasilo 29 respondentů (9,6 %). Částečný souhlas se situací, kdy vedoucí požaduje zjednodušení nebo vynechání postupů v souvislosti se zátěžovou situací vyjádřilo 55 respondentů (18,3 %). S tvrzením, že vedoucí vyžaduje zjednodušení nebo vynechání postupů v zátěžové situaci nesouhlasilo 165 respondentů (54,8 %) a vůbec nesouhlasilo 47 respondentů (15,6 %).

Tabulka 62 Požadavek na zjednodušení postupů při zátěžové situaci versus hlášení téměř pochybení (kontingenční tabulka)

Požadavek na zjednodušení postupů při zátěžové situaci		Hlášení téměř pochybení			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	39	63	110	212
	Částečně souhlasím	9	20	26	55
	Souhlasím a plně souhlasím	10	8	16	34
	Celkem	58	91	152	301
Řádková procenta	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	18,4%	29,7%	51,9%	100,0%
	Částečně souhlasím	16,3%	36,4%	47,3%	100,0%
	Souhlasím a plně souhlasím	29,4%	23,5%	47,1%	100,0%
	Celkem	19,2%	30,6%	50,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Vůbec nesouhlasím a nesouhlasím	0	0	0	
	Částečně souhlasím	0	0	0	
	Souhlasím a plně souhlasím	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení téměř pochybení z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce požadavek na zjednodušení postupů při zátěžové situaci také z 5 na 3 kategorie: 1) vůbec nesouhlasím a nesouhlasím, 2) částečně souhlasím, 3) souhlasím a plně souhlasím.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že je-li na oddělení zvykem zjednodušit nebo vynechat postupy v případě zátěžové situace, respondenti téměř pochybení nehlásí (29,4 %). Není-li vedoucím pracovníkům navrhováno zjednodušení bezpečnostních postupů, respondenti častěji téměř pochybení nahlásí (51,9 %). Znaménkové schéma nepotvrzuje statisticky významné rozdíly v odpovědích respondentů. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 3,622$ *df* = 4, *p* = 0,460).

Tabulka 63 Přehlížení problémů s bezpečností vedoucím pracovníkem

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	0	0,0	0,0	0,0
Souhlasím	0	0,0	0,0	0,0
Částečně souhlasím	15	5,0	5,0	5,0
Nesouhlasím	156	51,8	51,8	56,8
Vůbec nesouhlasím	130	43,2	43,2	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) žádný respondent (0,0 %) plně nesouhlasil ani nesouhlasil s tvrzením, že vedoucí opětovně přehlíží problémy s bezpečností u pacientů. Částečný souhlas s tím, že vedoucí opakovaně přehlíží problémy s bezpečností, vyslovilo 15 respondentů (5,0 %). S možností, že vedoucí opakovaně přehlíží problémy s bezpečností, nesouhlasilo 156 respondentů (51,8 %) a vůbec nesouhlasilo 130 respondentů (43,2 %).

4.11 Vyhodnocení dimenze „Frekvence hlášení nežádoucích událostí“

Tabulka 64 Počet hlášených nežádoucích událostí za kalendářní rok

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Žádné hlášení	147	48,8	49,0	49,0
1-2 hlášení	73	24,3	24,3	73,3
3-5 hlášení	36	12,0	12,0	85,3
6-10 hlášení	26	8,6	8,7	94,0
11-20 hlášení	16	5,3	5,3	99,3
21 a více hlášení	2	0,7	0,7	100,0
Celkem zodpovědělo	300	99,7	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,3		
Celkový počet dotazníků	301	100,0		

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) uvedlo 147 respondentů (48,8 %), že v posledních 12 měsících nenahlásilo žádnou nežádoucí událost, 1-2 nežádoucí události nahlásilo 73 respondentů (24,3 %), 3-5 hlášení uvedlo 36 respondentů (12,0 %), 6-10 hlášení udalo 26 respondentů (8,6 %), 11-20 hlášení podalo 16 respondentů (5,3 %) a 21 a více hlášení pak uvedli 2 respondenti (0,7 %). Jeden z dotazovaných (0,3 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 65 Frekvence hlášení téměř pochybení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	68	22,6	22,6	22,6
Většinou	84	27,9	27,9	50,5
Někdy	91	30,2	30,2	80,7
Zřídka	42	14,0	14,0	94,7
Nikdy	16	5,3	5,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 68 respondentů (22,6 %) vždy nahlásí téměř pochybení, 84 respondentů (27,9 %) tuto chybu většinou nahlásí, 91 respondentů (30,2 %) tuto chybu nahlásí jen někdy, 42 respondentů (14,0 %) chybu nahlásí zřídka. Téměř pochybení nehlásí 16 respondentů (5,3 %).

Tabulka 66 Délka praxe versus hlášení téměř pochybení (kontingenční tabulka)

Délka praxe		Hlášení téměř pochybení			Celkem
		Nikdy a zřídka	Někdy	Většinou a vždy	
Četnosti	1 – 5 let	20	33	49	102
	6 – 15 let	18	30	34	82
	16 let a více	20	28	69	117
	Celkem	58	91	152	301
Řádková procenta	1 – 5 let	19,6%	32,4%	48,0%	100,0%
	6 – 15 let	22,0%	36,5%	41,5%	100,0%
	16 let a více	17,1%	23,9%	59,0%	100,0%
	Celkem	19,3%	30,2%	50,5%	100,0%
Znaménkové schéma	1 – 5 let	0	0	0	
	6 – 15 let	0	0	0	
	16 let a více	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení téměř pochybení z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce délka praxe zdravotnických pracovníků z 6 na 3 kategorie: 1) 1 rok a 1-5 let, 2) 6-10 let a 11-15 let, 3) 16-20 let a 21 a více let.

Přibližně polovina oslovených zdravotnických pracovníků hlásí vždy nebo většinou pochybení, ke kterým téměř došlo (50,5 %). Přestože nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi délkou praxe a ochotou zdravotníků téměř pochybení hlásit, lze v kontingenční tabulce vysledovat trend, kdy s délkou praxe roste počet nahlášených téměř pochybení. Necelá polovina respondentů s praxí do 5 let (48 %) uvedla, že hlásí téměř pochybení vždy nebo většinou. Zatímco bezmála 60 % zdravotníků s praxí 16 let a více hlásí vždy nebo většinou téměř pochybení. Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní ($\chi^2 = 6,494$ $df = 4$, $p = 0,165$).

Tabulka 67 Frekvence hlášení pochybení bez následků

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	79	26,2	26,2	26,2
Většinou	68	22,6	22,6	48,8
Někdy	93	30,9	30,9	79,7
Zřídka	45	15,0	15,0	94,7
Nikdy	16	5,3	5,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 79 respondentů (26,2 %) vždy nahlásí pochybení, které nemá následky, 68 respondentů (22,6 %) pochybení s následky většinou nahlásí, 93 respondentů (30,9 %) pochybení nahlásí jen někdy, 45 respondentů (15,0 %) pochybení hlásí zřídka. Pochybení bez následků nikdy nehlásí 16 respondentů (5,3 %).

Tabulka 68 Délka praxe versus hlášení pochybení bez následků
(kontingenční tabulka)

Délka praxe		Hlášení pochybení bez následků			Celkem
		Nikdy a zřídka	Částečně	Většinou a vždy	
Četnosti	1 – 5 let	24	32	46	102
	6 – 15 let	17	28	37	82
	16 let a více	20	33	64	117
	Celkem	61	93	147	301
Řádková procenta	1 – 5 let	23,5%	31,4%	45,1%	100,0%
	6 – 15 let	20,7%	34,1%	45,1%	100,0%
	16 let a více	17,1%	28,2%	54,7%	100,0%
	Celkem	20,3%	30,9%	48,8%	100,0%
Znaménkové schéma	1 – 5 let	0	0	0	
	6 – 15 let	0	0	0	
	16 let a více	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení pochybení bez následků z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce délka praxe zdravotnických pracovníků z 6 na 3 kategorie: 1) 1 rok a 1-5 let, 2) 6-10 let a 11-15 let, 3) 16-20 let a 21 a více let.

Pochybení bez následků hlásí necelá polovina oslovených zdravotnických pracovníků (48,8 %). Ačkoli nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi délkou praxe respondentů a jejich ochotou hlásit pochybení, lze konstatovat, že s délkou praxe počet hlášených pochybení respondenty roste. Zatímco více než polovina respondentů s praxí nad 16 let hlásí pochybení bez následků vždy nebo téměř vždy (54,7 %), u respondentů s praxí do 5 let je to necelá polovina (45,1 %). Naopak 23,5 % respondentů s praxí do 5 let nikdy nebo zřídka kdy hlásí pochybení bez následků. S délkou praxe se počet zdravotníků, kteří pochybení nehlásí, snižuje (17,1 % respondentů nad 16 let praxe). Vztah srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní (*chi kvadrát* / $\chi^2 = 3,035$ *df* = 4, *p* = 0,552).

Tabulka 69 Frekvence hlášení pochybení s následky

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vždy	85	28,2	28,2	28,2
Většinou	78	26,0	26,0	54,2
Někdy	90	29,9	29,9	84,1
Zřídka	29	9,6	9,6	93,7
Nikdy	19	6,3	6,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 85 respondentů (28,2 %) vždy nahlásí pochybení s následky, 78 respondentů (26,0 %) pochybení většinou nahlásí, 90 respondentů (29,9 %) pochybení nahlásí jen někdy, 29 respondentů (9,6 %) pochybení hlásí pouze zřídka. Pochybení s následky nikdy nenahlásilo 19 respondentů (6,3 %).

Tabulka 70 Délka praxe versus hlášení pochybení s následky (kontingenční tabulka)

Délka praxe		Hlášení pochybení s následky			Celkem
		Nikdy a zřídka	Částečně	Většinou a vždy	
Četnosti	1 – 5 let	21	27	54	102
	6 – 15 let	7	33	42	82
	16 let a více	20	30	67	117
	Celkem	48	90	163	301
Řádková procenta	1 – 5 let	20,6%	26,5%	52,9%	100,0%
	6 – 15 let	8,5%	40,2%	51,2%	100,0%
	16 let a více	17,1%	25,6%	57,3%	100,0%
	Celkem	15,9%	29,9%	54,2%	100,0%
Znaménkové schéma	1 – 5 let	0	0	0	
	6 – 15 let	-	+	0	
	16 let a více	0	0	0	

Z důvodu malého počtu četností byly pro statistické testování rekatégorizovány odpovědi v otázce hlášení pochybení s následky z 5 na 3 kategorie: 1) nikdy a zřídka, 2) někdy, 3) většinou a vždy.

V otázce délka praxe zdravotnických pracovníků z 6 na 3 kategorie: 1) 1 rok a 1-5 let, 2) 6-10 let a 11-15 let, 3) 16-20 let a 21 a více let.

Vždy nebo téměř vždy hlásí pochybení, které má následky na zdravotní stav pacienta, pouhá polovina respondentů (54,2 %). Vyšší podíl odpovědí dosahovala skupina respondentů s praxí nad 16 let. Vždy nebo téměř vždy nahlásí pochybení s následky 57,3 % z nich. Zajímavé je, že nejméně nikdy nebo téměř nikdy nehlásí pochybení s následky respondenti s praxí v rozmezí 6-15 let (8,5 %). Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní ($\chi^2 = 8,711$ $df = 4$, $p = 0,069$).

4.12 Vyhodnocení dimenze „Celkové vnímání bezpečí“

Tabulka 71 Hodnocení bezpečí pacienta zdravotnickými pracovníky

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vynikající	25	8,3	8,3	8,3
Velmi dobrý	206	68,4	68,4	76,7
Přijatelný	68	22,6	22,6	99,3
Slabý	2	0,7	0,7	100,0
Nedostatečný	0	0,0	0,0	
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) 25 respondentů (8,3 %) vnímá bezpečí pacienta v nemocnici jako vynikající, 206 respondentů (68,4 %) považují stupeň bezpečí pacientů jako velmi dobrý, 68 respondentů (22,6 %) se domnívá, že stupeň bezpečí u pacientů je přijatelný, 2 respondenti (0,7 %) považují stupeň bezpečí za slabý a žádný z respondentů (0,0 %) nevnímá stupeň bezpečí za nedostatečný.

Tabulka 71 a Hodnocení bezpečí pacienta zdravotnickými pracovníky

Stupeň bezpečí pacienta	
Průměr	2
Medián	2
Modus	2
Směrodatná odchylka	1
Minimum	1
Maximum	4
Celkem	301

Průměrný stupeň bezpečí, který dotazovaní uváděli, byl velmi dobrý. Modus stupně bezpečí byl 2 (velmi dobrý). Medián stupně bezpečí byl 2 (velmi dobrý). Respondenti hodnotili stupeň bezpečí pacientů v rozmezí od vynikajícího až po slabý stupeň bezpečí.

Tabulka 72 Zdravotní péče bez pochybení - výsledkem náhody

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	5	1,7	1,7	1,7
Souhlasím	17	5,6	5,6	7,3
Částečně souhlasím	45	15,0	15,0	22,3
Nesouhlasím	157	52,1	52,1	74,4
Vůbec nesouhlasím	77	25,6	25,6	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 5 respondentů, že vážnější chyby na oddělení nevznikají jen náhodou. S možností, že na oddělení vážnější chyby nevznikají jen náhodou, souhlasilo 17 respondentů (5,6 %), částečně souhlasilo 45 respondentů (15,0 %). S odpovědí, že k vážnějším chybám na oddělení nedochází jen náhodou, nesouhlasilo 157 respondentů (52,1 %) a vůbec nesouhlasilo 77 respondentů (25,6 %).

Tabulka 73 Zajištění bezpečnosti pacientů i při vyšším pracovním zatížení

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	48	15,9	15,9	15,9
Souhlasím	154	51,2	51,2	67,1
Částečně souhlasím	68	22,6	22,6	89,7
Nesouhlasím	24	8,0	8,0	97,7
Vůbec nesouhlasím	7	2,3	2,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 48 respondentů (15,9 %), že více práce nevykonává na úkor bezpečnosti pacientů. Souhlas s tím, že se na oddělení nevykonává více práce na úkor bezpečnosti, uvedlo 154 respondentů (51,2 %), částečný souhlas potvrdilo 68 respondentů. Celkem 24 respondentů (8,0 %) potvrdilo, že se na oddělení vykonává více práce na úkor bezpečnosti a s tímto tvrzením plně souhlasilo 7 respondentů (2,3 %).

Tabulka 74 Výskyt problémů v oblasti bezpečnosti péče

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	2	0,7	0,7	0,7
Souhlasím	4	1,3	1,3	2,0
Částečně souhlasím	36	12,0	12,0	14,0
Nesouhlasím	177	58,8	58,8	72,8
Vůbec nesouhlasím	82	27,2	27,2	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

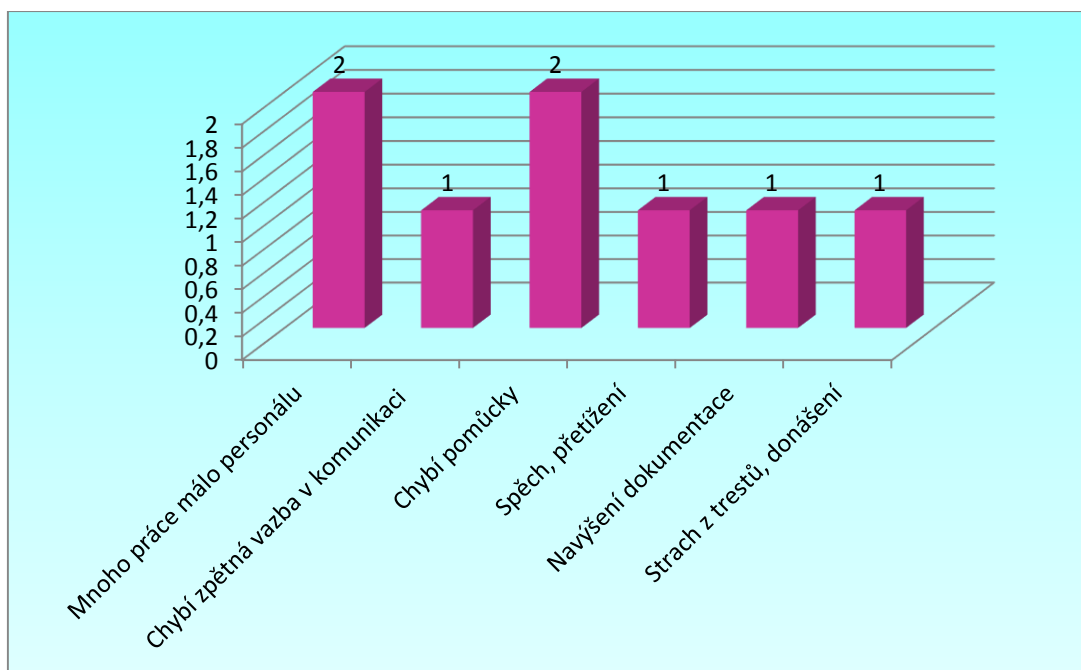
Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasili 2 respondenti (0,7 %), že se v souvislosti s bezpečností na oddělení vyskytují problémy, 4 respondenti (1,3 %) souhlasili, že na oddělení jsou přítomné bezpečnostní problémy. S problémem v otázce bezpečí částečně souhlasilo 36 respondentů (12,0 %). Se skutečností, že by se na oddělení vyskytovaly problémy s bezpečností, nesouhlasilo 177 respondentů (58,8 %) a s tímto tvrzením vůbec nesouhlasilo 82 respondentů (27,2 %).

Tabulka 75 Prevence chyb v rámci systému organizace práce

Kategorie odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Plně souhlasím	29	9,6	9,6	9,6
Souhlasím	158	52,5	52,5	62,1
Částečně souhlasím	109	36,2	36,2	98,3
Nesouhlasím	4	1,4	1,4	99,7
Vůbec nesouhlasím	1	0,3	0,3	100,0
Celkem	301	100,0	100,0	

Z celkového počtu 301 respondentů (100 %) plně souhlasilo 29 respondentů (9,6 %) s tím, že systém vykonávané práce zajišťuje prevenci chyb, 158 respondentů (52,5 %) souhlasilo, že jejich systém práce umožňuje předejít vzniku chyb. S touto možností částečně souhlasilo 109 respondentů (36,2 %). Systém vykonávané práce nezajišťuje prevenci vzniku chyb u 4 respondentů (1,4 %) a s možností že by systém práce zajišťoval prevenci chyb, vůbec nesouhlasil 1 respondent (0,3 %).

Graf 1 Připomínky k bezpečnosti, chybám/omylům, hlášením nežádoucích událostí



Z celkového počtu sedmi odpovědí bylo ve dvou odpovědích uvedeno, že bezpečnost negativně ovlivňuje malý počet personálu a pracovní přetížení. V jedné odpovědi bylo negativně hodnoceno, že personál nedostává zpětnou vazbu po hlášení nežádoucích událostech. Ve dvou odpovědích bylo uvedeno, že k zajištění bezpečnosti respondenti postrádají technické vybavení, jako jsou postranice k lůžku, magnetické kurty. V jedné odpovědi bylo uvedeno, že spěch a přetížení při práci zhoršuje bezpečnost péče (například zvyšuje se pravděpodobnost záměny léků). V jedné odpovědi bylo uvedeno, že navýšení dokumentace negativně ovlivňuje bezpečnost. V jedné odpovědi bylo uvedeno, že strach z donášení a z trestů negativně ovlivňuje bezpečnost.

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích. Studie byla provedena od poloviny června do konce září 2013 v nemocničním zařízení KZ – MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z.) v Ústí nad Labem a v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou za použití standardizovaného dotazníku. Návratnost dotazníků činila 74,3%. Údaje k výzkumnému šetření byly získány od 301 nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v přímém kontaktu s pacienty (Tabulka 6). Celkem 222 respondentů (73,7 %) bylo ze standardních oddělení a 79 respondentů (26,3 %) z oddělení intenzivní péče (Tabulka 1). Poslední část dotazníku obsahovala soubor otázek zaměřených na identifikaci sledovaného souboru. Tato část zahrnovala otázky zjišťující délku praxe v nemocnici, délku praxe na současném oddělení a v současné specializaci a také otázku, zjišťující počet odpracovaných hodin v týdnu. Ve sledovaném souboru převažovali respondenti s délkou praxe 1 – 5 let (29,6 %) a další početnou skupinou byli respondenti s délkou praxe 21 let a více (27,9 %), nejmenší zastoupení měla kategorie s délkou praxe 1 rok a méně (5,6 %) u respondentů (Tabulka 2).

5.1 Atmosféra na pracovišti versus stupeň bezpečí pacientů

Institut of Medicine (IOM) ve své zprávě doporučil, aby nemocnice rozvíjely netrestající prostředí, které by výsledně podpořilo hlášení incidentů. Ústředním poselstvím bylo sdělení, že zdravotnická pochybení vznikají nejčastěji chybou systémů a nikoliv jednotlivců. Vzhledem k výzvě Institutu of Medicine a jeho doporučení ke zvýšení bezpečí pacientů jsme se zaměřili na analýzu atmosféry na oddělení (52). Zajímalo nás, jak respondenti hodnotí pracovní atmosféru na pracovišti a bezpečnost pacientů. Na základě dostupných poznatků byla navržena hypotéza 1: *Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na atmosféře pracoviště.* Při rozboru odpovědí respondentů na otázku, zda jsou chyby zaměstnanců využívány proti nim samým, bylo zjištěno, že více než polovina respondentů (57,1 %) s tímto tvrzením

nesouhlasila (Tabulka 33). Z odpovědí respondentů bylo zřejmé, že pokud chyby zdravotníků nejsou managementem nemocnice řešeny restriktivně, hodnotí zaměstnanci stupeň bezpečí lépe (78,5 % - hodnotilo jako vynikající nebo velmi dobrý stupeň bezpečí) než v případě, že jsou zaměstnanci za jejich chyby trestáni (75,0 %, hodnocení stupně bezpečí respondenty klesá). Tyto výsledky názorně ukazují, že je velmi důležité zvolit vhodný způsob jednání se zaměstnanci, jak z pohledu top managementu, tak z pohledu přímých nadřízených. Represivní postoj k chybám zaměstnanců ze strany vedení, vede k obavám zaměstnanců chybu hlásit, aby za ní nebyli trestáni, což vede k zatajování chyb a následně i k zhoršení bezpečí. Na rozdíl od systému, ve kterém vedení otvírá svůj postoj vůči zaměstnancům, a ti se k chybě přiznat nebojí. Dalším ukazatelem pracovní atmosféry, bylo vnímání nežádoucí události jako individuálního pochybení (Tabulka 35). Většina respondentů (64,5 %) nesouhlasila s tvrzením, že hlásí-li se nežádoucí událost, popisuje se daná osoba a ne daný problém. Je pozitivním zjištěním, že 77,3 % všech oslovených zdravotnických pracovníků hodnotí stupeň bezpečí za vynikající a velmi dobrý, necelá třetina (22,7 %) za přijatelný. Při testování vztahů mezi stupněm bezpečí a hodnocení, zda je nežádoucí událost vnímána, bylo zjištěno, že stupeň bezpečí pacientů zdravotníky statisticky významně roste, jsou-li nežádoucí události vnímány jako individuální chyba zdravotnického personálu (Tabulka 36). Trend odpovědí, ukazuje, že stále ještě převládá ve smýšlení zaměstnanců názor, že jsou zodpovědní za chybu, která vznikne. Systém péče, kde za bezpečí pacientů individuálně zodpovídá zaměstnanec, je již překonaný a mělo by dojít ke změně přístupu zaměstnanců od individuální viny k systémovému řešení incidentu. Celý dojem dokresluje získané informace z kategorie, strach ze záznamu chyby do osobního spisu. Více než polovina oslovených zdravotnických pracovníků (59,8 %) se neobává záznamu pochybení do osobního spisu. Dle mého názoru pro naši profesi není tento způsob typický. Většina staničních (bývalé směnné sestry) ve svém jednání volí „nekonfliktní způsob“ řešení problémových situací. Je pro ně snazší dojít shody bez zápisu. Dokazování chyby, která není hmatatelná, je také mnohem obtížnější. Zdravotnictví je ze své podstaty pomáhající profesí, vedoucí sestry na rozdíl od klasických manažerů z ekonomických úseků, kteří jsou schopni dělat

razantní rozhodnutí o pracovních místech, mají tendenci své pracovníky omlouvat, vidí především lidský rozměr poskytované péče. Uvědomují si, jakým způsobem, by mohl záznam o chybě uškodit například matce samoživitelce či kolegyni v rozvodovém řízení. Shrnutím výsledků ze zkoumané oblasti můžeme zkonstatovat, že respondenti v případě netrestajícího prostředí vnímají bezpečí pacientů lépe, než jsou-li za chyby vedením nemocnice postihováni. Je jistě příznivé, že zaměstnanci spíše vnímají prostředí, ve kterém pracují více jako netrestající. Tyto výsledky mohou být ovlivněny i věkovou stránku respondentů. Ve výzkumném šetření byli nejvíce zastoupeni respondenti s delší praxí. Dle mého názoru zdravotník s delší praxí má na oddělení vybudovanou stabilnější pozici. Ve své práci, díky letitým zkušenostem, si je jistější, a proto se nebude obávat pokuty nebo ztráty zaměstnání. V případě, že by bylo ve výzkumném vzorku větší zastoupení zdravotnických pracovníků s krátkou délkou praxe, mohly by být výsledky odlišné. Výsledky prokázaly, že stále ještě dominuje kultura individuální viny. Tato filozofie vypovídá o autokratickém stylu vedení, které je třeba změnit. Z výsledků je zřejmé, že oslovení zdravotničtí pracovníci nemají obavu ze záznamu pochybení do osobní složky. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 1: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na atmosféře pracoviště, byla potvrzena.*

5.2 Styl vedení versus hlášení pochybení

Rozvoj kultury bezpečí podporují organizace světového renomé jako je například Světová zdravotnická organizace nebo Národní rada pro bezpečnost pacientů. Jak uvádí Azimi a Bahadori pokles pochybení zdravotníků závisí na přístupu vedení. Zavádění kultury bezpečí závisí na takových faktorech, jako je například kvalita vztahu mezi vedoucím pracovníkem a personálem (38). Nordin et al. ve svém výzkumném šetření kultury bezpečí poukazují na nedostatek důvěry mezi personálem a vedoucími pracovníky, který vidí jako velmi znepokojující, protože je klíčovým k ovlivnění kultury bezpečí (51). Ve světle těchto výzkumů byla navržena hypotéza 2: *Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na vedení sester manažerek.* Respondenti hodnotili, zda vedoucí své zaměstnance chválí za bezpečně provedenou

práci (Tabulka 54). Více než polovina respondentů (55,1 %) s tímto tvrzením souhlasila. V případě, že nejsou respondenti chváleni, zřídka hlásí téměř pochybení a naopak v případě, že jsou zaměstnanci chváleni, pochybení více nahlásí. Tyto výsledky odrážejí důležitost vhodné volby nadřízeného s ohledem na jeho charakterové vlastnosti. Při výběru vedoucích pracovníků je třeba brát zřetel nejen na odborné kompetence a léta praxe, ale především na osobnost a schopnost vedení. Výsledky ukazují, jak dobře působí, slova pochvaly a ohodnocení práce zdravotníka. A přitom slůvka pochvaly vedoucího nic nestojí. Management nemocnice si musí uvědomit, že z dlouhodobého hlediska podpora autokratického stylu přináší organizaci spíše negativa (například odchod kvalitních pracovníků nebo jejich vysoká výměna). Více než polovina respondentů (64,5 %) souhlasila s výrokem, že vedoucí pracovník zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti (Tabulka 58). V případě, že jim vedoucí neposkytuje příležitost navrhnout bezpečnostní změny, statisticky významně klesá ochota hlásit téměř pochybení (24,7 %) a v případě, že mají-li tuto možnost, roste i jejich ochota hlásit téměř pochybení (57,2 %). Tyto výsledky jsou opět odrazem schopností vedoucího pracovníka. Naslouchat názorům svých podřízených je důležité hlavně proto, že nadřízený není v každodenním kontaktu s praxí a mohou mu určité detaily a souvislosti uniknout. Právě zaměstnanci by měli být takovými „indikátory“, kteří signalizují, něco se děje, je třeba s tím něco udělat. Mnohým problematickým situacím-incidentům se dá často předejít nasloucháním jejich názorů. V případě, že vedoucí svým podřízeným nenaslouchá a nevybuduje si důvěru u svých zaměstnanců, je pravděpodobné, že to výrazně ovlivní bezpečí pacientů i kvalitu péče. Pracovníci totiž nebudou přispívat svými názory, budou vykonávat jen to, co se od nich požaduje. Statisticky významný vztah nebyl prokázán ve vztahu, možnost navrhnout změny ovlivňuje hlášení pochybení s následky. Zde bych se přiklonila k názoru, že většina respondentů ví, že pochybení s následky se musí vždy hlásit, takže je nemůže ovlivnit to, zdá se vedoucí vstřícný k bezpečnostním návrhům nebo ne. Je příznivé zjištění, že více než polovina respondentů uvedla, že v případě vzniku stresové situace na oddělení, vedoucí pracovník nepožaduje zjednodušení bezpečnostních postupů. Naše výzkumné šetření potvrdilo, že pokud vedoucí pracovník požaduje zjednodušení

bezpečnostních postupů, oslovení respondenti statisticky významně méně hlásí téměř pochybení. Neprovádí-li se výkon dle stanoveného plánu či provádí-li se podle špatného plánu, jde vlastně o pochybení a to vede k ohrožení bezpečí pacienta, které může mít fatální následky. Jsou-li také některé postupy vynechány nebo zjednodušeny v případě urgency na popud vedoucího, podřízený může získat dojem, že jde o normální postup a může si v dalších případech takto sám počínat. Drtivá většina respondentů uvedla (95 %), že vedoucí pracovník nepřehlídí bezpečnostní problémy na oddělení (Tabulka 63). Výsledky ukazují, že motivace – styl vedení je důležitým faktorem, který se musí naučit manažeři využívat ve své práci, protože kromě zlepšení spokojenosti pacientů, dojde i ke zkvalitnění poskytované péče. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 2: Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na stylu vedení sester manažerek, byla potvrzena.*

5.3 Týmová spolupráce na oddělení versus stupeň bezpečí

Zahraniční studie zkoumající faktory, které přispívají ke kritickým incidentům a nežádoucím příhodám, poukázaly na skutečnost, že týmová práce hraje důležitou roli v příčinách a prevenci nežádoucích událostí. Výzkumná šetření se zaměřila především na zkoumání chování zdravotníků v týmu, vnímání týmové práce a jejich vliv na kvalitu a bezpečí pacientů. Manser ve svém výzkumu nabádá k ověřování výkonnosti týmu vhodnými nástroji, jež přispějí ke zdravému rozvoji týmové práce a následně i ke zlepšení bezpečnosti pacientů (53). Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem byla stanovena třetí hypotéza: *Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na týmové spolupráci respondentů na oddělení.* Při posouzení vzájemné podpory pracovníků na oddělení jsme zjistili, že více než polovina respondentů (58,1 %) s tímto tvrzením souhlasila (Tabulka 17). Dále jsme hodnotili, zda personál pracuje týmově při zajištění velkého množství práce. Zhodnocené výsledky ukazují, že ¾ respondentů spolupracuje, aby zajistilo velké množství práce (Tabulka 18). Je příjemným zjištěním, že celkem 78,3 % respondentů hodnotí týmově spolupráci a stupeň bezpečí za velmi dobrý. Nevhodně zvolený systém organizace práce spolu s „netýmovým“ přístupem může vést k přetížení personálu a vzniku pochybení. Nebyl

prokázán statisticky významný vztah mezi spoluprací v týmu a hodnocením bezpečí pacientů. Výsledky mohou být ovlivněny povahou zaměstnanců. Sestra se může domnívat, že si svoji práci nejlépe zvládne sama, i kdyby měla být v práci přes čas, pomoc druhého kolegy odmítne. Nebo se zdravotník soustředí pouze na svou práci, kterou vidí jako nejobtížnější a nejdůležitější a práci svého kolegy může podhodnocovat („já mám práce také dost, tak proč bych jí pomáhala“). Velkou roli hraje také to, jak se týmová práce na oddělení podporuje. Tam, kde jsou zaměstnanci v týmové práci posilováni, nevidí problém si navzájem pomoci. Tam, kde je kladen velký důraz na odpovědnost pouze za svou vykonanou práci, vzájemná pomoc nemusí probíhat dobře ale i tak se sestry mohou domnívat, že jejich práce zajišťuje bezpečí pacientů. Zhruba polovina respondentů (43,2 %) souhlasila, že se k sobě zdravotníci chovají s respektem (Tabulka 20). Respekt k druhé osobě a s ní spojená úcta jsou základním kamenem dobrého fungování týmu. Bez lidské slušnosti by lidé pracovat nemohli. Neváží-li si sebe navzájem, ponižují-li se, spolupráce k zajištění péče, neprobíhá, tak jak má. Zhruba polovina respondentů (49,8 %) souhlasila, že na oddělení pracuje týmově (Tabulka 22). Z odpovědí respondentů bylo zřejmé, že s nárůstem spolupráce se i zvyšuje hodnocení bezpečí (78,1 % respondentů spolupracujících týmově, hodnotí stupeň bezpečí za velmi dobrý a naopak zaměstnanci, kteří vzájemně nespolupracují, hodnotí stupeň bezpečí jako vynikající a velmi dobrý 75,0 %). Silen – Lipponena et al. ve své studii uvedli, že týmový výkon má zásadní vliv na zajištění bezpečí pacientů. Špatná koordinace práce ovlivňuje kvalitu péče i bezpečí pacientů. Faktory, které považují za nejvýznamnější, jsou koordinace uvnitř týmu, jeho vedení (54). Respondenti v tomto výzkumném šetření vnímají úroveň spolupráce na oddělení jako velmi dobrý. Proto je velmi důležité kromě zvyšování povědomí o významu týmové spolupráce, také provádět nácviky koordinace týmu, udržovat vztahy, které by „týmovost“ podpořili. Ze strany vedoucího pracovníka podporovat příkladné chování a vztahy ve skupině. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 3: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na týmové spolupráci respondentů na oddělení, byla potvrzena.*

5.4 Organizační znalosti/kontinuální zlepšování versus stupeň bezpečí

Dle Sammer et al. v nemocnici existuje kultura učení, pouze tehdy snaží-li se organizace poučit ze svých chyb a integrovat procesy zlepšování výkonu do systému péče. Kultura učení vytváří povědomí o bezpečnosti mezi zaměstnanci a má podporovat prostředí učení prostřednictvím vzdělávacích příležitostí. Poukazuje na transparentnost hlášení klíčových bezpečnostních ukazatelů a nutnost výsledky včas zveřejňovat a údaje aktualizovat (27). Vzhledem k výše jmenovaným skutečnostem byla navržena hypotéza 4: *Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na schopnosti respondentů neustále zlepšovat podmínky bezpečí.* Převážná část respondentů (82,7 %) potvrdila, že zaujímá aktivní přístup ke zlepšení bezpečnosti (Tabulka 48). V případě, že se na oddělení zaujímá aktivní přístup k bezpečnosti, statisticky významně stoupá hodnocení vnímání bezpečí na velmi dobré a vynikající a naopak v případě, že na oddělení neexistuje ochota ke zlepšení bezpečí, statisticky významně klesá hodnocení stupně bezpečí na přijatelný. Aktivní postoj k bezpečnosti respondentů, je dle mého názoru ovlivněn délkou jejich praxe. Zdravotník s delší praxí, lépe vyhodnocuje události na oddělení. Jeho zkušenosti mu dávají možnost předvídat. Dovede si představit, kam některé situace mohou vyústit a chce jim účinně předcházet. Druhým důvodem je také touha zdravotníka pracovat na oddělení, které má dobrou pověst a proto aktivně problémy vyhledává a odstraňuje je. Při posouzení výsledků, zda chyby a omyly přispívají k pozitivním změnám necelá polovina respondentů (40,9 %) s tímto tvrzením souhlasila (Tabulka 50). V případě, že na oddělení dochází k pozitivním změnám díky chybám a omylům, vnímají respondenti stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý (78,0 %). V případě, že chyby nebo omyly nevedou k pozitivním změnám 76,1 % respondentů hodnotí stupeň bezpečí jako výborný a velmi dobrý. Trend v odpovědích naznačuje, že změna organizace práce jako reakce na chybu vede dle respondentů ke zlepšení bezpečí pacientů. Zde bych použila staré české přísloví, že chybami se člověk učí. V případě, že z jakéhokoli důvodu zdravotník pochybí, vidí, co následuje a jaké mohou vzniknout komplikace. Příště si dá určitě větší pozor, aby se tato věc již neopakovala. Výsledně dochází ke snížení rizika pochybení a zlepšení bezpečnosti pacientů. Dále jsme hodnotili, zda se po zavedení bezpečnostních

změn sleduje jejich účinnost (Tabulka 52). Více než polovina potvrdila (69,8 %), že se na oddělení sleduje účinnost zavedených bezpečnostních změn. V případě, že se na oddělení sleduje účinnost zavedených bezpečnostních změn, hodnotí 79,8 % respondentů stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý a pokud se efektivita nesleduje, hodnotí bezpečí pacientů jako vynikající nebo velmi dobrý menší procento respondentů (77,3 %). Je patrný trend v odpovědi, při kterém sledování účinnosti změn vede ke zvýšení bezpečnosti pacientů. Již z předešlých výsledků je patrné, že sestry mají tendenci navrhnout bezpečnostní opatření, hlavně díky již zmíněné motivaci anebo proto, že nechtějí řešit následky vzniklé pochybením. Je jasné, že jsou-li sestry přizvány do procesu vytvářející bezpečí a bezpečnostní postupy, mají větší touhu kontrolovat, zda jsou jejich opatření efektivní. Celkovým zhodnocením výsledků můžeme říci, že zdravotníci mají aktivní přístup v otázkách bezpečnosti. Tento stav se ukázal jako statisticky významný. Trend výsledků v oblasti, kde chyby vedou k pozitivním změnám, sice nebyl statisticky prokázán, ale naznačuje, že respondenti se z chyb nebo omylů poučí. Více než polovina (69,8 %) respondentů souhlasila s výrokem, že se na oddělení sleduje účinnost bezpečnostních opatření. Výsledky ukazují, že se v nemocničních zařízeních upravuje bezpečnost až následně po vzniku chyb než, že by se jim předcházelo. Na obdobné výsledky výzkumného šetření poukazuje i T. Al-Ahmadi ve své výzkumu kultury bezpečí v nemocnicích v Saudské Arábii (52). Změna v řešení pochybení z retrospektivního na proaktivní by napomohla v dalším zlepšování bezpečí pacientů. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 4: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na schopnosti respondentů neustále zlepšovat podmínky bezpečí, nebyla potvrzena.*

5.5 Zpětná vazba a diskuze o pochybení versus hlášení pochybení

Jak již bylo v předchozím textu nastíněno většina chyb a nežádoucích událostí vychází z komplexního řetězce událostí. Mnoho mezinárodních organizací usiluje o minimalizaci těchto incidentů. Prevence pochybení vyžaduje porozumění tomu, jak chyba vznikla. Dostávají-li zaměstnanci zpětnou vazbu o pochybení a následně o chybách komunikují, mohou lépe porozumět problému a výsledně dochází ke snížení

dalších pochybení (52). Na základě získaných informací byla navržena pátá hypotéza: *Počet hlášených pochybení se mění v závislosti na tom, jsou-li respondenti seznamováni se zhodnocením výsledků nežádoucích událostí.* Výsledky naznačují, že 1/3 respondentů (37,9 %) je poskytnuta zpětná vazba o hlášených nežádoucích událostí (Tabulka 38). Dále jsme zkoumali, zda jsou respondenti seznamováni s chybami, jež se stanou na oddělení (Tabulka 39). Tři čtvrtiny respondentů (75,1 %) souhlasily s touto možností. Další výsledky ukázaly, že skoro přibližně 3/4 respondentů (67,4 %) diskutuje o prevenci opakujících se chyb (Tabulka 40). V případě, že neprobíhá diskuze o prevenci chyb, dochází k minimálnímu hlášení pochybení za jeden kalendářní rok (0-2 hlášení) a naopak probíhá-li diskuze, zvyšuje se počet hlášení (11 a více pochybení). Lze konstatovat, že pokud se na oddělení diskutuje o způsobech předcházení omylů, zvyšuje se počet hlášených nežádoucích událostí. Odpovědi poukazují na důležitost zpětné vazby. V případě, že se zdravotníkům zpětné vazby o hlášených nežádoucích událostech nedostává, nemohou na problém nahlížet komplexně a také mohou získat dojem, že se jedná o další nadbytečnou administrativní záležitost, která k ničemu nepřispívá. Dalším zmiňovaným problémem byla komunikace o těchto pochybení. To, že na oddělení zdravotníci o těchto incidentech pravidelně diskutují a identifikují jejich příčiny, vede k zvýšení hlášení nežádoucích událostí. Tam, kde takováto diskuze neprobíhá, může dojít k podcenění některých událostí, protože je zdravotníci neumí správně vyhodnotit. Celkově pak musí být kladen důraz na přístup vedoucího, který podnětnou diskuzi podporuje a důsledně kontroluje, jak jeho zaměstnanci nežádoucí události hlásí. Výsledky poukazují, že se zdravotnickým pracovníkům spíše dostává zpětné vazby po hlášení nežádoucích událostí. Na odděleních probíhá předávání informací o chybách a bezpečí pacientů se zvyšuje, probíhá-li na oddělení diskuze o prevenci opakujících se chyb. Dle mého názoru výsledky poukazují na velký zájem zdravotnických pracovníků tyto informace získat, jelikož se tyto informace týkají jejich práce a výsledek určuje pověst oddělení. Chuť respondentů dostat zpětnou vazbu musí tedy vyvážit i důslednost vedení v pravidelné informovanosti svých zaměstnanců o pochybení. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 5: Počet*

hlášených pochybení se mění v závislosti na tom, jsou-li respondenti seznamováni se zhodnocením výsledků nežádoucích událost, byla potvrzena.

5.6 Otevřená komunikace o pochybení versus hlášení pochybení

Selhání týmové komunikace je jednou z hlavních příčin neúmyslného poškození pacienta. Na tuto skutečnost poukazuje i analýza 2455 hlášených pochybení v USA, kde příčinou pochybení ve více než 70% bylo selhání komunikace (55). Na základě těchto skutečností byla navržena šestá hypotéza: *Počet hlášených nežádoucích událostí se mění v závislosti na způsobu komunikace respondentů na oddělení. Více než polovina dotazovaných (68,2 %) potvrdila, že mohou otevřeně komunikovat o chybách. Podrobnějším zkoumáním bylo odhaleno, že otevřená diskuze na oddělení o chybách zvyšuje ochotu zdravotnických pracovníků pochybení hlásit. Veřejné otevření problémů, které trápí jednotlivce, pomáhá ostatním, naučit se tyto problémy řešit a incidentům předcházet. Pravidelná diskuze o chybách, vede k vytvoření klimatu, kde se nebojí zaměstnanci chybu přiznat, jelikož vidí, že i ostatní pracovníci chyby dělají a jsou schopni je veřejně prezentovat. Více než polovina respondentů (69,8 %) potvrdila, že se mohou bez obav zeptat na rozhodnutí svého nadřízeného (Tabulka 44). Možnost respondentů zeptat se svého vedoucího na jeho rozhodnutí zvyšuje ochotu zdravotnických pracovníků pochybení hlásit. Z dalších výsledků je patrné, že více než polovina (67,8 %) respondentů se neobává upozornit svého nadřízeného, zdá-li se jim něco v nepořádku. V případě, že respondenti nepocítují obavu upozornit na potenciální chybu, hlásí 11 a více nežádoucích událostí (6,4 %) a v případě, že mají strach upozornit na potenciální chybu, 11 a více hlášení nežádoucích událostí za rok nahlásí pouhých 4,5 % z nich. Zde se také přikláním k tvrzení, že tyto výsledky může ovlivňovat věk výzkumného souboru. Jde o zdravotnické pracovníky, kteří na oddělení pracují již stabilně, velké procento uvedlo délku praxe 21 let a více. Ti většinou nemají problém otevřeně mluvit se svým nadřízeným. Buď se jedná o jejich bývalého kolegu/yni, s kterým dříve na oddělení pracovali nebo jde o vedoucího s délkou praxe kratší a tak z pozice člověka, který má dlouholeté zkušenosti, strach nemají. Zhodnocením výsledků můžeme říci, že respondenti více uváděli, že mají možnost*

otevřené komunikace. Otevřená komunikace přináší i ochotu hlásit pochybení. Také více respondentů uvádělo, že nemá obavu se zeptat svého vedoucího na jeho rozhodnutí. A to, že se nebojí zeptat, přináší i ochotu hlásit pochybení. *Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 6: Počet hlášených nežádoucích událostí se mění v závislosti na způsobu komunikace respondentů na oddělení, byla potvrzena.*

5.7 Hlášení pochybení versus délka praxe zdravotníků

Každá zdravotnická činnost je spojena s rizikem pochybení. Je nutné tato pochybení minimalizovat a především jim předcházet. Ministerstvo zdravotnictví České republiky se zavázalo na Doporučení rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů (2009/C 151/01), podporovat nerepresivní systémy podávání zpráv a informovat o nežádoucích událostech (24). Ve světle těchto informací byla navržena sedmá hypotéza: *Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na délce praxe respondentů.* Zhodnocením počtu hlášení nežádoucích událostí, které respondenti hlásí za 1 kalendářní rok, jsme zjistili, že zhruba ½ respondentů (50,9 %) hlásí jednu a více nežádoucích událostí (Tabulka 64). Na rozdíl od výzkumného šetření provedeného ve Švédsku, kde více než dvě třetiny respondentů nahlásilo jednu a více nežádoucí událost za posledních 12 měsíců. Větší počet hlášení ve Švédsku je pravděpodobně způsoben propracovanějším systémem hlášení nežádoucích událostí, který se u nás teprve rozvíjí (52). Je nutné změnit přístup zdravotnických pracovníků k hlášení nežádoucích událostí, jelikož nedostatečné hlášení chyby zakrývá a nevede k změně chybného systému. Výsledky ukazují, že téměř pochybení hlásí (Tabulka 65) více než ½ polovina (50,5 %) respondentů. Zhodnocením výsledků lze vysledovat trend, kdy s délkou praxe roste počet nahlášených téměř pochybení. Necelá polovina respondentů s praxí do 5 let (48 %) uvedla, že hlásí téměř pochybení vždy nebo většinou. Zatímco bezmála 60 % zdravotníků s praxí 16 let a více hlásí vždy nebo většinou téměř pochybení. Výsledky upozornily na to, že méně hlásí téměř pochybení zdravotníci s kratší délkou praxe. Důvod, proč zdravotníci s kratší délkou praxe méně hlásí téměř pochybení, může být především v tom, že tito zdravotníci mají méně zkušeností identifikovat téměř

pochybení a událost může přejít v pochybení bez následků či v pochybení s následky. Na rozdíl od sester s délkou praxe delší 16 let, které již těmito schopnostmi oplývají. Při zhodnocení, hlášení pochybení bez následků, je zřejmé, že skoro $\frac{1}{2}$ (48,8 %) tyto události hlásí (Tabulka 67). Po zhodnocení výsledků lze říci, že s délkou praxe počet hlášených pochybení respondenty roste. Zatímco více než polovina respondentů s praxí nad 16 let hlásí pochybení bez následků vždy nebo téměř vždy (54,7 %), u respondentů s praxí do 5 let je to necelá polovina (45,1 %). Naopak 23,5 % respondentů s praxí do 5 let nikdy nebo zřídka kdy hlásí pochybení bez následků. S délkou praxe se počet zdravotníků, kteří pochybení nehlásí, snižuje (17,1 % respondentů nad 16 let praxe). Při zhodnocení, hlášení pochybení s následky (Tabulka 69), je zřejmé, že více jak $\frac{1}{2}$ respondentů tyto incidenty hlásí (54,2 %). Bližší zkoumání ukázalo, že více tyto incidenty statisticky významně hlásí skupina respondentů s délkou praxe nad 16 let (57,3 %). Nejméně tyto pochybení statisticky významně nehlásí zdravotníci s praxí v rozmezí 6 – 15 let (8,5 %). Při porovnání výsledků vychází, že nejvíce hlásí respondenti pochybení s následky (54,2%), ale i přesto je toto číslo alarmující a ukazuje na velkou nedůslednost vedoucích v kontrole zdravotníků, zda pochybení hlásí. Na druhém místě respondenti nejčastěji hlásili téměř pochybení (50,5 %) a na posledním místě v počtu hlášení stály nežádoucí události bez následků (48,8 %). Tyto výsledky jsou velmi zajímavé. To, že na prvním místě v počtu hlášení stojí pochybení s následky je celku logické, jsou nejvíce vidět a hlásit se musí. Ale i přesto jsou hlášeny nedostatečně, hlavně vzhledem k jejich závažnosti. Důvod, proč respondenti hlásí více téměř pochybení, než pochybení bez následků může být v tom, že zdravotník se raději přizná k tomu, že něco „skoro“ nedopadlo, než aby přiznal, že něco opravdu pokazil. Je vidět, že určitá obava a stud z vlastní „neschopnosti“ může vést k utajování právě těchto omylů. Menší počet hlášení může být zapříčiněn také neochotou respondentů pochybení administrativně zpracovat. Při velkém pracovním vytížení může zdravotník vyhodnotit, že se vlastně nic nestane, když incident neoznámí. Dalším důvodem, proč je celkově nižší trend hlášených nežádoucích událostí, může být v přístupu zdravotníků k hlášení. Někteří jsou přesvědčení, že 0 hlášených událostí značí 100% kvalitu péče. „Nehlásíme, tudíž neděláme chyby“. Změna chybného pohledu na

hlášení pochybení musí vzejít především od vedení oddělení, které musí tato hlášení podporovat a ukázat, že správně provedeným hlášením o pochybení, chrání především zdravotník sám sebe. Žádné či nedostatečné informace v hlášení zdravotníkovi více uškodí. Informace o tom, kdo více hlásí - nehlásí nežádoucí události se dají využít v další motivaci zdravotních pracovníků k hlášení nežádoucích událostí. Opět je velmi důležité zvolit vhodný způsob motivace k zlepšení přístupu v hlášení nežádoucích událostí. Z výše uvedených výsledků je možné učinit závěr, že hypotéza 7: *Ochota respondentů hlásit pochybení se mění v závislosti na délce praxe respondentů, byla potvrzena.*

5.8 Hlášení pochybení versus týmová spolupráce mezi odděleními

Týmová spolupráce je důležitá k zajištění kvalitní péče. Velmi často v rámci poskytování zdravotní péče vytváří zdravotní pracovníci interdisciplinární týmy, které se neobejdou bez spolupráce a efektivní komunikace. Na základě těchto informací byla navržena osmá hypotéza: *Počet pochybení se mění v závislosti na spolupráci mezi odděleními nemocnice.* V rámci dotazníku byla týmová spolupráce hodnocena respondenty v několika otázkách. Dvě otázky zjišťovaly to samé, týmovou spolupráci mezi odděleními (její dostatečnost – nedostatečnost). Jedna z nich však byla formulována kladně a druhá záporně. Výsledky otázky (Tabulka 12), zda mezi odděleními panuje nedostatečná spolupráce, odhalily, že zhruba 1/3 respondentů nesouhlasí s tímto tvrzením (Tabulka 12). Další analýza ukázala, že hodnotí-li respondenti spolupráci mezi odděleními pozitivně, statisticky významně se zvyšuje počet hlášených pochybení. Což svědčí o dobře nastaveném systému monitorace nežádoucích událostí. Kladně položená otázka o úrovni týmové spolupráce ukázala, že 1/3 respondentů (38,5 %) potvrdila dobrou úroveň spolupráce mezi odděleními (Tabulka 14). Avšak další výsledky ukázaly, že zhruba 1/3 respondentů (33,6 %) je nepříjemné spolupracovat s jinými odděleními (Tabulka 15). Posouzením otázky, zda oddělení spolupracují, aby byla zajištěna kvalitní péče, jsme zjistili, že 1/3 respondentů (33,6 %) s tímto názorem souhlasí (Tabulka 16). Z výsledků je patrné, že se oddělení snaží spolupracovat. V rámci této spolupráce samozřejmě dbají na bezpečí pacientů

a tak neváhají upozornit na problém či chybu, což může vyvolat nepříjemné pocity ze spolupráce. *Dle výše uvedených výsledků byla hypotéza 8: Počet pochybení se mění v závislosti na spolupráci mezi odděleními nemocnice, potvrzena.*

5.9 Personální zajištění versus stupeň bezpečí

Nedávné výzkumy bezpečí poskytované péče poukázaly na to, že je velmi důležité brát v úvahu bezpečnost jako něco víc než jen absenci nežádoucích událostí. Organizace by měly být považovány za dynamicky se vyvíjející organizmus, který má různě se měnící nároky na personální zajištění. Mnoho výzkumných šetření ve Spojených státech amerických se věnovalo, vlivu personálního zabezpečí na bezpečnost pacienta a kvalitu poskytované péče. Výzkumy ukázaly, že navýšení zdravotnického personálu v nočních směnách vedlo ke snížení počtu komplikací a incidentů. Možnost personálně zajistit oddělení je však výrazně ovlivněno ekonomickým tlakem. Tento trend je doprovázen přechodem ke 12. hodinovým službám, což není příliš vhodná varianta k zajištění péče (například klesá výkonnost personálu, vzniká únava a dochází k riziku pochybení). V rámci výzkumů bylo též diskutováno využití dočasně pracujících sester a vzniku nežádoucích událostí. Diskutovalo se především o jejich horší orientaci v nemocničních postupech. Počet služeb těchto pracovníků je zhruba 3 - 4 za měsíc. Takto pracující zaměstnanec se tedy neobejde bez pomoci stálých pracovníků, což nemusí vždy fungovat (56). *Na základě výše uvedených poznatků jsme stanovili devátou hypotézu: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na personálním zajištění oddělení. Z výsledků je patrné, že skoro 1/2 respondentů (42,5 %) nesouhlasí, že by byl na oddělení zajištěn dostatečný počet pracovníků (Tabulka 27). Je-li na oddělení příležitostný nedostatek personálu, zdravotníci vnímají stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý, v případě nedostatku personálu, stupeň bezpečí statisticky významněji vnímají jako přijatelný. Dalším ze zhodnocených činitelů bylo, zda práce přes čas, vede ke zhoršení péče (Tabulka 29). S touto možností skoro 1/2 respondentů (46,9 %) nesouhlasila. Tento fakt, má negativní vliv na jejich hodnocení stupně bezpečí. Avšak odpracované hodiny ukazují (Tabulka 4), že významně nepřesahují týdenní*

normu. Nejvíce respondentů odpracuje v týdnu 40 – 59 hodin (66,4 %). Domnívám se, že je třeba navýšit spíše počty nižšího ošetrovatelského personálu než sester. Celkem ¾ respondentů (80,2 %) nesouhlasí s tím, že pracovníci na částečný úvazek jsou příčinou potencionálního pochybení (Tabulka 30). Na obdobné závěry z výzkumného šetření poukazuje i Ajken et al. (56). Posledním faktorem doplňující celou dimenzi, bylo zjištění, zda personál pracuje v takzvaném „krizovém režimu“, což znamená, že musí v krátkém časovém úseku vykonat velké množství práce (Tabulka 31). Více než polovina respondentů (66,8 %) souhlasila s tímto tvrzením. Podrobnější analýzou této problematiky jsme vysledovali trend, že v případě menšího pracovního zatížení hodnotí zdravotničtí pracovníci bezpečí pacientů lépe. Pokud respondenti uváděli, že nepracují v „krizovém režimu“, hodnotili častěji bezpečí pacientů jako vynikající nebo velmi dobrý (84,8 %) než v případě, že v „krizovém režimu“ pracují (77,9 %). Stupeň bezpečí pacientů se zhorší, musí-li zdravotníci vykonávat velké množství práce, velmi rychle. Domnívám se, že vliv pocitu přetížení zdravotnických pracovníků (odpovídaly především registrované sestry) může vycházet z nevhodně zvoleného systému organizace ošetrovatelské práce či z nevhodně zvoleného počtu pracovníků na oddělení. Například je-li péče na oddělení zajištěna pouze 1 sestrou spolu s ošetrovatelkou. Sestra přetížení opodstatněně může vnímat. Také navýšením administrativní činnosti či přebíráním kompetencí a práce za jiné zdravotnické pracovníky, může mít na tyto odpovědi vliv. Shrňme-li výsledky ze zkoumané oblasti, můžeme říci, že zdravotnický personál vnímá počet personálu zajišťující péči pacientům jako nedostatečný. *Dle výše uvedených výsledků byla hypotéza 9: Hodnocení stupně bezpečí pacientů respondenty se mění v závislosti na personálním zajištění oddělen, potvrzena.*

5.10 Zhodnocení celkového vnímání bezpečí

Cílem tohoto šetření bylo také zhodnotit vnímání stupně bezpečí pacientů respondenty. V rámci jednotlivých hypotéz byly posuzovány vztahy, které souvisely se stupněm bezpečí. Výsledky hodnocení bezpečí pacienta respondenty (Tabulka 71) přinesly velmi kladné hodnocení. Zdravotničtí pracovníci vnímají bezpečí pacientů celkově velmi pozitivně (76,7 % respondentů hodnotilo jako vynikající a velmi dobrý).

Nordin et al. v roce 2013 zveřejnila výsledky šetření kultury bezpečí ve Švédsku, v nichž uvedla, že celkem 58,9 % respondentů hodnotilo bezpečí pacientů jako velmi dobré nebo vynikající (51). Je jistě pozitivním zjištěním, že při porovnání výsledků může zkonstatovat, že vnímání bezpečí respondenty našeho výzkumného šetření je celkově vyšší. Zhruba $\frac{3}{4}$ respondentů (77,7 %) nesouhlasilo, že k vážnějšímu pochybení na oddělení dochází jen náhodou (Tabulka 72). Dále jsme hodnotili, zda jsou zdravotničtí pracovníci schopni zajistit bezpečí pacientů i při vyšším pracovním zatížení (Tabulka 73). Více jak $\frac{1}{2}$ respondentů (67,1 %) s tímto tvrzením souhlasila. Zdravotníci jsou, díky své profesi, zvyklí často svoji práci vykonávat pod určitým tlakem. Do jisté míry tuto možnost připouštím, avšak z dlouhodobého hlediska nelze otázce bezpečnosti dostát. Vyhodnocením otázky, zda se na oddělení vyskytují problémy s bezpečností (Tabulka 74), převážná většina respondentů (86,0 %) s touto možností nesouhlasila. Tyto výsledky ukazují na dobrou úroveň bezpečí na oddělení, podporují výsledky z hodnocení stupně bezpečí. Poslední hodnocenou položkou v rámci vnímání bezpečí pacientů bylo, zda se na oddělení používají postupy a systém práce zajišťující prevenci vzniku chyb (Tabulka 75). Více jak polovina respondentů (62,1 %) s tímto názorem souhlasila. Zdravotníci ke své práci využívají standardy, ve zdravotnickém zařízení dochází k hlášení nežádoucích událostí, mají možnost se vzdělávat, takže s aktivním přístupem k prevenci můžeme jen souhlasit.

6 ZÁVĚR

Otázka bezpečnosti pacientů by měla mít nejvyšší prioritu pro všechny zdravotnické pracovníky. Zdravotnická zařízení mají zajistit ochranu pacientů před pochybením zdravotníků. Prvním krokem ke zlepšení bezpečí je investice do posuzování kultury bezpečí. Tato studie se zaměřila na celkové zhodnocení kultury bezpečí v nemocničních zařízeních Ústeckého a Libereckého kraje. K výzkumnému šetření byl použit standardizovaný dotazník The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), který vytvořila agentura AHRQ v USA.

Výsledky šetření poukazují na to, že zaměstnanci vnímají prostředí, ve kterém pracují více jako netrestající. V případě, že vedení nemocnice vytváří prostředí, ve kterém své zaměstnance za chyby netrestá, vnímají bezpečí pacientů lépe, než jsou-li za chyby vedením nemocnice postihováni. Další analýzou bylo odhaleno, že respondenti stále ještě cítí individuální zodpovědnost za pochybení. Výsledky jsou důkazem, že stále ještě dominuje kultura individuální viny, která vyžaduje změnu v myšlení jak řadových zaměstnanců, tak vedoucích pracovníků. Analýza výsledků poodhalila, že celkově více respondentů jejich vedoucí za bezpečně provedenou práci chválí. V případě, že nejsou respondenti chváleni a nemají-li možnost navrhnout bezpečnostní změny, zřídka hlásí téměř pochybení a naopak jsou-li chváleni a mají-li možnost změny navrhnout, pochybení hlásí více. Výsledky ukazují, že motivace – styl vedení jsou důležitým faktorem, který se musí naučit manažeři využívat ve své práci. Další analýza výsledků naznačuje, že si respondenti cení týmové spolupráce, avšak špatná koordinace ovlivňuje kvalitu péče i bezpečí pacientů, proto je nutné zvyšovat povědomí respondentů o významu týmové spolupráce, podporovat příkladné chování ve skupině a motivovat je k lepší spolupráci s cílem zajistit bezpečnost pro pacienty. Celkovým zhodnocením výsledků můžeme říci, že zdravotníci mají aktivní přístup v otázkách bezpečnosti. Trend výsledků v oblasti chyby na oddělení vedou k pozitivním změnám, naznačuje, že respondenti se z chyb nebo omylů poučí. Stejně tak výsledky otázky, zda se sleduje účinnost zavedených bezpečnostních opatření, ukazuje, že respondenti sledují tuto efektivnost. Výsledky prokázaly, že se v nemocničních zařízeních upravuje bezpečnost až následně po vzniku chyb než,

že by se jim předcházelo. Další analýza výsledků ukázala, že jsou zdravotničtí pracovníci spíše informováni o výsledcích hlášení nežádoucích událostí. Hodnocení bezpečí pacientů respondenty se zvyšuje, probíhá-li na oddělení diskuze o prevenci opakujících se chyb. Analýza výsledků ukázala, že respondenti mají možnost otevřené komunikace. A tato otevřená komunikace přináší i ochotu hlásit pochybení. Většina respondentů uváděla, že nemá obavu se zeptat svého vedoucího na jeho rozhodnutí. A to, že se nebojí zeptat, přináší i ochotu hlásit pochybení. Z výsledků vyplynulo, že hlášení nežádoucích událostí je nedostatečné (zhruba 1/2 respondentů hlásí více jak jednu a více nežádoucích událostí za jeden rok). Ze strany vedení musí docházet k důsledné kontrole hlášení. Informace o tom, kdo více hlásí - nehlásí nežádoucí události se dají využít v další motivaci zdravotních pracovníků k hlášení pochybení. Další výsledky ukázaly na pozitivní hodnocení spolupráce mezi odděleními. Respondenti vnímají, že spolupráce s ostatními je důležitá a že funguje. Hodnotí-li respondenti spolupráci mezi odděleními pozitivně, statisticky významně se zvyšuje počet hlášených pochybení. Avšak celkově tuto spolupráci vnímají respondenti jako nepříjemnou. Vnímání spolupráce se může zlepšit poskytováním supervize, pořádáním teambuildingových aktivit pro spolupracující oddělení. Shrňme-li výsledky šetření, můžeme říci, že zdravotnický personál vnímá počet personálu zajišťující péči pacientům jako nedostatečný. V případě, že je na oddělení příležitostný nedostatek personálu, vnímají respondenti stupeň bezpečí jako vynikající nebo velmi dobrý a je-li na oddělení nedostatek personálu, hodnotí respondenti stupeň bezpečí jen za přijatelný. Trendy v jejich odpovědích naznačily, že stupeň bezpečí se zhorší, musí-li vykonávat velké množství práce, velmi rychle. Výsledky poukazují na to, že je třeba provádět pravidelnou monitoraci podmínek organizace práce na jednotlivých odděleních. Výsledky vnímání bezpečí pacienta respondenty přinesly velmi kladné hodnocení (76,7 % respondentů hodnotilo jako vynikající a velmi dobrý).

6.1 Doporučení pro praxi

V rámci výzkumného šetření kultury bezpečí byly identifikovány oblasti, které vyžadují zlepšení. Mezi navrhované opatření patří:

- vytvoření účinných strategií na podporu kultury bezpečí (změna dominující kultury individuální viny) ze strany managementu nemocnice
- začlenění otázky bezpečí pacientů do výukových programů zdravotnických pracovníků
- zvýšit povědomí zaměstnanců o nerepresivní kultuře bezpečí
- podporovat vzdělávání vedoucích pracovníků v oblasti stylu vedení a způsobu řízení organizace práce
- zvyšovat povědomí o významu týmové spolupráce, její nácvik (například simulace krizových situací nebo závažných klinických stavů) a podpora týmové spolupráce mezi odděleními (supervize, pořádání teambuildingových aktivit pro spolupracující oddělení)
- zvýšit nedostatečné hlášení nežádoucích událostí ze strany zaměstnanců (důsledná kontrola hlášení vedoucími pracovníky, motivace zaměstnanců k hlášení například poskytnutím finanční odměny za hlášené incidenty vedoucím pracovníkům, zdůrazněním hlášení novým zaměstnanců a další)
- nastavit změnu v řešení pochybení na proaktivní, výběr vhodné metody řešení pochybení
- analyzovat data o pochybení vedením nemocnice
- zaměstnancům prezentovat výsledky hlášení pochybení s následnými opatřeními
- podporovat diskuzi o vzniklých incidentech
- monitorovat podmínky organizace práce na jednotlivých odděleních za účelem sledování zajištění dostatečného počtu zaměstnanců a sledovat spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. KALVACHOVÁ, Milena. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. In: *Portál kvality*[online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
2. LEAPE,L., Lucian a Donald M. BERWICK. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *JAMA*. 2005, **293** (19), 2384 – 2390. ISSN 1538-3598.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306.
4. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-701-3442-9.
5. HIGGINS, Monica. *Career Imprints. Creating Leaders Across an Industry*. San Francisko, USA: Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2005. ISBN 0-7879-7751-9.
6. LUKÁŠOVÁ, Růžena a Ivan NOVÝ et al. *Organizační kultura: od sdílených hodnot a cílů k vyšší výkonnosti podniku*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0648-2.
7. BĚLOHLÁVEK, F., P. KOŠTAN a O. ŠULÉŘ. *Management*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 978-80-25103-96-8.
8. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
9. ČAJKO-EIBICHTOVÁ, Monika a Zuzana HAVRDOVÁ. Hodnoty v managementu. In: HAVRDOVÁ, Zuzana et al. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010. s. 67-84. ISBN 978-80-87398-06-7.
10. ÚŘEDNÍ VĚSTNÍK EVROPSKÉ UNIE. *Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01* [online]. Lucemburk: Rada Evropské unie. 2009. [cit. 2013-11-18]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_cs.pdf.

11. WHO. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. In: *WHO Regional Office for Europe* [online]. WHO, 2008. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>
12. ODBOR ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB. Resortní bezpečnostní cíle. *Portál kvality a bezpečí*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit. 2013-12-14]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecidokumenty/doporuceni_764_2922_29.html
13. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon č.66/2013 Sb. ze dne 14. března o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 31, s. 634 – 636. Dostupný také v digitální formě z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2013/031-2013.pdf>. ISSN 1211-1244.
14. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vyhláška č. 102/2012 Sb., ze dne 30. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737 – 1745. Dostupný také v digitální formě z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/Vyhlasaka_o_hodnoceni_kvality_a_bezpeciduzkove_zdravotni_pece.pdf. ISSN 1211-1244.
15. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení zdravotnických rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
16. EVROPSKÁ UNIE. Luxembourg Declaration on Patient Safety. In: *European Commission* [online]. European Commission, 2005. [cit. 2014-04-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
17. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
18. ŠKRLA, Petr. *PŘEDEVŠÍM NEUBLÍŽIT: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
19. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *About AHRQ*,

- Mission & Budget: AHRQ Annual Highlights* [online]. U. S. Department of Health & Human Services, 2006.[cit. 2013-11-17]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/about/highlt06.htm>
20. SORRA, J. S. a V. F. NIEVA. 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. [online]. AHQR Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. [cit. 2014-27-2]. Dostupné z: [http://www.ahrq.gov/qual/patient safety culture/ hospcult.pdf](http://www.ahrq.gov/qual/patient%20safety%20culture/hospcult.pdf).
21. LISTYOWARDOJO, T. A., R. E. NAP a A. JOHNSON. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011, **24** (1), 9-15. ISSN 1353-4505.
22. NELSON, S., P. W. STONE and S. JORDAN et al. Patient Safety Climate: Variation in Perceptions by Infection Preventionists and Quality Directors. *Hindawi Publishing Corporation Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*. 2011, **2011** (2011), 7. ISSN 1687-708X.
23. WILSON, D., R. W. REDMAN, A. TALSMA a M. AEBERSOLD. Differences in Perceptions of Patient Safety Culture between Charge and Noncharge Nurses: Implications for Effectiveness Outcomes Research. *Nursing Research and Practice*. 2012, **2012** (2012), 7 [cit. 2014-22-02]. DOI: 10.1155/2012/847626. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/847626/>.
24. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví ze dne 9. října 2012. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2012, částka 8, s. 20-38. Dostupný také v digitální formě z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html.
25. HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče*. Praha: Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2010.
26. ROBERTS, K. H, P. MADSEN a V. DESAI, et al. A case of the birth and death of a high reliability healthcare organisation. *Qual Saf Health Care*. 2005, **14** (3), 216 - 220. ISSN 1475-3898.

27. SAMMER, Ch. E., K. LYKENS, K. P. SINGH, D. A. MAINS a N. A. LACKAN. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010, **42** (2), 156-165. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
28. DĚDINA, Jiří a Jiří ODCHÁZEL. *Management a moderní organizování firmy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2149-1.
29. LOJDA, Jan. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3902-1.
30. AMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: Nejnovější trendy a postupy*. 10 vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.
31. THOMAS, E. J., J. B. SEXTON a T. B. NEILANDS et al. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Services Research*. 2005, **5** (1), 28. [cit. 2014-22-02]. DOI: 10.1186/1472-6963-5-28. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/28>.
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
33. URBAN, Jan. *Řízení lidí v organizaci: personální rozměr managementu*. Praha: Aspi, 2013. ISBN 8086395464.
34. MOLEK, Jan. *Personalistika a řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-063-8.
35. BÁRTLOVÁ, Sylva. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. s. 40 – 63 ISBN 978-80-247-4732-3.
36. PROVONOST, Peter a Weast Brad ROSENSTEIN, et al. Implementing and Validating a Comprehensive Unit- Based Safety Program. *Journal of Patient Safety*. 2005, **1** (1), 33-40. ISSN 1549-8417.
37. YANG, Cheng-Chia a Yi-Shun WANG, et al. A Study on the Leadership Behavior, Safety Culture, and Safety Performance of the Healthcare Industry. *World Academy of Science, engineering and Technology*. 2009, **3** (5), 1013-1020. ISSN 2010-376X.

38. AZIMI, Leila a Mohammadkarim BAHADORI. The Effect of Safety Culture Education on Improvement of Managers' Attitudes towards Patients' Safety. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health (IJCRIMPH)*. 2012, **4** (3), 217 – 226. ISSN 1840-4529.
39. SVOBODNÍK, Pavel. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-498-6.
40. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
41. KOCIÁNOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.
42. KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-290-8.
43. GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R. DiCroce. *Zásady řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
44. KOŠTA, Oto. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4422-3.
45. FILKA, Jozef. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2010, **4** (2), 125-128. ISSN 1801-0261.
46. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-1919-3.
47. KLÍMOVÁ, Marie. *Management ve veřejné a sociální správě*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, 2007.
48. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0705-5.
49. ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009, trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 11, s. 354-464. Dostupný také v digitální formě z:file:///C:/Users/user/Downloads/sb011- 09.pdf. ISSN 1211-1244.
50. ČESKO. MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon č. 89/2012 Sb.

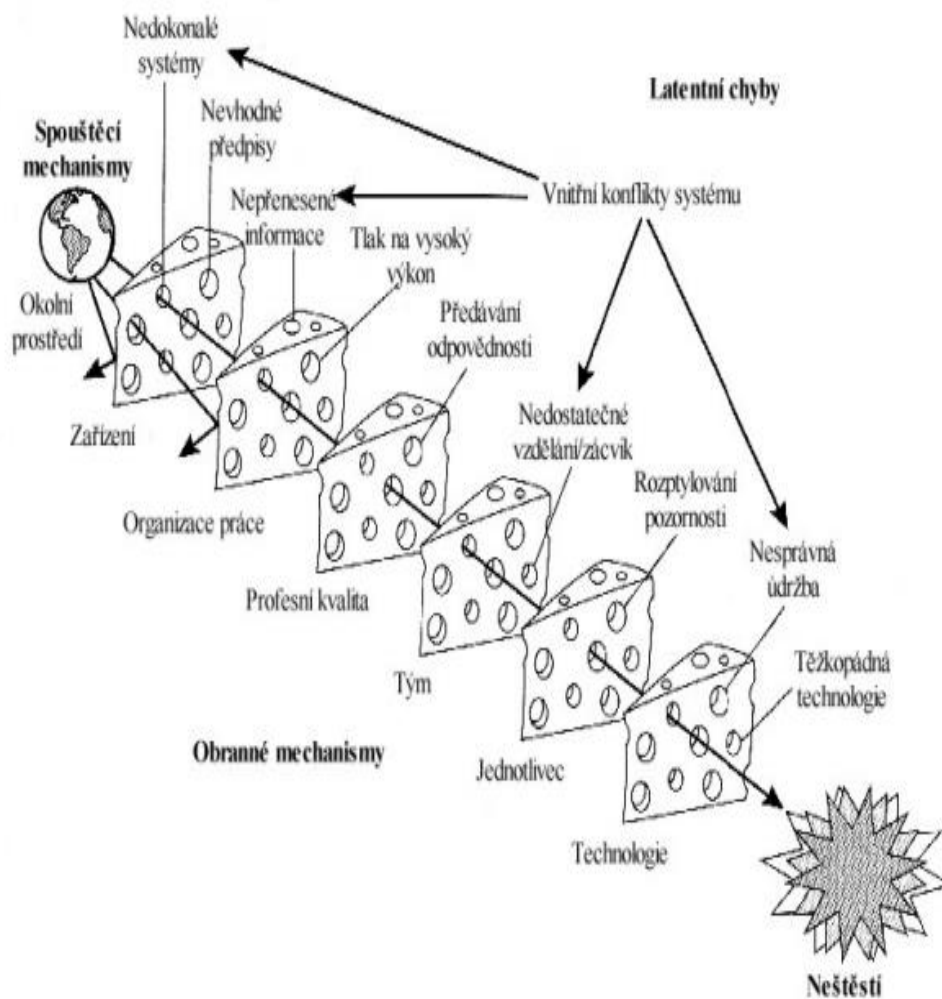
ze dne 22. února 2012, Zákon upravující občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1026-1365. Dostupný také v digitální formě z: file:///C:/Users/user/Downloads/Z89-2012.pdf.ISSN 1211-1244.

51. NORDIN, Anna et al. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture – Psychometric properties and health care staff's perception. *Open Journal of Nursing*. 2013, **3** (8A), 41 – 50. ISSN 2162-5336.
52. AL-AHMADI, Talal A. Measuring Patient Safety Culture in Riyadh's Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals. *J Egypt Public Health Assoc.* 2009, **84** (5-6), 479-500. ISSN 00132446.
53. MANSER, T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2009, **54** (2), 143-151. ISSN 00015172.
54. SILEN-LIPPONEN, M., H. TURUNEN a K. TOSSAVAINEM. Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *Journal of Nursing Administration*. 2002, **32** (1), 16 – 19. ISSN 0002-0443.
55. WHO. *Human Factor in Patient Safety Review of Topics and Tools: Report for Methods and Measures Working Group of WHO Patient Safety (WHO/IER/PSP/2009.05)* [online]. WHO, 2009. [cit. 2014-4-30]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/en/
56. AJKEN, Linda H. et al. Supplemental Nurse Staffing in Hospitals and Quality of Care. *Journal of Nursing Administration*. 2007, **37** (7 – 8), 335 – 342. ISSN 0002-0443.
57. EL-JARDALI, Fadi et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*. 2011, **11** (1), 45-56. ISSN 1472-6963.

8 PŘÍLOHY

- Příloha 1** Model ementálského sýra Jamese Reasona
- Příloha 2** Informování agentury pro výzkum zdravotní péče a kvalitu (AHQR) o využití dotazníku
- Příloha 3** Standardizovaný dotazník kultury bezpečí - český jazyk
- Příloha 4** Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v Krajské zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o. z.
- Příloha 5** Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v Krajské nemocnici Liberec, a.s.

Příloha 1 Model ementálského sýra Jamese Reasona



Zdroj: (25)

Příloha 2 Informování agentury pro výzkum zdravotní péče a kvalitu (AHRQ) o využití dotazníku

From: Katka Voleníková [mailto:katka.volenikova@seznam.cz]

Sent: Friday, July 05, 2013 11:20 AM

To: Lewin, David (AHRQ)

Subject: Hospital Survey on Patient Safety Culture

Dear Mr. Lewin,

I would like to request your permission to use your Hospital Survey on Patient Safety Culture while working on my diploma thesis. In my work I want to evaluate patient safety culture in selected hospitals in a part of the Czech Republic. I believe that patient safety culture is very important and that is the reason why I chose this topic as a theme of my diploma thesis. I hope that my work can contribute at least a little to the improvement of patient safety culture in hospitals here.

I will use the Hospital Survey translated into Czech but with no changes made to your official version.

I look forward to hearing from you.

Yours faithfully,

Bc. Kateřina Voleníková

student of Nursing Master Studies at Faculty of Health and Social Studies

University of South Bohemia in České Budějovice, Czech Republic



Lewin, David (AHRQ) (David.Lewin@ahrq.hhs.gov)

[Zobrazit konverzaci](#)

RE: Hospital Survey on Patient Safety Culture

15. 7. 2013, 22:05:15

Komu: katka.volenikova@seznam.cz

Kopie: Siegel, Randie A. (AHRQ), Cummings, Sandra K. (AHRQ), Englert, Farah (AHRQ)

Dear Ms. Voleníková:

Thank you for your inquiry. I handle copyright permissions issues on behalf of Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination.

You, indeed, have our permission to use a Czech version of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture in your master's degree research. Is this the translation that was undertaken by Sylva Bártlová, Dr.Ph. of your university? I would hate to see you duplicate translation work that has already been done. Just be sure to give proper source citation to the original English-language version on the survey itself, and in the reference section of your thesis and any resulting publications. Just this year we have seen articles from The Netherlands, Taiwan, (the Peoples Republic of) China, and Spain. Some of these have been international comparisons.

Best of luck with your research study, and my apologies for the delay in responding. I'm amazed how many countries have adopted translations of the HSOPS for the purpose of improving patient safety in their institutions.

Sincerely,

David I. Lewin, M.Phil.

Health Communications Specialist

Office of Communications and Knowledge Transfer

Agency for Healthcare Research and Quality

540 Gaither Road

Rockville, MD 20850

+1 301-427-1895 phone

+1 301-427-1873 fax

<david.lewin@ahrq.hhs.gov> email

PRŮZKUM BEZPEČNOSTI PACIENTA

INSTRUKCE

Tento průzkum je zaměřen na zjišťování Vašeho názoru na problematiku bezpečnosti pacienta, medicínských omylů a hlášených nežádoucích (mimořádných) událostech ve Vaší nemocnici. Na jeho vyplnění potřebujete přibližně 10 – 15 min.

V případě, že na některou otázku nechcete odpovědět anebo se na Vás otázka nevztahuje, nechte políčko nevyplněné.

Nežádoucí událost je definována jako jakýkoli typ chyby, omylu, incidentu, nehody, bez ohledu na to, jestli událost měla nebo neměla dopad na zdraví pacienta.

Bezpečnost pacienta je definována jako vyhnutí se a prevence poranění pacientů anebo nežádoucích účinků, které jsou výsledkem procesů při poskytování zdravotní péče.

ČÁST A: Vaše pracoviště/oddělení

Na účely této studie považujte za „své“ právě to oddělení, pracoviště nemocnice, kde trávíte většinu času své pracovní doby anebo kde poskytujete nejvíc zdravotnických služeb.

Kterou z těchto možností je Vaše pracoviště anebo oddělení v této nemocnici? Označte jen 1 z možností:

- několik různých oddělení v nemocnici/nеспециfikované oddělení
- zdravotnické oddělení nechirurgické
- chirurgie
- gynekologické/novorozenecké oddělení
- pediatrie
- traumatologie / pohotovost
- oddělení intenzivní péče (jakéhokoli typu)
- psychiatrie / oddělení mentálního zdraví
- rehabilitace
- lékárna
- laboratoř
- radiologie
- oddělení anesteziologie
- jiné (prosím specifikujte jaké)

Prosím vyjádřete svůj souhlas anebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vašem pracovišti/oddělení. Přemýšlejte o svém nemocničním pracovišti/oddělení...

	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím
1. Pracovníci podporují jeden druhého na tomto oddělení					
2. Máme dostatek pracovníků na zvládnutí pracovní náplně					
3. Když se rychle musí udělat velké množství práce, pracujeme jako tým, abychom ji stihli udělat rychle					
4. Na tomto oddělení se lidé chovají jeden ke druhému s respektem					
5. Personál na tomto oddělení pracuje déle, než je dobré pro péči o pacienta					
6. Aktivně provádíme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta					
7. Využíváme víc dočasně pracujícího personálu/agentury než je dobré pro péči o pacienta					
8. Personál má pocit, že jejich chyby / omyly jsou používány proti nim					
9. Chyby / omyly personálu vedou i k pozitivním změnám					
10. Je to jen náhoda, že se tu neudělalo víc vážnějších chyb					
11. Když je jedna část oddělení velmi zaneprázdněná, jiné jí pomáhají					
12. Když je hlášena nežádoucí událost, máte pocit, že se podrobně popisuje daná osoba a ne daný problém					
13. Poté, co vykonáme změny/přijmeme opatření na zlepšení bezpečnosti pacienta, sledujeme jejich efektivnost					
14. Pracujeme v „krizovém režimu“, kdy musíme udělat příliš mnoho věcí příliš rychle (ve spěchu)...					
15. Bezpečnost pacienta není nikdy zanedbávána na úkor snahy udělat více práce					
16. Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, budou zapsány do jejich osobního spisu					
17. Na našem oddělení máme problémy s bezpečností pacienta					
18. Naše postupy a systém práce jsou spolehlivé z hlediska prevence vzniku chyb					

ČÁST B: Váš vedoucí/manažer

Vyjádřete prosím svůj souhlas anebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vašem bezprostředním nadřízeném anebo osobě, které přímo podléháte.

	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím
1. Můj vedoucí pochválí, když vidí, že práce je provedená podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta					
2. Můj vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta					
3. Kdykoliv vznikne na odd. stresová situace, vedoucí chce, abychom pracovali rychleji, i kdyby to znamenalo zjednodušení/vynechání některých zavedených postupů					
4. Můj vedoucí přehlídí problémy týkající se bezpečnosti pacienta, ke kterým znovu a znovu dochází					

ČÁST C: Komunikace

Jak často se stávají následující události na Vašem pracovišti/oddělení? Přemýšlejte o Vašem nemocničním pracovišti/oddělení...

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy
1. Dostáváme zpětnou informaci o změnách, které byly provedeny na základě hlášení nežádoucích událostí					
2. Personál bude otevřeně a nahlas mluvit o tom, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta					
3. Jsme informovaní o chybách /omylech, které se stanou na tomto oddělení					
4. Personál se nebojí zeptat nadřízených ohledně jejich rozhodnutí nebo konání					
5. Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb					
6. Personál se bojí klást otázky v případě, že něco se nezdá být správné					

ČÁST D: Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Když se na Vašem oddělení stanou následující chyby, jak často jsou hlášeny?

	Nikdy	Zřídka	Někdy	Většinou	Vždy
1. Jak často je hlášena chyba, která když se stane, je odhalena i napravena dříve, než by poškodila pacienta?					
2. Jak často je hlášena chyba, která když se stane, neublíží pacientovi?					
3. Jak často je hlášena chyba, která když se stane, mohla by ublížit, ale neublížila pacientovi?					

ČÁST E: Stupeň bezpečnosti pacienta

Prosím, přiřaďte stupeň bezpečnosti pacienta na Vašem pracovišti/oddělení v této nemocnici.

vynikající velmi dobrý přijatelný slabý nedostatečný

ČÁST F: Vaše nemocnice

Prosím vyjádřete Váš souhlas anebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vaší nemocnici.

	vůbec nesouhlasím	nesouhlasím	částečně souhlasím	souhlasím	plně souhlasím
1. Management nemocnice vytváří takovou pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacienta					
2. Nemocniční oddělení nespolupracují dobře mezi sebou					
3. Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé					
4. Je dobrá spolupráce mezi nemocničními odděleními, které potřebují spolupracovat					
5. Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta					
6. Je často nepříjemné pracovat s personálem z jiných oddělení					
7. Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice					
8. Konání managementu nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou					
9. Management nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů, až když vznikne nežádoucí událost					

10. Oddělení nemocnice spolupracují velmi dobře s cílem zajistit co nejlepší péči o pacienta					
11. Změny služeb jsou problematické pro pacienty v této nemocnici					

ČÁST G: Počet hlášených nežádoucích událostí

Za posledních 12 měsíců, kolik hlášení o nežádoucích událostech jste vyplňovali anebo podávali?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> žádné hlášení | <input type="checkbox"/> 6 – 10 hlášení |
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 hlášení | <input type="checkbox"/> 11 – 20 hlášení |
| <input type="checkbox"/> 3 – 5 hlášení | <input type="checkbox"/> 21 a více hlášení |

ČÁST H: Základní informace

Tyto informace pomohou při analýze výsledků tohoto průzkumu.

- Jak dlouho pracujete v této nemocnici?

<input type="checkbox"/> méně než 1 rok	<input type="checkbox"/> 11 – 15 let
<input type="checkbox"/> 1 – 5 let	<input type="checkbox"/> 16 – 20 let
<input type="checkbox"/> 6 – 10 let	<input type="checkbox"/> 21 a více let
- Jak dlouho pracujete na současném nemocničním pracovišti/oddělení?

<input type="checkbox"/> méně než 1 rok	<input type="checkbox"/> 11 – 15 let
<input type="checkbox"/> 1 – 5 let	<input type="checkbox"/> 16 – 20 let
<input type="checkbox"/> 6 – 10 let	<input type="checkbox"/> 21 a více let
- Kolik hodin týdně obvykle pracujete v nemocnici?

<input type="checkbox"/> méně jak 20 hodin	<input type="checkbox"/> 60 – 79 hodin
<input type="checkbox"/> 20 – 39 hodin	<input type="checkbox"/> 80 – 99 hodin
<input type="checkbox"/> 40 – 59 hodin	<input type="checkbox"/> 100 a více hodin
- Jaké je Vaše pracovní zařazení? Vyberte jen 1 odpověď, která nejlépe popisuje Vaši pozici:

<input type="checkbox"/> registrovaná sestra	<input type="checkbox"/> dietní sestra/nutriční terapeut
<input type="checkbox"/> sestra pracující pod dohledem úředník, sekretářka	<input type="checkbox"/> dokumentační pracovník oddělení,
<input type="checkbox"/> zdravotní asistent	<input type="checkbox"/> respirační terapeut
<input type="checkbox"/> lékař bez atestace	<input type="checkbox"/> fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped
<input type="checkbox"/> lékař se specializovanou způsobilostí	<input type="checkbox"/> technik (např. EKG, laboratorní, radiologický)
<input type="checkbox"/> lékárník	<input type="checkbox"/> vedení/management nemocnice
	<input type="checkbox"/> jiné (prosím specifikujte)

- Při Vaší pracovní pozici přicházíte do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty?

<input type="checkbox"/> ANO, přicházím do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty
<input type="checkbox"/> NE, běžně nepřicházím do přímé interakce anebo do kontaktu s pacienty

6. Jak dlouho pracujete ve Vaší současné specializaci anebo profesi?

méně než 1 rok

1 – 5 let

6 – 10 let

11 – 15 let

16 – 20 let

21 a více let

ČÁST I: Vaše připomínky

Prosím napište Vaše případné komentáře týkající se bezpečnosti pacienta, chyb/omylů, hlášených nežádoucích událostí ve Vaší nemocnici.

DĚKUJEME ZA VÁŠ ČAS A ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU

Zdroj: Český překlad dotazníku byl poskytnut panem doc. MUDr. Jozefem Filkou, Ph.D., kterému touto formou velmi děkujeme. Originál metodiky lze nalézt na www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital-userguide/hospcult.pdf

Příloha 4 **Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v Krajské zdravotní a.s,
Masarykova nemocnice o. z.**

Vážená paní
Mgr. Markéta Svobodová
Vedoucí odboru oš. péče – hlavní sestra
Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.
Sociální péče 3316 /12A
401 13 Ústí nad Labem

v Ústí nad Labem dne 4. 6. 2013

Žádost o povolení ošetrovatelského výzkumu

Vážená hlavní sestro,
dovolte mi, abych Vás touto cestou požádala o povolení k provedení ošetrovatelského výzkumu. Výzkumné šetření bude sloužit jako podklad k mé diplomové práci na téma:
Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje.
Cílem práce je vyhodnotit kulturu bezpečí na jednotlivých odděleních nemocnice. Pro sběr dat bude využita technika dotazníkového šetření mezi nelékařskými pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, pracujících na lůžkových odděleních standardního typu i odděleních intenzivní péče v Krajské zdravotní, a.s. - Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem o. z. Výzkumný soubor bude zahrnovat sestry, které pracují ve směnném provozu, dále pak ošetrovatelky, sanitáře, zdravotnické asistenty, radiologické pracovníky, fyzioterapeuty a ergoterapeuty.

Předem děkuji za vyřízení a sdělení rozhodnutí

Bc. Kateřina Voleníková
studentka Ošetrovatelství ve vybraných
klinických oborech
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích


Mgr. Markéta Svobodová

Příloha 5 Žádost o povolení provádění výzkumného šetření v Krajské nemocnici
Liberec, a.s.

Vážená paní
Mgr. Hana Bláhová
Vedoucí odboru oš. péče – hlavní sestra
Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Husova 10
460 63 Liberec

v Ústí nad Labem dne 9. 6. 2013

Žádost o povolení ošetrovatelského výzkumu

Vážená hlavní sestro,
dovolte mi, abych Vás touto cestou požádala o povolení k provedení ošetrovatelského výzkumu. Výzkumné šetření bude sloužit jako podklad k mé diplomové práci na téma: **Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje.** Cílem práce je vyhodnotit kulturu bezpečí na jednotlivých odděleních nemocnice. Pro sběr dat bude využita technika dotazníkového šetření mezi nelékařskými pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s pacientem, pracujících na lůžkových odděleních standardního typu i odděleních intenzivní péče v Krajské nemocnici Liberec, a.s. Výzkumný soubor bude zahrnovat sestry, které pracují ve směnném provozu, dále pak ošetrovatelky, sanitáře, zdravotnické asistenty, radiologické pracovníky, fyzioterapeuty a ergoterapeuty.

Předem děkuji za vyřízení a sdělení rozhodnutí

Bc. Kateřina Voleníková
studentka Ošetrovatelství ve vybraných
klinických oborech
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Váš ošetrovatelský výzkum v Krajské nemocnici Liberec, a.s. povoluji.

V Liberci 30. 6. 2013

.....
Mgr. Bláhová
Vedoucí odboru oš. péče – hlavní sestra
Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Mgr. Marie Fyčarová
ředitelka ošetrovatelské péče