

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Daniela Bartoníčková

**Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných
pacientů ve Fakultní nemocnici v Motole**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické zdroje.

V Olomouci dne 7. 5. 2016

.....

Daniela Bartoníčková

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její vstřícnost a ochotu při tvorbě. Dále děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat a PhDr. Martinu Krčálovi, DiS. za cenné rady ohledně citací. V neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině za všestrannou podporu a trpělivost.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	DIPLOMOVÁ PRÁCE
Téma práce:	Bezpečnost pacienta při poskytování zdravotních služeb
Název práce:	Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve Fakultní nemocnici v Motole
Název práce v AJ:	Patients' Safety In Motol University Hospital viewed In The Perspective of Internal Medicine Nurses
Datum zadání:	2014-01-29
Datum odevzdání:	2016-05-13
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
Autor práce:	Bartoníčková Daniela
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Oponent práce:	

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se věnuje bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče a kultuře bezpečí pacientů. Stěžejní teoretická část spočívá v popisu bezpečnosti a kultury bezpečí pacientů se vztahem k ošetřovatelské péči. Cílem práce byla deskripce názorů sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů. K tomu byl použit standardizovaný dotazník společnosti Agency for Healthcare Quality and Research „Hospital Survey on Patient Safety“, který byl v rámci práce validizován do českého jazyka jako „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 207 sester. V rámci šetření byly sestrami jednotlivé dimenze kultury bezpečí pacientů posouzeny a identifikovány tak silné a slabé oblasti poskytované bezpečné péče. Za silnou oblast byla dle nejčtetnějšího výskytu odpovědí označena týmová spolupráce v rámci oddělení, za slabou frekvence hlášení nežádoucích událostí. Celkově byl stupeň bezpečnosti pacientů hodnocen vysoce pozitivně; hlášení nežádoucích událostí zaznamenalo za posledních 12 měsíců až 80 % sester. Posouzení dimenzí kultury bezpečí pacientů bylo následně aplikováno na nalezení

rozdílů mezi jednotlivými typy pracovišť a potvrzení predikovaného vztahu s některými sociodemografickými údaji. Predikovaná asociace první závislé proměnné dimenze – celkové vnímání bezpečnosti pacientů – byla prokázána ve vztahu k nezávislým proměnným dimenzím (personální zajištění, týmová spolupráce v rámci oddělení, podpora vedoucího/manažera prosazujícího bezpečnost pacienta, podpora managementu pro bezpečnost pacientů a znalosti organizace a kontinuální zlepšování; druhá proměnná dimenze – frekvence hlášení nežádoucích událostí - byla prokázána ve vztahu k nezávislým proměnným dimenzím (zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí, znalosti organizace a kontinuální zlepšování). Znamená to tedy, že pokud by Fakultní nemocnice v Motole požadovala po sestrách interních oborů zlepšení v oblastech celkového vnímání bezpečí pacientů a frekvenci hlášení nežádoucích událostí, měla by se na vyhodnocené dimenze zaměřit.

Abstrakt v AJ: The diploma thesis deals with the patient safety issues during nursing care and the patient safety culture in general. The theoretical part summarizes and describes the findings concerning patient safety and its culture with regards to the nursing care. The thesis devotes itself to description of actual issues with patient safety and its evaluation from the perspective of the nurses of the internal medicine departments of the Motol University Hospital. A standardized questionnaire, which was validated into the Czech language as „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ and provided by the Agency for Healthcare Quality and Research was used to conduct the survey. 207 nurses of the internal medicine departments of the Motol University Hospital took part in the survey. The individual dimensions of the safety culture were evaluated by the nursing staff and major weaknesses and strengths of the safe nursing care were identified. Teamwork within units ranks among the major strengths. In contrary, the frequency of events reported is perceived as a major weakness. It has been generally found out that the safety of patients in the Motol University Hospital is perceived as highly positive. The number of events reported has been experienced by up to 80 % of nurses within last 12 months. The evaluation of the safety culture dimensions was applied afterwards in order to find out the differences between the individual working stations. The connection between the predicted relationship and some social-demographic aspects have been confirmed. The predicted association of the first dependable variable dimension – the overall perceptions of patient safety – was demonstrated in connection with independent variables (staffing, teamwork within units, supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety, management support for patient safety and organizational learning - continuous improvements). The second dependable

variable dimension - the frequency of events reported – was established with regards to the independent variable dimensions (feedback and communication about error, organizational learning - continuous improvements). The above implies that in case the Motol University Hospital would plan to demand improvements in the following areas from the nurses of internal medicine departments (the overall perceptions of patient safety and the frequency of events reported), it should concentrate on the evaluated dimensions.

Klíčová slova v ČJ: bezpečnost pacientů, kultura bezpečí pacientů, nemocniční péče, nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů, ošetrovatelská péče, sestra.

Klíčová slova v AJ: hospital survey on patient safety, nursing, nurse, medical care, patient safety, patient safety culture.

Počet stran a příloh: 94, 7 příloh

Obsah

ÚVOD.....	8
1 Popis řešeršní činnosti.....	10
2 Bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče	13
2.1 Bezpečnost pacientů v České republice	14
3 Kultura bezpečí pacientů v nemocniční péči.....	17
3.1 Nástroje pro hodnocení kultury bezpečí ve zdravotnictví	19
4 Bezpečnost a kultura bezpečí v ošetrovatelské péči.....	22
5 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy	31
6 Výzkum názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů	32
6.1 Výzkumné cíle, výzkumné otázky a hypotézy	32
6.2 Charakteristika souboru	33
6.3 Metoda sběru dat, jazyková validizace dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“	34
6.4 Realizace výzkumu	35
6.5 Metody zpracování dat a potvrzení platnosti hypotéz	36
7 Dílčí výsledky výzkumu názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů.....	37
7.1 Ověření dílčích cílů a platnosti hypotéz	41
DISKUZE	48
ZÁVĚR.....	52
REFERENČNÍ SEZNAM	54
SEZNAM ZKRATEK	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

„Člověk je člověku ustavičným nebezpečím.“

Seneca

Medicína prošla během posledních desítek let bouřlivým vývojem, díky kterému bylo v mnoha oblastech diagnostiky a léčby dosaženo významných pokroků. Úloha sestry i přes tento vývoj však zůstává nadále nezastupitelná. Nároky na odbornost a množství prováděných výkonů neustále narůstají, požadavek kvalitní a bezpečné poskytované péče zůstává. Sestry jsou v rámci své profese schopné nejen sledovat a ovlivňovat systém zdravotní péče napříč všemi aspekty péče o pacienta, ale také detekovat hrozby týkající se jejich bezpečnosti. Navzdory rostoucí odbornosti i pro stále rostoucí počet pacientů nadále existuje prostor ke zlepšování kvality a bezpečí. Vhodným nástrojem k tomuto zlepšení může být zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení. S vývojem společnosti se kultura bezpečí pacientů postupně zdokonaluje. Expanze a relativně snadná dostupnost hodnotících nástrojů k jejímu měření přináší do bezpečnosti pacientů nový rozměr. Jako vhodný nástroj k měření se ve spojitosti s ošetrovatelskou péčí jeví dotazník, ve kterém je možné se zaměřit pouze na podmnožinu zaměstnanců či pracovní zaměření. Role sestry totiž představuje v souvislosti s bezpečnostní kulturou relativně nové pole výzkumu.

Cíle diplomové práce byly proto stanoveny následovně:

- a) sumarizace poznatků o bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče ve světě a v České republice, kultuře bezpečí pacientů v nemocniční a ošetrovatelské péči;
- b) deskripce názorů sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů. Aplikace posouzených dimenzí kultury bezpečí pacientů k nalezení predikovaných rozdílů mezi jednotlivými typy pracovišť a potvrzení predikovaného vztahu s některými sociodemografickými údaji. Určení predikovaného vztahu mezi závislými a nezávislými proměnnými dimenzemi.

Pro vstupní studijní literaturu byly použity následující tituly:

- **v jazyce českém:**

1. ARMSTRONG, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.
2. PLEVOVÁ, Ilona. 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
3. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
4. VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
5. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1919-3.

- **v jazyce anglickém:**

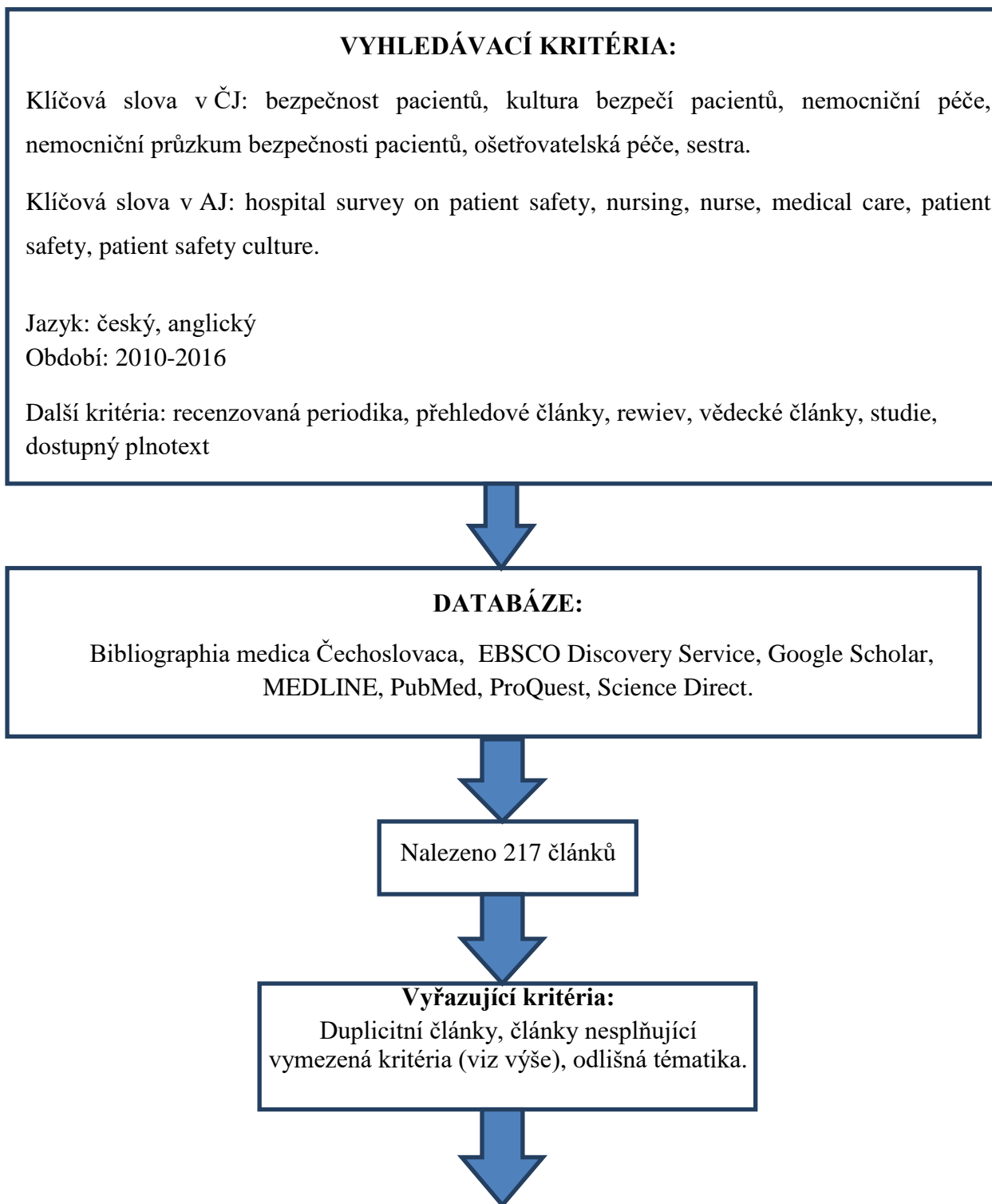
1. HUGHES, Ronda G. 2008. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ publication, no. 08-0043. Dostupné také z: <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf>
2. PAGE, Ann. 2004. *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington: National Academies Press. ISBN: 0-309-52732-5. Dostupné také z: <http://www.nap.edu/read/10851/chapter/1>

1 Popis řešeršní činnosti

Vyhledávání dostupných odborných článků bylo zahájeno v květnu 2015, a to stanovením vhodných klíčových slov. Následně byla klíčová slova, jejich synonyma a předmětová hesla použita v databázích Bibliographia medica Czechoslovaca, EBSCO Discovery Service, Google Scholar, MEDLINE, PubMed, ProQuest a Science Direct. Bylo využito rozšířeného vyhledávání. Zadávání kombinací klíčových slov proběhlo pomocí booleovských operátorů, zástupných, rozšiřovacích a pomocných znaků. Výběr byl následně zúžen zadáním jazyka, roku publikování a dalších kritérií dle možností konkrétních databází. K dohledání plnotextů byly rovněž využity služby Národní lékařské knihovny v Praze. Články byly následně roztrženy dle vztahu k problematice diplomové práce. Ve výběru byly upřednostněny články vztahující se k bezpečnosti pacientů a kultuře bezpečí pacientů v ošetrovatelské péči, odmítnuty byly články s odlišnou tematikou a duplicitní články. Po prostudování všech dohledaných článků byly vybrané informace zahrnuty pod jednotlivé kapitoly a podkapitoly. Samostatná řešeršní činnost byla ukončena na začátku ledna 2016, konkrétní vyhledávací kritéria a použité databáze, včetně sumarizace jsou popsány níže (viz postup při samostatné řešeršní činnosti).

Pro tvorbu diplomové práce bylo dále využito celkem 15 monografií, z nichž dvě byly v jazyce anglickém a ostatní v českém. Kritériem pro výběr bylo období vydání monografií 2006 – 2016. Znamená to tedy, že veškeré použité monografie nebyly starší deseti let, s výjimkou jedné anglické monografie *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses* vydanou v roce 2004, z důvodu těsného vztahu s ošetrovatelskou problematikou. Rovněž byly využity elektronické [online] zdroje, mezi které patřily webové stránky společnosti Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR), The Joint Commission a World Health Organization (WHO).

Postup při samostatné rešeršní činnosti



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

Bibliographia medica Českoslovacca – 6 článků

EBSCO Discovery Service – 25 článků

MEDLINE – 1 článek

PubMed – 15 článků

ProQuest – 8 článků

Science Direct – 8 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Česká periodika a dokumenty:

Cesta k modernímu ošetřovatelství (1), Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků (2), Praktický lékař (1), Prevence úrazů, otrav a násilí (1), Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví (1).

Zahraniční periodika a dokumenty:

American Journal Of Surgery (1), Annals of Internal Medicine (1), AORN Journal (2), Archives Of Industrial Hygiene & Toxicology (1), Asian Nursing Research (1), BMC Health Services Research (7), BMJ Quality & Safety (4), Clinical Biochemistry (1), European Scientific Journal (1), Healthcare Quarterly (1), Health Science Journal (1), Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases (1), Intensive & Critical Care Nursing (1), International Journal for Quality in Health Care (3), International Journal Of Nursing Studies (3), International Nursing Review (1), Iranian Journal of Public Health (2), Iranian Red Crescent Medical Journal (1), Journal of Advanced Nursing (1), Journal of Clinical Nursing (1), Journal of Health Services Research & Policy (1), Journal of Legal Nurse Consulting (1), Journal of Nursing Scholarship (2), Journal of Nursing UFPE (1), Journal Of Patient Safety (2), Journal Of Public Health Research (1), MEDSURG Nursing (2), Nephrology Nursing Journal (4), Nursing Forum (1), Nursing Outlook (1), Nursing Standard (1), Practice Nurse (2), Quality & Safety In Health Care (1), The Quality Management Journal (1), Value in Health (1).



Pro tvorbu teoretických východisek
bylo použito **63** dohledaných článků.

2 Bezpečnost pacientů při poskytování zdravotní péče

Bezpečnost pacientů tvoří základ poskytování zdravotní péče (Kear, Ulrich, 2014, s. 447). Za posledních 15 let se bezpečnost pacientů stává stále vyšší prioritou, zvláště od roku 2000, kdy společnost Institute of Medicine (IOM) zveřejnila publikaci „Mýlit se je lidské: Budování bezpečnějšího zdravotnického systému“ a v roce 2001 „Překročení propasti kvality“ (Kear, Ulrich, 2015, s. 113). V těchto publikacích jsou identifikovány cíle ke zlepšení zdravotní péče ve smyslu zlepšení bezpečnosti pacientů a dále zde autoři upozorňují, že poskytovaná zdravotní péče by měla být vždy bezpečná, účinná, orientovaná na pacienta, včasná, efektivní a spravedlivá (Kear, Ulrich, 2014, s. 448).

V roce 2002 byly společností The Joint Commission ve spolupráci se zdravotnickými organizacemi ustanoveny Národní cíle bezpečnosti pacientů (anglicky: National Patient Safety Goals). Tyto cíle jsou zaměřeny na problémy v oblasti bezpečnosti zdravotní péče a zároveň navrhují jejich řešení. Každoročně jsou schvalovány a v případě potřeby obměňovány či doplňovány (Kear, Ulrich, 2014, s. 448). Národní cíle bezpečnosti pacientů v nemocnicích pro rok 2016 obsahují položky týkající se správné identifikace pacientů, bezpečného zacházení s léčivými, zlepšení komunikace zaměstnanců, použití alarmů pro bezpečnost pacientů, prevence infekce, identifikace rizik z hlediska bezpečnosti pacientů a prevence chyb v chirurgii. Z ošetřovatelského hlediska se k nim dále váže zamezení pádů pacientů a zabránění vzniku dekubitů (2016 National Patient Safety Goals, 2016). V roce 2002 se rovněž členské státy WHO dohodly na rezoluci světového zdravotnického shromáždění v oblasti bezpečnosti pacientů (10 facts on patient safety, 2014). V návaznosti na toto shromáždění vznikla v roce 2004 Světová aliance pro bezpečí pacientů. Jejím hlavním úkolem je šíření informací o možnostech prevence poškození pacientů působením zdravotní péče a pravidelné zveřejňování odborných doporučení pod názvem Řešení bezpečné péče o pacienty – Patient Safety Solutions, zpracovávaných mezinárodními experty (Sovová, 2011, s. 8).

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je bezpečnost pacientů závažným celosvětovým problémem. Odhaduje se, že ve vyspělých zemích je jeden z deseti pacientů poškozen v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Z každého sta hospitalizovaných pacientů je poškozeno infekcí spojenou s poskytováním zdravotní péče sedm pacientů v rozvinutých a deset v rozvojových zemích (10 facts on patient safety, 2014). Chyby

zdravotnických pracovníků jsou dle Ammouriho et al. hlavní příčinou medicínských úmrtí. Poškození pacienta je nejčastěji zapříčiněno lékařskými chybami a nežádoucími událostmi. Těmto chybám je možné předcházet prostřednictvím zlepšování všech aspektů bezpečnosti pacientů (Ammouri et al., 2015, s. 102 – 103).

Veškeré definice týkající se bezpečnosti pacientů vyplývají ze zkvalitňování zdravotní péče. Poprvé definoval bezpečnost pacientů Institute of Medicine jako „prevenci poškození pacientů“. Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu poté tuto definici rozvinula jako „osvobození se od náhodných nebo vyhnutelných zranění produkovaných zdravotnickou péčí“ (Hughes, 2008, s. 2). Hlavním bezpečnostním cílem pro všechny organizace by tedy měla být minimalizace rizika poškození pacientů a poskytovatelů pomocí efektivity systému a individuálního výkonu (Cronenwett et al., 2007, s. 128). Bezpečnost pacientů dle Stavrianopouluse je identifikována jako klíčový prvek zájmu zdravotní péče. Je považována za globální nutnost, která má rozsáhlé důsledky pro všechny členské státy Světové zdravotnické organizace, pro všechny pracovníky ve zdravotnictví a pro všechny, kteří se mohou stát pacienty (Stavrinopoulus, 2012, s. 202-203).

2.1 Bezpečnost pacientů v České republice

Budování bezpečné péče v České republice se považuje za spontánní proces (Škrla, Škrlová, 2008, s. 30). Rada Evropy v roce 1997 vydala doporučení k hodnocení kvality a bezpečí pacientů (Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, 2015). V České republice se však problematika bezpečnosti začala řešit až v návaznosti na formulaci první definice řízení rizik Gladkijem et al. V roce 2002 byly vydány publikace zahrnující problematiku bezpečnosti, například „Iatropatogenie a sorrorigenie aneb Jak lze poškozovat člověka“, a iniciovány první kurzy týkající se problematiky rizik, pochybení a jejich prevence. V souladu se zájmem zahraniční odborné literatury o témata chyb a omylů ve zdravotnictví přestala Česká republika problematiku bezpečí pacientů dále podceňovat. V roce 2005 byla Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů vydána publikace „Především neublížit – Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči“ a v téže době byla Národním referenčním centrem pro kvalitu ve zdravotnictví provedena první hodnocení kvality některých porodnic. Rok 2005 lze tedy označit za zlomový bod vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Škrla, Škrlová, 2008, s. 20). V dubnu téhož roku byla schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient

Safety), která obsahuje doporučení k zajištění bezpečí pro všechny členské státy Evropské unie. Britské ministerstvo zdravotnictví ve studii Evropské unie odhadlo, že ročně vlivem nežádoucích událostí docházelo k poškození až 850 000 pacientů. Dle studie Eurobarometer provedené v lednu 2006 až 78% občanů Evropské unie hodnotilo chyby při poskytování zdravotní péče jako závažný problém. Nové výsledky byly uveřejněny také v roce 2010 a 2013 (Kalvachová, 2011, s. 117-118). V České republice v souvislosti s výskytem vážných nežádoucích událostí se řízením rizik a pochybení začalo zabývat ministerstvo zdravotnictví, které v roce 2007 vydalo informační materiál o incidenci těchto událostí (Škrála, Škrlová, 2008, s. 31). V rámci českého předsednictví v Radě Evropské unie bylo v roce 2009 přijato „Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“. V souvislosti s tímto dokumentem Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) vypracovalo „Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012“. Součástí Akčního plánu jsou „Resortní bezpečnostní cíle“, které jsou ministerstvem stanovovány každoročně (Kalvachová, 2011, s. 116). V roce 2010 ministryně Dana Jurásková vyhlásila následující bezpečnostní cíle:

- Bezpečná identifikace pacientů,
- Bezpečnost při používání rizikových léčiv,
- Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech,
- Prevence pádů pacientů,
- Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.

V roce 2012 byly dle MZČR tyto cíle doplněny o Bezpečnou komunikaci a Bezpečné předávání pacientů, v roce 2015 pak dále o Prevenci vzniku proleženin/ dekubitů u hospitalizovaných pacientů. V současnosti Resortní bezpečnostní cíle obsahují 8 položek a jsou ukotveny ve Věstníku MZ č. 16/2015 (Resortní bezpečnostní cíle, 2013). Hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb musí být prováděno v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a lze jej rozdělit:

- a) Interní – minimální požadavky jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015 Sb. spolu s Metodickým návodem Ministerstva zdravotnictví pro sebehodnocení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
- b) Externí – proces je stanoven v prováděcí Vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Externí hodnocení je dobrovolné a je prováděno pouze osobami, které obdrží oprávnění dle zákona č. 372/2011 Sb.

Předpisy legislativně ukotvují a stanovují podmínky a požadavky zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, 2015).

V rámci zapojení České republiky do mezinárodních projektů kvality a řízení rizik ve zdravotnictví, např. Evropská síť bezpečí pacientů, guidelines WHO Alliance for Patient Safety, dochází v přístupu ke koordinaci a harmonizaci a rovněž k využití preventivních postupů týkajících se zabezpečování a zvyšování bezpečí pacientů (Kalvachová, 2011, s. 120). Projekty vybraných aspektů kvality zdravotní péče v ČR dle Zlámala et al. obsahují:

1. Projekt šetření dekubitů – realizuje Národní referenční centrum, je zaměřený na kvalitu ošetrovatelské péče o dekubity a na standardizaci jejích ukazatelů.
2. Projekt sledování pádů a zranění u hospitalizovaných pacientů - v koordinaci České asociace sester, cílem je zjistit počet pádů, analýza závažnosti, okolností, závislosti u pacientů starších 65 let, stanovení indikátorů kvality a navrhnutí škál k identifikaci rizikových jedinců.
3. Projekt evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb - vznikl v České republice v roce 2009 (Zlámala et al., 2014, s. 86 – 87). Do roku 2012 byla správce 3. LF UK a od roku 2013 je jím ÚZIS. Výsledky jsou dostupné na webových stránkách. Do anonymního hlášení je zapojeno zhruba 73 zařízení. Pro jednotný sběr dat byla zpracována „Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče“, která je obsažena ve Věstníku č. 8/2012 (Národní systém hlášení nežádoucích událostí, 2012). Z výsledků benchmarkingu NÚ (2015) je patrné, že nejvíce nežádoucích událostí v roce 2015 ve velkých nemocnicích bylo zaznamenáno v oborech interních (66%) a péči standardní (69%).

V současné době Ministerstvo zdravotnictví České republiky pracuje na vytvoření strategie ke zvýšení bezpečnosti pacientů. Ideálním krokem k této koncepci se jeví zavedení kultury bezpečí do zdravotnických zařízení. Jedná se o stav, ve kterém zdravotníci i pacienti budou vnímat bezpečí pacientů jako prioritu (Kalvachová, 2011, s. 118). Některé mezinárodní zdravotní akreditační společnosti hodnocení kultury bezpečí přímo vyžadují a zároveň tím zdravotnickým zařízením poskytují přímý pohled na determinanty bezpečnosti pacienta a identifikují jejich silné a slabé stránky (Mikušová, Rusnáková, 2012, s. 46). V zahraničí k prevenci poškození pacienta doporučuje vytvoření kultury bezpečí pacientů i společnost Institute of Medicine (Ammouri et al., 2015, s. 103).

3 Kultura bezpečí pacientů v nemocniční péči

Kultura bezpečí pacientů je dle Agentury pro zdravotnický výzkum a kvalitu (AHRQ) definována jako „produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují vazbu organizace, její styl a odbornost, ale i zdraví a bezpečnost vedení“ (Sorra et al., 2016, s. 1). Kearová, Ulrichová (2014, s. 450) ve své publikaci uvádějí, že kultura bezpečí představuje „hodnoty sdílené mezi členy organizace určující, co je důležité a přesvědčení těchto členů, jak věci v organizaci fungují. Interakce členů týmu, organizační struktury a systémů, které dohromady produkují normy chování v organizaci, se podílí na celkovém zvýšení bezpečnosti“. V návaznosti na sociální, organizační a bezpečnostní vědy, může být kultura bezpečí pacientů definována jako jeden z aspektů kultury organizace (Weaver et al., 2013, s. 369). Tato organizační kultura pak dle Kaufmanové, McCaughanové má představovat složitou směs prvků, které ovlivňují způsob věcí vykonaných, stejně jako způsob věcí rozuměných, souzených a oceňovaných. Každá kultura organizace je vždy spojena s konkrétními prvky pro danou organizaci typickými, jako jsou symboly, rituály a jazyk. Kromě toho je také svázána s postoji, hodnotami, přesvědčeními a normami chování dané organizace (Kaufman, McCaughan, 2013, s. 52). Zatímco definování kultury bezpečí dle Sammerové et al. (2010, s. 156) není až tak složité, znalost a porozumění charakteristikám, které ji definují a začleňují do zdravotnických organizací, může být obtížnější.

Kearová, Ulrichová popisují, že kultura bezpečí obsahuje tři základní komponenty: učící se kulturu, spravedlivou kulturu a kulturu hlášení. Spravedlivá kultura je popisována jako kultura pravdy, ve které to, co je přijatelné a co nepřijatelné, je vždy definováno. Kultura hlášení podporuje a usnadňuje oznamování chyb a záležitostí ohledně bezpečnosti a k nápravě těchto chyb se vždy zavazuje. Učící se kultura je kultura, která se dokáže poučit z vlastních chyb, neshod a dalších záležitostí týkajících se bezpečnosti. Tyto tři složky jsou vzájemně propojené – bez spravedlivé kultury je k dispozici minimální hlášení nežádoucích událostí, bez těchto hlášení pak neexistuje možnost poučení a zlepšení (Kear, Ulrich, 2014, s. 450). Světová zdravotnická organizace popisuje dle Brbovičové et al. kulturu bezpečí pacientů v pěti bodech a jejich obsahem je, že zdravotničtí pracovníci přijímají odpovědnost za bezpečnost sebe sama, za své spolupracovníky, pacienty i návštěvníky. Bezpečnost pacienta je absolutní prioritou, a to i nad finančními a provozními cíli organizace.

Identifikace, komunikace a řešení bezpečnostních otázek jsou vždy podporovány a oceňovány. Učení se z nežádoucích událostí je nutné vykonávat bez trestání pracovníků. Vhodné zdroje, struktura organizace a odpovědnost pracovníků jakožto důležité aspekty slouží k udržování efektivních bezpečnostních systémů (Brbović et al., 2014, s. 149).

Vytvoření kultury bezpečí ve zdravotnických organizacích vede ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Bahrami et al., 2014, s. 1) a její implementace do praxe je důležitá vzhledem k prevenci újmy na zdraví pacientů (Ito et al., 2011, s. 28). První fáze rozvoje této kultury musí obsahovat posouzení stávající kultury bezpečí organizace. Posouzení poskytuje zdravotnickým organizacím jasný přehled o oblastech bezpečnosti pacientů vyžadujících naléhavou pozornost, identifikaci silných a slabých stránek jejich stávající kultury bezpečí a rovněž identifikaci stávajících problémů týkajících se bezpečnosti pacientů. Velkou výhodou v neposlední řadě je také možnost porovnání výsledků s ostatními organizacemi (Stavrianopoulos, 2012, s. 202). Pricová ve své publikaci uvádí jednotlivé kroky, které jsou k vytvoření této kultury nezbytné:

- shromáždit základní informace o kultuře bezpečí z praxe;
- identifikovat potenciální rizika pro pacienty a zaměstnance;
- jmenovat manažera rizik pro praxi;
- rozvinout efektivní management;
- podpořit týmovou spolupráci – vybudovat potenciál u všech zdravotnických pracovníků k zvýšení bezpečnosti pacientů a využít jejich znalosti z praxe;
- vyvinout strukturovaný přístup k bezpečnosti pacientů;
- zabezpečit efektivní komunikaci mezi pracovníky v týmu a pracovníky s pacienty;
- poučit se z provedených chyb a případných stížností od pacientů;
- zabezpečit výkon práce zaměstnanců v souvislosti s jejich kompetencemi k daným činnostem (Price, 2013, s. 14).

Bezpečnost pacienta musí být pro každého zaměstnance nejvyšší prioritou, budování kultury bezpečnosti musí zahrnovat všechny zaměstnance (Huang, Kim, Berry, 2013, s. 365). Zlepšení bezpečnosti pacientů v případě stanovení rizik a výsledků ve zdravotnickém systému závisí na budování kultury bezpečí pacientů (Bahrami et al., 2014, s. 1). Toto zlepšení není jen klinickým cílem pracovišť, ale týká se rovněž organizačních aspektů celého systému. Vysoký výskyt chyb a obrovské náklady na zdravotní péči vyžadují změnu zdravotních systémů ke konzistenci a pokrokům v kvalitě (Filka, Kotrbová, 2012, s. 51). Organizace s pozitivní kulturou bezpečí jsou charakterizovány efektivní komunikací založenou

na vzájemné důvěře, sdíleným vnímáním důležitosti bezpečnosti a důvěrou v účinnost preventivních opatření (Sorra et al., 2016, s. 1). Pozitivní kultura podporuje zvýšení bezpečnosti (Fujita et al., 2013, s. 377).

V dohledaných studiích bylo prokázáno, že kultura bezpečí pacientů souvisí s jednáním zdravotnických pracovníků, jako je hlášení nežádoucích událostí (Braithwaite et al. 2010, s. 232), se stavem pacienta v důsledku snížení nežádoucích událostí v nemocnici (Mardon et al., 2010, s. 230) a s pozitivním hodnocením péče ze strany pacientů (Sorra et al., 2012, s. 138). Výsledky studie Wangové et al. (2014, s. 1121) přijímají hypotézy předchozích studií, v nichž bylo identifikováno, že kultura bezpečí pacientů je prediktorem nežádoucích událostí a zlepšení kultury bezpečí pacientů souvisí se snížením výskytu těchto nežádoucích událostí. Kaganová, Barnoyová (2013, s. 278) uvádějí, že vyšší kultura bezpečí pacientů koreluje s vyšším počtem zaznamenaných nežádoucích událostí a nižším počtem vykonaných nežádoucích událostí. Ammouri et al. ve své publikaci předkládají některé důležité závěry týkající se bezpečnosti pacientů. Autoři došli k závěru, že špatná komunikace, nedostatky ve vedení a spolupráci, nedostatečné zaznamenávání a analýzy nežádoucích událostí a nedostatečné znalosti zaměstnanců v oblasti bezpečí ohrožují bezpečnost pacientů. Dále konstatují, že existuje vztah mezi kulturou bezpečí pacientů a výsledným stavem pacientů, z čehož vyplývá, že vysoký stupeň bezpečnosti pacientů může zlepšit pacientovi zdravotní výsledky a snížit náklady ve zdravotnictví. (Ammouri et al., 2015, s. 102 - 103).

Hodnocení bezpečnosti pacientů dle Stavrianopouluse (2012, s. 202) je vyžadováno mezinárodními akreditačními organizacemi a rozvoj kultury bezpečí patří i mezi základní doporučení společnosti Institute of Medicine. Mezi mezinárodní organizace podporující hodnocení kultury bezpečí pacientů lze jmenovat Světovou alianci pro bezpečí pacientů, Národní agenturu pro bezpečnost pacientů ve Velké Británii, Agenturu pro zdravotnický výzkum a kvalitu (AHRQ) v USA a Austrálii, a Komisi bezpečnosti a kvality v Austrálii (Nie et al., 2013, s. 2).

3.1 Nástroje pro hodnocení kultury bezpečí ve zdravotnictví

V zájmu zvýšení bezpečnosti, kvality péče a výsledků u pacientů jsou dle Ammouriho et al. (2015, s. 104) zdravotní instituce vyzývány, aby kulturu bezpečí pacientů začaly posuzovat. Prvotní posouzení stávající kultury bezpečí je velmi důležité z hlediska zaměření se na prioritní oblasti vedoucí k celkovému dosažení zlepšení bezpečí pacientů (Sorra, Dyer,

2010, s. 200). Dotazníků měřících bezpečnost pacientů bylo vytvořeno a použito ve zdravotnických organizacích pro benchmarking, diagnostiku, plánování a zlepšení kvality organizace již několik (Morello, et al., 2012, s. 11), dle Al Doweriho et al. jich bylo nalezeno celkem třináct. Tyto dotazníky zahrnují celkem 23 jednotlivých dimenzí bezpečnosti pacienta seskupených do širokých kategorií (Al Doweri et al., 2015, s. 88) a patří mezi ně např.:

- a) Safety Attitudes Questionnaire, neboli Dotazník bezpečných postojů - vyvinutý Sextonem a dalšími autory (Sexton et al., 2006, s. 44 - 54);
- b) Patient Safety Culture Improvement Tool, v překladu Nástroj ke zlepšení kultury bezpečí pacientů (Fleming, Wentzell, 2008, s. 10 - 15);
- c) Patient Safety Improvement Tools, Nástroje ke zlepšení bezpečnosti pacientů společnosti AHRQ – Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture – Průzkum bezpečnosti pacientů v lékárnách, Medical Office Survey on Patient Safety Culture – Průzkum bezpečnosti pacientů v ordinacích, Nursing Home Survey on Patient Safety Culture – Průzkum bezpečnosti pacientů v agenturách domácí péče, Ambulatory Surgery Center Survey on Patient Safety Culture – Průzkum bezpečnosti pacientů v ambulantní chirurgii a Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů (Hospital Survey on Patient Safety Culture, 2016).

Mezi další dotazníky týkající se bezpečnosti pacientů lze zařadit například Patient Safety Climate in Healthcare Organisation, the Safety Climate Survey, Patient Safety Culture in Healthcare Organizations a the National Health Service Staff Survey (Weaver et al., 2013, s. 371). Všechny tyto nástroje podstoupily různé úrovně validizací (Morello, et al., 2012, s. 12). Dle Davoodiové et al. (2013, s. 1293) pro hodnocení kultury bezpečí mohou být použity různé prostředky a to jak kvalitativní, tak kvantitativní.

Řada dotazníků vyvinutá k posuzování kultury bezpečí pacientů je v dnešní době recenzována, dotazníky jsou vzájemně porovnávány a výsledky publikovány. Každý z průzkumů měří poněkud odlišné rozměry kultury bezpečí pacientů a je prospěšný pro výzkumníky i pro management nemocnice. Široká škála nabízených dotazníků umožňuje organizacím vybrat si právě ten, který se nejlépe přizpůsobí jejím účelům měření kultury bezpečí (Sorra, Dyer, 2010, s. 200).

Dotazníky bezpečnosti pacientů Agentury pro zdravotnický výzkum a kvalitu (AHRQ) jsou dobře známé a velmi využívané. V roce 2014 údaje z průzkumu prováděného v 635 nemocnicích (405 281 respondentů) a 935 ordinacích (27 103 respondentů) byly v databázích AHRQ srovnány. Mnoho dalších organizací a pracovních jednotek však provádí průzkumy

bezpečnosti pacientů bez ohlašování do srovnávacích databází. (Kear, Ulrich, 2014, s. 451). Posláním společnosti AHRQ je předložit důkazy k tomu, aby se zdravotní péče stala bezpečnější, kvalitnější, spravedlivější a cenově dostupná (About AHRQ, 2015).

Mezi kvantitativními metodami dotazník „Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ má odpovídající platnost a vysokou spolehlivost (Davoodi et al., 2013, s. 1293). Dotazník byl vyvinut společností Westat ve spolupráci s AHRQ na základě širokého přezkoumání literatury a posouzení dimenzí podobných nástrojů k hodnocení kultury bezpečí (Perneger, Staines, Kundig, 2014, s. 389). Pilotní studie dotazníku byla provedena ve 21 nemocnicích v USA (Waterson et al., 2010, s. 1) a byla složena ze 79 položek seskupených do 14 dimenzí (Perneger, Staines, Kundig, 2014, s. 389). Výsledky studie vedly ke snížení počtu rozměrů měření na 12 dimenzí, které zobrazují vysokou vnitřní kohezi analýzou faktorů (Al Doweri et al., 2015, s. 88). Po důkladné revizi byl dotazník v roce 2004 vydán společností AHRQ. Stanoven je pro zaměstnance v nemocnicích, aby pomohli svým institucím posuzovat kulturu bezpečí a identifikovat tak silné a slabé oblasti při poskytování bezpečné péče (Kear, Ulrich, 2014, s. 452). Od roku vydání narůstá zájem o užívání dotazníku po celém světě. V roce 2012 počet uživatelů toho dotazníku zahrnoval 45 států a byl přeložen do 24 jazyků (Moghri et al., 2013, s. 1059). Dotazník je široce využíván v USA a získal význam a viditelnost i v Evropě (Ocelli et al., 2013, s. 460). Byl schválen sítí Evropské unie pro zajištění bezpečnosti pacientů a projektem Rady Evropy pro zlepšení bezpečnosti pacientů (Perneger, Staines, Kundig, 2014, s. 389).

Dotazník „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ je široce využíváný po celém světě (Smits et al., 2012, s. 3393). Dvanáct dimenzí pro měření kultury bezpečí pacientů zahrnuje celkem 42 položek (Ocelli et al., 2013, s. 460). Deset dimenzí je stanoveno jako nezávislé proměnné, z nichž sedm je zaměřeno na úroveň jednotek/ oddělení – podpora manažera/ vedoucího, znalosti organizace a kontinuální zlepšování, týmová spolupráce v rámci oddělení, otevřenost komunikace, zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí, nerepresivní odpověď na nežádoucí události, personální obsazení – a další tři odrážejí aspekty nemocnice – podpora managementu pro bezpečnost pacienta, spolupráce mezi jednotkami/odděleními, překlady a předávání pacientů. Dvě dimenze jsou stanoveny jako závislé proměnné – celkové vnímání bezpečnosti pacientů a frekvence hlášení nežádoucích událostí (Robida, 2013, s. 469–471). Celkové hodnocení kultury bezpečí pacientů doplňuje stupeň bezpečnosti pacientů a počet zaznamenaných nežádoucích událostí. Dotazník lze ve své podstatě členit dle tematických celků či dimenzí (Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions, 2014) – viz příloha 6.

4 Bezpečnost a kultura bezpečí v ošetrovatelské péči

Ošetrovatelská péče je složitá, citlivá a riziková oblast. V dnešní době jsou sestry jako poskytovatelky ošetrovatelské péče stále více vystavovány vzrůstajícím požadavkům na odbornost a odpovědnost za péči. Tato péče proto musí být vždy poskytována *lege artis*, v souladu s pracovní náplní a dle pokynů nadřízeného (Vondráček, Vondráček, 2006, s. 10-11). Sestry respektují hodnoty, důstojnost a práva všech lidí bez ohledu na povahu problému ve zdravotním stavu pacienta (Lachman, 2014, s. 198), proto je v této profesi vyžadována velká obětavost (Brbović et al., 2014, s. 149). Sestry představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví a jejich práce je velmi různorodá (Škrļa, Škrļová, 2008, s. 125). Ve všech nemocnicích při poskytování zdravotní péče hrají zásadní roli. Povaha jejich práce zahrnuje průběžné sledování a koordinaci péče o pacienta (Kirwan et al., 2013, s. 254). Přímá péče s pacienty při výkonu ošetrovatelské péče zahrnuje dle Pageové jak viditelné, tak neviditelné činnosti. Viditelné činnosti jsou aktivity pozorované pacienty a jinými lidmi. Neviditelné - kognitivní - činnosti zahrnují znalosti získané vzděláváním a praxí. Znamená to tedy, že i přes výkon viditelné činnosti např. při hygieně pacienta jsou sestry schopné provádět řadu dalších činností neviditelných – posouzení barvy kůže, hodnocení integrity kůže, zapojení pacienta do rozhovoru, posouzení duševního stavu, hodnocení bezpečnosti atd. (Page, 2004, s. 89)

Trvalé udržování bezpečí je závislé na bezpečných postupech sester, proto je při výkonu této práce důležitý dostatek času na kritické uvažování. Sestry při zlepšování zdravotní péče plní významnou úlohu a jsou nezbytnou součástí při nacházení inovativních řešení ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Stavrinopoulus, 2012, s. 203-205). Práce sester ovlivňuje celkový stav pacientů a může mít tedy fatální důsledky (Page, 2004, s. 2). Sestry tráví s pacientem ze všech zdravotnických pracovníků nejvíce času, proto zde vzniká největší prostor pro vznik téměř pochybení a chyb (Škrļa, Škrļová, 2008, s. 125). Povolání sester zahrnuje mnoho funkcí, mezi které patří poskytování účinné a bezpečné péče, monitorování indikátorů kvality a hodnocení rizik. Při své práci se mohou aktivně podílet na efektivních bezpečnostních řešeních, která pozitivně ovlivňují výsledný stav pacientů (Ammouri et al., 2015, s. 103).

Feng v publikaci AbuAlRubové, Alhijaaové (2014, s. 139) přiřazuje zásadní význam při otázce řešení bezpečnosti pacientů práci sester. Právě proto, že sestry tráví s pacienty mnohem více času než ostatní pracovníci, je jejich vnímání bezpečnostních postupů

při posuzování kultury bezpečí velmi podstatné (Listyowardojo, Nap, Johnson, 2012, s. 13). Při vytváření kultury bezpečí musí při řešení problémů převzít roli řešitele, identifikovat veškeré komplikace a usilovat o interdisciplinární řešení (Allen et al., 2015, s. 110). Pro rozvoj kultivačního systému bezpečí jsou nezbytné hodnoty a znalosti sester, stejně jako jejich porozumění systému kultury bezpečí (Groves, Meisenbach, Scott-Cawiezell, 2011, s. 1852). Kaganová, Barnoyová (2013, s. 278) poukazují na to, že v kultuře bezpečí je vzdělávání sester velmi důležité, protože kromě zlepšení jejich znalostí dochází i k vyššímu záchytu zaznamenaných nežádoucích událostí. Integraci kvality a bezpečnosti do vzdělávání sester řeší projekt The Quality and Safety Education for Nurses (QSEN). Kvalifikace sester dle projektu obsahuje šest základních jednotek, a to péči zaměřenou na pacienta, týmovou práci a spolupráci, praxi založenou na důkazech, zvyšování kvality a zajišťování bezpečnosti a informovanosti (Kear, Ulrich, 2014, s. 448-449).

Pozitivní vliv na bezpečí pacientů je dle studie Moreellové et al. (2012, s. 15) zaznamenán právě u ošetrovatelského personálu. Ošetrovatelská péče je pro kvalitu a bezpečnost péče zásadní (You et al., 2013, s. 154). Nejdůležitější je, aby sestry začaly bezpečnost pacientů prostřednictvím kultury bezpečí posuzovat (Ulrich, 2015, s. 107). Posouzení kultury bezpečí pacientů zahrnuje dvanáct dimenzí:

- týmovou spolupráci v rámci oddělení
- podporu vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta
- znalosti organizace a kontinuální zlepšování
- podporu managementu pro bezpečnost pacientů
- celkové vnímání bezpečnosti pacientů
- zpětnou vazbu a komunikaci ohledně nežádoucích událostí
- otevřenost komunikace
- frekvenci hlášení nežádoucích událostí
- spolupráci mezi jednotkami/odděleními
- personální obsazení
- překlady a předávání pacientů
- nerepresivní odpověď na nežádoucí události

Posouzení je určeno pro všechny zaměstnance, avšak je možné si vybrat pouze podmnožinu zaměstnanců (např. sestry). Při hodnocení jedné kategorie je však výzkum platný pouze pro danou kategorii (Sorra et al., 2016, s. 11). Před samotným hodnocením kultury bezpečí je nutné stanovené dimenze definovat (Kear, Ulrich, 2014, s. 450) a to lze ve vztahu k ošetrovatelské péči provést dle následujících odstavců.

Týmová spolupráce v rámci oddělení

„Tým tvoří tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci, vnímají společnou identitu, přijímají kolektivní normy a cíle a uvědomují si jeden druhého“ (Kolajová, 2006, s. 12). Tým rozvíjí spolupráci mezi lékaři, sestrami i ostatními nelékařskými pracovníky. Jeho využívání významně přispívá k prohlubování interdisciplinární spolupráce (Vévoda et al., 2013, s. 42). Zaměstnanci pracující na oddělení se vzájemně podporují, chovají se k sobě s úctou a pracují společně jako tým (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Týmovou práci, jakožto nezbytnou součást vysoce kvalitní zdravotní péče, je proto nutné neustále zlepšovat (Hwang, Ahn, 2015, s. 17). Nepísaným pravidlem v rámci jedné organizace/ oddělení/ útvaru je vzájemná podpora, společná komunikace a pomoc. Týmová spolupráce je nezbytná i při střídání směn na oddělení z důvodu efektivní výměny informací. Důležitým aspektem efektivní spolupráce je dokumentace průběhu směny zaznamenaná ve zdravotnické dokumentaci a ochota pracovníků a vedoucích při předávání veškerých důležitých informací (Plevová et al., 2012, s. 91–92). Multidisciplinární charakter týmové spolupráce je výhodný a nutný, proto je tato spolupráce považována za základní podmínku efektivní a kvalitní péče (Vévoda et al., 2013, s. 55).

Podpora vedoucího/ manažera prosazující bezpečnost pacienta

Efektivní vedení lidí v klinickém prostředí je spojeno s lepší kvalitou a bezpečností v zařízení. Úkolem manažerů je vytvoření zdravějšího a bezpečnějšího pracovního prostředí. (Kaufman, McCaughan, 2013, s. 53). Vedoucí/ manažer by měl zvažovat návrhy zaměstnanců na zlepšení bezpečnosti pacientů, chválit personál při navrhování bezpečných postupů a nepřehlížet bezpečnostní problémy pacientů (Ulrich, Kear, 2014, s. 461). Sestra - manažerka v klinické praxi je někdo, kdo může vytvářet etickou a soucitnou vizi péče centralizovanou na pacienta a inspirovat své kolegy, aby tuto vizi dále rozvíjeli. Vedoucí sestra má stanovovat vzor chování pro celý tým, a proto je potřebná ve všech úrovních péče a důležitých situacích (Kaufman, McCaughan, 2013, s. 53–54). Dle Boyntonové je odpovědností sester - manažerek na všech úrovních a specializacích rozvoj efektivní strategie zajišťující bezpečnost, podporu klienta a spokojenost zaměstnanců. Kvalitní strategie vedení lidí jsou pak používány k vytvoření bezpečné a pozitivní kultury na pracovišti. Velmi důležité je budování důvěry a zdravé vztahy mezi členy týmu (Boynton, 2012, s. 31-32). Když vedoucí/ manažeři začnou měnit své reakce na chyby a selhání personálu tím, že se ptají, co se stalo, místo toho, kdo udělal chybu, kultura ve zdravotnických organizacích se začne měnit k lepšímu (Bowie, 2010,

s. 32). Dle Stavrianopoulose (2012, s. 203) jsou nedostatky ve vedení přičítány k bariérám pro vytvoření kultury bezpečí. Sammerová et al. tvrdí, že kultura bezpečí začíná právě u manažerů. Autoři dále identifikovali, že zlepšení vedení je klíčem k celkovému zvýšení bezpečnosti pacientů (Sammer et al., 2010, s. 158).

Znalosti organizace a kontinuální zlepšování

„Znalosti jsou mnohostranné a složité, protože jsou konkrétní i abstraktní, implicitní i explicitní, všeobecné i individuální, fyzické i duševní, rozvíjející se i statické, srozumitelné i zakódované“ (Armstrong, 2007, s. 162). Dle Kaufmanové, McCaughanové (2013, s. 54) bez znalostí nemůže existovat učení a bez učení může existovat pouze riziko, že chyby, ke kterým došlo, se budou opakovat. Chyby mohou vést i k pozitivním změnám (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Učení se ze svých chyb a hledání nových příležitostí přispívá ke zlepšení výkonu všech zaměstnanců včetně personálu pracujícího ve zdravotnických organizacích. Kultura učení vytváří povědomí personálu o bezpečnosti a podporuje učení organizace (Stavrianopoulos, 2012, s. 204). Dle Sammerové et al. by však příležitost pro učení neměla vycházet pouze z chyb či selhání, ale především z úspěchů dané organizace (Sammer et al., 2010, s. 162). Dle Kaufmanové, McCaughanové (2013, s. 54) učící se kultura představuje prostředí, ve kterém zaměstnanci mohou mluvit o svých obavách. Pearsonová et al. (2010, s. 5) uvádí, že v případě nutnosti snížení výskytu chyb musí být založena kultura učení, ve které bude existovat systematické podávání zpráv o těchto chybách. Učící se organizace je velmi důležitá pro vlastní budování a klade požadavky na neustálé zvyšování schopností a plnění stanovených cílů (Svobodník, 2009, s. 73). Management znalostí je proces vytváření nebo vyhledávání znalostí, jejich následné šíření a využívání nejen v rámci organizace, ale i mezi organizacemi (Stock, McFadden, Gowen, 2010, s. 9). Organizační učení pak kolektivními postupy přispívá k neustálému zlepšování a využívání veškerých příležitostí k učení (Reiman, Pietikäinen, Oedewald, 2010, s. 2).

Podpora managementu pro bezpečnost pacienta

Management nemocnice vytváří pracovní klima, které podporuje bezpečnost pacientů a poukazuje na to, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou (Ulrich, Kear, 2014, s. 461). Kultura bezpečí pacientů závisí na bezpečných postupech sester. Autentická podpora ze strany managementu v 21. století musí vést komplexně lidi přes veškeré rozpory a pro všechny zúčastněné musí budovat mosty, po kterých musí všichni přecházet společně

(Stavrianopoulos, 2012, s. 205). Management ošetrovateľskej péče dle Plevové et al. vykonáva řízení ošetrovateľských služeb včetně kontroly, hodnocení a udržování kvality. Management by měl k chybám přistupovat preventivně, čímž by bylo zabráněno jejich vzniku. Jeho úkolem je zavádění programů ke zvyšování kvality a bezpečí pacientů na oddělení (Plevová et al., 2012, s. 33-35). Management v ošetrovateľské péči musí podporovat a motivovat ošetrující personál, snižovat existující bariéry v týmu a podporovat rozvoj bezpečné a kvalitní kultury. Kultura bezpečí napomáhá managementu vedení lidí, a proto by ji zdravotnická zařízení měla dále rozvíjet (Alves Barros et al., 2014, s. 4334). Nutností výkonu managementu je rozvíjení vize a strategie zařízení, informování zaměstnanců a hledání způsobů, jak zaměstnance motivovat ke zlepšení péče o pacienty. Důležitými motivačními prvky jsou zpětná vazba a systém odměňování (Kagan, Barnoy, 2013, s. 274). Podpora vrcholového managementu je přičítána podpoře ředitele, jeho náměstkům a Radě pro kvalitu (Škrla, Škrlová, 2008, s. 97).

Celkové vnímání bezpečnosti pacienta

Poskytovatelé zdravotní péče v dnešní době neustále pracují na zlepšování kvality a bezpečnosti. Důležitý krok ke zlepšení spočívá ve vytvoření kultury bezpečí. Rozvoj této kultury a její vnímání personálem je nezbytnou součástí v prevenci a snížení výskytu nežádoucích událostí a zlepšení celkové kvality poskytované zdravotní péče (Wagner, 2014, s. 356). Rozdíly v kultuře bezpečí jsou patrné mezi odděleními i mezi pracovníky, což může bezpečnost pacientů ohrozit (Listyowardojo, Nap, Johnson, 2012, s. 10). Existují různé studie, které uvádějí rozdíly mezi vnímáním bezpečí pacientů - například studie El-Jardaliho et al. (2014, s. 8) uvádí, že akreditované nemocnice mají vyšší hodnotu vnímání bezpečí pacientů než nemocnice neakreditované. Studie Ammouriho et al. (2015, s. 108) konstatuje, že sestry s delší praxí udávají vyšší stupeň vnímání bezpečnosti. Další studie Nelsona et al. (2011, s. 6) poukazuje na to, že manažeři vnímají bezpečnost pacienta lépe než jejich podřízení a že lékaři připisují bezpečí pacientů větší význam než sestry. Pochopení odlišných názorů vnímání kultury, posouzení postojů, hodnot a vnímání organizačních praktik může být použito jako nástroj pro identifikaci problematických oblastí poskytované bezpečné péče. Výsledné informace získané na základě posouzení vnímání bezpečí či postojů mohou pak manažerům pomoci nalézt různé vzdělávací programy ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Listyowardojo, Nap, Johnson, 2012, s. 10). Ošetrovateľské postupy a systémy organizace by však z hlediska prevence vzniku nežádoucích událostí měli být na dobré úrovni, a proto by k problémům s bezpečností pacientů nemělo docházet (Kear, Ulrich, 2014, s. 453).

Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí

Účinná komunikace mezi personálem je základním prvkem toku pravdivých a dostatečných informací (Venglářová, 2011, s. 86). Nezbytnou součástí kvalitní péče o pacienta je však nejen účinná komunikace, ale i zpětná vazba (Wagner, 2014, s. 355). Zpětná vazba vypovídá o správnosti pochopení a je posledním krokem při procesu komunikace (Dědina, Odcházal, 2007, s. 52). Poskytování zpětné vazby a podílení se na řešení problémů buduje důvěru a tím přispívá k upevnění základů důležitých vlastností kultury bezpečí (Stavrianopoulos, 2012, s. 204). Personál v týmu by měl vzájemně komunikovat o veškerých negativních vlivech podílejících se na péči o pacienty a neměl by se bát klást otázky lidem s vyšší autoritou (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Zaměstnanci by dle Sammerové et al. (2010, s. 162) měli vědět, že jejich připomínky k péči o pacienty jsou nadřizenými vždy vyslyšeny a uznávány. Plevová et al. ve své publikaci dále uvádí, že „úroveň řízení je přímo úměrná úrovni komunikace“, proto by na komunikaci měl být kladen důraz u všech členů týmu (Plevová et al., 2012, s. 129–130). Problémy v komunikaci jsou významným faktorem, který se podílí na vzniku a častějším výskytu nežádoucích událostí (El-Jardali et al., 2014, s. 9). Bylo prokázáno, že tyto problémy mohou zapříčinit až 84 % fatálních nežádoucích událostí (Škrta, Škrlová, 2008, s. 109). Zaměstnanci by měli být o nežádoucích událostech vždy informováni a měli by diskutovat o způsobu jejich prevence (Kear, Ulrich, 2014, s. 453).

Otevřenost komunikace

Komunikace je považována za všeobecný pojem. Termín komunikovat pak znamená společnou participaci, která obnáší výměnu informací, myšlenek, emocí, postojů a jednání. Cílem je pak vzájemné porozumění mezi účastníky (Vévoda et al., 2013, s. 66). V práci sester je komunikace s pacienty nezbytným prvkem. Lze jí rozdělit na tři druhy, a to na komunikaci sociální, specifickou neboli strukturovanou a terapeutickou. V sociální komunikaci jde o běžný hovor, kontakt s nemocným. Specifická zahrnuje sdělování důležitých fakt, motivaci nemocných a edukaci. Terapeutická komunikace má podpůrný efekt formou opory a pomoci v těžkých chvílích (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 12–13). Vysoká úroveň komunikace mezi zdravotnickými pracovníky vypovídá o účinné týmové spolupráci a přispívá ke zvýšení kvality péče o pacienty (Vévoda et al., 2013, s. 66). Správná komunikace uvnitř a mezi zdravotnickými týmy je pak nezbytná k odstranění veškerých potenciálních hrozeb z hlediska bezpečnosti pacientů (El-Jardali et al., 2014, s. 9). Ředitel strategických iniciativ Spojené

akreditační komise tvrdí, že prostřednictvím efektivní verbální, písemné a elektronické komunikace lze bezpečnost pacientů dramaticky zlepšovat (Škrála, Škrlová, 2008, s. 109). Chování zaměstnanců a výkonnost organizace jsou úzce spjaty s konceptem komunikačního klimatu. Toto klima je pak popisováno jako otevřené neboli správné a uzavřené, ve kterém lze sledovat problémy s komunikací. Reálné klima v organizacích se nachází někde uprostřed, přičemž vždy k jednomu z nich inklinuje více (Dědina, Odcházal, 2007, s. 49).

Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Chyby jsou nevyhnutelnou součástí lidského života. Zdravotnictví je profesí, kde patří důsledky těchto chyb mezi nejzávažnější. V recentních studiích se poukazuje na to, že mnoho vyhnutelných chyb a poškození ve zdravotnických organizacích, způsobilo ohrožení na životě milionu pacientů na celém světě (Bahrami et al., 2014, s. 1). Nežádoucí události jsou prioritním problémem ve zdravotnictví. I přes různou míru závažnosti těchto chyb, může každá z nich různou měrou poškodit pacienta, systém či obojí. Klíčovou oblast pro zlepšení bezpečnosti pacientů představuje správné hlášení a zveřejňování těchto událostí (Kalra, Kalra, Baniak, 2013, s. 1161). Hlášení nežádoucích událostí a vhodné měřicí nástroje k zaznamenávání událostí, kterým lze předcházet, je však dle Farupa (2015, s. 1) nedostatečné a nespolehlivé. Přitom dle Kearové, Ulrichové mají být pravidelně ohlašovány veškeré nežádoucí události, včetně pochybení (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Hlášení nežádoucích událostí má velmi důležitý vliv na zlepšení bezpečnosti pacientů. Mohou poskytovat cenné informace o tom, jak a proč mohou být pacienti poškozeni. Někteří pracovníci jsou však proti dobrovolnému ohlašování nežádoucích událostí zaujati (Pham, Girard, Pronovost, 2013, s. 154). Důležité však je chyby zachytit dříve, než způsobí škodu. Z nebezpečných situací je klíčové se prostřednictvím hlášení nežádoucích událostí poučit a poté se jim náležitě vyhýbat (Albrecht, 2015, s. 979–980). Nízká frekvence hlášení může souviset s personálním zajištěním, existujícím represivním prostředím, nedostatečným systémem hlášení a nedostatečnou motivací sester (Bahrami et al., 2014, s. 7). Filka (2010, s. 125) uvádí, že je však podstatné hlásit nejen chyby provedené, ale i pochybení, jelikož hlášení pochybení je považováno za nejefektivnější strategii v boji proti jeho vzniku.

Spolupráce mezi jednotkami/odděleními

Efektivní týmová spolupráce je považována za základ dobré péče o pacienta. Týmy, stejně jako jednotlivci, mohou zničit bezpečnost nebo ji vytvořit. Tým, který nefunguje dobře,

zvysuje možnost vzniku nežádoucích událostí. Naproti tomu tým má vyšší potenciál k zajištění bezpečí než jednotlivci (Kaufman, McCaughan, 2013, s. 54). Týmy, skládající se z odborníků různých oborů, jsou základními stavebními kameny zdravotní péče (Vévoda et al., 2013, s. 55). Duch kolegiality a spolupráce existuje mezi manažery, zaměstnanci i nezávislými členy organizace. Vztahy v týmu mají být otevřené, bezpečné, uctivé a flexibilní (Sammer et al., 2010, s. 157). Jednotlivá oddělení v nemocnici spolupracují a koordinují služby společně, aby poskytovala tu nejlepší péči o pacienty (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Tato spolupráce je nazývána mezioborový (interdisciplinární) tým. Lidé v týmu jsou odborníci z různých pracovišť, oddělení, útvarů, z nichž každý nese svůj druh specializace (Plevová et al., 2008, s. 92).

Personální obsazení

Ve zdravotnických organizacích by měl být dostatek personálu pro zvládnutí pracovní náplně a pracovní doba by měla být přiměřená, aby byla zajištěna co nejlepší péče o pacienty (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Velkým problémem dnešní doby je nedostatek personálu kontrastující s vysokou poptávkou, což vede ke snížení úrovně kvality poskytované péče. Tento problém je více patrný v univerzitních nemocnicích, jelikož jejich rozpočty jsou financovány z veřejných prostředků (Bahrami et al., 2014, s. 3–7). Mít silnou, schopnou a motivovanou pracovní sílu je dnes jednou z největších výzev pro všechny nemocnice. Nedostatečné personální obsazení je úzce spojeno se vznikem závažných nežádoucích událostí. Zdravotnický personál v nemocnicích s nedostatečným personálním obsazením je většinou přepracovaný, trpí stresem a nespavostí. To může vést ke vzniku pochybení, které může vyústit do chyb negativně ovlivňujícím kvalitu péče v organizaci (El-Jardali et al., 2014, s. 10). Rovněž nízké platy a výhody státních nemocnic neposkytují pracovníkům tak velkou motivaci jako zařízení soukromá. Problém personalistiky tak může poškozovat kulturu bezpečí pacientů a vede k narušení kvality péče (Bahrami et al., 2014, s. 3–7). Výsledky studie El-Jardaliho et al. (2014, s. 10) poukazují na to, že čím je vyšší pozitivní skóre personálního obsazení, tím pozitivnější je vnímání bezpečnosti respondenty a tím vyšší stupeň bezpečnosti pacientů je respondenty udáván.

Překlady a předávání pacientů

Předávání pacientů sestrami během střídání směn, překlady pacientů v rámci nemocnice z oddělení na oddělení nebo do jiných zdravotnických zařízení jsou považovány za oblasti

s vysokým rizikem vzniku pochybení či nežádoucích událostí. Předávání a překlady pacientů lze tedy označit za vysoce rizikové procesy, které mohou přinášet mezery v procesu kontinuity péče (Škrla, Škrlová, 2008, s. 127). Hospitalizace pacientů zpravidla probíhá na jednom oddělení. Je-li však potřeba, může být pacient přeložen a léčen na jiném pracovišti. Překlad závisí většinou na zdravotním stavu pacienta a jeho důvodem může být zhoršení či zlepšení tohoto stavu. Při překládání může docházet ke ztrátě důležitých informací, což může vést ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Úkolem sestry při překlady pacienta je předání kompletní ošetrovatelské dokumentace v případě překlady na oddělení v rámci jednotky a vyplnění ošetrovatelské překlady zprávy v případě překlady na jiné oddělení, či do jiného zdravotnického zařízení (Brabcová et al., 2014, s. 101). Záznam o ošetrovatelské péči zahrnuje ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ošetrovatelský plán, průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta, v případě propuštění či překlady pacienta pak dále ještě ošetrovatelskou propouštěcí nebo překlady zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči (Česko, 2012). Důležité informace v souvislosti s péčí o pacienty se předávají při překladech pacientů mezi odděleními v nemocnici, stejně jako při výměně služeb (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Předávání služeb mezi sestrami probíhá formou ústní, písemnou nebo kombinací obou metod. Uvádí se, že sestry upřednostňují kombinaci ústního a písemného předání, přičemž velmi důležitá je dostatečná časová dotace (Brabcová et al., 2014, s. 100).

Nerepresivní odpověď na nežádoucí události

Zaměstnanci by měli vědět, že jejich chyby a omyly nejsou používány proti nim a nejsou uchovávány v jejich personálních spisech (Kear, Ulrich, 2014, s. 453). Někteří pracovníci se stále domnívají, že v případě ohlašování nežádoucí události bude tato skutečnost použita proti nim. Strach z takové situace však počet zaznamenaných nežádoucí události rapidně snižuje. Tento strach může při vytváření pozitivní kultury bezpečí pacientů představovat překážku (El-Jardali et al., 2014, s. 10). Chyby by měly být vnímány jako selhání systémové a ne jako selhání osobní (Stavrianopoulos, 2012, s. 204). Důvody pro neohlášení zahrnují strach, ponížení a přítomnost represivní reakce. Proto je zapotřebí podporovat zdravotnické pracovníky, zvláště pak sestry, k hlášení nežádoucí události, zejména z důvodu pozitivního dopadu na zlepšení bezpečnosti pacientů (El-Jardali et al., 2014, s. 10). Budování nerepresivního prostředí a rozvoj iniciativy k dobrovolnému hlášení nežádoucí události jsou nezbytnou součástí rozvoje kultury bezpečí (Wang et al., 2014, s. 1121).

5 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Bezpečnost pacientů je definována jako „prevence poškození pacientů“ (Hughes, 2008, s. 2), proto by měla být hlavním cílem všech organizací minimalizace rizik tohoto poškození (Cronenwett et al., 2007, s. 128). V České republice byla věnována do konce devadesátých let bezpečnosti pacientů nízká pozornost (Škrla, Škrlová, 2008, s. 30). V roce 2005 byla schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů. Roku 2009 pak bylo v rámci předsednictví v Radě Evropské unie přijato „Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“. V souvislosti s tímto doporučením vypracovalo MZČR „Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče“, jehož součástí je i pravidelné vyhlášení resortních bezpečnostních cílů (Kalvachová, 2011, s. 116-117).

Iniciativu Ministerstva zdravotnictví ČR k bezpečnosti pacientů lze považovat za ideální krok k zavedení kultury bezpečí pacientů do zdravotnických zařízení. Kultura bezpečí byla definována jako „produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují vazbu organizace, její styl a odbornost, ale i zdraví a bezpečnost vedení“ (Sorra et al., 2016, s. 1). Vylo vytvořeno několik otázek k měření kultury bezpečí pacientů (Morello, et al., 2012, s. 11). Vzhledem k platnosti a spolehlivosti (Davoodi, 2013, s. 1393) se jako vhodný ukázal „Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Dotazník byl již v minulosti v České republice jednou použit Filkou, Kotrbovou (2012, s. 51 – 58) při průzkumu kultury bezpečí pacientů v nemocnicích jihočeského kraje. Dotazník rozlišuje dvanáct dimenzí kultury bezpečí pacientů (Smits et al., 2012, s. 3393). Před samotným hodnocením kultury bezpečí je nutné stanovené dimenze definovat (Kear, Ulrich, 2014, s. 450). Vzhledem k tomu, že vnímání bezpečnostních postupů je důležité především u sester (Listyowardojo, Nap, Johnson, 2012, s. 13), byly jednotlivé dimenze definovány ve vztahu k ošetrovatelské péči.

Pozitivní kultura bezpečí pacientů je základem pro poskytování bezpečné péče. Znamená to tedy, že posouzením jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů lze usuzovat na bezpečnost poskytované péče (Ulrich, Kear, 2014, s. 459).

Po provedené sumarizaci dohledaných poznatků ke zkoumané oblasti lze formulovat **teoretickou hypotézu**: Deskripce názorů sester prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů přispívá k celkovému zlepšení bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče.

6 Výzkum názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů

6.1 Výzkumné cíle, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem výzkumu byla deskripce názorů sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole (FN Motol) na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů. Jedná se o aktuální téma, které souvisí s poskytováním kvalitní a bezpečné péče. Posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů u sester interních oborů s sebou přineslo řadu nezodpovězených otázek:

1. Existují v posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů z pohledu sester interních oborů rozdíly mezi pracovišti standardního, intenzivního a dlouhodobého typu?
2. Existují vztahy mezi sociodemografickými údaji sester interních oborů a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů?
3. Jsou nezávislé proměnné dimenze kultury bezpečí pacientů u sester interních oborů asociovány se závislou proměnnou dimenzí - celkové vnímání bezpečnosti pacientů?
4. Jsou nezávislé proměnné dimenze kultury bezpečí pacientů u sester interních oborů asociovány se závislou proměnnou dimenzí – frekvence hlášení nežádoucích událostí?

Na základě těchto otázek byly stanoveny dílčí cíle výzkumu vztahující se k názorům sester interních oborů:

1. Zjistit predikci rozdílů v posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů mezi pracovišti standardního, intenzivního a dlouhodobého typu.
2. Zjistit predikci vztahu mezi sociodemografickými údaji a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.
3. Určit predikovaný vztah závislé proměnné dimenzi - celkové vnímání bezpečnosti pacientů - k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů.
4. Určit predikovaný vztah závislé proměnné dimenzi – frekvence hlášení nežádoucích událostí – k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů.

Uvedené okruhy problémů byly formulovány do čtyř hypotéz s cílem je potvrdit či vyvrátit:

H1: Mezi jednotlivými typy pracovišť (standardní, intenzivní, dlouhodobý) existují rozdíly v posouzení dimenzí kultury bezpečí pacientů.

H2: Sociodemografické údaje korelují s jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

H3: Závislá proměnná dimenze - celkové vnímání bezpečnosti pacientů – je asociována s nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

H4: Závislá proměnná dimenze – frekvence hlášení nežádoucích událostí – je asociována s nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

6.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na lůžkových odděleních interních oborů Fakultní nemocnice v Motole. Metoda výběru byla zvolena účelově. Účastníci byli cíleně vybráni dle určitých vlastností (Miovský, 2006, s. 136). Záměrný výběr je pro skutečně kvalifikovaný výběr velmi podstatný. Vyhledávání respondentů vykazujících společný znak nám podává o zkoumaném problému pravdivé a bohaté informace (Gavora, 2010, s. 79). Sestry byly proto vybrány na základě následujících kritérií:

- výkon profese všeobecné sestry ve Fakultní nemocnici v Motole
- výkon profese na pracovištích interních oborů (ve FNM: Interní klinika, Kardiologická klinika, Klinika nukleární medicíny a endokrinologie, Centrum následné péče, Neurologická klinika, Oddělení infekční, Onkologická klinika, Pneumologická klinika, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství) všech typů (standardní, dlouhodobé, intenzivní)
- souhlas s účastí ve výzkumném šetření daný vyplněním dotazníku

FN Motol (FNM) byla zvolena v souladu se zájmem managementu nemocnice o výsledky posouzení kultury bezpečí pacientů sestrami interních oborů. Interní lůžková pracoviště byla zvolena na základě nejvyššího počtu zaznamenaných nežádoucích událostí – 66 % (Výsledky benchmarkingu NÚ, 2015). Bezpečnost pacientů bylo tedy možné na interních lůžkových pracovištích oproti pracovištím jiným označit za více rizikovou, proto byla pro výzkumné šetření vybrána. Výběr klinik/ oddělení interních oborů ve FN Motol byl proveden dle ÚZIS na základě zařazených klinik/ oddělení do oblasti interních oborů, přičemž

z výběru byla vyřazena pracoviště s pediatrickým zaměřením. Sestry byly vybrány vzhledem k tomu, že se jedná o nejpočetnější skupinu zaměstnanců a s danou problematikou jsou ve velmi těsném vztahu. Prostřednictvím vrchních (staničních) sester příslušných klinik/ oddělení interních oborů z důvodu znalosti personálního obsazení byly osloveny všechny sestry. Stanovení počtu 299 respondentů podílejících se na výzkumném šetření bylo dáno kritérii pro výběr respondentů a ochotou pro vyplnění dotazníků.

6.3 Metoda sběru dat, jazyková validizace dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“

V diplomové práci bylo využito kvantitativního typu výzkumu prostřednictvím anonymního standardizovaného nástroje „Hospital Survey on Patient Safety“ (viz příloha 1). Mezinárodně užívaný nástroj byl v roce 2004 vyvinut společností Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ve Spojených Státech Amerických a je určený pro všechny instituce k posouzení kultury bezpečí pacientů prostřednictvím personálu. Dotazník „Hospital Survey on Patient Safety“ byl již v minulosti přeložen doc. MUDr. Jozefem Filkou, Ph.D., avšak překlad autora nebyl získán, proto byl daný nástroj po získání souhlasu s jeho překladem a následnou distribucí od společnosti AHRQ (viz příloha 2) validizován do českého jazyka v souvislosti s modifikovaným postupem lingvistické validizace dle Wild et al. (2005). Proces validizace (viz příloha 3) probíhal v období od června do října roku 2015. Problematické položky byly v každém z kroků důkladně rozebrány a opraveny. Dotazník musel splňovat následující kritéria: srozumitelnost, jednoduchost a logické uspořádání položek. Při prevýzkumu bylo zjištěno neporozumění části D: Frekvence hlášení nežádoucích událostí, a to ve všech třech bodech. Položky byly přesněji specifikovány a formulovány, v České republice není hlášení pochybení či téměř pochybení realizováno, proto lze u těchto položek v dotazníku očekávat negativní odezvu. Ostatní položky dotazníku byly respondenty potvrzeny jako srozumitelné. Informace získané při procesu validizace vedly k vytvoření finální verze dotazníku „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ (viz příloha 1).

Dotazník odráží 12 dimenzí kultury bezpečí pacientů a 2 přiřazené položky k celkovému zhodnocení bezpečnosti, je seskupen do 9 celků A - I (viz příloha 6). Úvod dotazníku zahrnuje pokyny k jeho vyplnění a jsou zde vysvětleny pojmy nežádoucí událost a bezpečnost pacienta pro lepší orientaci respondenta v dané problematice. Část A v první otázce zjišťuje, kde respondent tráví většinu své pracovní doby nebo kde poskytuje většinu

zdravotních služeb. V originální verzi jsou uvedena všechna nemocniční pracoviště, pro účely našeho výzkumu je tato položka přizpůsobena pouze k pracovištím interních oborů. Části (A-D, F) tvoří jádro dotazníku a lze na jejich základě vymezit jednotlivé dimenze kultury bezpečí pacientů. Část E (stupeň bezpečnosti pacientů) a část G (počet zaznamenaných nežádoucích událostí) doplňují celkové hodnocení kultury bezpečí pacientů. Část H obsahuje základní informace o respondentovi neboli sociodemografické otázky. V této části jsme se odchýlili od originální verze dotazníku, a to v položce pracovního zaměření. Originální verze obsahuje veškerá pracovní zaměření v nemocnici. V souvislosti se zaměřením práce na ošetrovatelskou oblast, jsme respondentům umožnili výběr pouze ze dvou možností, a to na všeobecnou sestru a zdravotnického asistenta, abychom se vyhnuli vyplňování dotazníků ostatními pracovníky. Zdravotničtí asistenti byli následně z šetření rovněž vyřazeni, aby se problematika vztahovala na cílovou skupinu respondentů. V závěru dotazníku (část I) byla respondentům poskytnuta možnost se k dané problematice vyjádřit.

6.4 Realizace výzkumu

Dotazníkové šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (viz příloha 4) a náměstkyní nelékařských oborů z Fakultní nemocnice v Motole (viz příloha 5). Průzkumné šetření proběhlo od konce listopadu 2015 do ledna 2016. Celkem bylo osloveno 9 pracovišť (viz výše), včetně oddělení intenzivní péče. Distribuce i sběr dotazníků probíhaly ve spolupráci s vrchními sestrami. V rámci zachování anonymity byly dotazníky sbírány do předem připravených boxů. Dotazníkové šetření bylo ukončeno dne 22. 1. 2016.

Konečný počet navrácených dotazníků činil 250 (83,61 %) dotazníků z 299 (100 %) distribuovaných. Z navrácených dotazníků bylo vyřazeno 29 vyplněných zdravotnickými asistenty a 14 pro neúplnost vyplnění. Pro statistické zpracování bylo použito celkem 207 dotazníků.

6.5 Metody zpracování dat a potvrzení platnosti hypotéz

Data získaná z dotazníkového šetření byla převedena do tabulky programu Microsoft Office - Excel 2007. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics 23. Odpovědi na všechny položky byly popsány pomocí četnostních tabulek.

Demografické údaje byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Položky v dotazníku byly popsány dle jednotlivých celků A – G, I (viz příloha 7.1) rovněž pomocí absolutních a relativních četností. Pro položky týkající se dimenzí kultury bezpečí pacientů (část A – D, F) byly spočítány pro další účely výzkumu i aritmetické průměry a směrodatné odchylky (SD). Některé položky byly „negativní“ (v tabulkách označeny *). Pro počítání průměrů negativních položek byla škála posouzení překódována (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Položky tvořící jádro dotazníku (část A – D, F) byly následně seskupeny do dimenzí kultury bezpečí pacientů (viz příloha 7.2) a vyjádřeny relativními četnostmi získanými součtem pozitivních odpovědí (součet odpovědí s hodnotou 4, 5) respondentů. Aby mohly být všechny položky posouzeny jako pozitivní, byla škála negativních položek rovněž překódována. Poté byl proveden aritmetický průměr všech pozitivních položek daných dimenzí, čímž bylo získáno průměrné procento pozitivních odpovědí u každé dimenze kultury bezpečí pacientů.

V závislosti k první hypotéze byly porovnány rozdíly mezi třemi typy pracovišť (intenzivní, standardní a dlouhodobá) v jednotlivých dimenzích kultury bezpečí pacientů. Data byla popsána pomocí průměrů a směrodatných odchylek (SD). Shapiro-Wilkovými testy normality bylo zjištěno, že veličiny udávající bodové skóre v jednotlivých dimenzích kultury bezpečí nemají normální rozložení, proto byla k ověření platnosti hypotézy použita neparametrická statistická metoda – Kruskal Vallisův test. Pokud byla p-hodnota nižší než 0,05, byly následně provedeny post hoc testy mnohonásobného porovnání, které hledaly rozdíly mezi typy pracovišť po dvojicích.

K ověření druhé hypotézy predikci vztahu mezi sociodemografickými údaji a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů byl použit Spearmanův korelační koeficient se stanovením příslušné p-hodnoty.

Pro ověření platnosti třetí a čtvrté hypotézy byla použita vícerozměrná lineární regrese, jejímž cílem bylo určení statistického lineárního vztahu závislých proměnných dimenzí (celkové vnímání bezpečnosti pacientů a frekvence hlášení nežádoucích událostí) k nezávislým proměnným dimenzím.

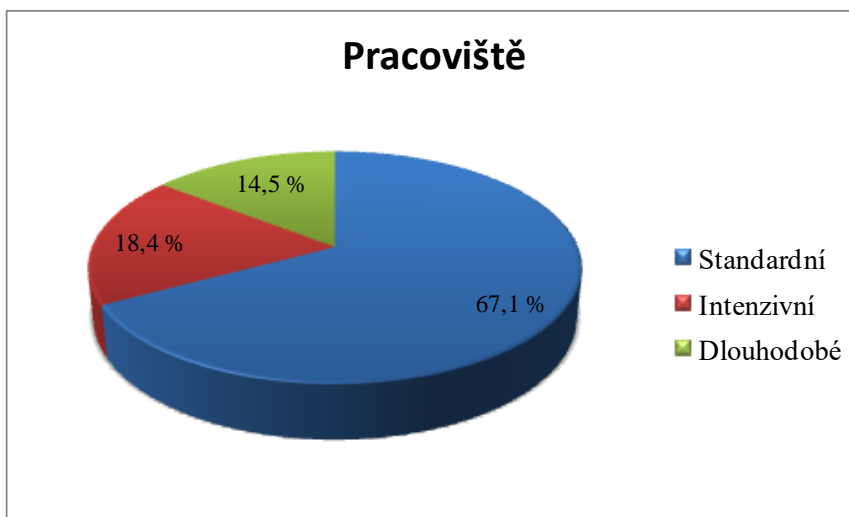
Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05. Statisticky významné p-hodnoty jsou v tabulkách zvýrazněny tučným písmem.

7 Dílčí výsledky výzkumu názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů

Výsledky prezentují deskripci názorů sester interních oborů ve FN Motol na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů a ověření dílčích cílů a platnosti hypotéz. Z důvodu rozsáhlosti dat byla provedena redukce výsledků. Celkové výsledky jsou uvedeny v příloze 7. Dílčí výsledky jsou seřazeny dle dimenzí kultury bezpečí, které korespondují s položkami v dotazníku (viz příloha 6).

Demografické údaje (část dotazníku - A, H)

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 207 (100%) všeobecných sester. Přesné rozložení respondentů vzhledem k typům pracovišť je uvedeno v grafu (viz obr. 1). Sociodemografické otázky týkající se délky praxe v nemocnici, na současném oddělení, týdenní pracovní doby, přímého kontaktu s pacienty a délky praxe v současné specializaci jsou popsány pomocí absolutních a relativních četností (viz tab. 1).



Obrázek 1: Pracoviště respondentů

Komentář k obrázku 1:

Nejvíce (139, 67,1 %) respondentů pracovalo na standardních typech pracovišť, 38 (18,4 %) respondentů pracovalo na intenzivních pracovištích. Nejméně respondentů (30, 14,5 %) bylo z dlouhodobého typu pracoviště – Centra následné péče.

Tabulka 1: Sociodemografické údaje respondentů

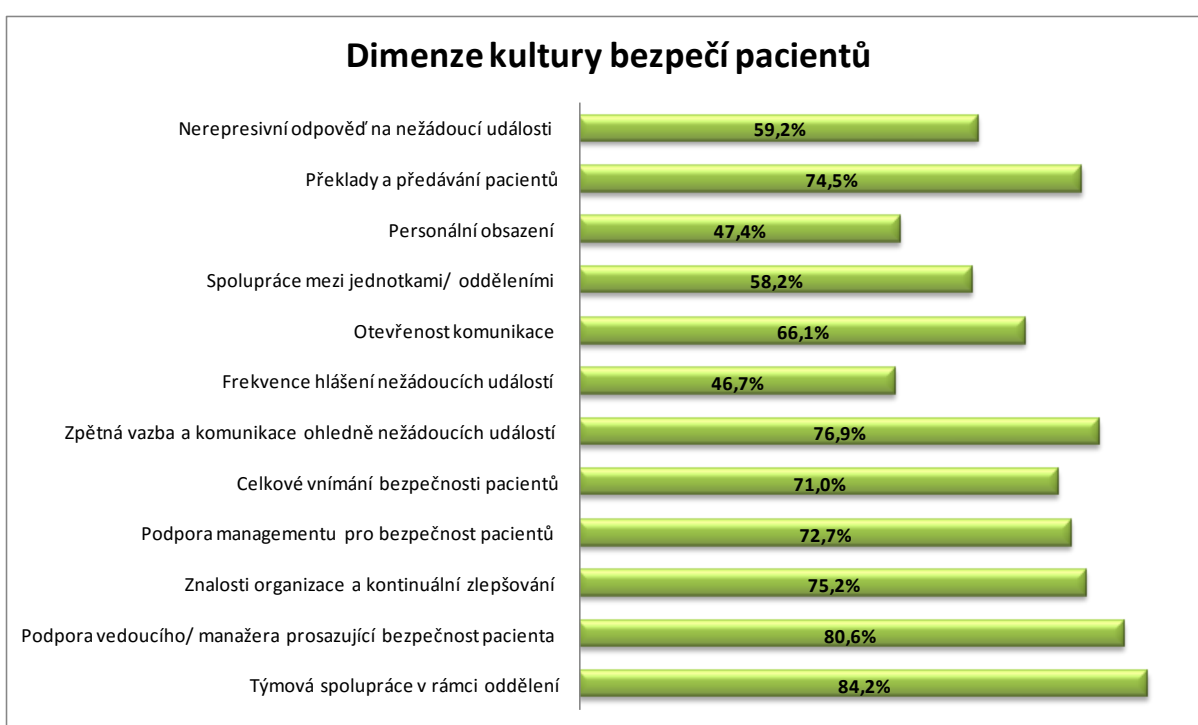
Část H		Počet	Procenta
Délka praxe v nemocnici	méně než 1 rok	26	12,6%
	1 - 5 let	60	29,0%
	6 - 10 let	51	24,6%
	11 - 15 let	32	15,5%
	16 - 20 let	20	9,7%
	21 a více let	18	8,7%
Délka praxe na současném oddělení	méně než 1 rok	36	17,4%
	1 - 5 let	66	31,9%
	6 - 10 let	56	27,1%
	11 - 15 let	28	13,5%
	16 - 20 let	9	4,3%
	21 a více let	12	5,8%
Týdenní pracovní doba	méně než 20 hod. týdně	2	1,0%
	20 - 39 hod. týdně	62	30,0%
	40 - 59 hod. týdně	121	58,5%
	60 - 79 hod. týdně	20	9,7%
	80 - 99 hod. týdně	2	1,0%
	100 a více hod. týdně	0	0,0%
Přímý kontakt s pacienty	ano	207	100,0 %
	ne	0	0,0%
Délka praxe v současné specializaci/ profesi	méně než 1 rok	16	7,7%
	1 - 5 let	41	19,8%
	6 - 10 let	44	21,3%
	11 - 15 let	41	19,8%
	16 - 20 let	22	10,6%
	21 a více let	43	20,8%

Komentář k tabulce 1:

Z výsledků je patrné, že nejvíce sester uvedlo délku praxe v nemocnici v rozmezí 1 rok - 5 let (60; 29 %), délku praxe na současném oddělení rovněž v rozmezí 1 rok – 5 let (66; 31,9 %), týdenní pracovní uvedlo nejvíce sester v rozmezí 40 – 59 hodin týdně (121; 58,5 %), přímý kontakt s pacienty udaly všechny sestry (207; 100 %) a délku praxe v současné specializaci/ profesi udalo nejvíce sester v rozmezí 6 – 10 let (44; 21,3 %).

Deskripce názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů (část dotazníku - A–G)

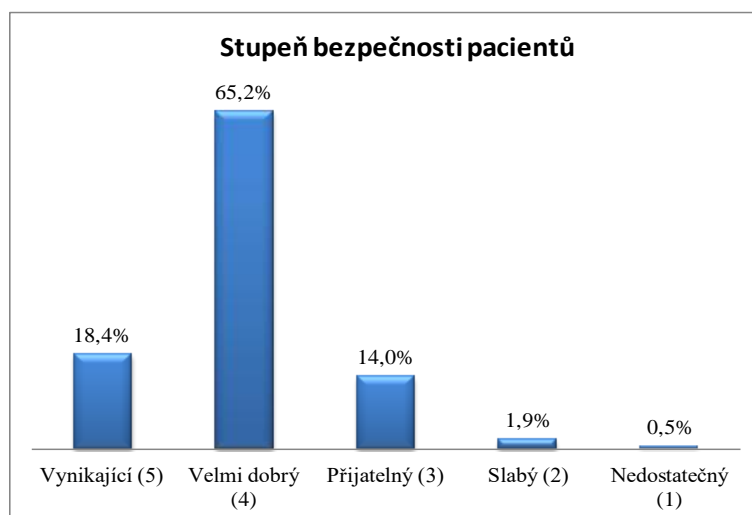
Deskripce názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů zahrnovala posouzení všech položek jednotlivých oblastí dotazníku (A – G, I – viz příloha 7.1). Položky tvořící jádro dotazníku (část A – D, F) byly seskupeny do jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů (viz příloha 7.2). Průměrné hodnoty pozitivních položek určujících jednotlivé dimenze kultury bezpečí pacientů byly graficky znázorněny (viz obr. 2). Přiřazené položky (část E, G) doplňující celkové informace byly rovněž procentuálně zachyceny v grafech (viz obr. 3, 4).



Obrázek 2: Dimenze kultury bezpečí pacientů – průměrná hodnota vyjádřená v procentech

Komentář k obrázku 2:

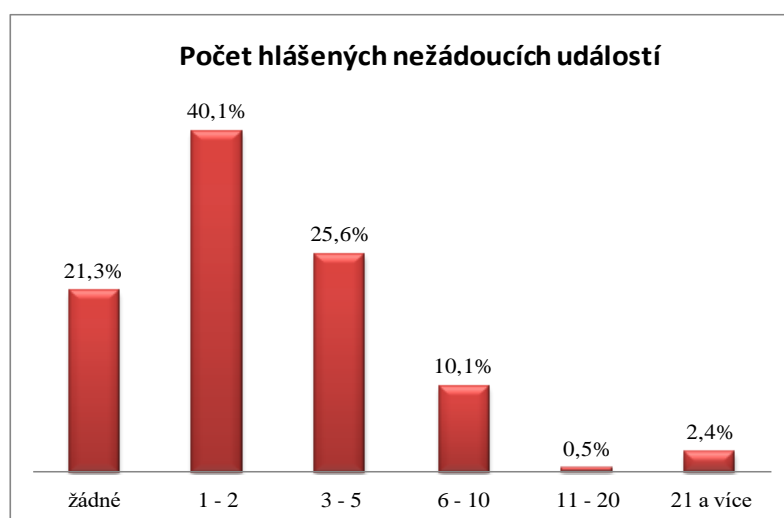
Z výsledků vyplývá, že sestry interních oborů hodnotily silné oblasti poskytované bezpečné péče následující tři dimenze - týmová spolupráce v rámci oddělení (84,2 %), podpora vedoucího/ manažera prosazující bezpečnost pacienta (80,6 %) a celkové vnímání bezpečnosti pacientů (76,9 %). Jako slabé oblasti poskytované bezpečné péče byly hodnoceny následující tři dimenze - frekvence hlášení nežádoucích událostí (46,7 %), personální obsazení (47,4 %) a spolupráce mezi odděleními (58,2 %).



Obrázek 3: Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů v procentech

Komentář k obrázku 3:

Z výsledků vyplývá, že respondenti nejvíce vybírali možnost velmi dobrý (65,2 %); celkově pozitivně (vynikající, velmi dobrý) hodnotilo bezpečnost pacientů 83,6 % respondentů. Možnost přijatelný stupeň bezpečnosti zvolilo 14,0 % respondentů. Negativní (slabý, nedostatečný) stupeň bezpečnosti přiřadila 2,4 % respondentů.



Obrázek 4: Počet hlášených nežádoucích událostí v procentech

Komentář k obrázku 4:

Bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (40,1 %) nahlásilo za posledních 12 měsíců 1 - 2 nežádoucích událostí. Minimálně jedna nežádoucí událost byla celkem zaznamenána 78,7 % respondentů. Možnost žádné hlášení nežádoucích událostí zvolilo 21,3 % respondentů.

7.1 Ověření dílčích cílů a platnosti hypotéz

Dílčí cíl 1: Zjistit predikci rozdílů v posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů mezi pracovišti standardního, intenzivního a dlouhodobého typu.

Pracovní hypotéza č. 1:

H1: Mezi jednotlivými typy pracovišť (standardní, intenzivní, dlouhodobý) existují rozdíly v posouzení dimenzí kultury bezpečí pacientů.

Statistická hypotéza č. 1:

H₀1: Neexistují rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení dimenzí kultury bezpečí pacientů.

H_A1: Existují rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení dimenzí kultury bezpečí pacientů.

Ověření platnosti hypotézy

Data byla popsána pomocí průměrů a směrodatných odchylek (SD) přehledně v tabulce (viz tab. 2). V řádcích tabulky jsou uvedeny jednotlivé dimenze bezpečnosti a ve sloupcích typy pracovišť (intenzivní, standardní, dlouhodobý). Tři typy pracovišť byly porovnány v hodnocení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů pomocí Kruskal-Wallisova testu (p – hodnota v tabulce). Pokud byla p -hodnota menší než 0,05, byly následně provedeny testy mnohonásobného porovnání, které hledaly rozdíly mezi typy pracovišť po dvojicích. V posledních třech sloupcích tabulky jsou uvedeny p -hodnoty tohoto porovnání. Významné rozdíly v hodnocení byly dle typů pracovišť prokázány a následně zachyceny v krabicových grafech (viz obr. 5, 6).

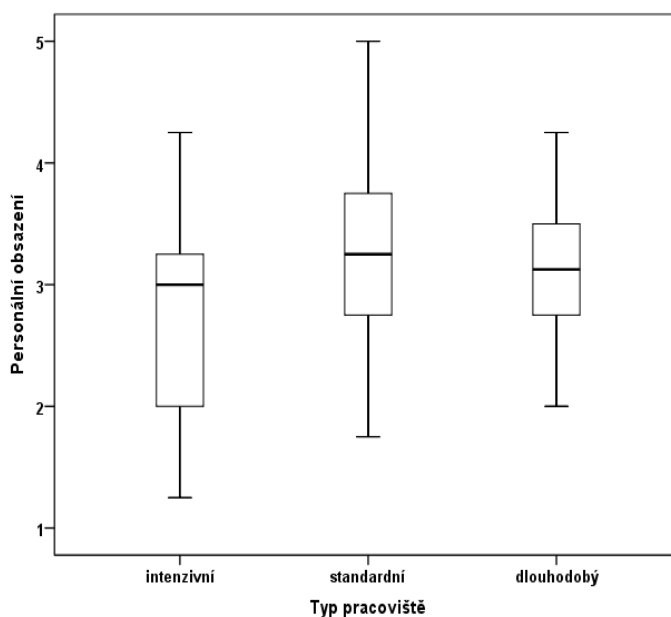
Závěr: Hypotézu H₀1 můžeme zamítnout ve prospěch hypotézy H_A1 pouze pro dvě dimenze kultury bezpečí pacientů:

- Personální obsazení - intenzivní pracoviště mají významně nižší hodnocení než pracoviště standardní ($p = 0,015$).
- Frekvence hlášení nežádoucích událostí - pracoviště dlouhodobého typu mají významně vyšší hodnocení než pracoviště standardní ($p = 0,004$).

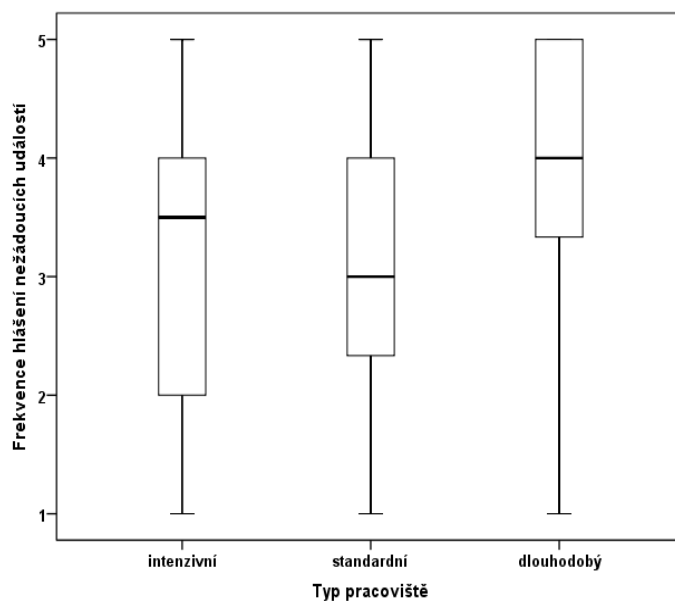
Pro ostatní dimenze kultury bezpečí pacientů nulovou hypotézu zamítnout nemůžeme.

Tabulka 2: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť interních oborů

	Typ pracoviště						p-hodnota	int. vs stand.	int. vs dlouh.	stand. vs dlouh.
	intenzivní (n = 38)		standardní (n = 139)		dlouhodobý (n = 30)					
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD				
Týmová spolupráce v rámci oddělení	3,91	0,74	3,97	0,65	4,06	0,49	0,863			
Znalosti organizace a kontinuální zlepšování	3,71	0,63	3,77	0,54	4,01	0,54	0,050			
Celkové vnímání bezpečnosti pacientů	3,75	0,85	3,91	0,58	3,83	0,51	0,767			
Personální obsazení	2,81	0,75	3,23	0,66	3,09	0,52	0,016	0,015	0,222	1,000
Nerepresivní odpověď na nežádoucí události	3,39	0,81	3,59	0,71	3,43	0,84	0,535			
Podpora vedoucího prosazující bezpečnost pacienta	3,94	0,67	4,00	0,58	4,03	0,76	0,695			
Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí	3,83	0,84	3,88	0,71	4,10	0,74	0,343			
Otevřenost komunikace	3,74	0,77	3,77	0,70	3,97	0,71	0,323			
Frekvence hlášení nežádoucích událostí	3,30	1,18	3,14	1,15	3,89	1,07	0,006	1,000	0,124	0,004
Podpora managementu pro bezpečnost pacientů	3,59	0,62	3,74	0,67	3,84	0,77	0,130			
Spolupráce mezi jednotkami/ odděleními	3,33	0,67	3,42	0,74	3,52	0,76	0,386			
Překlady a předávání pacientů	3,98	1,27	3,85	0,62	3,95	0,50	0,619			



Obrázek 5: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení personálního obsazení



Obrázek 6: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení frekvence hlášení nežádoucích událostí

Dílčí cíl 2: Zjistit predikci vztahu mezi sociodemografickými údaji a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

Pracovní hypotéza č. 2:

H2: Sociodemografické údaje korelují s jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

Statistická hypotéza č. 2:

H₀2: Neexistuje vztah mezi sociodemografickými a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

H_A2: Existuje vztah mezi sociodemografickými a jednotlivými posuzovanými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

Ověření platnosti hypotézy:

Vztah mezi jednotlivými dimenzemi kultury bezpečí pacientů a sociodemografickými údaji (délkou praxe v nemocnici, délkou praxe na současném oddělení, týdenní pracovní dobou a délkou praxe v současné specializaci/ profesi) byl ověřen výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu a příslušné p-hodnoty (viz tab. 3).

Závěr: Hypotézu H₀₂ můžeme zamítnout ve prospěch hypotézy H_{A2} vzhledem k tomu, že byla prokázána statisticky významná slabá pozitivní korelace mezi:

- délkou praxe v nemocnici a dimenzemi - nerepresivní odpověď na nežádoucí události (p = 0,002), zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí (p = 0,002) a podpora managementu pro bezpečnost pacientů (p = 0,047);
- délkou praxe na současném oddělení a dimenzemi - nerepresivní odpověď na nežádoucí události (p = 0,006) a zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí (p = 0,004);
- délkou praxe v současné specializaci/ profesi a dimenzemi - znalosti organizace a kontinuální zlepšování (p = 0,017), zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí (p = 0,001) a frekvence hlášení nežádoucích událostí (p = 0,003).

Všechny korelační koeficienty jsou kladné - znamená to tedy, že úměrně k délce praxe se zvyšuje i úroveň v daných dimenzích. Jiné významné závislosti prokázány nebyly.

Tabulka 3: Vztah mezi sociodemografickými údaji a jednotlivými posuzovanými dimenzemi

		Délka praxe v nemocnici	Délka praxe na současném oddělení	Týdenní pracovní doba	Délka praxe v současné specializaci/ profesi
Týmová spolupráce v rámci oddělení	Kor. koeficient	0,085	0,082	0,058	-0,027
	p-hodnota	0,221	0,242	0,406	0,697
Znalosti organizace a kontinuální zlepšování	Kor. koeficient	0,094	0,023	-0,018	0,165
	p-hodnota	0,177	0,740	0,797	0,017
Celkové vnímání bezpečnosti pacientů	Kor. koeficient	0,018	-0,007	0,006	-0,013
	p-hodnota	0,792	0,916	0,936	0,858
Personální obsazení	Kor. koeficient	0,010	-0,113	0,013	0,057
	p-hodnota	0,882	0,104	0,855	0,418
Nerepresivní odpověď na nežádoucí událost	Kor. koeficient	0,214	0,192	0,044	0,126
	p-hodnota	0,002	0,006	0,526	0,070
Podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta	Kor. koeficient	0,107	0,008	-0,068	0,063
	p-hodnota	0,126	0,913	0,327	0,369
Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí	Kor. koeficient	0,217	0,200	0,096	0,224
	p-hodnota	0,002	0,004	0,168	0,001
Otevřenost komunikace	Kor. koeficient	0,128	0,101	0,070	0,099
	p-hodnota	0,065	0,147	0,319	0,155
Frekvence hlášení nežádoucích událostí	Kor. koeficient	0,036	0,024	0,009	0,202
	p-hodnota	0,604	0,732	0,893	0,003
Podpora managementu pro bezpečnost pacientů	Kor. koeficient	0,138	0,046	-0,020	0,088
	p-hodnota	0,047	0,513	0,777	0,209
Spolupráce mezi jednotkami/ odděleními	Kor. koeficient	-0,029	-0,038	-0,081	0,015
	p-hodnota	0,676	0,591	0,249	0,826
Překlady a předávání pacientů	Kor. koeficient	-0,010	-0,100	-0,065	0,051
	p-hodnota	0,886	0,152	0,355	0,462

Dílčí cíl 3: Určit predikovaný vztah závislé proměnné dimenzi - celkové vnímání bezpečnosti pacientů - k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů.

Pracovní hypotéza č. 3:

H3: Závislá proměnná dimenze - celkové vnímání bezpečnosti pacientů – je asociována s nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

Statistická hypotéza č. 3:

H₀₃: Neexistuje asociace závislé proměnné dimenze - celkové vnímání bezpečnosti pacientů - s nezávislými proměnnými dimenzemi.

H_{A3}: Existuje asociace závislé proměnné dimenze - celkové vnímání bezpečnosti pacientů - s nezávislými proměnnými dimenzemi.

Ověření platnosti hypotézy:

Hypotéza byla ověřena vícerozměrnou lineární regresí (viz tab. 4), ve které byly nezávislými proměnnými dimenzemi podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta, znalosti organizace a kontinuální zlepšování, týmová spolupráce v rámci oddělení, nerepresivní odpověď na nežádoucí událost, personální obsazení, podpora managementu pro bezpečnost pacientů, spolupráce mezi jednotkami/ odděleními, překlady a předávání pacientů, otevřenost komunikace, zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí. Závislou proměnnou dimenzí bylo celkové vnímání bezpečnosti pacientů.

Závěr: Nulovou hypotézu H₀₃ můžeme zamítnout, jelikož závislá proměnná - celkové vnímání bezpečnosti pacientů – je u sester interních oborů významně asociována s pěti nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí:

- podporou vedoucího/ manažera prosazující bezpečnost pacienta (beta = 0,147, p = 0,039),
- znalostmi organizace a kontinuálním zlepšováním (beta = 0,153, p = 0,049),
- týmovou spoluprací v rámci oddělení (beta = 0,139, p = 0,036),
- personálním obsazením (beta = 0,243, p = 0,0001)
- podporou managementu pro bezpečnost pacientů (beta = 0,132, p = 0,041).

Kvalita modelu byla posouzena koeficientem determinace neboli proporcí variance závislé proměnné se všemi nezávislými proměnnými ($R^2 = 0,340$).

Dílčí cíl 4: Určit predikovaný vztah závislé proměnné dimenze – frekvence hlášení nežádoucích událostí – k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů.

Pracovní hypotéza č. 4:

H3: Závislá proměnná dimenze – frekvence hlášení nežádoucích událostí – je asociována s nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů.

Statistická hypotéza č. 4:

H₀₃: Neexistuje asociace závislé proměnné dimenze - frekvence hlášení nežádoucích událostí – s nezávislými proměnnými dimenzemi.

H_{A3}: Existuje asociace závislé proměnné dimenze - frekvencí hlášení nežádoucích událostí – s nezávislými proměnnými dimenzemi.

Ověření platnosti hypotézy:

Hypotéza byla ověřena rovněž vícerozměrnou lineární regresí (viz tab. 4), ve které byly nezávislými proměnnými dimenzemi podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta, znalosti organizace a kontinuální zlepšování, týmová spolupráce v rámci oddělení, nerepresivní odpověď na nežádoucí událost, personální obsazení, podpora managementu pro bezpečnost pacientů, spolupráce mezi jednotkami/ odděleními, překlady a předávání pacientů, otevřenost komunikace, zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí. Závislou proměnnou dimenzí byla frekvence hlášení nežádoucích událostí.

Závěr: Nulovou hypotézu H₀₄ můžeme zamítnout, jelikož závislá proměnná dimenze - frekvence hlášení nežádoucích událostí - je významně asociována s dvěma nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí:

- znalostmi organizace a kontinuálním zlepšováním (beta = 0,368, p = 0,033),
- zpětnou vazbou a komunikací ohledně nežádoucích událostí (beta = 0,357, p = 0,011).

Kvalita modelu byla opět posouzena koeficientem determinace neboli proporcí variance závislé proměnné se všemi nezávislými proměnnými ($R^2 = 0,072$).

Tabulka 4: Vícerozměrná lineární regrese vztahu závislých proměnných dimenzí k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů

Nezávislé proměnné dimenze	Celkové vnímání bezpečnosti pacientů*			Frekvence hlášení nežádoucích událostí**		
	beta	t-hodnota	p-hodnota	beta	t-hodnota	p-hodnota
Podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta	0,147	2,074	0,039	-0,115	-0,732	0,465
Znalosti organizace a kontinuální zlepšování	0,153	1,984	0,049	0,368	2,153	0,033
Týmová spolupráce v rámci oddělení	0,139	2,108	0,036	0,099	0,680	0,497
Nerepresivní odpověď na nežádoucí událost	0,034	0,574	0,567	-0,107	-0,813	0,417
Personální obsazení	0,243	3,948	0,0001	0,025	0,186	0,853
Podpora managementu pro bezpečnost pacientů	0,132	2,062	0,041	-0,064	-0,453	0,651
Spolupráce mezi jednotkami/odděleními	-0,029	-0,475	0,635	0,096	0,711	0,478
Překlady a předávání pacientů	0,046	0,874	0,383	0,163	1,413	0,159
Otevřenost komunikace	-0,032	-0,491	0,624	-0,107	-0,739	0,461
Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí	0,035	0,564	0,574	0,357	2,563	0,011

*F (10, 196) = 11,615, p < 0,0001, R² = 0,340

**F (10, 196) = 2,607, p = 0,005, R² = 0,072

DISKUZE

Deskripce názorů sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů byla provedena za pomoci standardizovaného nástroje „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Výsledky našeho výzkumu byly porovnány s výsledky společnosti AHRQ z USA, některé se zahraničními studii zaměřujícími se na hodnocení kultury bezpečí pacientů sestrami, se studií provedenou v ČR v jihočeském kraji u NLZP a studií provedenou na Slovensku u všech zdravotnických pracovníků.

Výsledky ukázaly, že klasifikace bezpečnosti pacientů prostřednictvím přiřazení určitého stupně byla sestrami interních oborů hodnocena jako pozitivní v 83,6 % případů. Společnost AHRQ v porovnání udává stupeň hodnocení nižší – 76 %; Filka, Kotrbová (2012, s. 54) v jihočeských nemocnicích uvádí 66,2 % a Mikušová, Rusnáková (2012, s. 48) na Slovensku 62 %. Dalším významným výsledkem bylo zaznamenávání případů nežádoucích událostí. V našem výzkumu minimálně jednu událost za posledních 12 měsíců zaznamenalo až 78,7 % sester. Porovnáme-li opět tyto výsledky s ostatními výzkumy, zjistíme, že v USA minimálně jednu nežádoucí událost nahlásilo 45 % pracovníků (Famolaro et al., 2016, s. 27), v nemocnicích jihočeského kraje 65,8 % NLZP (Filka, Kotrbová, 2012, s. 54), na Slovensku pak pouhých 17 % pracovníků (Mikušová, Rusnáková, 2012, s. 49).

Vyhodnocením jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů lze zjistit silné a slabé oblasti poskytování bezpečné péče. V USA byly udávány jako silné oblasti zejména týmová spolupráce mezi odděleními (82 %), podpora vedoucího/ manažera prosazujícího bezpečnost pacientů (78 %) a znalosti organizace a kontinuální zlepšování (73 %). Sestry interních oborů považovaly za silné oblasti poskytované bezpečné péče ve Fakultní nemocnici v Motole rovněž týmovou spolupráci na oddělení (84,2 %) a podporu vedoucího/ manažera prosazujícího bezpečnost pacientů (80,6 %). Dále mezi silné oblasti poskytované bezpečné péče zařadily celkové vnímání bezpečnosti pacientů (76,9 %), což je srovnatelné s výsledky studií Filka, Kotrbová (2012, s. 55) – 72,4 %, a Mikušová, Rusnáková (2012, s. 48) – 74 %. V zahraničních výzkumech provedených v souvislosti s identifikací týmové spolupráce a podpory vedoucího/ manažera prosazujícího bezpečnost pacientů jako silných oblastí hodnocených sestrami byly ve vztahu k našemu výzkumu zaznamenány obdobné hodnoty (Wang et al., 2014, s. 1117; Ammouri et al., 2015, s. 106).

Za slabé oblasti poskytované bezpečné péče dle personálu v USA v kultuře bezpečí jsou považovány dimenze nerepresivní odpověď na nežádoucí události (45 %), překlady a předávání pacientů (48 %) a personální obsazení (54 %). Sestry interních oborů ve FNM zařadily mezi slabé oblasti poskytované bezpečné péče frekvenci hlášení nežádoucích událostí (46,7 %), personální obsazení (47,4 %) a spolupráci mezi odděleními v nemocnici (58,2 %). Dimenze personální obsazení a týmová spolupráce mezi odděleními mají nízké hodnocení i ve studiích Filky, Kotrbové (2012, s. 55) a Mikušové, Rusnákové (2012, s. 48). Personální nedostatek je dle většiny publikovaných studií (El-Jardali et al., 2014, s. 10; Robida, 2013, s. 471; Nie et al., 2013, s. 232) celosvětovým problémem a v důsledku toho bývají pracovníci přepracováni. I přesto, že délka pracovní doby by měla činit 40 hodin týdně, nejvíce našich respondentů uvedlo, že pracuje týdně v průměru až 60 hodin. Výsledkem přepracování může být stres a únava, které negativně ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče (El-Jardali et al., 2014, s. 10). Vysoké pracovní zatížení pak dále může vést ke zvýšení rizika vzniku téměř pochybení a chyb (Filka, Kotrbová, 2012, s. 57). Paradoxem je, že i přesto, že až 80 % sester nahlásilo za posledních 12 měsíců minimálně jednu nežádoucí událost, tyto sestry považovaly mezi dimenzemi za slabou oblast frekvenci hlášení nežádoucích událostí. Důvodem může být to, že se položky této oblasti týkaly i hlášení téměř pochybení. O hlášení téměř pochybení se v České republice zatím ani neuvažuje (Škrála, Škrlová, 2008, s. 130). Filka navzdory tomu však uvádí, že hlášení téměř pochybení může být jednou z nejefektivnějších strategií v boji proti jeho vzniku (Filka, 2010, s. 125).

Prvním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda existují rozdíly v hodnocení bezpečné péče mezi pracovišti standardního, intenzivního a dlouhodobého typu interních oborů ze strany sester ve Fakultní nemocnici v Motole. Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť (standardní, dlouhodobý, intenzivní) v hodnocení dimenzí kultury bezpečí pacientů byly statisticky významné. Bylo zjištěno, že sestry z intenzivní péče oproti sestrám ze standardních typů pracovišť hodnotí hůře personální obsazení. Dále bylo prokázáno, že pracoviště dlouhodobého typu měla oproti pracovištím standardním významně vyšší hodnocení v dimenzi frekvence hlášení nežádoucích událostí. V rámci rešeršní strategie nebyla nalezena studie, která by poukazovala na rozdíly mezi typy pracovišť, nicméně dle ÚZIS nejvyšší frekvence hlášení nežádoucích událostí byla zaznamenána na standardních typech pracovišť (Výsledky benchmarkingu NÚ, 2015), tudíž jsme předpokládali existenci rozdílů mezi pracovišti i v jiných dimenzích kultury bezpečí pacientů. Jednalo se tedy o nepřímé potvrzení rozdílů v dimenzích kultury bezpečí pacientů mezi jednotlivými typy pracovišť.

Druhým cílem bylo zjištění predikce vztahu mezi jednotlivými dimenzemi kultury bezpečí pacientů a sociodemografickými údaji respondentů. Bylo zjištěno, že mezi některými z nich existuje slabá pozitivní korelace. Porovnáme-li výsledky našeho výzkumu s jediným dohledaným výzkumem provedeným v Íránu, zjistíme, že došlo ke shodě mezi délkou praxe na současném oddělení s nerepresivní odpovědí na nežádoucí události a zpětnou vazbou a komunikací ohledně nežádoucích událostí (Bahrami et al., 2014, s. 7).

Třetím a čtvrtým cílem bylo zjistit predikovaný vztah závislých proměnných dimenzí - celkové vnímání bezpečnosti pacientů a frekvence hlášení nežádoucích událostí - k nezávislým proměnným dimenzím. Z předchozích studií provedených v Ománu, Švédsku a Saudské Arábii lze zjistit, že existuje vztah mezi závislými a nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů (Ammouri et al., 2015; Ballangrud, Hedelin, Hall-Lord, 2012; El-Jardali et al., 2014). V našem výzkumu bylo prokázáno, že závislá proměnná dimenze - celkové vnímání bezpečnosti pacientů - byla významně asociována s pěti nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů (podpora vedoucího/manažera prosazujícího bezpečnost pacienta, znalosti organizace a kontinuální zlepšování, týmová spolupráce v rámci oddělení, podporou managementu pro bezpečnost pacientů). Asociace u nezávislých proměnných dimenzí (podpora vedoucího/manažera prosazujícího bezpečnost pacienta a spolupráce mezi odděleními) s danou závislou proměnnou dimenzí – celkové vnímání bezpečnosti pacientů - byla prokázána i sestrami v dalších studiích (Ammouri et al., 2015, s. 107; Ballangrud, Hedelin, Hall-Lord, 2012, s. 351). Závislá proměnná dimenze - frekvence hlášení nežádoucích událostí - byla u sester interních oborů významně asociována s nezávislými proměnnými dimenzemi (znalosti organizace a kontinuální zlepšování, zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí). Asociace u nezávislé proměnné dimenze (zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí) s danou závislou proměnnou dimenzí – frekvence hlášení nežádoucích událostí - byla rovněž potvrzena sestrami v dalších studiích (Ammouri et al., 2015, s. 107; El-Jardali et al., 2014, s. 5). Kvalita tohoto modelu byla posouzena koeficientem determinace (u dimenze celkové vnímání bezpečnosti pacientů bylo $R^2 = 0,340$, u dimenze frekvence hlášení nežádoucích událostí bylo $R^2 = 0,072$), což je srovnatelné s publikací provedenou Ammourim et al. – celkové vnímání bezpečnosti ($R^2 = 0,350$), frekvence hlášení nežádoucích událostí ($R^2 = 0,096$). Dané asociace mezi závislými a nezávislými proměnnými dimenzemi kultury bezpečí pacientů mohou přispět k celkovému lepšímu vnímání bezpečnosti pacientů a ke zvýšení frekvence hlášení nežádoucích událostí (Ammouri et al., 2015, s. 108).

Výsledky našeho výzkumu mohou být limitovány velikostí souboru, díky němuž nelze generovat výsledky na celou populaci sester. Výsledky jsou platné pouze pro situaci ve FNM. Pro další výzkum týkající se deskripce názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů by mohlo být přínosné využití výsledků z více nemocnic, stejně tak by mohlo být přínosné i zaměření na více pracovišť i profesních oblastí. Vzhledem k náročnosti zpracování dat bych doporučila prodloužit dobu výzkumu minimálně o jeden rok, čímž by bylo možné získat i více názorů respondentů k dané problematice. Pro hodnocení kultury bezpečí pacientů bych doporučila použít stejný dotazník, jaký byl použit v tomto výzkumu, a srovnat jednotlivé výsledky. Vzhledem k tomu, že nástroj „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ není u nás běžně využíván, je zapotřebí dalších výzkumů, aby mohl být ověřen a získal platnost a viditelnost v celé České republice.

ZÁVĚR

Pozitivní kultura bezpečí je pro poskytování bezpečné péče velmi důležitá. Posouzením jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů lze usuzovat na bezpečnost poskytované péče. Cílem diplomové práce byla sumarizace poznatků o bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče a kultuře bezpečí pacientů v nemocniční a ošetrovatelské péči. V teoretické části byla popsána problematika bezpečnosti pacientů s odrazem historie i současného stavu ve světě i v České republice, dále kultura bezpečí pacientů v nemocniční péči, její vymezení, obsah, požadavky na vytvoření a její úloha při zlepšování bezpečnosti pacientů. Identifikovány a popsány byly rovněž nástroje k jejímu měření, z nichž byl vzhledem k platnosti a vysoké spolehlivosti pro výzkumné šetření zvolen „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Stěžejní oblastí vzhledem k zaměření diplomové práce byla bezpečnost a kultura bezpečí pacientů v ošetrovatelské péči. Byly shrnuty poznatky o bezpečnosti pacientů při poskytování ošetrovatelské péče a dále byly definovány jednotlivé dimenze kultury bezpečí pacientů vztahu k této péči.

Kvantitativní výzkumné šetření „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ bylo provedeno ve Fakultní nemocnici v Motole. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 207 sester pracujících na odděleních/ klinikách interních oborů. Cílem byla deskripce názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů. Posouzení bylo založeno na identifikaci silných a slabých oblastí poskytované bezpečné péče a vyhodnocení dvou přiřazených položek. Jejich pomocí bylo zjištěno, že více než 80 % sester hodnotilo stupeň bezpečnosti pacientů ve Fakultní nemocnici v Motole pozitivně a skoro 80 % sester zaznamenalo za posledních 12 měsíců minimálně jednu nežádoucí událost. Posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů rovněž přispělo ke splnění prvního a druhého dílčího cíle výzkumu, kterým byla v cíli prvním identifikace rozdílů v posouzení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů mezi jednotlivými typy pracovišť a v cíli druhém potvrzení predikovaného vztahu mezi sociodemografickými údaji a jednotlivým posuzovanými dimenzemi. Rozdíly mezi pracovišti byly prokázány v dimenzích personální obsazení a frekvence hlášení nežádoucích událostí. Ve vztahu sociodemografických údajů k jednotlivým dimenzím kultury bezpečí pacientů bylo prokázáno, že se zvyšující se praxí sester se zvyšovala i úroveň v některých dimenzích. Třetím a čtvrtým cílem bylo určit predikovaný vztah nezávislých

a závislých proměnných dimenzí – celkové vnímání bezpečnosti pacientů a frekvence hlášení nežádoucích událostí. Bylo prokázáno, že sestry interních oborů udávaly vyšší celkové vnímání bezpečnosti pacientů v případě, že pozitivně vnímaly personální zajištění, týmovou spolupráci v rámci oddělení, podporu vedoucího/ manažera prosazujícího bezpečnost pacienta, podporu managementu a znalosti organizace a její kontinuální zlepšování. Vyšší hodnocení v dimenzi frekvence hlášení nežádoucích událostí bylo jimi udáváno, pokud pozitivně vnímaly zpětnou vazbu a komunikaci ohledně nežádoucích událostí, znalosti organizace a její kontinuální zlepšování. Pokud by tedy Fakultní nemocnice v Motole chtěla zlepšit celkové vnímání bezpečnosti pacientů a frekvenci hlášení nežádoucích událostí sestrami interních oborů, měla by se na dané dimenze zaměřit.

Vzhledem k tomu, že v dnešní době se kvalita a bezpečí poskytované zdravotní péče posuzují externě dle dodržovaných standardů, domnívám se, že by se pozornost měla zaměřit i na posuzování bezpečnosti prostřednictvím personálu. Cíl výzkumu spočívající v deskripci názorů sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení kultury bezpečí pacientů byl splněn.

I přesto, že nároky na odbornost a množství prováděných výkonů u sester narůstají exponenciální řadou, společným cílem zůstává poskytování kvalitní a bezpečné péče. Věřím, že výsledky diplomové práce upozorní na problematiku poskytování bezpečné péče a zároveň na možnosti jejího posuzování. Výsledky šetření poukazují na identifikované silné a slabé dimenze poskytované bezpečné péče, které mohou být přínosem nejen pro vrcholový management nemocnice. Management může silné i slabé dimenze dále ovlivňovat, čímž může prostřednictvím pravidelného posuzování dosáhnout celkového zlepšení poskytované bezpečné péče o pacienty.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. 10 facts on patient safety. 2014. *World Health Organization* [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/
2. 2016 National Patient Safety Goals. 2016. *The Joint Commission* [online]. Oakbrook Terrace: The Joint Commission [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
3. About AHRQ. 2015. *AHRQ* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>
4. ABUALRUB, Raeda Fawzi a Eyad Hani ABU ALHIJAA. 2014. The Impact of Educational Interventions on Enhancing Perceptions of Patient Safety Culture Among Jordanian Senior Nurses. *Nursing Forum* [online]. **49**(2), 139-150 [cit. 2015-12-08]. DOI: 10.1111/nuf.12067. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=a9h&AN=95995419&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
5. AL DOWERI, Haetham F., Atef T. AL RAOUSH, Ahed J. ALKHATIB a Batiha Mustafa ABDELRHMAN. 2015. Patient's safety culture: Principles and applications: Review article. *European Scientific Journal*. **11**(15), 83- 94 [cit. 2015-10-30]. ISSN: 1857 - 7431. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1686345485?accountid=16531>
6. ALBRECHT, Roxie M. 2015. Patient safety: the what, how, and when. *American Journal Of Surgery* [online]. **210**(6), 978–982 [cit. 2015-12-12]. DOI:10.1016/j.amjsurg.2015.09.003. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961015005528>

7. ALLEN, Danielle, Megan WEINHOLD, Jenna MILLER, M. Ellen JOSWIAK, April BURSIEK, Amanda RUBIN, Sara O'HARA a Pamela CRUBBS. 2015. Nurses as Champions for Patient Safety and Interdisciplinary Problem Solving. *MEDSURG Nursing* [online]. **24**(2), 107-110 [cit. 2015-12-16]. ISSN: 1092-0811. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=a9h&AN=102472711&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
8. ALVES BARROS, Ariane, Roberta MENESES OLIVEIRA, Aline CORIOLANO PINHEIRO, Ilse Maria TIGRE DE ARRUDA LEITÃO, Aurora PINHEIRO DO VALE, Lucilane Maria SALES DA SILVA. 2014. Motivation Practices to Promote Safety Culture by Nursing Leaders According to Assisting Nurses. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [online]. **8**(12), 4330-4336 [cit. 2015-11-20]. ISSN: 1981-8963. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=edb&AN=99960244&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
9. AMMOURI, A. A., A. K. TAILAKH, J. K. MULIIRA, R. GEETHAKRISHNAN a S. N. AL KINDI. 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* [online]. **62**(1), 102-110 [cit. 2015-09-11]. DOI: 10.1111/inr.12159. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495946>
10. ARMSTRONG, Michael. 2007. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1407-3.
11. BAHRAMI, Mohammad Amin, Mahjabin CHALAK, Razieh MONTAZERALFARAJ a Arefeh DEHGHANI TAFTI. 2014. Iranian Nurse' Perception of Patient Safety Culture. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. **16**(4), 1-9 [cit. 2015-09-26]. DOI: 10.5812/ircmj.11894. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028756>

12. BALLANGRUD, Randi, Birgitta HEDELIN a Marie Louise HALL-LORD. 2012. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 28, 344-354 [cit. 2015-09-26]. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.01.001. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S096433971200002X&site=eds-live&authtype=uid>
13. BOWIE, Paul. 2010. Leadership and implementing a safety culture. *Practice Nurse* [online]. 40(10), 32-35 [cit. 2015-11-22]. ISSN: 0953-6612. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=bth&AN=58040276&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
14. BOYNTON, Beth. 2012. Nurse Leaders' Critical Role in and Collaboration Strategies for Creating Safe, Positive Workplace Cultures. *Journal of Legal Nurse Consulting* [online]. 23(2), 31-34 [cit. 2015-09-22]. ISSN: 1080-3297. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/ebsco.han.medvik.cz/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103756644&lang=cs>
15. BRABCOVÁ, Iva, Sylva BÁRTLOVÁ, Alena MACHOVÁ a Kateřina VOLENÍKOVÁ. 2014. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství* [online]. 16, 94-103 [cit. 2015-09-21]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=1045977>
16. BRAITHWAITE, Jeffrey, Mary T. WESTBROOK, Joanne F. TRAVAGLIA a Clifford HUGHES. 2010. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Quality & Safety in Health Care* [online]. 19(3), 229-233 [cit. 2015-10-21]. DOI: 10.1136/qshc.2008.030213. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=mdc&AN=20534716&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

17. BRBOROVIĆ, Hana, Ognjen BRBOROVIĆ, Vlatka BRUMEN, Gordana PAVLEKOVIĆ, Jadranka MUSTAJBEGOVIĆ. 2014. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Archives of Industrial Hygiene* [online]. **65**(2), 149-156 [cit. 2015-09-18]. ISSN: 00041254. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=s3h&AN=96699876&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
18. CRONENWETT, Linda, Gwen SHERWOOD, Jane BARNSTEINER, Joanne DISCH, Jean JOHNSON, Pamela MITCHELL, Dori Taylor SULLIVAN a Judith WARREN. 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook* [online]. **55**(3), 122-131 [cit. 2015-09-15]. DOI: 10.1016/j.outlook.2007.02.006. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655407000620>
19. ČESKO. 2012. Vyhláška č. 98/2012 Sb. ze dne 22. 3. 2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html
20. DAVOODI, Rozita, Mahmoud MOHAMMADZADEH SHABESTARI, Afsaneh TAKBIRI, Azadeh SOLTANIFAR, Golnaz SABOURI, Shaghayegh RAHMANI a Toktam MOGHIMAN. 2013. Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. *Iranian Journal of Public Health* [online]. **42**(11), 1292-1298 [cit. 2015-10-31]. ISSN: 2251-6085. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=edswsc&AN=000327743500012&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
21. DĚDINA, Jiří a Jiří ODCHÁZEL. 2007. *Management a moderní organizování firmy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2149-1.

22. EL-JARDALI, Fadi, Farheen SHEIKH, Nereo A GARCIA, Diana JAMAL a Ayman ABDO. 2014. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research* [online]. **14**(1), 1-15 [cit. 2015-10-11]. DOI: 10.1186/1472-6963-14-122. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/>
23. FAMOLARO Theresa, YOUNT, Naomi Dyer, BURNS, Willow, FLASNER, Elizabeth, LIU, Helen, SORRA, Joann. 2016. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality* [online]. AHRQ Publication No. 16-0021-EF [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf
24. FARUP, Per G. 2015. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. *BMC Health Services Research* [online]. **15**(1), 1-7 [cit. 2015-12-16]. DOI: 10.1186/s12913-015-0852-x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4424527/>
25. FILKA, Jozef. 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. **6**(2), 125-128 [cit. 2015-09-22]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=828165>
26. FILKA, Jozef a Kvetoslava KOTRBOVÁ. 2012. Průzkum kultury bezpečí pacientů v nemocnicích jihočeského kraje. In: *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 51-58 [cit. 2015-09-21]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=978637>
27. FLEMING, Mark a Natasha WENTZELL. 2008. Patient Safety Culture Improvement Tool: Development and Guidelines for Use. *Healthcare Quarterly* [online]. **11**(3), 10-15 [cit. 2015-09-18]. DOI: 10.12927/hcq.2013.19604. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18382154>

28. FUJITA, Shigeru, Kanako SETO, Shinya ITO, Yinghui WU, Chiu-Chin HUANG a Tomonori HASEGAWA. 2013. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Services Research* [online]. **13**(1), 1-10 [cit. 2015-10-20]. DOI: 10.1186/1472-6963-13-20. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626628/>
29. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Překlad Vladimír Jůva, Vendula Hlavatá. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
30. GROVES, Patricia S., Rebecca J. MEISENBACH a Jill SCOTT-CAWIEZELL. 2011. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing* [online]. **67**(8), 1846-1855 [cit. 2015-12-08]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477115>
31. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. 2015. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_10555_3293_29.html
32. Hospital Survey on Patient Safety Culture. 2016. *AHRQ* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
33. Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions. 2014. *AHRQ* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 2015-09-18]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.html>
34. HUANG, Lyen, Rebecca KIM a William BERRY. 2013. Creating a Culture of Safety by Using Checklists. *AORN Journal* [online]. **97**(3), 365-368 [cit. 2015-09-27]. DOI: 10.1016/j.aorn.2012.12.019. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209212014044>

35. HUGHES, Ronda G. 2008. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 08-0043 [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>
36. HWANG, Jee-In a Jeonghoon AHN. 2015. Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. *Asian Nursing Research* [online]. **9**(1), 14-20 [cit. 2015-11-08]. DOI: 10.1016/j.anr.2014.09.002. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S197613171500002X>
37. ITO, Shinya, Kanako SETO, Mika KIGAWA, Shigeru FUJITA, Toshihiko HASEGAWA a Tomonori HASEGAWA. 2011. Development and Applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. *BMC Health Services Research* [online]. **11**(1), 28-34 [cit. 2015-09-17]. DOI: 10.1186/1472-6963-11-28. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042910/>
38. KAGAN, Ilya a Sivia BARNOY. 2013. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. **450**(3), 273-280 [cit. 2015-09-27]. DOI: 10.1111/jnu.12026. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23574516>
39. KALRA, Jawahar, Natasha KALRA a Nick BANIAK. 2013. Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. *Clinical Biochemistry* [online]. **46**(13-14), 1161-1169 [cit. 2015-12-12]. DOI: 10.1016/j.clinbiochem.2013.03.025. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009912013001197>
40. KALVACHOVÁ, Milena. 2011. Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví. *Praktický lékař* [online]. **91**(2), 116-119 [cit. 2015-09-17]. ISSN: 0032-6739. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=833175>

41. KAUFMAN, Gerri a Dorothy MCCAUGHAN. 2013. The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard* [online]. **27**(43), 50-56 [cit. 2015-09-10]. DOI: 10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23987721>
42. KEAR, Tamara a Beth ULRICH. 2014. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **41**(5), 447-457 [cit. 2015-09-09]. ISSN: 1526-744X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26295088>
43. KEAR, Tamara a Beth ULRICH. 2015. Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **42**(2), 113-123 [cit. 2015-09-09]. ISSN: 1526-744X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26207273>
44. KIRWAN, Marcia, Anne MATTHEWS a P. Anne SCOTT. 2013. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **50**(2), 253-263 [cit. 2015-11-26]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23116681>
45. KOLAJOVÁ, Lenka. 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1764-6.
46. Komentář KVZ 3. LF UK k metodice sledování NÚ. 2013. *ÚZIS* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (24. 3. 2013) [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/dokumenty/metodika-sledovani-nezadoucich-udalosti-ve-zdravotnickych-zarizenich-luzkove-pece>

47. LACHMAN, Vicky D. 2014. Conscientious objection in nursing: definition and criteria for acceptance. *MEDSURG nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* [online]. **23**(3), 196-198 [cit. 2015-12-06]. ISSN: 10920811. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84907262516&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
48. LISTYOWARDOJO, Tita Alissa, Raoul E. NAP a Addie JOHNSON. 2012. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. **24**(1), 9-15 [cit. 2015-11-22]. DOI: 10.1093/intqhc/mzr069. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22140190>
49. MARDON, Russell E., Kabir KHANNA, Joann SORRA, Naomi DYER a Theresa FAMOLARO. 2010. Exploring Relationships Between Hospital Patient Safety Culture and Adverse Events. *Journal of Patient Safety* [online]. **6**(4), 226-232 [cit. 2015-10-20]. DOI: 10.1097/PTS.0b013e3181fd1a00. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21099551>
50. MIKUŠOVÁ, Veronika a Viera RUSNÁKOVÁ. 2012. Vnímanie kultúry bezpečnosti pacientov v nemocniciach na Slovensku. In: *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 46-51 [cit. 2015-09-21]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=978635>
51. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
52. MOGHRI, Javad, Ali AKBARI SARI, Mehdi YOUSEFI, Hasan ZAHMATKESH, Mohammad RANJBAR EZZATABADI, Pejman HAMOUZADEH, Satar REZAEI a Jamil SADEGHIFAR. 2013. Is Scores Derived from the Most Internationally Applied Patient Safety Culture Assessment Tool Correct? *Iranian Journal of Public Health* [online]. **42**(9), 1058-1066 [cit. 2015-11-02]. ISSN: 2251-6085. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453886/>

53. MORELLO, Renata Teresa, Judy A. LOWTHIAN, Anna Lucia BARKER, Rosemary MCGINNES, David DUNT a Caroline BRAND. 2012. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* [online]. **22**(1), 11-18 [cit. 2015-10-10]. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000582. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849965>
54. Národní systém hlášení nežádoucích událostí. 2012. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/narodni-system-hlaseni-nezadoucich-udalosti-3206_29.html
55. NELSON, Shanelle, Patricia W. STONE, Sarah JORDAN, Monika POGORZELSKA, Helen HALPIN, Megan VANNEMAN a Elaine LARSON. 2011. Patient Safety Climate: Variation in Perceptions by Infection Preventionists and Quality Directors. *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases* [online]. **2011**, 1-7 [cit. 2015-11-26]. DOI: 10.1155/2011/357121. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/21826140/>
56. NIE, Yanli, Xuanyue MAO, Hao CUI, Shenghong HE, Jing LI a Mingming ZHANG. 2013. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research* [online]. **13**(1), 228-238 [cit. 2015-09-15]. DOI: 10.1186/1472-6963-13-228. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/228>
57. OCCELLI, P., J.-L. QUENON, M. KRET, S. DOMEQ, F. DELAPERCHE, O. CILAVÉRIE, B. CASTETS-FONTAINE, R. AMALBERTI, Y. AUROY, P. PARNEIX, a P. MICHEL. 2013. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. **25**(4), 459-468 [cit. 2015-11-03]. DOI: 10.1093/intqhc/mzt047. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23833029>
58. PAGE, Ann. 2004. *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses* [online]. Washington: National Academies Press [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: <http://www.nap.edu/read/10851/chapter/1>

59. PEARSON, Pauline, Alison STEVEN, Amanda HOWE, Aziz SHEIKH, Darren ASHCROFT a Pam SMITH. 2010. Learning about patient safety: organizational context and culture in the education of health care professionals. *Journal of Health Services Research & Policy* [online]. **15**(1), 4-10 [cit. 2015-11-08]. DOI: 10.1258/jhsrp.2009.009052. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20075121>
60. PERNEGER, Thomas V., Anthony STAINES a François KUNDIG. 2014. Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Quality & Safety* [online]. **23**(5), 389-397 [cit. 2015-10-31]. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002024. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=mdc&AN=24287260&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
61. PHAM, Julius Cuong, Thierry GIRARD a Peter J. PRONOVOST. 2013. What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research* [online]. **2**(3), 154-159 [cit. 2015-12-09]. DOI: 10.4081/jphr.2013.e27. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25170498>
62. PLEVOVÁ, Ilona. 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
63. PRICE, Julie. 2013. Creating a patient safety culture. *Practice Nurse* [online]. **43**(6), 13-14 [cit. 2015-09-15]. ISSN: 0953-6612. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com.ebsco.han.medvik.cz/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107953684&lang=cs>
64. REIMAN, Teemu, Elina PIETIKAINEN a Pia OEDEWALD. 2010. Multilayered approach to patient safety culture. *BMJ Quality & Safety* [online]. **19**(5), 1-5 [cit. 2015-11-15]. DOI: 10.1136/qshc.2008.029793. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/207243967>

65. Resortní bezpečnostní cíle. 2013. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-2922_29.html
66. ROBIDA, Andrej. 2013. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. **25**(4), 469-475 [cit. 2015-11-06]. DOI: 10.1093/intqhc/mzt040. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23736832>
67. SAMMER, Christine E., Kristine LYKENS, Karan P. SINGH, Douglas A. MAINS a Nuha A. LACKAN. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. **42**(2), 156-165 [cit. 2016-03-04]. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618600>
68. SEXTON, John B., Robert L. HELMREICH, Torsten B. NEILANDS, Kathy ROWAN, Keryn VELLA, James BOYDEN, Peter R. ROBERTS a Eric J THOMAS. 2006. *BMC Health Services Research* [online]. **6**(1), 44 – 54 [cit. 2015-09-17]. DOI: 10.1186/1472-6963-6-44. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/>
69. SMITS, Marleen, Cordula WAGNER, Peter SPREEUWENBERG, Danielle RM TIMMERMANS, Gerrit VAN DER WAL a Peter P. GROENEWEGEN. 2012. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **21**(23/24), 3392-3401 [cit. 2015-11-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04261.x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23145512>
70. SORRA, Joann a Naomi DYER. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* [online]. **10**(1), 199-211 [cit. 2015-10-25]. DOI: 10.1186/1472-6963-10-199. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912897/>

71. SORRA, Joann, Kabir KHANNA, Naomi DYER, Russ MARDON a Theresa FAMOLARO. 2012. Exploring Relationships Between Patient Safety Culture and Patients' Assessments of Hospital Care. *Journal of Patient Safety* [online]. **8**(3), 131-139 [cit. 2015-10-23]. DOI: 10.1097/PTS.0b013e318258ca46. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22785344>
72. SORRA, Joann, Laura GRAY, Suzanne STREAGLE, Theresa FAMOLARO, Naomi YOUNT a Jessica BEHM. 2016. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. *Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality* [online]. AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF. [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>
73. SOVOVÁ, Olga. 2011. Bezpečí pacientů a nakládání se zdravotnickou dokumentací. *Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví* [online]. **15**(10), 8-10 [cit. 2015-09-09]. ISSN 1211-6432. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=891075>
74. STAVRIANOPOULOS, Theodosios. 2012. The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal* [online]. **6**(2), 201-211. [cit. 2015-09-15]. ISSN: 1108-7366. Dostupné z: <http://www.hsj.gr/medicine/the-development-of-patient-safety-culture.pdf>
75. STOCK, Gregory N., Kathleen MCFADDEN a Charles R. GOWEN III. 2010. Organizational culture, knowledge management, and patient safety in U.S. hospitals. *The Quality Management Journal* [online]. **17**(2), 7-26 [cit. 2015-11-12]. ISSN 1068-6967. Dostupné z: <http://search.proquest.com/openview/03380f311290fefef4832c885ff6f3f8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31933>
76. Surveys on Patient Safety Culture. 2016. *AHRQ* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>

77. SVOBODNÍK, Pavel. 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-498-6.
78. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
79. ULRICH, Beth a Tamara KEAR. 2014. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Initial Findings. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **41**(5), 459-476 [cit. 2015-11-20]. ISSN: 1526-744X. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=a9h&AN=98976960&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
80. ULRICH, Beth. 2015. Patient Safety - What Is Your Role?. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **42**(2), 107 [cit. 2015-12-15]. ISSN: 1526-744X. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=1bd93949-a00d-4950-ad8e-e584fc5f4c4e%40sessionmgr102&vid=9&hid=122>
81. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
82. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
83. VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
84. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1919-3.
85. Výsledky benchmarkingu NÚ (nežádoucích událostí). 2015. *ÚZIS* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2015-09-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/vysledky-benchmarkingu>

86. WAGNER, V. Doreen. 2014. Patient Safety: A Cultural Affair. *AORN Journal* [online]. **100**(4), 355-357 [cit. 2015-11-15]. DOI: 10.1016/j.aorn.2014.07.006. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001209214007613>
87. WANG, Xue, Ke LIU, Li-ming YOU, Jia-gen XIANG, Hua-gang HU, Li-feng ZHANG, Jing ZHENG a Xiao-wen ZHU. 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **51**(8), 1114-1122 [cit. 2015-09-28]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003854>
88. WATERSON, P., P. GRIFFITHS, C. STRIDE, J. MURPHY a S. HIGNETT. 2010. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *BMJ Quality & Safety* [online]. **19**(5), 1-5 [cit. 2015-11-08]. DOI: 10.1136/qshc.2008.031625. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/qshc.2008.031625>
89. WEAVER, Sallie J., Lisa H. LUBOMKSI, Renee F. WILSON, Elizabeth R. PFOH, Kathryn A. MARTINEZ a Sydney M. DY. 2013. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine* [online]. **158**(5), 369-374 [cit. 2015-10-30]. DOI: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002. Dostupné z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
90. WILD, Diane, Alyson GROVE, Mona MARTIN, Sonya EREMENCO, Sandra MCELROY, Aneesa VERJEE-LORENZ a Pennifer ERIKSON. 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*. **8**(2), 94-104 [cit. 2015-05-12]. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054. Dostupné z: https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/PROtranslation_adaptation.pdf

91. YOU, Li-ming, Linda H. AIKEN, Douglas M. SLOANE, Ke LIU, Guo-ping HE, Yan HU, Xiao-lian JIANG, Xiao-han LI, Xiao-mei LI, Hua-ping LIU, Shao-mei SHANG, Ann KUTNEY-LEE, Walter SERMEUS. 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **50**(2), 154-161 [cit. 2015-12-15]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912001563>
92. ZLÁMAL, Jaroslav, VOMÁČKA, Jaroslav, MIKŠOVÁ, Zdenka, ŠAMAJ, Martin, JEDLIČKOVÁ, Irena, LANGOVÁ, Kateřina, ZAPLETALOVÁ, Jana, BELLOVÁ, Jana, BAČÍK, Petr. 2014. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. 1. Vyd. Prostějov: Computer Média s.r.o. ISBN 978-80-7402-157-2.

SEZNAM ZKRATEK

AHRQ	Agency for Healthcare and Research Quality
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
FN	Fakultní nemocnice
FNM	Fakultní nemocnice v Motole
IOM	Institute of Medicine
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NÚ	Nežádoucí událost
QSEN	The Quality and Safety Education for Nurses
USA	United States of America
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Sociodemografické údaje respondentů.....	38
Tabulka 2: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť interních oborů	42
Tabulka 3: Vztah mezi sociodemografickými údaji a jednotlivými posuzovanými dimenzemi	44
Tabulka 4: Vícerozměrná lineární regrese vztahu závislých proměnných dimenzí k nezávislým proměnným dimenzím kultury bezpečí pacientů	47

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Pracoviště respondentů	37
Obrázek 2: Dimenze kultury bezpečí pacientů – průměrná hodnota vyjádřená v procentech .	39
Obrázek 3: Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů v procentech.....	40
Obrázek 4: Počet hlášených nežádoucích událostí v procentech	40
Obrázek 6: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení personálního obsazení ...	42
Obrázek 7: Rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť v posouzení frekvence hlášení nežádoucích událostí.....	43

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník „Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ v anglické a české verzi
- Příloha 2 Souhlas s překladem a distribucí dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“
- Příloha 3 Proces validizace dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“
- Příloha 4 Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
- Příloha 5 Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření náměstkyní nelékařských oborů z Fakultní nemocnice v Motole
- Příloha 6 Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů – tématické celky a dimenze
- Příloha 7 Celkové výsledky výzkumu

Příloha 1: Dotazník „Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ v anglické a české verzi

Hospital Survey on Patient Safety

Instructions

This survey asks for your opinions about patient safety issues, medical error, and event reporting in your hospital and will take about 10 to 15 minutes to complete.

If you do not wish to answer a question, or if a question does not apply to you, you may leave your answer blank.

- An **“event”** is defined as any type of error, mistake, incident, accident, or deviation, regardless of whether or not it results in patient harm.
- **“Patient safety”** is defined as the avoidance and prevention of patient injuries or adverse events resulting from the processes of health care delivery.

SECTION A: Your Work Area/Unit

In this survey, think of your “unit” as the work area, department, or clinical area of the hospital where you spend **most of your work time or provide most of your clinical services.**

What is your primary work area or unit in this hospital? Select ONE answer.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Many different hospital units/No specific unit | <input type="checkbox"/> h. Psychiatry/mental health | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> b. Medicine (non-surgical) | <input type="checkbox"/> i. Rehabilitation | |
| <input type="checkbox"/> c. Surgery | <input type="checkbox"/> j. Pharmacy | |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrics | <input type="checkbox"/> k. Laboratory | |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatrics | <input type="checkbox"/> l. Radiology | |
| <input type="checkbox"/> f. Emergency department | <input type="checkbox"/> m. Anesthesiology | |
| <input type="checkbox"/> g. Intensive care unit (any type) | | |

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your work area/unit.

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree	Disagree	Neither	Agree	Strongly Agree
	▼	▼	▼	▼	▼
1. People support one another in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. We have enough staff to handle the workload.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. In this unit, people treat each other with respect	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION A: Your Work Area/Unit (continued)

Think about your hospital work area/unit...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
6. We are actively doing things to improve patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. We use more agency/temporary staff than is best for patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Staff feel like their mistakes are held against them	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Mistakes have led to positive changes here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. It is just by chance that more serious mistakes don't happen around here	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. When one area in this unit gets really busy, others help out	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. When an event is reported, it feels like the person is being written up, not the problem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. After we make changes to improve patient safety, we evaluate their effectiveness	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. We work in "crisis mode" trying to do too much, too quickly	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Patient safety is never sacrificed to get more work done	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Staff worry that mistakes they make are kept in their personnel file	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. We have patient safety problems in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Our procedures and systems are good at preventing errors from happening	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION B: Your Supervisor/Manager

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your immediate supervisor/manager or person to whom you directly report.

	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. My supervisor/manager says a good word when he/she sees a job done according to established patient safety procedures	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. My supervisor/manager seriously considers staff suggestions for improving patient safety	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Whenever pressure builds up, my supervisor/manager wants us to work faster, even if it means taking shortcuts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. My supervisor/manager overlooks patient safety problems that happen over and over	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION C: Communications

How often do the following things happen in your work area/unit?

Think about your hospital work area/unit...	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. We are given feedback about changes put into place based on event reports.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Staff will freely speak up if they see something that may negatively affect patient care.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. We are informed about errors that happen in this unit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Staff feel free to question the decisions or actions of those with more authority.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. In this unit, we discuss ways to prevent errors from happening again.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Staff are afraid to ask questions when something does not seem right....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION D: Frequency of Events Reported

In your hospital work area/unit, when the following mistakes happen, how often are they reported?

	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼
1. When a mistake is made, but is <i>caught and corrected before affecting the patient</i> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. When a mistake is made, but has <i>no potential to harm the patient</i> , how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. When a mistake is made that <i>could harm the patient</i> , but does not, how often is this reported?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION E: Patient Safety Grade

Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Excellent	Very Good	Acceptable	Poor	Failing

SECTION F: Your Hospital

Please indicate your agreement or disagreement with the following statements about your hospital.

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
1. Hospital management provides a work climate that promotes patient safety.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Hospital units do not coordinate well with each other.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Things "fall between the cracks" when transferring patients from one unit to another.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. There is good cooperation among hospital units that need to work together.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION F: Your Hospital (continued)

Think about your hospital...	Strongly Disagree ▼	Disagree ▼	Neither ▼	Agree ▼	Strongly Agree ▼
5. Important patient care information is often lost during shift changes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. It is often unpleasant to work with staff from other hospital units	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Problems often occur in the exchange of information across hospital units.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hospital units work well together to provide the best care for patients	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Shift changes are problematic for patients in this hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SECTION G: Number of Events Reported

In the past 12 months, how many event reports have you filled out and submitted?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. No event reports | <input type="checkbox"/> d. 6 to 10 event reports |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 2 event reports | <input type="checkbox"/> e. 11 to 20 event reports |
| <input type="checkbox"/> c. 3 to 5 event reports | <input type="checkbox"/> f. 21 event reports or more |

SECTION H: Background Information

This information will help in the analysis of the survey results.

1. How long have you worked in this hospital?

<input type="checkbox"/> a. Less than 1 year	<input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years
<input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years	<input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years
<input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years	<input type="checkbox"/> f. 21 years or more

2. How long have you worked in your current hospital work area/unit?

<input type="checkbox"/> a. Less than 1 year	<input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years
<input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years	<input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years
<input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years	<input type="checkbox"/> f. 21 years or more

3. Typically, how many hours per week do you work in this hospital?

<input type="checkbox"/> a. Less than 20 hours per week	<input type="checkbox"/> d. 60 to 79 hours per week
<input type="checkbox"/> b. 20 to 39 hours per week	<input type="checkbox"/> e. 80 to 99 hours per week
<input type="checkbox"/> c. 40 to 59 hours per week	<input type="checkbox"/> f. 100 hours per week or more

SECTION H: Background Information (continued)

4. What is your staff position in this hospital? Select ONE answer that best describes your staff position.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Registered Nurse | <input type="checkbox"/> j. Respiratory Therapist |
| <input type="checkbox"/> b. Physician Assistant/Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> k. Physical, Occupational, or Speech Therapist |
| <input type="checkbox"/> c. LVN/LPN | <input type="checkbox"/> l. Technician (e.g., EKG, Lab, Radiology) |
| <input type="checkbox"/> d. Patient Care Asst/Hospital Aide/Care Partner | <input type="checkbox"/> m. Administration/Management |
| <input type="checkbox"/> e. Attending/Staff Physician | <input type="checkbox"/> n. Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> f. Resident Physician/Physician in Training | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 300px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> g. Pharmacist | |
| <input type="checkbox"/> h. Dietician | |
| <input type="checkbox"/> i. Unit Assistant/Clerk/Secretary | |

5. In your staff position, do you typically have direct interaction or contact with patients?

- a. YES, I typically have direct interaction or contact with patients.
- b. NO, I typically do NOT have direct interaction or contact with patients.

6. How long have you worked in your current specialty or profession?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Less than 1 year | <input type="checkbox"/> d. 11 to 15 years |
| <input type="checkbox"/> b. 1 to 5 years | <input type="checkbox"/> e. 16 to 20 years |
| <input type="checkbox"/> c. 6 to 10 years | <input type="checkbox"/> f. 21 years or more |

SECTION I: Your Comments

Please feel free to write any comments about patient safety, error, or event reporting in your hospital.

THANK YOU FOR COMPLETING THIS SURVEY.

Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů

Vážený pane, Vážená paní,

Jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a v rámci mé diplomové práce zjišťuji za pomoci standardizovaného dotazníku „Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve FN Motol“. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, účast je dobrovolná. Vyplněním dotazníku souhlasíte s účastí ve výzkumu a anonymním zpracováním dat, jejichž použitím pro tvorbu diplomové práce a následným publikováním.

Za Vaši spolupráci a Vámi věnovaný čas předem děkuje Daniela Bartoníčková.

Pokyny

Tento dotazník zjišťuje Váš názor na problematiku bezpečnosti pacientů, lékařských chyb a hlášení nežádoucích událostí ve Vaší nemocnici, jeho vyplnění zabere zhruba 10 – 15 minut.

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

- „**Nežádoucí událost**“ je definována jako jakýkoli typ chyby, omylu, incidentu, nehody či odchylky, bez ohledu na to, zda událost měla nebo neměla dopad na zdraví pacienta.
- „**Bezpečnost pacienta**“ je definována jako vyhýbání se a prevence újmy na zdraví pacientů nebo nežádoucích událostí v důsledku postupů využívaných při poskytování zdravotní péče.

ČÁST A: Vaše pracoviště/oddělení

Jako „své oddělení“ v tomto průzkumu uvádějte oddělení, odbor či nemocniční pracoviště, kde trávíte většinu své pracovní doby nebo kde poskytujete většinu zdravotních služeb.

Na kterém pracovišti nebo oddělení v nemocnici pracujete? Vyberte JEDNU odpověď

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Jednotka intenzivní péče (jakýkoliv typ) | <input type="checkbox"/> f. Oddělení infekční |
| <input type="checkbox"/> b. Interní klinika | <input type="checkbox"/> g. Pneumologická klinika |
| <input type="checkbox"/> c. Kardiologická klinika | <input type="checkbox"/> h. Klinika nukleární medicíny a endokrinologie |
| <input type="checkbox"/> d. Onkologická klinika | <input type="checkbox"/> i. Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství |
| <input type="checkbox"/> e. Neurologická klinika | <input type="checkbox"/> j. LDN – Centrum následné péče |

Vyjádřete, prosím, souhlas nebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vašem pracovišti/oddělení.

Vyhodnoťte situaci na Vašem pracovišti/oddělení...	Rozhodně		Žádná z		Rozhodně	
	nesouhlasím	Nesouhlasím	možností	Souhlasím	Souhlasím	
1. Pracovníci na tomto oddělení se vzájemně podporují.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
2. Máme dostatek personálu pro zvládnutí pracovní zátěže.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
3. Je-li třeba zvládnout velké množství práce za krátkou dobu, pracujeme jako tým, abychom úkol splnili.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
4. Na tomto oddělení se pracovníci vzájemně respektují.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
5. Personál na tomto oddělení svými přesčasy ohrožuje bezpečí pacientů	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

ČÁST A: Vaše pracoviště/oddělení (pokračování)

Vyhodnoťte situaci na Vašem pracovišti/oddělení...	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Žádná z možností	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
	▼	▼	▼	▼	▼
6. Aktivně provádíme činnosti vedoucí ke zvýšení bezpečnosti pacientů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Využíváme více pracovníků na zkrácený úvazek nebo pomocného personálu, což není pro bezpečnou péči o pacienty nejlepší.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Chyby personálu vedou na oddělení i k pozitivním změnám.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Jen díky náhodě se zde nestávají závažnější chyby.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Když jsou pracovníci z části oddělení/jednotky zaneprázdněni, ostatní personál se jim snaží pomoci.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Při zaznamenání nežádoucí události je více řešen viník než daný problém.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Po provedení změn/přijetí opatření na zlepšení bezpečnosti pacientů hodnotíme efektivitu těchto změn/opatření.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Pokud je třeba udělat příliš mnoho věcí rychle, pracujeme v „krizovém režimu“.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. V případě nutnosti odvedení většího množství práce, není bezpečnost pacientů nikdy ohrožena.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, jsou evidovány v jejich osobním spise.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Na našem oddělení jsou problémy s bezpečností pacientů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Z hlediska prevence pochybení jsou naše postupy a standardy spolehlivé.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ČÁST B: Váš nadřízený/manažer

Vyjádřete, prosím, souhlas nebo nesouhlas s následujícími tvrzeními o Vašem přímém nadřízeném nebo osobě, které přímo podléháte.

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Žádná z možností	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Můj nadřízený/manažer ocení, jestliže je práce prováděna v souladu s pravidly bezpečnosti pacientů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Můj nadřízený/manažer seriózně zvažuje návrhy personál na zlepšení bezpečnosti pacientů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Kdykoli vznikne na oddělení stresová situace, můj nadřízený/manažer požaduje, abychom pracovali rychleji, i za cenu zjednodušení/ vynechání některých zavedených postupů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Můj nadřízený/manažer přehlíží stále se opakující problémy týkající se bezpečnosti pacientů.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ČÁST C: Komunikace

Jak často na Vašem pracovišti/ oddělení dochází k následujícím událostem?

Vyhodnotte situaci na Vašem pracovišti/ oddělení...	Nikdy ▼	Zřídka ▼	Někdy ▼	Často ▼	Vždy ▼
1. Dostáváme zpětnou vazbu ohledně změn provedených na základě hlášení nežádoucích událostí	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Personál se otevřeně a nahlas vyjadřuje, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Jsme informováni o chybách/omylech, které se dějí na tomto oddělení.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Personál se nebojí zeptat nadřízených na otázky týkající se jejich rozhodnutí nebo konání	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Personál se bojí klást otázky v případě, když se nezdá být něco správně	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ČÁST D: Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Když na Vašem oddělení/jednotce dojde k nežádoucím událostem, jak často jsou ohlášeny?

	Nikdy ▼	Zřídka ▼	Někdy ▼	Často ▼	Vždy ▼
1. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které bylo odhaleno a napraveno včas než by způsobilo pacientovi újmu na zdraví?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Jak často je hlášeno nepodstatné pochybení, které nemohlo způsobit pacientovi újmu na zdraví?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které nebylo odhaleno a napraveno včas a jen náhodou se stalo, že nezpůsobilo pacientovi újmu na zdraví?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ČÁST E: Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů

Prosím přiřadte stupeň bezpečnosti pacientů na Vašem pracovišti/oddělení v této nemocnici.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A	B	C	D	E
Vynikající	Velmi dobrý	Přijatelný	Slabý	Nedostatečný

ČÁST F: Vaše nemocnice

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

Vyhodnotte situaci ve Vaší nemocnici...	Rozhodně nesouhlasím ▼	Nesouhlasím ▼	Žádná z možností ▼	Souhlasím ▼	Rozhodně souhlasím ▼
1. Management nemocnice vytváří pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacientů.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Jednotlivá oddělení v nemocnici spolu nespolupracují dobře.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu z jednoho oddělení na druhé.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Kooperace mezi odděleními, která musí spolupracovat, je dobrá.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ČÁST F: Vaše nemocnice (pokračování)

Vyhodnoťte situaci ve Vaší nemocnici...	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Žádná z možností	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
5. Během střídání služeb se často nepředávají důležité informace týkající se péče o pacienta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Pracovat s personálem z jiných oddělení bývá často nepřijemné	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi jednotlivými odděleními v nemocnici	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Postupy vedení nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Vedení nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů až tehdy, když vznikne nežádoucí událost	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Oddělení nemocnice spolu dobře spolupracují, aby byla zajištěna co nejlepší péče o pacienty	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Výměna služeb je pro pacienty v této nemocnici problematická	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ČÁST G: Počet hlášených nežádoucích událostí

Kolik hlášení o nežádoucích událostech jste vyplňoval(a), anebo podával(a) za posledních 12 měsíců?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Žádné hlášení | <input type="checkbox"/> d. 6 – 10 hlášení |
| <input type="checkbox"/> b. 1 – 2 hlášení | <input type="checkbox"/> e. 11 – 20 hlášení |
| <input type="checkbox"/> c. 3 – 5 hlášení | <input type="checkbox"/> f. 21 a více hlášení |

ČÁST H: Základní informace

Tyto informace pomohou při analýze výsledků tohoto průzkumu.

1. Jak dlouho pracujete v této nemocnici?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Méně než 1 rok | <input type="checkbox"/> d. 11 – 15 let |
| <input type="checkbox"/> b. 1 – 5 let | <input type="checkbox"/> e. 16 – 20 let |
| <input type="checkbox"/> c. 6 – 10 let | <input type="checkbox"/> f. 21 a více let |

2. Jak dlouho pracujete na současném oddělení v nemocnici?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Méně než 1 rok | <input type="checkbox"/> d. 11 – 15 let |
| <input type="checkbox"/> b. 1 – 5 let | <input type="checkbox"/> e. 16 – 20 let |
| <input type="checkbox"/> c. 6 – 10 let | <input type="checkbox"/> f. 21 a více let |

3. Jaká je Vaše typická týdenní pracovní doba v této nemocnici?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Méně než 20 hodin týdně | <input type="checkbox"/> d. 60 – 79 hodin týdně |
| <input type="checkbox"/> b. 20 – 39 hodin týdně | <input type="checkbox"/> e. 80 – 99 hodin týdně |
| <input type="checkbox"/> c. 40 – 59 hodin týdně | <input type="checkbox"/> f. 100 a více hodin týdně |

ČÁST H: Základní informace (pokračování)

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení? Vyberte jen jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Vaši pozici:

- a. Všeobecná sestra
 b. Zdravotnický asistent

5. Přicházíte ve své pracovní pozici do přímého kontaktu s pacienty?

- a. ANO, běžně pracuji nebo přicházím do kontaktu s pacienty.
 b. NE, běžně nepracuji nebo nepřicházím do kontaktu s pacienty.

6. Jak dlouho pracujete ve své současné specializaci nebo profesi?

- a. Méně než 1 rok
 b. 1 – 5 let
 c. 6 – 10 let
 d. 11 – 15 let
 e. 16 – 20 let
 f. 21 a více let

ČÁST I: Vaše poznámky

Prosím, neváhejte doplnit jakékoliv poznámky o bezpečnosti pacientů, chybách nebo hlášení nežádoucích událostí ve Vaší nemocnici.

DĚKUJEME ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU.

Dotazník byl přetištěn/ přeložen se svolením **Agency for Healthcare Research and Quality** (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA.

Příloha 2: Souhlas s překladem a distribucí dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“

Approval of Translation And Further Use of The Questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety"

Svým podpisem ztvrzuji souhlas s překladem a následným použitím dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“, který byl validizován v rámci výzkumu do českého jazyka, pro účely diplomové práce autorky Daniely Bartoníčkové na téma „Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve Fakultní nemocnici v Motole“. Tento dotazník bude použit pouze s uvedením, že forma byla přetištěna/přeložena se svolením Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA.

I hereby confirm the entitlement to translate and further use the questionnaire titled "Hospital Survey on Patient Safety", which has been translated into the Czech language on account of the research conducted by Daniela Bartoníčková in her thesis titled "The perspective of the nurses of internal medicine on patient safety in the University Hospital in Motol". This questionnaire will be used exclusively with a note stating that it has been copied/translated with the consent of the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA.

November 23, 2015

Datum
Date

David I. Lewin

Podpis
Signature



Daniela Bartoníčková <bartonickovadaniela@gmail.com>

Re: Hospital Survey on Patient Safety Culture in Czech

3 messages

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

Mon, Nov 23, 2015 at 10:53 PM

To: Daniela Bartoníčková <bartonickovadaniela@gmail.com>

Cc: "Siegel, Randie A. (AHRQ)" <Randie.Siegel@ahrq.hhs.gov>, "Cummings, Sandra K. (AHRQ)" <Sandra.Cummings@ahrq.hhs.gov>, Laura Gray <LauraGray@westat.com>, Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com>, Theresa Famolaro <TheresaFamolaro@westat.com>

Dear Ms. Bartoníčková:

Your request and Approval form were forwarded to me by the Safety Culture Surveys team at Westat. I am responding on behalf of Ms. Randie Siegel, Associate Director, Office of Communications and Knowledge Transfer, Publishing and Electronic Dissemination. I handle the majority of permission requests that come to the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

You have AHRQ's permission to translate the Hospital Survey on Patient Safety Culture into the Czech language and use in in your thesis research at the Palacký University in Olomouc. Your proposed work at University Hospital in Motol is certainly the kind of use we are glad to see. Palacký University has AHRQ's permission to make the translation available to other academic institutions and medical centers in the Czech Republic on a nonprofit basis. I have attached a scanned file (.pdf format) with my signature approving the translation into Czech and its use as proposed. We do not approve translations *per se*, but rely on the professionalism of the requestor's university to ensure that appropriate translation procedures have been followed.

[Note: A previous permission to translate this survey was granted to Katka Voleníková, a student at the University of South Bohemia, in 2013. She had completed her research by early 2014.]

Please feel free to contact me if you have additional questions, but direct any technical questions about the survey to the group at Westat.

Sincerely,

David I. Lewin, M.Phil.

Health Communications Specialist/Manager of Copyrights & Permissions

Office of Communications and Knowledge Transfer

Příloha 3: Proces validizace dotazníku „Hospital Survey on Patient Safety“

Modifikovaný postup lingvistické validizace DOTAZNIKU (dále DOT) – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů (validizace dle Wild et al., 2005)

Hospital Survey on Patient Safety
(AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality)
DOTanj

Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů

1. Překlad anglického originálu do českého jazyka dvěma nezávislými překladateli, výsledkem:

DOTcz1a **DOTcz1b**

2. Analýza překladů týmem výzkumu (vedoucí diplomové práce, autor), jejímž výsledkem vznikla česká verze dotazníku:

DOTcz2

3. Překlad české verze dotazníku do anglického jazyka dvěma nezávislými rodilými mluvčími, výsledkem:

DOTanj1a **DOTanj1b**

4. Analýza překladů týmem výzkumu (rodilý mluvčí, všeobecná sestra s 10 letou praxí v zahraničí), jejímž výsledkem byla anglická verze dotazníku:

DOTanj2

5. Tým řešitelů výzkumu definoval problematické položky originálního dotazníku, českého překladu a zpětného překladu, které byly předány k jazykovému, obsahovému a odbornému posouzení týmu (vedoucí diplomové práce, autor, rodilý mluvčí a všeobecná sestra s 10 letou praxí v zahraničí).

6. Výsledkem odborné diskuze byla definitivní česká verze dotazníku:

DOTcz3

7. Realizace prevýzkumu za pomoci 6 náhodně vybraných respondentů, jehož výsledky byly zapracovány do finální české verze:

DOTcz4-final

DOTcz4 – přeložen do anglického jazyka a zaslán autorům i s protokolem validizace.
DOTcz4 byl použit pro výzkum v rámci diplomové práce.

Příloha 4: Souhlasné stanovisko Etické komise Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL-143765/1040-2015

Vážená paní
Daniela Bartoníčková

2015-12-07

Stanovisko Etické komise FZV UP

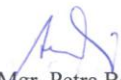
Vážená paní Bartoníčková,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve FN Motol**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP

S pozdravem,

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Olomouc
ul. Svobody 8, 771 11 Olomouc
IČ: 00123992, DIČ: CZ61939592


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 5: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření náměstkyní nelékařských oborů z Fakultní nemocnice v Motole

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Praze dne: 4. 9. 2015

Mgr. Jana Nováková, MBA

V Úvalu 84, Praha 5, 150 06

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici v Motole

Vážená paní náměstkyně pro ošetrovatelskou péči,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Fakultní Nemocnici v Motole, jež by mělo být součástí závěrečné práce Daniela Bartoníčkové, nar. 19.3.1990, studentky 2. ročníku magisterského studijního programu Ošetrovatelská péče v interních oborech, kombinované formy, Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem této práce je vyhodnotit *kulturu bezpečí pacientů z pohledu všeobecných sester interních pracovišť*. Seznam předpokládaných interních pracovišť podílejících se na výzkumu je uveden v příloze č. 1.

Výzkumné šetření bude provedeno pomocí standardizovaného dotazníku Hospital Survey on Patient Safety (příloha č. 2), jehož obsah byl v rámci diplomové práce validizován do českého jazyka. Dotazníkové šetření všeobecných sester bude dobrovolné a anonymní. Předpokládaná délka průzkumného šetření je období říjen – prosinec 2015.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Zdeňky Mikšové, Ph.D., přednostky Ústavu ošetrovatelství FZV Univerzity Palackého v Olomouci.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Daniela Bartoníčková

Sadová 1168, Holice, 534 01

Email: bartonickovadaniela@gmail.com

Telefon: 734 781 914

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství

FZV Univerzita Palackého v Olomouci

Email: zdenka.miksova@upol.cz

Telefon: 585 632 804

Vyjádření vedení instituce


Souhlasím

Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

Podpis, razítko


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Příloha 6: Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů – celky a dimenze

Dotazník Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů obsahuje následující celky s jednotlivými položkami:

ČÁST A: Vaše pracoviště/ oddělení – 18 položek (A1 – A18)

ČÁST B: Váš nadřízený/ manažer – 4 položky (B1 – B4)

ČÁST C: Komunikace – 6 položek (C1 – C6)

ČÁST D: Frekvence hlášení nežádoucích událostí – 3 položky (D1 – D3)

ČÁST E: Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů

ČÁST F: Vaše nemocnice – 11 položek (F1 – F11)

ČÁST G: Počet hlášených nežádoucích událostí

ČÁST H: Základní informace

ČÁST I: Vaše poznámky

Dimenze kultury bezpečí pacientů (ČÁST A – D, F) obsahují následující jednotlivé položky:

1. týmová spolupráce v rámci oddělení – A1, A3, A4, A11
2. podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta - B1, B2, B3, B4
3. znalosti organizace a kontinuální zlepšování - A6, A9, A13
4. podpora managementu pro bezpečnost pacientů - F1, F8, F9
5. celkové vnímání bezpečnosti pacientů - A15, A18, A10, A17
6. zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí - C1, C3, C5
7. frekvence hlášení nežádoucích událostí - D1, D2, D3
8. otevřenost komunikace - C2, C4, C6
9. spolupráce mezi jednotkami/odděleními - F4, F10, F2, F6
10. personální obsazení - A2, A5, A7, A14
11. překlady a předávání pacientů - F3, F5, F7, F11
12. nerepresivní odpověď na nežádoucí události - A8, A12, A16

Položky dotazníku k celkovému posouzení kultury bezpečí pacientů:

- Stupeň bezpečnosti pacientů – E1
- Počet zaznamenaných nežádoucích událostí – G1

(Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions, 2014).

Příloha 7: Celkové výsledky výzkumu názorů sester interních oborů na bezpečnost pacientů

Příloha 7.1: Posouzení názorů sester interních oborů na bezpečnost pacientů prostřednictvím nemocničního průzkumu bezpečnosti pacientů - řazeno dle celků A – G, I.

Část A (Vaše pracoviště/oddělení)

Část A Pracoviště oddělení	Průměr	SD	Rozhodně nesouhlasím (1)	Nesouhlasím (2)	Nevím (3)	Souhlasím (4)	Rozhodně souhlasím (5)
1. Pracovníci na tomto oddělení se vzájemně podporují	4,0	0,8	1 0,5%	16 7,7%	14 6,8%	120 58,0%	56 27,1%
2. Máme dostatek personálu pro zvládnutí pracovní zátěže	2,3	1,2	55 26,6%	91 44,0%	13 6,3%	40 19,3%	8 3,9%
3. Je-li třeba zvládnout velké množství práce za krátkou dobu, pracujeme jako tým, abychom úkol splnili	4,0	0,8	1 0,5%	16 7,7%	6 2,9%	134 64,7%	50 24,2%
4. Na tomto oddělení se pracovníci vzájemně respektují	3,8	0,8	1 0,5%	18 8,7%	28 13,5%	129 62,3%	31 15,0%
* 5. Personál na tomto oddělení svými přechasy ohrožuje bezpečí pacientů	2,3	1,1	52 25,1%	95 45,9%	26 12,6%	24 11,6%	10 4,8%
6. Aktivně provádíme činnosti vedoucí ke zvýšení bezpečnosti pacientů	4,2	0,6	2 1,0%	0 0,0%	4 1,9%	140 67,6%	61 29,5%
* 7. Využíváme více pracovníků na zkrácený úvazek nebo pomocného personálu, což není pro bezpečnou péči o pacienty nejlepší	2,2	0,9	48 23,2%	97 46,9%	39 18,8%	22 10,6%	1 0,5%
* 8. Personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim	2,5	1,0	28 13,5%	99 47,8%	44 21,3%	29 14,0%	7 3,4%
9. Chyby personálu vedou na oddělení i k pozitivním změnám	3,4	1,0	9 4,3%	32 15,5%	45 21,7%	110 53,1%	11 5,3%
* 10. Jen díky náhodě se zde nestávají závažnější chyby	2,1	1,1	79 38,2%	74 35,7%	22 10,6%	24 11,6%	8 3,9%
11. Když jsou pracovníci z části oddělení/jednotky zaneprázdněni, ostatní personál se jim snaží pomoci	4,0	0,8	3 1,4%	12 5,8%	15 7,2%	134 64,7%	43 20,8%
* 12. Při zaznamenání nežádoucí události je více řešen viník než daný problém	2,4	1,0	35 16,9%	96 46,4%	42 20,3%	28 13,5%	6 2,9%
13. Po provedení změn/přijetí opatření na zlepšení bezpečnosti pacientů hodnotíme efektivitu těchto změn/opatření	3,7	0,8	2 1,0%	10 4,8%	50 24,2%	122 58,9%	23 11,1%
* 14. Pokud je třeba udělat příliš mnoho věcí rychle, pracujeme v „krizovém režimu“	3,3	1,0	8 3,9%	44 21,3%	46 22,2%	88 42,5%	21 10,1%
15. V případě nutnosti odvedení většího množství práce, není bezpečnost pacientů nikdy ohrožena	3,6	1,1	12 5,8%	29 14,0%	28 13,5%	107 51,7%	31 15,0%
* 16. Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, jsou evidovány v jejich osobním spise	2,6	1,0	28 13,5%	82 39,6%	55 26,6%	37 17,9%	5 2,4%
* 17. Na našem oddělení jsou problémy s bezpečností pacientů	2,0	0,9	63 30,4%	112 54,1%	14 6,8%	15 7,2%	3 1,4%
18. Z hlediska prevence pochybení jsou naše postupy a standardy spolehlivé	3,9	0,8	2 1,0%	10 4,8%	24 11,6%	132 63,8%	39 18,8%

Část B (Váš nadřízený/manažer)

Část B Nadřízený/manažer	Průměr	SD	Rozhodně nesouhlasím (1)	Nesouhlasím (2)	Nevím (3)	Souhlasím (4)	Rozhodně souhlasím (5)
1. Můj nadřízený/manažer ocení, jestliže je práce prováděna v souladu s pravidly	4,1	0,9	3	13	12	113	66
			1,4%	6,3%	5,8%	54,6%	31,9%
2. Můj nadřízený/manažer seriózně zvažuje návrhy personál na zlepšení bezpečnosti	4,0	0,9	5	9	21	122	50
			2,4%	4,3%	10,1%	58,9%	24,2%
* 3. Kdykoli vznikne na oddělení stresová situace, můj nadřízený požaduje, abychom pracovali rychleji, i za cenu zjednodušení některých postupů	2,3	1,0	43	93	38	29	4
			20,8%	44,9%	18,4%	14,0%	1,9%
* 4. Můj nadřízený/manažer přehlídí stále se opakující problémy týkající se bezpečnosti	1,8	0,8	81	99	19	6	2
			39,1%	47,8%	9,2%	2,9%	1,0%

Část C (Komunikace)

Část C Komunikace	Průměr	SD	Nikdy (1)	Zřídka (2)	Někdy (3)	Často (4)	Vždy (5)
1. Dostáváme zpětnou vazbu ohledně změn provedených na základě hlášení nežádoucích událostí	3,7	1,2	10	28	42	52	75
			4,8%	13,5%	20,3%	25,1%	36,2%
2. Personál se otevřeně a nahlas vyjadřuje, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta	3,8	1,0	5	14	45	93	50
			2,4%	6,8%	21,7%	44,9%	24,2%
3. Jsme informováni o chybách/omylech, které se dějí na tomto oddělení	4,1	0,8	0	10	35	96	66
			0,0%	4,8%	16,9%	46,4%	31,9%
4. Personál se nebojí zeptat nadřízených na otázky týkající se jejich rozhodnutí	3,7	1,2	21	6	52	68	60
			10,1%	2,9%	25,1%	32,9%	29,0%
5. Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb	3,9	0,9	2	10	43	99	53
			1,0%	4,8%	20,8%	47,8%	25,6%
* 6. Personál se bojí klást otázky v případě, když se nezdá být něco správně	2,1	1,1	72	67	49	12	7
			34,8%	32,4%	23,7%	5,8%	3,4%

Část D (Frekvence hlášení nežádoucích událostí)

Část D Frekvence hlášení nežádoucích událostí	Průměr	SD	Nikdy (1)	Zřídka (2)	Někdy (3)	Často (4)	Vždy (5)
1. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které bylo odhaleno a napraveno včas než by způsobilo pacientovi újmu na zdraví?	3,6	1,4	20	40	25	38	84
			9,7%	19,3%	12,1%	18,4%	40,6%
2. Jak často je hlášeno nepodstatné pochybení, které nemohlo způsobit pacientovi újmu na zdraví?	3,0	1,3	28	52	60	29	38
			13,5%	25,1%	29,0%	14,0%	18,4%
3. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které nebylo odhaleno a napraveno včas a jen náhodou se stalo, že nezpůsobilo pacientovi újmu na zdraví?	3,2	1,5	37	37	32	40	61
			17,9%	17,9%	15,5%	19,3%	29,5%

Část E (Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů)

Část E Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů	Vynikající (5)	Velmi dobrý (4)	Přijatelný (3)	Slabý (2)	Nedostatečný (1)
Stupeň hodnocení bezpečnosti pacientů	38	135	29	4	1
	18,4%	65,2%	14,0%	1,9%	0,5%

Část F (Vaše nemocnice)

Část F Nemocnice	Průměr	SD	Rozhodně nesouhlasím (1)	Nesouhlasím (2)	Nevím (3)	Souhlasím (4)	Rozhodně souhlasím (5)
1. Management nemocnice vytváří pracovní atmosféru, která podporuje	3,7	0,8	1 0,5%	26 12,6%	29 14,0%	132 63,8%	19 9,2%
* 2. Jednotlivá oddělení v nemocnici spolu nespolupracují dobře	2,8	1,1	18 8,7%	81 39,1%	35 16,9%	64 30,9%	9 4,3%
* 3. Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu z jednoho oddělení na druhé	1,9	0,9	65 31,4%	106 51,2%	21 10,1%	14 6,8%	1 0,5%
4. Kooperace mezi odděleními, která musí spolupracovat, je dobrá	3,6	0,9		35 16,9%	32 15,5%	123 59,4%	17 8,2%
* 5. Během střídání služeb se často nepředávají důležité informace týkající se péče o pacienta	1,9	1,0	77 37,2%	102 49,3%	5 2,4%	20 9,7%	3 1,4%
* 6. Pracovat s personálem z jiných oddělení bývá často nepříjemné	2,7	1,0	13 6,3%	100 48,3%	36 17,4%	54 26,1%	4 1,9%
* 7. Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi jednotlivými odděleními v nemocnici	2,9	2,4	15 7,2%	95 45,9%	35 16,9%	58 28,0%	4 1,9%
8. Postupy vedení nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší	3,8	0,8	3 1,4%	14 6,8%	35 16,9%	123 59,4%	32 15,5%
* 9. Vedení nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů až tehdy, když vznikne nežádoucí událost	2,3	1,0	37 17,9%	108 52,2%	28 13,5%	29 14,0%	5 2,4%
10. Oddělení nemocnice spolu dobře spolupracují, aby byla zajištěna co nejlepší	3,6	0,8		28 13,5%	49 23,7%	109 52,7%	21 10,1%
* 11. Výměna služeb je pro pacienty v této nemocnici problematická	2,1	0,8	50 24,2%	107 51,7%	39 18,8%	10 4,8%	1 0,5%

Část G (Počet hlášených nežádoucích událostí)

Část G	Počet	Procenta
Počet hlášených nežádoucích událostí	44	21,3%
žádné	83	40,1%
1 - 2	53	25,6%
3 - 5	21	10,1%
6 - 10	1	0,5%
11 - 20	5	2,4%
21 a více		

Část I (Vaše poznámky)

Tato část dotazníku umožňovala respondentům příležitost k uvedení jakýchkoliv poznámek o bezpečnosti pacientů, chybách nebo hlášení nežádoucích událostí ve Fakultní nemocnici v Motole. Tuto možnost využilo pouhých 7 respondentů. Respondenti zde uvedli, že negativní vliv na bezpečí pacientů má nedostatečné předávání informací o pacientovi a komunikace (2), finanční nedostatky nemocnice (1), nedostatek místa na pokojích (1), nedostatek personálu (1), neukázněnost pacientů a jejich psychický stav, včetně nespolepráce (2).

Příloha 7.2: Dimenze kultury bezpečí pacientů obsahující položky tvořící jádro dotazníku (část A – D, F) v procentech pozitivních odpovědí

Dimenzionální aspekty kultury bezpečí pacientů ve FNM s procenty pozitivních odpovědí	
1. Týmová spolupráce v rámci oddělení	
1. Pracovníci na tomto oddělení se vzájemně podporují (A1)	85,1%
2. Je-li třeba zvládnout velké množství práce za krátkou dobu, pracujeme jako tým, abychom úkol splnili (A3)	88,9%
3. Na tomto oddělení se pracovníci vzájemně respektují (A4)	77,3%
4. Když jsou pracovníci z části oddělení/jednotky zaneprázdněni, ostatní personál se jim snaží pomoci (A11)	85,5%
2. Podpora vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta	
1. Můj nadřízený/manažer ocení, jestliže je práce prováděna v souladu s pravidly bezpečnosti pacientů (B1)	86,5%
2. Můj nadřízený/manažer seriózně zvažuje návrhy personál na zlepšení bezpečnosti pacientů (B2)	83,1%
3. Kdykoli vznikne na oddělení stresová situace, můj nadřízený požaduje, abychom pracovali rychleji, i za cenu zjednodušení některých postupů (B3*)	65,7%
4. Můj nadřízený/manažer přehlíží stále se opakující problémy týkající se bezpečnosti pacientů (B4*)	86,9%
3. Znalosti organizace a kontinuální zlepšování	
1. Aktivně provádíme činnosti vedoucí ke zvýšení bezpečnosti pacientů (A6)	97,1%
2. Chyby personálu vedou na oddělení i k pozitivním změnám (A9)	58,4%
3. Po provedení změn/přijetí opatření na zlepšení bezpečnosti pacientů hodnotíme efektivitu těchto změn/opatření (A13)	70,0%
4. Podpora managementu pro bezpečnost pacientů	
1. Management nemocnice vytváří pracovní atmosféru, která podporuje bezpečnost pacientů (F1)	73,0%
2. Postupy vedení nemocnice svědčí o tom, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou (F8)	74,9%
3. Vedení nemocnice se zajímá o bezpečnost pacientů až tehdy, když vznikne nežádoucí událost (F9*)	70,1%
5. Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucí události	
1. Dostáváme zpětnou vazbu ohledně změn provedených na základě hlášení nežádoucí události (C1)	61,3%
2. Jsme informováni o chybách/omylech, které se dějí na tomto oddělení (C3)	78,3%
3. Na oddělení diskutujeme o možnostech prevence opakujících se chyb (C5)	73,4%
6. Celkové vnímání bezpečnosti pacientů	
1. Jen díky náhodě se zde nestávají závažnější chyby (A10*)	73,9%
2. V případě nutnosti odvedení většího množství práce, není bezpečnost pacientů nikdy ohrožena (A15)	66,7%
3. Na našem oddělení jsou problémy s bezpečností pacientů (A17*)	84,5%
4. Z hlediska prevence pochybení jsou naše postupy a standardy spolehlivé (A18)	82,6%

7. Frekvence hlášení nežádoucích událostí	
1. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které bylo odhaleno a napraveno včas než by způsobilo pacientovi újmu na zdraví? (D1)	59,0%
2. Jak často je hlášeno nepodstatné pochybení, které nemohlo způsobit pacientovi újmu na zdraví? (D2)	32,4%
3. Jak často je hlášeno závažné pochybení, které nebylo odhaleno a napraveno včas a jen náhodou se stalo, že nezpůsobilo pacientovi újmu na zdraví? (D3)	48,8%
8. Otevřenost komunikace	
1. Personál se otevřeně a nahlas vyjadřuje, když vidí něco, co může negativně ovlivnit péči o pacienta (C2)	69,1%
2. Personál se nebojí zeptat nadřízených na otázky týkající se jejich rozhodnutí (C4)	61,9%
3. Personál se bojí klást otázky v případě, když se nezdá být něco správně (C6*)	67,2%
9. Spolupráce mezi odděleními	
1. Jednotlivá oddělení v nemocnici spolu nespolupracují dobře (F2*)	47,8%
2. Kooperace mezi odděleními, která musí spolupracovat, je dobrá (F4)	67,6%
3. Pracovat s personálem z jiných oddělení bývá často nepříjemné (F6*)	54,6%
4. Oddělení nemocnice spolu dobře spolupracují, aby byla zajištěna co nejlepší péče o pacienty (F10)	62,8%
10. Personální obsazení	
1. Máme dostatek personálu pro zvládnutí pracovní zátěže (A2)	23,2%
2. Personál na tomto oddělení svými přesčasy ohrožuje bezpečí pacientů (A5*)	71,0%
3. Využíváme více pracovníků na zkrácený úvazek nebo pomocného personálu, což není pro bezpečnou péči o pacienty nejlepší (A7*)	70,1%
4. Pokud je třeba udělat příliš mnoho věcí rychle, pracujeme v „krizovém režimu“ (A14*)	25,2%
11. Překlady a předávání pacientů	
1. Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu z jednoho oddělení na druhé (F3*)	82,6%
2. Během střídání služeb se často nepředávají důležité informace týkající se péče o pacienta (F5*)	86,5%
3. Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi jednotlivými odděleními v nemocnici (F7*)	53,1%
4. Výměna služeb je pro pacienty v této nemocnici problematická (F11*)	75,9%
12. Nerepresivní odpověď na nežádoucí události	
1. Personál má pocit, že jejich chyby/omyly jsou používány proti nim (A8*)	61,3%
2. Při zaznamenání nežádoucí události je více řešen viník než daný problém (A12*)	63,3%
3. Zaměstnanci se obávají, že chyby, kterých se dopustí, jsou evidovány v jejich osobním spise (A16*)	53,1%