

Definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečnosti pacientů

Daniela Bartoníčková*, Dominika Kalánková**, Zdeňka Mikšová***, Katarína Žiaková**, Šárka Tomová****

* Fakultní nemocnice v Motole, Neurologická klinika 2. LF a FN Motol

** Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

*** Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovateľství

**** Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovateľství

Abstract

BARTONIČKOVÁ, D. – KALÁNKOVÁ, D. – MIKŠOVÁ, Z. – ŽIAKOVÁ, K. – TOMOVÁ, Š. Defining individual dimensions of patient safety culture. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2018, vol. 8, no. 2, pp. 38-45. Available on: <http://www.oseetrovateľstvo.eu/archiv/2018-rocnik-8/cislo-2/definovani-jednotlivych-dimenzii-kultury-bezpecnosti-pacientu>.

Background: Assessing the individual dimensions of patient safety culture by nurses is very crucial for the overall improvement of patient safety. This assessment provides the health organizations with a clear overview of areas requiring urgent attention. However, before the evaluation itself, it is necessary to define the stated dimensions.

Aim: To define the individual dimensions of patient safety culture in relation to the nursing profession.

Methods: The contribution has a design of a narrative literature review, the search was processed according to PRISMA recommendations and was conducted between February 2018 - June 2018 in the scientific databases PubMed, ProQuest, ScienceDirect, and EBSCO Discovery Service through stated keywords. There were 217 scientific studies, of which 30 were used to process this paper.

Results: A total of 12 individual dimensions of the patient safety culture were defined by means of scientific studies in relation to nursing care.

Conclusion: Before evaluating the patient safety culture it is necessary to understand its characteristics and to obtain a comprehensive overview of the dimensions that define it.

Within our research, we defined these dimensions in relation to the nursing profession as they are responsible for ensuring safe care and represent the last line of defense against the emergence of potential threats. By gaining further knowledge about the patient safety culture, the quality of provided care can be further enhanced by them.

Keywords: patient safety culture, nurse, definitions, safety culture dimensions, nursing.

Úvod

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). Bylo prokázáno, že vytvoření kultury bezpečí ve zdravotnických organizacích vede ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Bahrami et al., 2014) a její implementace do praxe je důležitá vzhledem k prevenci újmy na zdraví pacientů (Ito et al., 2011). Její 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 problémů týkajících se bezpečnosti pacientů. Velkou výhodou jejího vyhodnocení v neposlední řadě je také možnost opětovného posouzení, ale i porovnání výsledků s ostatními organizacemi (Stavrianopoulos, 2012). Hodnocení bezpečnosti pacientů dle Stavrianopouluse (2012) je vyžadováno mezinárodními akreditačními organizacemi a rozvoj kultury bezpečí patří i mezi základní doporučení společnosti *Institute of Medicine*. Mezi kvantitativními metodami, dotazník *Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů* (2004), má svoji odpovídající validitu a vysokou reliabilitu (Cronbach alfa dle AHRQ vyšší nebo rovno 0,60) (Davoodi et al., 2013). Dotazník byl vyvinut společností Westat ve spolupráci s AHRQ. Výsledky pilotní studie provedené ve více než 20 nemocnicích v USA daly vznik 12 dimenzím, kterými lze od roku 2004 kulturu bezpečí pacientů posuzovat. Základní struktura dotazníku ve své podstatě obsahuje 42 položek seskupených do 9 oblastí, které odpovídají právě jednotlivým dimenzím a dvěma přiřazeným položkám (Sorra et al., 2016). Dotazník je široce využíván nejen v USA, ale získal svůj význam a viditelnost i v Evropě (Ocelli et al., 2013). Byl schválen sítí Evropské unie pro zajištění bezpečnosti pacientů a projektem Rady Evropy pro zlepšení bezpečnosti pacientů (Perneger et al., 2014). V dnešní době je dotazník široce využíván po celém světě (Smits et al., 2012) a zahrnuje tedy celkem dvanáct dimenzí pro měření kultury bezpečí pacientů (Ocelli et al., 2013). Kultura bezpečí pacientů může být vyhodnocována různými kategoriemi zdravotnických pracovníků, či managementem jednotlivých zdravotnických zařízení (Sorra et al., 2016). Vzhledem k povaze příspěvku se však zaměřujeme na její posouzení z pohledu sester.

Ošetrovateľská péče je z důvodu zlepšování kvality a bezpečnosti poskytované péče označována jako zásadní (You et al., 2013). Sestry, jako nejpoběžnější skupina zaměstnanců ve zdravotnictví (Bartoníčková et al., 2017), tráví s pacienty nejvíce času, a právě i z toho důvodu se mohou při své práci aktivně podílet na efektivních bezpečnostních řešeních, které následně pozitivně ovlivňují výsledný stav pacientů (Ammouri et al., 2015; Škrála, Škrlová, 2008). Tento pozitivní vliv na celkové bezpečí pacientů u sester prokazuje ve své studii i Morellová et al. (2012). Důležitým aspektem v souvislosti

s bezpečností pacientů je vyhodnocení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí. V zahraničí se jedná o běžnou součást ošetrovatelské praxe (Ulrich, 2015), v České republice byla však snaha o její začlenění do běžné praxe zatím neúspěšná. V rámci evropské provencie byla kultura bezpečnosti pacientů vyhodnocena v několika výzkumných pracích, na území Slovenské republiky se jí věnovaly především Sováriová Soosová et al. (2017), v České republice pak Filka, Kotrbová (2012) a Pokojová, Bártlová (2018), které rovněž realizovaly výzkumnou studii týkající se personálního zabezpečení. Přestože její vyhodnocení již v českých podmínkách provedeno bylo, Kearová, Ulrichová (2014) však před jejím samotným hodnocením doporučují nejprve její jednotlivé dimenze definovat. Za nejdůležitější považujeme je vydefinovat ve vztahu k ošetrovatelské profesi a to především na podkladě literárního přehledu. Prozatím žádný z dohledaných výzkumů v českých a slovenských podmínkách se definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů u sester nevěnoval, a proto se tato problematika stala předmětem a zásadním cílem našeho výzkumu.

Metodika

Předložený příspěvek má charakter narativního literárního přehledu. Výběr studií byl specifikovaný zadáním následujících kritérií výběru: jazyk (anglický, český, slovenský), dostupnost plných textů, kvantitativní studie, přehledové články. Vyhledávání vědeckých studií bylo realizované prostřednictvím čtyř specifických vědeckých databází a to PubMed, ProQuest, ScienceDirect a EBSCO Discovery Service dostupných v rámci instituce, kde byla studie realizována. Vyhledávání bylo provedeno v období únor 2018 – červen 2018 prostřednictvím předem stanovených klíčových slov: dimenze kultury bezpečí – kultura bezpečí pacientů – sestry – ošetrovatelství – definice. Při vyhledávání byly použité Booleanovské operátory „AND“ a „OR“ za kombinace stanovených klíčových slov. V každé z vědeckých databází byla použita stejná kritéria. V rámci iniciálního vyhledávání bylo nalezených 217 vědeckých studií. Po odstranění 26 duplicitních článků bylo analyzovaných 191 článků. Narativní přehled byl zpracován podle doporučení PRISMA (Schéma 1). Celkem bylo získaných 30 studií, které byly použité pro zpracování předkládané přehledové studie.

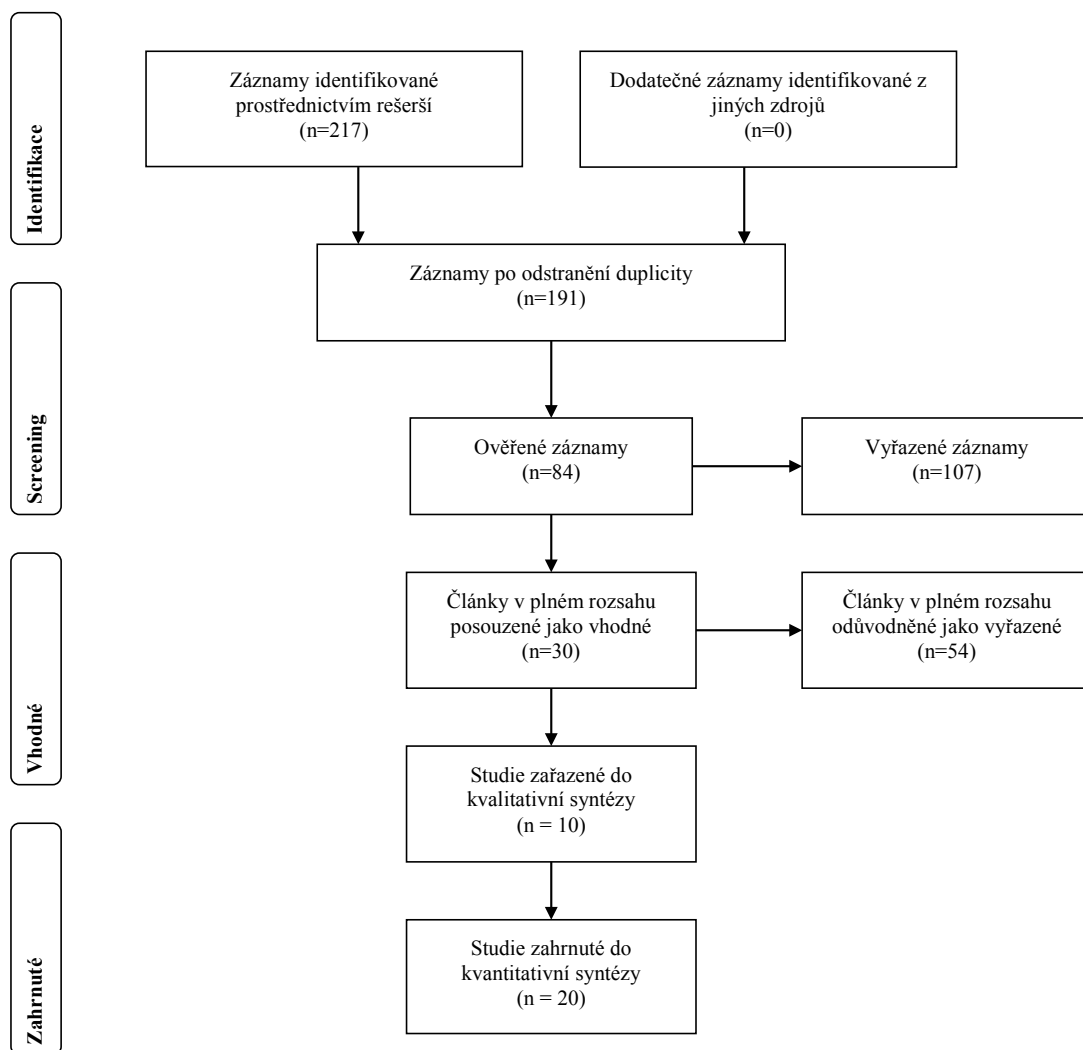


Schéma 1. Vývojový diagram – doporučení PRISMA

Výsledky

Vzhľadom k zamereňiu našej práce uvádzame definície jednotlivých dvanásti dimenzií kultúry bezpečia pacientov (týmová spolupráca v rámci oddelenia; podpora vedúceho / manažera prosazujúca bezpečnosť pacienta; znalosti organizácie a kontinuálne zlepšovania; podpora managementu pre bezpečnosť pacientov; celkové vnímanie bezpečnosti pacientov; spätná väzba a komunikácia ohľadne nežádúcich udalostí; otvorenosť komunikácie; frekvencia hlásenia nežádúcich udalostí; spolupráca medzi jednotkami / oddeleniami; personálny obsadenie; príklady a predváňanie pacientov; nerepresívna odpoveď na nežádúcu udalosť) a to vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti.

Tab. 1. Prehľad štúdií zaoberajúcich sa jednotlivými dimenzionálnymi aspektami kultúry bezpečia pacientov vo vzťahu k ošetrovateľskej starostlivosti

Dimenze kultúry bezpečia pacientov	Definície: Miera, do akých... dle AHRQ (Sorra et al., 2016)	Autor, rok
Týmová spolupráca v rámci oddelenia	Zamestnanci sa vzájomne podporujú, navzájom si prejavujú úctu a pracujú spoločne ako tím.	Hwang, Ahn, 2015 Kear, Ulrich, 2014 Ling et al., 2016 Wong et al., 2016 Xie et al., 2017
Podpora vedúceho / manažera prosazujúca bezpečnosť pacienta	Vedúci / manažeri zvažujú návrhy zamestnancov prispievajúce k zlepšeniu bezpečnosti pacientov, chváli pracovníkov za prováděnie bezpečných postupov a neprehrážejú problémy týkajúce sa bezpečnosti pacientov.	Boynton, 2012 Kaufman, McCaughan, 2013 Sammer et al., 2010 Ulrich, Kear, 2014
Znalosti organizácie a kontinuálne zlepšovania	Chyby vedú k pozitívnym zmenám a tieto zmeny sú pak z hľadiska efektivity vyhodnocované.	Kaufman, McCaughan, 2013 Kear, Ulrich, 2014 Reiman et al., 2010 Stavrinopoulos, 2012 Sammer et al., 2010 Stock et al. 2010
Podpora managementu pre bezpečnosť pacientov	Management nemocnice zaisťuje pracovné prostredie podporujúce bezpečnosť pacientov a poukazuje na to, že táto bezpečnosť je najvyššia prioritou.	Alves Barros et al., 2014 Kagan, Barnoy, 2013 Stavrinopoulos, 2012 Ulrich, Kear, 2014
Celkové vnímanie bezpečnosti pacientov	Postupy a systémy pri predchádzaní chybám sú na dobrej úrovni a problémov s bezpečnosťou pacientov je minimum.	Ammouri et al., 2015 El-Jardali et al., 2014 Listyowardojo et al., 2012 Nelson et al., 2011 Wagner, 2014
Spätná väzba a komunikácia ohľadne nežádúcich udalostí	Zamestnanci sú informovaní o chybách, ktoré sa vyskytujú, je jim poskytovaná spätná väzba o implementovaných zmenách a môžu diskutovať o spôsoboch, akými tieto chyby možno predchádzať.	El-Jardali et al., 2014 Kear, Ulrich, 2014 Sammer et al., 2010 Stavrianopoulos, 2012 Wagner, 2014
Otvorenosť komunikácie	Zamestnanci môžu voľne hovoriť o tom, keď vidia niečo, čo by mohlo negatívne ovplyvniť pacienta a neboja sa hovoriť s ľuďmi s vyššou autoritou.	Alquwez et al., 2018 El-Jardali et al., 2014 Khater et al., 2015 Wong et al., 2016 Yu et al., 2017

Tab. 1. – pokračovanie

Frekvence hlášení nežádoucích událostí	Následující typy nežádoucích událostí jsou pravidelně ohlašovány: pochybení zachycená a napravená před ovlivněním stavu pacienta; pochybení bez možnosti poškození pacienta; pochybení, která mohou pacienta poškodit.	Albrecht, 2015 Bahrami et al., 2014 Farup, 2015 Filka, 2010 Kalra et al., 2013 Kear, Ulrich, 2014 Pham et al., 2013
Spolupráce mezi jednotkami / odděleními	Nemocniční jednotky / oddělení navzájem spolupracují a poskytují pacientům vždy nejlepší možnou péči.	Kaufman, McCaughan, 2013 Kear, Ulrich, 2014 Sammer et al., 2010
Personální obsazení	Na oddělení je dostatek pracovníků ke zvládnutí pracovní zátěže a pracovní doba je vhodná k zajištění nejlepší péče o pacienty.	Bahrami et al., 2014 El-Jardali et al., 2014 Kear, Ulrich, 2014
Překlady a předávání pacientů	Důležité informace o pacientech jsou předávány napříč nemocničními jednotkami / odděleními a během střídání směn.	Brabcová et al., 2014 Kear, Ulrich, 2014
Nerepresivní odpověď na nežádoucí události	Zaměstnanci vědí, že jejich chyby a zprávy o nežádoucích událostech nejsou používány proti nim a že tyto chyby nejsou uchovávány v jejich osobních souborech.	El-Jardali et al., 2014 Kear, Ulrich, 2014 Stavrianopoulos, 2012 Wang et al., 2014

Týmová spolupráce v rámci oddělení

Zdravotnický tým, jako skupina pracovníků, který společně poskytuje zdravotní péči pacientům a snaží se dosáhnout společného cíle, jímž je podpora, udržování nebo obnovení zdraví jednotlivců, rodin a komunity se navzájem podporuje, chová se k sobě s úctou a vzájemně se respektuje (Kear, Ulrich, 2014). Týmovou spoluprací, jakožto nezbytnou součástí vysoce kvalitní zdravotní péče, je proto nutné neustále zlepšovat (Hwang, Ahn, 2015). Jednou z možností jejího pozitivního ovlivňování může být zavedení edukačních intervencí (Xie et al., 2017). Wong et al. (2016) prokázali účinnost trojhodinového edukačního kurzu u sester právě v dimenzi týmové spolupráce. Stejně tak i Ling et al. (2016) dokládají podobné výsledky v dané oblasti, a to za aplikace volně dostupného edukačního kurzu, který kulturu bezpečnosti pacientů může dále příznivě ovlivnit.

Podpora vedoucího / manažera prosazující bezpečnost pacienta

Kultura bezpečnosti začíná u manažerů vzhledem k tomu, že kvalitní strategie vedení lidí jsou potřebné k celkovému zvýšení bezpečnosti pacientů (Sammer et al., 2010). Vedoucí / manažer v ošetrovateľské péči, jako zodpovědný pracovník, by proto měl zvažovat návrhy sester na zlepšení bezpečnosti pacientů, chválit je při navrhování bezpečných postupů a nepřehlížet bezpečnostní problémy pacientů (Ulrich, Kear, 2014). Dále by měl stanovovat vzor chování pro celý tým, jelikož je potřebný ve všech úrovních péče a veškerých důležitých situacích. Dle Boyntonové (2012) je manažer ošetrovateľské péče na všech úrovních a specializacích zodpovědný za rozvoj efektivní strategie zajišťující bezpečnost, podporu klienta a spokojenost zaměstnanců. Efektivní vedení lidí je v klinickém prostředí pak spojeno s lepší kvalitou a bezpečností v zařízení. Úkolem manažerů by proto mělo být vytvoření zdravějšího a bezpečnějšího pracovního prostředí (Kaufman, McCaughan, 2013).

Znalosti organizace a kontinuální zlepšování

Management znalostí je označován jako proces vytváření nebo vyhledávání znalostí, jejich následné šíření a využívání nejen v rámci organizace, ale i mezi nimi (Stock et al., 2010). Organizační učení a management znalostí pak kolektivními postupy přispívají k neustálému zlepšování organizace a využívání příležitostí k celkovému rozvoji (Reiman et al., 2010). Kultura učení vytváří povědomí sester o bezpečnosti a podporuje i učení celé organizace (Stavrinopoulos, 2012). Představuje prostředí, ve kterém sestry mohou mluvit o svých obavách a chybách (Kaufman, McCaughan, 2013). Chyby však mohou vést i k pozitivním změnám (Kear, Ulrich, 2014). Učení se ze svých chyb a hledání nových příležitostí přispívá ke zlepšení výkonu všech zaměstnanců včetně ošetrovateľského personálu. Dle Sammerové et al. (2010) by však příležitost pro učení neměla vycházet pouze z chyb či selhání, ale především z úspěchů dané organizace.

Podpora managementu pro bezpečnost pacienta

Management v ošetrovateľské péči musí podporovat a motivovat sestry, 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). Nutností výkonu managementu je rozvíjení vize a strategie zařízení, informování sester a hledání způsobů, jak je motivovat ke zlepšení péče o pacienty. Mezi důležité motivační prvky patří především zpětná vazba a systém odměňování (Kagan, Barnoy, 2013). Bylo prokázáno, že management nemocnice vytváří pracovní klima, které podporuje bezpečnost pacientů a poukazuje na to, že bezpečnost pacientů je nejvyšší prioritou (Ulrich, Kear, 2014). Kultura bezpečí pacientů však závisí především na bezpečných postupech sester. Autentická podpora ze strany managementu v 21. století proto musí umět vést komplexně sestry přes veškeré rozpory (Stavrianopoulos, 2012).

Celkové vnímání bezpečnosti pacienta

Celkové vnímání bezpečnosti pacientů sestrami, ve kterém se jedná o subjektivní evaluaci této bezpečnosti, je nezbytnou součástí prevence a snížení výskytu nežádoucích událostí a zlepšení celkové kvality poskytované zdravotní péče (Wagner, 2014). Rozdíly ve vnímání kultury bezpečí jsou patrné mezi odděleními i mezi pracovníky (Listyowardojo et al., 2012). El-Jardali et al. (2014) například uvádí, že akreditované nemocnice mají vyšší hodnotu vnímání bezpečí pacientů než nemocnice neakreditované. Studie Ammouriho et al. (2015) konstatuje, že sestry s delší praxí udávají vyšší stupeň vnímání bezpečnosti. Další studie Nelsona et al. (2011) 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 následně použito jako vhodný nástroj pro identifikaci problematických oblastí poskytované bezpečné péče. Výsledné získané informace pak mohou manažerům pomoci zvolit různé vzdělávací programy k celkovému zlepšení bezpečnosti pacientů (Listyowardojo et al., 2012).

Zpětná vazba a komunikace ohledně nežádoucích událostí

Nezbytnou součástí kvalitní péče o pacienta je účinná komunikace a poskytování zpětné vazby (Wagner, 2014). Poskytování zpětné vazby a podílení se na řešení problémů buduje důvěru a tím přispívá i k upevnění základů důležitých vlastností kultury bezpečí (Stavrianopoulos, 2012). Sestry pracující v týmu by měly vzájemně komunikovat o veškerých negativních vlivech dopadajících na péči o pacienty a neměly by se bát klást otázky lidem s vyšší autoritou (Kear, Ulrich, 2014). Dle Sammerové et al. (2010) by však měly především vědět, že jejich připomínky k péči o pacienty jsou nadřazenými vždy vyslyšeny a uznávány. Bylo prokázáno, že problémy v komunikaci jsou významným faktorem, který se podílí na vzniku a častějším výskytu nežádoucích událostí (El-Jardali et al., 2014). Sestry by proto měly být o nežádoucích událostech vždy informovány a měly by diskutovat o způsobech jejich prevence (Kear, Ulrich, 2014).

Otevřenost komunikace

Otevřenost v komunikaci uvnitř a mezi zdravotnickými týmy sester představuje efektivní prostředek výměny informací o pacientech a jejich potřebách, a proto je nezbytná k odstranění veškerých potenciálních hrozeb z hlediska bezpečnosti pacientů (El-Jardali et al., 2014; Wong et al., 2016). Naopak neefektivní komunikace mezi sestrami může přispívat ke vzniku nežádoucích událostí. Bylo prokázáno, že otevřenost v komunikaci může být ovlivněna vírou, hodnotami a kulturou (Alquwez et al., 2018). Též bylo verifikováno, že zlepšením otevřenosti v oblasti komunikace a pochopením vlivů, které se na ní mohou podílet, lze výsledně zvýšit i celkové vnímání kultury bezpečí pacientů sestrami (Khater et al., 2015; Yu et al., 2017).

Frekvence hlášení nežádoucích událostí

Hlášení nežádoucích událostí spadá do kompetencí sester a jak je známo, jedná se o prioritní problém ve zdravotnictví. Právě správné hlášení a pravidelné zveřejňování nežádoucích událostí je klíčovou oblastí vedoucí ke zlepšení bezpečnosti pacientů (Kalra et al., 2013). Hlášení nežádoucích událostí a vhodné měřicí nástroje k zaznamenávání událostí, kterým lze předcházet, je však dle Farupa (2015) v dnešní době nedostatečné a nespolehlivé. Přitom dle Kearové, Ulrichové (2014) by měly být pravidelně ohlašovány veškeré nežádoucí události, včetně pochybení. Filka (2010) potvrzuje, že hlášení pochybení je považováno za neefektivnější strategii v boji proti jeho vzniku. Může poskytovat cenné informace o tom, jak a proč mohou být pacienti poškozeni (Pham et al., 2013). Z nebezpečných situací je klíčové se prostřednictvím hlášení nežádoucích událostí poučit a poté se jim náležitě vyhybat (Albrecht, 2015). V rámci dohledných výzkumů bylo prokázáno, že nízká frekvence hlášení těchto událostí sestrami bývá zapříčiněna především nedostatečným personálním zajištěním, existujícím represivním prostředím, nedostatečným systémem hlášení a nízkou motivací (Bahrami et al., 2014).

Spolupráce mezi jednotkami / odděleními

Duch kolegiality a spolupráce existuje mezi manažery, zaměstnanci i nezávislými členy organizace. Vztahy v týmu by proto měly být otevřené, bezpečné, uctivé a flexibilní (Sammer et al., 2010). Jednotlivá oddělení v nemocnici by měla vždy spolupracovat a koordinovat služby společně, aby poskytovala tu nejlepší péči o pacienty (Kear, Ulrich, 2014). Týmy totiž, stejně jako jednotlivci, mohou bezpečnost narušit nebo ji dále rozvíjet. Tým, který nefunguje kvalitně, zvyšuje možnost vzniku nežádoucích událostí. Naproti tomu dobře fungující tým má vyšší potenciál k zajištění bezpečí pacientů. V neposlední řadě bylo prokázáno, že efektivní týmová spolupráce mezi sestrami je považována za základ kvalitně poskytované péče o pacienty (Kaufman, McCaughan, 2013).

Personální obsazení

Ve zdravotnických organizacích by měl být dostatek personálu pro zvládnutí pracovní náplně a pracovní doba by měla být přiměřená (Kear, Ulrich, 2014). Velkým problémem dnešní doby je však nedostatek sester kontrastující s vysokou poptávkou, což často vede i ke snížení úrovně kvality poskytované péče. Tento problém je více patrný v univerzitních nemocnicích, jelikož jejich rozpočty jsou financovány z veřejných zdrojů (Bahrami et al., 2014). Mít silnou, schopnou a motivovanou pracovní sílu je dnes jednou z největších výzev pro všechny nemocnice. Sestry v nemocnicích s nedostatečným personálním obsazením jsou většinou přepracované, trpí stresem a nespavostí. To může vést ke vzniku pochybení a nežádoucích událostí (El-Jardali et al., 2014). Problém personalistiky tak může poškozovat kulturu bezpečí pacientů a vést i k narušení kvality poskytované péče (Bahrami et al., 2014). Výsledky studie El-Jardaliho et al. (2014) poukazují na to, že čím je vyšší pozitivní skóre personálního obsazení sestrami udáváno, tím pozitivněji je jimi vnímána i celková bezpečnost.

Překlady a předávání pacientů

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 překladu pacienta může docházet ke ztrátě důležitých informací, což může finálně přispět i ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Úkolem sestry při překladu pacienta je předání kompletní ošetrovatelské dokumentace v případě překladu na oddělení v rámci jednotky a vyplnění ošetrovatelské překladvé zprávy v případě překladu na jiné oddělení, či do jiného zdravotnického zařízení (Brabcová et al., 2014). 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). 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).

Nerepresivní odpověď na nežádoucí události

Nerepresivní odpovědi na nežádoucí prostředí a rozvoj iniciativy k dobrovolnému hlášení nežádoucích událostí utvářejí vhodné pracovní prostředí a pro rozvoj kultury bezpečí jsou nezbytné (Wang et al., 2014). Sestry by měli vědět, že jejich chyby a omyly nejsou používány proti nim a nejsou uchovávány v jejich personálních spisech (Kear, Ulrich, 2014). Některé se totiž stále domnívají, že v případě ohlašování nežádoucích událostí může být tato skutečnost použita proti nim. Strach z takové situace však počet zaznamenaných nežádoucích událostí rapidně snižuje. Tento strach tak může při vytváření pozitivní kultury bezpečí pacientů představovat velkou překážku (El-Jardali et al., 2014). Bylo prokázáno, že chyby by měly být vždy vnímány jako selhání systémové a ne jako selhání osobní (Stavrianopoulos, 2012). Důvody pro neohlášení zahrnují strach, ponížení a přítomnost represivní reakce. Proto je zapotřebí podporovat sestry k hlášení nežádoucích událostí, a to zejména z důvodu pozitivního dopadu na zlepšení bezpečnosti pacientů (El-Jardali et al., 2014).

Závěr

Kultura bezpečí pacientů je komplexní fenomén. Její začlenění do ošetrovatelské péče, zvláště pak do podmínek běžné praxe, je zásadní. Sestry jsou totiž zodpovědné nejen za zajišťování bezpečné péče o pacienty, ale také za vytváření prostředí, ve kterém další pracovníci mohou bezpečnou péči poskytovat. Jejich práce s pacienty v těsném kontaktu při poskytování zdravotních služeb představuje také poslední linii obrany před potencionálním vznikem pochybení a chyb. I z toho důvodu by mělo být jejich hlavní motivací vytvoření dostatečně silné kultury bezpečí prostřednictvím jejího vyhodnocení, a tím i přijetí výzvy a odpovědnosti za zajištění bezpečnosti pacientů, které mají v péči. Obecné vyhodnocení kultury bezpečí pacientů je doporučováno mezinárodními zdravotnickými organizacemi a mezi jeho přednosti patří především získání jasného náhledu na jednotlivé problematické oblasti týkající se bezpečnosti pacientů. Před využitím samotného hodnocení kultury bezpečí pacientů je však potřebné porozumění charakteristikám, které jej definují a získání tak uceleného přehledu o dimenzích, které jej naplňují. Nejen z toho důvodu, že sestry tráví s pacienty ze všech pracovníků nejvíce času, jsme tyto dimenze v rámci našeho výzkumu vydefinovali právě ve vztahu k jejich profesi. Prostřednictvím získání znalostí o bezpečnosti pacientů a kultuře bezpečí pak mohou následně v praxi zajišťovat kvalitní péči tak, aby se jejich pacienti cítili vždy v bezpečí.

Podporené projektom COST OC-2015-2-20085 Rationing-Missed Nursing Care: An international and multidimensional problem.

Seznam bibliografických odkazů

- ALBRECHT, R. M. 2015. Patient safety: the what, how, and when. In *American Journal Of Surgery*, 2015, vol. 210, no. 6, pp. 978–982.
- ALQUWEZ, N. et al. 2018. Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2018, vol. 50, no. 4, pp. 422–431.
- ALVES BARROS, A. et al. 2014. Motivation Practices to Promote Safety Culture by Nursing Leaders According to Assisting Nurses. In *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 2014, vol. 8, no. 12, pp. 4330–4336.
- AMMOURI, A. A. et al. 2015. Patient safety culture among nurses. In *International Nursing Review*, 2015, vol. 62, no. 1, pp. 102–110.
- BAHRAMI, M. A. et al. 2014. Iranian Nurse' Perception of Patient Safety Culture. In *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 2014, vol. 16, no. 4, pp. 1–9.
- BARTONÍČKOVÁ, D. – KALÁNKOVÁ, D. – MIKŠOVÁ, Z. 2017. Vzdelávaní sester ako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovateľské péče. In *Florence*, 2017, roč. 3, č. 7, s. 28–29.
- BOYNTON, B. 2012. Nurse Leaders' Critical Role in and Collaboration Strategies for Creating Safe, Positive Workplace Cultures. In *Journal of Legal Nurse Consulting*, 2012, vol. 23, no. 2, pp. 31–34.
- BRABCOVÁ, I. et al. 2014. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In: *Cesta k modernímu ošetrovateľství*, 2014, roč. 16, s. 94–103 [cit. 2015-09-21]. Dostupné na internetu: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?-gid=1045977>
- DAVOODI, R. et al. 2013. Patient Safety Culture Based on Medical Staff Attitudes in Khorasan Razavi Hospitals, Northeastern Iran. In *Iranian Journal of Public Health*, 2013, vol. 42, no. 11, pp. 1292–1298.
- EL-JARDALI, F. et al. 2014. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. In *BMC Health Services Research*, 2014, vol. 14, no. 1, pp. 1–15.
- FARUP, P. G. 2015. Are measurements of patient safety culture and adverse events valid and reliable? Results from a cross sectional study. In *BMC Health Services Research*, 2015, vol. 15, no. 1, pp. 1–7.
- FILKA, J. – KOTRBOVÁ, K. 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. 2017-08-21]. Dostupné na internetu: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=978637>
- HWANG, J. I. – AHN, J. 2015. Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. In *Asian Nursing Research*, 2015, vol. 9, no. 1, pp. 14–20.
- ITO, S. et al. 2011. Development and Applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. In *BMC Health Services Research*, 2011, vol. 11, no. 1, pp. 28–34.
- KAGAN, I. – BARNOY, S. 2013. Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2013, vol. 450, no. 3, pp. 273–280.
- KALRA, J. – KALRA, N. – BANIAK, N. 2013. Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. In *Clinical Biochemistry*, 2013, vol. 46, no. 13–14, pp. 1161–1169.
- KAUFMAN, G. – MCCAUGHAN, D. 2013. The effect of organisational culture on patient safety. In *Nursing Standard*, 2013, vol. 27, no. 43, pp. 50–56.
- KHATER, W. A. et al. 2015. Nurses' perceptions of patient safety culture in Jordanian hospitals. In *International Nursing Review*, 2015, vol. 62, pp. 82–91.
- KEAR, T. – ULRICH, B. 2014. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. In *Nephrology Nursing Journal*, 2014, vol. 41, no. 5, pp. 447–457.
- LING, L. et al. 2016. The Effect of a Freely Available Flipped Classroom Course on Health Care Worker Patient Safety Culture: A Prospective Controlled Study. In *Journal of Medical Internet Research*, 2016, vol. 18, no. 7, pp. e180.
- LISTYOWARDOJO, T. A. – NAP, R.E. – JOHNSON, A. 2012. Variations in hospital worker perceptions of safety culture. In *International Journal for Quality in Health Care*, 2012, vol. 24, no. 1, pp. 9–15.
- MORELLO, R. T. et al. 2012. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. In *BMJ Quality & Safety*, 2012, vol. 22, no. 1, pp. 11–18.
- NELSON, S. et al. 2011. Patient Safety Climate: Variation in Perceptions by Infection Preventionists and Quality Directors. In *Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases*, 2011, vol. 2011, pp. 1–7.

- OCCELLI, P. et al. 2013. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. In *International Journal for Quality in Health Care*, 2013, vol. 25, no. 4, pp. 459-468.
- PHAM, J. C. – GIRARD, T. – PRONOVOST, P. J. 2013. What to do with healthcare Incident Reporting Systems. In *Journal of Public Health Research*, 2013, vol. 2, no. 3, pp. 154-159.
- POKOJOVÁ, R. – BÁRTLOVÁ, S. 2018. Ensuring a sufficient number of personnel as part of the safety culture in medical facilities. In *Kontakt*, 2018, vol. 20, no.1, pp. 11-16.
- REIMAN, T. – PIETIKAINEN, E. – OEDEWALD, P. 2010. Multilayered approach to patient safety culture. In *BMJ Quality & Safety*, 2010, vol. 19, no. 5, pp. 1-5.
- SAMMER, C. E. et al. 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. In *Journal of Nursing Scholarship*, 2010, vol. 42, no. 2, pp. 156-165.
- SMITS, M. et al. 2012. The role of patient safety culture in the causation of unintended events in hospitals. In *Journal of Clinical Nursing*, 2012, vol. 21, no. 23/24, pp. 3392-3401.
- SORRA, J. et al. 2016. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. 2016b. [cit. 2016-04-16]. Available on: internete: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, M. – ZAMBORIOVÁ, M. – MURGOVÁ, A. 2017. Hospital patient safety culture in Slovakia. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2017, vol. 1, no.1, pp. 2-19.
- STAVRIANOPOULOS, T. 2012. The Development of Patient Safety Culture. In *Health Science Journal*, 2012, vol. 6, no. 2, pp. 201-211.
- STOCK, G. N. – MCFADDEN, K. GOWEN III. C.R. 2010. Organizational culture, knowledge management, and patient safety in U.S. hospitals. In *The Quality Management Journal*, 2010, vol. 17, no. 2, pp. 7-26.
- ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
- The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital Survey on Patient Safety Culture [online]. 2016a. [cit.2018-08-16]. Available on: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>.
- ULRICH, B. – KEAR, T. 2014. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Initial Findings. In *Nephrology Nursing Journal*, 2014, vol. 41, no. 5, pp. 459-476.
- ULRICH, B. 2015. Patient Safety - What Is Your Role? In *Nephrology Nursing Journal*, 2015, vol. 42, no. 2, pp. 107.
- WAGNER, V. D. 2014. Patient Safety: A Cultural Affair. In *AORN Journal*, 2014, vol. 100, no. 4, pp. 355-357.
- WANG, X. et al. 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. In *International Journal of Nursing Studies*, 2014, vol. 51, no. 8, pp. 1114-1122.
- WONG, A.H. et al. 2016. Making an "attitude adjustment": using a simulation-enhanced interprofessional education strategy to improve attitudes toward teamwork and communication. In *Simulation in Healthcare*, 2016, vol. 11, pp. 117-125.
- XIE, J. F. et al. 2017. A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. In *Nurse Education in Practice*, 2017, vol. 27, pp. 128-133.
- YOU, L. M. et al. 2013. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. In *International Journal of Nursing Studies*, 2013, vol. 50, no. 2, pp. 154-161.
- YU, M. et al. 2017. Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units. In *Journal of Clinical Nursing*, 2017, vol. 27, pp. 1442-1450.

Kontakt

Mgr. Daniela Bartoničková

Neurologická klinika 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha
Česká republika
Tel.: +420 734 781 914
E-mail: bartonickovadaniela@gmail.com

Prijaté: 1. 10. 2018

Akceptované: 5. 11. 2018