ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Personální zabezpečení jako součást kultury bezpečí ve zdravotnických zařízeních

Ensuring a sufficient number of personnel as part of the safety culture in medical facilities

Radka Pokojová *, Sylva Bártlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-07-18

Received in revised form:
2017-09-04

Accepted: 2017-10-16

Published online: 2018-03-26

Keywords:

Patient safety

Adverse event

Safety culture

Personnel insurance

ABSTRACT

The goal of the research was to find the way medical employees in acute and later care services perceive the safety of patients at their workplace. The article is focused on partial results associated with personnel issues. The opinions were obtained with the quantitative research method using a standardized questionnaire: the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The research group consisted of 331 medical employees and did not include doctors. The composite score, which expresses the aspects of a certain phenomenon with a single number, was calculated by averaging all of the positive answers using the methods of the AHRQ. Low values show the possibilities for improvement. The learned values of the composite score in the researched domain of Personnel insurance were 47.82%, and the anticipations and acts of a superior supporting patient safety was 72.78%. Compared to other studies, these values are equal or slightly higher. However, they do not reach the level presented in referential values of the AHRQ, i.e. 63% and 75%. The assessment of safety enables the managing staff to find out the outline of individual aspects and help to improve safety and the quality of care based on the identification of the problem.

SOUHRN

Klíčová slova:

bezpečnost pacienta

nežádoucí událost

kultura bezpečnosti

bezpečnost personálu

Cílem šetření bylo zjistit, jak zaměstnanci poskytovatelů zdravotnických služeb akutní a následné péče vnímají bezpečnost pacientů na vlastním pracovišti. Sdělení se zaměřuje na dílčí výsledky související s personálními otázkami. Zjišťování názorů probíhalo kvantitativním šetřením s použitím standardizovaného dotazníku Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Výzkumný soubor tvořilo 331 nelékařských zdravotnických pracovníků. Kompozitní skóre, které kombinuje aspekty určitého jevu do jednoho číselného vyjádření, bylo vypočteno zprůměrováním všech položek kladných odpovědí v rámci dimenze podle metodiky AHRQ. Nízké hodnoty ukazují příležitosti ke zlepšení. Zjištěné hodnoty kompozitního skóre u sledovaných dimenzí Personální za-

* **Korespondenční autor:** PhDr. Radka Pokojová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice, Česká republika; e-mail: pokojr00@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.10.002>

bezpečení 47,82 % a Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta 72,78 % jsou ve srovnání s některými studii shodné až mírně vyšší, nicméně nedosahují úrovně prezentované referenčními hodnotami AHRQ, tj. 63 % a 75 %. Hodnocení bezpečnosti umožňuje manažerům získat přehled o jednotlivých aspektech a na základě identifikace problémů pomáhá zlepšit bezpečnostní chování a kvalitu péče.

© 2018 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Kvalita i bezpečnost jsou pro poskytování zdravotní péče zásadní. Silné institucionální prostředí je důležitým faktorem pro identifikaci rizik, která mohou ohrozit pacienta nebo mu mohou způsobit újmu [1].

Výzkumy spojující personální problémy v nemocnicích a negativní výsledky péče o pacienty upoutaly pozornost uvnitř i vně systému zdravotní péče. Četné studie byly provedeny v průběhu 90. let a na počátku roku 2000, což je období, kdy se objevovaly zprávy o nedostatku ošetrovatelského personálu, výskytu syndromu vyhoření a pracovní nespokojenosti. V době, kdy se začalo poukazovat na skutečnost, že tato situace je spojena se zvýšenou mortalitou pacientů, média a veřejnost se začaly o závěry těchto studií zajímat [2].

Ošetrovatelský personál představuje největší skupinu zdravotnických pracovníků. V USA se udává, že tvoří až 54 % z celkového počtu pracovníků ve zdravotnictví [3]. Dle údajů ÚZIS [4] tvoří v České republice zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu 56 % z celkového počtu zdravotnických pracovníků.

Nedostatek všeobecných sester vytváří silnou konkurenci. Vysoká pracovní zátěž ošetrovatelského personálu nejen nepříznivě ovlivňuje bezpečnost pacienta, ale může mít i další důsledky. Spokojenost s ošetrovatelskou prací je negativně ovlivněna tím, že organizační systém od všeobecných sester očekává, že budou vykonávat i nekvalifikované práce, jako jsou příprava stravy, úklid, transport pacientů, koordinování či provádění dalších pomocných činností, a též činnosti přesahující rámec jejich kvalifikace. Tyto faktory přispívají k vysokému obrátu a nedostatku zaměstnanců [3, 5].

Mnoho stresových situací na pracovišti může způsobit onemocnění či zranění personálu, což současně snižuje bezpečnost pacientů. Na rozvoji stresu se podílí celá řada faktorů. Velkou skupinu tvoří faktory související s kontextem okamžité práce, pracovním tempem, technologickými inovacemi, charakteristikami organizace práce, jako jsou práce ve směnách, přesčasy, tlaky na snižování počtu osob či využívání rotace sester. Stresory zahrnují rovněž aspekty přímé péče včetně požadavků na fyzickou námahu – zvedání pacienta, vyšší zátěž od pacientů, ale i délka péče o pacienty, stárnoucí populace, riziko poranění, možnosti násilí aj. [3].

Bártlová [6] publikovala studii realizovanou v rámci grantového úkolu IGA MZČR č. NR/7960-3. Do výběrového souboru bylo zařazeno celkem 1 040 zdravotních sester z celé České republiky, vybraných náhodným výběrem pomoci kvót. Nadpoloviční většina všeobecných sester

označila nejčastější příčiny nespokojenosti s prací následující faktory v pořadí: (1) špatné finanční ohodnocení práce (80 %); (2) nedoceňování práce nadřízenými (60 %); (3) nedostatek ošetrovatelského personálu (59 %); (4) špatné pracovní vztahy (57 %); (5) vysoký podíl administrativní práce (57 %); (6) špatná organizace práce (53 %). Za nejdůležitější faktor přispívající ke spokojenosti s prací uvedly dobré vztahy na pracovišti. Všeobecné sestry svou práci považují spíše za fyzicky namáhavou, kdy tato fyzická náročnost je větší než náročnost psychická.

Výzkum realizovaný v r. 2008 a prezentovaný Buriánkem a Malinou [5], jehož se zúčastnilo 355 všeobecných sester, ukázal, že podíl nekvalifikované práce – tj. práce méně kvalifikované (24 %) a práce vyžadující vyšší kvalifikaci (11 %) – je více než třetina. Naproti tomu vztahy k nejbližším nadřízeným se jeví jako relativně dobré, oceňována je férovost v jednání a všeobecné sestry cítí možnost zastání. V oblasti hodnocení stylu práce na celém pracovišti je silně pocítovaný důraz na kvalitu práce a výkonnost a dále snaha o úspory. Předností zůstává odborná úroveň péče a zájem na proškolení personálu. Největší slabinou je údajný nezájem o názory řadových pracovníků a nedůvěra v jejich schopnosti. Všeobecné sestry uvádějí jako negativa různé specifické problémy, například přetěžování schopných, nedostatek personálu, množství administrativy, nedostatečné ocenění práce ze strany lékařů, změny pokynů a instrukcí, zázemí na pracovišti nebo přístrojové vybavení.

Systém zdravotní péče je složitý. Pro stanovení optimálního počtu zdravotnických pracovníků je třeba brát v úvahu řadu faktorů, mezi nimi i rozdílnost kompetencí pracovníků jednotlivých ošetrovatelských profesí. Royal College of Nursing (RCN) [7] považuje za nejvhodnější používání různých nástrojů pro plánování ošetrovatelského personálu a doporučuje zjištěné údaje srovnat a doplnit je odborným úsudkem, protože potřebnost personálu musí být stanovena tak, aby bylo možné zajistit poskytování péče vzhledem k potřebám pacientů. Dále doporučuje pravidelně každé 2–3 roky přezkoumávat sledované ukazatele dostatečnosti personálu.

V České republice byla navržena Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče v rámci grantového úkolu IGA MZČR č. 3192-3 a výsledkem grantového úkolu IGA MZČR č. NR/7960 bylo stanovení průměrné časové hodnoty ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin. Výpočet potřebného počtu ošetrovatelského personálu lze aplikovat na standardní oddělení péče o dospělé pacienty. Metoda zahrnuje postupy, jak stanovit počet ošetrovatelského personálu a počet pracovních úvazků, včetně jejich kvalifikačního zastoupení [8]. Nepodkročitelné požadavky jsou stanoveny vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb [9].

Jak uvádí Amalberti et al. [10], neobvyklá míra stresu je odvozena od toho, že poptávku po zdravotní péči nelze omezit, ovlivnění začátečníky a studenty je značné (např. rizika plynoucí z operace jsou vyšší ve fakultních nemocnicích a s ohledem na závažnost a existenci chyb způsobených lidským faktorem jsou zjevná). Bezpečnost ve zdravotní péči závisí spíše na dynamické harmonii mezi účastníky než na dosažení optimální úrovně excelence na každém oddělení nebo pracovišti. Otevřený dialog a explicitní trénink mezi zdravotníky jsou při vytváření sdílené kultury bezpečnosti klíčovými faktory.

Šetření bylo zaměřeno na zjišťování názorů nelékařských zdravotnických pracovníků na problematiku personálního zabezpečení oddělení ve vztahu k zajištění bezpečnosti pacientů.

Metodika a charakteristika souboru

Zjišťování názorů probíhalo kvantitativním šetřením, technikou standardizovaného dotazníku Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) vydaného v roce 2006 [11]. Dotazník je určený pro použití v zařízeních lůžkové péče a je volně dostupný. Do češtiny byl přeložen dvěma nezávislými překladateli, přezkoumán skupinou odborníků ze zdravotnictví zaměřujícími se na kvalitu a bezpečnost a poté byl zpětně přeložen do angličtiny. Obsahuje 42 položek, seskupených do 12 dimenzí kultury bezpečí, z toho sedm aspektů se vztahuje k úrovni kultury bezpečí: očekávání a opatření vedoucího/manažera, organizační znalost – neustálé zlepšování, týmová spolupráce v rámci jednotek, komunikační otevřenost, zpětná vazba a komunikace o chybách, nenásilná reakce na chybu, personální zabezpečení; tři aspekty se týkají kultury bezpečí na úrovni nemocnice: podpora řízení bezpečnosti pacientů, týmová spolupráce mezi odděleními/jednotkami, překlady a předávání pacientů; a dvě položky jsou vstupní proměnné: celkové vnímání bezpečnosti pacienta a frekvence hlášených událostí.

Respondenti volili odpovědi na 5stupňové Likertově škále (plně souhlasím/vůbec nesouhlasím, resp. vždy/nikdy).

Šetření bylo realizováno v období 11/2015–5/2016. Výzkumný soubor tvořilo 331 nelékařských zdravotnických pracovníků. Mezi základní demografické charakteristiky souboru, které byly v rámci průzkumu sledovány, patří spolu s typem pracoviště a se vzděláním celková délka výkonu praxe, délka praxe na současném pracovišti a v současné specializaci, obvyklá délka pracovní doby, pracovní zařazení a interakce s pacienty. Celkem 85,80 % respondentů tvořily všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu. Respondenti nejčastěji pracovali na jednotkách intenzivní péče (19,64 %) a psychiatrických odděleních (18,13 %). Nejpočetněji byla zastoupena skupina pracující na daném pracovišti 1–5 let (37,46 %) a v dané profesi 11–15 let (23,87 %). Většina (67,67 %) respondentů uvedla obvyklou týdenní pracovní dobu v rozmezí 40–59 hodin; 98 % respondentů bylo v přímé interakci s pacienty. Soubor není reprezentativní. Ze statistického zpracování byly

vyloučeny dotazníky, u nichž (1) nebyla dokončena žádná část; (2) byla zodpovězena méně než polovina položek; (3) všechny položky odpovídaly stejně. Byla provedena popisná statistika demografických charakteristik. Dále byl vypočítán průměr pozitivních výsledků jednotlivých položek. Kompozitní skóre, které kombinuje aspekty určitého jevu do jednoho číselného vyjádření, bylo vypočteno zprůměrováním všech položek kladných odpovědí v rámci dimenze podle metodiky ARHQ [11, 12].

Odpovědi respondentů byly testovány v závislosti na průměrné délce týdenní pracovní doby a typu pracoviště neparametrickým Kruskal–Wallisovým testem. Statistické testování bylo provedeno v programu R – projekt verze 3.0.2.

V tomto sdělení se zabýváme výsledky dvou dimenzí, a to Personální zabezpečení a Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta. Každá z dimenzí je tvořena čtyřmi položkami.

Definice dimenze Personální zabezpečení: existuje dostatek pracovníků, aby zvládli pracovní zátěž, a pracovní doba je vhodná k tomu, aby poskytovala pacientům nejlepší péči.

Definice dimenze Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta: vedoucí pracovníci/manažeři zvažují návrhy liniových pracovníků na zlepšení bezpečnosti pacientů, chválí pracovníky v souvislosti s dodržováním bezpečnostních postupů pacientů a nebudou přehlížet problémy s bezpečností pacientů [12].

Výsledky

Bezpečné prostředí odráží určitou míru ostražitosti a proaktivní redukce chyb. Stupeň bezpečnosti pacienta na vlastním pracovišti hodnotí 16,08 % respondentů jako vynikající a 59,16 % jako velmi dobrý. Pouze 2,25 % respondentů hodnotí stupeň bezpečnosti jako slabý. Výsledky vnímání stupně bezpečnosti pacienta respondenty bylo posuzováno v závislosti na délce praxe na současném pracovišti a vzdělání respondentů. Rozdíl vnímání bezpečnosti v závislosti na délce praxe ani na dosaženém vzdělání není statisticky významný.

Hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení přispívá za předpokladu příznivého prostředí k jejich využívání pro poučení zaměstnanců; 30,51 % respondentů uvádí za posledních 12 měsíců 1–2 hlášené nežádoucí události, více než 10 hlášených událostí udává pouze 1,51 % dotazovaných.

Dimenze Personální zabezpečení je tvořena čtyřmi položkami zaměřenými na vnímání dostatečného personálního zabezpečení vzhledem k pracovní zátěži. Kompozitní skóre bylo 47,82 %.

Celkem 31,92 % respondentů vnímá počet pracovníků na vlastním oddělení vzhledem k pracovním požadavkům jako dostatečný (plně souhlasím, souhlasím). Podle 47,25 % respondentů může dojít k ohrožení pacienta z důvodů délky práce/odpracovaných pracovních hodin, 48,15 % respondentů uvádí, že pracují v tzv. krizovém režimu. S názorem, že zaměstnávání velkého množství dočasných zaměstnanců negativně ovlivňuje péči o pacienty, souhlasí 7,48 % respondentů (tab. 1).

Tabulka 1 – Odpovědi respondentů na položky zařazené do dimenze Personální zabezpečení

Položky dimenze	Frekvence odpovědí v %				
	plně souhlasím	souhlasím	částečně souhlasím	nesouhlasím	vůbec nesouhlasím
A2 – Máme dost pracovníků na zvládnutí pracovní náplně	5,78	26,14	37,99	20,67	9,42
A5 – Personál na tomto oddělení pracuje déle, než je vhodné pro péči o pacienty	5,50	16,18	25,57	45,95	6,80
A7 – Využíváme více dočasně pracujících zaměstnanců/agentur, než je dobré pro péči o pacienty	2,04	5,44	9,52	59,52	23,47
A14 – Pracujeme v „krizovém režimu“, kdy musíme udělat příliš mnoho příliš rychle (ve spěchu)	18,32	29,81	28,26	18,63	4,97

Odpovědi respondentů na položky A2, A5 a A14 vykazují statisticky významné rozdíly v závislosti na typu pracoviště (tab. 2). Závislost těchto dvou proměnných byla testována neparametrickým Kruskal–Wallisovým testem, který prokazuje statisticky průkazný vztah mezi pracovištěm respondenta a položkami zařazenými do dimenze Personální zabezpečení. Vypočtená hodnota p je v tomto případě $p = 0,000$ ($\alpha \leq 0,05$).

S názorem na dostatek pracovníků vzhledem k pracovní náplni souhlasili nejčastěji respondenti z pracovišť zařazených do skupiny jiné (pracovníci pracující na více pracovištích, gynekologii, pediatrii aj.), operačních sálů a anestezie. S tím, že se na oddělení pracuje déle, než je vhodné pro pacienty, nejčastěji souhlasili respondenti pracující v interních oborech. Práci v krizovém režimu nejčastěji uvádějí respondenti z chirurgických oborů.

Tabulka 2 – Kruskal–Wallisův test – závislost položek dimenze Personální zabezpečení a pracoviště

Pracoviště	A2 – Máme dost pracovníků na zvládnutí pracovní náplně	A5 – Personál na tomto oddělení pracuje déle, než je vhodné pro péči o pacienty	A7 – Využíváme více dočasně pracujících zaměstnanců/agentur, než je dobré pro péči o pacienty	A14 – Pracujeme v „krizovém režimu“, kdy musíme udělat příliš mnoho příliš rychle (ve spěchu)
Chirurgické obory	2,74	2,92	2	3,92
Interní obory	2,816327	2,979167	1,897436	3,836735
Intenzivní péče	2,861538	2,360656	2,1	3,25
Následná péče	2,818182	2,931034	2,333333	3,1
Op. sály, anestezie	3,4375	2,5	2,375	3
Psychiatrie	3,133333	2,773585	1,981481	3,175439
Traumatologie	2,925926	2,074074	1,925926	3,703704
Jiné	3,62069	2,62069	1,931034	2,580645
Chí-kvadrát statistika	23,20	27,18	6,82	46,03
p -hodnota	0,00	0,00	0,45	0,00

Dimenze Očekávání a činy nadřazeného podporující bezpečnost pacienta byla tvořena 4 položkami. Kompozitní skóre činí 72,78 %. Respondenti hodnotí pozitivně (plně souhlasím, souhlasím) pochvalu vedoucího za práci provedenou podle pravidel pro bezpečnost pacienta (61,65 %) a jeho návrhy na zlepšení bezpečnosti (67,28 %); 93,58 % respondentů nesouhlasí s názorem, že vedoucí přehlíží opakované problémy týkající se bezpečnosti pacienta. Požadavek vedoucích na rychlejší práci s možným zjednodušením zavedených postupů ve stresových situacích potvrzuje 15,85 % respondentů, tato položka vykazuje statisticky významné rozdíly v závislosti na délce pracovní doby; nejčastěji tento názor vyjádřili respondenti s průměrnou délkou týdenní pracovní doby 40–59 hodin (tab. 3).

Diskuse

Kultura bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních je obvykle hodnocena prostřednictvím kvantitativních dotazníků založených na různém počtu a různé kombinaci položek [13].

Dotazník Agentury pro výzkum a kvalitu ve zdravotnictví (AHRQ) v nemocničním průzkumu o bezpečnosti pacientů patří mezi jeden ze čtyř nejčastěji používaných nástrojů pro posuzování kultury bezpečnosti nemocnic jako celku nebo pro specifické jednotky v nemocnicích [14]. Zjišťuje silné a slabé stránky organizační kultury mezi zaměstnanci, a tak odhaluje důležité otázky vedoucí ke

Tabulka 3 – Kruskal–Wallisův test – závislost položek dimenze Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta a průměrné délky týdenní pracovní doby

Délka týdenní pracovní doby	B1 – Můj vedoucí pochválí, když vidí, že práce je provedena podle stanovených pravidel pro bezpečnost pacienta	B2 – Můj vedoucí seriózně zvažuje návrhy personálu na zlepšení bezpečnosti pacienta	B3 – Kdykoliv vznikne na odd. stresová situace, vedoucí chce, abychom pracovali rychleji, i kdyby to znamenalo zjednodušení/vynechání některých zavedených postupů	B4 – Můj vedoucí přehlíží problémy týkající se bezpečnosti pacienta, ke kterým znovu a znovu dochází
≤20 hod.	4,4	4,4	2	1,6
20–39 hod.	3,819149	3,680412	2,020619	1,6875
40–59 hod.	3,690583	3,866071	2,513514	1,585586
60–79 hod.	3	3,25	2,25	1,25
Chí-kvadrát statistika	5,052014	5,186279	25,283266	3,491347
p-hodnota	0,17	0,16	0,00	0,32

zlepšení kvality zdravotní péče v organizaci. Silné stránky kultury jsou důležitými faktory, které lze použít k predikci chování a postojů zdravotníků. Silná organizační kultura zlepšuje kvalitu péče poskytovanou pacientům [15].

Ve výsledcích šetření provedeného ve francouzsky hovořících nemocnicích uvádějí Perneger et al. [16] hodnocení globálního stupně bezpečnosti jako vynikající (46,9 %) a velmi dobré (39,2 %). Kompozitní skóre dosáhlo hodnot v dimenzích Personální zabezpečení 50,6 % a Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta 64,0 %.

Velké rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi ukazují výsledky portugalského průzkumu [17]. Dimenze Personální zabezpečení dosáhla kompozitního skóre 39 %, pozitivní odezva se pohybovala od 27 do 56 %. Dimenze Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta měla celkové kompozitní skóre 63 %, s odezvou v rozmezí 49 až 79 %.

Výsledky belgické studie [18] provedené v pěti nemocnicích uvádí v dimenzi Personální zabezpečení hodnotu 38 % a v dimenzi Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta hodnotu 63 %. Nízké hodnoty ukazují příležitosti pro zlepšení.

Výsledky průzkumu realizovaného v ošetrovateckých domech v USA byly zveřejněny v práci Castle a Sonon [19]. V dimenzi Personální zabezpečení bylo dosaženo kompozitního skóre 21 % a v dimenzi Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta 50 %.

Námi zjištěné hodnoty kompozitního skóre u sledovaných dimenzí Personální zabezpečení 47,82 % a Očekávání a činy nadřízeného podporující bezpečnost pacienta 72,78 % jsou srovnatelné, až mírně vyšší, ve srovnání s uvedenými studiemi, jejichž rozmezí je 21,0–50,6 % a 50,0–64,0 %. Nicméně nedosahují úrovně prezentované referenčními hodnotami AHRQ, tj. 55 % a 74 % [12].

Koeficient α byl nízký u dimenze Personální zabezpečení, což může odrážet povahu měřítka, protože se nejedná o typické psychometrické měřítko, nemusí tedy nutně reflektovat špatnou spolehlivost, ale spíše porušení předpokladu podmíněné nezávislosti mezi odpověďmi na jednotlivé položky [16].

Institut medicíny v USA označil z hlediska bezpečnosti pacientů za rizikové využívání většího počtu dočasných ošetrovateckého personálu nebo personálu z agentur, a to i přesto, že může zvýšit počet zaměstnanců dostupných pro péči o pacienty. Důvodem je zejména horší obeznámení s uspořádáním, kritickými cestami, vzájemnými závislostmi mezi pracovními komponentami, způsobem koordinace a řízení práce a dalšími pracovními prvky. Mezinárodní agentura pro atomovou energii označuje například zaměstnávání většího počtu dočasných personálu jako symptom počáteční slabosti v kultuře bezpečnosti organizace. V roce 2004 v USA poskytlo své služby prostřednictvím dočasné agentury 2,3 % registrovaných všeobecných sester [3].

V České republice není ve zdravotnictví zcela běžné zajišťování zaměstnanců prostřednictvím agentur, ale podobně fungují např. zaměstnanci pracující na dohodu o pracovní činnosti nebo tzv. rotující sestry, které zastupují za chybějící zaměstnance na různých pracovištích. Výsledky námi provedeného šetření nenaznačují, že by na pracovištích působil větší počet dočasných/zastupujících zaměstnanců, než je vhodný pro pacienty. Tento názor má pouze 7,48 % respondentů. Přibližně třetina (30,09 %) respondentů udává nedostatek pracovníků vzhledem k pracovní zátěži, 31,92 % respondentů naopak uvedlo, že pracovníků je dostatek. Odpovědi respondentů vykazují statisticky významné rozdíly v závislosti na pracovišti, nejčastěji odpověděli respondenti uvedení ve skupině jiné (pracovníci pracující na více pracovištích, gynekologii, pediatrii aj.) a operační sály, anestezie a nejméně respondenti pracující v chirurgických oborech.

Otevřená kultura, ve které mohou být nedostatky, chyby a nežádoucí události diskutovány, může pomoci snížit výskyt pochybení. Jak ukazují některé průzkumy [5, 7, 20], množství práce při nedostatku kvalifikovaného personálu přispívá ke stresovosti a promítá se na pracovním výkonu.

V roce 2013 bylo Českou asociací sester provedeno dotazníkové šetření s názvem Pracovní podmínky zdravotníků v ČR [21]: 85,4 % z celkového počtu téměř 6 000 respondentů tvořily všeobecné sestry. Na otázku přesčasové práce uvedlo 32,8 % respondentů, že odpracuje měsíčně navíc 1–2 služby a 25,5 % respondentů odpracuje měsíčně

navíc 3–4 služby. Více než 80 % zdravotníků v lůžkové péči má pocit, že vzhledem k nadměrnému pracovnímu zatížení nedokáže pacientům poskytnout odpovídající kvalitní péči. O tomto problému může otevřeně hovořit se svým nadřízeným 32,8 % respondentů (odpovědi „rozhodně ano“, „spíše ano“). Podle výsledků šetření pociťuje 97,4 % respondentů negativně nárůst administrativy, 84,7 % dotázaných se nedomnívá, že tato administrativa přispívá ke zkvalitnění poskytované péče.

Omezení

Tento průzkum má několik omezení. Účastníci nebyli z jedné určité zdravotnické organizace, což brání generalizaci, jelikož organizační kultura bezpečnosti pacientů je výsledkem multidisciplinárního úsilí. Je omezen na populaci nelékařských zdravotnických pracovníků, a nemusí tudíž být dostatečným odrazem skutečnosti. Výsledky je třeba hodnotit s určitou opatrností, neboť jsou založeny na vnímání účastníků. Těmto a dalším omezením je třeba věnovat pozornost a při zobecňování těchto zjištění na ně brát zřetel.

Závěr

Bezpečnost pacientů je pro poskytovatele zdravotní péče vysokou prioritou, stává se součástí koordinovaných aktivit zdravotní, respektive ošetrovatelské péče a také vědecko-výzkumným tématem s cílem vymezovat dobrou praxi a přenášet ji dále.

I když odborníci dosud nedosáhli konsenzu o rozměrech, které zahrnují kulturu bezpečnosti, existují různé kombinace dimenzí. Nejčastěji uváděné jsou: odpovědnost vedení za bezpečnost, otevřená komunikace založená na důvěře, organizační učení, nerepresivní přístup k hlášení nežádoucích událostí, týmová spolupráce a sdílené přesvědčení o důležitosti bezpečnosti.

Odborná diskuse o pochybeních a nežádoucích událostech může přispět k jejich snížení.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že jim není znám žádný konflikt zájmů s výše uvedeným článkem.

LITERATURA

- [1] Lim MK. Quest for quality care and patient safety: the case of Singapore. *Qual Saf Health Care* 2004;13(1):71–5.
- [2] WHO. World Alliance for Patient Safety. WHO; 2004. [online] [cit. 2014-06-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- [3] Hughes RG (Ed.). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
- [4] ÚZIS ČR. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013. Zdravotnická statistika ČR; 2013. [online] [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>
- [5] Buriánek J, Malina A. Pracovní spokojenost zdravotních sester. *Zdravotnictví v České republice* 2009;3(12):82–9.
- [6] Bártlová S. Pracovní spokojenost sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice* 2006;9(3):126–8.
- [7] Royal College of Nursing. Evidence-based nurse staffing levels: RCN policy position; 2010. [online] [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/pol-003870>
- [8] Pochylá K, Pochylý O. Metoda pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikační zastoupení na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé. [online] [cit. 2017-08-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/Soubor.ashx?souborID=16925&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha_1_-_Metoda_pro_stanoven%C3%AD_po%C4%8Dtu_o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9ho_person%C3%A1lu%5B1%5D.pdf
- [9] Vyhláška č. 99/2012, Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686–1729.
- [10] Amalberti R, Auroy Y, Berwick D, Barach P. Five system barriers to achieving ultra-safe health care. *Ann Intern Med* 2005;142:756–64.
- [11] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Hospital survey on patient safety culture; 2015. [online] [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- [12] Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. [online] [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospcult.pdf>
- [13] Patient safety culture instruments used in member states. Aarhus: EUNetPaS; 2010. [online] [cit. 2017-08-06]. Dostupné z: <http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/2016/eunetpas/WP1-CATALOGUE%20Use%20of%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf>
- [14] Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety* 2011;20(4):338–43.
- [15] Mikušová V, Rusnakova V, Naďová K, Boroňová J, Beťková M. Patient safety assessment in Slovak hospitals. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health* 2012;4(6):1236–44.
- [16] Perneger TV, Staines A, Kundig F. Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf* 2014;23(5):389–97.
- [17] Eiras M, Escoval A, Grillo IM, Silva-Fortes C. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur* 2014;27(2):111–22.
- [18] Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur* 2007;20(7):620–32.
- [19] Castle NG, Sonon KE. A culture of patient safety in nursing homes. *Qual Saf Health Care* 2006;15(6):405–8.

-
- [20] Vévoda J, Vévodová Š, Bubeníková Š, Kvisterová H, Ivanová K. Datamining techniques – decision tree: new view on nurses' intention to leave. *Cent Eur J Nurs Midw* 2016;7(4):518–26.
- [21] Česká asociace sester. Výsledky dotazníkového šetření ČAS: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR; 2013. [online] [cit. 2017-08-20]. Dostupné z: www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf