

Daniela Bartoníčková, Katarína Žiaková

Bezpečnost pacienta

při poskytování ošetrovatelské péče





Daniela Bartoníčková, Katarína Žiaková

Bezpečnost pacienta

při poskytování ošetrovatelské péče

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Mgr. Daniela Bartoničková, PhD., prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

BEZPEČNOST PACIENTA při poskytování ošetrovatelské péče

Recenzentky: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.,
doc. PhDr. Mária Sováriová Soósová, PhD.

Vydání odborné monografie schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Photo © depositphotos.com 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 458. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová

Obrázky dodaly autorky. Obrázky 1 a 2 vytvořeny v rámci webového rozhraní Google: CoogleIt Limited. (n.d.). *Coogle – Simple, fast, and powerful mind maps*. <https://coogle.it/>; obr. 4 vytvořen v SPSS 29.0 – IBM Corp. (2022). IBM SPSS Statistics (Version 29.0) [Computer software]. IBM. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics> a obr. 7 vytvořen v programu NVivo – Lumivero. (2023). NVivo (Version 14) [Computer software]. <https://www.lumivero.com/products/nvivo>.

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 176

1. vydání, Praha 2026

Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-6132-4 (ePub)

ISBN 978-80-247-2328-0 (pdf)

ISBN 978-80-271-5681-8 (print)

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
Problematika bezpečnosti pacientů v národním a mezinárodním kontextu	10
1 Bezpečnost pacientů v kontextu vzdělávání	19
1.1 Vzdělávací rámce bezpečnosti pacientů v ošetrovatelství	23
1.1.1 Obecné vzdělávací rámce bezpečnosti pacientů zahrnující obor ošetrovatelství	24
1.1.2 Specifické vzdělávací rámce bezpečnosti pacientů pro obor ošetrovatelství	33
1.1.3 Vzdělávání v oblasti bezpečnosti pacientů v České republice	37
1.1.4 Shrnutí	39
1.2 Nástroje pro hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství	41
1.2.1 Nástroje pro hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství, vycházející z obecných vzdělávacích rámců bezpečnosti pacientů	43
1.2.2 Nástroje pro hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství, vycházející ze specifických vzdělávacích rámců bezpečnosti pacientů	67
1.2.3 Psychometrické vlastnosti české verze nástroje HSOPS-NS – „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů z pohledu studentů ošetrovatelství“	74
1.2.4 Shrnutí	87
1.3 Výsledky hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství, včetně faktorů, které dané hodnocení ovlivňují	91
1.3.1 Celkové hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství	92
1.3.2 Vyhodnocení dimenzí bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství	97
1.3.3 Faktory ovlivňující hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství	101

1.3.4	Hodnocení bezpečnosti pacientů studenty ošetrovatelství v České republice – mixed-method design	112
1.3.5	Shrnutí	137
Závěr	.....	140
Seznam bibliografických zdrojů	.....	143
Rejstřík	.....	171
Souhrn	.....	174
Summary	.....	175

Seznam zkratek

AACN	– American Association of Colleges of Nursing
AHRQ	– Agency for Healthcare Research and Quality
APS	– Attitudes to Patient Safety Questionnaire
CFA	– Confirmatory Factor Analysis
CFI	– Comparative Fit Index
CPSI	– Canadian Patient Safety Institute
CVI	– Content Validity Index
ČR	– Česká republika
EFA	– Exploratory Factor Analysis
EFN	– European Federation of Nurses
EU	– Evropská unie
EUNetPaS	– European Network for Patient Safety
H-PEPSS	– Health Professional Education in Patient Safety Survey
HPPSACS	– Health Care Professionals Patient Safety Assessment Curriculum Survey
HSOPS	– Hospital Survey on Patient Safety Culture
HSOPS-NS	– Hospital Survey on Patient Safety Culture – Nursing Students
ICN	– International Council of Nurses
IFI	– Incremental Fit Index
IOM	– Institute of Medicine
JCAT-NE	– Just Culture Assessment Tool for Nursing Education
JCI	– Joint Commission International
MZ ČR	– Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MZ SR	– Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky
NPSA	– National Patient Safety Agency
NPSEF	– National Patient Safety Education Framework
NQF	– National Quality Forum
NQSSI	– Nursing Quality and Safety Self-Inventory
OECD	– Organisation for Economic Co-operation and Development
PaSNEQ	– The Patient Safety in Nursing Education Questionnaire
PCA	– Principal Component Analysis
PS-ASK	– Patient Safety Attitudes, Skills and Knowledge Scale
PSCF ^a	– Patient Safety Competency Framework
PSCF ^b	– The Patient Safety Competency Framework for Nursing Students
PSCS	– Patient Safety Culture Scale
PSCSE	– Patient Safety Competency Self-Evaluation Tool
PSS	– Patient Safety Survey
QSEN	– Quality and Safety Education for Nurses
QSEN SES	– QSEN Student Evaluation Survey
RMSEA	– Root Mean Square Error of Approximation
SAQ	– Safety Attitude Questionnaire
SCF	– Safety Competencies Framework
SLIPPS	– Sharing Learning from Practice to Improve Patient Safety
USA	– Spojené státy americké
WHO	– World Health Organization

Úvod

Bezpečnost pacientů je celosvětově uznávanou prioritou v oblasti zdravotní péče. Jedním z klíčových přístupů k jejímu zlepšení ve zdravotnických zařízeních je vytvoření kultury bezpečí. V posledních letech se tento koncept stal předmětem rozsáhlého výzkumu jak v tuzemsku, tak v zahraničí. Existuje mnoho definic bezpečnosti a kultury bezpečí pacientů, které se shodují v důrazu na prevenci poškození pacienta. Přestože se v oblasti bezpečnosti neustále vyvíjejí nové strategie a přístupy, odhaduje se, že přibližně 1 z 10 pacientů se setká s nežádoucí událostí během své hospitalizace. Významnou roli při zajišťování kvalitní a bezpečné péče sehrávají všeobecné sestry, jejichž vzdělání bylo identifikováno jako klíčový faktor pro zvýšení bezpečnosti pacientů.

Již v roce 1999 doporučil americký Institut medicíny integraci tématu bezpečnosti pacientů do vzdělávacích osnov všech zdravotnických oborů. Na základě tohoto doporučení vznikla řada iniciativ zaměřených na zařazení kvality a bezpečnosti do vzdělávacích programů. Byly vytvořeny různé vzdělávací rámce, které stanovují oblasti, na něž by se měla výuka zaměřit. V České republice ani na Slovensku dosud neexistují specifické vzdělávací rámce věnované bezpečnosti pacientů, což je v souladu s výsledky mezinárodní studie projektu RANCARE, která poukazuje na časté opomíjení tohoto tématu i v dalších evropských zemích. Tento evropský projekt, financovaný organizací COST, se primárně zaměřil na problematiku chybějící, přidělované a nedokončené péče. Jedním z jeho důležitých dílčích cílů bylo také analyzovat současný stav výuky bezpečnosti pacientů v rámci vzdělávání sester. Výsledky ukázaly, že v zemích Evropské unie neexistují jednotné pokyny ani standardizace v této oblasti. Vysoké školy ošetrovatelství často uplatňují vlastní autonomní přístupy k výuce, což může vést k nedostatečnému začlenění tématu bezpečnosti pacientů do studijních programů. Je proto nezbytné, aby byly formulovány jasné vzdělávací strategie, které by umožnily sjednocení a posílení výuky v této oblasti. Kromě toho je důležité zaměřit se na sociokulturní aspekty bezpečnosti pacientů, které bývají ve vzdělávání často přehlíženy. Prostřednictvím vhodných metod lze hodnotit znalosti, dovednosti a postoje studentů, což může přispět ke zlepšení jejich profesních kompetencí nejen v oblasti bezpečnosti, ale i kvality péče.

Tato kniha propojuje teoretická východiska s praktickými zjištěními, čímž poskytuje ucelený pohled na problematiku bezpečnosti pacientů ve vzdělávání sester. V první části jsou rozebírány klíčové pojmy a koncepty týkající se bezpečnosti pacientů a kultury bezpečí, včetně kontextu ve vzdělávání, přičemž se opírají o výsledky mezinárodních výzkumů. Na tato teoretická východiska následně plynule navazují analýzy praktických výstupů, které hodnotí, jak studenti bakalářského studijního programu ošetrovatelství vnímají kulturu bezpečí pacientů v rámci klinické praxe. Tento přístup umožňuje nejen pochopení koncepčních rámců bezpečnosti pacientů, ale také jejich aplikaci v konkrétních podmínkách vzdělávání a praxe. Důraz je kladen na identifikaci oblastí vyžadujících zlepšení, přičemž výzkumná část knihy se zaměřuje na hodnocení bezpečnosti pacientů studenty v reálném prostředí klinické praxe. Další analýza se soustředí na hloubkové zkoumání zkušeností studentů s výskytem a hlášením nežádoucích událostí, což bylo v kvantitativní části hodnoceno jako problematické. Kromě toho jsou zkoumány faktory a prediktory, které mohou ovlivnit vnímání bezpečnosti pacientů mezi studenty.

Kniha je určena především pro vzdělavatele a studenty oboru ošetrovatelství. Vzhledem k rostoucímu množství výzkumů věnovaných hodnocení bezpečnosti pacientů studenty klinické praxe a opakovaným doporučením odborníků pro začlenění této problematiky do vzdělávacích programů věříme, že publikace bude přínosná nejen pro domácí, ale i pro zahraniční odborníky. V neposlední řadě přináší také analýzu psychometrických vlastností nejčastěji využívaného nástroje Hospital Survey on Patient Safety Culture mezi studenty ošetrovatelství.

Problematika bezpečnosti pacientů v národním a mezinárodním kontextu

Přestože problematika bezpečnosti pacientů je zkoumána již od počátku devadesátých let 20. století (Brennan et al., 1991), celosvětový zájem o tento problém odstartoval americký projekt „Kvalita zdravotní péče Lékařského institutu (Institute of Medicine’s Quality of Health Care)“, jehož výstupem byly dvě zlomové publikace. V první z nich: „Mýlit se je lidské: Budování bezpečnějšího zdravotnického systému (To Err is Human: Building a Safer Health System)“ bylo uvedeno, že nepřiměřeně vysokému množství pacientů se dostává suboptimální péče a neúmyslná poškození při poskytování zdravotní péče bývají hlavní příčinou závažných stavů pacientů a způsobují až 98 000 úmrtí ročně. V publikaci byla také formulována prvotní definice bezpečnosti pacientů: „prevence poškození pacienta“ (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000, s. 28). V roce 2001 byla uveřejněna publikace druhá: „Překročení propasti kvality: Nový zdravotnický systém pro 21. století (Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century)“, v níž byly stanoveny předpoklady pro zdravotnický systém ve 21. století, a bezpečná péče byla dále americkým Institutem medicíny (Institute of Medicine – IOM) specifikována jako „vyvážení se poškození pacientů způsobených zdravotní péčí, jejímž primárním cílem je pacientům pomoci“ (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001, s. 5). Od té doby se bezpečnost pacientů stala globálním fenoménem, předmětem řady výzkumných studií a téma bylo dále komplexně rozvíjeno.

Mnohé země po vydání výše zmíněných publikací začaly prosazovat bezpečnost pacientů jako společný cíl pro poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče, avšak nejednoznačnost v terminologii způsobila, že pojem bezpečnost začal být používán jako záchytný bod pro jakékoliv obavy v souvislosti s bezpečností ve zdravotnictví (Kirwan et al., 2019). V roce 2008 proto byla sestavena podle Kirwan et al. (2019) smysluplnější definice bezpečnosti pacientů: „Disciplína v sektoru zdravotní péče, která aplikuje metody vědy o bezpečnosti s cílem dosáhnout důvěryhodného systému poskytování zdravotní péče. Bezpečnost pacientů je také atributem systémů zdravotní péče; minimalizuje výskyt a dopad nežádoucích událostí a maximalizuje zotavení se z nich.“ (Emanuel et al., 2008, s. 6).

Z mezinárodních organizací prosazujících bezpečnost pacientů lze vyzdvihnout Světovou zdravotnickou organizaci (World Health Organization – WHO), která v roce 2004 iniciovala vznik Světové aliance pro bezpečí pacientů, jejímž hlavním cílem bylo pomoci členským státům navýšit bezpečnost poskytované zdravotní péče (WHO, 2019). Strategický a koordinovaný přístup WHO k bezpečnosti pacientů, řešení společných příčin nežádoucích událostí a přístupy k jejich prevenci začaly být celosvětově uznávány a v rámci 72. Světového zdravotnického shromáždění v roce 2019 vyvrcholily v rezoluci o globálních opatřeních v oblasti bezpečnosti pacientů, jejímž aktuálně platným výstupem je „Globální akční plán bezpečnosti pacientů 2021–2030“ (WHO, 2021). Bezpečnost pacientů je v něm definována jako: „*rámec organizovaných činností, které vytváří kulturu, procesy, postupy a chování, technologie a prostředí ve zdravotnictví, které důsledně a trvale snižují rizika, omezují výskyt škod, kterým se lze vyhnout, snižují pravděpodobnost chyb a snižují dopady poškození, pokud k nim dojde*“ (WHO, 2021, Executive summary V). Strategické

cíle plánu do roku 2030 vyzdvihují důležitost rozvoje politik k odstranění nežádoucích událostí v oblasti zdravotní péče, kterým se lze vyhnout; vysoce spolehlivých systémů; bezpečnosti klinických procesů; zapojení pacientů a rodiny do procesu péče; vzdělávání a dovedností zdravotnických pracovníků ohledně bezpečnosti pacientů; informací, výzkumu a řízení rizik; synergie, partnerství a solidarity. Poukazuje také na rozvoj kultury bezpečí pacientů, která musí proniknout do postojů, přesvědčení, hodnot, dovedností a postupů zdravotnických pracovníků (WHO, 2021).

V souvislosti s všeobecným rozvojem bezpečnosti vznikla spousta nezávislých organizací, a to nejvíce v Severní Americe (např. Joint Commission International – JCI, 1951; Institute for Healthcare Improvement, 1991; National Patient Safety Foundation, 1997; Leapfrog Group, 1998; National Quality Forum – NQF, 1999; Patient Safety Organization, 2005; Canadian Patient Safety Institute – CPSI, 2003). Úsilí začala být vyvíjena také na úrovni jednotlivých zemí a vznikla tak řada vládních organizací, a to zejména ve Velké Británii (např. National Patient Safety Agency – NPSA, 2001; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005), ve Spojených státech amerických (např. Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ, 2004), v Austrálii (např. Australian Council on Safety and Quality in Health Care, 2006), na Novém Zélandu (např. New Zealand Health Quality & Safety Commission, 2010) a v dalších zemích.

V rámci Evropské unie (EU) se snaha zvýšit bezpečnost pacientů začala rozvíjet především po schválení Lucemburské deklarace bezpečí pacientů v roce 2005, ve které byla nastíněna základní pravidla, která je k zajištění bezpečnosti pacientů ve zdravotnických systémech třeba dodržovat (European Commission, 2005). Velký krok vpřed na evropské úrovni byl učiněn v roce 2008, kdy byla vytvořena Evropská síť pro bezpečnost pacientů (European Network for Patient Safety – EUNetPaS; European Patient's Forum, 2022). V roce 2009 bylo na základě již vyvinutého úsilí od WHO, Rady Evropy a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) vydáno Doporučení Rady EU č. 2009/C151/01 o bezpečnosti pacientů, včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Jedná se o zatím nejdůležitější legislativní opatření pro zlepšení bezpečnosti pacientů v EU, ve kterém jsou členské státy vyzývány, aby zavedly nebo zlepšily své národní strategie zvyšování bezpečnosti pacientů, včetně prevence a kontroly infekcí. Udává se v něm, že v členských státech EU je ohroženo v souvislosti s poskytováním zdravotní péče až 12 % pacientů přijatých do nemocnice. Bezpečnost pacientů je zde definována jako „ochrana pacienta před zbytečnou újmou nebo potenciální újmou v souvislosti se zdravotní péčí“ (Úřední Věstník Evropské unie, 2009, s. C 151/3). Dokument se skládá ze tří částí, přičemž obsahem první části jsou obecná doporučení pro navýšení bezpečnosti pacientů, pod která spadá: podpora zavedení a rozvoje vnitrostátních politik a programů pro bezpečnost pacientů; posílení účasti a informovanosti občanů a pacientů; podpora zavedení nebo posílení nerepresivních systémů podávání zpráv a informování o nežádoucích událostech; podpora vzdělávání a odborné přípravy zdravotnických pracovníků v oblasti bezpečnosti pacientů; zajištění klasifikace a měření bezpečnosti pacientů prostřednictvím vzájemné spolupráce; sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů prostřednictvím vzájemné spolupráce; a rozvoj a prosazování výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů. V druhé části jsou pak uvedena doporučení k prevenci a kontrole infekcí spojených se zdravotní péčí a v části třetí je členským státům EU doporučeno šířit obsah doporučení ve zdravotnických organizacích, profesních skupinách, ale i vzdělávacích institucích (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

V rámci všeobecných snah v oblasti bezpečnosti pacientů v České republice (ČR) bylo během českého předsednictví v Radě EU v roce 2009 Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZ ČR) Doporučení Rady EU přijato v červenci 2009 a v souvislosti s ním byl vypracován „Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012“. Jeho součástí bylo i stanovení resortních bezpečnostních cílů,¹ mezi které pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče patří: bezpečná identifikace pacientů; bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti; prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech; prevence pádů; zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče; bezpečná komunikace; bezpečné předávání pacientů; prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů; a dále pro poskytovatele ambulanti péče a zdravotnické záchranné služby: bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti; zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče (Kalvachová, 2010). Aktuálně jsou tyto cíle legislativně ukotveny ve Věstníku MZ č. 13/2021, jehož součástí jsou i minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, které rozšiřují minimální standardy pro plnění zákonné povinnosti podle § 47 odst. 3, písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021). V souladu s nejnovější realizací „Národní strategie Zdraví 2020“, která zahrnuje celkem 13 akčních plánů, byl zveřejněn i Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. V jeho rámci byly v roce 2015 MZ ČR stanoveny následující národní klíčové priority: zlepšení edukace zdravotníků v oblasti řízení kvality a bezpečnosti; zvýšení zainteresovanosti veřejnosti a pacientů na kvalitě a bezpečí zdravotních služeb; kontinuální zvyšování systému hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotní péče; podpora kvality populačního zdraví prostřednictvím efektivního a bezpečného zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015). V roce 2010 vznikla pod MZ ČR také „Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče“, mezi jejíž úkoly patří zejména výměna informací o aktuální činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče v ČR na základě stávajících a nově vznikajících problémů, priorit a inovačních řešení (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Kalvachová (2010) dále uvedla, že v rámci strategie MZ ČR ideálním krokem pro navýšení bezpečnosti pacientů může být vytvoření kultury bezpečí. Začlenění terminologie kultury bezpečí a její pravidelné posuzování, navzdory některým výzkumným studiím zdůrazňujícím důležitost jejího hodnocení (Filka & Kotrbová, 2012; Pokojová & Bártlová, 2018; Bartoníčková et al., 2019b), však v České republice zůstalo prozatím nedostatečně řešeno.

Na Slovensku byla situace obdobná jako v České republice, kde doporučení Rady EU bylo rovněž Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky (MZ SR) v červenci roku 2009 přijato. V souvislosti s tím byl v září 2014 ve Věstníku č. 15/2014 vydán Metodický

¹ Resortní bezpečnostní cíle jsou velmi podobné Národním bezpečnostním cílům pacientů (National Patient Safety Goals), které byly v USA ustanoveny společností JCI v roce 2002. Tyto cíle bývají každoročně schvalovány, doplňovány a obměňovány a jsou součástí požadavků pro hodnocení systému kvality a bezpečí poskytovaných služeb ve zdravotnických zařízeních (Kear & Ulrich, 2015). V roce 2022 resortní bezpečnostní cíle zahrnují: správnou identifikaci pacientů, zlepšení komunikace mezi zaměstnanci, bezpečné podávání léků, bezpečné používání alarmů, zabránění šíření infekce, identifikaci rizik pro bezpečnost pacientů a prevenci chyb v chirurgii (Joint Commission, 2022).

pokyn č. 3/2014 týkající se systému hlášení chyb, omylů a nežádoucích událostí v ústavní zdravotní péči. V článku 1 daného metodického pokynu je definována bezpečnost pacienta jako „*předcházení nežádoucích událostí během období poskytování zdravotní péče s cílem minimalizace poškození pacienta a dosažení bezpečnější zdravotní péče*“ a zároveň jako „*právo pacienta neutrpět újmu, anebo potencionální újmu spojenou s ústavní zdravotní péčí*“ (Ministerstvo zdravotnictva Slovenskej republiky, 2014, s. 2). Nejdůležitější funkci zde mají systémy hlášení chyb, omylů a nežádoucích událostí, jež jsou součástí strategie bezpečnosti pacientů a jejichž realizace si vyžaduje vytvoření kultury bezpečí. Ta je pak v daném metodickém pokynu definována jako „*vytvoření takového prostředí, ve kterém chování jednotlivce a kolektivu je založeno na neustálém úsilí minimalizovat poškození pacienta, ke kterému by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním zdravotní péče*“ (Ministerstvo zdravotnictva Slovenskej republiky, 2014, s. 2). Základem této kultury je otevřenost, poctivost, učení se a spravedlnost. Článek 2 metodického pokynu více pojednává o systémech hlášení, v článku 3 jsou řešeny stížnosti a podněty (Ministerstvo zdravotnictva Slovenskej republiky, 2014). V roce 2019 byla na Slovensku vydána vyhláška č. 444/2019, v platném znění, která pojednává o minimálních požadavcích na interní systém hodnocení bezpečnosti, a to jak v ústavní a ambulantní zdravotní péči, tak u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Rozsah hodnocení bezpečnosti v ústavní zdravotní péči musí podle vyhlášky zahrnovat následující: bezpečnou identifikaci pacientů; bezpečnost při používání léků a jejich uchování; prevenci záměny pacienta, zdravotnického výkonu, strany anebo části těla pacienta při chirurgických výkonech; optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče; bezpečné předání pacienta; prevenci vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů; řešení neodkladných stavů; preventivní a kontrolní opatření proti nozokomiálním infekcím; eliminaci a prevenci pádů; udržitelnost mobility pacientů; bezpečnou komunikaci; dodržování práv pacientů a osob podle osobního předpisu; sledování spokojenosti pacientů (Zbierka zákonov Slovenskej republiky, 2019).

Na význam vytvoření kultury bezpečí pacientů coby jednoho z pilířů trvale udržitelného bezpečí pacientů bylo upozorněno již v zahraniční publikaci amerického Institutu medicíny (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000). V posledních dvou dekadách se víze, že zdravotnická zařízení mají svou „kulturu bezpečí“, kterou lze měřit, chápat a zlepšovat, stala ve světě základem ukazatelem bezpečnosti pacientů (Nieva et al., 2003; Weaver et al., 2013). Nutnost implementace kultury bezpečí do zdravotnických zařízení je zdůrazněna také v nyní platném „Globálním akčním plánu bezpečnosti pacientů 2021–2030“ WHO (World Health Organization, 2021), ale odkazují na ni i další organizace, např. Agentura pro výzkum a kvalitu zdravotní péče (AHRQ), Národní fórum kvality (NQF), Kanadský institut pro bezpečnost pacientů (CPSI), Národní agentura pro bezpečnost pacientů (NPSA), EUNetPas a další. Definic kultury bezpečí pacientů je k dispozici mnoho, podle Cooper (2016) jich pro kulturu bezpečí pacientů v nemocničním prostředí je k dispozici 51, pro bezpečné klima existuje 30 dalších odlišných definic.² Nejpoužívanější definice kultury bezpečí pacientů, kterou lze do-

² V literatuře se objevuje inkonzistence v terminologii ohledně bezpečného klimatu a kultury bezpečí pacientů. V mnoha studiích bývají tyto pojmy zaměňovány. Bylo však uvedeno, že zatímco kultura bezpečí funguje na úrovni hlubší analýzy a reflektuje individuální a skupinové hodnoty v průběhu času, bezpečné klima pak odráží obecný způsob, jakým je bezpečnost vnímána v určitých oblastech v konkrétním časovém okamžiku (Ortiz de Elguea et al., 2019).

hledat v řadě výzkumných studií a která byla vypracována poradním výborem pro bezpečnost jaderných zařízení, zní následovně: „Produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, kompetencí a vzorců chování, které určují závazek, styl a odbornost organizace managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.“ (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations, 1993, s. 23). Podle Reasonova modelu kultury bezpečí tato kultura zahrnuje více složek, a to kulturu učení, hlášení, flexibilní, informovanou a spravedlivou (Reason, 1998). Definice bezpečnosti pacientů existuje mnoho, všechny je spojuje důraz na předcházení poškození pacienta. WHO v roce 2021 uvedla, že při bezpečnosti pacientů se jedná o proces činností, který vytváří kulturu. V souladu s tím je výzvou sjednotit terminologii ohledně bezpečnosti pacientů i kultury bezpečí. Nejpoužívanější definice bezpečnosti pacientů jsou uvedeny v **tabulce 1**.

Hodnocení kultury bezpečí se v nemocnicích používá k diagnostice stávající kultury bezpečí a identifikaci oblastí vyžadujících zlepšení; vyhodnocení intervencí nebo programů pro bezpečnost pacientů a sledování změn v průběhu času; provádění interních a externích benchmarkingů a plnění směrnic či regulačních požadavků (Nieva et al., 2003; Morello et al., 2013). První nástroje k jejímu hodnocení byly vytvořeny v letech 2000–2005 (Singla et al., 2006) a od té doby bylo celosvětově publikováno velké množství studií využívajících nástroje, které zpočátku přinášely výsledky především z nemocnic (Xuanyue et al., 2013), později i z primární péče (Lawati et al., 2018; Curran et al., 2018; Dessmedt et al., 2018; Bartoníčková et al., 2022), ale i pečovatelských domů (Gartshore, Waring, Timmons, 2017). Množství nástrojů značně vzrostlo, nicméně mezi nejvyužívanější nástroje v nemocničním prostředí patří Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) vytvořený v roce 2004 společností AHRQ (Nieva et al., 2003) a Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) vyvinutý autory Sexton et al. (2006) na Univerzitě Texas v roce 2000 (Flin et al., 2006; Hogden, Ellis, Churruca, 2017; Singla et al., 2006; Bartoníčková et al., 2021). Přehled nástrojů pro nemocnice byl odpublikován ve studii Bartoníčková et al. (2021). V přehledu bylo identifikováno 24 nástrojů, přičemž většina z nich pocházela z USA (n = 15). Z těchto nástrojů je 17 obecných (**tab. 2**) a sedm je určeno pro specifická oddělení, např. JIP, operační sály, porodnice, či geriatrická pracoviště (**tab. 3**). Nástroje pro využití v primární péči byly publikovány ve studii Bartoníčková et al. (2022), přičemž identifikováno bylo celkem 10 nástrojů, z nichž 3 byly určeny výhradně pro použití v primární ambulanci péči, tedy pro ordinace praktických lékařů (**tab. 4**), ostatní i pro specializovaná pracoviště primární péče (**tab. 5**).

Prostřednictvím nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů jsou zkoumány odlišné představy různých profesních skupin o této kultuře, a to napříč nemocnicemi po celém světě (Singer et al., 2009). V publikaci „Zajištění bezpečí pacientů: Transformace pracovního prostředí sester“ (Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses) byla stran účasti na bezpečnosti pacientů zdůrazněna především role sester (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2004). V souvislosti s tím vznikla řada studií věnujících se tomu, jak tato profesní skupina hodnotí kulturu bezpečí pacientů (např. Ammouri et al., 2015; Bartoníčková et al., 2019b; Gurková et al., 2020; Kear & Ulrich, 2015; Choi et al., 2019; a mnohé další).

Sestry jsou nejpočetnější skupinou zdravotnických pracovníků, jejich počet se celosvětově odhaduje na 27,9 milionů. Ještě před pandemií COVID-19 však bylo poukázáno na to, že jich okolo 5,9 milionů chybí. Očekává se také, že v příštích 10

Tab. 1 *Nejpoužívanější definice bezpečnosti pacientů*

Vzdělávací rámec	Definice bezpečnosti pacientů
Institut medicíny (IOM)	„prevence poškození pacienta“ (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000, s. 28).
Institut medicíny (IOM)	„Vyvarování se poškození pacientů způsobených zdravotní péčí, jejímž primárním cílem je pacientům pomoci.“ (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001, s. 5).
Emanuel et al. (2008)	„Disciplína v sektoru zdravotní péče, která aplikuje metody vědy o bezpečnosti s cílem dosáhnout důvěryhodného systému poskytování zdravotní péče. Bezpečnost pacientů je také atributem systémů zdravotní péče; minimalizuje výskyt a dopad nežádoucích událostí a maximalizuje zotavení se z nich.“ (Emanuel et al., 2008, s. 6).
World Health Organization (WHO)	„Rámec organizovaných činností, které vytváří kulturu, procesy, postupy a chování, technologie a prostředí ve zdravotnictví, které důsledně a trvale snižují rizika, omezují výskyt škod, kterým se lze vyhnout, snižují pravděpodobnost chyb a snižují dopady poškození, pokud k nim dojde.“ (World Health Organization, 2021, Executive summary V).
Úřední věstník Evropské unie	„ochrana pacienta před zbytečnou újmou nebo potenciální újmou v souvislosti se zdravotní péčí“ (Úřední věstník Evropské unie, 2009, s. C 151/3).
Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR)	„předcházení nežádoucích událostí během období poskytování zdravotní péče s cílem minimalizace poškození pacienta a dosáhnutí bezpečnější zdravotní péče“ a „právo pacienta neutrpět újmu, anebo potenciální újmu spojenou s ústavní zdravotní péčí“ (Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2014, s. 2).

letech každá šestá sestra odejde do penze, tudíž bude v systému podle předpokladů chybět o 4,7 milionů sester více (Buchan, Catton, Shaffer, 2022). Nedostatek sester může být podle autorů Kirwan, Matthews, Scott (2013) významným indikátorem ohrožení bezpečnosti pacientů, nicméně popisovány jsou i další faktory přispívající k narušení bezpečí. Při poskytování ošetrovatelské péče hrají sestry v otázce bezpečnosti pacientů nezastupitelnou roli (Feng, Bobay, Weiss, 2008; Stavrianopoulos, 2012), kdy je poukazováno především na jejich blízký vztah s pacienty (Listyowaradojo, Nap, Johnson, 2012), úskalí první obranné linie (DeBourgh, 2012), ale i na klíčovou roli při zavádění účinných strategií bezpečnosti pacientů (Slater et al., 2012) stejně jako implementaci změn a posilování osvědčených postupů v souvislosti s navyšováním bezpečnosti pacientů (Vaismoradi, Salsali, Marck, 2011). Ze systema-

Tab. 2 Přehled obecných nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů v nemocničním prostředí

Autor, rok, země	Nástroj	Počet položek	Počet dimenzí	Popis hodnocení
Agency for Healthcare Research and Quality (Sorra, Nieva, 2002; Sorra et al., 2019) USA	Hospital Survey on Patient Safety Culture 1.0	42	12	pětibodová Likertova škála; otevřená část pro komentáře
	Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0	34	10	
Benzer et al. (2017) USA	Short-form Patient Safety Climate in Healthcare Organisations	15	3	<i>neuveдено</i>
Ginsburg et al. (2009) Kanada	Modified Stanford Instrument (MSI-06)	32	5	<i>neuveдено</i>
Itoh et al. (2003) Japonsko	Questionnaire-based Survey of Safety Culture	57	9	pětibodová Likertova škála
Petschonek et al. (2013) USA	Just Culture Assessment Tool	27	6	sedmibodová Likertova škála
Pronovost et al. (2003) USA	Safety Climate Scale (SCS)	10	<i>neuveдено</i>	pětibodová Likertova škála
Sexton et al. (2006) USA	Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	60	6	pětibodová Likertova škála
Sexton et al. (2014) USA	Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement survey (SCORE) Survey	48	8	pětibodová Likertova škála
Singer et al. (2003) USA	Stanford / PSCI Culture Survey	30	16	pětibodová Likertova škála; dichotomické odpovědi
Singer et al. (2007) USA	Patient Safety Climate in Healthcare Organisations (PSCHO)	38	9	pětibodová Likertova škála
Stevanin et al. (2017) Itálie	The Multidimensional Nursing Generations Questionnaire	54	8	pětibodová Likertova škála
Thomas et al. (2005) USA	Safety Climate Survey (SCSu)	21	<i>neuveдено</i>	pětibodová Likertova škála
Victorian Managed Insurance Authority (2011) Austrálie	Victorian Safety Climate Scale	74	6	pětibodová Likertova škála

Autor, rok, země	Nástroj	Počet položek	Počet dimenzí	Popis hodnocení
Vogus, Sutcliffe (2007) USA	The Safety Organizing Scale	9	1	<i>neuveдено</i>
Wagner et al. (27) Německo	Patient and Occupational Safety Culture Questionnaire	73	23	pětibodová Likertova škála
Weingart et al. (2004) USA	Culture of Safety Survey	34	5	pětibodová Likertova škála; dichotomické odpovědi

Tab. 3 Přehled specifických nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů v nemocničním prostředí

Autor, rok, země	Nástroj	Počet položek	Počet dimenzí	Popis hodnocení
Kaissi et al. (2003) USA	Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire	24	4	pětibodová Likertova škála
Makary et al. (2006) USA	Safety Attitudes Questionnaire – Operating room	30	6	pětibodová Likertova škála
Milne et al. (2010) Velká Británie	Cultural Assessment Survey	37	6	<i>neuveдено</i>
Sexton et al. (2014) USA	Safety Attitudes Questionnaire – Intensive Care Units (SAQ-ICU)	65	6	pětibodová Likertova škála; otevřená část pro komentáře
Steyrer et al. (2011) Německo	Patient Safety Culture Questionnaire	128	8	<i>neuveдено</i>
Thomas and Lomas (2018) Velká Británie	Safety Attitudes Questionnaire – ICU Short Form	37	10	pětibodová Likertova škála

tického přehledu od autorů Alanazi, Sim, Lapkin (2022) vyplývá, že sestry, které mají k bezpečnosti pacientů pozitivní přístup, uvádí méně případů pádů pacientů, chyb v medikaci, dekubitů, infekcí spojených se zdravotní péčí, fyzických omezení, nežádoucích událostí v souvislosti s invazivními vstupy, ale i vyšší spokojenost pacientů. Dopad na výsledky bezpečnosti pacientů byl v rámci konsorcia RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) a dalšími autory u sester zaznamenán rovněž v souvislosti s personálním zabezpečením, ale i kombinací způso-

Tab. 4 Přehled nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů v ordinacích praktických lékařů

Autor, rok, země	Nástroj	Počet položek	Počet dimenzí	Popis hodnocení
Hoffmann et al. (2011) USA	The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK)	72	9	pětibodová Likertova škála
Zwart et al. (2011) Holandsko	The Safety culture questionnaire for general practice (SCOPE)	46	8	pětibodová Likertova škála
de Wet et al. (2010) Velká Británie	PC-SafeQuest	30	5	sedmibodová Likertova škála

Tab. 5 Přehled nástrojů k hodnocení kultury bezpečí pacientů ve specializovaných pracovištích primární péče

Autor, rok, země	Nástroj	Počet položek	Počet dimenzí	Popis hodnocení
Gehring et al. (2013) Švýcarsko	Patient Safety Survey	15	4	pětibodová Likertova škála
Verbakel et al. (2013) Holandsko	The SCOPE (Systematic Culture inquiry On Patient Safety) – Primary Care (SCOPE-PC)	41	7	pětibodová Likertova škála
Modak et al. (2007) USA	Safety attitude questionnaire – Ambulatory version (SAQ-A)	62	6	pětibodová Likertova škála
Cheng et al. (2001) Čína	Patient Safety Culture Scale for Chinese Primary Health Care Institutions (PSCS-PC)	32	7	pětibodová Likertova škála
Schutz et al. (2007) USA	Patient Safety Culture Scale (PSCS) for Ambulatory Care	21	4	pětibodová Likertova škála
Singer et al. (2015) USA	PROMISES	93	3	pětibodová škála odezvy
Sorra et al. (2008) USA	The Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSOPS)	51	13	pětibodová Likertova škála

bilostí, pracovní zátěží a syndromem vyhoření, pracovním prostředím, chybějící nebo přidělovanou péčí, a především v souvislosti s jejich vzděláním (např. Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2014; Ball et al., 2014; Blegen et al., 2013; Kirwan, Matthews, Scott, 2013; MacPhee, Dahinten, Havaei, 2017; Vaismoradi, Salsali, Marck, 2011). Vzdělání lze tedy považovat za důležitý počáteční bod rozvoje bezpečnosti pacientů (Pearson & Steven, 2018; Steven et al., 2014; Mansour et al., 2012; Kirwan et al., 2019).