

Bezpečnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Viera Hulková

Mária Kilíková

Vedecká monografia sumarizuje aktuálne teoretické a praktické poznatky o bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, bezpečnosti pacientov a bezpečnosti sestier. Komplexnosť témy dopĺňa bezpečnosť prostredia, kultúra bezpečnosti a spravodlivosti, systém manažérstva bezpečnosti a riadenie nežiaducich udalostí. Bezpečnosť pacientov je kľúčovým prvkom poskytovania kvalitnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Bezpečnosť pacientov nemožno zabezpečiť bez prístupu k bezpečnej infraštruktúre, technológiám, zdravotníckym pomôckam a ich bezpečnému používaniu pacientmi, ktorí musia byť informovaní kvalifikovaným a angažovaným zdravotníckym pracovníkom v bezpečnom prostredí. Vzhľadom k aktuálnosti témy bezpečnosti v zdravotníctve, ktorá je v súčasnosti hlavným globálnym problémom, prináša monografia aj prehľad medzinárodných aktivít, stratégií a programov. Pre rok 2025 boli stanovené medzinárodné ciele v oblasti bezpečnosti pacientov, ktoré predstavujú významný míľnik v prebiehajúcom úsilí o dosiahnutie excelentnosti v zdravotnej starostlivosti na globálnej úrovni.

Všetky práva vyhradené. Žiadna časť textu nesmie byť použitá na ďalšie šírenie akoukoľvek formou bez predchádzajúceho súhlasu autoriek alebo vydavateľstva. Za obsahovú a jazykovú stránku textu zodpovedajú autorky. Text neprešiel jazykovou úpravou.

© doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
© prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Recenzenti:

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. PhDr. Andrea Sollárová, PhD.

Vydala: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

Rok vydania: 2025

Prvé vydanie

AH: 7,75 (VH 6,0; MK 1,75)

ISBN 978-80-8132-314-0 (print)

ISBN 978-80-8132-315-7 (pdf)

OBSAH

PREDHOVOR	4
1 BEZPEČNOSTĚ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	5
1.1 SYSTÉM MANAŽÉRSTVA BEZPEČNOSTI V ZDRAVOTNÍCTVE	9
1.2 BEZPEČNÁ IDENTIFIKÁCIA PACIENTA	17
1.3 NEŽIADUCE UDALOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	22
1.3.1 Manažment nežiaducich udalostí – ilustratívny príklad z vybraného zdravotníckeho zariadenia	26
1.3.2 Systémy hlásenia nežiaducich udalostí	33
2 GLOBÁLNE RÁMCE V OBLASTI BEZPEČNOSTI ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	43
3 KULTÚRA BEZPEČNOSTI A SPRAVODLIVOSTI	63
3.1 HODNOTENIE KULTÚRY BEZPEČNOSTI	75
4 ZAPOJENIE PACIENTOV DO STRATÉGIÍ BEZPEČNOSTI	82
5 BEZPEČNÁ KOMUNIKÁCIA V ÚSTAVNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH	89
6 HODNOTENIE BEZPEČNOSTI PACIENTA V OBLASTI DODRŽIAVANIA PRÁV PACIENTOV V ÚSTAVNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH	104
7 BEZPEČNOSTĚ PACIENTA V OBLASTI BEZPEČNOSTI PRI POUŽÍVANÍ LIEKOV A ICH UCHOVÁVANÍ	111
8 BEZPEČNOSTĚ SESTIER A PACIENTOV V DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	124
8.1 BEZPEČNOSTĚ SESTIER PRACUJÚCICH V DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI	126
9 PRÍNOS PEER REVIEW HODNOTENIA V OŠETROVATEĽSTVE NA ZVÝŠENIE BEZPEČNOSTI PACIENTOV A PREDCHÁDZANIE NEŽIADUCICH UDALOSTÍ	143

ZÁVER

PREDHOVOR

Bezpečnosť ošetrovateľskej starostlivosti zahŕňa bezpečnosť pacientov a sestier. Bezpečnosť pacientov je základným aspektom kvalitnej starostlivosti, ovplyvňuje blaho pacientov a znižuje pravdepodobnosť chýb a nežiaducich udalostí. Sestry majú kľúčové postavenie a úlohy v zaistení bezpečnosti pacientov, pretože ich interakcia s pacientmi je v porovnaní s inými zdravotníckymi povolaniami najväčšia. Proaktívny prístup sestier k zvyšovaniu bezpečnosti pacientov, ale aj ich samých, je zásadným atribútom v systéme manažérstva bezpečnosti. Bezpečnosť pacientov a zdravotníckych pracovníkov nie je len cieľom systematického prístupu k riadeniu bezpečnosti, je to nevyhnutnosť, neúnavný záväzok chrániť a zachovať životy.

Monografia poskytuje prehľad aktuálnych medzinárodných stratégií a programov zameraných na bezpečnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, nové poznatky a výsledky zahraničných štúdií v oblasti bezpečnosti. Je štruktúrovaná do deviatich kapitol, ktoré pokrývajú široké spektrum tém na rozmanité aspekty bezpečnosti pacientov, sestier, zdravotníckych systémov. Prináša poznatky o technologických inováciách, ktoré sú účinným preventívnym nástrojom a zvyšujú bezpečnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Monografia svojím zameraním predstavuje integrovaný prístup k téme bezpečnosti, kombinuje teoretické základy s výsledkami empirických štúdií autorky i zahraničných autorov. Monografia vznikla z potreby prispieť svojimi teoretickými východiskami a výsledkami empirických skúseností o bezpečnosti k doplneniu literárnych zdrojov v tejto téme v slovenskom ošetrovatelstve.

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH

prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

1 BEZPEČNOSŤ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Ciele kapitoly:

1. Charakterizovať systém riadenia bezpečnosti
2. Sumarizovať teoretické a praktické poznatky o bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti
3. Interpretovať nové možnosti bezpečnej identifikácie pacientov
4. Charakterizovať nežiaduce udalosti v ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť musí byť bezpečná, kvalitná, založená na dôkazoch a osvedčených klinických postupoch. Bezpečná starostlivosť znamená, že je organizovaná a poskytovaná bez ohrozenia fyzickej, duševnej, sociálnej a ekonomickej bezpečnosti pacientov. Opatrenia zamerané na podporu bezpečnosti vychádzajú z dôkazov praxe musia byť merateľné, mali by predchádzať systémovým chybám a sú implementované správnym spôsobom a v správnom čase. Minimalizáciou počtu incidentov, nežiaducich udalostí a chýb sa zníži ľudské utrpenie a finančné náklady.

Od zdravotnej starostlivosti v 21. storočí sa očakáva, že bude bezpečná, efektívna, zameraná na pacienta, včasná a spravodlivá. Sestry majú kľúčovú úlohu pri zvyšovaní kvality ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom intervencií a stratégií v oblasti bezpečnosti pacientov (Hughes, 2008). Každý jednotlivec má právo na kvalitné a bezpečné zdravotnícke služby (Hardy, Paramarta, 2025). Bezpečná zdravotná starostlivosť je jednou z priorit politickej agendy štátov. Na bezpečnosť v zdravotníctve sa pozerá ako na dynamickú oblasť a schopnosť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti fungovať tak, aby minimalizovali riziká poškodenia pacienta. Manažment bezpečnosti pacienta je systémový a organizačný atribút tvoriaci integrálnu súčasť manažmentu zdravotníckeho zariadenia (Kilíková, Hulková, Kalafutová, 2023). Dimunová (2017) uvádza, že bezpečnosť pacientov v zdravotníckych zariadeniach je aktuálny celosvetový problém, ktorým sa zaoberajú medzinárodné aj národné organizácie. K najväčším výzvam v súčasnosti patrí bezpečnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o princípoch bezpečnej starostlivosti.

Sektor zdravotnej starostlivosti je jedným z najväčších sektorov v Európe, zamestnáva okolo 10 % pracovníkov v EÚ, pričom ženy tvoria 77 % pracovnej sily.

Demografické, epidemiologické, sociálne, technologické a kultúrne trendy sú výzvou pre sektor zdravotnej starostlivosti v oblasti bezpečnosti. Kvalitu a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti ovplyvňuje rastúci nedostatok zdravotníckych pracovníkov; starnutie pracovnej sily v zdravotníctve, nedostatok nových pracovných síl, ktoré by nahradili zamestnancov odchádzajúcich do dôchodku; vznik nových modelov zdravotnej starostlivosti; nárast využívania technológií, ktorý si vyžaduje kombináciu nových zručností a odlišnú úroveň zručností a pracovných návykov. Tieto zmeny majú dopad aj na pracovné podmienky a v konečnom dôsledku na pohodu a bezpečnosť zdravotníckych pracovníkov (De Jong et al., 2014).

V minulosti sme zodpovednosť ošetrovateľstva za bezpečnosť pacientov často vnímali v úzkych aspektoch starostlivosti o pacientov, napríklad v predchádzaní chýbám pri podávaní liekov a predchádzaní pádov pacientov. Zatiaľ čo tieto rozmery bezpečnosti zostávajú v rámci ošetrovateľských kompetencií dôležité, šírka a hĺbka bezpečnosti pacientov a zlepšovania kvality sú oveľa väčšie. Bezpečnosť pacientov je základným pilierom vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti a je neoddeliteľne spojená s komunikáciou a tímovou prácou. Organizácie by mali byť flexibilné, aby držali krok s rýchlymi zmenami v zdravotnej starostlivosti a rastúcou základňou dôkazov (Mitchell, 2008). Zdravotnícki pracovníci zvyčajne vnímali chyby ako znak nekompetentnosti, v dôsledku toho mali problém priznať ich, namiesto toho, aby sa z takýchto udalostí poučili a využili informácie na zlepšenie bezpečnosti a predchádzanie novým udalostiam, často preto, že sa obávali profesionálnej kritiky, súdnych sporov, hanby. Ľudia robia chyby z rôznych dôvodov, a preto existuje mnoho možností ako im predchádzať. Predchádzanie chýbám a zlepšovanie bezpečnosti si vyžaduje systémový prístup k návrhu procesov, úloh, školení a pracovných podmienok (Donaldson, 2008). Významným strategickým opatrením by bolo zriadenie Národného centra pre bezpečnosť pacientov podľa vzoru zo zahraničia, najmä USA. Centrum by slúžilo ako informačná platforma a zdroj účinných postupov na zaistenie bezpečnosti pacientov, venovalo by sa výskumu a analytickej činnosti.

V kontexte zdravotnej starostlivosti možno bezpečnosť definovať ako „*predchádzanie nepriaznivým výsledkom alebo zraneniam vyplývajúcim z procesu zdravotnej starostlivosti, ich prevenciu a zmierňovanie*“ (Ente, Ukpe, 2022). V súčasnosti teda bezpečnosť znamená viac než len predchádzanie nežiaducim udalostiam a ujme pacientov alebo iným formám poškodenia. Zahŕňa to neustálu snahu o zníženie chýb všetkých druhov u pacientov a personálu, zníženie a prevenciu rizika

v procese starostlivosti a zároveň snahu o vysokú spoľahlivosť ako základnú súčasť vysokokvalitnej starostlivosti a služieb. Bezpečnosť zdravotnej starostlivosti ovplyvňuje samotná povaha zdravotnej starostlivosti; skutočnosť, že systém prevádzkujú a riadia ľudia, ktorí sa prirodzene môžu dopúšťať chýb. Bezpečnosť pacientov Hughes (2008) definuje ako „*prevenciu ujmy u pacientov*“. Dôraz je kladený na systém poskytovania starostlivosti, v ktorom sa predchádza chybám; učí sa z chýb a je postavený na kultúre bezpečnosti. Podľa WHO (2021) je bezpečnosť pacientov „*rámec organizovaných aktivít, ktoré vytvárajú kultúru, procesy, postupy, správanie, technológie a prostredia v zdravotnej starostlivosti, ktoré konzistentne a udržateľne znižujú riziká, znižujú výskyt predvídateľných škôd, znižujú pravdepodobnosť chyby a znižujú jej dopad, keď k nej dôjde*“. Definícia WHO z roku 2015 opisuje bezpečnosť pacienta ako „*koordinované úsilie zamerané na zabránenie poškodenia pacienta počas procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti*“. WHO sa zaoberá aspektami bezpečnosti pacienta a globálnymi problémami vzťahujúcimi sa na bezpečnosť pacienta. Usmerňuje členské štáty medzinárodnými odporúčaniami, normami, štandardmi a podporou výskumu v tejto oblasti. Zhelev et al. (2025) charakterizujú bezpečnosť ako „*predchádzanie, prevenciu a zmierňovanie nepriaznivých následkov alebo zranení vyplývajúcich z procesu zdravotnej starostlivosti*“.

Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je chápaná ako predchádzanie nežiaducim udalostiam so snahou o minimalizovanie poškodenia pacienta a dosiahnutie kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Bezpečné prostredie je také prostredie, v ktorom je správanie jednotlivca či kolektívu založené na neustálom úsilí o minimalizovanie poškodenia pacienta, ku ktorému by mohlo dôjsť v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Poláková, 2013).

Vyjadrovanie obáv o bezpečnosť pacienta (speaking up) Dankulinová et al. (2023) vysvetľujú ako „*vyjadrenie obáv zo strany zdravotníckych pracovníkov v prospech bezpečnosti pacienta a kvality starostlivosti pri rozpoznaní alebo uvedomení si rizikových činností v zdravotnej starostlivosti*“. Nehlásenie obáv ohrozuje pocit psychologického bezpečia zdravotníkov, zhoršuje tímovú spoluprácu, zvyšuje riziko fluktuácie zamestnancov a organizácia prichádza o možnosť zlepšovať sa, využívať spätnú väzbu na učenie sa. Vytvorenie psychologicky bezpečného prostredia pre zdravotníkov, v ktorom sa neboja vyjadriť svoje obavy, je kľúčovým aspektom bezpečnosti. K tomu, aby sa zdravotníci rozhodli o svojich obavách otvorene rozprávať, sa potrebujú cítiť bezpečne. Obavy z možnej negatívnej reakcie nadriadeného alebo tímu,

obavy z konfliktu alebo straty reputácie môžu zdravotníkom brániť vyjadriť svoje obavy otvorene (Dankulincová et al., 2023).

Tvorba a implementácia bezpečných postupov do praxe je zložitý a dlhodobý proces, ktorý je podmienený individualitou konkrétneho zdravotníckeho zariadenia. K základným pilierom stratégie bezpečnej starostlivosti, a tým aj bezpečnosti pacienta, patrí aktívne vyhľadávanie a hodnotenie rizík, systém dobrovoľného a anonymného hlásenia bezpečnostných incidentov, kultúra bezpečnosti, analýza hlásení a sťažností pacientov a tzv. kolektívne učenie sa z chýb (Kilíková, Hulková, Kalafutová, 2023). Stratégie zmierňovania chýb, nežiaducich udalostí a rizík v zdravotníctve zahŕňajú rôzne prístupy: implementáciu štandardizovaných postupov, používanie technológií, systémy hlásení, pravidelné školenia zdravotníckeho personálu. Riadenie rizík preukázateľne znižuje počet chýb. Riadiaci pracovníci nemocníc sa musia snažiť zvýšiť účasť zamestnancov na implementácii programov manažmentu rizík (Hardy, Paramarta, 2025). The Joint Commission (2022) uvádza, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti existuje viacero vzájomne prepojených faktorov, ktoré môžu viesť k ujme pacienta na všetkých úrovniach poskytovania zdravotnej starostlivosti: systémové a organizačné faktory, technologické faktory, ľudský faktor, faktory súvisiace s pacientom, ekonomické faktory a ostatné externé faktory. Hardy, Paramarta (2025) identifikovali deväť faktorov, ktoré ovplyvňujú implementáciu systému bezpečnosti pacientov:

1. Ekonomické faktory – nedostatok finančných prostriedkov limituje obstarávanie bezpečného zdravotníckeho vybavenia a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov.
2. Vedenie – riadiaci pracovníci (riaditelia nemocníc a námestníčky pre ošetrovateľstvo) výrazne ovplyvňujú implementáciu systému bezpečnosti pacientov podporovaním dodržiavania noriem a vytváraním kultúry bezpečnosti a spravodlivosti.
3. Kultúra bezpečnosti a spravodlivosti - silná kultúra bezpečnosti podporuje otvorené hlásenie incidentov, zvyšuje povedomie o rizikách a posilňuje tímovú prácu pri predchádzaní chýb.
4. Systém riadenia rizík zameraný na identifikáciu, analýzu a riadenie rizík pomáha zdravotníckym pracovníkom znižovať pravdepodobnosť chýb.
5. Vzdelávanie - úroveň pochopenia bezpečnosti pacientov zdravotníckymi pracovníkmi ovplyvňuje dodržiavanie bezpečnostných postupov. Školenia môžu zlepšiť ich kompetencie v riadení rizík a prevencii incidentov.
6. Podmienky pracovného prostredia - pracovná záťaž sestier a stres ovplyvňujú úspešnú implementáciu systému bezpečnosti pacientov.

7. Pracovný čas sestier – autori zdôrazňujú, že najmä únava zvyšuje riziko chýb. Organizácia pracovných zmien sestier je nevyhnutná na udržanie výkonnosti a sústredenia pri poskytovaní bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti.

8. Mentorský program - mentorstvo od skúsenejších zdravotníckych pracovníkov môže pomôcť novým zamestnancom pochopiť dôležitosť bezpečnosti pacientov a efektívne ju implementovať.

9. Hodnotenie implementácie bezpečnosti pacientov - pravidelné hodnotenie je potrebné na identifikáciu slabých miest v implementácii bezpečnosti pacientov a určenie potrebných nápravných opatrení.

Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri zaistení bezpečnosti pacientov. Osobná zodpovednosť, tímová práca, transformačné vedenie, pomery personálneho obsadenia a pracovné podmienky sestier sú významné aspekty pre bezpečnosť pacientov (Phillips, Malliaris, Bakerjian, 2021; Mitchell, 2008). Zistenia Hughes (2008) potvrdzujú, že nedostatočný počet sestier je spojený so zvýšením počtu chýb a nežiaducich udalostí, ako sú chyby v liečbe, preležaniny, infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou a zvýšená úmrtnosť hospitalizovaných pacientov. Podľa WHO (2011) ľudský faktor uznáva univerzálnosť ľudskej omylnosti a zásadným spôsobom prispieva k nežiaducim udalostiam v zdravotníctve. Únava a stres sú dva najvýraznejšie aspekty ľudského faktora, ktoré ovplyvňujú bezpečnosť pacientov. Dimunová (2017) uvádza, že *„ľudský faktor predstavuje súbor vlastností osobnosti a schopností človeka, ktorý v danej situácii rôznym spôsobom ovplyvňuje výkonnosť, efektívnosť a spoľahlivosť systému“*. U sestier sa môžeme stretnúť napr. s nedbalosťou, s prekročením kompetencií pri výkone povolania, nepozornosťou, nedodržaním štandardizovaných postupov, začiatočníckou neskúsenosťou, profesionálnou deformáciou alebo vyhorením.

Poskytovanie kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí k základným požiadavkám moderného ošetrovateľstva.

1.1.SYSTÉM MANAŽÉRSTVA BEZPEČNOSTI V ZDRAVOTNÍCTVE

System riadenia bezpečnosti je štruktúrovaný prístup k riadeniu bezpečnosti, ktorý spája rôzne prvky, ako sú politiky, postupy, procesy a praktiky. Je navrhnutý tak, aby riešil všetky aspekty bezpečnosti vrátane fyzickej, psychologickkej a emocionálnej bezpečnosti. Cieľom systému riadenia bezpečnosti je umožniť organizáciám proaktívne

identifikovať potenciálne nebezpečenstvá, určiť pravdepodobnosť a závažnosť rizík a vyvinúť stratégie na predchádzanie nehodám alebo incidentom (Gillespie, 2022).

Systém riadenia bezpečnosti v zdravotníctve je štruktúrovaný prístup k riadeniu bezpečnostných rizík a zlepšovaniu bezpečnosti pacientov integráciou bezpečnostných prvkov do všetkých aspektov poskytovania zdravotnej starostlivosti. Je to proaktívny a systematický spôsob identifikácie, posudzovania a zmierňovania potenciálnych nebezpečenstiev a incidentov s cieľom minimalizovať škody pre pacientov a personál (Marsden, 2024; Macrae, 2022; Macrae, 2025).

Systém riadenia bezpečnosti je súbor procesov určených na ochranu pred rizikami. Základným predpokladom systému riadenia bezpečnosti je, že chyby sa môžu vyskytnúť na všetkých úrovniach organizácie a že zdanlivo drobné chyby v jednej oblasti sa kombinujú s chybami, ktoré sa vyskytnú v iných oblastiach a vedú k výskytu nežiaducej udalosti. Cieľom systému riadenia bezpečnosti je aktívne sa snažiť minimalizovať ujmu na zdraví pacientov počas ich prechodu systémom zdravotnej starostlivosti. Je to integrovaný súbor politík, postupov a pracovných postupov, ktoré sa používajú na monitorovanie a zlepšovanie bezpečnosti pacientov. Uznáva možnosť výskytu chýb a potrebu zaviesť opatrenia, aby sa zabezpečilo, že tieto chyby nepovedú k nežiaducim udalostiam (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005). Zhelev et al. (2025) definujú systém manažérstva bezpečnosti ako „*systematický prístup k riadeniu bezpečnosti vrátane potrebných organizačných štruktúr, zodpovedností, povinností, politík a postupov*“. Podľa RapidGlobal (2022) systém riadenia bezpečnosti označuje súbor štruktúrovaných procesov, ktoré poskytujú rámec pre rozhodovanie založené na riziku na podporu bezpečnej prevádzky. Hlavným účelom systému je poskytnúť systematický prístup k riadeniu bezpečnostných rizík.

Koncept systému riadenia bezpečnosti spočíva vo vytvorení metódy riadenia nehôd, incidentov, sťažností a iných problémov súvisiacich s bezpečnosťou s cieľom predchádzať ich opakovaniu, čo vedie k bezpečnému pracovnému prostrediu v zdravotníctve, kde sa znižuje ujma pre pacientov, náklady na liečbu a zlepšuje sa zdravotný stav pacientov (Ente, Ukpe, 2022).

Systém manažérstva bezpečnosti je integrovaný systém riadenia navrhnutý tak, aby priebežne efektívne koordinoval bezpečnosť v celej organizácii. Je široko používaný v mnohých odvetviach a zahŕňa plánovanie, organizovanie, vedenie a kontrolu. Sústreďuje na tri základné komponenty: bezpečnosť, riadenie a systém. Bezpečnosť sa týka nehôd, nežiaducich udalostí, strát, chýb a rizík. Riadenie je spojené s organizačnou

kontrolou a opatreniami zameranými na zaistenie bezpečnosti. Účelom systému je predchádzať chybám, kontrolovať riziká, ktoré vedú k chybám a zlepšovať výkonnosť celého systému (Li, Guldenmund, 2018).

Systém riadenia bezpečnosti je kľúčovým nástrojom pre zdravotnícke organizácie, ktoré sa snažia zaistiť bezpečnosť pacientov a zamestnancov. Poskytuje systematický prístup k plneniu právnych požiadaviek, podporuje zodpovednosť, uľahčuje neustále zlepšovanie a budovanie dôvery. Zavedením systému riadenia bezpečnosti môžu organizácie preukázať svoj záväzok poskytovať vysokokvalitnú starostlivosť a služby, zároveň zmiernovať riziká a zaistiť bezpečné prostredie (Gillespie, 2022).

Téma bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti vzrástla s vyvíjajúcou sa zložitou systémov zdravotnej starostlivosti a následným nárastom poškodenia pacientov v zdravotníckych zariadeniach. Cieľom implementácie systému manažérstva bezpečnosti je predchádzať rizikám, znižovať riziká, chyby a poškodenia, ktoré môžu nastať u pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dosiahnuť dôveryhodný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti. Každý desiaty pacient v Európe utrpí v zdravotníckom zariadení poškodenie alebo nežiaducu udalosť, ktorým sa dá predísť a ktoré spôsobí pacientovi utrpenie (Biont, 2025).

I napriek novým technológiám, skúsenostiam a výsledkom výskumov, sa v zdravotníctve stále vyskytujú nežiaduce udalosti. Aj pracovníci s dlhoročnými skúsenosťami a vedomosťami môžu zlyhať neočakávaným spôsobom, preto nemôžeme opomenúť ľudský faktor ako príčinu mnohých pochybení. Jednou z kľúčových výhod systému riadenia bezpečnosti je jeho schopnosť podporovať kultúru bezpečnosti v rámci organizácie. Silná kultúra bezpečnosti sa vyznačuje otvorenou komunikáciou, aktívnou účasťou zamestnancov a záväzkom k neustálemu zlepšovaniu. Zavedením systému riadenia bezpečnosti môžu organizácie vytvoriť rámec, ktorý povzbudí zamestnancov k hláseniu nehôd, nebezpečenstiev a incidentov bez strachu z postihu. To umožňuje organizáciám zhromažďovať cenné údaje, ktoré možno použiť na identifikáciu trendov, vzorcov a základných príčin bezpečnostných problémov, čo vedie k cieľovým intervenciám a zlepšeniu kvality (Gillespie, 2022).

Systém riadenia bezpečnosti tiež pomáha organizáciám dodržiavať zákonné a regulačné požiadavky. Zdravotnícke zariadenia pôsobia v komplexnom a vysoko regulovanom prostredí s množstvom právnych predpisov, ktoré je potrebné dodržiavať. Systém riadenia bezpečnosti poskytuje systematický prístup k plneniu týchto požiadaviek a zabezpečuje, aby boli zavedené všetky potrebné procesy a postupy. To

nielen pomáha organizáciám vyhnúť sa právnym a regulačným sankciám, ale tiež preukazuje záväzok poskytovať vysokokvalitnú starostlivosť a služby.

Systém riadenia bezpečnosti navyše podporuje zodpovednosť na všetkých úrovniach organizácie. Jasným definovaním úloh a zodpovedností môžu zdravotnícke zariadenia zabezpečiť, aby každý rozumel svojim povinnostiam a prevzal zodpovednosť za bezpečnosť. To podporuje zmysel pre spoločnú zodpovednosť a umožňuje jednotlivcom aktívne prispievať k bezpečnému prostrediu. Ďalším dôležitým aspektom systému riadenia bezpečnosti je jeho úloha v neustálom zlepšovaní. Pravidelným monitorovaním a hodnotením výkonnosti v oblasti bezpečnosti môžu zdravotnícke zariadenia identifikovať oblasti na zlepšenie a podľa toho implementovať zmeny, aktualizovať politiky a postupy, vzdelávať zamestnancov a upravovať pracovné prostredie, aby spĺňalo požiadavky bezpečnosti.

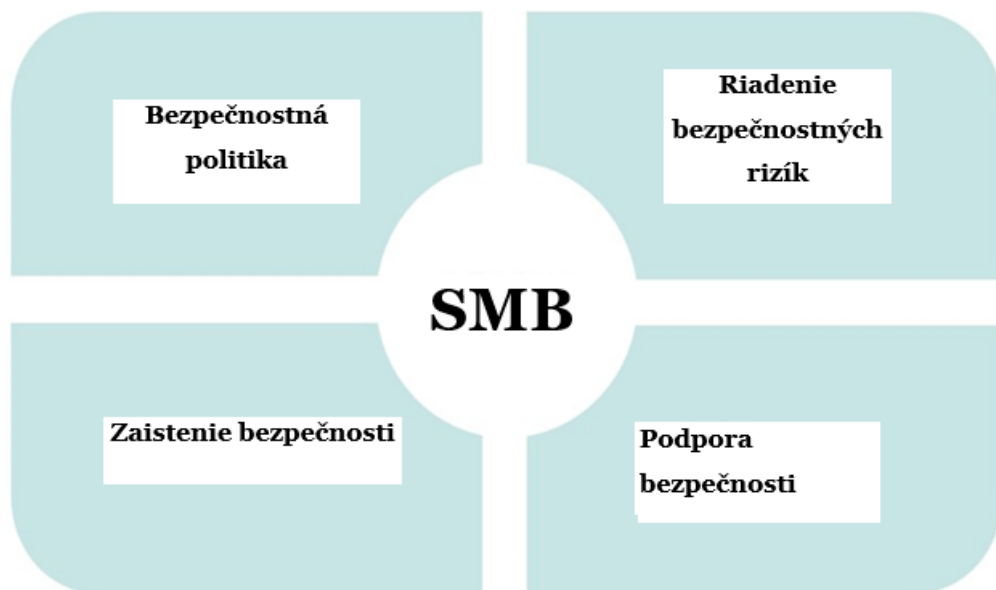
Systém riadenia bezpečnosti pomáha organizáciám budovať dôveru a istotu. Pacienti a ich rodiny očakávajú od zdravotníckych zariadení, že im poskytnú bezpečnú a efektívnu starostlivosť. Implementácia systému riadenia bezpečnosti umožňuje zdravotníckym zariadeniam preukázať svoj záväzok k bezpečnosti a schopnosť efektívne riadiť riziká. Tým si zdravotnícke zariadenia zvýši svoju reputáciu, priláka a udrží si zamestnancov a zlepši celkovú spokojnosť pacientov a zamestnancov (SafeQual, 2023).

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je svojou povahou zložitá a riziková, kde je bezpečnosť mimoriadne dôležitá a kde následkom zlyhania alebo poruchy môže byť strata života alebo vážne poškodenia zdravia.

Systém manažmentu bezpečnosti je proaktívny a integrovaný prístup k riadeniu bezpečnosti. Medzi základné oblasti systému riadenia bezpečnosti patrí (obr. 1):

1. bezpečnostná politika,
2. riadenie bezpečnostných rizík,
3. zaistenie bezpečnosti,
4. podpora bezpečnosti.

Obrázok 1 Štyri oblasti systému riadenia bezpečnosti



Zdroj: upravené autorkami podľa Safety management systems: an introduction for healthcare, 2023

Bezpečnostná politika stanovuje záväzok vrcholového manažmentu zlepšiť bezpečnosť a vymedzuje zodpovednosti. Definuje spôsob, akým musí byť organizácia štruktúrovaná na dosiahnutie cieľov v oblasti bezpečnosti. Určuje ciele a zámery, ktoré organizácia použije na dosiahnutie požadovaných bezpečnostných výsledkov. Efektívny systém riadenia bezpečnosti musí mať politiku a jasne stanovené ciele. Zamestnávateľia by mali bezpečnosť zaradiť medzi firemné hodnoty a preukazovať svoj záväzok k bezpečnosti. Zodpovednosť a povinnosti v oblasti bezpečnosti by mali byť jasne definované.

Riadenie bezpečnostných rizík zahŕňa identifikáciu nebezpečenstiev, ktoré by mohli spôsobiť ujmu, posúdenie a zmiernenie rizík. Zamestnávateľia by mali zriadiť samostatný útvar zaoberajúci sa bezpečnosťou zdravotnej starostlivosti, vymenovať kľúčových pracovníkov na riadenie systému manažérstva bezpečnosti, ktoré pozostáva z štyroch hlavných krokov: identifikácia rizík, analýza rizík, posúdenie závažnosti rizík a kontrola rizík.

Zaistenie bezpečnosti zahŕňa monitorovanie a hodnotenie výkonnosti organizácie v oblasti bezpečnosti a efektívne riadenie zmien s cieľom podporiť neustále zlepšovanie systému bezpečnosti. Bezpečnostné audity by sa mali používať na monitorovanie procesov a systémov vrátane primeranosti personálneho obsadenia, dodržiavania postupov, úrovne kompetencií a školení v účinnosti zmiernovania rizík. Prieskumy by sa mali vykonávať pravidelne, vrátane dotazníkov o kultúre.

Podpora bezpečnosti obsahuje školenia, komunikáciu a ďalšie opatrenia na podporu pozitívnej kultúry bezpečnosti na všetkých úrovniach. Podporuje efektívnu obojsmernú komunikáciu o bezpečnostných otázkach medzi zamestnancami a vedením organizácie (Macrae, 2022; Health Services Safety Investigations Body, 2023; MacLeod, 2023; Ottawa, 2016; Patient Safety Learning, 2023; RapidGlobal, 2022).

Manažment bezpečnosti v kontexte zdravotnej starostlivosti je použitie rámca zásad, plánovania, procesov, činností a postupov na predchádzanie vzniku nehôd, chýb, zranení a ujmy pacientov. Zahŕňa tiež kontrolu alebo minimalizáciu rizík a neustále zlepšovanie systému. Okrem predchádzania nežiaducim udalostiam a ujme pacientov, kontroly a znižovania rizík v budúcich procesoch a starostlivosti o pacientov, musí takýto systém spĺňať aj príslušné štandardy riadenia systémov bezpečnosti. Systém riadenia bezpečnosti musí byť systematický, mať explicitný a komplexný proces riadenia bezpečnostných rizík. Zahŕňa plánovanie a meranie výkonnosti podľa definovaných kritérií. Okrem toho, že musí byť komplexný, musí byť aj dobre organizovaný a zahŕňať potrebné organizačné štruktúry, zodpovednosti, politiky, postupy a plány (Li, Guldenmund, 2018).

Integrované systémy riadenia bezpečnosti sú základom bezpečnosti v iných odvetviach kritických z hľadiska bezpečnosti. V zdravotníctve by správne fungujúce systémy riadenia bezpečnosti znamenali, že zdravotnícke organizácie si môžu priebežne udržiavať prehľad o všetkých aktuálnych hrozbách pre bezpečnosť pacientov; komplexne monitorovať stav všetkých existujúcich bezpečnostných procesov; systematicky riadiť a hodnotiť pokrok všetkých aktivít na zlepšenie bezpečnosti; budovať skutočne spravodlivú kultúru, kultúru učenia sa a kultúru zlepšovania. Systémy riadenia bezpečnosti ako také poskytujú infraštruktúru, na ktorej možno budovať silnú kultúru bezpečnosti a kultúru učenia sa. Základným princípom riadenia bezpečnosti je, že sofistikovanosť a komplexnosť systému riadenia bezpečnosti by mala byť úmerná povahe a rozsahu bezpečnostných rizík, ktoré sa majú riadiť (Macrae, 2022; Macrae, 2025).

Úspešný systém riadenia bezpečnosti poskytuje systematický, explicitný a komplexný proces riadenia rizík, ktorým pacienti čelia v zdravotníckom prostredí. Musí byť zakotvený v kultúre organizácie a musí sa odrážať v záväzku od vrcholového manažmentu smerom nadol. Kľúčové atribúty úspešného systému riadenia bezpečnosti sú:

1. preukázaný záväzok vrcholového manažmentu k bezpečnosti pacientov;
2. politika bezpečnosti;
3. systematický prístup k identifikácii a riadeniu rizík;
4. program odbornej prípravy a vzdelávania pre zamestnancov, ktorý sa zaoberá bezpečnosťou pacientov (Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005).

Systém riadenia bezpečnosti uznáva ľudské, prevádzkové a environmentálne faktory, ktoré prispievajú k vzniku chýb, omylov a nežiaducich udalostí. Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005) vymedzuje rozdiel medzi manažmentom bezpečnosti pacientov a manažmentom kvality. Systém manažmentu kvality a bezpečnosti pacientov sú založené na rovnakých princípoch, sú plánované a riadené a závisia od merania, monitorovania a zlepšovania. Existujú však aj rozdiely: najmä manažment bezpečnosti pacientov sa zameriava na potenciálne riziká a nie na to, či boli maximalizované výsledky starostlivosti. Systém manažmentu bezpečnosti pacientov uznáva, že ľudské a organizačné chyby sa nikdy neodstránia a cieľom je zabezpečiť, aby sa prijali opatrenia na minimalizáciu bezpečnostných rizík spojených so starostlivosťou o pacienta.

Vo všeobecnosti je manažment bezpečnosti v zdravotníctve stále novým konceptom, ktorý si vyžaduje ďalší vedecký výskum. Bezpečnosť zdravotnej starostlivosti má dynamickú povahu, čo ju odlišuje od bezpečnosti v iných odvetviach kritických z hľadiska bezpečnosti (Ente, Ukpe, 2022).

Implementácia systémov riadenia bezpečnosti vyžaduje vypracovanie plánu, ktorý bude kreovať očakávania a ciele organizácie v súvislosti s bezpečnosťou a rizikami; definovať úlohy a zodpovednosti a stanoví rozdelenie zdrojov a personálu pre riadenie bezpečnosti. Pre úspešné zavedenie systému riadenia bezpečnosti musí organizácia monitorovať a merať výkonnosť v oblasti bezpečnosti pomocou ukazovateľov, cieľov a zistení. Ide o proces spätnej väzby, ktorý garantuje, že ciele v oblasti bezpečnosti sa plnia.

Môže tiež ponúknuť príležitosti na neustále zlepšovanie samotného systému (Macrae, 2022; Macrae, 2025).

Holandsko je jedinou krajinou, ktorá zaviedla systém riadenia bezpečnosti. Všetky holandské nemocnice museli mať certifikovaný systém riadenia bezpečnosti a implementovať odporúčania týkajúce sa bezpečnosti pacientov zamerané na desať vysoko prioritných tém (napr. bezpečnosť liekov). Každé štyri roky sa vykonáva longitudinálny prehľad záznamov o pacientoch s názvom Monitor škôd súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou (Monitor Zorggerelateerde Schade) s cieľom zachytiť vplyv na potenciálne predvídateľné nežiaduce udalosti a úmrtnosť na národnej úrovni. Rozsah Monitora sa postupne rozširoval o špecifické témy (napr. nežiaduce udalosti súvisiace s technológiou, zraniteľní starší ľudia, kvalita záznamov o pacientoch). Ďalšia longitudinálna štúdia merala vplyv programu na kultúru bezpečnosti (Zhelev et al., 2025).

Na dosiahnutie efektívneho riadenia bezpečnosti a zlepšenia zdravotnej starostlivosti je potrebné vytvoriť a udržiavať kultúru, ktorá posilňuje a uprednostňuje bezpečnosť. Aby bol systém úspešný, musia zamestnanci disponovať vedomosťami a zručnosťami na poskytovanie bezpečnej starostlivosti. Li, Guldenmund (2018) uvádzajú, že systém zdravotnej starostlivosti je dynamický a komplexný, preto aj oblasti bezpečnosti nie sú statické a nie je možné definovať faktory, ktoré budú v budúcnosti formovať bezpečnosť systému. Keď sa o zdravotníckom zariadení hovorí, že je „bezpečné“ nie je jasné, či to znamená, že má vynikajúce hodnotenie od regulačných orgánov, má silnú kultúru, málo sťažností pacientov, málo incidentov, personál je schopný efektívne riadiť pracovnú záťaž atď.

Zdravotnícke zariadenie sa považuje za bezpečné, keď dokáže vždy spoľahlivo poskytovať starostlivosť podľa dohodnutých štandardov v celej organizácii a vo všetkých odboroch. Samozrejme, toto sa neobmedzuje len na bezpečnosť pacientov, ale aj na bezpečnosť personálu, ktorý je pri výkone svojich povinností denne vystavený značným rizikám. Je však nesprávne predpokladať, že ak je starostlivosť v organizácii bezpečná dnes, bude bezpečná aj zajtra kvôli nestabilným vlastnostiam systému zdravotnej starostlivosti. Meranie a monitorovanie bezpečnosti v zdravotnej starostlivosti by preto malo byť navrhnuté tak, aby zabezpečovalo dynamické a primerané reakcie na výkyvy v systéme zdravotnej starostlivosti, ktoré by mohli ohroziť bezpečnosť pacientov a personálu. Zavedením systému manažérstva bezpečnosti sa monitoruje a zaisťuje bezpečnosť identifikáciou a riadením známych rizík (Macrae, 2025).

Súčasťou systému je vypracovanie bezpečnostného plánu, ktorý by mal jasne definovať poslanie, víziu a ciele riadenia bezpečnosti organizácie. Na základe bezpečnostného plánu sa špecifikuje identifikácia a hodnotenie rizík, ktoré sú základnými súčasťami systému riadenia rizík.

V zdravotníctve, keďže je ťažké dosiahnuť úroveň absolútnej bezpečnosti, možno bezpečnosť posudzovať s cieľom znížiť všetky „riziká tak, aby boli pod prahom prijateľnosti“ v starostlivosti. V súčasnosti neexistuje žiadny formálny ani vedecky validovaný model systému riadenia bezpečnosti navrhnutý pre sektor zdravotníctva na celom svete. V zdravotníctve sa hodnotenie výkonnosti v oblasti bezpečnosti v súčasnosti vykonáva prostredníctvom vyšetrovaní incidentov, bezpečnostných prieskumov a bezpečnostných auditov. Bezpečnostný audit je nástroj používaný v odvetviach, ktoré dbajú na bezpečnosť, na preukázanie, že existujúci systém riadenia bezpečnosti je dostatočný na identifikáciu, kontrolu a prevenciu škôd. Bezpečnostný audit môžu vykonávať interne príslušní zamestnanci v rámci organizácie alebo externe, zvyčajne certifikované agentúry. Počas procesu sa overujú záznamy, politiky, postupy a prevádzka a porovnávajú sa s platnými normami pre takýto systém. Bezpečnostný prieskum je na druhej strane interné hodnotenie prevádzkových postupov s cieľom zaistiť ich bezpečnú realizáciu. Môžu ho vykonávať zamestnanci organizácie pomocou dotazníkov a rozhovorov. Výsledky auditov a prieskumov bezpečnosti môžu pomôcť pri identifikácii nebezpečných postupov, ktoré je možné napraviť, a tým predísť potenciálnym incidentom a súvisiacim škodám. Zistenia môžu tiež pomôcť pri navrhovaní zlepšení v oblasti bezpečnosti (Li, Guldenmund, 2018).

1.2 BEZPEČNÁ IDENTIFIKÁCIA PACIENTA

Identifikácia pacienta je proces správneho priradenia pacienta k zamýšľaným intervenciám. Zahŕňa nielen fyzickú identifikáciu pacienta, ale aj technológie schopné zvýšiť presnosť identifikácie pacienta, ako sú čiarové kódy, softvér na porovnávanie referenčných údajov, biometrické identifikačné technológie a rádiový frekvenčný identifikácia. K základným príčinám nesprávnej identifikácie pacienta patrí nedostatočná komunikácia, práca v časovom strese, nedodržovanie bezpečnostných postupov. Nedostatočná presná identifikácia pacienta môže ovplyvniť klinické rozhodovanie, liečbu, výsledky liečby, ale má aj výrazný vplyv na zvýšené organizačné náklady. Nepresné údaje vyplývajúce z nesprávnej identifikácie pacienta

sa môžu kaskádovito prenášať do množstva interných a externých systémov a databáz, ako sú laboratórne, rádiologické a zdravotnícke informačné siete, čo môže viesť k laboratórnym, zobrazovacím a medikačným chybám, ako aj k operáciám na nesprávnom mieste (CAMRT,2025).

Identifikácia pacienta je kľúčový aspekt bezpečnosti pacientov. Je to proces používaný v zdravotníckych zariadeniach, ktorý zabezpečuje, aby každý zákrok alebo podanie lieku boli presne priradené správneho pacientovi. Identifikácia sa vykonáva pomocou kombinácie osobných údajov (Kim et al. 2020; De Rezende, Melleiro, Shimoda, 2019; Zebra, 2025). Aj podľa Spoločnej komisie je pacient správne identifikovaný pomocou dvoch identifikátorov. Náramky samy o sebe nie sú identifikátorom pacienta, ale skôr príkladom zdroja, kde sa môžu nachádzať identifikačné informácie pacienta. Identifikátorom sú informácie špecifické pre danú osobu, nie médium, na ktorom sa tieto informácie nachádzajú (Joint Commission, 2022). Jedným z medzinárodných cieľov Spoločnej komisie na rok 2025 je aj správna identifikácia pacientov, čo zdôrazňuje význam tohto atribútu bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Aj Riplinger, Píera-Jiménez, Dooling (2020) uvádzajú, že hoci boli celosvetovo implementované rôzne spôsoby identifikácie pacientov, od jedinečných identifikátorov pacientov a algoritmov až po hybridné modely, žiadna zo súčasných techník identifikácie pacientov nevedla k 100 %-nej úspešnosti. Autori sa do budúcnosti zamýšľajú nad možnosťou identifikovať pacientov pomocou fotografie už pri registrácii.

Technológie zohrávajú v súčasnosti kľúčovú úlohu pri identifikácii pacientov, zlepšujú presnosť a efektívnosť zdravotnej starostlivosti. Biometrická autentifikácia závisí od jedinečných fyzických alebo behaviorálnych aspektov jednotlivcov, ako sú odtlačky prstov, črty tváre alebo vzory dúhovky, čím prakticky eliminujú riziko zámeny pacientov. Rádiofrekvenčná technológia (RFID) predstavuje pokrok v identifikácii pacientov. RFID štítky sa nachádzajú na náramkoch pacientov, fľaštičkách s liekmi a zdravotníckych pomôckach. Skenovaním týchto štítkov sa zabezpečí, že správny pacient dostane správne lieky. Mobilné aplikácie umožňujú pacientom prevziať aktívnejšiu úlohu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Tieto platformy umožňujú pacientom prezeráť si svoje zdravotné záznamy, plánovať si termíny a komunikovať so svojimi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Pacienti si môžu overiť svoje osobné údaje a anamnézu, a tým sa zvyšuje integrita identifikácie pacientov v digitálnej ére. Technológie priniesli výrazný pokrok v identifikácii pacientov: elektronické zdravotné záznamy,

biometrické overovanie, technológia RFID a čiarových kódov. Interakcia s pacientmi prostredníctvom digitálnych médií výrazne zlepšili presnosť, efektívnosť a bezpečnosť identifikácie pacientov (Zebra, 2025; WHO, 2007).

Na identifikáciu jednotlivcov sa podľa Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2025) sprístupňuje celý rad sofistikovaných, aj keď relatívne drahých technológií, preto si Komisia nechala vypracovať správu s cieľom preskúmať súčasné používanie a potenciálne prínosy technologických riešení pre nesprávnu identifikáciu pacientov v austrálskom zdravotníckom prostredí a ich uplatnenie v oblasti bezpečnosti a kvality. Hoci sú náramky s informáciami o pacientoch už mnoho rokov štandardnou metódou identifikácie pacientov v nemocniciach, existujú dôkazy, ktoré naznačujú, že s používaním identifikačných náramkov pacientov sú spojené bezpečnostné riziká. Opačný názor publikoval autorský kolektív Romano et al. (2021). podľa ktorého je kontrola identity pacienta v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach prostredníctvom identifikačného náramku jednou z najúčinnějších a najbezpečnejších metód, popri verbálnej identifikácii a kontrole zdravotnej dokumentácie.

Identifikácia pacienta je kritickým miestom bezpečnej starostlivosti. Narastajúci počet omylov, nezhôd a nežiaducich udalostí sú dôvodom na prijatie systémových opatrení s cieľom praktizovať včasnú prevenciu. Za preventívne opatrenie je možné považovať používanie existujúcich foriem technológií bezpečnej identifikácie pacienta.

Identifikačné náramky sú pásky, ktoré sa pripevnia na zápästie ruky pacienta. Môžu mať rôznu veľkosť, sú umývateľné, ľahké, pevné, nemajú ostré hrany a používajú sa jednorazovo. Identifikačné náramky sú rôznej farby. Farba náramku môže symbolizovať stupeň poškodenia zdravia, prítomnosť alebo riziko vzniku komplikácií. Môžu obsahovať dáta napr. meno, bydlisko, medikamentóznou liečbu, lekárske diagnózy, kontaktnú osobu. Sú vhodným identifikátorom najmä v komunite pacientov s poruchami kognitívnych funkcií a s poruchami vedomia. Identifikačné náramky je možné využívať vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení. Prídavnou hodnotou je možnosť pridania textu, čiarového kódu či rádiového identifikačného čipu (RFID čip).

Medzi najčastejšie využívané identifikačné náramky patria:

Popisovateľné náramky sú určené pre všetky vekové skupiny pacientov. Ich výhodou je jednoduchá manipulácia.

Náramky s puzdrom na štítok a etiketu chránia cenné informácie formou priehľadného ochranného puzdra, do ktorého sa vkladajú štítky a etikety s dôležitými informáciami. Tieto náramky sú vhodné pre všetky vekové kategórie.

Náramky s čiarovým kódom na termálnu potlač, etikety zaručujú pohodlný a automatizovaný proces identifikácie s minimalizáciou zámeny pacienta. Vo svete sú najviac využívané. Vyrábajú sa pre dospelých aj deti.

Náramky pre matku a dieťa. Zabezpečujú prepojenosť číslovania pri pozitívnej identifikácii medzi matkou a dieťaťom. Sú určené pre pôrodnice. Tento typ náramku môže byť s ochranným puzdrom a popisovateľný.

Čipové rádiovfrekvenčné identifikačné (RFID) náramky majú vyššiu kapacitu pamäti a rýchlejšie spracujú dáta oproti čiarovým kódom. Zefektívňujú proces identifikácie, monitoringu a komunikácie. Zabráňujú chybovosti pri vkladaní a výbere údajov z a do systému. Systém RFID umožňuje ich zber i načítanie cez ľudské telo a v jeho okolí, cez oblečenie, lôžkoviny a nekovové predmety. Používajú sa s prepojenou tlačiarňou, programovacím zariadením.

Krátkodobé a špeciálne náramky sú vhodné pre pacientov ošetrovaných záchrannou službou, v ambulancii. Majú univerzálny charakter a preto sú vhodnou formou bezpečnej identifikácie pacienta aj v nemocniciach.

Náramky na krvné testy sú určené na identifikáciu krvných vzoriek v laboratóriách a v zdravotníckych zariadeniach. Obsahujú ľahko odnímateľné štítky, ktoré sú označené alfanumerickým radom. Znižuje riziko ľudskej chyby pri priradovaní vzoriek. Po odobratí ostáva kópia štítku na identifikačnom náramku. Neprenosný uzáver na náramku zaručuje bezpečnosť, vodeodolnosť, trvanlivosť a čitateľnosť dát.

Výstražné náramky sú farebné. Výber farby a potlač si stanovuje zdravotnícke zariadenie. Potlač obsahuje dôležitú informáciu o pacientovi napr. alergia, hepatitída, riziko pádu, vegetarián a i.. Využívajú sa najmä v nemocniciach, poliklinikách a špecializovaných zariadeniach. V niektorých situáciách sa použitie náramku ako bezpečný identifikátor neodporúča. Jedná sa hlavne o psychiatrické oddelenia, na ambulancii s pohotovostnou starostlivosťou. V týchto organizačných zložkách je vhodným riešením využitie biometrickej identifikácie pacienta (Kilíková, Bodor, 2025).

Biometrické identifikačné systémy sú osobitnou formou bezpečnej identifikácie (autoidentifikácie) pacienta prostredníctvom súboru rozpoznateľných a overiteľných biometrických údajov. Ide o údaje o tvári, odtlačky prstov, dúhovku a hlas. Odborníci ich popisujú ako behaviorálne identifikátory, ktoré slúžia na identifikáciu pacientov pomocou interakcií s technológiami. Princípom biometrickej technológie je schopnosť zachytiť a uchovať jedinečné črty osoby pomocou skenu. Digitálna technológia umožní

porovnanie naskenovaných údajov s uloženými šablónami na potvrdenie identity. Odtlačky prstov a vzory sietnice patria medzi najznámejšie biometrické identifikátory. V praxi je možné použiť tzv. tvrdú biometriu, ktorou sú skúmané fyzické črty, ako je tvar tváre, ruky alebo ucha, ako aj charakteristiky správania, ako chôdza, podpis, hlas a vzorce písania. Rozšírenou formou bezpečnej identifikácie je tzv. mäkká biometria. Tvoria ju charakteristiky ako farba pleti alebo očí, výška, hmotnosť a tetovanie. Tento typ biometrie poskytuje menej informácií, ale má tú výhodu, že charakteristiky je možné merať zo vzdialenosti bez spolupráce subjektu. Predmetom skúmania je aj telesný pach ako praktický biometrický identifikátor. Za dôveryhodné biometrické dáta považuje odtlačky prstov a rozpoznávanie tváre. Tieto parametre sú náchylné na útoky známe ako spoofing a mali by byť chránené.

Najsľubnejším identifikačným systémom v zdravotníctve je vaskulárna biometria. Jedná sa o rozpoznávanie vzoru žily na prste pomocou infračerveného svetla. Vzorce žíl u každého jedinca sú odlišné a po vyvinutí v detstve ostávajú nezmenené. Infračervené svetlo ľahko preniká tkanivom na prste a je absorbované hemoglobínom v krvi, čím sa vytvorí obraz, z ktorého je možné odvodiť vzor žíl a priradiť ho k profilu pacienta v databáze. Snímače prstov sú ľahko prenosné, technológia vaskulárnej biometrie je bezpečná a neinvazívna. Biometrická identifikácia získava na popularite u používateľov mobilných zariadení.

Čiarové kódy - ide o označenie, ktoré je zložené z tmavých a svetlých blokov (čiar) oddelených medzerami. Primárnou funkciou čiarových kódov je automatizácia zberu údajov, ktorá na rozdiel od manuálneho zberu dát je oveľa spoľahlivejšia a rýchlejšia. Čiarovými kódmi možno presne a jednoducho zaregistrovať veľké množstvo dát. Čiarové kódy je možné vytlačiť na špeciálnej tlačiarni alebo na univerzálnej tlačiarni, ktoré majú schopnosť pracovať v grafickom móde. Na snímanie čiarových kódov sa používajú snímače. Vyžarujú červené svetlo, ktoré je pohlcované tmavými čiarami a odrážané svetlými medzerami. Rozdiely v reflexii so šírkou čiar a medzier sa premieňajú na elektrické signály a tie sú následne prevedené na čísla, resp. písmena, ktoré príslušný čiarový kód obsahuje (Kilíková, Bodor, 2025; Kim et al., 2020; Riplinger et al., 2020).

Rádiofrekvenčná technológia (RFID) - ide o cenný nástroj, ktorý efektívne zvyšuje bezpečnosť pacientov. Podstatou RFID technológie je využívanie rádiových vln na zber a prenos dát. Dáta sú zachytávané efektívne, automaticky a v reálnom čase bez zásahu človeka. Táto technológia môže pracovať ako samostatné zariadenie, alebo môže byť doplnkom iných technológií. Postup identifikácie spočíva v prečítaní RFID štítku, ktorý

je aplikovaný na osobu bez akéhokoľvek fyzického kontaktu. Výhodou RFID čítačiek je, že dokáže čítať viac štítkov naraz a z väčšej vzdialenosti. Umožňuje elektronicky označiť pacientov, zdravotnícky personál a následne ich identifikovať, monitorovať a spracovať údaje o nich pomocou centrálnej databázy. Automatická identifikácia pacientov a zdravotníckeho personálu počas intervencií prostredníctvom RFID technológie je účinná v prevencii chýb. Implementácia RFID zariadení na operačnej sále zvyšuje overenie identifikácie pacienta zo 75 % pred implementáciou na 100 % po zavedení RFID technológie. Zistilo sa, že RFID by mohla byť účinná pri identifikácii a monitorovaní pacientov s rizikom úteku, u pacientov s Alzheimerovou chorobou a demenciou. Systém RFID počítačovo spracúva a sleduje hospitalizácie, plány starostlivosti, predpisovanie a podávanie liekov konkrétnymi osobami v reálnom čase. Výhodou RFID je skrátenie času administratívne práce. Technológia RFID ponúka pokročilejšie formy zabezpečenia údajov ako je technológia čiarových kódov (Kilíková, Bodor, 2025; Kim et al., 2020; Riplinger et al., 2020).

1.3 NEŽIADUCE UDALOSTI PRI POSKYTOVANÍ ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Bezpečnosť pacientov je v zdravotníctve najvyššou prioritou. Systém riadenia nežiaducich udalostí a incidentov umožňuje zdravotníckym zariadeniam proaktívne identifikovať a riadiť nežiaduce udalosti, ktoré môžu ohroziť bezpečnosť pacientov. Systematickým a organizovaným zaznamenávaním nežiaducich udalostí môžu zdravotnícke zariadenia identifikovať a implementovať opatrenia na predchádzanie budúcim incidentom, čím sa zvyšuje bezpečnosť pacientov. Riadenie nežiaducich udalostí a rizík v zdravotnej starostlivosti musí byť v súlade s právnymi predpismi (SafeQual, 2023).

Nežiaduca udalosť je udalosť alebo okolnosť, ktorá mohla spôsobiť alebo spôsobila poškodenie zdravia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorej bolo možné predísť. Nežiaducou udalosťou je tiež neočakávané zhoršenie zdravotného stavu pacienta, v dôsledku ktorého došlo k poškodeniu zdravia s trvalými následkami alebo k úmrtiu pacienta, ktorému bolo možné predchádzať. Možno za ňu považovať aj udalosť, ktorá mohla spôsobiť alebo spôsobila poškodenie zdravia pacienta, pri ktorej sa preukázalo, že sa jej bolo možné vyhnúť. Rovnako aj situáciu, pri ktorej sa identifikoval nesprávny postup, nezodpovedajúci štandardom a mohol by viesť k zhoršeniu zdravotného stavu

pacienta. Nežiaduca udalosť je udalosť, ktorá má za následok neúmyselné poškodenie pacienta a súvisí so starostlivosťou a/alebo službami poskytovanými pacientovi a nie s jeho základným ochorením (WHO, 2023).

Pokorná et al. (2017) v *Taxonomickom slovníku pro Systém hlášení nežádoucích událostí* definuje incident alebo nežiaducu udalosť ako „akúkoľvek odchýlku od obvyklej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá spôsobí pacientovi zranenie alebo riziko poškodenia“. Potenciálna nežiaduca udalosť je „chyba, ktorá má potenciál spôsobiť nežiaducu udalosť a je včas zachytená“. Ujma je „dočasné alebo trvalé poškodenie fyzických, emocionálnych alebo psychických funkcií“. Závažná nežiaduca udalosť je „neočakávaná udalosť, ktorá spôsobí smrť alebo vážne telesné alebo duševné poškodenie, ujmu na zdraví“.

Nežiaduce udalosti definované ako *neželané situácie, ktoré spôsobujú ujmu pacientovi, môžu mať fyzické, psychické, emocionálne aj finančné dôsledky* (Giardina et al., 2020). Najčastejšie sú spájané s vyčerpanosťou personálu, nedodržiavaním štandardov, chybami v komunikácii a vysokým pracovným zaťažením (Zanetti et al., 2021; Floréz, López, Bernal, 2022; Al-Mugheed et al., 2022). Štúdie autorov Moosavi et al. (2023), Gao et al. (2019) a Rafter et al. (2019) jednoznačne poukazujú na to, že značná časť nežiaducich udalostí je preventabilná.

Za nežiaducu udalosť z hľadiska bezpečnosti pacienta sa považuje každá udalosť, ktorá spôsobí neúmyselné poranenie, ujmu, či poškodenie pacienta, čím skomplikuje jeho liečbu, predĺži hospitalizáciu, práceneschopnosť, spôsobí finančnú stratu, v najhorších prípadoch smrť a je spôsobená samotným poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Pacient je ohrozený nežiaducimi udalosťami vo všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti (Poláková, 2013). Údaje týkajúce sa prevalencie a výskytu nežiaducich udalostí v systémoch zdravotnej starostlivosti členských štátov EÚ sú stále obmedzené. Podľa odhadov medzinárodných štúdií 13 až 16% nemocničných nákladov je v dôsledku nežiaducich udalostí spojených so zdravotnou starostlivosťou. Podľa odhadov je 30 až 40 % nežiaducich udalostí v nemocničnom sektore zapríčinených systémovými faktormi, ktorým sa dá vyhnúť. Nedostatok finančných, technologických a ľudských zdrojov je spojených so zvýšeným rizikom výskytu nežiaducich udalostí v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou. EU odporúča členským štátom, aby zaviedli moduly povinného vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov v oblasti bezpečnosti pacientov (EU, 2013).

V správe Štandardizácia a Taxonómia bezpečnosti pacienta (*Standardizing a Patient Safety Taxonomy*) sa problémy v bezpečnosti pacientov klasifikujú z hľadiska typu; komunikácie; manažmentu pacientov a klinického výkonu (Hughes, 2008). Typy chýb a nežiaducich udalostí sú ďalej klasifikované podľa oblasti alebo miesta, kde k nim došlo v rámci spektra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a prostredí: latentné; v priamom kontakte s pacientom; zlyhanie systému – nepriame zlyhania týkajúce sa manažmentu, organizačnej kultúry, protokolov/procesov, prenosu znalostí a externých faktorov; technická porucha – nepriama porucha zariadení alebo externých zdrojov. K základným príčinám chýb patrí: nedodržanie štandardných postupov, komunikačné problémy, ľudský faktor. Keďže sú nežiaduce udalosti spôsobené kumuláciou chýb v organizačných štruktúrach a procesoch starostlivosti, je potrebné zameranie na zmeny v systémovom prístupe, na chyby, ktorým sa dá predísť. Ku kľúčovým stratégiám patrí: efektívna tímová práca a komunikácia, inštitucionalizácia kultúry bezpečnosti, poskytovanie starostlivosti zameranej na pacienta a využívanie praxe založenej na dôkazoch (Hughes, 2008).

Ente, Ukpe (2022) uvádzajú, že incidenty sú spôsobené sériou chýb, omylov a porušení v dôsledku prispievajúcich faktorov. K chybám dochádza, keď zdravotnícky personál napriek svojmu najlepšiemu úmyslu poskytovať bezpečnú, kvalitnú a na dôkazoch založenú starostlivosť urobí niečo nesprávne pri poskytovaní starostlivosti, čo takmer alebo skutočne vedie k poškodeniu pacienta. Závažným porušením bezpečnosti je, keď sa zdravotnícky pracovník úmyselne odchyľuje od pravidiel, politik a postupov počas poskytovania starostlivosti o pacienta. Chyba je neúmyselná odchýlka od zamýšľaného postupu (WHO, 2011). Ľudské chyby, ktoré prispievajú k nebezpečným činom v zdravotnej starostlivosti, sú klasifikované ako „chyby založené na zručnostiach, chyby a porušenia založené na vedomostiach a pravidlách“.

Chyby založené na zručnostiach - ide o neúmyselné odchýlky od postupov alebo plánov, ktoré zdravotnícki pracovníci dokonale ovládajú a vykonávajú ich takmer automaticky. Keď je zdravotnícky pracovník pri vykonávaní úlohy rozptýlený alebo sa ponáhľa, či pracuje pod nátlakom, nastane zlyhanie pozornosti.

Chyby založené na vedomostiach a pravidlách - k chybám založeným na vedomostiach dochádza, keď sa zdravotnícky pracovník stretne so zdravotným stavom pacientom, s ktorým nemá skúsenosti alebo o ktorom nemá vedomosti/dostatočné znalosti. Chyby založené na pravidlách sa vyskytujú, keď sa zdravotnícky

pracovník stretne s neočakávanou situáciou v starostlivosti o pacienta, čo vedie k nesprávnemu úsudku zdravotníckeho pracovníka (Ente, Ukpe, 2022).

Medzi nežiaduce udalosti, ktoré môžu viesť k poškodeniu pacienta, ktorému sa dá predísť, patria medikálne pochybenia, infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou, diagnostické chyby, pády pacientov, preležaniny, nesprávna identifikácia pacienta. Hoci ľudské chyby zohrávajú úlohu pri závažných nežiaducich udalostiach, zvyčajne existujú systémové faktory, ktoré by pri správnom riešení zabránili chybám alebo znížili pravdepodobnosť ich výskytu. Nízka kvalita zdravotnej starostlivosti spôsobuje značný počet nežiaducich udalostí s vážnym finančným dopadom na výdavky na zdravotnú starostlivosť (WHO, 2023). Nemocničné nákazy - infekcie spojené so zdravotnou starostlivosťou majú za následok predĺženú hospitalizáciu, invaliditu, antimikrobiálnu rezistenciu, finančnú záťaž pre pacientov, rodiny a systémy zdravotnej starostlivosti a úmrtia, ktorým sa dalo predísť. V roku 2022 bolo v SR nahlásených 19-tisíc nozokomiálnych nákaz čo je oproti roku 2021 nárast o 17 % (Brezovský, 2023).

Dankulincová et al. (2023) uvádzajú, že nie každá chyba nevyhnutne vyústi do nežiaducej udalosti a zároveň nie každá nežiaduca udalosť je dôsledkom chyby. Incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta nemusí mať žiaden dopad na zdravie pacienta, môže viesť k dočasnému zhoršeniu zdravia alebo môže viesť k trvalému poškodeniu zdravia pacienta. Nie je možné docieľať, aby nikdy k žiadnej chybe nedošlo. Príčinou incidentu ohrozujúceho bezpečnosť pacienta môže byť ľudská chyba, rizikové správanie alebo úmyselné poškodenie. Incident ohrozujúci bezpečnosť pacienta môže viesť k reverzibilnému alebo ireverzibilnému poškodeniu zdravia pacienta alebo k úmrtiu pacienta. Autorský kolektív opisuje tri typy obetí nežiaducich udalostí. Primárnou obeťou incidentu je pacient a jeho blízke osoby. Takáto udalosť má dopad aj na zdravotníkov, ktorí boli účastní tejto udalosti a označujú ich termínom sekundárne obeť. Odhaduje sa, že každý druhý zdravotnícky pracovník sa aspoň raz v živote stane sekundárnou obeťou. Utrpí aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, teda inštitúcia, kde k udalosti došlo; teda tento incident má aj terciárnu obeť.

Dankulincová et al. (2023) odporúčajú implementovať aj v našich nemocniciach kampaň, ktorú iniciovala Spoločná komisia v USA v roku 2001 „Ozvíte sa“ („Speak Up for Patient Safety“). Program podporuje aktívne zapojenie pacientov do starostlivosti o seba. Dôsledky chýb a nežiaducich udalostí presahujú rámec emocionálnej, finančnej, organizačnej oblasti, preto cielené zameranie na bezpečnosť pacientov a sestier môže zmierniť tieto ďalekosiahle následky. Z emocionálneho hľadiska chyby a nežiaduce

udalosti spôsobujú pacientom utrpenie, bolesť, prežívajú celý rad intenzívnych emócií od hnevu, smútku, nedôvery. Pacienti, ktorí vyhľadali pomoc zdravotníckych pracovníkov, sa musia následkom chyby alebo nežiadúcej udalosti, vysporiadať s ich dôsledkami. Takáto emocionálna daň môže dlhodobo nepriaznivo ovplyvňovať ich celkovú pohodu a kvalitu života. Takisto finančné dôsledky pochybení a omylov sú významné: náklady na liečbu po nežiadúcej udalosti, riešenie právnych sporov, odškodnenie pacientov, sankcie a pokuty (Marsden, 2024).

Cieľom štúdie Kilíková, Katriňáková, Štefanová (2025) bolo analyzovať postoje sestier k rizikovým faktorom vzniku nežiaducich udalostí. Prieskumu sa v roku 2024 zúčastnilo 200 sestier. Najvýznamnejším rizikovým faktorom vzniku nežiaducich udalostí bola únava a vyčerpanosť, ktorú najviac vnímali sestry vo veku 41–50 rokov a s praxou nad 11 rokov; nesústredenosť pri podávaní liekov najvyššie hodnotená sestrami vo veku 41–50 rokov a s praxou 6–10 rokov.

Charakter práce sestier, používanie technológií, pracovné prostredie sestier, politiky, smernice a postupy v organizácii, ďalšie systémové faktory, senzorické, behaviorálne a kognitívne charakteristiky ovplyvňujú kvalitu starostlivosti, spokojnosť s prácou a bezpečnosť pacientov (Henriksen et al., 2008). Práve sestry, ako zdôrazňujú Zhu et al. (2020) a Archer (2017) majú zásadnú úlohu v identifikácii, dokumentovaní a hlásení nežiaducich udalostí, čím vytvárajú predpoklad pre zlepšenie systému. Efektívne a systematické hlásenie poskytuje zdravotníckym zariadeniam cenné údaje o výskyte rizík a umožňuje zavedenie nápravných opatrení s cieľom ich eliminácie (Abreu, 2021).

1.3.1 Manažment nežiaducich udalostí – ilustratívny príklad z vybraného zdravotníckeho zariadenia

V podkapitole autorka retrospektívne prezentuje vlastnú pracovnú skúsenosť so sledovaním nežiaducich udalostí a implementáciou systému hlásenia nežiaducich udalostí v kúpeľnom zdravotníckom zariadení. Evidencia poškodenia zdravia so zameraním na pády a úrazy sa v kúpeľnom zdravotníckom zariadení sledovala od roku 2007, avšak validné štatistické údaje s presne nastavenými parametrami boli dostupné od roku 2015. Predstavujeme výsledky manažmentu nežiaducich udalostí v kúpeľnom zdravotníckom zariadení v rokoch 2015 a 2016. K sledovaným indikátorom okrem pádov a úrazov patrili nežiaduce udalosti spôsobené aplikáciou bahna, prerušenie kúpeľnej liečby, zlyhanie zdravotníckej pomôcky a iná udalosť.

Cieľom manažérstva nežiaducich udalostí bolo zaviesť monitoring, nepretržité sledovanie výskytu nežiaducich udalostí s dôrazom na procesné riadenie a trvale znižovať ich výskyt v kúpeľnom zdravotníckom zariadení. Analyticko-syntetickým prístupom boli analyzované zozbierané údaje z hlásení nežiaducich udalostí v kúpeľnom zdravotníckom zariadení v rokoch 2015 a 2016. Systematické sledovanie a evidencia nežiaducich udalostí v súvislosti s kúpeľnou liečbou bola v kúpeľnom zdravotníckom zariadení nastavené koncom roka 2014. Jednalo sa o proces identifikovania, vyhodnocovania a riešenia potencionálnych alebo aktuálnych rizík, ktoré mohli byť zdrojom zranenia, finančnej straty alebo straty dobrej povesti zdravotníckeho zariadenia. K sledovaným indikátorom patrili:

1. nežiadúce udalosti súvisiace s podávaním bahna,
2. pády a úrazy,
3. prerušenie kúpeľnej liečby,
4. zlyhanie zdravotníckej pomôcky,
5. iná udalosť.

Popis situácie

Pády a úrazy klientov sa v kúpeľnom zdravotníckom zariadení sledovali od roku 2007, ale nesystematicky, bez monitoringu a presne nastavených parametrov, neboli pravidelne vyhodnocované a neboli realizované nápravné opatrenia. Evidenciu viedla námestníčka pre ošetrovateľskú starostlivosť, evidované boli iba závažnejšie udalosti. Systematický prístup nebol realizovaný z dôvodu nezájmu vedenia zdravotníckeho zariadenia.

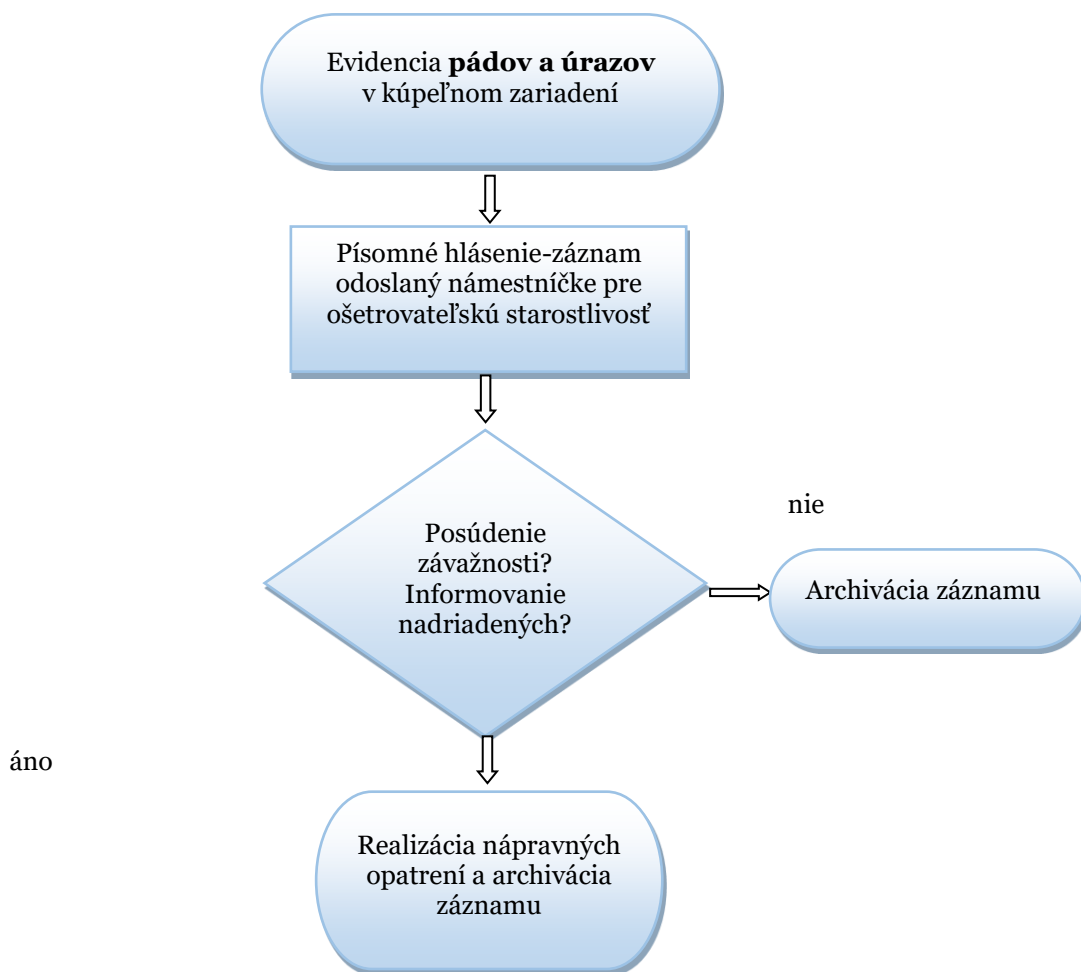
Popis problému

Nežiaduca udalosť v kúpeľnom zdravotníckom zariadení z roku 2014 s následkom smrti bola podnetom k vypracovaniu vnútorného systému hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí. Nové vedenie zdravotníckeho zariadenia, riaditeľ zdravotníckeho úseku a manažérka pre ošetrovateľskú starostlivosť vypracovali stratégiu implementácie nepretržitého sledovania výskytu nežiaducich udalostí s dôrazom na procesné riadenie s cieľom trvale znižovať ich výskyt ako preventívny nástroj na elimináciu výskytu nežiaducich udalostí v zdravotníckom zariadení. Neriešenie situácie, tabuizovanie alebo zamlčovanie nežiaducich udalostí, ich ignorovanie, podceňovanie a spochybňovanie by viedlo k súdnym sporom, finančným stratám, kontrolám a pokutám z ÚDZS alebo RÚVZ alebo strate dobrej povesti zdravotníckeho zariadenia.

Popis doterajších postupov/procesov

Flowchart na obrázku č. 2 opisuje situáciu, proces, postup evidencie iba pádov a úrazov v kúpeľnom zdravotníckom zariadení do roku 2014, t.j. pred zavedením interného systému hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí.

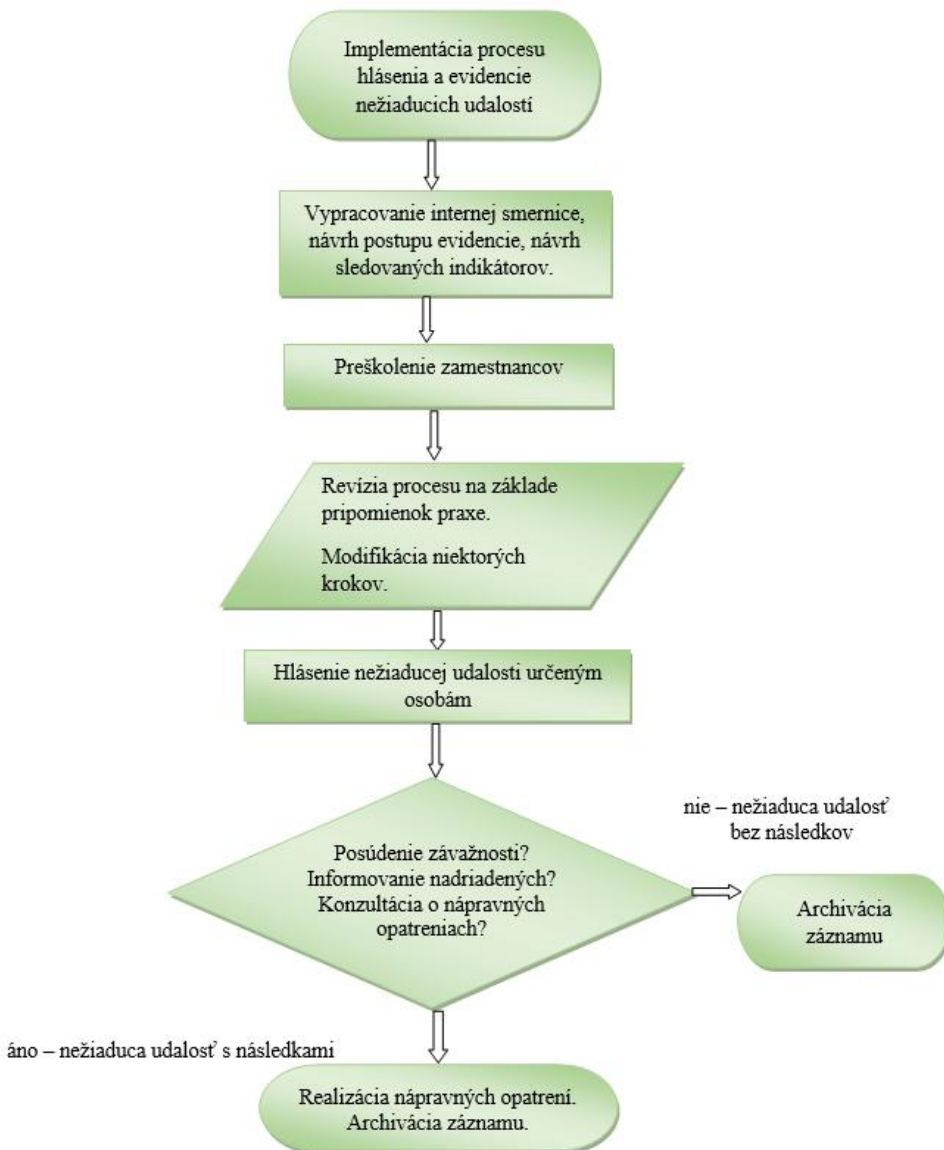
Obrázok 2 Flowchart - popis procesu pred zavedením interného systému hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí



Zdroj: autorka

Flowchart na obrázku č. 3 opisuje proces systematického postupu hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí od roku 2015.

Obrázok 3 Flowchart – popis procesu systematického hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí



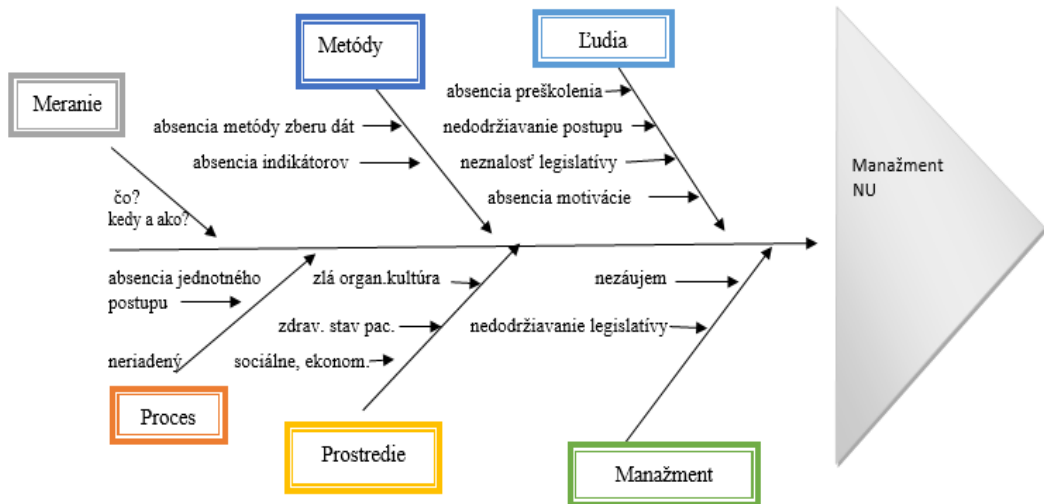
Zdroj: autorka

Identifikácia hlavných príčin

Na analýzu hlavných príčin výskytu nežiaducich udalostí autorka použila Ishikawov diagram alebo v literatúre označovaný aj ako Diagram príčin a následkov alebo aj ako

„rybia kosť“. Do „hlavy rybej kosti“ sa vpiše hlavný problém a do tela diagramu identifikované príčiny (obrázok č. 4).

Obrázok 4 Ishikawov diagram



Zdroj: autorka

Príčiny sme hľadali v základných dimenziách, pričom v „hlave“ diagramu je identifikovaný hlavný problém: Manažment nežiaducich udalostí. V analýze sme vychádzali z pozorovanej reality a obsahovej analýzy dokumentácie.

1. Ľudia - príčiny spôsobené pracovníkmi. Medzi možné príčiny v tejto dimenzii patria:

- absencia preškolenia pracovníkov,
- nedodržovanie doterajšieho postupu,
- neznalosť súvisiacej legislatívy,
- absencia motivácie, nezájum.

2. Manažment - príčiny spôsobené nesprávnym riadením. Identifikovali sme najmä:

- nezájum o problematiku,
- nedodržovanie legislatívy.

3. Prostredie – príčiny spôsobené vplyvom prostredia. Do úvahy je nutné vziať:

- nefunkčná organizačná kultúra,
- zdravotný stav klientov kúpeľov,

- demografické trendy – starnutie populácie – zvýšené riziko pádov, úrazov a pod.,
 - sociálne a ekonomické trendy,
 - vybavenie izieb hotelov, bezbariérovosť, interiér balneoprevádzky.
4. Proces – príčiny vyplývajúce zo samotného procesu:
- absencia jednotného postupu,
 - absencia metodiky,
 - neriadenosť procesu,
 - nie sú určené zodpovedné osoby – nejasná zodpovednosť,
 - absencia výsledkov evidencie, štatistiky,
 - latentné procesy.
5. Metódy – príčiny spôsobené smernicami, normami, legislatívou:
- absencia metódy zberu dát,
 - absencia sledovaných indikátorov, parametrov,
 - nedodržiavanie metódy.
6. Meranie – príčiny vyplývajúce z nevhodného alebo nesprávne zvoleného merania:
- čo merať?
 - kedy?
 - ako?

Návrh riešenia spočíval vo vypracovaní riadiacej dokumentácie: internej smernice, vypracovaní a implementácii štandardov, vypracovaní klasifikácie mimoriadnych udalostí vzhľadom k následkom, preškolení pracovníkov, zavedení elektronickej dokumentácie evidovania nežiaducich udalostí a v striktnom vyžadovaní dodržiavania a hlásenia nežiaducich udalostí manažmentom zdravotníckeho zariadenia z forenzného hľadiska. Z hľadiska následkov bola prijatá nasledovná klasifikácia nežiaducich udalostí:

1. bez následkov (Pr.: pád bez príznakov bolesti alebo obmedzenej pohyblivosti)
2. bez následkov, ale je nutné sledovanie zdravotného stavu pre možnosť komplikácií
3. s následkami vyžadujúcimi zákrok/ liečbu
4. ireverzibilné poškodenie alebo smrť

Ak majú byť navrhované opatrenia účinné, tak to nesmie byť chápané ako povinnosť daná zákonom, alebo interným predpisom, ale ako aktívna snaha zlepšiť svoju prácu.

V praxi nestačí mať v zdravotníckom zariadení vypracovaný vnútorný predpis, ale je nutné, aby sa s ním zdravotnícki pracovníci stotožnili a najmä ho dodržiavali. Z toho dôvodu je potrebné zaviesť aj účinný vnútorný kontrolný systém dodržovania pravidiel.

Implementácia riešenia

Systematické sledovanie a evidencia nežiaducich udalostí v súvislosti s kúpeľnou liečbou bola v kúpeľnom zdravotníckom zariadení nastavená koncom roka 2014, ale samotný zber údajov podľa indikátorov začal až od 1.1. 2015. V novembri a decembri 2014 sa uskutočnili preškolenia pracovníkov.

V rámci monitoringu pádov a úrazov sa sledovalo aj miesto výskytu pádu, ktoré boli rozdelené na balneoprevádzky, kde sa podávajú liečebné procedúry, priestory hotela a mimo kúpeľov. Ďalším sledovaným indikátorom bolo prerušenie kúpeľnej liečby. Môže nastať z troch dôvodov: v dôsledku úmrtia klienta, v dôsledku neočakávaného vážneho zhoršenia zdravotného stavu klienta alebo z iných dôvodov, najčastejšie rodinných.

Vyhodnotenie

Od roku 2015 do roku 2018 bol v kúpeľnom zdravotníckom zariadení zavedený vysoko efektívny interný systém hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí. Výsledky monitoringu boli pravidelne polročne a ročne prezentované top manažmentu formou správy, analýzy s grafmi a komparáciou za predchádzajúce sledované roky. S výsledkami boli taktiež pravidelne oboznamovaní zdravotnícki pracovníci na seminároch a školeniach. Skúsenosti s manažmentom nežiaducich udalostí boli odprezentované formou prednášky na vedeckej konferencii s medzinárodnou účasťou v Piešťanoch Ošetrovateľstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť a v príspevku v Zborníku vedeckých prác v roku 2017. Za zdravotnícke zariadenie bola ustanovená zodpovedná osoba, ktorá komunikovala s úradmi a bola zodpovedná za evidenciu, archiváciu a štatistiku zozbieraných údajov. Implementáciou efektívneho systému, procesov a postupov v rámci manažmentu nežiaducich udalostí sa podarilo dosiahnuť:

- fungujúci proces hlásenia a prevencie nežiaducich udalostí,
- riadne vedenie dokumentácie,
- proces riešenia sťažností pacientov a zamestnancov,
- eliminácia pochybení zdravotníckych pracovníkov,
- prevencia súdnych sporov,
- bezpečnosť personálu a prostredia.

V roku 2015 bolo evidovaných v kúpeľnom zdravotníckom zariadení 277 nežiaducich udalostí, z toho bolo najviac pádov a úrazov (136) a následne v 102 prípadoch prerušená kúpeľná liečba. V roku 2016 bolo zaznamenané mierne zníženie výskytu nežiaducich udalostí, z celkového počtu 224 bolo 109 evidovaných ako pády a úrazy a 96 prerušení kúpeľnej liečby.

Pacientom dnes nestačí ponúknuť kvalitnú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť, je potrebné sa zamyslieť aj nad prostredím, v ktorom sa starostlivosť poskytuje a eliminovať jeho traumatizujúci vplyv. Je potrebná vzájomná otvorená komunikácia o chybách a omyloch a ich následkoch - pre zdravotnícke zariadenie, pre poskytovateľa, pre pacienta. Manažment zdravotníckeho zariadenia by mal podporovať vzdelávanie pracovníkov v tejto oblasti, pokúsiť sa zmeniť ich myslenie, správanie a postoje k hláseniu chýb a omylov tým, že bude preferovať tímovú prácu, ale súčasne aj prevzatie zodpovednosti za svoje pochybenia a omyly.

1.3.2 Systémy hlásenia nežiaducich udalostí

Táto kapitola opisuje hlásenie chýb v zdravotnej starostlivosti (forma komunikácie a/alebo zaznamenávania nehôd a udalostí ohrozujúcich bezpečnosť pacientov) a zverejňovanie týchto udalostí (napr. oznámenie chýb pacientom a ich rodinám) vrátane etických aspektov hlásenia chýb.

Cieľom zavádzania systémov hlásení je zvýšenie bezpečnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hlásením chýb, omylov a nežiaducich udalostí, ktoré vznikli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Systém zahŕňa hlásenia úrazov, pádov, neúmyselných poškodení bez trvalých následkov, závažných udalostí, ktoré spôsobili smrť alebo trvalé následky, udalostí súvisiacich s diagnostikou, liečbou a s užívaním liekov. Hlásenia majú slúžiť na získanie relevantných informácií o výskyte nežiaducich udalostí v zdravotníckych zariadeniach a poskytnutie návrhov systémových nápravných opatrení. Vďaka hláseniam sa zníži počet systémových chýb v zdravotníckych zariadeniach a predíde mnohým ujám na zdraví u hospitalizovaných pacientov (Poláková, 2013). Základnou úlohou systémov hlásenia je zvýšiť bezpečnosť pacientov poučením sa zo zlyhaní systému zdravotnej starostlivosti (WHO, 2023). WHO vypracovala usmernenie pre systémy hlásenia a učenia sa o nežiaducich udalostiach,

konceptný rámec pre medzinárodnú klasifikáciu bezpečnosti pacientov a kľúčové charakteristiky údajov.

Zdravotnícki pracovníci si musia uvedomiť, že vždy existuje možnosť, že počas poskytovania starostlivosti dôjde k neplánovaným, nezamýšľaným alebo neočakávaným udalostiam alebo incidentom. Dôvodom je, že nedokážeme s istotou vopred predvídať všetky potenciálne incidenty vo všetkých prevádzkach a proaktívne zavádzať preventívne opatrenia na zabránenie ich vzniku (Ente, Ukpe, 2022). Autori charakterizujú dva hlavné typy udalostí alebo incidentov: sentinelové udalosti - sú incidenty, ktoré sa stali a viedli k ujme pacienta a rizikové udalosti, ktoré sa takmer stali a nespôsobili pacientom žiadnu ujmu. Systematická analýza incidentov zvýši pochopenie príčin a aj prevenciu nežiaducich udalostí. Počas prešetrovania nežiaducej udalosti je potrebné zistiť, prečo takáto situácia nastala a identifikovať prispievajúce faktory. Pri vyšetrovaní nežiaducich udalostí si musia byť zdravotnícki pracovníci istí, že vyšetrovanie nie je zamerané na ich obviňovanie alebo zahanbovanie.

V dnešnom rýchlom sa meniacom prostredí zdravotnej starostlivosti je spoľahlivý systém riadenia incidentov nevyhnutný pre efektívne riadenie rizík. Riadenie incidentov je kľúčovou súčasťou riadenia rizík v zdravotnej starostlivosti, aby zdravotnícke zariadenia mohli pacientom poskytovať bezpečnú a kvalitnú starostlivosť. Hlásenie a dokumentácia incidentov sú významnými aspektmi riadenia rizík. Softvér na riadenie rizík v zdravotnej starostlivosti automatizuje proces hlásenia incidentov, vďaka čomu je možné hlásiť incidenty v reálnom čase. Systém tiež zabezpečuje konzistentnú a štandardizovanú dokumentáciu, čím sa znižuje riziko chýb a uľahčuje presný zber údajov na účely analýzy a hlásenia. Riadenie incidentov zahŕňa viacero krokov, od hlásenia incidentov až po vyšetrovanie, riešenie a následné opatrenia. Systém ponúka analytické a reportovacie možnosti, ktoré umožňujú zdravotníckym zariadeniam generovať komplexné správy o incidentoch a sledovať kľúčové ukazovatele výkonnosti (SafeQual, 2023).

Systém hlásenia nežiaducich udalostí poskytuje komunikačnú platformu pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zameranú na identifikáciu a prevenciu rizík spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Systém umožňuje klasifikovať nežiaduce udalosti, posudzovať ich, hodnotiť, a je zdrojom pre národné hlásenia. Sledovanie incidentov zahŕňa zber a analýzu informácií o akejkoľvek udalosti, ktorá mohla pacienta poškodiť alebo mu spôsobiť ujmu na zdraví (WHO, 2011).

Analýza hlásení o incidentoch a chybách pomáha identifikovať systémové problémy s cieľom implementovať nápravné opatrenia, ktoré zabránia ich výskytu v budúcnosti (Marsden, 2024).

Snahou zdravotníckych zariadení je neustále posilňovať a zlepšovať bezpečnosť pacienta. Hlavnou stratégiou zlepšenia bezpečnosti pacientov je hlásenie nežiaducich udalostí. Je to proces, v rámci ktorého zdravotnícky pracovník nahlási akúkoľvek nežiadúcu udalosť, ktorá sa vyskytla počas poskytovania zdravotnej starostlivosti. Hlásenie nežiaducich udalostí je dôležité pre identifikáciu príčin, ktoré ich spôsobili a pre nájdenie spôsobov, ako zabrániť ich opakovaniu (Kohanová, Fařun, 2024). Incidencia nežiaducich udalostí na Slovensku však nie je dohľadateľná, pretože neexistuje centrálny zdroj informácií, ktorý by bol prístupný verejnosti. Rôzne zdravotnícke a iné organizácie realizujú svoje vlastné štúdie a zhromažďujú údaje o nežiaducich udalostiach, napríklad OECD. Nežiaduce udalosti významne ohrozujú bezpečnosť pacientov a znižujú kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Frekvencia hlásenia nežiaducich udalostí v ich štúdií dosiahla priemernú hodnotu 3,82 (SD = 0,87) z celkových 5,00, čo indikuje časté hlásenie nežiaducich udalostí a takmer pochybení na JIS. Priemerný počet hlásených nežiaducich udalostí sestrou za posledných 12 mesiacov bol 1,13 (SD = 2,15) (Kohanová, Fařun, 2024).

Hlásenie chýb, ktoré vedú k poškodeniu pacienta, ako aj zdanlivo triviálnych chýb, má potenciál posilniť procesy starostlivosti a zlepšiť kvalitu starostlivosti poskytovanej pacientom. Hlásenie chýb je základom prevencie chýb. Iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov sa zameriavajú na zlyhania súvisiace so systémami, ktoré prispievajú k chybám v zdravotnej starostlivosti, avšak mnoho chýb nebolo nikdy nahlásených. Len preto, že chyba nevedla k vážnej alebo potenciálne vážnej udalosti, to nevyvracia fakt, že to bola a stále je chyba. 70 % nežiadúcich udalostí bolo zapríčinených nedbanlivosťou a 90 % nežiadúcich udalostí sa dalo predísť (Wolf, Hughes, 2008).

Podľa štandardov Spoločnej komisie (2024) musí mať zdravotnícke zariadenie zavedený efektívny systém hlásenia nežiaducich udalostí, ktorý nie je represívny a ktorý jasne definuje, ktoré udalosti podliehajú hláseniu. Frekvencia, rozsah a dopad nežiaducich udalostí v zdravotníckom zariadení môžu byť k dispozícii iba v prípade, ak máme údaje a ich analýzu. Spoločná komisia rozoznáva tri úrovne plnenia kritéria:

Úroveň 0: Nežiaduce udalosti nie sú hlásené alebo iba zriedka

Úroveň 1: Je definovaný proces hlásenia, ktorého sa zúčastňujú riadiaci pracovníci

Úroveň 2: Systém hlásenia nežiaducich udalostí je zavedený do praxe a zdravotnícke zariadenie sumarizuje zozbierané údaje

Úroveň 3: Získané údaje o nežiaducich udalostiach sú využívané k edukácii personálu a k zlepšovaniu bezpečnosti

Zdravotnícke zariadenie musí súčasne analyzovať jednotlivé nežiaduce udalosti samostatne, ale aj oblasti nežiaducich udalostí. Analýza je zameraná na identifikáciu príčin nežiaducich udalostí a na základe analýzy sú realizované zmeny s cieľom zabrániť ich opakovaniu. Základnou metódou analýzy je RCA analýza – analýza príčin. Zdravotnícke zariadenie, ktoré zbiera údaje o nežiaducich udalostiach, ale neanalyzuje ich a nepodniká kroky k náprave, ostáva vysoko rizikovým, pretože zhromažďovanie údajov samo o sebe riziká neznižuje. Miera plnenia kritéria analýzy nežiaducich udalostí:

Úroveň 0: Analýza údajov o nežiaducich udalostiach neexistuje a ani sa neuvažuje o jej zavedení

Úroveň 1: Je zavedená analýza údajov

Úroveň 2: Analýza údajov je využívaná k vyvodzovaniu záverov o nežiaducich udalostiach

Úroveň 3: Výsledky analýzy údajov vedú k zmenám v starostlivosti s cieľom redukovať riziká a opakovanie nežiaducich udalostí.

Keď sa nahlásia chyby a nežiaduce udalosti, tieto informácie môžu organizáciám pomôcť lepšie pochopiť ich príčiny, identifikovať kombináciu faktorov, ktoré spôsobili chyby, určiť ich frekvenciu a predpovedať, či by sa mohli stať znova (Wolf, Hughes, 2008). V štúdiu realizovanej v Slovenskej republike v roku 2021 sa výskumníci pýtali lekárov a sestier (n=193), čo sa na ich pracovisku udeje, keď dôjde k pochybeniu alebo nežiaducej udalosti. Iba 18% z nich uviedlo, že takmer vždy alebo vždy hlásia pochybenie, ktoré sa analyzuje. Súčasne informujú pacienta a ospravedlnia sa. Okrem toho je nevyhnutné konať po nahlásení chýb a intervencie zamerať na ochranu zdravia pacientov fokusovaním na iatrogénne problémy a dokumentovať poskytnutú starostlivosť (Dankulinová et al., 2023). Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú zvyčajne takí zdrvení a zahanbení svojimi chybami, že sa ich môžu pokúsiť skryť alebo sa brániť presúvaním viny na niekoho alebo niečo iné. Zdravotníci sa obávajú právnych následkov, straty reputácie, vyšetrovania, informovania a ospravedlnenia sa pacientovi a vedeniu.

Tradičné mechanizmy využívali ústne a papierové hlásenia o incidentoch na odhaľovanie a dokumentovanie chýb, ale kombináciou mechanizmov hlásenia,

súbežných aj retrospektívnych, by sa hlásenie zefektívnilo. Wolf, Hughes (2008) uvádzajú, že priame pozorovanie generuje presnejšie hlásenia o chybách, ale je nákladnejšie a nemožno ho použiť v každom odbore praxe.

Chyby v zdravotnej starostlivosti sú systémové a viacfaktorové. Analýza hlásení o chybách zistila, že najzávažnejšie hlásenia sa týkali porušení pravidiel a štandardizovaných ošetrovateľských postupov (Wolf, Hughes, 2008). Na zvýšenie hlásenia chýb je potrebných niekoľko faktorov: angažovanosť vedenia v oblasti bezpečnosti pacientov; odstránenie kultúry trestania a inštitucionalizácia kultúry bezpečnosti; poskytovanie včasnej spätnej väzby, následných opatrení a vylepšení na predchádzanie budúcim chybám a multidisciplinárny prístup k hláseniu.

Na dosiahnutie bezpečnejšej a kvalitnejšej starostlivosti je potrebné vynakladať trvalé úsilie na zníženie výskytu a závažnosti chýb v zdravotnej starostlivosti. Na zlepšenie bezpečnosti by stratégie hlásenia chýb mali zahŕňať identifikáciu chýb, priznanie chýb a nápravu nebezpečných podmienok.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Abreu, T (2021). Adverse event reporting and root cause analysis. *American Nurse Journal*. 16(6): 44–46.

Al-Mugheed, K et al. (2022). Patient Safety Attitudes among Doctors and Nurses: Associations with Workload, Adverse Events, Experience. *Healthcare*. 10(4): 631.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10040631>

Archer, S et al. (2017). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. *BMJ Open*. 27(7):12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017155>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2025). Patient identification. [online]. [citované 30.06.2025].
<https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/communicating-safety/patient-identification>

Australian Council for Safety and Quality in Health Care. (2005). Patient Safety Management Systems. 13pp.

Biont. (2025). Čo je bezpečnosť pacienta? [online]. [citované 26.6.2025].
<https://www.biont.sk/bezpecnost-pacienta/>

Brezovský, J (2023). Na Slovensku bolo vlni nahlásených 19-tisíc nemocničných infekcií, dá sa im ale jednoducho predchádzať. [online]. [citované 30.06.2025].
<https://www.uvzsr.sk/web/uvz/situacia-vo-vyskyte-nemocnicnych-nakaz>

Canadian Association of Medical Radiation Technologists. (2025). Patient identification. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://camrt-bpg.ca/patient-management/patient-interactions/patient-identification/>

Dankulinová, Z, Husárová, D, Madarasová Gecková, A, Kopčáková, J (2023). *Psychológia zdravia. Vysokoškolský učebný text*. Košice : UPS, Lekárska fakulta, Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu. S. 295-330. ISBN 978-80-574-0241-1 (e-publikácia).

Dimunová, L (2017). Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Recenzovaný zborník vedeckých prác „Ošetrovateľstvo 2020 - trendy, zmeny a budúcnosť“*. Rožňava : VŠ sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sály Salkaháziovej v Rožňave, 2017. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 80-87.

De Jong, T, Pawlowska-Cyprysiak, K, Hildt-Ciupińska, K, Nicolescu, G (2014). *Súčasná a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti*. Luxembursko: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie. 19s. ISBN: 978-92-9240-498-7. doi: 10.2802/33116

De Rezende, HA, Melleiro, MM, Shimoda, GT (2019). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *JBIEvid Synth*. 17(1):37-42. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003895>

Donaldson, MS (2008). *An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2673/>

Ente, Ch, Ukpe, M (2022). Safety Management. In E book *Essentials for Quality and Safety Improvement in Health Care*. pp 99–136.
<https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-92482-9>

EU (2013). *Bezpečnosť pacienta*. P7_TA(2013)0435 Bezpečnosť pacienta. Uznesenie Európskeho parlamentu z 22. októbra 2013 o správe Komisie pre Radu na základe správ členských štátov týkajúcich sa vykonávania odporúčania Rady (2009/C 151/01) o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou (2013/2022(INI)). 16 s.

Flórez, F,López, L,Bernal, C (2022). Prevalence of adverse events and their manifestations in health professionals as second victims. *Biomedica*. 42(1): 184–195.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.6169>

Gao, X, et al. (2019). Implications from China patient safety incidents reporting system. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 15: 259–267.
<https://doi.org/10.2147/TCRM.S190117>

Giardina, TD et al. (2020). Health Care Provider Factors Associated with Patient-Reported Adverse Events and Harm. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 46(5): 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.02.004>

Gillespie, J (2022). What is a Safety Management System and why is it important? [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.verita.net/blogs/why-safety-management-system-is-important>

Hardy, SM, Paramarta, V (2025). Impact of Risk Management, Safety Culture, and Service Quality on Patient Satisfaction. *International Journal of Economics, Accounting and Management*. 1(6):358-365. <https://doi.org/10.60076/ijeam.v1i6.1106>

Health Services Safety Investigations Body (HSSIB). (2023). Safety management systems: an introduction for healthcare. [online]. [citované 30.6.2025]. <https://www.hssib.org.uk/patient-safety-investigations/safety-management-systems/>

Henriksen, K, Dayton, E, Keyes, MA, et al. (2008). *Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 5. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2666/>

Hughes, RG (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. E-book. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>
Joint Commission. (2022). Two Patient Identifiers - Understanding The Requirements.

What are the key elements organizations need to understand regarding the use of two patient identifiers prior to providing care, treatment or services ? [online]. [citované 30.06.2025].

<https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/home-care/national-patient-safety-goals-npsg>

Join Commision. (2024). *Standards for Hospitals*, 8th Edition. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.jointcommission.org/standards/>

Kilíková, M, Bodor, F (2025). Vybrané formy a technológie bezpečnej identifikácie pacienta - prehľadová štúdia. *Zborník Odborných prác Interdisciplinárna spolupráca v podpore zdravia komunit.* Banská Bystrica. 55-68. ISBN 978-80-8132-299-0.

Kilíková, M, Hulková, V, Kalafutová, K (2023). Percepcia sestier v oblasti bezpečnej zdravotnej starostlivosti. In Vansač, P, Czarnecki, P (Eds.). *Zborník z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny.* Warszawa : Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa, Polska. s. 177-185. ISBN 978-83-964214-5-6.

Kilíková, M, Katriňáková, T, Štefanová, M (2025). Faktory ovplyvňujúce vznik nežiaducich udalostí v ústavnej zdravotnej starostlivosti. [online]. [citované 25.06.2025].

<https://www.prohuman.sk/osetrovatelstvo/faktory-ovplyvnujuce-vznik-neziaducich-udalost-v-ustavnej-zdravotnej-starostlivosti>

Kim, T, Howe, J, Franklin, E, et al. (2020). Health Information Technology–Related Wrong-Patient Errors: Context is Critical. *Patient Saf.* 2(4):40-57.

<https://doi.org/10.33940/data/2020.12.3>

Kohanová D, Faťun, P (2024). Hlásenie nežiaducich udalostí na jednotkách intenzívnej starostlivosti: prierezová štúdia. *Zdravotnícke listy.* 12(1): 6-12.

Li, Y, Guldenmund, FW (2018). System management systems: a broad overview of the literature. *Safety Science* 103:94–123.

<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.11.016>

MacLeod, N (2023). What is a ‘safety management system’? [online]. [citované 30.06.2025].

<https://www.pslhub.org/learn/improving-patient-safety/improving-systems-of-care/what-is-a-%E2%80%98safety-management-system%E2%80%99-a-blog-by-norman-macleod-r10197/>

Macrae, C (2022). Systematizing Safety: The Urgent Need for Integrated Safety Management Systems in Healthcare. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4296644>

Macrae, C (2025). Systematising safety: Developing integrated safety management systems in healthcare. *Journal of Patient Safety and Risk Management.* 30(3):131-138. <https://doi.org/10.1177/25160435251319573>

Marsden, E. (2024). What are the Benefits of Creating a Patient Safety Culture? [online]. [citované 30.6.2025]. <https://www.verita.net/blogs/benefits-of-creating-a-patient-safety-culture/>

Mitchell PH. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Moosavi, S et al. (2023). The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses. *Patient Safety in Surgery*. 17(1):20. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00369-6>

Ottaway, A (2016). Five Cornerstones to an Effective Safety Management System. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.linkedin.com/pulse/five-cornerstones-effective-safety-management-system-andrew-ottaway>

Patient Safety Learning. (2023). Safety management systems: an introduction for healthcare. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.pslhub.org/learn/investigations-risk-management-and-legal-issues/investigations-and-complaints/investigation-reports/hsib-investigations/safety-management-systems-an-introduction-for-healthcare-hssib-18-october-2023-r10289/>

Phillips, J, Malliaris, AP, Bakerjian, D (2021). *Nursing and Patient Safety*. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>

Poláková, P (2013). *Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti*. In Slovenský pacient. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.slovenskypacient.sk/bezpecnost-pacienta-pri-poskytovani-zdravotnej-starostlivosti/>

Pokorná A. et al. (2017). *Taxonomický - definiční slovník pro Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU)*. Praha: UZIS. 81s.

Rafter, N et al. (2017). The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. *BMJ Quality & Safety*. 26(2): 111–119. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004828>

RapidGlobal. (2022). What is a safety management system? [online]. [citované 30.06.2025]. <https://rapidglobal.com/knowledge-centre/what-is-a-safety-management-system/>

Riplinger, L, Piera-Jiménez, J, Dooling, JP (2020). Patient Identification Techniques – Approaches, Implications, and Findings. *Yearb Med Inform*. 29(1):81-86. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701984>

Romano, R. et al. (2021). The safety of care focused on patient identity: an observational study. *Acta Biomed.* 29;92(Suppl 2):e2021038. doi: [10.23750/abm.v92iS2.11328](https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11328)

SafeQual. (2023). 6 Benefits of Using an Incident Management System in Healthcare. [online]. [citované 30.06.2025].

<https://www.safequal.net/6-benefits-using-incident-management-system-healthcare-2023/#:~:text=Incident%20data%20analysis%20is%20crucial%20for%20identifying,incident%20reports%20and%20track%20key%20performance%20indicators.>

WHO.(2007). Patient Identification. *Patient Saf Solut.*1(2):1-4.

WHO (2011). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.* Geneva : WHO. 274p.

WHO. 2015. *Patient safety.* [online]. [cit.06.06.].

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety>

WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care.* 108p. ISBN 978-92-4-003270-5 (electronic version). ISBN 978-92-4-003271-2 (print version).

WHO. (2023). Patient safety. [online]. [citované 30.06.2025].

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Wolf, ZR, Hughes, RG (2008). *Error Reporting and Disclosure.* In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 35.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2652/>

Zanetti, ACB et al. (2021). Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital. *PLoS One.* 16(4): e0249531.

Zebra (2025). What Is Patient Identification? [online]. [citované 30.06.2025].

<https://www.zebra.com/gb/en/resource-library/faq/what-is-patient-identification.html>

Zhelev, Z, de Bell, S, Bethel, A, Clarke, M, Anderson, R, Thompson Coon, J (2025). The implementation of Safety Management Systems in healthcare: a systematic review and international comparison. *Health Soc Care Deliv Res.* 13(07). <https://doi.org/10.3310/QPLF8546>

Zhu, L et al. (2020). Extension to 'combined SNA and LDA methods to understand adverse medical events': Doctor and nurse perspectives. *International Journal of Risk & Safety in Medicine.* 31(4): 221–246.

2 GLOBÁLNE RÁMCE V OBLASTI BEZPEČNOSTI ZDRAVOTNEJ A OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Ciele kapitoly:

1. Poskytnúť prehľad o aktuálnych medzinárodných aktivitách, dokumentoch a programoch WHO a ICN týkajúcich sa bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

30. kongres ICN sa konal v Helsinkách vo Fínsku od 9. do 13. júna 2025 v spolupráci s Fínskou asociáciou sestier (FNA) a ústrednou témou „Sila ošetrovateľstva zmeniť svet“ zdôraznil skutočnosť, že sestry tvoria takmer 60 % svetovej pracovnej sily v zdravotníctve. ICN upriamuje pozornosť na schopnosť sestier zlepšovať dostupnosť zdravotníckych služieb a významne ovplyvňovať zdravotnú politiku na všetkých úrovniach riadenia. Jednou z deviatich podtém kongresu bolo „Zvyšovanie excelentnosti v zdravotnej starostlivosti: Stratégie pre kvalitu a bezpečnosť v systémoch zameraných na ľudí“. Táto podtéma zdôrazňovala význam kvality a bezpečnosti v starostlivosti o pacientov a zameriavala sa na stratégie potrebné na excelentné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Dôraz kladie na holistický prístup, ktorý zahŕňa každý aspekt systému zdravotnej starostlivosti, od individuálnych interakcií s pacientmi až po globálnu zdravotnú politiku, aby každý pacient dostal kvalitnú a bezpečnú starostlivosť. Za kľúčové oblasti ICN považuje:

- bezpečné personálne obsadenie a kvalitu starostlivosti: preskúmať vplyv personálneho obsadenia na výsledky týkajúce sa pacientov a systému;
- bezpečnosť liekov: implementovať stratégie na minimalizáciu rizika pochybení súvisiacich s liekmi;
- ukazovatele kvality v zdravotníckych službách: používať merateľné ukazovatele na hodnotenie a zlepšovanie kvality a efektívnosti zdravotníckych služieb;
- prevenciu incidentov a znižovanie škôd: prijímať proaktívne opatrenia na identifikáciu potenciálnych rizík a implementáciu stratégií na predchádzanie ujme pacientov a zdravotníckych pracovníkov;
- bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci: uprednostňovať bezpečnosť zdravotníckych pracovníkov ako kľúčový aspekt zvyšovania bezpečnosti pacientov s pochopením, že

bezpečnosť zdravotníckych pracovníkov je neoddeliteľne spojená s bezpečnosťou pacientov;

- boj proti antimikrobiálnej rezistencii: riešiť globálny problém antimikrobiálnej rezistencie prostredníctvom rozumného používania antimikrobiálnych látok a postupov kontroly infekcií (ICN, 2025c).

S dôrazom na rastúcu výzvu v oblasti zlepšovania a zaistenia bezpečnosti pacientov pri poskytovaní zdravotníckych služieb na celom svete je potrebné zamerať sa na fyzickú bezpečnosť, psychickú pohodu zdravotníckych pracovníkov, bezpečné pracovné prostredie a kultúru bezpečnosti vychádzajúc z najnovších výskumných dôkazov a jedinečných skúseností jednotlivých krajín na minimalizáciu rizík v zdravotnej starostlivosti. Účastníci kongresu ICN v Helsinkách (2025) prijali nové definície ošetrovateľstva a profesie sestry.

„Sestra je profesionál, ktorý disponuje vedeckými poznatkami, zručnosťami, ovláda filozofiu ošetrovateľstva; je oprávnená vykonávať ošetrovateľskú prax na základe platných štandardov praxe a etického kódexu. Sestry zvyšujú zdravotnú gramotnosť, podporujú zdravie, predchádzajú chorobám, chránia bezpečnosť pacientov, zmierňujú utrpenie, uľahčujú zotavenie a adaptáciu, zachovávajú dôstojnosť počas celého života a na konci života. Pracujú autonómne, spolupracujú v rôznych prostrediach na zlepšení zdravia prostredníctvom obhajovania, rozhodovania založeného na dôkazoch a kultúrnej, bezpečnej starostlivosti. Sestry poskytujú humánnu, klinickú a sociálnu starostlivosť zameranú na ľudí, riadia služby, zlepšujú zdravotnícke systémy, podporujú verejné zdravie a zdravie populácie, podporujú bezpečné a udržateľné prostredie. Sestry vedú, vzdelávajú, skúmajú, obhajujú, inovujú a formujú politiky na zlepšenie zdravia“.

Definícia ošetrovateľstva podľa ICN 2025

„Ošetrovateľstvo je profesia, ktorá sa venuje presadzovaniu práva každého človeka na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň zdravia, prostredníctvom spoločného záväzku poskytovať kolaboratívnu, kultúrne bezpečnú a na ľudí zameranú starostlivosť a služby. Ošetrovateľstvo zastáva spravodlivý prístup ľudí k zdraviu a zdravotnej starostlivosti a bezpečnému a udržateľnému prostrediu.

Ošetrovateľská prax stelesňuje filozofiu a hodnoty profesie pri poskytovaní profesionálnej starostlivosti v najosobnejších aspektoch života ľudí, ktoré súvisia so zdravím. Ošetrovateľstvo podporuje zdravie, chráni bezpečnosť a kontinuitu starostlivosti, riadi a vedie organizácie a systémy zdravotnej starostlivosti.

Ošetrovateľská prax je založená na jedinečnej kombinácii vedecky podložených znalostí z vedných disciplín, technických schopností, etických štandardov a terapeutických vzťahov. Ošetrovateľstvo sa zaväzuje k humanizmu, sociálnej spravodlivosti a lepšej budúcnosti ľudstva“ (ICN, 2025c).

Aktivity ICN v oblasti bezpečnosti ošetrovateľskej starostlivosti

Bezpečnosť pacientov je základom kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zvýšenie bezpečnosti pacientov zahŕňa širokú škálu opatrení v nábore, odbornej príprave a udržaní sestier, zlepšovaní výkonnosti, environmentálnej bezpečnosti a riadení rizík vrátane kontroly infekcií, bezpečného používania liekov, bezpečnosti zariadení, bezpečnej klinickej praxe, bezpečného prostredia a zhromažďovania integrovaného súboru vedeckých poznatkov zameraných na bezpečnosť pacientov. Podľa ICN sa sestry zaoberajú bezpečnosťou pacientov vo všetkých aspektoch starostlivosti: poskytovanie informácií pacientom o riziku a znižovanie rizika založených na dôkazoch, obhajobu bezpečnosti pacientov a hlásenie nežiaducich udalostí. Včasná identifikácia rizika je kľúčom k prevencii zranení pacientov a závisí od udržiavania kultúry dôvery, čestnosti, integrity a otvorenej komunikácie medzi pacientmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. ICN podporuje prístup založený na transparentnosti a podávaní správ, nie na obviňovaní a zahanbovaní jednotlivých poskytovateľov starostlivosti a začleňuje opatrenia, ktoré riešia ľudské a systémové faktory pri nežiaducich udalostiach. Globálny nedostatok sestier je hrozbou pre bezpečnosť pacientov a kvalitu zdravotnej starostlivosti (ICN 2025a; ICN 2025b).

Globálne opatrenia WHO v oblasti bezpečnosti pacientov

Svetová zdravotnícka organizácia prijala niekoľko globálnych programov a politík zameraných na bezpečnosť pacientov, bezpečnosť zdravotníckych pracovníkov a bezpečnosť poskytovania zdravotnej starostlivosti. Sedemdesiate druhé Svetové zdravotnícke zhromaždenie uznáva bezpečnosť pacientov ako globálnu prioritu v oblasti zdravia a ako základnú súčasť posilňovania systémov zdravotnej starostlivosti, preto v máji 2019 prijalo rezolúciu WHA72.6 s názvom „Globálne opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov“. Bezpečnosť pacientov je kľúčovým prvkom a základom poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Bezpečnosť pacientov nemožno dosiahnuť bez prístupu k bezpečnej infraštruktúre, technológiám, zdravotníckym pomôckam a ich bezpečnému používaniu pacientmi, ktorí musia byť informovaní

kvalifikovaným a angažovaným zdravotníckym pracovníkom v bezpečnom prostredí. Nebezpečná zdravotná starostlivosť spôsobuje ľudské utrpenie, ktorému sa dá predísť, značne zaťažuje financovanie systémov zdravotnej starostlivosti a vedie k strate dôvery v systémy zdravotnej starostlivosti. Poškodenie pacientov v dôsledku nežiaducich udalostí je jednou z desiatich najčastejších príčin úmrtí a invalidity na svete. V nemocniciach sa každoročne vyskytne 134 miliónov nežiaducich udalostí súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou v dôsledku nebezpečnej starostlivosti, čo prispieva k 2,6 miliónom úmrtí. Väčšine nežiaducich udalostí sa možno vyhnúť účinnými stratégiami prevencie, vrátane implementácie programov, iniciatív a intervencií v oblasti bezpečnosti a kvality, ako ombudsmani pacientov, vytváranie kultúry bezpečnosti pacientov v celom systéme zdravotnej starostlivosti, transparentné systémy hlásenia incidentov, ktoré umožňujú učiť sa z chýb, riešenie nežiaducich udalostí a ich následkov bez obviňovania. WHO vyzvala členské štáty, aby:

- podporovali kultúru bezpečnosti poskytovaním základného školenia všetkým zdravotníckym pracovníkom,
- rozvíjali kultúru hlásenia incidentov v oblasti bezpečnosti pacientov bez obviňovania prostredníctvom otvorených a transparentných systémov, ktoré identifikujú a učia sa zo skúmania príčinných a prispievajúcich faktorov poškodenia,
- podporovali výskum v oblasti bezpečnosti,
- budovali vodcovské a riadiace kapacity a efektívne multidisciplinárne tímy s cieľom zvýšiť povedomie a zodpovednosť a znížiť náklady spojené s nežiaducimi udalosťami na všetkých úrovniach zdravotníckych systémov (WHO, 2019; WHO, 2021a; WHO, 2021b; WHO, 2023).

Globálny akčný plán pre bezpečnosť pacientov na roky 2021 – 2030

Sedemdesiate štvrté Svetové zdravotnícke zhromaždenie prijalo v roku 2021 „Globálny akčný plán pre bezpečnosť pacientov: 2021 – 2030“ s cieľom posilniť bezpečnosť pacientov ako základnú súčasť návrhu, postupov a hodnotenia výkonnosti zdravotníckych systémov na celom svete a s víziou „sveta, v ktorom nie je nikomu v zdravotnej starostlivosti ublížené a každý pacient dostáva bezpečnú starostlivosť vždy a všade“. Ide o strategický plán, ktorý usmerňuje vlády krajín, subjekty zdravotníckeho sektora, zdravotnícke organizácie a sekretariát Svetovej zdravotníckej organizácie pri implementácii uznesenia zhromaždenia o bezpečnosti pacientov. Zavedenie plánu

posilní kvalitu a bezpečnosť zdravotníckych systémov na celom svete tým, že pokryje celé spektrum zdravotnej starostlivosti, čím sa zníži pravdepodobnosť poškodenia v priebehu starostlivosti. Účelom akčného plánu je poskytnúť strategické smerovanie pre všetky zainteresované strany na odstránenie predvídateľných škôd v zdravotnej starostlivosti a zlepšenie bezpečnosti pacientov v rôznych oblastiach praxe prostredníctvom politických opatrení v oblasti bezpečnosti a kvality zdravotníckych služieb, ako aj na implementáciu odporúčaní v mieste poskytovania starostlivosti. Akčný plán poskytuje rámec pre krajiny na vypracovanie ich národných akčných plánov v oblasti bezpečnosti pacientov, ako aj na zosúladenie existujúcich strategických nástrojov na zlepšenie bezpečnosti pacientov vo všetkých klinických a zdravotníckych programoch. Globálny akčný plán pre bezpečnosť pacientov na roky 2021 – 2030 poskytuje rámec pre činnosť kľúčových zainteresovaných strán, aby spojili úsilie a komplexne implementovali iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov. Zámerom je dosiahnuť maximálne možné zníženie predvídateľných škôd v dôsledku nebezpečnej zdravotnej starostlivosti na celom svete. Nasledujúcich sedem hlavných zásad stanovuje základný súbor hodnôt, ktoré usmerňujú vývoj a implementáciu rámca pre akcie navrhované v globálnom akčnom pláne. Rámec obsahuje sedem strategických cieľov a 35 stratégií, ktoré tvoria základ globálneho akčného plánu.

1. Zapojenie pacienta a rodiny do bezpečnej starostlivosti

Bezpečná zdravotná starostlivosť by sa mala považovať za základné ľudské právo. Keďže zdravotná starostlivosť je prevažne služba, dosiahnutie bezpečnej starostlivosti si vyžaduje, aby boli pacienti informovaní a zapojení do starostlivosti.

2. Dosiahnuť výsledky prostredníctvom spolupráce

Všetky intervencie v oblasti bezpečnosti pacientov budú musieť byť navrhnuté a prispôsobené tak, aby spĺňali priority krajín, ako aj ich špecifické implementačné potreby.

3. Analýza a zdieľanie údajov na generovanie učenia

Systémy hlásenia, ktoré zhromažďujú údaje o nežiaducich udalostiach a incidentoch z hľadiska starostlivosti, sú rozšírené po celom svete. V roku 2020 WHO vydala dokument Systémy hlásenia a učenia sa o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov: technická správa a usmernenia. Zhromažďovanie údajov z rôznych zdrojov poskytuje príležitosť na lepšie pochopenie toho, prečo dochádza k bezpečnostným incidentom a na navrhnutie riešení na ich predchádzanie.

4. Preniesť dôkazy do praktických a merateľných zlepšení

Slabou stránkou v oblasti bezpečnosti zdravotnej starostlivosti je pomalá implementácia dôkazov o účinnosti opatrení do praxe. Je dôležité budovať centrá excelentnosti, učiť sa navzájom a rozširovať osvedčené postupy.

5. Opatrenia zamerané na prostredia starostlivosti

V nasledujúcich rokoch bude potrebné zamerať pozornosť a výskum v oblasti bezpečnosti aj mimo nemocníc.

6. Využívať vedecké poznatky a skúsenosti pacientov na zlepšenie bezpečnosti

Vedecké a technické znalosti pochádzajú od tvorcov politík, vedúcich pracovníkov zdravotníckych systémov, zdravotníckych pracovníkov, akademikov a manažérov, ale absentujú alebo sú nedostatočné zo strany pacientov a patientskych združení.

7. Zaviesť kultúru bezpečnosti do poskytovania zdravotnej starostlivosti

Rozvoj kultúry bezpečnosti je kľúčový aspekt pre zlepšenie bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, bezpečnosti pacientov, bezpečnosti sestier a ostatných poskytovateľov a bezpečného prostredia. Politické a legislatívne zásahy môžu poskytnúť priaznivé prostredie pre prosperujúcu kultúru bezpečnosti. Kultúra bezpečnosti sa však v konečnom dôsledku musí preniesť do postojov, presvedčení, hodnôt, zručností a praktík zdravotníckych pracovníkov, manažérov a vedúcich pracovníkov zdravotníckych organizácií. Kultúra bezpečnosti sa musí prelínať s celkovou filozofiou a kultúrou organizácie. Krajiny a organizácie si môžu identifikovať vlastné optimálne spôsoby dosiahnutia kultúry bezpečnosti, hoci určité prvky zostávajú nevyhnutné. Závazok vedenia, transparentnosť, otvorená a úctivá komunikácia, učenie sa z chýb a osvedčených postupov, rovnováha medzi politikou neobviňovania a zodpovednosťou sú nevyhnutnými súčasťami kultúry bezpečnosti. Silná kultúra bezpečnosti nie je len kľúčová pre znižovanie ujmy pacientov, ale je tiež zásadná pre zaistenie bezpečného pracovného prostredia pre zdravotníckych pracovníkov. To zahŕňa vytvorenie psychologicky bezpečného pracovného prostredia, v ktorom sa zdravotnícki pracovníci môžu ozvať ohľadom bezpečnosti pacientov a iných problémov bez obáv z negatívnych dôsledkov (WHO, 2017a; WHO, 2021; WHO, 2021a; WHO, 2021b).

Hlavná iniciatíva WHO „Desaťročie bezpečnosti pacientov 2021 – 2030“

V súlade s globálnym programom na dosiahnutie cieľov trvalo udržateľného rozvoja do roku 2030 WHO vo februári 2020 uverejnila hlavnú iniciatívu s názvom „Desaťročie bezpečnosti pacientov 2020 – 2030“ s cieľom podporiť strategické opatrenia v oblasti

bezpečnosti pacientov na globálnej, regionálnej a národnej úrovni. Hlavná iniciatíva WHO sa týka rôznych oblastí práce v rámci organizácie a zameriava sa na prepojenia medzi bezpečnosťou pacientov a zložkami bezpečnosti zdravotnej starostlivosti v rôznych prvkoch zdravotníckych systémov a na prepojenia s programami zameranými na konkrétne ochorenia a klinickými programami, ktoré majú priamy vplyv na bezpečnosť pacientov.

Iniciatívou „A Decade of Patient Safety 2021-2030“ bude WHO poskytovať krajinám politické usmernenia a implementačné nástroje s cieľom zaistiť bezpečnejšiu zdravotnú starostlivosť v mieste jej poskytovania, eliminovať nebezpečné zdravotné postupy a zabezpečiť, aby bol zdravotnícky systém bezpečnejší pre všetkých pacientov. Iniciatíva kladie dôraz na spoluprácu, podporuje spoluprácu medzi štátmi, organizáciami a jednotlivcami na zlepšenie bezpečnosti pacientov; podporuje aktívnu úlohu pacientov a ich rodín v zlepšovaní bezpečnosti a kvality starostlivosti. Zameriava sa na prevenciu škôd, ktorým sa dá predísť. WHO používa monitorovací a vyhodnocovací mechanizmus na meranie pokroku v implementovaní globálneho akčného plánu. K strategickým cieľom tejto iniciatívy patrí politika nulového poškodenia pacientov; výskum; riadenie rizík; vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov; synergia, partnerstvo a solidarita (WHO, 2020; WHO, 2021a; WHO, 2021b; WHO, 2023).

Koncepčný rámec pre medzinárodnú klasifikáciu bezpečnosti pacientov

Koncepčný rámec pre medzinárodnú klasifikáciu bezpečnosti pacientov bol prijatý WHO v roku 2010; definuje a popisuje desať tried:

1. Typ incidentu
2. Výsledky liečby pacienta
3. Charakteristiky pacienta
4. Charakteristiky incidentu
5. Prispievajúce faktory/riziká
6. Organizačné výsledky
7. Detekcia
8. Zmierňujúce faktory
9. Zmierňujúce opatrenia
10. Opatrenia prijaté na zníženie rizika

Medzinárodná klasifikácia pre bezpečnosť pacientov (ICPS) ešte nie je úplnou klasifikáciou. Je to koncepčný rámec pre medzinárodnú klasifikáciu, ktorej cieľom je poskytnúť primerané pochopenie bezpečnosti pacientov a konceptov bezpečnosti. Každá trieda má hierarchicky usporiadané podtriedy. Z uvedeného dokumentu vyberáme základné definície, ktoré používame v monografii.

Bezpečnosť je zníženie rizika zbytočnej ujmy na prijateľné minimum.

Prijateľné minimum sa vzťahuje k súčasným vedomostiam, dostupným zdrojom a kontextu, v ktorom bola starostlivosť poskytnutá, hodnotené oproti riziku neliečenia alebo inej liečby.

Nebezpečenstvo je okolnosť, činiteľ alebo činnosť s potenciálom spôsobiť ujmu. Okolnosť je situácia alebo faktor, ktorý môže ovplyvniť udalosť, činiteľa alebo osobu/osoby. Udalosť je niečo, čo sa stane pacientovi alebo sa ho týka a činiteľ je látka, predmet alebo systém, ktorý pôsobí tak, že vyvoláva zmenu.

Bezpečnosť pacienta je zníženie rizika zbytočnej ujmy spojenej so zdravotnou starostlivosťou na prijateľné minimum.

Ujma spojená so zdravotnou starostlivosťou je ujma vyplývajúca z plánov alebo opatrení prijatých počas poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo s nimi spojená a nie základná choroba alebo zranenie.

Incident týkajúci sa bezpečnosti pacienta je udalosť alebo okolnosť, ktorá mohla viesť alebo viedla k zbytočnej ujme pacienta. Použitie slova „zbytočnej“ v tejto definícii uznáva, že v zdravotnej starostlivosti sa vyskytujú chyby, porušenia, zneužívanie pacienta a úmyselné nebezpečné činy.

Incidenty vznikajú buď z neúmyselných alebo úmyselných činov.

Chyby sú podľa definície neúmyselné, zatiaľ čo porušenia sú zvyčajne úmyselné, hoci zriedka zlomyselné a v určitých kontextoch sa môžu stať rutinnými a automatickými.

Chyba je nevykonanie plánovanej činnosti podľa zámeru alebo uplatnenie nesprávneho plánu. Chyby sa môžu prejaviť vykonaním nesprávnej veci alebo neurobením správnej veci (opomenutie), a to buď vo fáze plánovania alebo realizácie.

Porušenie je úmyselná odchýlka od postupu, štandardu alebo pravidla. Chyby aj porušenia zvyšujú riziko, aj keď k incidentu v skutočnosti nedôjde.

Riziko je pravdepodobnosť, že k incidentu dôjde (WHO, 2010).

Aktivita WHO „Bezpečnosť pacientov: Zvýšenie bezpečnosti zdravotnej starostlivosti“

Globálna potreba kvality starostlivosti a bezpečnosti pacientov sa prvýkrát diskutovala počas Svetového zdravotníckeho zhromaždenia v roku 2002 a rezolúcia WHA55.18 o kvalite starostlivosti a bezpečnosti pacientov na päťdesiatom piatom Svetovom zdravotníckom zhromaždení vyzvala členské štáty, aby venovali čo najväčšiu pozornosť bezpečnosti pacientov. Odvtedy vzniklo niekoľko medzinárodných iniciatív, ktoré upozornili tvorcov politik na dôležitosť bezpečnosti zdravotnej starostlivosti. Strategickými cieľmi Svetovej zdravotníckej organizácie v bezpečnosti zdravotnej starostlivosti je zabezpečiť globálne vedúce postavenie v oblasti bezpečnosti pacientov a využiť odborné znalosti a inovácie na zlepšenie bezpečnosti pacientov v zdravotníckych zariadeniach.

Aktivity WHO v oblasti bezpečnosti pacientov sa začali založením Svetovej aliancie pre bezpečnosť pacientov v roku 2004 (World Alliance for Patient Safety). Aliancia identifikuje globálne výzvy v oblasti bezpečnosti pacientov a venuje sa konkrétnym problémom, ktoré sú relevantné pre všetky členské štáty WHO. Aliancia podporuje výskum v oblasti bezpečnosti pacientov, vrátane globálnych štúdií o prevalencii nežiaducich účinkov; zameriava sa aj na zapájanie pacientov do bezpečnosti a podporuje vytváranie globálnych sietí pacientov a patientskych organizácií.

Oddelenie WHO pre bezpečnosť pacientov a riadenie rizík bola zriadené s cieľom koordinovať a šíriť opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov a riadenia rizík v zdravotnej starostlivosti s cieľom predchádzať ujme pacientov na celom svete. WHO má kľúčovú úlohu pri formovaní agendy bezpečnosti pacientov na celom svete tým, že poskytuje vedenie, stanovuje priority, zvoláva expertov, podporuje spoluprácu, vydáva usmernenia a monitoruje trendy. Aktivity WHO v oblasti bezpečnosti pacientov sa zameriavajú na stratégie a opatrenia vedúce k bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Globálne a regionálne rezolúcie WHO sa zameriavajú na kľúčové strategické oblasti: zapojenie pacientov a rodín do bezpečnejšej zdravotnej starostlivosti a monitorovanie opatrení v oblasti bezpečnosti pacientov (WHO, 2017a; WHO, 2023).

Bezpečnosť zdravotnej starostlivosti je v súčasnosti hlavným globálnym problémom. Služby, ktoré sú nebezpečné a nekvalitné, vedú k zhoršeniu zdravotného stavu pacientov alebo k poškodeniu zdravia, trvalým následkom, predĺženiu pobytu v zdravotníckych zariadeniach alebo k úmrtiu pacienta. Údaje z jednotlivých členských krajín ukazujú, že napr. v Spojených štátoch sú lekárske chyby treťou najčastejšou príčinou úmrtí; 27 %

tvoria incidenty súvisiace s chirurgickými zákrokmi; 18,3 % medikačné pochybenia a 12,2 % prípadov sú infekcie súvisiace so zdravotnou starostlivosťou. V Spojenom kráľovstve je každých 35 sekúnd hlásený jeden prípad poškodenia pacienta. Hoci sa systémy zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách líšia, majú podobné príčiny a často podobné riešenia pre bezpečnosť zdravotnej starostlivosti. K nebezpečnej starostlivosti o pacientov prispieva kombinácia mnohých nepriaznivých faktorov, ako je nedostatok personálu, nedostatok zdravotníckych pomôcok a základného vybavenia, nízka úroveň hygieny, slabá kultúra bezpečnosti, chybné procesy, nezaujem riadiacich pracovníkov zabezpečiť poskytovanie bezpečnej zdravotnej starostlivosti. Celosvetovo náklady spojené s chybami v liečbe predstavujú 42 miliárd USD ročne, čo predstavuje takmer 1 % celosvetových výdavkov na zdravotníctvo. Jeden z desiatich hospitalizovaných pacientov utrpí ujmu, pričom polovici z nich sa dalo predísť. V štúdiu WHO (2017a) o frekvencii a možnosti predísť nežiaducim udalostiam v 26 krajinách s nízkymi a strednými príjmami bola miera nežiaducich udalostí, ktorým sa dalo predísť 83 % a 30 % viedlo k úmrtiu. Odhaduje sa, že ročne sa na svete uskutoční 421 miliónov hospitalizácií a počas týchto hospitalizácií sa u pacientov vyskytne približne 42,7 milióna nežiaducich udalostí. Približne dve tretiny všetkých nežiaducich udalostí sa vyskytnú krajinách s nízkymi a strednými príjmami. Odhaduje sa, že náklady na škody spojené s úmrtím alebo trvalým postihnutím, ktoré vedú k strate produktivity postihnutých pacientov a rodín, dosahujú každý rok bilióny amerických dolárov. Okrem toho nemožno opomenúť psychické problémy pacientov a ich rodín zo straty blízkej osoby alebo súvisiace so zvládaním trvalého postihnutia. Štúdie WHO (2023) o priamych nákladoch na zdravotnú starostlivosť spojené s nekvalitnou a nebezpečnou starostlivosťou ukazujú, že následná hospitalizácia, náklady na súdne spory, infekcie získané v nemocniciach, strata príjmu, invalidita a náklady na zdravotnú starostlivosť stoja niektoré krajiny 6 až 29 miliárd USD ročne. Strata dôvery v systém, strata reputácie a dôveryhodnosti v zdravotníckej službe sú ďalšími formami kolaterálnych škôd spôsobených nebezpečnou zdravotnou starostlivosťou. 15 % výdavkov nemocníc v Európe možno pripísať úhrade bezpečnostných udalostí (WHO, 2017a; WHO, 2023).

Globálne ministerské summity o bezpečnosti pacientov

Od roku 2016 vlády Spojeného kráľovstva a Nemecka spoločne vedú iniciatívu v spolupráci s WHO na organizovanie každoročných globálnych ministerských summitov o bezpečnosti pacientov s cieľom snažiť sa o politický záväzok a vedenie pri

zaistení bezpečnosti pacientov na celom svete. Ministri zdravotníctva, delegáti, experti a zástupcovia medzinárodných organizácií sa stretávajú raz ročne, aby prediskutovali agendu na politickej úrovni. WHO sa zaviazala udržiavať a rozvíjať túto globálnu iniciatívu a spolupracovať s krajinami na vývoji systémov na zlepšenie bezpečnosti pacientov a riadenie rizík s cieľom predchádzať ujme pacientov (WHO, 2019).

Globálna platforma na zdieľanie znalostí o bezpečnosti pacientov (GKPS)

Systémom zdravotnej starostlivosti chýba systematický spôsob zdieľania poznatkov získaných z incidentov týkajúcich sa bezpečnosti pacientov, ako aj účinný prístup k šíreniu a uľahčovaniu implementácie osvedčených postupov v oblasti bezpečnosti pacientov. Webová platforma poskytuje priestor na zdieľanie poznatkov získaných zo systematickej analýzy incidentov a implementácie bezpečnostných postupov, so štruktúrovaným a udržateľným procesom na posilnenie prepojení medzi orgánmi, ktoré riadia systémy hlásenia, zdravotníckymi pracovníkmi, manažérmi a zástupcami pacientov. Platforma spája kľúčové zainteresované strany zapojené do systémov hlásenia a implementácie bezpečnostných postupov zdieľaním metód, nástrojov a skúseností manažérov a používateľov s cieľom urýchliť efektívne šírenie stratégií v oblasti bezpečnosti a kvality pacientov. WHO vyvíja GKPS spolu s Centrom pre riadenie klinických rizík a bezpečnosti pacientov vo Florencii, Spolupracujúcim centrom WHO pre ľudské faktory a komunikáciu pre poskytovanie bezpečnej a kvalitnej starostlivosti (WHO, 2017a).

Globálna výzva WHO pre bezpečnosť pacientov: Lieky bez ujmy

WHO iniciovala svoju tretiu „Globálnu výzvu pre bezpečnosť pacientov: Lieky bez ujmy“ s cieľom riešiť množstvo otázok súvisiacich s bezpečnosťou liekov, znížiť škody súvisiace s liekmi spôsobené nebezpečnými postupmi a chybami pri podávaní liekov o 50 % počas 5 rokov na celom svete. Výzva sa zameriava na zlepšenie bezpečnosti liekov posilnením systémov na zníženie chýb pri podávaní liekov a škôd súvisiacich s liekmi, ktorým sa dá predísť. Výzva bola spustená v marci 2017 počas druhého globálneho ministerského summitu o bezpečnosti pacientov v Bonne v Nemecku za prítomnosti globálnych lídrov v oblasti zdravotníctva a tvorcov politík. WHO iniciovala rozsiahly medzinárodný výskum v oblasti bezpečnosti liekov; vypracováva stratégie, usmernenia, plány a nástroje pre bezpečné postupy pri podávaní liekov. Celosvetovo sa náklady spojené s chybami pri podávaní liekov odhadujú na 42 miliárd USD ročne. Chyby sa

môžu vyskytnúť v rôznych fázach: príprave, podávaní, užívaní liekov (WHO, 2017b; WHO, 2017c; WHO, 2021b).

Učebné osnovy WHO pre bezpečnosť pacientov

Sprievodca učebnými osnovami WHO pre bezpečnosť pacientov z roku 2011 „WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition“ definuje kľúčové koncepty bezpečnosti pacientov. Moderná spoločnosť vyžaduje bezpečnú a kvalitnú starostlivosť poskytovanú v kultúre bezpečnosti. Nežiaduce udalosti v zdravotníctve nenastanú preto, že zdravotníci chcú pacientom úmyselne škodiť, ale z dôvodu zložitosti zdravotníckych systémov. Bezpečnosť pacientov je problémom štátnych aj súkromných zdravotníckych zariadení; pacienti sú ohrozovaní nesprávnym používaním technológií, nedostatočnou komunikáciou, nevyhovujúcim stavom infraštruktúry zariadenia, demotivovaným personálom, nedostatočnou kontrolou infekcií a mnohými ďalšími dôvodmi, resp. kombináciou nepriaznivých faktorov. A práve identifikovanie týchto faktorov, ktoré spôsobujú nežiaduce udalosti v zdravotníctve, je zásadné pre aplikáciu zmien, ktorými im možno predchádzať.

V literárnych zdrojoch z roku 2000 sa stretávame s pojmom „kultúra viny“. Bol to spôsob akým sme tradične v zdravotníctve riešili chyby - obviňiť zdravotníckeho pracovníka a disciplinárne ho potrestať. V kultúre bezpečnosti a spravodlivosti zdravotnícky pracovník prijme profesionálnu zodpovednosť za svoje činy ako súčasť odbornej prípravy a etického správania. Bezpečnosť zdravotnej starostlivosti závisí nielen od vedomostí, zručností a správania zdravotníckych pracovníkov, ale aj od ich vzájomnej spolupráce a komunikácii. (WHO, 2011).

Medzinárodné ciele bezpečnosti pacientov na rok 2025

Spoločná komisia vydala pre rok 2025 šesť medzinárodných cieľov bezpečnosti pacientov (obr. 5):

1. Správna identifikácia pacientov
2. Zlepšiť efektivitu komunikáciu
3. Zlepšiť bezpečnosť liekov
4. Bezpečnosť chirurgických zákrokov
5. Znížiť riziko infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou
6. Znížiť ujmu pacientov v dôsledku pádov

Tieto ciele sú navrhnuté tak, aby riešili bežné a predvídateľné bezpečnostné riziká. Kvalita starostlivosti a bezpečnosť pacientov sú základnými hodnotami akreditačného procesu Spoločnej komisie. Ide o záväzok, ktorý Spoločná komisia prijala voči pacientom, rodinám, zdravotníckym pracovníkom, zamestnancom a zdravotníckym organizáciám. Medzinárodné ciele v oblasti bezpečnosti pacientov predstavujú významný míľnik v prebiehajúcom úsilí o dosiahnutie excelentnosti v zdravotnej starostlivosti na globálnej úrovni. Ciele ponúkajú súbor štruktúrovaných usmernení a kritérií, ktoré slúžia ako referencia pre zdravotníckych pracovníkov a zdravotnícke inštitúcie na celom svete. Účel týchto cieľov presahuje samotné zníženie nežiaducich udalostí; sú navrhnuté tak, aby podporovali holistický a integrovaný prístup, ktorý pozdvihuje kvalitu zdravotnej starostlivosti na úroveň univerzálnej excelentnosti. Implementácia týchto medzinárodných cieľov je kľúčová pre riešenie rôznorodých a zložitých otázok, ktoré ovplyvňujú bezpečnosť pacientov. Patrí sem okrem iného zlepšenie komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi, bezpečné používanie liekov, prevencia infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou a zníženie chirurgických chýb. Tieto ciele sa tiež zaoberajú potrebou posilniť systémy zdravotnej starostlivosti, aby sa mohli vyrovnáť s núdzovými situáciami a krízami, ako sú pandémie, a zabezpečiť, aby sa štandardy bezpečnosti pacientov dodržiavali aj za mimoriadnych okolností (The Joint Commission, 2025; The Joint Commission, 2024).


Obrázok 5 Medzinárodné ciele bezpečnosti pacientov na rok 2025

Infografika obr. 5 je prevzatá z originálneho anglického zdroja The Joint Commission (2025), preto ho uvádzame v pôvodnej podobe a ciele sú vysvetlené v texte pod obrázkom.


International Patient Safety Goals (IPSGs)

The Targeted Solutions Tool® (TST®) can help JCI-accredited organizations meet IPSG requirements.

GOAL 1 Identify Patients Correctly




Hand-Off Communications
TST



GOAL 2 Improve Effective Communication

GOAL 3 Improve the Safety of High-Alert Medications




Safe Surgery
TST




GOAL 4 Ensure Safe Surgery

GOAL 5 Reduce the Risk of Health Care-Associated Infections




Hand Hygiene
TST

Preventing Falls
TST



GOAL 6 Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls

International Patient Safety Goals vary by setting. Targeted Solutions Tools are not applicable for every IPSG. Visit jointcommissioninternational.org for details.



Joint Commission International® (JCI) is a division of Joint Commission Resources, Inc.®, a wholly controlled not-for-profit affiliate of The Joint Commission. JCI provides leadership in international health care accreditation and quality improvement.

JCI-IPSGN6517

Zdroj: The Joint Commission, 2025

Ciel' 1 Správna identifikácia pacientov

Účelom tohto cieľa je spoľahlivo identifikovať jednotlivca ako osobu, pre ktorú je starostlivosť alebo liečba určená. Presná identifikácia pacienta je základom pre predchádzanie nežiadúcim udalostiam. Na identifikáciu pacientov sa odporúča použiť aspoň dva identifikátory: meno a dátum narodenia. Zámena pacientov môže mať katastrofálne následky, preto je presná identifikácia pacientov nevyhnutná na zabezpečenie toho, aby sa liečba a starostlivosť poskytl správnej osobe, v správnom čase a správnym spôsobom. Účinné postupy identifikácie pacientov musia byť súčasťou každodenných rutinných postupov a kultúry bezpečnosti, kde sa overenie totožnosti pacienta považuje za kritický a nespochybniteľný krok vo všetkých postupoch.

Zdravotníckí pracovníci musia absolvovať pravidelné školenia a prísne dodržiavať identifikačné protokoly. Ďalším dôležitým aspektom je zapojenie pacienta a jeho rodiny do procesu identifikácie. Pacientov by mali zdravotníckí pracovníci povzbudzovať, aby sa aktívne podieľali na svojej vlastnej starostlivosti a ozvali sa, keď si všimnú potenciálne chyby. Tento kolaboratívny prístup zvyšuje bezpečnosť a posilňuje vzťah dôvery medzi pacientmi a zdravotníckymi pracovníkmi.

Implementačné stratégie cieľa 1:

- použitie minimálne dvoch jedinečných identifikátorov (meno a dátum narodenia);
- pravidelné overovanie totožnosti pacienta vo všetkých fázach starostlivosti;
- identifikačné náramkové systémy.

Cieľ 2 Zlepšiť efektivitu komunikácie

Efektívna komunikácia medzi zdravotníckymi pracovníkmi je kritickou a často podceňovanou súčasťou poskytovania bezpečnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Chyby v komunikácii sú jednou z hlavných príčin chýb, ktoré môžu viesť k nedostatočnej liečbe, nesprávnemu podávaniu liekov a v extrémnych prípadoch k fatálnym následkom. Jasná, presná a včasná komunikácia je preto nevyhnutná pre prenos kritických informácií a zabezpečuje, aby boli všetci zapojení do procesu starostlivosti zosúladení a informovaní. V kontexte medzinárodných cieľov v oblasti bezpečnosti pacientov je prioritou zlepšenie komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi. To zahŕňa prijatie štandardizovaných komunikačných postupov, ako sú protokoly odovzdávania pacientov, používanie chirurgických kontrolných zoznamov a implementáciu systémov elektronických zdravotných záznamov, ktoré umožňujú bezpečné a efektívne zdieľanie informácií o pacientoch. Komunikácia s pacientmi a ich rodinami je tiež dôležitým aspektom bezpečnosti pacientov. Zahŕňa to poskytovanie jasných a zrozumiteľných informácií o diagnózach, liečebných plánoch a liekoch, ako aj povzbudzovanie pacientov k aktívnej účasti na vlastnej starostlivosti. Zapojenie pacientov ako partnerov do procesu zdravotnej starostlivosti zlepšuje porozumenie, dodržiavanie liečby a v konečnom dôsledku aj výsledky liečby pacientov. Nedostatočná komunikácia medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prispieva k vzniku chýb a nežiaducich udalostí. Včasná, jasná a presná komunikácia, najmä počas odovzdávania pacientov, je nevyhnutná pre bezpečnosť a kontinuitu starostlivosti. Cieľ zdôrazňuje dôležitosť efektívnej komunikácie pri ústnom oznamovaní pokynov na starostlivosť o pacienta, hlásení kritických diagnostických výsledkov a počas odovzdávania starostlivosti o pacienta. Zabezpečenie

presného oznamovania údajov o pacientovi a ich pochopenia príjemcom je kľúčové pre zníženie chýb a zlepšenie bezpečnosti pacientov. Na podporu tohto cieľa sa odporúča, aby sa ústne a telefonické pokyny po prijatí zapísali a prečítali osobe, ktorá informácie poskytuje. Nemocnica by mala mať konzistentný a úplný proces odovzdávania pacientov v rámci nemocnice.

Implementačné stratégie pre bezpečnosť efektívnej komunikácie:

- implementácia štandardizovaných komunikačných protokolov;
- používanie elektronických systémov na záznamy a prenos informácií;
- pravidelné školenia zdravotníckych pracovníkov v efektívnej komunikácii.

Cieľ 3 Zlepšiť bezpečnosť liekov

Medikačné pochybenia predstavujú jeden z najvýznamnejších a najpretrvávajúcich problémov v zdravotníctve na celom svete. Tieto chyby, ku ktorým môže dôjsť v rôznych fázach procesu podávania liekov od predpisovania, cez výdaj až po podávanie, môžu spôsobiť pacientom vážne poškodenie zdravia, počnúc nežiaducimi reakciami, komplikáciami pri liečbe a v extrémnych prípadoch aj život ohrozujúceho rizika. Preto je zaistenie bezpečnosti pri predpisovaní a podávaní liekov kľúčovým cieľom v rámci medzinárodných cieľov bezpečnosti pacientov. Na riešenie tohto problému je nevyhnutné komplexné pochopenie rôznych faktorov, ktoré prispievajú k chybám v liečbe: zložitosť liečebných režimov, najmä u pacientov s viacerými zdravotnými problémami; nedostatok jasnej komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi; zmätok vyplývajúci z podobných názvov liekov a ich balenia; nedostatočné systémy predpisovania a výdaja liekov.

Jednou z kľúčových stratégií na zlepšenie bezpečnosti liekov je implementácia elektronických systémov predpisovania liekov. Tieto systémy môžu výrazne znížiť počet chýb elimináciou manuálneho predpisovania, ktoré je náchylné na chyby v čitateľnosti a interpretácii. Okrem toho ponúkajú výhodu integrácie upozornení a automatických kontrol, ktoré dokážu identifikovať potenciálne liekové interakcie, alergie a iné riziká.

Lieky s vyšším rizikom poškodenia vyžadujú prísne protokoly pre predpisovanie, výdaj, podávanie a skladovanie. Všetky lieky môžu byť nebezpečné, ak sa používajú nesprávne, ale lieky s vyšším rizikom môžu spôsobiť ujmu, ktorá bude pravdepodobne závažnejšia, ak sa podajú omylom. Na podporu zníženia počtu incidentov súvisiacich s liekmi by nemocnice mali viesť zoznam liekov, ktoré považujú za rizikové a zabezpečiť, aby personál vedel, čo sa na zozname nachádza. Nemocnica musí mať tiež zavedený

proces na minimalizáciu nejasností ohľadom liekov, ktoré vyzerajú podobne. Predchádzanie chybám pri podávaní liekov sa neobmedzuje len na bezpečné predpisovanie; zahŕňa súbor postupov, ktoré zabezpečujú správne skladovanie, správnu prípravu a presné podávanie liekov. Prvým kľúčovým aspektom je skladovanie liekov. Lieky musia byť skladované za vhodných podmienok, ktoré zachovávajú ich účinnosť a bezpečnosť: kontrola teploty, vlhkosti a svetla, ako aj zabezpečenie jasného označenia a oddelenia liekov, aby sa predišlo zámene. Vo fáze prípravy liekov je nevyhnutná presnosť a pozornosť k detailom. Zdravotnícki pracovníci musia prísne dodržiavať protokoly pre dávkovanie, riedenie a prípravu liekov. Pokiaľ ide o podávanie liekov, dodržiavanie postupov overovania bezpečnosti je nevyhnutné. To zahŕňa potvrdenie totožnosti pacienta, overenie správneho lieku, vhodného dávkovania, spôsobu podávania a správneho času podania.

Bezpečnostné stratégie cieľa 3:

- štandardizácia procesov predpisovania liekov;
- používanie systémov na podporu klinického rozhodovania;
- preskúmanie a dvojité kontrola receptov;
- neustále školenia o protokoloch podávania liekov;
- monitorovanie a pravidelné prehodnocovanie postupov podávania liekov;
- výstražné systémy pre liekové interakcie a alergie.

Cieľ 4 Bezpečnosť chirurgických zákrokov

Cieľ je zameraný na zabezpečenie správneho pacienta, miesta a postupu počas operácie. Pacient je správne identifikovaný, miesto operácie je presne označené a lateralita je potvrdená. Chirurgický zákrok na nesprávnom mieste, použitie nesprávneho postupu alebo operácia nesprávneho pacienta sú udalosti, ktoré môžu nastať v dôsledku neefektívnej komunikácie, nedostatočných procesov a nedostatočnej účasti pacienta na označovaní miesta. Aby sa minimalizoval výskyt týchto nežiaducich udalostí, nemocnice by mali používať viacero stratégií pri identifikácii správneho pacienta, správneho postupu a správneho miesta

Implementačné stratégie cieľa 4:

- chirurgické protokoly bezpečnosti;
- vzájomná komunikácia a kontrola medzi členmi operačného tímu;
- validácia zákroku, strany, orgánu pacientom v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Cieľ 5 Znížiť riziko infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou

Zložitosť problému nemocničných infekcií si vyžaduje mnohostranný a koordinovaný prístup. Je nevyhnutné zaviesť a prísne dodržiavať protokoly kontroly infekcií, ktoré zahŕňajú opatrenia ako hygiena rúk, správne používanie osobných ochranných prostriedkov, čistenie a dezinfekcia prostredia a zariadení, prísne sterilizačné postupy. Prevencia infekcií súvisí aj s údržbou zdravotníckych zariadení: zabezpečenie primeraných vetracích systémov, priestorov navrhnutých tak, aby sa minimalizovalo riziko krížovej kontaminácie a dostupnosť primeraných zdrojov na udržanie čistého a bezpečného prostredia. Rozumné používanie antibiotík je tiež kľúčové pre prevenciu nozokomiálnych infekcií. Nadmerné alebo nevhodné predpisovanie antibiotík môže viesť k rozvoju bakteriálnej rezistencie, čo sťažuje liečbu infekcií. Preto je nevyhnutné prijať racionálne postupy antibiotickej liečby založené na aktualizovaných klinických usmerneniach a sledovaní vzorcov rezistencie. Účinné postupy prevencie a kontroly infekcií sú kľúčové pre zníženie šírenia infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou.

Implementačné stratégie cieľa 5:

- prísne dodržiavanie hygienických a aseptických postupov;
- správne používanie osobných ochranných prostriedkov;
- monitorovanie a prevencia infekcií v kritických oblastiach, ako sú jednotky intenzívnej starostlivosti.

Cieľ 6 Znížiť ujmu pacientov v dôsledku pádov

Pády sú príčinou mnohých zranení pacientov a môžu sa vyskytnúť v ústavnej aj ambulantnej starostlivosti. Prevencia pádov a zranení pacientov je kľúčovou oblasťou záujmu v rámci medzinárodných cieľov v oblasti bezpečnosti pacientov, keďže pacienti, najmä tí zraniteľnejší, ako sú starší ľudia, deti alebo osoby so špecifickými zdravotnými problémami, čelia v zdravotníckych zariadeniach významnému riziku pádov a zranení. Pravidelné hodnotenia rizika pádov by sa mali vykonávať u všetkých pacientov prijatých do zdravotníckych zariadení. Tieto hodnotenia zohľadňujú faktory ako vek, zdravotný stav, mobilita, užívanie liekov, ktoré môžu ovplyvniť rovnováhu a kognitívne funkcie a anamnéza predchádzajúcich pádov. Údržba bezpečného prostredia je nevyhnutná na predchádzanie pádom. Patrí sem zabezpečenie dobrého osvetlenia, protišmykových podláh, zníženie prekážok a bariér, zábradlia a podpery na strategických miestach a dostupnosť pomôcok na podporu mobility, ako sú chodítka a invalidné vozíky; účelné usporiadanie nábytku a vybavenia tak, aby sa uľahčil bezpečný pohyb pacientov.

Vzdelávanie a školenie zdravotníckych pracovníkov sú kľúčovými zložkami prevencie pádov. Zapojenie pacienta a rodiny do prevencie pádov je tiež zásadné. Okrem toho je dôležité prehodnotenie a úprava liekov, pretože niektoré lieky môžu zvýšiť riziko pádov v dôsledku účinkov, ako sú závraty alebo ospalosť. Zvážiť prínosy a riziká liečby, najmä u starších pacientov alebo pacientov s viacerými zdravotnými problémami. Všetci pacienti sú posudzovaní z hľadiska rizika pádu na základe špecifických kritérií. Pre zaistenie bezpečnosti povzbudzujeme pacientov, aby si vždy, keď je to potrebné, vyžiadali pomoc a bola im poskytnutá primeraná podpora. Nemocnice by mali mať zavedený proces na posudzovanie rizika pádov u pacientov a zavádzať opatrenia na zníženie rizika pádov u pacientov.

Implementačné stratégie cieľa 6:

- hodnotenie rizika pádu;
- prispôbenie prostredia na zaistenie bezpečnosti,
- edukácia pacientov a rodín o prevencii pádov (The Joint Commission, 2025).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ICN. (2025a). Patient safety. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>
- ICN. (2025b). Vyhlásenie ICN o bezpečnosti pacientov. [online]. [Citované 25.06.2025].
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/DO5_Patient_Safety_o.pdf
- ICN Congress 2025 Helsinki. (2025c). [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.icn.ch/events/icn-congress-2025-helsinki>
- The Joint Commission. (2025). International patient safety goals. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- The Joint Commission. (2024). International Standards for Hospitals, 8th Edition. 460p. <https://www.jointcommission.org/standards/patient-safety-systems-ps-chapter/>
- WHO. (2010). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. 154p. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
- WHO (2011). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva : WHO. 274p.
- WHO. (2017a) *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization; 2017. 20p. Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.
- WHO. (2017b). Medication Without Harm. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- WHO. (2017c). The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.who.int/publications/i/item/BLT.17.198002>
- WHO. (2019). *Global action on patient safety*. WHA72.6.. 5pp.
- WHO. (2021a). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. 86p. ISBN 978-92-4-003270-5. (electronic version)
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- WHO. (2021b). *Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva : Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 108p. ISBN 978-92-4-003270-5. ISBN 978-92-4-003271-2 (print version).
- WHO. (2023). *Patient safety*. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

3 KULTÚRA BEZPEČNOSTI A SPRAVODLIVOSTI

Ciele kapitoly:

1. Charakterizovať kultúru bezpečnosti
2. Charakterizovať kultúru spravodlivosti
3. Opísať hodnotenie kultúry bezpečnosti

Kultúra bezpečnosti je vysoko dynamický a viacrozmerný koncept. Je ovplyvnená širokou škálou individuálnych, skupinových, osobných, profesionálnych, organizačných, etických a sociálnych faktorov (Wagner et al., 2019). Vytvorenie kultúry bezpečnosti v zdravotníctve je nevyhnutné pre ochranu pacientov a zdravotníckych pracovníkov. Zdravotnícke zariadenie je hektickým prostredím, v ktorom zdravotnícki pracovníci neustále robia dôležité rozhodnutia, ale aj chyby, ktoré môžu mať vážne následky pre pacientov, sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Budovanie kultúry, ktorá uprednostňuje bezpečnosť, pomáha predchádzať chybám, podporuje tímovú prácu a vedie k vyššej kvalite starostlivosti (Peaceful Leaders Academy, 2024). Kultúra bezpečnosti *„je súbor hodnôt, vnímania a postojov, ktoré sa uplatňujú v zdravotníckom zariadení s cieľom zaistiť, aby bola bezpečnosť pacientov najvyššou prioritou“* (Hardy, Paramarta, 2025). Určuje záväzok všetkých zdravotníckych pracovníkov v prevencii, odhaľovaní a riadení rizík, ktoré by mohli pacientom ublížiť. Zdravotnícke zariadenia, ktoré implementujú kultúru bezpečnosti, budú mať systém, ktorý umožňuje transparentné hlásenie incidentov bez strachu z trestu. Tak je možné chyby a nežiaduce udalosti včas identifikovať, analyzovať a zabrániť ich opakovaniu v budúcnosti. Kultúra bezpečnosti nielen zlepšuje kvalitu starostlivosti, ale aj buduje dôveru verejnosti v systém zdravotnej starostlivosti. Jedným z významných aspektov kultúry bezpečnosti je otvorenosť pri hlásení incidentov a chýb. V prostredí so silnou kultúrou bezpečnosti sú zdravotnícki pracovníci povzbudzovaní k hláseniu akýchkoľvek rizikových udalostí bez strachu zo sankcií alebo negatívnej stigmy. Zavedenie kultúry bezpečnosti vyžaduje aj jasné štandardizované postupy, ktoré dodržiavajú všetci zdravotnícki pracovníci. S jasnými usmerneniami môžu zdravotnícki pracovníci pracovať štruktúrovanejším spôsobom a znížiť možnosť chýb, ktoré by mohli pacientom ublížiť. Okrem toho je nevyhnutné aj pravidelné školenie zdravotníckych pracovníkov, aby boli informovaní

o najnovšom vývoji v oblasti bezpečnosti pacientov. Pozitívna kultúra bezpečnosti, kde sa všetky bezpečnostné postupy a protokoly dodržiavajú, poskytuje pacientom pocit bezpečia a zvyšuje ich dôveru v zdravotnícky systém (Hardy, Paramarta, 2025).

Budovanie silnej kultúry bezpečnosti je významným prvkom zlepšovania bezpečnosti pacientov, a preto by malo byť prioritou pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Kultúra bezpečnosti je definovaná ako „*zdieľanie hodnôt a presvedčení, otvorenej komunikácie a poučenia sa z chýb*“ (Marsden, 2024). Vytvorenie kultúry bezpečnosti pomáha pri zvyšovaní spokojnosti pacientov, efektívnejšej komunikácii, dodržiavaní predpisov a noriem. Pozitívna kultúra bezpečnosti je neoddeliteľne spojená aj s bezpečnosťou zamestnancov. Keď sa zamestnanci cítia bezpečne a podporovaní, je pravdepodobnejšie, že budú poskytovať vysokokvalitnú starostlivosť. Zameranie sa na bezpečnosť zamestnancov ako základ kultúry bezpečnosti pomáha rozvíjať otvorenú komunikáciu, v ktorej sa zamestnanci cítia bezpečne, hovoria o svojich obavách a nahlasujú chyby. Vedúci pracovníci musia aktívne presadzovať bezpečnosť pacientov ako najvyššiu prioritu, aby sa bezpečnosť pacientov stala základnou hodnotou pre každého v organizácii. Otvorená komunikácia a tímová práca sú ďalšími dôležitými atribútmi bezpečnosti. Zlyhanie v komunikácii je bežnou príčinou pri vyšetrovaní incidentov, pochybení, nežiadúcich udalostí. Vypracovaním a implementáciou jasných, štandardizovaných protokolov pre všetky aspekty starostlivosti o pacientov je možné minimalizovať riziko chýb. Pretrvávajúci záväzok k bezpečnosti pacientov si vyžaduje identifikáciu potenciálnych bezpečnostných rizík, aby bolo možné implementovať stratégie na ich zmiernenie. Je dôležité pravidelne kontrolovať a aktualizovať postupy tak, aby odrážali osvedčené postupy a riešili identifikované riziká (Marsden, 2024).

Mitchell (2008) uvádza, že kultúra bezpečnosti je „*produkt individuálnych a skupinových hodnôt, postojov, kompetencií a vzorcov správania, ktoré určujú záväzok k programom bezpečnosti v organizácii*.“ Čím vyššia je úroveň kultúry bezpečnosti, tým bezpečnejšia a kvalitnejšia je poskytovaná starostlivosť. Zo štúdie Mitchell (2008) vyplynulo, že nemocničný personál chápe dôležitosť bezpečnosti vo svojej práci a svoju úlohu v bezpečnosti pacientov a posudzuje bezpečnosť pacientov podľa svojho vnímania bezpečnosti na pracovisku a záväzku vedenia. Prechod na kultúru bezpečnosti si vyžaduje silné a angažované vedenie zo strany manažérov, správnych rád nemocníc a zamestnancov. Ak je kultúra založená na utajovaní, defenzívnom správaní a

neprimeranom rešpektovaní autorít, predstavuje hrozbu pre bezpečnosť pacientov a nekvalitnú starostlivosť.

Implementácia kultúry bezpečnosti vyžaduje, aby vedenie zdravotníckych zariadení a zamestnanci rozumeli organizačným hodnotám, presvedčeniam a normám, aké postoje a správanie sa očakávajú. *„Kultúra bezpečnosti zdravotníckej organizácie je produktom individuálnych a skupinových hodnôt, postojov, vnímania, kompetencií a vzorcov správania, ktoré určujú záväzok k riadeniu zdravia a bezpečnosti v organizácii, ako aj štýl a odbornosť tohto riadenia“* (Sorra et al., 2018). Organizácie s pozitívnou kultúrou bezpečnosti sa vyznačujú komunikáciou založenou na vzájomnej dôvere, zdieľaným vnímaním dôležitosti bezpečnosti a dôverou v účinnosť preventívnych opatrení.

Agency for Healthcare Research and Quality (2024) definuje kultúru bezpečnosti ako *„mieru, do akej kultúra organizácie podporuje a propaguje bezpečnosť pacientov. Vztahuje sa na hodnoty, presvedčenia a normy, ktoré zdieľajú zdravotnícki pracovníci a ďalší zamestnanci v celej organizácii a ktoré ovplyvňujú ich konanie a správanie“*. Kultúru bezpečnosti Wagner et al. (2019) chápu ako *„spoločné hodnoty, postoje, normy, presvedčenia, postupy, politiky a správanie týkajúce sa bezpečnostných otázok v každodennej praxi“*. Kultúru bezpečnosti opisujú ako produkt individuálnych a skupinových hodnôt, postojov, vnímania, kompetencií a vzorcov správania, ktoré určujú záväzok k riadeniu bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v organizácii, ako aj štýl a odbornosť tohto riadenia. Vyznačuje sa spoločnými vzorcami správania týkajúcich sa viacerých podtém: komunikácia, tímová práca, spokojnosť s prácou, manažment, pracovné podmienky, meranie výsledkov. Alabdullah, Karwowski (2024) uvádzajú, že kultúra bezpečnosti je *„kolektívny výsledok osobných a tímových presvedčení, pocitov, názorov, zručností a behaviorálnych tendencií, ktoré formujú úroveň odhodlania, ako aj spôsob a účinnosť riadenia bezpečnosti a zdravia organizácie“*. Noor Arzahan, Ismail, Munira Yasin (2022) rozlišujú pojmy „kultúra bezpečnosti“ a „bezpečnostná klíma“, ktoré sa v literatúre často používajú na označenie politik organizácie a postojov jej zamestnancov k bezpečnostným otázkam. Kultúra bezpečnosti sa označuje ako *„výsledok presvedčení, postojov, kompetencií a vzorcov správania jednotlivcov a skupín. Defínuje záväzok k riadeniu bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v organizácii, ako aj štýl a efektívnosť tohto riadenia.“* Bezpečnostná klíma znamená ako ľudia v danej organizácii vnímajú bezpečnosť vo svojom pracovnom prostredí, ako jednotlivci vnímajú pravidlá, postupy a praktiky bezpečnosti na pracovisku. Rozdiel

medzi kultúrou bezpečnosti a bezpečnostnou klímou spočíva v tom, že kultúra bezpečnosti sa vzťahuje na súbor hodnôt organizácie. Naproti tomu bezpečnostná klíma sa vzťahuje na vplyv environmentálnych a organizačných faktorov na tieto hodnoty. Cieľom kultúry bezpečnosti je vytvoriť prostredie, v ktorom sú si zamestnanci vedomí nebezpečenstiev, prevencie chýb a nehôd. Kultúra bezpečnosti podľa Ernstmeyer, Christman (2021) odráža správanie, presvedčenia a hodnoty v rámci všetkých úrovní organizácie a naprieč nimi, ktoré sa týkajú bezpečnosti a klinickej excelentnosti so zameraním na ľudí. Tri zložky kultúry bezpečnosti sú (obr. 6):

Kultúra spravodlivosti: Kultúra, v ktorej sa zamestnanci neboja nahlasovať chyby a nežiaduce udalosti; nebudú trestaní, ale poučia sa z chýb.

Kultúra hlásenia: Zamestnanci sú povzbudzovaní, aby sa zasadzovali za bezpečnosť pacientov hlásením chýb a nežiaducich udalostí.

Kultúra učenia sa: Zamestnanci otvorene zdieľajú údaje a informácie o chybách a nežiaducich udalostiach, využívajú ich na zlepšenie pracovných procesov, učia sa z chýb.

Obrázok 6 Zložky kultúry bezpečnosti



Zdroj: autorky, 2025

Aj Hughes (2008) definuje kultúru bezpečnosti podobne ako vyššie uvedení autori. „Kultúra bezpečnosti sú individuálne a skupinové hodnoty, postoje, kompetencie a vzorce správania, ktoré určujú záväzok k programom bezpečnosti a ochrany zdravia v organizácii“. Čím vyššia je kultúra bezpečnosti, tým bezpečnejšia a kvalitnejšia je starostlivosť.

Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová (2017) charakterizujú kultúru bezpečnosti ako „správanie sa jednotlivca a kolektívu založené na neustálom úsilí minimalizovať poškodenie pacienta, ku ktorému by mohlo prísť v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti“. Základom kultúry bezpečnosti je kultúra spravodlivosti spájaná s profesionálnou zodpovednosťou.

Kultúra bezpečnosti pacienta je komplexným rámcom, ktorý zahŕňa niekoľko komponentov: vedenie, tímovú spoluprácu, prax založenú na dôkazoch, komunikáciu, vzdelávanie, spravodlivosť a na pacienta orientovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Pochopenie komponentov kultúry bezpečnosti, ich vplyvu na bezpečnosť pacientov a pravidelne vyhodnocovanie ma zásadný význam pre zdravotnícke zariadenia pri vytváraní stratégie podporujúcich kultúru zaväzujúcu sa poskytovať čo najbezpečnejšiu starostlivosť o pacientov. Podľa autorského kolektívu Lee et al. (2016) kultúra bezpečnosti pozostáva zo zdieľaných noriem, hodnôt, vzorcov správania, rituálov a tradícií, ktoré usmerňujú správanie zdravotníckych pracovníkov. Kultúra bezpečnosti má spájať profesionálnu zodpovednosť s vytvorením takého prostredia, v ktorom je možné nahlasovať chyby, omyly a nežiaduce udalosti vzniknuté pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, pričom cieľom je učiť sa z vlastných chýb (Dankulincová et al., 2023). Dôležitou súčasťou kultúry bezpečnosti je atmosféra bez obviňovania, riadenie rizík, ktoré pozostáva z identifikácie, posudzovania a klasifikácie rizík, plánovania nápravných opatrení a hodnotenia ich účinnosti. Učenie sa z bezpečnostných incidentov podporuje pochopenie systémových rizík (The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022–2026).

Henriksen, Battles, Keyes et al. (2008) uvádzajú tri základné charakteristiky kultúry bezpečnosti: zmysel pre individuálnu a inštitucionálnu zodpovednosť za bezpečnosť, dôraz na spravodlivosť a transparentnosť, spolupráca a tímová práca založená na vzájomnom rešpekte.

Kultúru bezpečnosti podľa WHO (2011) charakterizujú atribúty:

1. Prostredie, v ktorom všetci zdravotnícki pracovníci prijímajú zodpovednosť za svoju bezpečnosť, svojich spolupracovníkov, pacientov a ich rodinných príslušníkov.

2. Uprednostňovanie bezpečnosti pred finančnými alebo prevádzkovými cieľmi.
3. Poučenie sa z chýb.

Kultúra bezpečnosti ako ju definuje Európska spoločnosť pre kvalitu v zdravotnej starostlivosti, *„je vzorec individuálneho a organizačného správania, založený na spoločných presvedčeniach a hodnotách, ktorý sa neustále snaží minimalizovať ujmu pre pacienta, ktorá môže vyplývať z procesu poskytovania starostlivosti“* (Dankulincová et al., 2023). Úloha kultúry bezpečnosti sa pri zvyšovaní bezpečnosti pacientov a zdravotníckych pracovníkov stáva čoraz významnejšou. Okrem bezpečnosti pacientov kultúra ovplyvňuje aj pohodu a produktivitu pracovníkov. V zdravotníctve je kultúra bezpečnosti kľúčovou súčasťou zdravého pracovného prostredia, ktoré umožňuje zamestnancom konzistentne poskytovať vysokokvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť.

Kultúra bezpečnosti je prioritná téma aj pre krajiny OECD. Od roku 2005 OECD zhromažďuje množstvo ukazovateľov bezpečnosti pacientov na medzinárodné porovnanie z nemocničného sektora a sektora ambulantnej starostlivosti. Okrem podávania správ OECD realizovala sériu projektov o ekonomike bezpečnosti pacientov, v ktorých posúdila ekonomický dopad udalostí týkajúcich sa bezpečnosti pacientov v nemocničnej starostlivosti, ambulantnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti. Odhaduje sa, že ujma spôsobená pacientom v krajinách OECD predstavuje 15 % celkových výdavkov nemocníc, čo je značná záťaž pre systémy zdravotnej starostlivosti. Zistenia z medzinárodného benchmarkingu kultúry bezpečnosti potvrdili, že personálne zabezpečenie, najmä dostatok sestier, je kľúčovým aspektom bezpečnosti pacientov. Zvýšenie pracovnej záťaže sestry o jedného pacienta zvýšilo pravdepodobnosť úmrtia hospitalizovaného pacienta do 30 dní od prijatia o 7 % (De Bienassis, Klazinga, 2022).

Spoločná akreditačná komisia vo svojich štandardoch uvádza, že kultúra bezpečnosti je *„produktom individuálnych a skupinových presvedčení, hodnôt, postojov, vnímania, kompetencií a vzorcov správania, ktoré určujú záväzok organizácie ku kvalite a bezpečnosti pacientov“*. Organizácie, ktoré majú silnú kultúru bezpečnosti, sa vyznačujú komunikáciou založenou na vzájomnej dôvere, zdieľaným vnímaním dôležitosti bezpečnosti a dôverou v účinnosť preventívnych opatrení. Základné charakteristiky kultúry bezpečnosti podľa Spoločnej komisie:

1. Zamestnanci a vedúci pracovníci si cenia transparentnosť, zodpovednosť a vzájomný rešpekt.

2. Bezpečnosť je prioritou každého.
3. Zamestnanci, ktorí nepopierajú ani nezakrývajú chyby, ale skôr chcú nahlásiť chyby, aby sa z chýb poučili a zlepšili nedostatky systému, ktoré prispievajú k bezpečnosti pacientov alebo ju umožňujú.
4. Hlásením udalostí týkajúcich sa bezpečnosti pacientov a poučením sa z nich zamestnanci vytvárajú učiacu sa organizáciu (The Joint Commission, 2012).

Podľa Dankulinovej et al. (2023) k vytvoreniu kultúry bezpečnosti najvýznamnejšie prispieva podpora manažmentu zdravotníckeho zariadenia, dostatok personálu v danej inštitúcii, analýza príčin chýb a nežiadúcich udalostí, preventívne opatrenia, otvorená komunikácia o chybách. Odporúčaná postup implementácie kultúry bezpečnosti v organizácii začína diskusiou, definovaním a komunikáciou bezpečnostných hodnôt, stanovením stratégií, ktoré zodpovedajú ich hodnotám, vyhlásením o poslaní pri zvyšovaní bezpečnosti pacientov a kultúry bezpečnosti pacientov (Wagner et al., 2019).

Kultúra bezpečnosti v ošetrovatelstve

Kultúra bezpečnosti v ošetrovatelstve predstavuje spoločné hodnoty, presvedčenia a postoje, ktoré každá sestra zastáva k bezpečnosti. Bezpečnosť nie je len zodpovednosťou jednotlivca, ale kolektívnym úsilím celého ošetrovateľského tímu. Kultúra bezpečnosti je súbor zdieľaných hodnôt, ktoré vytvárajú záväzok k bezpečnosti v rámci zdravotníckeho zariadenia. Pre sestry je bezpečnosť v ošetrovatelstve kľúčová, pretože sestry si ako prvé všimnú zmeny v stave pacienta, identifikujú bezpečnostné problémy a podniknú kroky na predchádzanie potenciálnych problémov. Keď je v organizácii implementovaná silná kultúra bezpečnosti, sestry sa cítia oprávnené ozvať sa, pretože vedia, že ich názor je cenený a že nebudú čeliť negatívnym dôsledkom za nahlásenie chýb. Kultúra bezpečnosti je základom poskytovania vysokokvalitnej starostlivosti v zdravotníctve. Takáto kultúra vytvára prostredie, v ktorom sestry spolupracujú, otvorene komunikujú a neustále sa snažia zlepšovať bezpečnostné postupy. V zdravotníckych zariadeniach s pozitívnou kultúrou bezpečnosti dochádza k menšiemu počtu nežiaducich udalostí, ako sú chyby pri podávaní liekov alebo pády pacientov. Kultúra bezpečnosti prevyšuje rámec ochrany pacientov pred bezprostredným poškodením. Ovplyvňuje aj celkovú kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. V zdravotníckych zariadeniach s pozitívnou kultúrou bezpečnosti sa sestry s väčšou pravdepodobnosťou zapoja do postupov, ktoré

znižujú riziká spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou. Bezpečné prostredie navyše prispieva k pohode a spokojnosti sestier s prácou, čím znižuje mieru vyhorenia a fluktuáciu (Peaceful Leaders Academy, 2024).

Kľúčové aspekty kultúry bezpečnosti vytvárajú prostredie, v ktorom sa sestry cítia podporované v ich úsilí poskytovať bezpečnú a vysokokvalitnú starostlivosť.

1. Závazok vedenia

Silná kultúra bezpečnosti začína záväzkom organizácie zo strany vedúcich pracovníkov. Keď vedúci pracovníci v zdravotníctve aktívne propagujú bezpečnosť ako najvyššiu prioritu, vysielajú jasný signál všetkým zamestnancom.

2. Otvorená komunikácia

Komunikácia je základom efektívnej kultúry bezpečnosti. V zdravotníctve otvorená komunikácia znamená, že všetci členovia tímu, bez ohľadu na ich úlohy, sa môžu slobodne podeliť o informácie o bezpečnostných problémoch a problémoch so starostlivosťou o pacientov. Podpora zodpovedného hlásenia incidentov pomáha organizácii poučiť sa z chýb a predchádzať budúcim chybám. Zavedenie systému hlásenia, ktorý povzbudí sestry k zdieľaniu obáv bez strachu z trestu, je kľúčové.

3. Tímová práca a spolupráca

Bezpečnosť sa považuje za spoločnú zodpovednosť. Jedným zo spôsobov, ako posilniť tímovú prácu a podporiť bezpečnosť, je realizácia porád/pracovných stretnutí na začiatku každej zmeny, kde členovia tímu preberajú potenciálne bezpečnostné problémy na daný deň.

4. Neustále vzdelávanie a odborná príprava

V zdravotníctve sa neustále objavujú nové technológie, diagnostické a liečebné postupy. Školiace programy a vzdelávacie aktivity zamerané na hlásenie chýb, analýzu základných príčin a ľudské faktory sú nevyhnutné pre budovanie kultúry bezpečnosti.

5. Hlásenie chýb a poučenie sa z nich

Systémy hlásenia chýb sú nevyhnutné na identifikáciu skutočných a potenciálnych nebezpečenstiev v ošetrovateľskej starostlivosťi. Vedúci pracovníci by sa mali zamerať na vytváranie spravodlivej kultúry, ktorej cieľom nie je trestať jednotlivcov za chyby, ale pochopiť základné bezpečnostné problémy, predchádzať podobným incidentom v budúcnosti a schopnosť učiť sa z chýb (Peaceful Leaders Academy, 2024).

Podpora kultúry bezpečnosti v zdravotnej starostlivosťi si vyžaduje strategické opatrenia, ktoré aktívne zahŕňajú zamestnancov, pacientov a vedenie. K stratégiám na podporu kultúry bezpečnosti patria:

1. Vzdelávanie

Vzdelávanie je jedným z najúčinnějších spôsobov, ako vybudovať silnú kultúru bezpečnosti. Sestry získajú potrebné vedomosti a zručnosti na efektívne riešenie bezpečnostných problémov.

2. Komunikácia

Transparentná komunikácia je základom efektívnej kultúry bezpečnosti. Sestry môžu hovoriť o bezpečnostných problémoch bez strachu z obviňovania alebo trestu.

3. Podporné pracovné prostredie

Podporné pracovné prostredie je nevyhnutné pre udržanie silnej kultúry bezpečnosti. Vedúci pracovníci môžu zaviesť programy, ktoré oceňujú a odmeňujú zamestnancov, ktorí sa aktívne podieľajú na bezpečnostných iniciatívach. Toto uznanie nielen zvyšuje morálku, ale tiež zdôrazňuje dôležitosť bezpečného pracovného prostredia. Keď sa sestry cítia podporované svojimi nadriadenými, je pravdepodobnejšie, že sa budú angažovať v správani, ktoré podporuje bezpečnosť pacientov.

Vytváranie spravodlivej kultúry znamená zamerať sa na učenie a nie na obviňovanie. V takejto kultúre sa chyby vnímajú ako príležitosti na učenie, a nie ako dôvody na trest. Tento prístup povzbudzuje zamestnancov, aby sa ozvali v otázkach bezpečnosti a pomáha budovať atmosféru dôvery. Sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci s väčšou pravdepodobnosťou prevezmú zodpovednosť za svoje úlohy pri udržiavaní bezpečnosti, keď vedia, že ich úsilie bude podporované a nie kritizované.

4. Využívanie technológií na zlepšenie bezpečnosti

Investovanie do technológií, ktoré podporujú bezpečnosť pacientov, môže mať významný vplyv na celkovú kvalitu zdravotnej starostlivosti (Noor Arzaham et al., 2022).

Vedúci pracovníci sú kľúčoví pri vytváraní a udržiavaní kultúry bezpečnosti. Ich činy a postoje ovplyvňujú, ako zamestnanci pristupujú k bezpečnosti, preto by mali byť vzorom pre ostatných v dodržiavaní bezpečnostných protokolov. Riadiaci pracovníci by mali pravidelne kontrolovať dodržiavanie politík a postupov; zabezpečiť, aby zamestnanci mali prístup k potrebnému školeniu, nástrojom a zdrojom; investovať do nových technológií, ktoré podporujú kultúru bezpečnosti; podporovať otvorenú komunikáciu.

Vytvorenie kultúry bezpečnosti nie je bezproblémové. Môžeme sa stretnúť s mnohými prekážkami a bariérami. Ak budú mať zamestnanci strach z obviňovania, budú sa báť nahlásiť chyby zo strachu z trestu. Implementáciu iniciatív v oblasti

bezpečnosti pacientov môže sťažiť nedostatok zdrojov: ľudských, organizačných, finančných. Odpor voči zmene je prirodzenou ľudskou reakciou na niečo nové a prekonať ho býva náročné a zdĺhavé. Zamestnanci sa nechcú vzdať zaužívaných postupov, preto je strategicky nutné zapojiť ich do rozhodovacieho procesu, do iniciatív v oblasti bezpečnosti a neustále im vysvetľovať výhody implementácie kultúry bezpečnosti a spravodlivosti. Neefektívna komunikácia tiež význame limituje úspešné vytváranie kultúry bezpečnosti v zdravotníckom zariadení. Riadiaci pracovníci musia organizovať pravidelné pracovné stretnutia, podporovať otvorené fóra a systémy hlásenia, aby zabezpečili informovanosť všetkých zainteresovaných pracovníkov.

Implementácia silnej kultúry bezpečnosti a spravodlivosti má mnoho výhod: nižší výskyt nežiadúcich udalostí, zvýšenú spokojnosť zamestnancov, nižšiu fluktuáciu, efektívnejšie fungovanie organizácie - proaktívny prístup k bezpečnosti môže predchádzať incidentom, ktoré by mohli narušiť prevádzku, čím sa ušetrí čas aj zdroje (Peaceful Leaders Academy, 2024).

Kultúra spravodlivosti

Najväčšou výzvou pri prechode na bezpečnejší systém zdravotnej starostlivosti je zmena kultúry z obviňovania jednotlivcov za chyby na kultúru, v ktorej sa chyby nepovažujú za osobné zlyhania, ale za príležitosti na zlepšenie systému a predchádzanie škodám. Zdravotníctvo sa musí začať vnímať ako odvetvie, ktoré je vo svojej podstate rizikové. Musí opustiť filozofiu požadovania perfektného a bezchybného výkonu od jednotlivcov a namiesto toho sa zamerať na navrhovanie systémov pre bezpečnosť. Systémy zdravotnej starostlivosti sa musia odkloniť od súčasnej kultúry obviňovania a hanby, ktorá bráni uznaniu chyby a akejkoľvek možnosti poučiť sa z chýb. Zvýšenie bezpečnosti vyžaduje, aby vedenie podporovalo učenie sa zo skúseností. Na rozdiel od „patologickej kultúry“, kde sa zlyhanie trestá alebo zatajuje a ľudia odmietajú uznať existenciu problémov, pozitívna kultúra bezpečnosti uznáva nevyhnutnosť chyby a proaktívne sa snaží identifikovať skryté hrozby (Emanuel et al., 2008).

Kultúra spravodlivosti je zásadným prvkom v rámci bezpečnosti pacientov, ktorý sa zameriava najmä na to, ako sa so zamestnancami zaobchádza po incidentoch alebo chybách. Aby sa zamestnanci mohli efektívne poučiť z chýb, kultúra spravodlivosti povzbudzuje zamestnancov k hláseniu chýb bez strachu z odvety. To zabezpečuje nepretržitý cyklus učenia sa a zlepšovania bezpečnosti pacientov (Marsden, 2024). Kultúra založená na princípoch spravodlivosti podporuje transparentnosť, diskusiu a

cieľom je získať informácie o faktoroch, ktoré viedli k incidentom. Otvorená a spravodlivá kultúra bezpečnosti odstráni strach a umožní, aby sa so všetkými zamestnancami zaobchádzalo profesionálne, rovnako a s rešpektom (Ente, Ukpe, 2022). Organizácia, ktorá je proaktívna k téme bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, má implementovaný efektívny systém riadenia bezpečnosti a vytvorenú kultúru bezpečnosti, kultúru spravodlivosti, kultúru učenia sa, kultúru hlásenia nehody alebo incidentu (Ottaway,2016; Mitchell, 2008). V rámci kultúry spravodlivosti organizácia venuje pozornosť čestnosti a otvorenosti a akceptuje, že chyba je súčasťou ľudského výkonu. Zamestnanci sú motivovaní, aby sa priznali k chybe, ktorej sa dopustili, aby boli zodpovední za svoje rozhodnutia. Kultúra hlásenia je taká, v ktorej sú jednotlivci ochotní a schopní nahlásiť akýkoľvek problém alebo udalosť, o ktorej sa domnievajú, že viedla alebo by mohla viesť k bezpečnostnému riziku. Takéto hlásenie poskytuje príležitosť poučiť sa z udalostí, nehôd a umožňuje identifikovať intervencie, ktoré najefektívnejšie minimalizujú pravdepodobnosť aj dopad nehody alebo incidentu. Organizácia, ktorá preukazuje silnú kultúru učenia sa, je ochotná učiť sa zo svojich chýb a v prípade potreby sa prispôbovať (Ottaway,2016).

Kultúra spravodlivosti, v ktorej sa zamestnanci neboja nahlasovať chyby, je veľmi úspešným spôsobom ako zvýšiť bezpečnosť pacientov, spokojnosť zamestnancov a pacientov a dosiahnuť excelentných výsledkov. Úspech sa dosahuje efektívnou komunikáciou a riadením zdrojov, otvorenosťou voči meniacim sa procesom s cieľom zaistiť bezpečnosť pacientov a zamestnancov (Ernstmeyer, Christman, 2021). V organizáciách so silnou kultúrou bezpečnosti, kde zamestnanci bez obáv hlásia chyby, je predpoklad, že sa z poučia z chýb. WHO (2011) vo svojich strategických dokumentoch uvádza, že ak v zdravotníckej organizácii dominuje kultúra obviňovania a strachu, je úplne nemožné mať zmysluplný program bezpečnosti pacientov, pretože zamestnanci sa budú báť priznať svoje chyby a namiesto toho ich budú skrývať. Väčšina chýb je systémových, takže obviňovať a trestať jednotlivca je nespravodlivé a zavadzajúce. Na vybudovanie kultúry spravodlivosti je potrebné využívať údaje, ochotu učiť sa a meniť, tímovú prácu, transparentnosť, otvorenosť, rešpekt a orientáciu na pacienta. Udržanie silnej kultúry bezpečnosti a spravodlivosti si vyžaduje aj silné vedenie na všetkých úrovniach. Na posilnenie vedenia a kultúry bezpečnosti je potrebná skutočná transparentnosť voči poskytovateľom aj pacientom na každej úrovni systému – transparentnosť pri zdieľaní informácií, ale aj transparentnosť pri znižovaní hierarchického prístupu. Rozvoj a udržiavanie silnej kultúry zameranej na bezpečnosť

pacientov si vyžaduje na ministerstvách zdravotníctva, v zdravotníckych zariadeniach a v každom klinickom tíme novú generáciu lídrov, ktorí budú aktívne participovať na vytváraní podmienok pre bezpečnejšiu starostlivosť a motivovať zamestnancov.

Silná kultúra spravodlivosti povzbudzuje všetkých členov zdravotníckeho tímu, aby identifikovali a znižovali riziká pre bezpečnosť pacientov hlásením chýb, aby sa mohla vykonať analýza základných príčin a identifikované riziká sa zo systému odstránili (obr. 7). V zle definovanej a implementovanej kultúre spravodlivosti však zamestnanci často zatajujú chyby kvôli strachu alebo hanbe. Sestry sú tradične vychovávané k presvedčeniu, že klinická dokonalosť je dosiahnuteľná a že „dobré“ sestry chyby nerobia. Ak sa zamestnanci hanbia, keď urobia chybu, môžu cítiť tlak, aby chyby skryli. Zamestnanci preto musia mať dôveru, že môžu nahlásiť chyby bez strachu z toho, že budú obvinení (Ernstmeyer, Christman, 2021).

Kultúra spravodlivosti sa snaží skĺbiť dôveru pri hlásení bezpečnostných incidentov a zodpovednosť za nežiaduce udalosti, vytvoríť prostredie, v ktorom sa zodpovednosť spája s dôverou a vzdelávaním. Snaží sa vytvoríť systém, v ktorom sa v prípade nežiaducej udalosti minimalizuje negatívny dopad a maximalizuje ponaučenie. V prostredí kultúry spravodlivosti zdravotnícki pracovníci pravdivo nahlasujú chyby, omyly a nežiaduce udalosti, ktorých sú samí účastní, poučia sa z nich a zodpovedajú za svoje skutky. Významnou je netrestajúca reakcia na chybu (Dankulincová et al., 2023).

Obrázok 7 Kultúra spravodlivosti a kultúra bezpečnosti



Prevzaté: Dankulincová et al., 2023

Zdravotná starostlivosť je vysoko riziková činnosť. Mnohým bezpečnostným zlyhaniam sa však dá predísť. Silné zameranie na bezpečnosť pacientov pomáha zabezpečiť prostredie, v ktorom pacienti dostanú potrebnú starostlivosť, pričom sa minimalizuje pravdepodobnosť, že v tomto procese utrpia ujmu. Zdravotnícke zariadenia so silnou kultúrou bezpečnosti a spravodlivosti kladú zvýšený dôraz na udržiavanie bezpečného prostredia pre pacientov. Okrem toho sa organizácie so silnou kultúrou bezpečnosti a spravodlivosti zameriavajú na hlásenie ujmy a poučenie sa z nej (De Bienassis, Klazinga, 2024). Podpora netrestného prístupu k chybám v zdravotníckych zariadeniach môže pomôcť zmierniť strach z trestu spojený s nahlasovaním chýb. Tento strach blokuje otvorenú komunikáciu a brzdí úsilie o identifikáciu a riešenie bezpečnostných problémov. Prostredie bez obviňovania, ktoré by prispievalo k pravdivému nahlasovaniu chýb, je v zdravotníctve pretrvávajúcim problémom. Ak pracovníci vyjadrujú obavy z represívneho prostredia, odrádza ich to od hlásenia chýb. Preto je potrebné podporovať kultúru spravodlivosti, ktorá si cení učenie pred pripisovaním viny a umožňuje poskytovateľom zdravotnej starostlivosti slobodne hlásiť chyby, čo v konečnom dôsledku zvyšuje bezpečnosť pacientov. Autori zdôrazňujú význam kultúry zameranej na bezpečnosť v zdravotníckych zariadeniach s cieľom chrániť pacientov, znižovať počet chýb, podporovať pohodu pracovníkov a zlepšovať kvalitu starostlivosti (Alabdullah, Karwowski, 2024).

3.1 HODNOTENIE KULTÚRY BEZPEČNOSTI

Vedenie zdravotníckych zariadení si uvedomuje dôležitosť transformácie organizačnej kultúry s cieľom zlepšiť bezpečnosť pacientov. Rastúci záujem o kultúru bezpečnosti je spojený s potrebou hodnotenia kultúry bezpečnosti (Emanuel et al., 2008). Kultúru bezpečnosti možno merať určením hodnôt, presvedčení, noriem a správania súvisiacich s bezpečnosťou pacientov, ktoré sú v organizácii odmeňované, podporované, očakávané a akceptované (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024).

Úroveň kultúry bezpečnosti meriame pomocou štandardizovaných dotazníkov. Prieskum možno použiť na zvýšenie povedomia zamestnancov o bezpečnosti pacientov, posúdenie súčasného stavu kultúry bezpečnosti, identifikáciu silných stránok a oblastí na zlepšenie kultúry bezpečnosti, preskúvanie trendov zmien kultúry bezpečnosti, vyhodnotenie vplyvu intervencií v oblasti bezpečnosti pacientov a vykonávanie

porovnaní v rámci organizácií a medzi nimi. Prieskum o kultúre bezpečnosti kladie dôraz na bezpečnosť pacientov a hlásenie chýb a nežiaducich udalostí (Sorra et al., 2018).

Kultúra bezpečnosti sa v jednotlivých organizáciách značne líši a výkonnosť v špecifických oblastiach sa líši v rámci organizácie. Napríklad nemocnica môže dosahovať vysoké skóre v dimenziách súvisiacich s bezpečnosťou pacientov, ale nízke v oblasti bezpečnosti pracovníkov. Zahraničné štúdie preukázali, že vnímanie kultúry bezpečnosti sa líši medzi oddeleniami v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale aj podľa respondentov (sestry verus lekári) (The Joint Commission, 2012).

Na hodnotenie zaužívanej kultúry bezpečnosti sa využíva hodnotenie spôsobu komunikácie, spätnej väzby, frekvencie hlásenia nežiaducich udalostí, tímovej spolupráce, manažérskej podpory, personálneho zabezpečenia, inštitucionálneho vzdelávania (Dankulinová et al., 2023).

Akčný plán pre bezpečnosť pacientov WHO na roky 2021 – 2030 vyzýva nemocnice, aby vykonávali pravidelné prieskumy bezpečnostnej kultúry a aby tieto údaje využívali na identifikáciu rizík a zavedenie inovatívnych prístupov k budovaniu bezpečnostnej kultúry v súlade s medzinárodnými skúsenosťami a osvedčenými postupmi (WHO, 2021). Bez merania a analýzy stavu kultúry bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach je prakticky nemožné odhaliť a posilniť trendy, ktoré zvyšujú bezpečnosť pacientov (De Bienassis, Klazinga, 2022). Autorky prezentujú v rozsiahlej správe zistenia pilotného zberu údajov OECD o kultúre bezpečnosti a medzinárodné kritériá kultúry bezpečnosti v nemocničnej starostlivosti. Dvaja z piatich opýtaných zdravotníckych pracovníkov v krajinách OECD sa domnievajú, že počet zamestnancov na ich pracovisku je primeraný na zaistenie bezpečnosti pacientov. Iba 50 % respondentov sa domnieva, že vedenie ich nemocnice podporuje bezpečnosť pacientov.

Bezpečnosť je kľúčovým rozmerom kvality zdravotnej starostlivosti a meranie kultúry bezpečnosti v krajinách OECD sa čoraz častejšie vykonáva ako súčasť úsilia o monitorovanie bezpečnosti pacientov a prispieva k hodnoteniu výkonnosti zdravotníckych systémov. Pozitívna kultúra bezpečnosti je spojená so zvýšenou produktivitou organizácie, spokojnosťou a udržaním zamestnancov. OECD uskutočnila v rokoch 2022 – 2023 druhý zber údajov o kultúre bezpečnosti s podporou členov expertnej skupiny OECD pre kultúru bezpečnosti. Hodnotenia sa zúčastnilo takmer 650 000 zdravotníckych pracovníkov v 14 krajinách. Najčastejšími respondentmi prieskumu boli sestry, v jednotlivých krajinách tvorili sestry v priemere 45 % respondentov. Oblasť personálneho obsadenia je dlhodobo najnižšie hodnotenou oblasťou (37 % - 48 %).

Reakcia na chyby (či sa so zamestnancami zaobchádza spravodlivo, keď urobia chyby a či sa kladie dôraz na učenie sa z chýb a podporu zamestnancov, ktorí sa dopustili chýb) tiež preukázala nízke skóre (47 % - 54 %) (De Bienassis, Klazinga, 2024).

Prvé kvantitatívne nástroje na hodnotenie kultúry bezpečnosti pre sektor zdravotníctva boli adaptovanými verziami dotazníkov vyvinutých v iných odvetviach. V posledných rokoch bolo vyvinutých a používaných veľké množstvo kvantitatívnych nástrojov s rôznymi charakteristikami. V Európe sa skúmala kultúra bezpečnosti v projekte Európskej siete pre bezpečnosť pacientov (EUNetPaS), ktorá zhromaždila informácie o používaní nástrojov kultúry bezpečnosti v 32 európskych krajinách v rokoch 2008 – 2009. Na základe zistení z projektu boli na používanie v európskych členských štátoch odporúčané tri nástroje (Wagner et al., 2019).

1. Štandardizovaný nástroj Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), verzie 1.0 a 2.0.

Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) vyvinula Agentúra pre výskum a kvalitu zdravotnej starostlivosti v USA (AHRQ). Tento model je základným rámcom pre hodnotenie, zlepšovanie a monitorovanie kultúry bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach. Identifikuje základné prvky, ako je záväzok vedenia k bezpečnosti, tímová práca, organizačné učenie, otvorená komunikácia a celkové vnímanie bezpečnosti pacientov. HSOPSC bol prvýkrát predstavený vo verzii 1.0 v roku 2004 agentúrou AHRQ a aktualizovaný bol vo verzii 2.0 v roku 2019. Prvý HSOPSC (1.0) hodnotil kultúru bezpečnosti v dvanástich dimenziách so 42 podpoložkami. Revidovaná verzia HSOPSC (2.0) však zefektívnila hodnotenie na desať dimenzií s 32 podpoložkami. V oboch prieskumoch sa použila 5-bodová stupnica zhody od „rozhodne súhlasím“ po „rozhodne nesúhlasím“ (Alabdullah, Karwowski, 2024). Zdravotnícke organizácie môžu tento prieskumný nástroj použiť na: (1) posúdenie kultúry bezpečnosti, (2) sledovanie zmien v bezpečnosti pacientov v priebehu času a (3) hodnotenie vplyvu intervencií v oblasti bezpečnosti pacientov (Wagner, et al., 2019).

2. Dotazník postojov k bezpečnosti (SAQ).

Tento nástroj vznikol na University of Texas a Johns Hopkins University v USA. SAQ sa môže aplikovať na úrovni tímu, jednotky, oddelenia a/alebo nemocnice a skúma sedem subkultúr. Možno ho použiť na rovnaké tri účely ako HSPSC.

3. Manchesterský rámec bezpečnosti pacientov (MaPSaF)

Je procesný nástroj určený na pomoc organizáciám pri posudzovaní, reflexii a rozvoji kultúry bezpečnosti vyvinutý Univerzitou v Manchestri, vo Veľkej Británii. MaPSaF je

kvalitatívny hodnotiaci nástroj vykonávaný vo forme workshopov. MaPSaF využíva deväť dimenzií kultúry bezpečnosti (Wagner, et al., 2019).

V Slovenskej republike sa vo svojich štúdiách venovali hodnoteniu kultúry bezpečnosti sestrami Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová (2017) a Mikušová, Rusnáková (2011). Štúdia autoriek Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová (2017) mala opisný prierezový charakter a bola realizovaná v roku 2016. Stupeň bezpečnosti pacientov hodnotilo 63,3 % sestier ako veľmi dobrú až vynikajúcu. Výsledky získane v štúdiu ani v jednej doméne nedosiahli hranicu 75 %, čo znamená, že nemožno označiť kultúru bezpečnosti za silnú. Autorky použili dotazník HSOPSC, ktorý bol validovaný v našich podmienkach: *„Dotazník bol preložený do slovenského jazyka dvoma profesionálnymi prekladateľmi, obsah a preklad dotazníka bol posúdený profesionálmi v odbore ošetrovatelstvo a následne bol dotazník spätne preložený do originálneho (anglického) jazyka a porovnaný s originálom. Reliabilita 12 domén finálnej verzie dotazníka vyjadrená Cronbachovou alfou dosiahla hodnotu 0,857, čiže môžeme hovoriť o spoľahlivosti výsledkov“* (Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová, 2017). Štúdie autoriek Mikušová, Rusnáková (2011) sa zúčastnilo 1 341 zdravotníckych pracovníkov z troch nemocníc Trnavského kraja. Vzorka sestier bola zastúpená 658 respondentkami zo všetkých typov nemocničných oddelení. Sestry subjektívne vnímali bezpečnosť pacienta prevažne pozitívne (64 %).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). What Is Patient Safety Culture? AHRQ : Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

Alabdullah, H, Karwowski, W (2024). Patient Safety Culture in Hospital Settings Across Continents: A Systematic Review. *Appl. Sci.* 14(18): 8496. <https://doi.org/10.3390/app14188496>

Dankulincová, Z, Husárová, Z, Madarasová Gecková, A, Kopčáková, J (2023). *Psychológia zdravia. Vysokoškolský učebný text*. Košice : UPJŠ, Lekárska fakulta, Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu. s. 295-301. ISBN 978-80-574-0241-1 (e-publikácia).

De Bienassis, K, Klazinga, NS (2022). Developing International Benchmarks of Patient Safety Culture in Hospital Care. Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. OECD Health Working Papers No 134. 69 pp.

De Bienassis, K, Klazinga, NS (2024). Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries. Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2. OECD Health Working Paper No. 168. DELSA/HEA/WD/HWP(2024)4. 41 pp.

Ente, Ch, Ukpe, M (2022). Safety Management. In E book *Essentials for Quality and Safety Improvement in Health Care*. pp 99–136. <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-92482-9>

Emanuel, L, Berwick, D, Conway, J, et al. (2008). *What exactly is patient safety? E book*. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. [citované 30.6.2025].

Ernstmeyer, K, Christman, E (2021). *Nursing Fundamentals*. E book. Chippewa Valley Technical College. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591826/>

Hardy SM, Paramarta, V (2025). Impact of Risk Management, Safety Culture, and Service Quality on Patient Satisfaction. *International Journal of Economics, Accounting and Management*. 1(6):358-365. doi:10.60076/ijeam.v1i6.1106

Henriksen, K, Battles, JB, Keyes, MA, et al. (2008). *Envisioning Patient Safety in the Year 2025: Eight Perspectives*. In *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). E book. Rockville (MD): Agency for Healthcare research and Quality. [online]. [citované 30.6.2025]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43618/>

Hughes, RG (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. E-book. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. [online]. [citované 30.6.2025]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Lee, SH, Phan, PH, Dorman, T et al. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 16: 254. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>

Marsden, E (2024). What are the Benefits of Creating a Patient Safety Culture? [online]. [citované 30.6.2025]. <https://www.verita.net/blogs/benefits-of-creating-a-patient-safety-culture/>

Mikušová, V, Rusnáková, V (2011). Hodnotenie kultúry bezpečnosti pacienta sestrami. Trnava : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave. Zborník odborných príspevkov z vedeckej konferencie. ISBN 978-80-8082-488-4 s. 162-171.

Ministry of Social Affairs and Health. (2022). *The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022–2026*. Helsinki : Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:12. 86 pp. ISBN 978-952-00-9712-7 pdf <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164212>

Mitchell, PH (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 1. [online]. [citované 06.06.2025]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Noor Arzahan, IS, Ismail, Z, Munira Yasin, S (2022). Safety culture, safety climate, and safety performance in healthcare facilities: A systematic review. *Safety Science*. 147: 105624. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105624>

Ottaway, A (2016). Five Cornerstones to an Effective Safety Management System. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.linkedin.com/pulse/five-cornerstones-effective-safety-management-system-andrew-ottaway>

Peaceful Leaders Academy. (2024). How to Promote a Culture of Safety in Healthcare & Nursing: 4 Tips. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://peacefulleadersacademy.com/blog/how-to-promote-a-culture-of-safety-healthcare-nursing/>

Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. (2018). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSA290201300003C). AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/qualitypatient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>

Sovariová Soosová, M, Zamboriová, M, Murgová, A (2017). Hospital patient safety culture in Slovakia. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávaní*. 1(1): 12-19. <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-1/kultura-bezpecnosti-pacienta-v-nemocniciach-na-slovensku>.

The Joint Commission. (2012). *Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. 171p. <http://www.jointcommission.org/>.

Wagner, C, Kristensen, S, Sousa, P, Panteli, D (2019). *Patient safety culture as a quality strategy Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. E book. In Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Health Policy Series, No. 53*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on health System and Policies. [online]. [citované 30.06.2025]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549280/>

WHO (2011). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva : WHO. 274p.

WHO. (2020). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 ZAPOJENIE PACIENTOV DO STRATÉGIÍ BEZPEČNOSTI

Ciele kapitoly:

1. Charakterizovať opatrenia na zvýšené zapojenie pacientov a ich rodín do bezpečnosti
2. Opísať medzinárodné aktivity týkajúce sa zapojenia pacientov do bezpečnosti

Aktívne zapojenie pacientov do bezpečnosti zdravotníckych systémov je kľúčové pre zvýšenie ich bezpečnosti. Pacienti a ich rodiny môžu prispieť k zlepšeniu bezpečnosti pacientov na lokálnej, inštitucionálnej, komunitnej a národnej úrovni systémov zdravotnej starostlivosti. Správa OECD *„Patient engagement for patient safety. The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety“* z roku 2023 predkladá závery o iniciatívach v oblasti zapojenia pacientov do bezpečnosti pacientov v 21 krajinách na základe výsledkov získaných z prehľadového prieskumu, údajov o skúsenostiach pacientov s bezpečnosťou a ekonomického dopadu zapojenia pacientov do bezpečnosti pacientov. Správa klasifikuje zapojenie pacientov do bezpečnosti pacientov ako:

1. silné (napr. pacienti alebo občania sú partnermi alebo spolutvorcami iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov a majú rozhodovaciu úlohu v cykle vývoja iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov – spoločne vytvárajú bezpečnú zdravotnú starostlivosť zameranú na ľudí),
2. stredné (napr. pacienti boli zapojení do niektorých fáz vývoja iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov) alebo
3. nízke (napr. pacienti konzultovali alebo boli informovaní v niektorej fáze vývoja iniciatívy v oblasti bezpečnosti pacientov).

Z výsledkov prieskumov vyplynulo, že jeden zo šiestich pacientov nahlásil bezpečnostný incident. 8 % pacientov zaznamenalo chyby v podávaní liekov. Štúdia OECD sa zamerala aj na preukázanie návratnosti investícií zapojenia pacientov do bezpečnosti. Nízka angažovanosť pacientov v procese starostlivosti je spojená s vyššími nákladmi na zdravotnú starostlivosť. Technológie môže pomôcť stimulovať angažovanosť, znížiť náklady a zlepšiť angažovanosť pacientov. WHO i OECD má k dispozícii len obmedzené

množstvo informácií o nákladoch na nebezpečnú starostlivosť týkajúcich sa pacientov, ako sú bezpečnostné incidenty, ktoré viedli k súdnym sporom a o výške odškodnenia. V súčasnosti môžu iba Francúzsko, Kórea, Írsko, Lotyšsko a USA podávať správy o bezpečnostných incidentoch, ktoré viedli k súdnym sporom a vypracovať národné odhady nákladov odškodnenia pacientov. Deväť z 21 krajín potvrdilo, že má zavedené systémy na odškodnenie pacientov, ktorí utrpeli akékoľvek zranenie spôsobené liečbou alebo pochybením. Medzi krajiny, ktoré uviedli, že majú systém odškodnenia pacientov patria Rakúsko, Belgicko, Francúzsko, Japonsko, Kórea, Lotyšsko, Nový Zéland, Portugalsko a Švajčiarsko. Takmer všetky krajiny (20 z 21) uviedli, že majú národnú politiku alebo stratégiu bezpečnosti pacientov. V 15 z 20 krajín národné politiky alebo stratégie bezpečnosti pacientov obsahovali explicitné odkazy na zapojenie pacientov a 11 z 20 krajín zapojilo pacientov do tvorby tejto politiky (Kendir et al., 2023).

Dôvera v systémy zdravotnej starostlivosti je základom bezpečnosti pacientov. Dôveru možno vybudovať prostredníctvom zvýšeného zapojenia pacientov a ich rodín počas celého procesu starostlivosti. Bezpečná a kvalitná zdravotná starostlivosť, ktorú spoločne rozvíjajú tí, ktorí starostlivosť vyžadujú a potrebujú a tí, ktorí starostlivosť navrhujú a poskytujú, je nevyhnutná pre dosiahnutie bezpečnosti pacientov. Na vybudovanie dôvery v systémy zdravotnej starostlivosti a odborníkov je potrebné zverejniť nežiaduce udalosti u pacientov, ktoré spôsobili alebo mohli spôsobiť neúmyselné poškodenie. Keď ľudia dôverujú systému zdravotnej starostlivosti a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na klinickej úrovni, je pravdepodobnejšie, že vyhľadajú starostlivosť, súhlasia s liečbou, signalizujú a hlásia obavy alebo chyby, zapoja sa do starostlivosti a podieľajú sa na úsilí o predchádzanie poškodeniu. Okrem toho sa pacienti a rodiny môžu zapojiť do zdieľania a hlásenia skúseností v oblasti bezpečnosti prostredníctvom mechanizmov merania a monitorovania, ktoré pomôžu predchádzať rizikám incidentov v oblasti bezpečnosti pacientov a minimalizovať ich, a tým zvýšiť dôveru v poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zatiaľ čo zvýšené zapojenie pacientov, rodín a komún do zlepšenia bezpečnosti pacientov môže zvýšiť dôveru a pocit zodpovednosti, nedostatočné zapojenie ľudí do rozhodovacích procesov o bezpečnosti pacientov môže viesť k nedôvere a vyhýbaniu sa/odkladaniu starostlivosti, čo môže v konečnom dôsledku viesť k vyššej ekonomickej záťaži.

Skúsenosti pacientov súvisiace s bezpečnostnými udalosťami sa nezdieľajú, nehlásia ani neintegrujú do vývoja riešení pre bezpečnosť pacientov, preto je potrebné vytvorenie platforiem na zdieľanie skúseností a osvedčených postupov v oblasti zapojenia pacientov

a posilnenie zapojenia pacientov do bezpečnosti pacientov na úrovni inštitúcií. Údaje o skúsenostiach pacientov by sa mali monitorovať ako súčasť širšieho zberu údajov o bezpečnosti pacientov vrátane skúseností odborníkov s kultúrou bezpečnosti a udalostí súvisiacich s bezpečnosťou pacientov. Zlepšenie monitorovania bezpečnosti pacientov s cieľom sledovať pokrok a budovať zodpovednosť je žiadúce aj z aspektov klasifikácie incidentov súvisiacich s bezpečnosťou pacientov a vytvorenia spoločnej terminológie.

Na podporu národného a medzinárodného monitorovania bezpečnosti pacientov a zlepšenia bezpečnej zdravotnej starostlivosti na základe viacerých zdrojov údajov je potrebná ďalšia práca na systematickej klasifikácii a kódovaní incidentov súvisiacich s bezpečnosťou pacientov porovnateľným spôsobom pomocou spoločnej terminológie z rôznych zdrojov údajov v rámci krajín a medzi nimi. Zber údajov by sa mal zamerať aj na prostredie mimo nemocnice, do ambulantnej a komunitnej starostlivosti, pretože mimo nemocničné prostredie je nedostatok informácií o bezpečnosti pacientov, ktoré sa v súčasnosti nemonitoruje a ich výskyt znamená vysoké náklady pre systém zdravotnej starostlivosti. Údaje o bezpečnosti pacientov musia byť v súlade s odporúčaniami Rady OECD o riadení zdravotných údajov. Implementácia odporúčaní Rady OECD o riadení zdravotných údajov je nevyhnutná na ochranu súkromia jednotlivcov poskytujúcich údaje o bezpečnosti pacientov a na podporu primeraného využívania údajov. Je potrebné investovať do interaktívnych komunikačných platforiem, ktoré ponúkajú viacjazyčnú podporu, sú integrované do elektronických zdravotných záznamov a poskytujú monitorovanie a spätnú väzbu, ktoré možno použiť na tvorbu politik, vzdelávanie a výskum. Osobitnú pozornosť je potrebné venovať preferenciám pacientov a rodín, vzdelávaniu používateľov, školeniam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj akceptácii platforiem koncovými používateľmi (Kendir et al., 2023; WHO, 2019; ICN, 2025).

Zlepšenie kvality ukazovateľov bezpečnosti hlásených pacientmi a ich systematické využívanie na zlepšenie bezpečnosti pacientov je ďalším významným opatrením na zvýšenie zapojenia pacientov do bezpečnosti. Z opisu udalostí a skúseností pacientov s bezpečnostnými incidentmi a ich porovnávaním získajú tvorcovia politik, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a odborníci cenné údaje potrebné pre systematické zvyšovanie bezpečnosti pacientov (WHO, 2007).

Krajiny zavádzajú reformy zdravotníckych systémov a riešia súčasné ekonomické výzvy, ako je inflácia a nedostatok pracovnej sily, ale súčasne budú musieť inštitucionalizovať úlohu pacientov, rodín a komunit v ich úsilí o zaistenie bezpečnej

starostlivosti zameranej na pacienta na všetkých úrovniach (mikro, mezo a makroúrovni). Pacienti sú kľúčovým zdrojom informácií o prevalencii škôd súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. Mnohé z týchto udalostí však stále zostávajú nehlásené. Meranie skúseností pacientov v súvislosti s ich bezpečnosťou nie je vo väčšine krajín systematické a medzinárodná porovnateľnosť zostáva obmedzená (WHO, 2019; WHO, 2020).

Globálny akčný plán WHO pre bezpečnosť pacientov vyzýva na zapojenie pacientov, rodín a komún ako partnerov v bezpečnej starostlivosti ako jednu zo svojich hlavných zásad, ktoré sú základom rozvoja a implementácie akčného rámca (WHO, 2020). Program „Pacienti pre bezpečnosť pacientov“, ktorý je výsledkom tohto cieľa, sa zameriava na podporu vývoja a využívania intervencií na zvýšenie účasti pacientov na iniciatívach v oblasti bezpečnosti. Výsledky Globálneho ministerského summitu o bezpečnosti pacientov v roku 2023 opätovne zdôrazňujú dôležitosť zapojenia pacientov, rodín, komún do bezpečnosti pacientov. Ministri a experti sa zišli v Montreux 23. a 24. februára 2023, aby deklarovali spoločné úsilie o posilnenie bezpečnosti pacientov na celom svete a ich zapojenie bolo jedným z kľúčových akčných bodov - poučiť sa zo zdieľania medzinárodných osvedčených postupov. Bez ohľadu na kultúrne rozdiely medzi krajinami a organizáciami je kľúčom k pokroku učenie sa od krajín a organizácií, kde je zapojenie pacientov do bezpečnosti pacientov zmysluplné a inštitucionalizované (Kendir et al., 2023; WHO, 2020).

Globálny akčný plán pre bezpečnosť pacientov, strategický cieľ WHO 4 odporúča zakomponovať do národnej charty práv pacientov aj právo pacientov na bezpečnosť; začleniť štandardy zapojenia pacientov a rodín do akreditácie a hodnotenia, zahrnúť ciele týkajúce sa zapojenia pacientov a rodín ako kľúčové súčasti krátkodobých a dlhodobých strategických plánov. WHO monitoruje pokrok dosiahnutý v zapojení pacientov do bezpečnosti pacientov na základe nasledujúcich ukazovateľov:

1. Počet krajín, ktoré majú zástupcu pacientov v správnej rade (alebo ekvivalentnom mechanizme) v 60 % alebo viac nemocníc.
2. Počet politík a usmernení o bezpečnejšej zdravotnej starostlivosti vyvinutých spoločne so zástupcami pacientov a rodín alebo organizáciami pacientov na národnej, regionálnej alebo úrovni zdravotníckych zariadení.
3. Počet krajín alebo zdravotníckych zariadení, ktoré zriadili poradný výbor pre pacientov a rodiny (alebo jeho ekvivalent).

4. Počet krajín alebo zdravotníckych zariadení, ktoré vyvinuli a zaviedli postupy na zverejňovanie nežiaducich udalostí pacientov a ich rodín (WHO, 2020).

Rámec OECD pre zdravotnícke systémy zamerané na ľudí definuje päť kľúčových dimenzií pre zapojenie pacientov a v širšom zmysle aj občanov do tvorby politík – zabezpečenie hlasu, výberu, spoločnej produkcie, rešpektu a integrácie starostlivosti. Zapojenie pacientov môže mať rôzne formy na rôznych úrovniach systému zdravotnej starostlivosti na základe rozsahu ich úlohy v rozhodovaní o starostlivosti, od najmenej aktívnej po najaktívnejšiu úlohu – informácie, zapojenie, partnerstvo alebo spoločné vedenie. Informovanosť/konzultácie sú najmenej aktívnou úrovňou zapojenia vrátane zdieľania informácií s pacientmi o bezpečnostných iniciatívach. Napríklad umiestnenie plagátov o umývaní rúk na chodbách nemocnice možno považovať za informatívne zapojenie na organizačnej úrovni. Zapojenie predstavuje aktívnejšiu formu v porovnaní s informovaním/konzultáciami, ale menej aktívne ako partnerstvo/spoločné vedenie. Príkladom zapojenia by mohli byť portály na hlásenie incidentov alebo prieskumy, ktoré sú prístupné pacientom na organizačnej alebo národnej úrovni. Úroveň partnerstva je najaktívnejším zapojením, v ktorom sa pacienti môžu podieľať na návrhu alebo rozhodovaní. Napríklad pacienti sa môžu aktívne podieľať na výboroch pre kvalitu a bezpečnosť inštitúcií, ktoré poskytujú poradenstvo v oblasti bezpečnosti pacientov alebo iniciatív na organizačnej úrovni (Kendir et al., 2023).

WHO stanovuje usmernenia pre systémy hlásenia a učenia sa o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov. Technická správa a usmernenia WHO o systémoch hlásenia a učenia sa o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov poskytujú aktuálny pohľad na systémy hlásenia a učenia sa o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov vrátane toho, ako vyplniť existujúce medzery v týchto systémoch, praktické usmernenia k zavedeniu a efektívnemu využívaniu systémov hlásenia a učenia sa o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov (WHO, 2020). WHO tiež vyvinula Minimálny informačný model pre bezpečnosť pacientov (MIM PS), aby poskytla nástroj na začatie zhromažďovania údajov o incidentoch v oblasti bezpečnosti pacientov, ktorý pomôže pri analýze údajov a extrahuje minimálne, ale potrebné informácie na poučenie sa z incidentov, aby sa v budúcnosti predišlo opakovaniu rovnakých typov incidentov (WHO, 2019).

Eliminácia prekážok, ktoré môžu ovplyvniť zapojenie pacientov do bezpečnosti pacientov, je kľúčom k posilneniu kultúry bezpečnosti. Tieto prekážky sa môžu týkať individuálnych charakteristík pacientov (napr. zdravotná gramotnosť, typ ochorenia),

charakteristik systému zdravotnej starostlivosti (napr. zdravotnícke zariadenia a odborníci) a sú podmienené kontextovými faktormi (napr. zdravotníckymi informačnými systémami). Pacienti môžu výrazne prispieť k budovaniu a rozvoju silnej kultúry bezpečnosti. Zapojenie pacientov do bezpečnosti však nie je dostatočne inštitucionalizované na všetkých úrovniach systémov zdravotnej starostlivosti. To viedlo WHO k výzve, aby ustanovila pre Svetový deň bezpečnosti pacientov 2023 tému „Zapojenie pacientov do bezpečnosti pacientov“. Pri navrhovaní iniciatív v oblasti bezpečnosti pacientov je dôležité, aby sa zabezpečilo, že ich účasť bude podporovaná a zmysluplná (Kendir et al.,2023; WHO, 2020).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Kendir, C et al. (2023). *Patient engagement for patient safety. The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety*. OECD Health Working Papers No.159. 74pp. DELSA/HEA/WD/HWP(2023)11

ICN (2025). Vyhlásenie ICN o bezpečnosti pacientov. [online]. [Citované 25.06.2025]. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/DO5_Patient_Safety_o.pdf

ICN (2025). Patient safety. [online]. [Citované 25.06.2025]. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>

WHO (2007). Patient Identification. *Patient Saf Solut*.1(2):1-4.

WHO (2019). *Global action on patient safety*. WHA72.6.. 5pp.

WHO (2020). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5 BEZPEČNÁ KOMUNIKÁCIA V ÚSTAVNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Ciele kapitoly:

1. Zdôrazniť význam bezpečnej a efektívnej komunikácie

Komunikácia je súčasťou kultúry bezpečnosti v zdravotníckom zariadení. Vyhláškou MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta bola poskytovateľom zdravotnej starostlivosti stanovená povinnosť zaviesť a dodržiavať interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Po 1. januári 2021 musel poskytovateľ preukázať, že má zavedený interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta a postupuje podľa stanovených požiadaviek. Ak nebude mať systém bezpečnosti pacienta implementovaný, môže ministerstvo zdravotníctva uložiť poskytovateľovi pokutu až desať tisíc EUR. Prvé pozitívne výsledky v oblasti bezpečnosti pacienta sa očakávali v druhej polovici roka 2021.

Interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta je zameraný na identifikáciu, analýzu, riadenie a predchádzanie nežiadúcich udalostí súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, v dôsledku ktorých môže dôjsť k negatívnemu ovplyvneniu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zhoršeniu zdravotného stavu pacienta alebo k prípadnému poškodeniu zdravia pacienta. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti hodnotí plnenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta prostredníctvom interného auditu. Pomocou auditu manažment zdravotníckeho zariadenia sleduje implementáciu a dodržiavanie legislatívnych požiadaviek, systematicky preveruje jednotlivé postupy s cieľom zabrániť chybám. Výsledky auditu slúžia aj k tvorbe stratégie na predchádzanie nežiadúcich udalostí. Podľa Kílíkovej et al. (2020) má pochopenie problematiky bezpečnej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacienta zásadný význam a vplyv na kvalitu zdravotnej starostlivosti. Systémový prístup v budovaní manažmentu bezpečnosti je výzvou pre riadiacich pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach, aby sa zvýšila kvalita starostlivosti a celková spokojnosť pacientov. V praxi však pretrváva mnoho neriešených problémov v rámci bezpečnosti pacienta. V našej štúdii sme sa zamerali na bezpečnú komunikáciu v ústavnom zdravotníckom zariadení.

Podľa § 2 ods. 11 vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti splnené minimálne požiadavky

na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie, ak má vypracovaný postup:

- a) jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov,
- b) na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi otázky,
- c) použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov,
- d) sledovania a analýzy zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom,
- e) na zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím a seniorov,
- f) opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.

Komunikácia je hlavným nástrojom nášho spoločného dorozumievania sa a chyby v komunikácii môžu viesť k nedorozumeniam a následnému poškodeniu, prípadne zhoršeniu zdravotného stavu pacienta. Implementáciou požiadaviek z vyhlášky sa mali zaviesť jasné a jednotné pravidlá pre internú komunikáciu v zdravotníckom zariadení. Noviyanti, Ahsan, Sudartya (2021) zdôrazňujú, že komunikácia je súčasťou kultúry bezpečnosti a budovanie kultúry bezpečnosti v organizácii začína práve komunikáciou. Podľa Jang, Lee, Lee (2022) je efektívna komunikácia kľúčový faktor, ktorý prispieva k bezpečnosti pacientov. Komunikácia je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o pacienta. Komunikáciu v zdravotníckom zariadení ovplyvňujú systémy, procesy a kultúra (Ross, 2018). Komunikácia v rámci organizačnej kultúry by mala byť charakterizovaná otvorenosťou, poskytovaním spätnej väzby a komunikovaním o chybách (Lee et al., 2016). Komunikácia v organizácii zahŕňa prenos informácií v organizácii, rôzne vzory komunikácie pre veľký počet osôb - inštrukcie, príkazy, rozhovory, schôdze, telefonické hovory, emailovú komunikáciu, listy, príručky, smernice, a pod. Sedlák (2008) zdôrazňuje, že zamestnanci musia rozumieť toku informácií v komunikácii, účelu, podstate a obsahu z hľadiska efektívnosti organizačnej komunikácie.

Komunikácia je dôležitá vo všetkých aspektoch starostlivosti. Každé zdravotnícke zariadenie by malo svojich zamestnancov, najmä tých, ktorí prichádzajú do bezprostredného kontaktu s pacientmi, pravidelne vzdelávať v komunikačných zručnostiach, čo sa však deje len veľmi zriedkavo (Klucho, 2017). Aj podľa Dimunovej (2017) patrí v súčasnosti k najväčším výzvam v zdravotníctve bezpečnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o princípoch bezpečnej starostlivosti. Vzdelávanie v oblasti bezpečnosti pacientov sa zameriava na získanie vedomostí, prístupov a zručností, ktoré sú potrebné na podporu zmien v správaní v záujme poskytovania bezpečnejšej starostlivosti. Príručka SZO (2011) je určená na vzdelávanie o bezpečnosti pacientov. Efektívna komunikácia je jedným z programov vzdelávania zdravotníckych pracovníkov o bezpečnosti pacientov. K základným témam vzdelávacieho programu „Ako efektívne komunikovať“ patria napríklad témy: Komunikačné riziko; Ako otvorene komunikovať s pacientom po nežiadúcej udalosti; Získanie informovaného súhlasu; Rešpektovanie kultúr a informovanosť. Autori príručky SZO vychádzali z austrálskych a kanadských noriem. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2021) vyžaduje, aby zdravotnícke organizácie implementovali systémy a procesy na podporu efektívnej klinickej komunikácie a dokumentácie. Cieľom normy Communicating for Safety je zabezpečiť včasnú, účelnú a efektívnu komunikáciu a dokumentáciu, ktorá podporuje nepretržitú, koordinovanú a bezpečnú starostlivosť o pacientov. Komunikácia je rozhodujúca pre poskytovanie bezpečnej starostlivosti o pacienta. Zlyhanie komunikácie, nedostatočná dokumentácia klinických informácií môžu viesť k chybám, nesprávnej diagnóze, nevhodnej liečbe. Kvalitná komunikácia v zdravotníckom zariadení súvisí aj s minimalizáciou konfliktov. Kutlík (2017) si v príspevku kladie otázku ako sú zdravotnícki pracovníci pripravení plniť úlohu komunikátorov a komunikantov, teda poskytovateľov a prijímateľov informácií. Poukazuje pritom najmä na komunikáciu lekárov s pacientmi, ktorá sa v súčasnosti pohybuje v dvoch extrémoch: alebo s nimi hovoria príliš zložito a odborne, alebo nie sú primerane empaticí. V oblasti bezpečnosti pacientov sa zdôrazňuje dôležitosť správnej a včasnej komunikácie (Jang, Lee, Lee, 2022). Ku kľúčovým nástrojom zefektívňujúcim poskytovanie zdravotnej starostlivosti a prenos informácií patrí podľa Dimunovej (2017) aj zavádzanie informačno-komunikačných technológií do zdravotníckej praxe.

Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie sú v Slovenskej republike ustanovené vyhláškou MZ SR č.

444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Pre komparáciu uvádzame legislatívnu normu v Českej republike: „Minimální požadavk pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb“ uverejnenú vo Věstníku MZ ČR, částka 13/2021, s. 2-18. Hoci sú tieto požiadavky vo Vestníku, ktorý obsahuje Metodické opatrenia a Odborné usmernenia považované za predpisy nižšej právnej sily s odporúčacím charakterom, sú pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Českej republike povinné: „*Interní hodnocení kvality a bezpečí představuje pro všechny poskytovatele zdravotních služeb sadu povinných minimálních požadavků pro poskytování kvalitní a bezpečné péče, jejichž obsah bude dle potřeby aktualizován a rozšiřován.*“ Minimálne požiadavky na bezpečnú komunikáciu obsahuje štandard RBC 6 - *Bezpečná komunikace*, ktorý patrí medzi rezortné bezpečnostné ciele. Obsahuje päť ukazovateľov/ minimálnych požiadaviek. Štandard je splnený ak má poskytovateľ splnené ukazovatele kvality a bezpečnosti:

- *„vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk;*
- *zavedeny standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků;*
- *vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření;*
- *vypracovaný postup předávání informací telefonicky osobám určeným pacientem, organům státní správy, organům činných v trestním řízení a dalším osobám, které jsou oprávněny k získání informací o stavu pacienta a médiím;*
- *stanoven způsob ověření realizaci a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, hlášení nežádoucích událostí) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření“.*

Z komparačnej tabuľky č. 1 je zrejmý výrazný rozdiel v stanovených minimálnych požiadavkách na bezpečnú komunikáciu v ústavných zdravotníckych zariadeniach v oboch krajinách.

Tabuľka 1 Komparácia minimálnych požiadaviek na bezpečnú komunikáciu v ústavných zdravotníckych zariadeniach v SR a ČR

<p style="text-align: center;">SR Vyhláška MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta</p>	<p style="text-align: center;">ČR Věstník MZ ČR, částka 13/2021, s. 2-18 Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb</p>
<p> Vypracovaný postup jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov.</p>	<p> Vypracován a zaveden jednotný systém používaných interních zkratk.</p>
<p> Vypracovaný postup na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrujúcemu zdravotníckemu pracovníkovi otázky.</p>	<p> Zavedeny standardní postupy pro případy telefonických ordinací léčivých přípravků.</p>
<p> Vypracovaný postup použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov.</p>	<p> Vypracován postup hlášení kritických hodnot vyšetření.</p>
<p> Vypracovaný postup sledovania a analýzy zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom.</p>	<p> Vypracován postup předávání informací telefonicky osobám určeným pacientem, orgánům státní správy, orgánům činných v trestním řízení a dalším osobám, které jsou oprávněny k získání informací o stavu pacienta a médiím.</p>
<p> Vypracovaný postup na zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím a seniorov.</p>	<p> Stanoven způsob ověření realizaci a účinnosti/efektivity standardu v přímé péči o pacienta (např. interní audit, hlášení nežádoucích událostí) a v případě zjištění nedostatků přijímá nápravná opatření.</p>
<p> Vypracovaný postup opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.</p>	

Zavedením opatrení pre bezpečnú internú komunikáciu v zdravotníckom zariadení sa zníži riziko nedorozumení a následného poškodenia pacienta. Dodržiavanie pravidiel pre bezpečnú komunikáciu je prevenciou pochybení v starostlivosti o pacienta, minimalizujú sa komunikačné bariéry spôsobené vekom, jazykovou alebo kultúrnou

odlišnosťou, úrovňou vzdelania, zmyslovými poruchami, zdravotným stavom pacienta a pod. Pacient musí poskytnutým informáciám rozumieť (Věstník MZ ČR, částka 13/2021, s. 2-18).

Podľa nášho názoru v oboch právnych predpisoch absentujú požiadavky na efektívnu strategickú komunikáciu zameranú na zvládnutie kybernetických bezpečnostných incidentov, napr. na kybernetickú bezpečnosť zdravotných záznamov, ktoré sú tiež súčasťou písomnej komunikácie. Zdravotnícke zariadenia musia dbať na ochranu citlivých zdravotníckych údajov pacientov: zdravotná dokumentácia, osobné údaje a pod. V Českej republike boli zaznamenané kybernetické útoky na nemocnice. Môžu spôsobiť stratu prístupu k rezervačnému systému, údajom pacientov, stratu prístupov k technológiám, čo môže ochromiť fungovanie celej nemocnice. Dubovecká (2023) prezentuje niektoré výzvy v oblasti zabezpečenia údajov pre moderné zdravotníctvo z Akčného plánu do roku 2025 „Kybernetická bezpečnosť resortu zdravotníctví 2021-2025“ :

1. Uchovávanie informácií v zdravotných záznamoch-ochrana pred útokmi hackerov
2. Elektronické zdravotné záznamy a výmena informácií
3. Modernizovať technológie v nemocniciach
4. Mobilné aplikácie-používanie tabletov v zdravotníckych zariadeniach

(Dubovecká,2023).

V nasledujúcom texte prezentujeme výsledky našej štúdie z roku 2024, ktorá bola zameraná na posúdenie dodržiavania legislatívnych požiadaviek na bezpečnú komunikáciu vo vybraných ústavných zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike. Cieľom štúdie bolo analyzovať bezpečnosť poskytovanej zdravotnej starostlivosti v ústavnom zdravotníckom zariadení zhodnotením minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie.

Súbor a metodika

Zber údajov sa uskutočnil v mesiacoch január-apríl 2024 v šestnástich ústavných zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike - vo vybraných oddeleniach a klinikách. 25 sestier hodnotilo plnenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie pomocou check listu - *Záznamu o vyhodnotení splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie* na svojom

pracovisku. Záznam obsahoval pätnásť hodnotených kritérií s použitím metód interného auditu: otázka pre sestru, pozorovanie sestry, posúdenie prostredia, overenie pomôcok, analýza dokumentácie. V prípade, že malo hodnotené oddelenie/ klinika vypracovaný postup - internú smernicu k bezpečnej komunikácii, sestry analyzovali obsahovú náplň dokumentu.

Výsledky a diskusia

Po sumárnej analýze záznamov prezentujeme v tab. 2 výsledky dodržiavania § 2 ods.11 vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Hodnotili sme pätnásť kritérií. Priamo s uvedenou vyhláškou súvisia kritériá č. 1 - hodnotí písm. a); č. 2 - hodnotí písm. b); č. 3 a 15 - hodnotí písm. c); č. 4 a 9 - hodnotí písm. d); č. 5, 11 a 12 - hodnotí písm. e) a č. 6 a 13 - hodnotí písm. f).

Tabuľka 2 Celkové vyhodnotenie splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie

č.	Hodnotenú kritérium	n poskytovateľov z celkového počtu (25)	Plnenie kritéria
1	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov?	7	28 %
2	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrojúcemu zdravotníckemu pracovníkovi otázky?	5	20 %
3	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov?	3	12 %
4	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup sledovania a analýzy zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom?	5	20 %
5	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup na	5	20 %

	zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím a seniorov?		
6	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup opatrení na odstránenie zistených nedostatkov?	11	44 %
7	Boli zamestnanci oboznámení s jednotlivými postupmi?	12	48 %
8	Existuje písomný záznam - prezenčná listina zo školenia?	12	48 %
9	Sleduje a analyzuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti zistené nedostatky pri komunikácii s pacientom?	11	44 %
10	Boli sestry poučené komu majú hlásiť problémy v komunikácii s pacientom?	16	64 %
11	Zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti autonómiu (samostatnosť/nezávislosť) u ľudí s mentálnym postihnutím?	7	28 %
12	Zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti autonómiu (samostatnosť/nezávislosť) u seniorov?	3	12 %
13	Zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nápravu pri zistení nedostatkov súvisiacich s bezpečnou komunikáciou?	7	28 %
14	Dodržiavajú sestry proklientský prístup?	22	88 %
15	Zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti sestram obrazové, písomné komunikačné a inštruktážne pomôcky pre pacientov?	6	24 %

Priemerné hodnotenie (35,2 %) všetkých hodnotených kritérií poukazuje na výrazné nedodržiavanie ustanovení vyhlášky. Celkovo môžeme skonštatovať, že v hodnotených zdravotníckych zariadeniach neboli splnené minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie. Ani jedno z šestnástich hodnotených ústavných zdravotníckych zariadení nedosiahlo hodnotenie v rozpätí 99-81 %, čo považujeme za čiastočné splnenie minimálnych požiadaviek. Výsledky uvedené v tab. 2 považujeme za kritické vzhľadom na bezpečnosť komunikácie. Štúdia Holej (2012) potvrdila významný význam komunikácie v nemocnici. Zamestnanci potvrdili, že komunikácia má vplyv na ich pracovný výkon, správanie, konanie a spokojnosť. Komunikácia je v organizácii zanedbávaným manažérskym nástrojom a štúdia Holej po analýze komunikácie v nemocnici poukázala na podceňovanie významu komunikácie manažmentom zdravotníckeho zariadenia, na nepochopenie a neznalosť obsahu internej komunikácie. Manažéri v nemocniciach

musia reflektovať na neustále zmeny v externom prostredí a implementovať ich do organizácie, riešiť nedostatok financií a pod., takže komunikácia nie je pre manažment nemocníc prioritou. Najčastejšou príčinou problémov v internej komunikácii je podľa manažérov nedostatok času a autorka dodáva aj neznalosť problematiky zo strany riadiacich pracovníkov. Kombinácia týchto príčin spolu s nedostatkom financií komplikuje nastavenie systému bezpečnej a efektívnej komunikácie. Avšak významným aspektom je pozitívny postoj manažérov, ktorí sú ochotní sa zaoberať manažmentom bezpečnosti (Holá, 2012).

Iba sedem poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti v našom súbore z celkového počtu 25 hodnotených malo vypracovanú jednotnú komunikačnú schému pre všetkých zdravotníckych pracovníkov v súlade s § 2 ods. 11, písm. a) vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Po obsahovej analýze tohto postupu konštatujeme, že je značná rôznorodosť medzi komunikačnými schémami v hodnotených nemocniciach (tab. č. 3), resp. niektoré postupy nemôžeme považovať za komunikačnú schému. Komunikačná schéma slúži na grafické vyjadrenie komunikačného procesu v organizácii, mala by byť prehľadná a zrozumiteľná.

Tabuľka 3 Obsah jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov

ÚZZ	Popis komunikačnej schémy
3	Knihy komunikačných štandardov, ktorá obsahuje: <ul style="list-style-type: none"> - prínosy efektívnej komunikácie pre zdravotnícky personál - prínosy efektívnej komunikácie pre manažment zdravotníckych zariadení - prínosy efektívnej komunikácie pre pacienta - efektívna komunikácia - základné princípy - efektívna komunikácia - komunikačné stratégie - podmienky pre dodržanie štandardu
7	Nemocnica má vypracovaný interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta, článok VI. o bezpečnej komunikácii obsahuje 13 bodov týkajúcich sa bezpečnej komunikácie v zdravotníckom zariadení.
8	Rozhovor s pacientom na stanovenie diagnózy
11	V internom systéme je vypracovaná procesná mapa a zároveň je tam uvedený postup ako s procesnou mapou pracovať, kto, kedy zadáva podnety na nové úlohy a postup šírenia týchto požiadaviek.
12	V nemocnici máme procesnú mapu, v ktorej sú body týkajúce sa internej komunikácie. Zverejňovanie informácií je prostredníctvom IS MEDIS. Externú komunikáciu realizuje hovorca.
23	Obsahuje štandardizované postupy pre komunikáciu s pacientmi, inými pracovníkmi a týkajúce sa záznamov.

29	Vedenie zabezpečilo vytvorenie vhodných spôsobov komunikácie formou porád na všetkých úrovniach riadenia, prostredníctvom zverejňovania informácií na portáli QPR a prostredníctvom riadenej dokumentácie.
----	--

Vysvetlivky: ÚZZ - ústavné zdravotnícke zariadenie

Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová (2017) sa vo svojej štúdií zamerali na posúdenie kultúry bezpečnosti pacienta v nemocniciach na Slovensku tak, ako ju vnímajú sestry a posúdenie jej vplyvu na percepciu stupňa bezpečnosti pacientov. Autorky použili dotazník The Hospital Survey on Patien Safety Culture (HSOPSC). Po analýze domén nemocničnej kultúry bezpečnosti pacienta zistili, že ani v jednej doméne nebolo dosiahnuté skóre 75 %. Za optimálnu kultúru bezpečnosti sa považuje dosiahnutie skóre pozitívnych odpovedí 75 % a viac. V doménach týkajúcich sa bezpečnej komunikácie boli dosiahnuté nasledovné výsledky: Spätná väzba a komunikácia v súvislosti s pochybeniami- skóre 74,10 %; Odovzdávanie informácii - skóre 53,20 % a v doméne Otvorená komunikácia - skóre 50,06 %. Podľa Ross (2018) je príčinami neefektívnej komunikácie z hľadiska bezpečnosti u sestier nedostatočná komunikácia o pacientovom stave s inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, nedostatočná interpretácia a dokumentácia klinických nálezov.

Druhé hodnotené kritérium bolo zamerané na dodržanie písm. b) v § 2 ods.11 vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z., ktorým sme zisťovali, či má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup na zabezpečenie dostatočného času na konzultáciu s pacientom tak, aby pacient mohol popísať svoj zdravotný stav a jeho súvislosti a mal možnosť klásť ošetrovateľovi zdravotníckemu pracovníkovi otázky. Iba päť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti z 25 hodnotených má vo vnútornom predpise stanovený časový interval v minútach na konzultáciu s pacientom (tab. č. 4). V priemere je časový interval vymedzený na 15 minút.

Tabuľka 4 Časový interval v minútach stanovený v postupe na konzultáciu s pacientom

ÚZZ	Stanovenie časového intervalu
6	Na konzultáciu s pacientom približne 15 minút.
7	Časový interval na konzultáciu s pacientom je 15 - 20 minút.
8	Časový interval je v postupe stanovený v rozsahu 10 - 15 minút na jedného pacienta a v závislosti od aktuálnych schopností a stavu daného pacienta.
18	Časový interval stanovený na konzultáciu s pacientom je 10 minút. Z toho je 6 minút vyhradených na rozhovor s pacientom a zvyšné 4 minúty sú vyhradené na otázky zo strany pacienta.
23	Časový interval stanovený na konzultáciu s pacientom sa líši v závislosti od danej situácie a v akom zdravotnom stave sa pacient nachádza. Avšak stanovuje sa približne 15 minút na konzultáciu, aby bolo dostatočné množstvo času na vyšetrovanie, vypočutie pacienta.

Ďalšie negatívne zistenie odhalené v našej štúdií sa týkalo postupu použitia alternatívnych komunikačných techník medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom vrátane poskytnutia obrazových a písomných komunikačných a inštruktážnych pomôcok pre pacientov. Iba traja poskytovatelia majú vypracovaný daný postup (tab.5). V praxi absentujú piktogramy a iné komunikačné pomôcky. Sestry sú nútené vyrábať svojpomocne niektoré komunikačné pomôcky, aby umožnili a uľahčili komunikáciu s pacientmi.

Tabuľka 5 Alternatívne komunikačné techniky používané v ústavnom zdravotníckom zariadení

ÚZZ Alternatívne komunikačné techniky	
4	Obrázky
8	Kartičky s obrázkami a slovami, predmety zodpovedajúce danému slovu (napr. nožnice, striekačka, mydlo), pero, papier, mobilný telefón, tablet
23	Používanie audiovizuálnych pomôcok na vysvetlenie komplikovaných procedúr a postupov pacientom a ich rodinám. Používanie ilustrácií na vizuálne vysvetlenie zložitých postupov, ako sú napríklad rôzne typy anestézie, monitorovanie vitálnych funkcií a liečebné postupy. Rôzne symboly na komunikáciu s pacientmi, ktorí majú obmedzené jazykové schopnosti alebo sú neschopní hovoriť. Edukačné videá - poskytujú rodinám lepšie porozumenie.

Alternatívnou komunikáciou dočasne alebo trvale kompenzujeme prejavy poruchy alebo postihnutia u osôb s postihnutím reči a písania. Alternatívne komunikačné systémy sa používajú ako náhrada hovorenej reči, aby jedinec s poruchou komunikácie mohol vyjadrovať svoje potreby a zdieľať svoje pocity alebo zážitky. Tento spôsob komunikácie využívame u pacientov po mozgovej mŕtvi, po úraze mozgu, s dysfáziou, s dyzartriou, u jedincov s mentálnym postihnutím alebo poruchou autistického spektra. Komunikáciu uľahčujú piktogramy, používanie znakovkej reči, prstová abeceda, dotyková abeceda, obrázkový komunikačný systém, atď. Vedenie ústavných zdravotníckych zariadení v našej štúdií nezabezpečuje sestram a ostatným zdravotníckym pracovníkom alternatívne komunikačné pomôcky, čo významne ohrozuje bezpečnosť pacientov.

Päť poskytovateľov z 25 hodnotených má vypracovaný postup na sledovanie a analýzu zistených nedostatkov pri komunikácii s pacientom v súlade s písm. d), § 2, ods. 11 vyhlášky MZ SR č. 444/ 2019 Z.z. Zaujímalo nás aké najčastejšie nedostatky boli zistené pri komunikácii s pacientom a akým spôsobom sa sledujú nedostatky pri komunikácii s pacientom. Medzi najčastejšie negatíva komunikácie patrí nedostatok času na rozhovor s pacientom, poskytnutie veľkého množstva informácií alebo naopak

nedostatočné informovanie, poučenie; používanie odbornej terminológie, pacient nevie s kým hovorí; nízka úroveň empatie u zdravotníckych pracovníkov; nevyužívanie neverbálnej komunikácie.

Nedostatky počas komunikácie s pacientom sa sledujú viacerými spôsobmi, ale najčastejšie pomocou dotazníkov. Druhým frekventovaným spôsobom je podanie podnetu na riaditeľstvo nemocnice, najmä ako sťažnosť na neprofesionálny proklientský prístup zdravotníckeho pracovníka k pacientovi alebo rodinným príslušníkom. Zisťovali sme, či zabezpečuje poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti nápravu pri zistení nedostatkov súvisiacich s bezpečnou komunikáciou a aké opatrenia boli zrealizované na odstránenie zistených nedostatkov. Na základe analýzy dotazníkov sa konkrétne podnety riešia ihneď; adresné sťažnosti sa riešia osobne s konkrétnym zamestnancom; v niektorých zdravotníckych zariadeniach sa uskutočnili vzdelávacie aktivity zamerané na komunikáciu; vypracovanie piktogramov a iných alternatívnych komunikačných pomôcok. Lee et al. (2016) potvrdzuje, že úroveň bezpečnosti pacientov v nemocnici ovplyvňuje spätná väzba a komunikácia o chybách, účinné odovzdávanie informácií a tímová spolupráca.

Päť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti z 25 hodnotených má vypracovaný postup na zabezpečenie autonómie u ľudí s mentálnym postihnutím a seniorov. Na zabezpečenie autonómie ľudí s mentálnym postihnutím sa využíva hospitalizácia s rodinným príslušníkom/ zákonným zástupcom a jeho prítomnosť počas vyšetrení a zákrokov, čo výrazne uľahčuje komunikáciu s pacientom s mentálnym postihnutím. Zabezpečenie autonómie seniorov je kľúčové pre podporu ich dôstojnosti, samostatnosti a kvality života. K základným princípom bezpečnej komunikácie so seniormi, aby sme zabezpečili ich autonómiu patrí: komunikáciu prispôbiť zníženému zmyslovému vnímaniu - poruchy sluchu a zraku, dostatočná hlasitosť, prispôbiť veľkosť písma v písomných dokumentoch, používanie jednoduchých slov, bez odbornej terminológie a devalvačných prejavov; s rešpektovaním dôstojnosti; využívať neverbálnu komunikáciu. Ross (2018) uvádza, že senior - pacient v Spojených štátoch navštevuje priemerne sedem rôznych lekárov. Iba 40 % pacientov si spomenie na informácie, ktoré im poskytli ich lekári a z týchto 40 % pacientov len polovica vedela správne interpretovať poskytnuté informácie.

Odporúčania pre prax

Odporúčania pre prax adresujeme manažmentu zdravotníckych zariadení.

1. Implementovať a dodržiavať legislatívne požiadavky vyplývajúce z vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z.z.
2. Vypracovať jednotlivé smernice – postupy, priebežne ich aktualizovať a dopĺňať.
3. Realizovať pravidelné interné audity zamerané na plnenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.
4. Vzdelávať zamestnancov o bezpečnosti pacienta, bezpečnej komunikácii.
5. Zabezpečiť pre zdravotníckych pracovníkov dostatočné množstvo alternatívnych komunikačných pomôcok

Bezpečnosť komunikácie je v nemocniciach zanedbávaná a podceňovaná. Nastavenie systému bezpečnej a efektívnej komunikácie komplikuje aj postoj riadiacich pracovníkov, pre ktorých nie je bezpečná komunikácia prioritou.

Výsledky našej štúdie odhalili nedodržiavanie legislatívnych požiadaviek ohľadom bezpečnej komunikácie v praxi. Očakávali sme podstatne lepšie skóre dodržiavania minimálnych požiadaviek na bezpečnú komunikáciu. Za pozitívum môžeme považovať čiastočný záujem vedúcich sestier na hodnotených pracoviskách o nápravu, vypracovanie a zabezpečenie aspoň niektorých smerníc a postupov, ktoré sú v ich kompetencii vzhľadom na pracovné zaradenie; zorganizovanie alebo umožnenie účasti sestier na vzdelávacích aktivitách zameraných na bezpečnú komunikáciu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2021). *Communicating for Safety Standard. The National Safety and Quality Health Service*. [online]. <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety-standard>

Dimunová, L (2017). Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Recenzovaný zborník vedeckých prác „Ošetrovateľstvo 2020 - trendy, zmeny a budúcnosť“*. Rožňava : VŠ sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sány Salkaháziovej v Rožňave, 2017. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 80-87.

Dubovecká, K (2023). Datová komunikace ve zdravotnictví: Přenos zdravotních dat a telemedicína. *Kybez*. [online]. <https://kybez.cz/datova-komunikace-ve-zdravotnictvi-prenos-zdravotnich-dat-a-telemedicina/>

Holá, J (2012). Význam interní komunikace v managementu nemocnice. *Profese online-recenzovaný časopis pro zdravotnické obory*. V(1): 5-10.

Jang, H, Lee, M, Lee, NJ (2022). Communication education regarding patient safety for registered nurses in acute hospital settings: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 12(2):e053217. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053217>

Kilíková, M et al. (2020). *Bezpečnosť pacienta - ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti*. Příbram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 158s. ISBN 978-80-88206-18-7.

Klucho, J (2017). Efektívna komunikácia v zdravotníctve. *Právo a manažment v zdravotníctve*. [online]. <https://www.pravovzdravotnictve.sk/sk/casopis/pravo-a-manazment-v-zdravotnictve/efektivna-komunikacia-v-zdravotnictve.m-254.html>

Kutlík, F (2017). Komunikácia ako forma prevencie pred konfliktami. *Právo a manažment v zdravotníctve*. [online]. <https://www.pravovzdravotnictve.sk/sk/casopis/pravo-a-manazment-v-zdravotnictve/pocet-pacientov-u-poskytovateľa-zdravotnej-starostlivosti.m-267.html>

Lee, Sh et al. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 16:254 <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1502-7>

Noviyanti, LW, Ahsan, A, Sudartya TS (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res*. 10(2): 2225. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2225>

Ross, J (2018). Effective Communication Improves Patient Safety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 33 (2): 223-225. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.01.003>

Sedlák, M (2008). *Základy manažmentu*. Bratislava : Iura Edition, Wolters Kluwer. s. 257-263. ISBN 978-80-8078-193-4.

Sovariová Soosová, M, Zamboriová, M, Murgová, A (2017). Hospital patient safety culture in Slovakia. *Ošetrovatelstvo : teória, výskum, vzdelávanie*. 1(1)12-19.

SZO. (2011). *Průručka k osnově o bezpečí pacientů: Multiprofesní edice*. 274s. ISBN 978 92 4 150195 8.

Věstník MZ ČR. (2021). *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb*.13: 2-18.

Vyhláška MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.

6 HODNOTENIE BEZPEČNOSTI PACIENTA V OBLASTI DODRŽIAVANIA PRÁV PACIENTOV V ÚSTAVNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Ciele kapitoly:

1. Poukázať na dodržiavanie práv pacientov ako významný aspekt bezpečnosti

Charta práv pacientov zaväzuje sestry vykonávať prax tak, aby chránili práva pacientov na bezpečnú a kvalitnú starostlivosť. Obhajovanie práv pacientov a zaistenie bezpečnosti a kvality starostlivosti o pacienta je pre sestry výzvou (Nsiah, Siakwa, Ninnoni, 2019). Napĺňanie roly sestry advokátky pacientov spočíva v oboznámení pacientov s ich právami, ubezpečení sa, že pacienti majú všetky potrebné informácie na rozhodovanie a podporovaní pacientov v ich rozhodnutí. Každý má právo uplatňovať svoj názor. Podľa Špidurovej, Královej (2007) sa sesterská profesijná rola „advokátka pacienta“ uplatňuje a prakticky napĺňa tam, kde pacient nepozná, nie je schopný, nevie alebo je pre neho obtiažne si účinne saturovať svoje potreby. Sestra sa v týchto situáciách stáva obhajkyňou pacienta a chráni jeho záujmy s cieľom zabrániť poškodeniu pacienta, minimalizovať riziká a situácie, ktoré by mohli viesť k žalobe za poskytnutú starostlivosť. Podľa Grahama (2012) je advokácia v ošetrovatelstve jedinečná a líši sa od ostatných v tom, že sa zameriava na zdravotný stav, zdroje zdravotnej starostlivosti, potreby pacientov. Bu, Jezewski (2007) a Kalaitzidis, Jewell (2015) uvádzajú, že advokácia v ošetrovatelstve zvyšuje bezpečnosť pacientov a zabezpečuje kvalitu starostlivosti o pacienta. Podľa autorov koncept advokácie pozostáva z troch atribútov: zabezpečenie autonómie pacienta, konanie v mene pacientov a presadzovanie sociálnej spravodlivosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Zabezpečenie autonómie pacienta predstavuje sériu špecifických opatrení, ktoré rešpektujú a podporujú sebaurčenie pacienta v situáciách, keď je pacient kompetentný a chce sa zapojiť do ošetrovateľskej starostlivosti. Musia byť však splnené dve podmienky: prvou je, že jednotlivci majú primárnu zodpovednosť za svoje vlastné zdravie a zdravotnícki pracovníci majú povinnosť rešpektovať a/alebo podporovať zdravie pacientov. Druhá podmienka spočíva v tom, že jednotlivci sú kompetentní robiť vlastné rozhodnutia a konať vo svojom mene, hoci na to môžu potrebovať informácie a pomoc.

Druhý základný atribút-konanie v mene pacientov predstavuje sériu špecifických opatrení, ktoré chránia a zastupujú hodnoty, výhody a práva pacientov v situáciách, keď si pacienti nie sú schopní pomôcť a zastupovať sa sami. V takýchto situáciách obhajoba znamená, že sestry musia zastupovať pacientov, keď sú ohrozené ich práva a výhody.

Tretím kľúčovým atribútom obhajoby je presadzovanie sociálnej spravodlivosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Význam tohto kľúčového atribútu je založený na etike. Zdôrazňuje zákonné práva a záujmy pacientov, spravodlivosť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

V ošetrovateľskej literatúre existuje niekoľko definícií pojmu advokácia. Podľa Bu, Jezewski (2007) sa obhajoba pacientov chápe ako proces alebo stratégia pozostávajúca zo série špecifických opatrení na ochranu, zastupovanie a/alebo ochranu práv, najlepších záujmov a hodnôt pacientov v systéme zdravotnej starostlivosti. Dôraz na bezpečnosť pacientov zvýšil význam a úlohu advokácie v klinickej praxi, ale ani po 30-tich rokoch nemá koncept obhajoby pacientov jednotnú definíciu a výskum v tejto problematike je obmedzený (Nsiah, Siakwa, Ninnoni, 2019). V ošetrovateľskej profesii sa kladie dôraz na úlohu obhajoby pacientov. V skutočnosti ju však sestry v systéme zdravotnej starostlivosti plne neuplatňujú (Kalaitzidis, Jewell, 2015). Zo strany pacientov sú dôvodmi neznalosť, nevedomosť o svojich právach; nezáujem o uplatňovanie a presadzovanie práv; pasivita pacienta; nereálne očakávania pacienta; nedôvera pacienta; zlé predchádzajúce skúsenosti pri uplatňovaní svojich patientskych práv.

Vláda SR prijala v roku 2001 Chartu práv pacientov v Slovenskej republike. Medzi najčastejšie uplatňované práva a povinnosti pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti patrí:

1. Právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služby s ňou súvisiace vrátane cezhraničnej zdravotnej starostlivosti.
2. Právo na výber poskytovateľa.
3. Povinnosť poskytnúť alebo sprostredkovať nevyhnutnú pomoc každému v nebezpečenstve smrti alebo javí známky závažnej poruchy zdravia ak tým závažným spôsobom neohrozí svoj život alebo zdravie.
4. Právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie telesnej a psychickej integrity.
5. Právo na informácie týkajúce sa zdravotného stavu.
6. Právo na informácie o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

7. Právo odmietnuť poskytnutie zdravotnej starostlivosti.
 8. Právo na rozhodnutie o účasti na výučbe alebo biomedicínskom výskume.
 9. Právo na odmietnutie odoberania a prenosu orgánov, tkanív a buniek po smrti.
 10. Právo na zachovanie mlčanlivosti o údajoch týkajúcich sa zdravotného stavu a súvisiacich skutočnostiach.
 11. Právo na zmiernenie utrpenia.
 12. Právo na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov.
 13. Povinnosť zabránenia prenosu choroby, označenia zdroja nákazy a určenia okruhu osôb, ktoré mohli byť nakazené v prípade, že je osoba nakazená prenosnou chorobou.
- (Charta práv pacientov v Slovenskej republike, 2001).

Minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov a osôb podľa osobitného predpisu v SR ustanovuje § 2 ods.12 vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Požiadavky sú splnené, ak má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup

- a) transparentného a jednotného spôsobu informovania pacientov o ich právach,
- b) sledovania a vyhodnotenia dodržiavania práv pacientov,
- c) bezpečnej úschovy a uloženia cenných predmetov pacientov,
- d) opatrení na odstránenie zistených nedostatkov.

Na plnenie týchto legislatívnych požiadaviek sme sa zamerali v našej štúdii. Cieľom štúdie bolo zhodnotiť dodržiavanie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov v ústavnom zdravotníckom zariadení vo vybraných zdravotníckych zariadeniach.

Súbor a metodika

Zber údajov sa uskutočnil v marci 2025 v jedenástich ústavných zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike - vo vybraných oddeleniach a klinikách. 33 sestier hodnotilo plnenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov pomocou check listu - *Záznamu o vyhodnotení splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov* na svojom pracovisku. Záznam obsahoval pätnásť hodnotených kritérií s použitím metód interného auditu:

otázka pre sestru, pozorovanie sestry, posúdenie prostredia, overenie pomôcok, analýza dokumentácie. V prípade, že malo hodnotené oddelenie/ klinika vypracovaný postup - internú smernicu k bezpečnej komunikácii, sestry analyzovali obsahovú náplň dokumentu. Minimálne požiadavky boli splnené pri dosiahnutí počtu 15 bodov /100%. Minimálne požiadavky boli čiastočne splnené pri dosiahnutí počtu 14-13 bodov (99-81%); a minimálne požiadavky neboli splnené pri dosiahnutí počtu 12 a menej bodov (80% a menej).

Výsledky a diskusia

Priemerná hodnota plnenia všetkých 15 kritérií v check liste vo vybraných zdravotníckych zariadeniach bola 65 %.

Tabuľka 6 Celkové vyhodnotenie splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov v ústavnom zdravotníckom zariadení

č.	Hodnotené kritérium	Plnenie kritéria
1	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup transparentného a jednotného spôsobu informovania pacientov o ich právach?	27 %
2	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup sledovania a vyhodnotenia dodržiavania práv pacientov?	6 %
3	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup bezpečnej úschovy a uloženia cenných predmetov pacientov?	64 %
4	Má poskytovateľ ústavnej zdravotnej starostlivosti vypracovaný postup opatrení na odstránenie zistených nedostatkov?	12 %

Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti vo vybraných zdravotníckych zariadeniach nespĺňajú minimálne požiadavky na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v požiadavke práv pacientov. Poskytovatelia ústavnej zdravotnej starostlivosti nemajú vypracovaný postup transparentného a jednotného spôsobu informovania pacientov o ich právach v zmysle § 2 ods.12 písm. a) vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta. Túto požiadavku spĺňa iba 27 % poskytovateľov (tab.č.6). Za veľmi negatívne zistenie z našej štúdie považujeme skutočnosť, že iba 6 % poskytovateľov sleduje a vyhodnocuje dodržiavanie práv pacientov a má vypracovaný jednotný postup. Pozitívnym zistením bolo, že 64 % poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti má vypracovaný postup bezpečnej úschovy a uloženia cenných predmetov pacientov podľa

§ 2 ods. 12 písm. c) citovanej vyhlášky. Avšak je potrebné skonštatovať, že ani toto kritérium nebolo splnené, nakoľko dosahuje hodnotu 80 % a menej.

Sestry zaznamenávajú pri prijíme úschovu a uloženie cenných pacientových predmetov a poučia pacientov o úschove osobných vecí na vlastnú zodpovednosť. Vypracovaný postup opatrení na odstránenie zistených nedostatkov podľa §2 ods. 12, písm. d) malo v našom súbore iba 12 % poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zisťovali sme aj, či pacienti poznajú svoje práva počas hospitalizácie. Až 85 % respondentov uviedlo kladnú odpoveď. Najčastejšie je Charta práv pacientov umiestnená na viditeľnom mieste na oddelení. Iba 18 % poskytovateľov oboznámilo svojich zamestnancov s minimálnymi požiadavkami na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov o tomto existuje záznam - prezenčná listina zo školenia.

Bártlová, Hajduchová, Kimmer (2014) sa vo svojom výskume zamerali na zmapovanie zapojenia pacientov do poskytovania bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti a sústredili sa na dodržiavanie práv pacientov. Autori upozorňujú na dodržiavanie právneho vzťahu medzi pacientom a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Proces presadzovania práv pacientov v zdravotníckom zariadení začína dodržiavaním práv a pokračuje edukovaním pacientov, ale aj zdravotníckych pracovníkov o právach pacientov. Dodržiavanie práv pacientov patrí k základným aspektom bezpečnosti poskytovanej starostlivosti. Za kľúčové autori považujú, či bol pacient oboznámený so svojimi právami, či im porozumel a či bol oboznámený s chodom oddelenia. 76 % pacientov v ich štúdií potvrdilo, že boli pri prijatí do nemocnice oboznámení so svojimi právami a 70 % pacientov bolo oboznámených s režimom oddelenia, na ktorom boli hospitalizovaní.

Podľa Bu, Jezewski (2007) sa obhajoba pacientov chápe ako proces alebo stratégia pozostávajúca zo série špecifických opatrení na ochranu, zastupovanie a/alebo ochranu práv, najlepších záujmov a hodnôt pacientov v systéme zdravotnej starostlivosti. Autori sa domnievajú, že na optimálnu obhajobu pacientov musia sestry vedieť, v akých situáciách pacienti potrebujú obhajcu, aké sú najlepšie záujmy pacientov v konkrétnej situácii a aké opatrenia je potrebné podniknúť na ochranu, zastupovanie a/alebo ochranu pacientov. Pre sestry je pri konaní ako obhajcovia pacientov veľmi dôležité poznať ich záujmy. Iba vtedy, keď sestry vedia, aké sú v konkrétnej situácii najlepšie záujmy pacientov, budú aktivity obhajoby pacientov zmysluplné, bude im poskytnutá primeraná starostlivosť a ich potreby budú uspokojené. Komunikácia s pacientmi a/alebo ich rodinami je dôležitá na pochopenie ich najlepších záujmov. Je nevyhnutné,

aby sestry konali ako obhajcovia pacientov, aby boli motivované k advokácii práv pacientov. Ak sestry nemajú vedomosti a zručnosti súvisiace s obhajobou pacientov, je potrebné ich vzdelávať, identifikovať bariéry, ktoré sestrám bránia v naplnení tejto roly. Konceptia obhajoby/ advokácie v ošetrovatelstve je známa od 70. rokov 20. storočia v súvislosti s právami pacientov. Napriek tomu sú názory na povahu a rozsah obhajoby v ošetrovatelstve polarizované, a to aj medzi sestrami samotnými. Graham (2012) uvádza, že sú vystavené rozporom, paradoxom a môže to spôsobiť konflikty v rámci systému zdravotnej starostlivosti. Bezpečnosť v oblasti dodržiavania práv pacientov je v nemocniciach zanedbávaná a podceňovaná, preto je veľmi dôležité, aby riadiaci pracovníci zmenili svoj postoj k legislatívnym požiadavkám a nastavili bezpečný a efektívny systém. Na základe výsledkov z tejto štúdie adresujeme manažmentom zdravotníckych zariadení odporúčania pre prax.

Odporúčania pre prax

6. Implementovať a dodržiavať legislatívne požiadavky vyplývajúce z vyhlášky MZ SR č. 444/2019 Z.z.
7. Vypracovať jednotlivé smernice – postupy, priebežne ich aktualizovať a dopĺňať.
8. Realizovať pravidelné interné audity zamerané na plnenie minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta.
9. Vzdelávať zamestnancov o bezpečnosti pacienta.

Advokácia sestier môže mať mnoho podôb a na rôznych úrovniach zdravotnej starostlivosti, preto musia sestry jasne rozumieť svojej úlohe pri obhajobe pacientov (Mitchel, 2020). Sestra presadzuje, obhajuje a chráni práva, zdravie a bezpečnosť pacienta. Podľa autoriek je možné definovať advokáciu v ošetrovatelstve ako takmer všetko, čo sestry robia v mene pacienta. Pacienti sa spoliehajú, že sestry konajú v ich najlepšom záujme, podporujú autonómiu pacientov, vzdelávajú pacientov a udržiavajú ich v bezpečí.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Asociácia na ochranu práv pacientov. *Charta práv pacientov v Slovenskej republike*. (2025). www.aopp.sk

Bártlová, S, Hajduchová, H, Kimmer, D (2014). Práva pacientů jako jeden z aspektů bezpečnosti poskytované péče z pohledu pacientů. *Recenzovaný zborník Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatel'stva. s. 9-18. ISBN 978-80-89544-68-4 2014.

Bu, X, Jezewski, MA (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1):101-110.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>

Graham, K (2012). Patient advocacy in nursing practice: A systematic literature review. *Tuas BA Thesis*, 54(4), 5–39. [online]. [Cited 11.06.2025].
<https://www.theseus.fi/handle/10024/49063>

Charta práv pacienta v SR. (2001). https://www.slovensko.sk/sk/zivotne-situacie/zivotna-situacia/_prava-pacientov/

Kalaitzidis, E, Jewell, P (2015). The concept of advocacy in nursing: A critical analysis. *Health Care Manager*, 34(4), 308–315.
<https://doi.org/10.1097/HCM.000000000000079>

Mitchel, J (2020). The Role Of Travel Nurses In Patient Advocacy. *AMN Healthcare*. [online]. [Cited 11.06.2025].
<https://www.onwardhealthcare.com/resources/blog/nursing-news/the-role-of-nurses-in-patient-advocacy/>

Nsiah, C, Siakwa, M N, innoni, JPK (2019). Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting. *Nurs Open*. 6(3): 1124-1132.
<https://doi.org/10.1002/nop2.307>

Špirudová, L, Králová, J (2007). Sesterská profesní role“advokátka pacienta. *Med. Pro Praxi*. 1:32-34.

Vyhláška MZ SR č. 444/2019 Z. z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta

7 HODNOTENIE BEZPEČNOSTI PACIENTA V OBLASTI BEZPEČNOSTI PRI POUŽÍVANÍ LIEKOV A ICH UCHOVÁVANÍ

Ciele kapitoly:

1. Opísať typy medikačných pochybení, ich príčiny a preventívne opatrenia
2. Charakterizovať aktuálne medzinárodné aktivity zamerané na prevenciu medikačných pochybení
3. Opísať nové aspekty a zistenia z medzinárodných štúdií o medikačných pochybeniach sestier

WHO definuje medikačné pochybenia ako „*udalosti, ktorým sa dá predísť a môžu spôsobiť poškodenie zdravia pacienta alebo ohrozenie jeho zdravia*“. Medikačné pochybenia sa môžu vyskytnúť pri predpisovaní liekov, objednávaní, označovaní, balení, podávaní, edukácii pacientov a sledovaní účinkov. Podľa údajov WHO dochádza v USA denne k jednej medikačnej chybe u jedného pacienta. Najviac chýb nastáva pri podávaní liekov: nesprávna dávka lieku, liek podaný nesprávnejmu pacientovi, nesprávny spôsob podania, v nesprávny čas, podanie nesprávneho lieku, podanie preexpirovaného lieku alebo nepodanie predpísaného lieku. K príčinám medikačných pochybení patrí nedostatočná komunikácia, nepozornosť, chybné výpočty, nedodržanie postupov, ale často je to kombinácia mnohých faktorov (WHO, 2011; WHO, 2017a; WHO 2017b; WHO 2021). Európska lieková agentúra (EMA) definuje liekové pochybenie ako „*neúmyselné zlyhanie v procese farmakoterapie, ktoré vedie alebo môže viesť k poškodeniu pacienta*“ pričom nešpecifikuje, kto je pôvodcom pochybenia (Hartwig, Denger, Schneider, 2022). Nežiaduce udalosti spojené s podávaním liekov majú multifaktorálnu povahu. Nastane kombinácia udalostí, ktoré spoločne vedú k poškodeniu pacienta. V snahe eliminovať medikačné pochybenia je dôležité identifikovať všetky faktory, ktoré prispievajú k medikačným pochybeniam: pacient a jeho zdravotný stav, užívanie viacerých liekov, predpisovanie liekov viacerými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, pacienti s kognitívnymi poruchami, pacienti, ktorí nemajú záujem o edukáciu, pacienti v bezvedomí, pacienti s poruchou komunikácie, cudzinci, ktorí nerozumejú. Osobitne rizikovou skupinou, ktorá je vystavená medikačným chybám, sú novorodenci, dojčatá a malé deti v dôsledku výpočtu

potrebnej dávky, množstva lieku (MacDowell, Cabri, Davis, 2021; WHO, 2021; WHO 2023).

S rastúcou závislosťou od medikamentózneho terapie ako primárnej intervencie pri väčšine ochorení, sú pacienti vystavení potenciálnym rizikám. Medikačné omyly sú významnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti; predstavujú jedno zo 131 ambulantných úmrtí a jedno z 854 úmrtí hospitalizovaných pacientov. Hughes, Blegen (2008) definujú chybu pri podávaní liekov ako *„akúkoľvek udalosť, ktorej sa dá predísť a ktorá môže spôsobiť alebo viesť k nevhodnému užívaniu liekov alebo poškodeniu pacienta, kým je liek pod kontrolou zdravotníckeho pracovníka, pacienta alebo spotrebiteľa“* Lieky so zložitými dávkovacími režimami a tie, ktoré sa podávajú v špecializovaných pracoviskách (napr. jednotky intenzívnej starostlivosti, diagnostické a intervenčné centrá) sú spojené so zvýšeným rizikom medikačných pochybení. Hughes, Blegen uvádzajú, že úmrtia pacientov v súvislosti s chybami pri podávaní liekov nastali po užití liekov ovplyvňujúcich centrálny nervový systém a kardiovaskulárny systém. K úmrtiu pacientov došlo v 40,9 % prípadov po podaní nesprávnej dávky, v 16 % prípadov po podaní nesprávneho lieku a v 9,5 % prípadov v dôsledku nesprávnej cesty podania lieku.

Nežiaduce účinky liekov a nežiaduce reakcie na podaný liek sú definované ako nežiaduce udalosti, ktoré sú dôsledkom užívania liekov. Nežiaduca reakcia na liek je definovaná ako *„nežiaduca reakcia spojená s užívaním lieku, ktorá buď znižuje terapeutickú účinnosť, zvyšuje toxicitu alebo oboje.“* Nežiaduce reakcie sa môžu prejaviť ako hnačka alebo zápcha, vyrážka, bolesť hlavy alebo iné nešpecifické príznaky (Hughes, Blegen, 2008).

Veľmi dôležitým pravidlom, ktorým by sa sestry mali riadiť pri podávaní liekov, je 5S: správny liek, správny spôsob podania, správny čas, správna dávka a správny pacient (Tesař et al., 2022). MacDowell, Cabri, Davis (2021) doplnili toto pravidlo o ďalšie 4S: správna forma, správna dokumentácia, správna originalita liečiva a správna reakcia.

Napriek snahám o zníženie chýb prostredníctvom zavádzania nových technológií a zefektívnenia procesov zostávajú chyby pri podávaní liekov rozšírené. MacDowell, Cabri, Davis (2021) uvádzajú, že v prehľade 91 štúdií priameho pozorovania chýb pri podávaní liekov v nemocniciach a zariadeniach dlhodobej starostlivosti výskumníci odhadli medián miery chybovosti počas podávania liekov 8 % – 25 %. Intravenózne podanie malo vyššiu mieru chybovosti, pričom odhadovaná mediánová miera (vrátane chýb v načasovaní) sa pohybovala od 48 % do 53 %. Podstatná časť chýb pri podávaní liekov sa vyskytuje u hospitalizovaných detí. Je to do značnej miery spôsobené zložitou

pediatrického dávkovania na základe hmotnosti, ktoré zahŕňa dávky liekov na základe výpočtov z hmotnosti. Variabilita hmotností použitých na výpočet môže zvýšiť chyby v dávkovaní liekov. Vzhľadom na túto variabilitu je príprava dávky u detí mimoriadne náročná, čo zvyšuje riziko nesprávneho podania dávky.

Mimo nemocničného prostredia sú pacienti a ošetrojúci pracovníci tiež vystavení vysokému riziku chýb. Chyby v domácnosti sa vyskytujú s frekvenciou 2 až 33 %. Najčastejšie hlásenými chybami pri podávaní liečiv sú nesprávna dávka, vynechané dávky a nesprávne lieky. Medzi faktory prispievajúce k chybám v domácom prostredí patrí nízka zdravotná gramotnosť alebo absencia zdravotnej gramotnosti, slabá komunikácia medzi poskytovateľom a pacientom.

Samostatnou kategóriou medikačných pochybení sú vysoko rizikové lieky, napríklad antikoagulantia, ktoré pri chybnom použití pravdepodobne spôsobia značné poškodenie. K piatim liekom s vysokou mierou rizika patrí inzulín, opiáty a narkotiká, injekčný koncentrát chloridu draselného (alebo fosfátu), intravenózne antikoagulantia (heparín) a roztoky chloridu sodného s koncentráciou nad 0,9 percenta (Hughes, Blegen, 2008).

Prevalencia a dopad chýb pri medikácii sa líši v závislosti od použitej metódy detekcie. V zahraničných štúdiách bol hodnotený vplyv medikačných pochybení na morbiditu a mortalitu pacientov, avšak skutočný počet nie je známy z dôvodu absencie hlásení medikačných chýb. Väčšina úmrtí súvisela s predávkovaním a podaním nesprávneho lieku. Tretina medikačných pochybení, ktorá bola nahlásená, bola zapríčinená sestrami vo fáze podávania liekov. Sestry môžu stráviť až 40 % svojho pracovného času podávaním liekov. Najčastejšie sa sestry dopúšťali chýb pri podávaní injekčných liekov (predávkovanie a podanie nesprávneho lieku pacientovi). Z analyzovaných faktorov príčin dominoval ľudský faktor (65,2 %). Hughes, Blegen opisujú až pätnásť typov chýb pri podávaní liekov: nesprávny liek, nesprávna dávka, nezisťovanie alergie, nepodanie lieku, nesprávny čas, nesprávna frekvencia, nesprávna technika podania lieku, lieková interakcia, nesprávna cesta podania, nedostatočné monitorovanie po podaní lieku, chyba v príprave lieku, podanie preexpirovaného lieku a iné (Hughes, Blegen, 2008).

Na prevenciu medikačných pochybení sa v praxi používajú tzv. „nízkotechnologické“ (low-tech) a „vysokotechnologické“ (high-tech) stratégie. K nízkotechnologickým opatreniam zaraďujeme:

1. štandardizovanú komunikáciu - na zabezpečenie správnej medikácie sa používajú komunikačné štandardy zdravotníckych systémov.

2. vzdelávanie pacientov - na zmiernenie rizika je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci používali jasné komunikačné stratégie a pravidelne pacientov edukovali, najmä pri úprave liečebného režimu. Vzdelávanie pacientov je kľúčovou súčasťou liečby, najmä pri vysokorizikových liekoch, ako je napríklad antikoagulačná liečba. Pacienti musia byť dôkladne edukovaní, aby pochopili indikácie liečby, očakávané výsledky liečby, prejavy nežiaducich udalostí.

3. optimalizáciu ošetrovateľských pracovných postupov s cieľom minimalizovať chyby – závažným nedostatkom počas procesu podávania liekov v zdravotníckych zariadeniach sú mnohé rušivé faktory, ktoré sú spojené so zvýšeným rizikom chýb. Minimalizácia prerušení počas podávania liekov a zavádzanie bezpečnostných kontrol prostredníctvom štandardizovaných pracovných postupov sú kľúčovými stratégiami na uľahčenie bezpečného podávania liečiv. Tiež sa odporúča zriadiť na pracovisku bezpečnú zónu (samostatná miestnosť), kde budú sestry pripravovať lieky bez prerušenia, vyrušovania. Inštitút pre bezpečné postupy pri podávaní liekov (ISMP) odporúča trojitú kontrolu liekov pred podaním. Až 93 % chýb možno odhaliť prostredníctvom tohto pracovného postupu (MacDowell, Cabri, Davis, 2021). Ďalším kľúčovým nástrojom pre zdravotnícke systémy je realizácia auditov liekovej bezpečnosti. Audity procesu podávania liekov nielen potvrdzujú dodržiavanie štandardov, ale môžu tiež poukázať na systémové procesy, ktoré je potrebné zlepšiť, aby sa uľahčilo dodržiavanie predpisov sestrami.

Medzi vysokotechnologické opatrenia (high-tech riešenia) bežne implementované v zdravotníckych systémoch patria: skenovanie čiarových kódov liekov na zabezpečenie správneho podávania liekov, náramky pacientov na potvrdenie správneho lieku a správneho pacienta, inteligentné infúzne pumpy na intravenózne podávanie a na potvrdenie správnej rýchlosti podávania. Štúdia chýb pri podávaní liekov s komplexnou technológiou čiarového kódovania/elektronického podávania liekov zistila 41 % zníženie chýb a 51 % zníženie potenciálnych nežiaducich účinkov liekov (MacDowell, Cabri, Davis, 2021). Používanie inteligentných infúzných púmp alebo infúzných púmp so softvérom na zníženie chýb dávky (DERS) sa v posledných rokoch výrazne zvýšilo. V roku 2017 88 % nemocníc v USA používalo inteligentné infúzne pumpy. Pokroky v oblasti bezpečnosti si vyžadujú komplexný, systémovo orientovaný prístup, ktorý zohľadňuje všetky aspekty procesu užívania liekov s aktívnym zapojením zdravotníckych pracovníkov, špecialistov na informatiku a automatizáciu, odborníkov na bezpečnosť a reguláciu, ako aj pacientov a ich rodín (MacDowell, Cabri, Davis, 2021).

V roku 2019 WHO stanovila tému „Liekky bez ujmy“ pre tretiu Globálnu výzvu pre bezpečnosť pacientov s cieľom znížiť závažné, predvídateľné škody súvisiace s liekmi o 50 % v priebehu nasledujúcich piatich rokov. Celosvetovo sa náklady spojené s chybami pri podávaní liekov odhadujú na 42 miliárd USD ročne. Tretia globálna výzva WHO pre bezpečnosť pacientov: *Liekky bez ujmy* navrhuje riešenia na odstránenie mnohých prekážok, ktorým dnes svet čelí, aby sa zabezpečila bezpečnosť liečebných postupov. Cieľom WHO je dosiahnuť široké zapojenie a záväzok členských štátov WHO a profesijných organizácií na celom svete k znižovaniu škôd spojených s liekmi. Iniciatíva bola oficiálne spustená na druhom globálnom ministerskom summite o bezpečnosti pacientov v Bonne v Nemecku 29. marca 2017 (WHO 2017a; WHO 2017b; WHO 2021).

Ujma súvisiaca s liekmi sa považuje za predvídateľnú, ak k nej dôjde v dôsledku identifikovateľnej príčiny a jej opakovaniu sa možno vyhnúť úpravou procesu alebo dodržiavaním pokynov. Správa WHO (2023) „Global burden of preventable medication-related harm in health care A systematic review“ priniesla systematický prehľad a metaanalýzu štúdií v medzinárodnej literatúre o prevalencii, povahe a závažnosti ujmy súvisiacej s liekmi, ktorej sa dá predísť. Súhrnná prevalencia predvídateľných škôd súvisiacich s liekmi vo všetkých štúdiách bola 5 % (1 z 20 pacientov). Štvrtina škôd bola závažná alebo potenciálne život ohrozujúca. Celosvetovo sú najvyššie miery prevalence predvídateľných škôd súvisiacich s liekmi u pacientov liečených na geriatrických jednotkách (17 %) a u pacientov vo vysoko špecializovanej alebo chirurgickej starostlivosti (9 %). Celkovo sa 53 % všetkých škôd súvisiacich s liekmi, ktorým sa dá predísť, vyskytla vo fáze „objednávania/predpisovania“ a 36 % vo fáze „monitorovania/hlásenia“. Z liekov, ktoré najviac prispievajú k pochybeniam patria antibakteriálne lieky, antipsychotiká, kardiovaskulárne lieky, lieky na funkčné gastrointestinálne poruchy, endokrinná terapia, hypnotiká, sedatíva a nesteroidné protizápalové lieky.

Ujma pacienta počas zdravotnej starostlivosti je hlavnou príčinou chorobnosti a úmrtnosti na celom svete a bezpečnosť liekov je medzinárodnou prioritou. Globálna výzva pre bezpečnosť pacientov: *Liekky bez ujmy* je zameraná na štyri oblasti: pacienti a verejnosť, zdravotnícki pracovníci, lieky a systémy a postupy liečby (WHO, 2023).

V zdravotníckom zariadení je príprava a podávanie liekov rizikovou činnosťou vyžadujúcou dodržiavanie bezpečnostných pravidiel a protokolov, ktoré definujú správnu manipuláciu s liekmi, ich prípravu a skladovanie. Sestry musia pripravovať lieky v dobe ich podania a podľa hygienicko-epidemiologických požiadaviek. Pre sestry je

podávanie liekov rutinnou činnosťou, ale súčasne aj jednou z najrizikovejších, pretože môže spôsobiť vážne poškodenie zdravia pacienta. Z tohto dôvodu musia sestry disponovať vedomosťami o liečivách, ich hlavných a vedľajších účinkoch, o skladovaní, označovaní a bezpečnej likvidácii. Sestra je povinná zapísať podanie lieku do zdravotnej dokumentácie pacienta, monitorovať účinky podaných liekov. Medikačné pochybenia sú najčastejšou nežiadúcou udalosťou pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, tvoria až 19 % všetkých pochybení sestier. Vzhľadom k mimoriadnej dôležitosti procesu medikácie je nutné nájsť stratégie, ktoré tento proces urobia čo najbezpečnejším.

Podľa následkov na zdravie pacienta vypracovala v roku 1996 Národná koordinačná rada pre hlásenie a prevenciu chýb v liekoch v USA (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCCMERP) Index liekových pochybení (Medication Error Index), ktorý klasifikuje pochybenia podľa stupňa závažnosti. V roku 2022 bol index revidovaný (tabuľka 7).

Okrem klasifikácie medikačných pochybení podľa následkov sa používa aj klasifikácia podľa časového aspektu, ktorá rozlišuje medikačné pochybenia akútne a latentné s oneskoreným efektom.

Tabuľka 7 Index liekových pochybení

Katégorieia	Popis
Bez pochybenia	
A	Okolnosti alebo udalosti, ktoré môžu spôsobiť liekovú chybu
Pochybenie bez poškodenia pacienta	
B	Pochybenie, ale liek sa k pacientovi nedostal
C	Pochybenie zasiahlo pacienta, ale nespôsobilo mu ujmu
D	Pochybenie, na základe ktorého je nutné zvýšené monitorovanie pacienta, ale nenastalo poškodenie zdravia
Pochybenie, poškodenie pacienta	
E	Pochybenie, na základe ktorého je potrebná liečba alebo zákrok a spôsobilo pacientovi dočasné poškodenie zdravia
F	Pochybenie, ktoré predĺžilo hospitalizáciu pacienta a spôsobilo dočasné poškodenie zdravia pacienta
G	Pochybenie s trvalými následkami pre pacienta
H	Pochybenie, ktoré ohrozuje život pacienta (napr. anafylaxia, zástava srdca)
Pochybenie, smrť	
I	Pochybenie s následkom smrti pacienta

Zdroj: spracované podľa Hartwig, Denger, Schneider, NCCMERP, 2022

NCC MERP vypracovala medzinárodný program hlásenia chýb pri podávaní liekov (ISMP MERP) pre zdravotníckych pracovníkov, ktorý umožňuje zdieľať potenciálne alebo skutočné chyby pri podávaní liekov, ku ktorým došlo na ich pracovisku. Hlásenie

je jednoduché a dôverné. NCC MERP rozlišuje pojmy: medikačné pochybenie - nežiaduce reakcie lieku – chyby pri podávaní liekov. Nežiaduca reakcia lieku je definovaná ako poškodenie, ktoré je dôsledkom dávky lieku. Nežiadúca reakcie lieku je podtypom medikačného pochybenia. „Preventabilná nežiaduca reakcia“ je poškodenie spôsobené použitím lieku v dôsledku chyby (napr. pacientovi bola podaná normálna dávka lieku, ale liek bol u tohto pacienta kontraindikovaný). „Nepreventabilná nežiaduca reakcia“ je poškodenie spôsobené liekom, ku ktorému dochádza pri vhodnom použití liekov (napr. anafylaxia z penicilínu u pacienta, pričom pacient nemal v predchádzajúcej anamnéze alergickú reakciu) (NCCMERP, 2015).

Pre zdravotnícke zariadenie sú konzekvencie medikačných pochybení spojené s finančnými nákladmi, stratou reputácie, stratou dôvery. Medikačnými chybami v ošetrovatelstve sa v Slovenskej a Českej republike zaoberalo vo svojich štúdiách niekoľko autorov. Brabcová et al. (2022) uvádzajú, že pochybenia spojené s farmakoterapiou sú častým typom hlásených nežiaducich udalostí. Cieľom štúdie autorského kolektívu bolo identifikovať pochybenia pri podávaní liekov sestrami a opísať bariéry v hlásení medikačných pochybení. V štúdiu bol použitý štandardizovaný dotazník Medication Administration Error Survey (MAE survey). Kvantitatívny výskum bol realizovaný v štyroch nemocniciach Juhočeského kraja na vzorke 112 sestier. Autori dospeli k záverom, že k rizikovým faktorom, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť medikačných pochybení, patria podobné názvy liekov a časté zmeny v ordinácii liekov. Iba 16 % až 21 % medikačných pochybení je sestrami nahlásených. Dôvodom je strach z obviňovania, strach z reakcie nadriadených alebo represívne opatrenia vedenia nemocnice. Autori odporúčajú opatrenia, ktoré by znížili výskyt medikačných pochybení: vytvoriť kultúru bezpečnosti a spravodlivosti, zaviesť netrestajúci systém hlásenia nežiaducich udalostí, implementovať elektronickú preskripciu liekov, organizovať pravidelné vzdelávacie aktivity. Aj podľa Neugebauer et al. (2021) sú medikačné pochybenia najčastejšou príčinou vzniku komplikácií a úmrtí pacientov v zdravotníckom zariadení. V USA ročne zomrie 9000 pacientov v dôsledku medikačných pochybení. Autori vo svojej štúdiu potvrdili, že prevažuje ľudský faktor ako príčina medikačných chýb. Väčšina medikačných pochybení je neúmyselná a nezámerná. Pochybenie pri podaní liečiva je definované ako akýkoľvek rozdiel medzi prepísanou terapiou a tým, čo je pacientovi podané. Najrizikovejšou skupinou pacientov sú detskí pacienti, u ktorých je výskyt medikačných pochybení až trikrát vyšší a vedie k zvýšeniu morbiditity i mortality. Malá-Ládová et al. (2024) uvádzajú, že v nemocnici je

každý desiaty hospitalizovaný pacient ohrozený pochybením zdravotníckych pracovníkov. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že sestry nedržali najmä časový odstup od jedla (19 %) a podali pacientovi generikum bez vedomia lekára (4,47 %). Viac ako 40 % podaní liekov sa uskutočnilo bez identifikácie pacienta. Negatívnym zistením, najmä pre vedenie nemocníc, bola nedostatočná hygiena rúk pred podávaním liečiv. Do prevalencie sledovaných medikačných pochybení výrazne zasiahlo použitie nesprávnej liekovej formy, ktorá má zásadný vplyv na terapeutickú hodnotu liečiva. Najmä pri podávaní perorálnych liekov je nevhodné ich drvenie alebo delenie. Významným aspektom je aj interakcia s potravou a použitým nápojom. Zníženie výskytu medikačných pochybení je v súčasnosti dávané do súvislosti s modernými technológiami, ktoré sú však finančne nákladné. V Slovenskej republike neexistuje inštitúcia, ktorá by sa zaoberala medikačnými pochybeniami podobne ako je to v USA.

Tesař et al. (2022) navrhujú ďalší výskum medikačných pochybení v ošetrovatelstve zamerať na sledovanie nevhodných návykov sestier pri podávaní liekov (hygiena rúk, identifikácia pacienta, trojitá kontrola lieku, vyrušenie sestry); na manažment podávania liekov v ústavnom zdravotníckom zariadení vo vzťahu k potrave a nápojom, lebo môžu výrazne ovplyvňovať terapeutickú hodnotu liečiv. Autori odporúčajú sledovať adhérenciu dodržiavaním tzv. „five rights“ t.j. 5S, resp. 9S postupu podávania liečiv.

Hulková (2010) odporúča implementovať metódu six sigma ako nástroj na elimináciu chýb aj pri podávaní liečiv. Filozofia metódy je postavená na tom, že vo všetkých procesoch sa môžu vyskytovať chyby, ktoré majú za následok – v prípade poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti – ujmu na zdraví, zvýšenie finančných nákladov, nespokojnosť pacientov. Úrovne sigma ukazujú s akou pravdepodobnosťou sa v procese vyskytne chyba. Vyššie úrovne sigma reprezentujú činnosti, resp. procesy, pri ktorých dôjde s väčšou pravdepodobnosťou k chybe. Chyby v procesoch je možné eliminovať rôznymi postupmi tak, že sa identifikujú a systematicky odstránia skutočné príčiny problému. Metodika six sigma ponúka systematický prístup k analýze príčin a znižovaniu výskytu chýb s cieľom zvýšiť bezpečnosť a spokojnosť pacientov. Mnohé zdravotnícke zariadenia v zahraničí sa rozhodli implementovať tento model do praxe v záujme bezpečia svojich pacientov, ale aj zamestnancov. Autorka použila metódu six sigma na vypracovanie analýzy miery rizika pri ošetrovateľských výkonoch. Aplikácia metódy bola použitá na príklade ošetrovateľského štandardu podávania infúzie. Procesné kritériá v ošetrovateľskom štandarde boli rozdelené do ôsmich procesných krokov:

1. overenie totožnosti pacienta,
2. overenie prítomnosti alergie,
3. príprava infúzie (samotné vpravenie ordinovaných liečiv do infúzneho roztoku),
4. označenie infúzneho roztoku po nariadení identifikačnými údajmi,
5. aplikácia infúzie,
6. nastavenie rýchlosti podávania infúzie,
7. ukončenie výkonu,
8. dokumentácia výkonu.

Mieru rizika pri podávaní infúzie stanovovalo 124 sestier z vybraných zdravotníckych zariadení v SR. Po spracovaní údajov bol ako najrizikovejší identifikovaný subproces „Príprava infúzie“ a najmenej rizikový „Ukončenie výkonu“.

Pomocou metódy Six Sigma možno odhaliť najrizikovejší procesný krok vo všetkých štandardných ošetrovateľských postupoch, identifikovať a definovať problém v procese, následne ho merať, analyzovať, zlepšiť a navrhnúť konkrétne opatrenia. Six sigma je metóda na elimináciu chýb v akýchkoľvek procesoch a na svoje uplatnenie v ošetrovateľstve zatiaľ čaká. Implementácia tejto metódy redukuje chyby, šetrí náklady, zvyšuje prestíž zdravotníckeho zariadenia a zlepšuje bezpečnosť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Prevenia medikačných pochybení sestrami spočíva v dodržiavaní zásad a postupov pre správne podávanie liekov a manipuláciu s nimi, správnom označení lieku, správnej identifikácii pacienta, trojitej kontrole lieku, podávaní liekov priamo pred pacientom, minimalizovaní vyrušenia sestry počas prípravy alebo podávania liekov, v realizácii auditov štandardov podávania rôznych foriem liekov (Brabcová, Bártlová, Tóthová, Svobodová, 2014). Podľa Brabcovej (2022) má organizácia práce výrazný vplyv na riziko pochybení zdravotníckych pracovníkov. Medzi rizikové faktory, ktoré podľa sestier zvyšujú pravdepodobnosť medikačného pochybenia, patrí: veľký počet ordinovaných liekov u jedného pacienta (69,7 %), vyrušenie pri výkone (57,2 %), nedostatok personálu (26 %), nedostatok školení (25,0 %). Sestry sa obávajú nahlasovať medikačné pochybenia. Ochota sestier hlásiť pochybenia štatisticky významne klesala s vekom a dĺžkou praxe sestier (Brabcová, 2022).

Systémový prístup k bezpečnosti zdôrazňuje ľudský faktor a predpokladá, že k chybám dôjde, a to aj v najlepších organizáciách s najlepšimi ľuďmi, ktorí v nich pracujú. Tento prístup sa zameriava na identifikáciu predisponujúcich faktorov

v pracovnom prostredí alebo systémoch, ktoré vedú k chybám. Reasonov model príčinnej súvislosti nehôd opisuje tri podmienky, ktoré predpovedajú chybu:

1. *Latentné podmienky* – organizačné procesy, manažérske rozhodnutia, nedostatok personálu, fluktuácia.
2. *Podmienky spôsobujúce chyby* – faktory prostredia, jednotlivca alebo úlohy, ktoré ovplyvňujú výkon, ako je rozptýlenie a prerušenie,
3. *Aktívne zlyhania* – chyby, omyly spôsobené napr. nepozornosťou, porušením pravidiel, postupov (Hughes, Blegen, 2008).

Z výskumu Brabcová, Bártlová, Prokešová (2014) vyplynulo, že medzi najčastejšie pochybenia v ošetrovateľskej praxi patria medikačné omyly a prenos nákaz súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou. Riziká medikačných chýb je možné výrazne znížiť správnou identifikáciou pacienta pred podaním liečiv, získaním liekovej anamnézy, najmä o možných alergiách, zefektívniť komunikáciu medzi sestrami a lekármi, lebo až 60 % liekových pochybení nastáva práve z dôvodu nedostatočnej komunikácie medzi nimi. Autorky odporúčajú odstrániť komunikačnú bariéru verifikačným procesom o ordinácii liekov. K ďalším preventívnym opatreniam patrí zreteľné označenie rizikových liekov, podávanie liekov z originálneho balenia priamo pred pacientom, podávanie liekov pomocou automatizovaného systému, eliminovať v maximálnej miere systémové príčiny: vyrušovanie sestier počas prípravy a podávania liekov, technickým chybám predchádzať napr. kalibráciou a servisnými prehliadkami techniky (infúzne pumpy a dávkovače), znížiť pracovné zaťaženie sestier a administratívne činnosti. Účinnou prevenciou medikačných chýb je vzdelávanie sestier o nových liekoch, postupoch alebo technike; dodržiavanie postupov a štandardov. Každá chyba by mala vyvolať diskusiu prečo sa incident, nežiaduca udalosť stala a čo je potrebné urobiť, aby sa minimalizovalo riziko tejto udalosti, omylu v budúcnosti.

Stratégia hlásenia chýb sú kľúčové pre implementáciu účinných prístupov na úrovni systému na zníženie chýb pri medikácii a nežiaducich účinkov. Aby bolo hlásenie chýb pri medikácii účinné, musí byť priebežné a súčasťou procesu neustáleho zlepšovania kvality. Avšak sestry dobrovoľne nahlásia chyby pri podávaní liekov len v 10 % - 25 % prípadov najmä zo strachu z reakcie vedenia.

Na detekciu medikačných chýb sa používa hlásenie o incidentoch, retrospektívne kontroly záznamov a priame pozorovanie. Priame pozorovanie podávania liekov v porovnaní so záznamom o podávaní liekov odhaľuje väčšinu chýb pri podávaní; nedokáže však odhaliť chyby pri objednávaní a v niektorých systémoch ani chyby pri

prepisovaní a vydávaní liekov. Autori uvádzajú, že kontrola záznamov odhalila 7 % pozorovaných chýb, hlásenia o incidentoch odhalili iba 1% a priame pozorovanie dokázalo odhaliť až 80 % skutočných chýb pri podávaní, čo je oveľa viac ako použitím iných metód.

Lieková bezpečnosť závisí od systému, procesov a ľudského faktora, ktoré sa môžu v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach výrazne líšiť. Medzi systémové faktory, ktoré môžu ovplyvniť bezpečnosť podávania liekov, patrí počet zamestnancov, vedomosti a zručnosti sestier, pracovná záťaž, dĺžka zmeny, zdravotný stav pacientov, pracovné podmienky a organizačná kultúra. Medzi procesné faktory, ktoré ovplyvňujú podávanie liekov, patria latentné zlyhania, ktoré môžu vyvolať udalosti vedúce k chybám, ako sú administratívne a technologické procesy, klinické procesy a faktory, ako sú prerušenia a rozptýlenia. Zo zahraničných výskumných štúdií vyplynulo niekoľko návrhov stratégií na zvýšenie bezpečnosti liekov. Stratégie zamerané na systém zahŕňajú navýšenie počtu sestier, zníženie pracovnej záťaže, používanie bezpečnostných protokolov, zavedenie nových technológií. Medzi faktory zamerané na proces patrí minimalizácia rozptyľovania a prerušovania počas podávania liekov, hodnotenie a monitorovanie reakcií pacientov na lieky. Ľudský faktor možno eliminovať vzdelávaním sestier.

Existuje rozsiahly a stále rastúci počet výskumov zaoberajúcich sa bezpečnosťou liekov v zdravotnej starostlivosti. Autori sa zhodujú v tom, že sestry majú jedinečnú pozíciu v identifikácii chýb, omylov a nežiaducich udalostí, čo poskytuje príležitosť na zmeny procesov, aby sa zvýšila kvalita a bezpečnosť poskytovanej starostlivosti (Hughes, Blegen, 2008).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Brabcová, I et al. (2022). Vyhodnocení medikačních pochybení v nemocničním prostředí. *Vnitř Lék.* 68(E-6): 3-9. <https://doi.org/10.36290/vnl.2022.084>

Brabcová, I (2022). Management rizik při přípravě a podávání léčiv sestrou. *Recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí: Cesta k modernímu ošetrovatelství.* Praha : Fakultní nemocnice v Motole. s.66-67. ISBN 978-80-87347-42-3.

Brabcová I, Bártlová S, Tóthová V, Svobodová D. (2014). Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. *Onkologie.* 8(4): 178-181.

Brabcová, I, Bártlová, S, Prokešová, R (2014). Nejčastější pochybení v ošetrovatelské praxi a způsoby jejich prevence. *Recenzovaný zborník Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve.* Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva.s.19-28. ISBN 978-80-89544-68-4.

Hartwig, SC, Denger, SD, Schneider, PJ. (2022). Types of Medication Errors. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [online]. <http://www.nccmerp.org/types-medication-errors>

Hughes, RG, Blegen, MA (2008). *Medication Administration Safety.* In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2656/>

Hulková, V (2010). Metóda Six Sigma v ošetrovatelstve. *Sestra.* s.14

MacDowell, P, Cabri, A, Davis, M (2021). Medication Administration Errors. PSNet [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-administration-errors#>

Malá Ládová, K et al. (2024). Pochybení vyskytující se při podání léčiv sestrou hospitalizovaným pacientům: observačně-intervenční studie. *Klin Farmakol Farm.* 38(1):9-14. <https://doi.org/10.36290/far.2024.002>

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. (2015). Contemporary View of Medication Related Harm. A New Paradigm. 2pp.

Neugebauer, J et al. (2021). Příčiny a intervence medikačního pochybení ve zdravotnických zařízeních. *Čes. slov. Farm.* 70, 43-50.

Tesař, O et al. (2022). Bezpečnost podávání léčiv sestrou pacientům v lůžkových zdravotnických zařízeních: přehled literatury. *Klin Farmakol Farm.* 36(4):140-145. <https://doi.org/10.36290/far.2022.023>

WHO. (2017a). Medication Without Harm. [online]. [Citované 25.06.2025]. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

WHO. (2017b). The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. [online]. [Citované 25.06.2025].
<https://www.who.int/publications/i/item/BLT.17.198002>

WHO. (2021). *Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva : Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 108p. ISBN 978-92-4-003270-5. ISBN 978-92-4-003271-2 (print version).

WHO (2011). *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva : WHO. 274p.

WHO. (2023). Global burden of preventable medication-related harm in health care A systematic review. ISBN 978-92-4-008888-7 (electronic version) 42pp.

8 BEZPEČNOSŤ SESTIER A PACIENTOV V DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Ciele kapitoly:

1. Opísať špecifiká bezpečnosti v poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti
2. Identifikovať najčastejšie nežiaduce udalosti, ktorým sú vystavené sestry v domácej starostlivosti

Celosvetovo rastie počet osôb, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí prináša jedinečné riziká a nebezpečenstvá, keďže je nekontrolované a rozmanitejšie ako v zdravotníckom zariadení (Gross et al., 2013). Význam bezpečnosti pacientov v domácej starostlivosti sa zvýšil v súvislosti s presunom zdravotnej starostlivosti z nemocničnej do komunitnej a domácej, pretože umožňuje ľuďom s chorobami a/alebo zdravotným postihnutím zostať vo svojom domácom/prirodzenom sociálnom prostredí (Morioka, Kashiwagi, 2021). Domáca starostlivosť by mala byť poskytovaná v bezpečnom prostredí so zreteľom na bezpečnosť pacientov a poskytovateľov (Berland et al., 2012). Bezpečnosť pacienta v domácej starostlivosti je mnohostranný koncept, ktorý zahŕňa fyzický, psychický, sociálny a praktický rozmer (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008).

Domáca starostlivosť je prirodzený spôsob starostlivosti o človeka. Domáca ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí slúži na zabezpečenie fyzických, psychických, sociálnych, duchovných a paliatívnych potrieb osoby. Poskytovaná je prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa Medzinárodnej organizácie sestier pre domácu starostlivosť by mala ošetrovateľská starostlivosť v ADOS vychádzať z praxe založenej na dôkazoch a výskumu. Sestry majú povinnosť vykonávať prax založenú na dôkazoch, ktoré zvyšujú kvalitu a bezpečnosť starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí pacienta. V roku 2024 bolo v zmluvnom vzťahu s VŠZP v Slovenskej republike 173 agentúr, v ktorých je zamestnaných viac ako 800 sestier. Pri súčasnom počte obyvateľov SR na 1 sestru v ADOS pripadá 6 432 obyvateľov alebo približne 250 osôb vo veku 80 a viac rokov (MZ SR, 2023).

Práca sestier v rámci domácej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje vysokú mieru odbornosti, empatie a schopnosti identifikovať a manažovať rôzne riziká, ktoré môžu ovplyvniť bezpečnosť pacientov, ale aj bezpečnosť sestier samotných. Sestry musia byť schopné zvládať nepredvídateľné situácie, ktoré sú spojené s emocionálnou záťažou, stresom, strachom, frustráciou a adaptovať sa na rôzne prostredia.

Sestry pracujúce v domácej starostlivosti sú vystavené vyššiemu riziku násillia vrátane slovného urážania, vyhrážok a fyzického napadnutia, ktoré môže pochádzať od pacientov, rodinných príslušníkov a môže viesť k problémom s duševným zdravím sestier. K špecifickým atribútom bezpečnostných hrozieb v domácej ošetrovateľskej starostlivosti patria agresívne domáce zvieratá.

Bezpečnosť pacienta v domácom prostredí predstavuje identifikáciu, analýzu a manažment rizík súvisiacich s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti s cieľom dosiahnuť čo najbezpečnejšiu starostlivosť. Nežiaduca udalosť je akákoľvek neočakávaná udalosť, ktorá spôsobila alebo mohla spôsobiť neúmyselné poškodenie pacienta postupom sestier. Je klasifikovaná ako preventabilná a nepreventabilná. Príčinou môže byť chyba zdravotníckeho pracovníka alebo chyba v systéme. Nežiaduca udalosť môže súvisieť priamo s výkonom, vynechaním výkonu, porušením smerníc, štandardov, omylom, nedbanlivosťou (Kožuchová, 2014; Kožuchová 2019; Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; Shahrestanaki et al., 2022; Hughes, 2008).

Definícia nežiaducej udalosti v prostredí domácej starostlivosti nie je jednoznačná. Podľa WHO bola nežiaduca udalosť definovaná ako udalosť, ktorá spôsobí neúmyselné poškodenie pacienta, ku ktorému dôjde počas poskytovania starostlivosti (Kilíková et al., 2020).

Riziká v domácej starostlivosti sa líšia od rizík v inštitucionálnej starostlivosti. Podľa Vaartio-Rajalin et al. (2022) je miera výskytu incidentov ohrozujúcich bezpečnosť pacientov o 60 % vyššia v neinštitucionálnom prostredí ako v zdravotníckych zariadeniach.

V prevencii nežiaducich udalostí zohrávajú sestry v domácej starostlivosti dôležitú úlohu manažovaním a skríningom bezpečnostných rizík (Morioka, Kashiwagi, 2021).

The Joint Commission publikovala pre rok 2025 Národné ciele bezpečnosti v domácej starostlivosti. Organizácie domácej starostlivosti by mali mať integrovaný prístup k bezpečnosti pacientov, aby bolo možné poskytnúť bezpečnú starostlivosť každému pacientovi v každom prostredí. Súčasťou integrovaného bezpečnostného systému je aj kultúra bezpečnosti. Spoločná komisia poskytuje agentúram domácej

starostlivosti manuál - Komplexnú akreditačnú príručku pre domácu starostlivosť, ktorá obsahuje štandardy súvisiace s národnými cieľmi (The Joint Commission, 2025a; 2025b).

8.1 BEZPEČNOSŤ SESTIER PRACUJÚCICH V DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Domáca starostlivosť je rastúcim trendom, ktorý pacientom ponúka vybrané a diverzifikované služby v pohodlí ich domova a personalizovanú starostlivosť. Sestry v domácej starostlivosti poskytujú vysokokvalitnú a bezpečnú starostlivosť spôsobom, ktorý rešpektuje autonómiu pacienta a zohľadňuje individuálne charakteristiky domácnosti a rodiny každého pacienta (Ellenbecker et al., 2008). Sestry musia byť v domácom prostredí pripravené na situácie, ktoré sa výrazne líšia od situácií v nemocničnom prostredí. Sestry sú konfrontované s domácnosťami, ktoré pre ne predstavujú potenciálne riziká, od fyzických až po emocionálne stresory. Riadenie rizík v domácej starostlivosti je náročné z viacerých dôvodov. Sestry môžu byť ohrozené samotným prostredím v domácnosti, faktormi priamo súvisiacimi s poskytovaním starostlivosti, napríklad infekcie, nedostatočnou odbornou prípravou v oblasti bezpečnosti a z dôvodu absencie priameho dohľadu na ich prácu, keďže do domácnosti pacienta prichádza väčšinou iba jedna sestra. Sestry sú tak vystavené rôznym psychosociálnym rizikám, násiliu, obávajú sa o vlastnú bezpečnosť (De Jong et al., 2014; Berland et al., 2012; Silverglow et al., 2023).

Cieľom našej ďalšej štúdie bolo analyzovať pomocou interpretačnej fenomenologickej kvalitatívnej analýzy skúsenosti sestier v domácej ošetrovateľskej starostlivosti s nežiaducimi udalosťami.

Súbor a metodika

Štúdia mala kvalitatívny dizajn založený na interpretačnej fenomenologickej analýze (IPA)-hĺbkovom opise emócií, názorov, zažitej skúsenosti, rozprávání sestry, opis jej skúsenosti s nežiaducou udalosťou z hľadiska bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti. Výskumný výber pozostával zo siedmich participantiek, ktoré pracovali ako sestry v ADOS. Na zber údajov sme použili pološtruktúrovaný rozhovor. Rozhovory boli realizované v marci 2025. Záznamy rozhovorov boli transkribované a analyzované. Kategorizácia odpovedí bola založená na opakujúcich sa tematických jednotkách. Získané údaje boli analyzované interpretačnou fenomenologickou analýzou. IPA

zaujíma fenomenologické, hermeneutické a idiografické stanovisko; objasňuje, ako participanti dávajú zmysel svojim skúsenostiam, ako ich prežívajú a ako o nich rozprávajú (Smith, Osborn, 2015). Interpretačná fenomenologická analýza je kvalitatívny prístup, ktorého cieľom je poskytnúť podrobné skúmanie osobnej prežitej skúsenosti. Vytvára opis prežitej skúsenosti vo vlastných pojmoch. IPA Smith, Osborn (2015) odporúčajú na skúmanie tém, ktoré sú zložité, nejednoznačné a emocionálne zaťažené. Idiografické zameranie znamená, že cieľom IPA je poskytnúť pohľad na to, ako daná osoba v danom kontexte dáva zmysel danému javu. Zvyčajne sa tieto javy týkajú skúseností určitého osobného významu. Odporúčaný postup pri analýze údajov deskriptívnou fenomenologickou metódou je nasledovný: (1) dôkladné preskúmanie zozbieraných údajov, prepisy nahrávok rozhovorov, opakované prečítanie prepisov; (2) analýza textu; (3) identifikácia kľúčových prvkov, významných výrokov, ich farebné rozlíšenie. Vety s podobným významom boli označené rovnakou farbou, aby sa identifikovali spoločné asociácie, znaky a rozdiely. (4) extrahovanie významových jednotiek textu; (5) zoskupenie, usporiadanie významov do tém; (6) pomenovanie kategórií. Pri príprave a realizácii štúdie sme postupovali podľa kontrolného zoznamu Konsolidovaných kritérií pre podávanie správ o kvalitatívnom výskume (COREQ) (Tong et al., 2007).

Po opakovanom čítaní a dôslednom oboznámení sa s textom sme si vypracovali počiatkové poznámky. Využili sme vlastný hovorový štýl sestier a vyhľadávali kľúčové slová či výrazy ako strach, emocionálna záťaž na vytvorenie významových jednotiek textu, z ktorých sme generovali systém kategórií, zoznam identifikovaných tém. Po individuálnej analýze nasledovala krížová analýza, v ktorej boli medzi jednotlivými prípadmi identifikované podobnosti, rozdiely, vzájomné vzťahy, ako i opakujúce sa témy. Kvalitatívna analýza ôsmich pološtruktúrovaných rozhovorov priniesla štyri hlavné témy, ktoré sa vzťahovali k skúsenostiam sestier s nežiadúcimi udalosťami v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Naše interakcie vo výskume neboli ovplyvnené osobnou skúsenosťou, ale len teoretickými poznatkami o skúmanej téme. Individuálne opisy skúseností participantiek slúžia na vykreslenie ich jedinečných skúseností tak, ako sa objavili v rozhovore a spoločné témy na poukázanie podobností a rozdielností medzi skúsenosťami participantiek. V tabuľke 8 sú uvedené základné charakteristiky participantiek.

Tabuľka 8 Demografické údaje sestier a charakteristika nežiaducej udalosti

Participantky	Charakteristika nežiadúcej udalosti	Vek	Vzdelanie	Dĺžka praxe v ADOS
Participantka 1	skúsenosť so sexuálnym obťažovaním	44	stredoškolské	5
Participantka 2	skúsenosť s fyzickým napadnutím	58	stredoškolské	14
Participantka 3	skúsenosť s fyzickým napadnutím; napadnutie zvieratom	48	stredoškolské	4
Participantka 4	smrť pacienta následkom požiaru	57	stredoškolské	4
Participantka 5	skúsenosť s fyzickým napadnutím a sexuálnym obťažovaním	35	vysokoškolské I. st.	5
Participantka 6	Skúsenosť s fyzickým napadnutím	45	vysokoškolské I. st.	25
Participantka 7	skúsenosť so zanedbaným domácim prostredím	35	vysokoškolské I. st.	5

Priemerný vek sestier bol 46 rokov; najmladšia sestra mala 35 rokov, najstaršia 58 rokov. Priemerná dĺžka praxe v ADOS bola 8,8 rokov; najkratšie 4 roky a najdlhšie 25 rokov.

Výsledky

Z analýzy vyplynuli štyri spoločné tematické kategórie: strach, pocit bezpečia a istoty, emocionálna záťaž, psychologická podpora sestrám. Sestry najčastejšie opisovali skúsenosť so sexuálnym obťažovaním, s fyzickým napadnutím a napadnutie domácim zvieratom (tabuľka č. 9).

Participantka 1 mala skúsenosti so sexuálnym obťažovaním a vyhrázaním.

„Sexuálne narážky boli pre mňa najhoršie po psychickej stránke. Dokonca mi klient ponúkal peniaze za iný druh služieb. Bolo to veľmi nepríjemné počúvať a ešte horšie bolo na to reagovať. Klientovi som za takéto slová vynadala, začali sme sa hádať a on sa mi vyhráždil, že z jeho bytu už neodídeme. Ihneď som odišla a informovala nadriadeného.“

Nadriadený podľa vyjadrenia respondentky aktívne situáciu riešil osobne s klientom, ukončil starostlivosť ADOS o tohto klienta a realizoval bezpečnostné opatrenia. Ak bolo potrebné ošetriť klienta, najmä casus socialis, do domácnosti prichádzali dve sestry. Manažér ADOS si pri nových klientoch vopred osobne overil ich sociálnu situáciu a podmienky v domácnosti.

Psychologické dôsledky nežiaducej udalosti, ako sú sexuálne narážky a vyhrážanie, zostávajú vážnym problémom, ktorý môže ovplyvniť nielen emocionálny stav sestry, ale aj jej schopnosť vykonávať prácu v budúcnosti. Z tohto pohľadu je dôležité, aby sa zamestnávateľa venovali nielen prevencii fyzických rizík, ale aj podpore psychickej pohody sestier, vrátane zabezpečenia odbornej pomoci.

Participantka 2 bola konfrontovaná s fyzickým atakom. Sestra opisovala negatívnu skúsenosť, keď ju škrtil pacient. *„Ošetrovala som pacienta, ktorý trpel demenciou, jeho stav sa postupne zhoršoval, mal výkyvy nálad. Rozkričal sa na mňa, schytil ma pod krk a začal ma škrtiť. Úplne ma to zaskočilo, útok vo mne vyvolal pocit silného strachu, uvedomila som si reálne nebezpečenstvo, rozplakala som sa. Súčasne som sa snažila zachovať pokoj a začala som na klienta hovoriť. Trvalo dlhý čas, kým sa mi podarilo vyslobodiť z jeho zovretia a vzdialiť sa od neho, aby som zabránila ďalšiemu napadnutiu.“*

Hoci si participantka uvedomila, že útok bol dôsledkom pacientovho zdravotného stavu, táto skúsenosť ju hlboko zasiahla. Dovtedy sa stretávala s verbálnou agresiou, či zo strany pacientov alebo rodinných príslušníkov. Sestra informovala o incidente svojho zamestnávateľa, ktorý bezodkladne reagoval a sestre bol pridelený iný klient. Podľa vyjadrenia sestry jej takéto riešenie dáva pocit istoty a bezpečia pri práci.

„Môj zamestnávateľ mi hneď po takejto traumatizujúcej udalosti poskytol týždeň voľna a veľmi mi pomohla aj podpora kolegýň.“

Participantka zdôrazňuje, že je potrebné, aby sestry dostali pred pridelením nového pacienta podrobné informácie o jeho zdravotnom stave, správaní a možných rizikách. Ak má pacient zaznamenané agresívne prejavy, sestra sa môže na zmeny správania čiastočne vopred pripraviť.

Participantka 3 bola napadnutá domácim zvieratkom; následkom zranenia bola šesť mesiacov práceneschopná. Po uhryznutí psom bol opakovane potrebný chirurgický zákrok. Sestra mala strach zo psov aj pred touto udalosťou, preto vždy žiadala majiteľku psov, aby ich nenechávala voľne pobehovať po dvore, aby mohla sestra bezpečne vojsť do domu. Majiteľka psov ich opakovane odmietala zavrieť alebo priviazať počas návštevy sestry v dome pacienta. *„Jeden zo psov na mňa zaútočil a pohrýzol ma do nohy. Veľmi ma to bolelo, spadla som na zem, začala som kričať a aj plakať. Rana krvácala, tak bolo potrebné privolať záchranku. Pes nebol očkovaný.“* Incident riešila manažérka ADOS s majiteľkou psov súdnou cestou a ukončením spolupráce.

„Rana sa zle hojila, bola opuchnutá, mala som strach o svoje zdravie a bála som sa následkov.“

Participantka 4 zažila viacero nepríjemných udalostí, na základe ktorých sa rozhodla ukončiť pracovný pomer v ADOS. Opisovala zážitok, keď našla zuhoľnateľé telo pacienta po požiari, ktorého navštevovala v ťažko prístupnej chatovej oblasti na lazoch. Pacient býval v nevyhovujúcich podmienkach. Mal ulcerus cruris, ale o ranu sa nestaral. Sestra našla počas jednej návštevy pacienta mŕtveho. Telo bolo na gauči, zuhoľnatené, ostala iba časť tela od trupu nahor a v ruke mal cigaretu.

„Bola som vystrašená, zavolaala som políciu. Asi týždeň po tejto udalosti som mala zlé sny, prenasledovalo ma to, budila som sa. Potrebovala som týždeň voľna, aby to mohla spracovať. Nikdy predtým som sa s podobnou udalosťou nestretla. Podporovala ma moja rodina a po návrate do práce aj kolegyne.“

Komunikácia so spolupracovníkmi, zdieľanie emócií, skúseností môžu výrazne zmierniť psychickú traumu a stres z náročných situácií v teréne. Vytvorenie podporného pracovného prostredia je dôležité pre duševnú pohodu sestier.

Participantku 5 ohrozovala nožom dcéra klientky. Bola agresívna a obviňovala sestru zo zhoršeného zdravotného stavu matky. *„Dcéra bola nepríjemná, správala sa ku mne odmerane, začala na mňa kričať. V tom sa natihla po noži, ktorý bol na kuchynskej linke a kričala na mňa, aby som ihneď odišla. Bála som sa, lebo som nevedela, či toho bude schopná.“* Po odchode z bytu zavolaala políciu a neskôr sa zistilo, že dcéra klientky bola prijatá na psychiatrické oddelenie. Pacientku po tejto skúsenosti prevzala kolegyňa. Sestra opisovala šok, strach, bezmocnosť. Táto udalosť spolu s opakujúcim sa sexuálnym obťažovaním boli dôvody, prečo sestra ukončila pracovný pomer v ADOS. Cítila sa veľmi psychicky aj fyzicky vyčerpaná. Postupne sa u nej prejavovali úzkostné stavy pri návšteve pacientov v ich domácom prirodzenom sociálnom prostredí.

Participantka mala idealistickú predstavu o práci sestry v ADOS, imponovala jej možnosť pracovať samostatne a hlavný význam svojej práce videla v starostlivosti o ľudí v ich domácom prostredí. Jej očakávania konfrontované s realitou sestru postupne frustrovali, bola emocionálne vyčerpaná, sklamaná. Incident s nožom vyvolal u sestry silnú psychologickú reakciu, následkom čoho mala neustály pocit ohrozenia pri každej návšteve pacientov. Hypervigilancia jej spôsobovala, že aj bežné situácie boli pre ňu stresujúce. Participantka postupne strácala pocit bezpečia a istoty. Pociťovala strach pri vstupe do domácností pacientov, čo viedlo k dlhodobému vyčerpaniu. Hoci sa sestra

snažila situáciu racionalizovať, emocionálna záťaž bola neúnosná, čo viedlo k vyhoreniu. Sestra prežívala vnútornú dilemu: chcela pomáhať pacientom v ich domovoch na základe osobnej skúsenosti s ošetrovaním svojej starej mamy, táto práca mala pre ňu najmä spočiatku veľký význam verzus uvedomenie si, že ju práca psychicky ničí. Postupne prevažovali strach, vyčerpanie, sklamanie, stres, neistota, čo viedlo k vyhoreniu a rezignácii. Sestra napokon dospela k rozhodnutiu uprednostniť svoje vlastné psychické zdravie. Participantku síce naplňala pomoc pacientom, ale riziká a náročné situácie prevážili tieto pozitíva. Dlhodobé vystavenie sestier bezpečnostným rizikám ich demotivuje a prispieva k vysokej fluktuácii. Tento opis odhaľuje ako sa vyvíjala skúsenosť participantky s prácou sestry v ADOS, od počiatočného nadšenia až k vyhoreniu. Za kľúčové považuje absenciu bezpečia, neustály stres, frustráciu.

Aj participantka 6 mala rovnakú skúsenosť, tiež bola ohrozovaná nožom, v tomto prípade synom pacientky. *„Syn pacientky ma zavolať do kuchyne, že sa chce so mnou rozprávať. Postavil sa tak, že mi zatarasil cestu z miestnosti. Chytil nôž so slovami, že ma chce zabiť. Zachránila ma náhoda. Do kuchyne vošla jeho mama. Rýchlo som vybehla z bytu, kontaktovala som zamestnávateľa, políciu, psychiatra.“* Bola to traumatizujúca skúsenosť, sestra bola v šoku, pociťovala strach.

Participantke 7 bola pridelená pacientka s dekubitom. Prvá návšteva v domácnosti a kontakt s príbuznými pacientky boli pre sestru negatívnym zážitkom a skúsenosťou so zanedbaným domácim prostredím a zanedbanou starostlivosťou o príbuznú. V dome bolo cítiť zápach, pacientka ležala v malej izbe, zapáchala, bola zanedbaná a vystrašená. Príbuzní pacientku nepoložovali, zanedbávali jej osobnú hygienu a dekubit „liečili“ medom a sudokrémom. Dekubit bol rozsiahly, hlboký, infikovaný. *„Keď som toto všetko videla, musela som sa vyrovnáť so svojimi vlastnými emóciami. Vidieť utrpenie pacientky, správanie príbuzných, nevyhovujúce podmienky v dome a zároveň som premýšľala ako to všetko v danom momente zvládnuť. Bola som v šoku. Napriek snahe o zachovanie profesionality, ma vnútorné zdesenie paralyzovalo. Bola som vyčerpaná a frustrovaná. Bolo mi ľúto pacientky, ktorá trpela v nevyhovujúcich podmienkach a nebola jej poskytnutá dôstojná starostlivosť.“* Sestra po ošetrovaní pacientky edukovala príbuzných. Pacientku sa snažila upokojiť a získať si jej dôveru.

Participantka si uvedomovala dôležitosť udržania profesionálneho odstup, aby emócie neovplyvnili jej rozhodovanie a kvalitu starostlivosti. *„Snažím sa nájsť rovnováhu medzi empatiou a profesionálnou integritou, sústredím sa na potreby pacienta a odkladám svoje emócie. Časom som sa naučila, že nemôžem všetko*

ovplyvniť. Musím prijať situáciu takú aká je, ale niekedy riešim dilemu.“ Práca sestry v ADOS je emocionálne náročná, udržať si profesionálny odstup je neustále výzvou. Sestry balansujú medzi empatiou a potrebou chrániť si svoju vlastnú psychickú pohodu. Významným momentom v sestrinom vyjadrení bol pocit uspokojenia z práce, ktorý pramení z vedomia, že robí pre pacientov maximum. Uvedomuje si psychický tlak a emocionálnu náročnosť, čo naznačuje potrebu prijať tieto náročné situácie, sústrediť sa na ich zvládnutie, zachovať pokoj a profesionálny prístup. K ďalším kritickým aspektom práce sestry v DOS patrí nepredvídateľnosť, rizikové situácie a komplikácie, ktoré si vyžadujú jej okamžitú reakciu a riešenie. Nevhodné domáce prostredie, nedostatočné znalosti rodiny o starostlivosti o chorého pacienta, sestry frustrujú, keďže realita nezodpovedá očakávaniam. Sestry musia riešiť dilemu - poskytovať kvalitnú a bezpečnú ošetrovateľskú starostlivosť v obmedzených, nevyhovujúcich podmienkach. Sestra v ADOS musí byť pripravená na improvizáciu a flexibilné prispôsobenie sa rôznym podmienkam, situáciám v domácnostiach pacientov.

Tabuľka 9 Ilustratívne citáty k tematickým jednotkám

Strach	<p>Participantka 3 „<i>Úplne ma to zaskočilo, útok vo mne vyvolal pocit silného strachu, uvedomila som si reálne nebezpečenstvo.</i>“</p> <p>Participantka 4 „<i>Mala som strach o svoje zdravie a bála som sa následkov.</i>“</p> <p>Participantka 5 „<i>Bola som vystrašená.</i>“</p> <p>Participantka 6 „<i>Bála som sa, lebo som nevedela, či toho bude schopná.</i>“</p> <p>Participantka 7 „<i>Bola to traumatizujúca skúsenosť, bola som v šoku, pociťovala som strach.</i>“</p>
Pocit bezpečia a istoty	<p>Participantka 3 „<i>Reakcia môjho zamestnávateľa a riešenie incidentu mi dáva pocit istoty a bezpečia pri práci.</i>“</p> <p>Participantka 5 „<i>Zavolala som políciu.</i>“</p> <p>Participantka 6 „<i>Postupne som strácala pocit bezpečia a istoty.</i>“</p>
Emocionálna záťaž	<p>Participantka 5 „<i>Asi týždeň po tejto udalosti som mala zlé sny, prenasledovalo ma to, budila som sa.</i>“</p>

	<p>Participantka 6 „Cítila som sa veľmi psychicky aj fyzicky vyčerpaná. Pociťovala som úzkosť pred každou návštevou pacientov v ich domácom prostredí.“</p> <p>Participantka 7 „Bola som vyčerpaná a frustrovaná.“</p>
Psychologická podpora sestrám	<p>Participantka 3 „Veľmi mi pomohla aj podpora kolegýň.“</p> <p>Participantka 5 „Potrebovala som týždeň voľna, aby to mohla spracovať. Nikdy predtým som sa s podobnou udalosťou nestretla. Podporovala ma moja rodina a po návrate do práce aj kolegyně.“</p>

Diskusia

Podľa Agency for Healthcare Research and Quality (2008) je manažment rizík v domácej starostlivosti obzvlášť problematický, pretože každá domácnosť je v podstate pre sestry „pracoviskom“. Nebezpečná domácnosť môže nepriaznivo ovplyvniť nielen pacienta, ale aj sestru. Riešením je zber údajov z hodnotenia rizík, aby sa mohli vyvinúť stratégie založené na dôkazoch na zníženie rizika najmä vzhľadom na rastúci význam domácej starostlivosti.

Celosvetovo rastie počet pacientov, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť. Zdravotné a bezpečnostné riziká spojené s domácou starostlivosťou sa delia do dvoch hlavných kategórií: tie, ktoré súvisia s násilím alebo hrozbou násillia, a tie, ktoré súvisia s nehygienickými podmienkami v domácnostiach. Nix, Altom (2023) uvádzajú, že sestry v domácej starostlivosti čelia jedinečným bezpečnostným hrozbám: nebezpečné domáce zvieratá, nehygienické podmienky v domácnostiach, agresívni pacienti alebo rodinní príslušníci, návštevy pacientov v lokalitách s vysokou kriminalitou, dopravné nehody pri cestovaní za pacientmi. 78 % sestier v ich štúdiu uviedlo, že sa počas návštevy pacienta v jeho domácnosti cítili nebezpečne. Dôvodmi boli agresívni rodinní príslušníci, pacienti s psychickými problémami, agresívne psy, sexuálne obťažovanie a podľa autoriek najalarmujúcejšie bolo ohrozovanie sestier strelnou zbraňou. Odporúčajú, aby sestry absolvovali bezpečnostné školenia pred nástupom do zamestnania a potom každoročne, aby si boli vedomé bezpečnostných hrozieb v domácej starostlivosti. Podobne ako uvádzajú autorky, aj v našej štúdiu boli sestry vystavené fyzickému násilliu, sexuálnemu obťažovaniu a napadnutiu agresívnym zvieratám. Za významné nebezpečenstvo považujeme ohrozovanie sestier nožom príbuznými pacientov. Na špecifiká v oblasti bezpečnosti pracovníkov v domácej starostlivosti poukazujú vo svojej štúdiu aj Stevenson, McRae, Murghal (2008). K identifikovaným rizikám zaradili nedostatočné

predbežné prehliadky domácností pacientov, akceptovanie vysokého stupňa rizika zdravotníckymi pracovníkmi a skutočnosť, že do domácnosti pacienta prichádza iba jedna sestra. Cieľom štúdie Denton, Zevtinoglu, Davies (2002) bolo zistiť vplyv práce v domácej starostlivosti na duševné zdravie sestier. Do štúdie bolo zapojených 674 sestier v Kanade v troch agentúrach domácej starostlivosti. Výsledky ukázali, že pracovná záťaž, nároční klienti, sexuálne obťažovanie, bezpečnostné riziká a emocionálna záťaž ohrozujú duševné zdravie sestier. Ako vyplýva z výsledkov našej štúdie, emocionálna záťaž sestier pracujúcich v agentúrach domácej starostlivosti je jedným z identifikovaných problémov, ktorý vyžaduje systematické riešenie na národnej úrovni i zo strany vedenia agentúr. Lombardo, Schmitz (2019) sa zamerali na bezpečnostné problémy, ktoré sa vyskytujú pri návštevách v domácnostiach pacientov s domácimi zvieratami, najmä psami. V štúdiu zisťovali hrozby pre bezpečnosť sestier. Opisujú obavy sestier z uhryznutia, škrabancov, infekcií. Autorky zdôrazňujú potrebu zamerať sa na zodpovednosť majiteľov domácich zvierat za ich zabezpečenie pri návšteve sestier tak, aby bola zaistená bezpečnosť sestier. Odporúčajú zaviesť do praxe „Dohody o pravidlách pre domáce zvieratá“, podľa ktorej majiteľ domáceho zvieratá ako pacient nesie zodpovednosť za zaistenie bezpečnosti sestier v domácej starostlivosti. Na základe opísaných skúseností participantkami v našej štúdiu, súhlasíme s odporúčaniami autorov a v opatreniach navrhujeme vypracovanie protokolov. Gershon et al. (2008) uskutočnili rozsiahlu štúdiu na vzorke 1561 respondentov, ktorí identifikovali rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie a bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti. Sestry hlásili nehygienické a nebezpečné podmienky v domácnosti, agresívne domáce zvieratá, násilie, prítomnosť zbraní v domácnosti. Slovné napadnutie bolo hlásené ako najčastejšia forma násillia (52 %). Podľa autorov je domáca starostlivosť najrýchlejšie rastúcim segmentom v zdravotníctve; predpokladajú nárast o 66 % v nasledujúcich desiatich rokoch. Vyhrážanie a verbálne urážky boli identifikované ako najčastejšia bezpečnostná hrozba pre sestry aj podľa Agency for Healthcare Research and Quality (2008). 38 % sestier uviedlo hrozby zo strany rodinných príslušníkov a 31 % od pacientov. Podobne aj autorský kolektív de Jong et al. (2014) upozorňuje, že najčastejšie dochádza k násilliu voči sestrám poskytujúcim domácu starostlivosť zo strany pacientov a ich rodinných príslušníkov. Pracovníci poskytujúci domácu starostlivosť mali najdlhšiu práceneschopnosť (30 alebo viac dní do roka) a druhý najvyšší počet absencií. Shahrestanaki et al. (2022) analyzovali bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti v Iráne. Bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti je

mnohostranný koncept, ktorý zahŕňa fyzické, psychické, sociálne a praktické rozmery. Bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti závisí aj od environmentálnych faktorov domácností. Bezpečnosť pacienta podľa autorského kolektívu znamená absenciu predvídateľných zranení pacienta počas procesu zdravotnej starostlivosti a zníženie rizika zbytočných zranení súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou na prijateľné minimum. Autori uvádzajú, že bezpečnosť pacientov v domácej starostlivosti zahŕňa zabezpečenie podmienok v starostlivosti prostredníctvom prevencie, hlásenia a analýzy environmentálnych a ošetrovateľských chýb, ktoré vedú k poškodeniu zdravia pacienta. Bezpečnosť pacientov je účelný a systematický proces, v ktorom sa kontrolujú a eliminujú známe riziká s cieľom dosiahnuť prijateľnú úroveň bezpečnosti pre pacientov a pre sestry. Bezpečnosť pacientov je koncept, ktorý sa skladá z rôznych dimenzií – fyzickej, emocionálnej, sociálnej a funkčnej bezpečnosti. Bezpečnosť pacientov závisí aj od zapojenia rodiny a vzťahu medzi členmi rodiny. Súčasťou bezpečnosti pacientov je aj kultúra bezpečnosti pacientov ako produkt hodnôt, postojov, vnímania a kompetencií ľudí zapojených do domácej starostlivosti (Berland et al., 2012). Vo Švédsku má viac ako 30 % pacientov, ktorým je poskytovaná domáca starostlivosť, skúsenosť s nežiadúcimi udalosťami. V tomto kontexte zohrávajú podľa Silverglow et al. (2023) sestry kľúčovú úlohu v prevencii incidentov a nežiaducich udalostí. Cieľom štúdie bolo analyzovať kultúru bezpečnosti v domácej starostlivosti. Veľký počet nežiaducich udalostí v domácej starostlivosti vo Švédsku vyžaduje realizáciu ďalších štúdií a výskumov so zameraním na identifikáciu ich príčin, ako aj faktorov umožňujúcich bezpečnú domácu starostlivosť. Výsledky štúdie poukázali na potrebu podpory sestier zo strany vrcholových manažérov, na zvyšovanie povedomia o bezpečnosti u sestier, ale i pacientov a proaktívne zaviesť funkčný systém hlásenia udalostí týkajúcich sa bezpečnosti pacientov a sestier v domácej starostlivosti. Morioka, Kashiwagi (2021) uskutočnili počas troch mesiacov v roku 2020 celoštátny prieskum v Japonsku o výskyte nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Faktory súvisiace s výskytom nežiaducich udalostí však neboli analyzované. Proces starostlivosti o bezpečnosť pacientov na úrovni agentúry bol hodnotený na základe existencie manuálu pre bezpečnosť pacientov, existencie výboru pre bezpečnosť pacientov a poskytovania školení ošetrovateľskému personálu v prevencii nežiaducich udalostí. V Japonsku sa počet agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti výrazne zvýšil z 5 000 agentúr v roku 2004 na 9979 v roku 2020. Do výskumu sa však zapojilo iba 400 agentúr. Počet nežiaducich udalostí v každej agentúre sa pohyboval od 0 do 47.

26,5 % agentúr nehlásilo žiadne prípady nežiaducich udalostí. Medián výskytu nežiaducich udalostí bol tri. Celkovo sa za tri mesiace vyskytlo 1937 nežiaducich udalostí, z ktorých najčastejšie boli hlásené dekubity (80,5 %). Nežiaduce udalosti boli zriedkavé a medzi agentúrami sa značne líšili. 37,7 % pacientov využívajúcich služby domácej starostlivosti má skúsenosť s nežiadúcom udalosťou. 70 % sestier v domácej starostlivosti nezažilo nežiaduce udalosti.

Nežiaduce udalosti súvisiace s ošetrovateľskou starostlivosťou v domácej starostlivosti v Japonsku sa podľa autoriek vyskytovali zriedkavo. Autorky tento fakt dávajú do súvislosti s tým, že takmer všetky agentúry majú svoj vlastný systém hlásenia. Neexistuje štandardizovaný systém hlásenia nežiaducich udalostí v Japonsku. 20 % agentúr neuchováva dokumentáciu týkajúcu sa nežiaducich udalostí. Shahrestanaki et al. (2023) sa vo svojej kvalitatívnej štúdií zamerali na poskytovanie bezpečnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá závisí od niekoľkých faktorov. Sústredili sa na ľudský faktor a environmentálne faktory. Autori odporúčajú, aby sa hodnotenie pacientov vykonávalo nielen na začiatku, ale aj pravidelne vo všetkých fázach starostlivosti o pacienta, aby sa predišlo možným príčinám ohrozenia bezpečnosti pacientov v domácej starostlivosti. Jedným z cieľných opatrení je krízový manažment počas núdzových situácií v domácnosti. Štúdiá tiež zistila, že predvídanie zohralo veľmi dôležitú úlohu pri odhadovaní a riešení možných rizík. Cieľom kvalitatívnej štúdie Riley et al. (2025) bolo vyhodnotiť vnímané bezpečnostné hrozby a ich vplyv na sestry poskytujúce domácu ošetrovateľskú starostlivosť. Sestry uvádzali strach a obavy najmä pri starostlivosti o osoby s ťažkými a pretrvávajúcimi duševnými chorobami. Autori poukazujú na potrebu účinných školení pre sestry so zameraním na bezpečnostné hrozby a na opatrenia na zvýšenie bezpečnosti. Cieľom štúdie Vaartio-Rajalin et al. (2022) bolo preskúmať procesy bezpečnosti pacientov v organizáciách poskytujúcich domácu starostlivosť vo Fínsku. 89 % agentúr mala implementovaný plán bezpečnosti pacientov, ktorý obsahoval bezpečnostné stratégie a zodpovednosti. Súčasťou plánu boli procesy fyzickej, psychologickkej, sociálnej, informačnej a ekonomickej bezpečnosti. Metódy používané na identifikáciu, prevenciu, minimalizáciu a hlásenie bezpečnostných problémov boli väčšinou proaktívne, čo naznačuje aktívnu, analytickú a učiacu sa kultúru bezpečnosti. Medzi súčasné výzvy v bezpečnosti vo Fínsku patrí zapojenie pacientov, blízkych osôb pacientov, nových zamestnancov a študentov do bezpečnostných procesov s cieľom vytvoriť skutočne komplexnú a udržateľnú kultúru bezpečnosti. Víziou, ktorá je základom novej stratégie bezpečnosti pacientov a jej

implementačného plánu na roky 2022-2026, je „urobiť z Fínska modelovú krajinu pre bezpečnosť pacientov v roku 2026 a predchádzať škodám, ktorým sa dá predísť“, na základe štyroch strategických priorít (Ministry of Social Affairs and Health, 2022. *The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022-2026*. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:12. Helsinki). V Slovenskej republike nemáme k dispozícii podobné údaje, ani údaje o počte nežiaducich udalostí z dôvodu absencie právnych predpisov a systému národného hlásenia pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako uvádzame v opatreniach. Tieto skutočnosti sú námetom pre ďalšie štúdie zamerané na bezpečnosť sestier a pacientov v domácej starostlivosti. Gross et al. (2013) uskutočnili rozsiahlu štúdiu v 40 kalifornských agentúrach domácej starostlivosti a zamerali sa na dodržiavanie usmernení štátu Kalifornia na zaistenie bezpečnosti a ochrany pracovníkov v zdravotníctve a komunitných službách (California Occupational Safety and Health Administration) [Cal/OSHA/1993]. V záujme podpory bezpečnosti a ochrany pracovníkov v tejto oblasti je pre zamestnávateľov mimoriadne dôležité mať komplexný program prevencie násillia na pracovisku, ktorý musí obsahovať úpravu prostredia; zmeny pracovných postupov; implementáciu politík a postupov; školenia; využívanie bezpečnostných a dozorných orgánov; záväzok manažmentu; hodnotenie rizík a integráciu s bezpečnostným programom a dohľad nad násilnými udalosťami. Iba 22 zo 40 agentúr uviedlo, že majú implementovaný komplexný program. 23 agentúr uviedlo, že majú politiku nulovej tolerancie voči násilliu na pracovisku. Najčastejšie hodnoteným rizikom bola prítomnosť domácich zvierat v domácnosti (87,5 %). Všetkých 40 zúčastnených agentúr uviedlo, že používa ochrannú stratégiu predčasného ukončenia domácich návštev v prípade nebezpečných situácií. Autori poukazujú na závažné zistenie, že vystavenia násilliu silne súvisí s nízkou spokojnosťou sestier s prácou, zámerom zmeniť agentúru alebo úplne opustiť domácu starostlivosť.

Odporúčania pre prax domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Odporúčania sú adresované štátnym orgánom, aby sa v Slovenskej republike legislatívne upravila téma bezpečnosti aj v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absentuje národný štandardizovaný systém hlásenia nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, legislatívna úprava minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta u poskytovateľa domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Absentujú jednotné bezpečnostné protokoly, manuál pre bezpečnosť pacientov, komplexný program prevencie rizík a nežiaducich udalostí v domácej starostlivosti.

Odporúčania adresujeme aj manažmentom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, nakoľko je potrebné prevziať zodpovednosť- záväzok manažmentu k bezpečnosti pacientov a sestier.

Implementovať bezpečnostné opatrenia a stratégie:

- Zavedenie systému hlásení nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Evidencia nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Pravidelne hodnotiť riziká v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Aktualizovať bezpečnostné opatrenia a prijať preventívne opatrenia
- Dôsledné preverenie bezpečnostných rizík pred prvou návštevou pacienta
- Posúdenie bezpečnosti domácnosti s cieľom identifikovať a zmierniť potenciálne riziká.
- Komunikácia s pacientom a jeho rodinou o bezpečnosti v domácnosti – stanoviť jasné komunikačné protokoly s pacientmi, rodinami a agentúrou
- Vytvorenie priaznivejšieho pracovného prostredia pre sestry v domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Návštevy dvoch sestier v rizikových domácnostiach
- Supervízia
- Psychologická podpora sestrám
- Implementovať bezpečnostné protokoly
- Krízový manažment v prípade núdzových situácií, plány pre rôzne núdzové situácie vrátane násillia

Vzdelávanie sestier

- Komplexné bezpečnostné školenie vrátane deeskalačných techník a základnej sebaobrany
- Vzdelávanie v oblasti riešenia krízových situácií
- Vzdelávanie o nežiaducich udalostiach

Globálny trend rozsiahlejšieho poskytovania komunitnej a domácej starostlivosti vedie k rastúcemu dopytu po pracovníkoch domácej starostlivosti (De Jong et al., 2014). Psychické dôsledky nežiaducich udalostí v domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako je emocionálne vyčerpanie a posttraumatický syndróm poukazujú na mnoho systémových nedostatkov a nalievajú potrebu vytvoriť bezpečné podmienky pre sestry. Dimunová (2017) uvádza, že je potrebné vypracovať štandardy bezpečnej starostlivosti, aktualizovať

národné politiky bezpečnosti pacientov, podporovať vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov a výskum v oblasti bezpečnosti. Zvyšujúci sa počet nežiadúcich udalostí v domácej starostlivosti je dôvodom, aby sa do manažmentu bezpečnosti aktívne zapájali aj samotní pacienti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; E book. [online]. [citované 20.06.2025]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20626/>

Berland, A, Holm, AL, Gundersen, D, Bentsen, SB (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*. 20:794-801. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x>

Denton, MA, Zevtinoglu, IU, Davies, S (2002). Working in clients' homes: the impact on the mental health and well-being of visiting home care workers. *Home Health Care Serv Q*. 21(1):1-27. https://doi.org/10.1300/JO27v21n01_01

De Jong, T, Pawlowska-Cyprysiak, K, Hildt-Ciupinska, K, Nicolescu, G (2014). *Súčasná a vznikajúce problémy v sektore zdravotnej starostlivosti vrátane domácej a komunitnej starostlivosti*. Luxembursko: Úrad pre vydávanie publikácií Európskej únie. 19s. ISBN 978-92-9240-498-7. <https://doi.org/10.2802/33116>

Dimunová, L (2017). Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Recenzovaný zborník vedeckých prác „Ošetrovateľstvo 2020 - trendy, zmeny a budúcnosť“*. Rožňava : VŠ sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sárý Salkaháziovej v Rožňave. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 80-87.

Ellenbecker, CH, Samia, L, Cushman, MJ et al. (2008). *Patient Safety and Quality in Home Health Care*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); Chapter 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2631/>

Gershon, RM et al. (2008). Home Health Care Patients and Safety Hazards in the Home: Preliminary Findings. [online]. [citované 20.06.2025]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249854/>

Gross, N, Peek-Asa, C, Nocera, M, Casteel, C (2013). Workplace Violence Prevention Policies in Home Health and Hospice Care Agencies. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 18(1):1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No01Man01>

Hugies, RG (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. E-book. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Kilíková, M et al. (2020). *Bezpečnosť pacienta - ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti*. Priebram : Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. 158 s. ISBN 978-80-88206-18-7.

Kožuchová, M et al. (2019). *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti I*. Martin : Osveta. s.88 -113. ISBN 878-80-8063-468-1.

Kožuchová, M et al. (2014). *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin : Osveta. 2014. 245s. ISBN 978-80-8063-414-8.

Lombardo, S, Schmitz, K (2019). Ensuring Safety When Pets Are in the Home. *Home Healthc Now*. 37(2):111-115. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000738>

Morioka, N, Kashiwagi, M (2021). Adverse Events in Home-Care Nursing Agencies and Related Factors: A Nationwide Survey in Japan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18(5): 2546. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052546>

Ministry of Social Affairs and Health. (2022). *The Client and Patient Safety Strategy and Implementation Plan 2022-2026*. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:12. Helsinki : Government Administration Department, Publications. 86p. ISBN 978-952-00-9712-7 pdf.

MZ SR (2023). *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. 1. revízia.

Nix, E, Altom, K (2023). Safety Concerns Associated with Home Care Nursing. *Home Healthc Now*. 41(3):135-139. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000001161>

Riley, K, Crimi, K, Evans, MM, Faybisovich, N, Hupcey, JE (2025). Home Health Nurses' Perceptions of Safety. *Home Health Care Management & Practice*.0(0). <https://doi.org/10.1177/10848223251329347>

Silverglow, A, Wijk, H, Lidén, E *et al.* (2023). Patient safety culture in home care settings in Sweden: a cross-sectional survey among home care professionals. *BMC Health Serv Res*. 23: 998. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10010-y>

Shahrestanaki, SK et al. (2022). Concept analysis of patient safety in home care: a hybrid model. *BMJ Open Qual*. 11(4):e002077. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002077>

Shahrestanaki, SK (2023). Patient safety in home health care: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*.23:(467). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09458-9>

Smith, JA, Osborn, M (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*. 9(1): 41-42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>

Stevenson, L, McRae, C, Murghal, W (2008). Moving to a culture of safety in community home health care. *J Health Serv Res Policy*. Suppl. 1:20-4. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2007.007016>

The Joint Commission. (2025a). *Home Care: 2025 National Patient Safety Goals*. [online]. [citované 20.06.2025]. <https://www.jointcommission.org/standards/patient-safety-systems-ps-chapter/>

The Joint Commission. (2025b). *Patient Safety Systems (PS). Comprehensive Accreditation Manual for Home Care*. [online]. [citované 20.06.2025]. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/home-care-national-patient-safety-goals/>

Tong, A, Sainsbury, P, Craing, J (2007). Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): A 32-Item Checklist for Interviews and Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(6):349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

Vaartio-Rajalin, H, Rauhala, A, Kalliokoski, J, Ikonen, TS (2022). Patient/Client Safety Structures and Processes in Home Care: A Cross-Sectional Online Survey. *Journal of Patient Safety and Quality Improvement*. 10(4): 131-146. <https://doi.org/10.22038/PSJ.2022.68780.1380>

9 PRÍNOS PEER REVIEW HODNOTENIA V OŠETROVATEĽSTVE NA ZVÝŠENIE BEZPEČNOSTI PACIENTOV A PREDCHÁDZANIE NEŽIADUCÍCH UDALOSTÍ

Ciele kapitoly:

1. Opísať metódu peer review hodnotenia a jej prínos na zvýšenie bezpečnosti pacientov

Vzájomné hodnotenie sestier založené na moderných princípoch meria kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti v porovnaní so zavedenými štandardmi a identifikuje silné a slabé stránky v praxi. Účelom sesterského peer review je zabezpečiť, aby sa starostlivosť o pacienta poskytovala v súlade so štandardmi; dosiahla sa optimálna úroveň kvality a zvýšila sa kultúra bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach. Vzájomné peer hodnotenie v ošetrovateľstve podporuje sestry v poskytovaní kvalitnej a bezpečnej starostlivosti založenej na dôkazoch, v kritickom hodnotení ich praxe, v riešení odchýlok od štandardov starostlivosti, ktoré môžu viesť k poškodeniu pacienta.

Peer hodnotenie v ošetrovateľstve je definované ako proces, ktorým sestry systematicky hodnotia, monitorujú, posudzujú kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti a poskytujú spätnú väzbu kolegyniam porovnaním skutočnej praxe so zavedenými štandardmi (Murdock, 2018; George, Haag-Heitman, 2015; Goble et al., 2017; George, Haag-Heitman, 2012; Haag-Heitman, George, 2011; Roberts Holli, 2017; Murphy et al., 2018). Peer review hodnotenie je štruktúrovaný proces, v ktorom je ošetrovateľská starostlivosť hodnotená kolegyniami v rámci spravodlivej organizačnej kultúry, aby sa zabezpečila najvyššia kvalita starostlivosti o pacienta (Grootendorst, Lawson 2015; Bergum et al., 2017). Aj autorské kolektívy Colella et al. (2021) a Haag-Heitman et al. (2018) charakterizuje peer review v ošetrovateľstve ako proces, ktorým sestry systematicky monitorujú a posudzujú kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti podľa profesionálnych štandardov praxe, sestra hodnotí sestru. Zavedenie procesu vzájomného hodnotenia dáva ošetrovateľstvu prostriedky na hodnotenie poskytovanej starostlivosti v rámci dohodnutých štandardov ošetrovateľskej starostlivosti v konštruktívnej atmosfére (Harrington, Smith, 2008; Davis, Capozzoli, Parks, 2009). Peer review poskytuje efektívny, systematický, nerepresívny spôsob riešenia otázok kvality starostlivosti. Podľa Americkej asociácie sestier nesú sestry primárnu

zodpovednosť za kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Každá sestra je zodpovedná za implementáciu štandardov ošetrovateľskej praxe a musí sa podieľať s ostatnými sestrami na rozhodovacom procese pri hodnotení ošetrovateľskej starostlivosti (Goos,2021).

Regulačné orgány, profesijné organizácie a verejnosť očakávajú, že sestry budú pacientom poskytovať bezpečnú a vysokokvalitnú starostlivosť. Vzájomné hodnotenie sestier zvyšuje ich profesionálnu autonómiu. Pre sestry je primárnym zameraním vzájomného hodnotenia kvalita ošetrovateľskej starostlivosti v porovnaní so stanovenými štandardmi (Murdock, 2018; George, Haag-Heitman, 2015). Vzájomné hodnotenie zvyšuje zodpovednosť sestier, inšpiruje ich k zlepšeniu kvality ich práce, umožňuje sestram monitorovať výkon a vzájomné porovnávanie (Goble et al., 2017). Vzájomné hodnotenie dáva garanciu, že sestry poskytujú bezpečnú, etickú a na dôkazoch založenú ošetrovateľskú starostlivosť. Implementácia vzájomného hodnotenia sestier podporuje kultúru neustáleho učenia sa v oblasti bezpečnosti pacientov a osvedčených postupov (George, Haag-Heitman, 2015).

Vzájomné hodnotenie umožňuje sledovať výkon sestier v prostredí bez trestu, prevziať kontrolu nad svojou praxou, identifikovať príležitostí na zlepšenie výkonu a určiť vzdelávacie potreby sestier (Harrington, Smith, 2015). Peer review je hodnotenie odbornej praxe jednotlivých sestier inými sestrami a autori zdôrazňujú, že peer je jednotlivec vykonávajúci rovnakú profesiu; má skúsenosti s praxou pri lôžku. Ide o hodnotenie profesionálneho výkonu jednotlivých sestier, vrátane identifikácie príležitostí na zlepšenie starostlivosti, osobou s príslušnou odbornosťou na vykonávanie tohto hodnotenia. Ošetrovateľské peer review je nástroj na skvalitnenie ošetrovateľskej praxe, zvýšenie bezpečnosti pacientov a podporu profesionálneho rastu. Pre sestry je podstatné pochopiť účel vzájomného hodnotenia, ktorým je zlepšenie. Nejde o hľadanie chýb a trestanie kolegýň; ide o identifikáciu oblastí pre rast a zdieľanie osvedčených postupov. Vzájomným hodnotením práce sestry môžu identifikovať potenciálne chyby alebo opomenutia; zdieľať osvedčené postupy - učiť sa od kolegýň a tým zvyšovať celkovú kvalitu starostlivosti; rozvíjať tímovú prácu a spoluprácu; podporovať kultúru neustáleho učenia sa a zlepšovania (Harrington, Smith, 2015).

Program vzájomného hodnotenia sestrami založený na dôkazoch podporuje sestry v kritickom hodnotení ich praxe a riešení odchýlok od štandardov starostlivosti, ktoré môžu viesť k poškodeniu pacienta. Peer hodnotenie zvyšuje zodpovednosť za profesionálnu prax a umožňuje sestram viesť zmeny v rámci svojich organizácií (Goss,

2021). Medzi základné zodpovednosti uvedené v štandardoch pre kompetencie sestier American Nurses Association zaradila: bezpečnosť, riadenie kvality a rizík, obhajoba zdravia pacientov a populácie, poskytovanie klinickej starostlivosti a optimálne výsledky u pacientov, podpora zdravého pracovného prostredia, dodržiavanie právnych predpisov (Roberts Holli, 2017).

Princípy peer review hodnotenia podľa American Nurses Association a ich charakteristika sú spracované v tabuľke 10 podľa uvedených literárnych zdrojov. Medzi súčasné dimenzie vzájomného hodnotenia patria oblasti kvality a bezpečnosti, aktualizácia rolí a rozvoj praxe (George, Haag-Heitman, 2012; Haag-Heitman, George, 2011).

Tabuľka 10 Princípy peer review hodnotenia v ošetrovatelstve

Princíp	Charakteristika
1. Vzájomne sa hodnotia sestry na rovnakých pozíciách	Vzájomne hodnotiaci pracovníci sú sestry -kolegyne s rovnakými kompetenciami.
2. Vzájomné hodnotenie je zamerané na prax	Efektívne peer hodnotenie zahŕňa ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú v súlade so štandardmi, praxou založenou na dôkazoch, so zameraním na kvalitu a bezpečnosť.
3. Poskytovanie spätnej väzby	Vysokú kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti dosiahnu sestry kontinuálnym poskytovaním spätnej väzby svojim kolegyniam. Ak sa peer review hodnotenie vykonáva len raz ročne v súvislosti s ročným hodnotením výkonu, nemôže ovplyvniť starostlivosť o pacienta. Hodnotenie musí byť systematické a nepretržité. Keď sestra reaguje okamžite na chybný postup svojej kolegyne, môže zabrániť vážnejšiemu poškodeniu zdravia pacienta, nežiadúcej udalosti.
4. Vzájomné peer hodnotenie podporuje kultúru neustáleho učenia sa v oblasti bezpečnosti pacientov a osvedčených postupov	Účelom peer hodnotenia je určiť silné a slabé stránky ošetrovateľskej starostlivosti; identifikovať tie oblasti, kde prax naznačuje, že je potrebných viac vedomostí. Sestry budú schopné robiť kritické rozhodnutia na základe dôkazov. Proces vzájomného hodnotenia stimuluje profesionálny rast a sestry si príbežne dopĺňajú a aktualizujú klinické znalosti a zručnosti. Vzájomné hodnotenie pomáha sestrám cítiť sa bezpečne. Včasná a nepretržitá vzájomné hodnotenie poskytuje prostriedky pre efektívny systémový prístup k znižovaniu chýb spolu s odnaučením sa neefektívnych alebo nebezpečných postupov. Kultúra neustáleho učenia presúva ťažisko

	z individuálneho vzdelávania na organizačné vzdelávanie a podporuje spoločný záväzok dosahovať a udržiavať požadované výsledky v oblasti kvality a bezpečnosti. Vzájomné hodnotenie nie je o ukazovaní prstom alebo o upozorňovaní. Jeho účelom je rozšíriť klinické vedomosti a zručnosti u všetkých sestier, na základe analýzy výsledkov hodnotenia aktualizovať smernice a postupy, pomáhať sestrám v rozhodovaní.
5. Spätná väzba nie je anonymná	Spätná väzba pre hodnotenú sestru je najúčinnnejšia, keď sa kombinuje verbálna aj písomná komunikácia. Podľa Etického kódexu má sestra povinnosť používať rešpektujúcu komunikáciu s otvorenou výmenou názorov na zachovanie integrity a bezpečnosti praxe. Dialóg tvárou v tvár dáva sestrám príležitosť poskytnúť a prijať spätnú väzbu. Na to, aby sestry spolupracovali, potrebujú viesť dialóg. Osobnými útokmi nevytvoria kolegiálnu atmosféru. Každá sestra musí mať možnosť poskytovať aj prijímať spätnú väzbu.
6. Hodnotenie podporuje profesionálny rast	Peer hodnotenia sa zúčastňujú sestry absolventky, aj sestry s dlhoročnou praxou. Vzájomné hodnotenie je cennou skúsenosťou pre hodnotené i hodnotiace sestry. Účasť na partnerskom hodnotení podporuje profesionálny rast sestier, nakoľko sa vzájomne hodnotia sestry začiatočníčky spolu so sestrami s dlhoročnou praxou. Menej skúsené sestry majú možnosť komunikovať so skúsenými sestrami, byť nimi mentorované, získať vedomosti a iný pohľad. Z efektívneho programu vzájomného hodnotenia profitujú nielen sestry, ale aj zdravotnícke organizácie a profesia sestry.

Spracované autorkou podľa Haag-Heitman, George, 2010; Haag-Heitman, George, 2011; Ohmart, 2013.

Vzájomné hodnotenie sestier je nástrojom na rozvoj ošetrovateľskej praxe a na zvýšenie bezpečnosti pacientov (Ohmart, 2013). Cieľom hodnotenia podľa autorky nie je, aby sa sestry navzájom kritizovali alebo pripisovali si vinu, ale aby si umožnili profesionálne rásť prostredníctvom spolupráce a zdieľania poznatkov. Jedným z druhov peer hodnotenia je sesterské peer review súvisiace s incidentom. Spúšťačom hodnotenia je nežiadúca udalosť priamo súvisiaca s ošetrovateľskou starostlivosťou. V týchto prípadoch sa incident podrobne skúma, nie s cieľom prisúdiť vinu zúčastneným sestrám,

ale určiť, či boli splnené štandardy starostlivosti. V prípade nedodržania štandardných postupov identifikovať, ktoré procesy prispeli k nežiaducej udalosti. Ohmart (2013) zdôrazňuje, že iba sestry samotné si môžu kontrolovať a zlepšovať ošetrovateľskú prax.

Implementácia peer hodnotenia v ošetrovatelstve je prostriedkom na zlepšenie kultúry bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach (Herrington, Hand, 2019).

Cieľom našej štúdie bolo posúdiť prínos peer review hodnotenia v ošetrovatelstve v kľúčových atribútoch kvality a bezpečnosti.

Súbor a metodika

Peer hodnotenia sa zúčastnilo 86 sestier pracujúcich v ústavných zdravotníckych zariadeniach (43 hodnotených sestier a 43 hodnotiacich sestier). Na peer hodnotenie sme použili modifikovaný hodnotiaci formulár autoriek Svetič Čišić, Frankovic (2015) so súhlasom R. Svetič Čišić, BsN, MN, Ph.D. upravený v súlade s legislatívnymi požiadavkami na rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou v SR. Hodnotiaci formulár peer review obsahoval 29 položiek založených na 5-bodovej škále Likertovho typu. Posudzované kritériá sestry hodnotili: (1)-nedostatočné; (2)-primerané; (3)-priemerné; (4)-veľmi dobré; (5)-výborné. Hodnotenú aj hodnotiace sestry uviedli v demografických položkách svoj vek, vzdelanie, roky praxe. V otvorenej otázke sme zisťovali, či boli počas svojej praxe hodnotené sestrou-kolegyňou alebo počas svojej praxe hodnotili svoju kolegyňu. Pre obe skupiny respondentiek bolo peer hodnotenie prvou skúsenosťou. Priemerný vek hodnotených sestier bol 38 rokov; najmladšia sestra mala 22 rokov a najstaršia 63 rokov. Priemerná dĺžka ich praxe bola pätnásť rokov, najmenej odpracovala hodnotená sestra šesť mesiacov a najdlhšiu prax vykonávala sestra 42 rokov. Osem sestier malo ukončené stredoškolské vzdelanie, dve vyššie odborné vzdelanie, 21 sestier malo ukončené vysokoškolské vzdelanie I. st. a 12 sestier vysokoškolské vzdelanie II st. Priemerný vek hodnotiacich sestier bol 25,8 rokov. Všetky hodnotiace sestry mali ukončené vysokoškolské vzdelanie I. st. a priemerne pracovali 3,5 rokov. Dáta získané z peer review hodnotení v roku 2023 sme spracovali pomocou softvéru InStat®, Version 3.02 32 bit for Win95/NT, GraphPad Software, Inc., USA a zistenia interpretujeme v tabuľkách.

Výsledky

Zavedenie vzájomného peer hodnotenia v ošetrovatelstve pomôže sestram prevziať zodpovednosť za svoje výkony, zvýšiť kvalitu a bezpečnosť ošetrovateľskej starostlivosti a implementovať štandardy (Shogren, 2016). Bezpečnosť pacientov je najvyššou

prioritou vo všetkých zdravotníckych zariadeniach. Je nevyhnutné podporovať organizačný záväzok, ktorý si cení kultúru bezpečnosti prostredníctvom hlásenia chýb a analýzy nežiaducich udalostí (Kilíková et al., 2020). Vzájomné hodnotenie v ošetrovatelstve uľahčuje vytváranie kultúry bezpečnosti, pretože sa snaží analyzovať chyby a eliminovať opakovaný výskyt nežiaducich udalostí (Diaz, 2008).

V našej štúdii sme sa zamerali na kritériá peer hodnotenia v dimenzii kvalita a bezpečnosť (tabuľka 11). Z posudzovaných kritérií peer review hodnotenia v dimenzii kvalita a bezpečnosť hodnotené sestry považovali za najvýznamnejšie: identifikáciu pacienta ($\bar{x} = 4,465$); kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti ($\bar{x} = 4,325$); prevenciu nozokomiálnych nákaz ($\bar{x} = 4,186$); prevenciu dekubitov ($\bar{x} = 4,023$); prevenciu pádov ($\bar{x} = 3,93$); rozpoznávanie chýb ($\bar{x} = 3,86$); dodržiavanie predpisov, smerníc, štandardov ($\bar{x} = 3,86$) a zvyšovanie kvality práce ($\bar{x} = 3,81$).

Tabuľka 11 Kritériá peer review hodnotenia v dimenzii kvalita a bezpečnosť zoradené chronologicky podľa významnosti

Kritériá peer hodnotenia sestier	\bar{x}	sd	x_m	$Q1$	$Q2$	$Q3$	$min.$	$max.$	$mod(x)$	s^2
Identifikácia pacienta	4,465	0,78	5	4	5	5	2	5	5	0,62
Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti	4,325	0,95	5	4	5	5	0	5	5	0,91
Prevencia nozokomiálnych nákaz	4,186	0,92	4	4	4	5	2	5	5	0,95
Prevencia dekubitov	4,023	1,248	4	3	4	5	0	5	5	1,55
Prevencia pádov	3,93	1,246	4	3	4	5	0	5	5	1,55
Rozpoznávanie chýb	3,86	0,878	4	3	4	4	1	5	4	0,77
Dodržiavanie predpisov, smerníc, štandardov	3,86	0,90	4	3	4	4	1	5	4	0,817
Zvyšovanie kvality práce	3,81	0,97	4	3	4	5	2	5	4	0,94

Legenda: \bar{x} – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka, x_m – medián, $min.$ – minimálna hodnota, $max.$ – maximálna hodnota, $mod(x)$ – modus, s^2 – rozptyl; $Q1, Q2, Q3$ – kvartily

Priemerná hodnota vzájomného hodnotenia vo všetkých kritériách peer review hodnotenia u 43 hodnotených sestier bola ($\bar{x} = 4,06$), čo predstavuje veľmi dobré hodnotenie; najnižšia hodnota ($\bar{x} = 2,79$) a najvyššia ($\bar{x} = 4,96$).

Zaujímalo nás, či dĺžka praxe sestier mala vplyv na hodnotenie kritérií bezpečnosti a kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Výsledky boli spracované s využitím výpočtu neparametrického Spearmanovho korelačného koeficientu medzi dĺžkou praxe sestier a kritériami peer review sesterského hodnotenia týkajúcich sa bezpečnosti ošetrovateľskej starostlivosti. Spearmanov R bol zvolený z dôvodu predpokladu neprítomnosti normality distribúcie dát. Mieru vzťahu medzi dvojicami premenných sme posudzovali podľa veľkosti a znamienka čísla R , pričom sme zohľadnili overenie významnosti jeho rozdielu od nulovej hodnoty (p) - ak bola p menšia ako 0,05, považovali sme číslo R za štatisticky významne odlišné od nuly. Z tabuľky 12 vyplýva, že medzi dĺžkou praxe sestier a kritériami peer review sesterského hodnotenia týkajúcich sa bezpečnosti ošetrovateľskej starostlivosti nie je prítomná žiadna relevantná korelácia ($p > 0,05$) s výnimkou dodržiavania smerníc ($R=0,38$; $p=0,01$), pri ktorej sledujeme slabšiu pozitívnu koreláciu medzi nárastom dĺžky praxe sestier a nárastom číselnej hodnoty určujúcej odpoveď ohľadom dodržiavania smerníc.

Tabuľka 12 Vzťah medzi dĺžkou praxe sestier a sledovanými kritériami

Dĺžka praxe verzus	R	IS		p
		-95%	+95%	
Zlepšovanie kvality práce	.078	-0.24	.38	.63
Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti	.13	-0.19	.42	.43
Identifikácia pacienta	.13	-0.19	.42	.41
Prevenencia nozokomiálnych nákaz	.21	-0.11	.49	.19
Prevenencia dekubitov	.13	-0.19	.43	.40
Prevenencia pádov	.03	-0.29	.34	.87
Identifikácia rizík a chýb	.20	-0.12	.48	.21
Dodržiavanie predpisov, smerníc, štandardov	.38	0.08	.62	.01

Legenda: R – Spearmanov korelačný koeficient, IS – obojstranný 95%-ný interval spoľahlivosti polohy korelačného koeficientu, p - štatistická významnosť rozdielu získanej hodnoty R od nuly.

V tabuľke 13 uvádzame komparáciu kritérií peer hodnotenia sestier podľa generačných kohort. Hodnotené sestry ($n=43$) boli zastúpené generačnými kohortami Z ($n=14$); Y ($n=17$); X ($n=11$) a jedna sestra z generácie Baby boomers. Hodnotiace sestry ($n = 43$) boli dominantne z generácie Z ($n= 40$); dve sestry generácie X a jedna sestra z generácie Y.

Sestry generácie X dosiahli najvyššie hodnotenia v dvanástich kritériách: Zručnosti v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti; Spoľahlivosť; Základné znalosti o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti; Profesionálny prístup; Rešpektovanie dôvernosti informácií; Prevenencia nozokomiálnych nákaz; Presnosť vykonávania úloh,

dodržanie termínov; Rešpektovanie súkromia pacienta; Poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom; Dodržiavanie predpisov, smerníc, štandardov; Rozpoznávanie chýb a Akceptovanie konštruktívnej kritiky (tabuľka č. 12). Tieto kritériá dávame do súvislosti s charakteristikami generácie X: sú pracovití, samostatní, prispôsobiví, cenia si vzdelania. Generácia X uprednostňuje zručnosti, produktivitu, nezávislosť a autonómiu (Hulková, 2024).

Sestry z kohorty Y -Mileniáli- dosiahli najvyššie hodnotenia v dvanástich kritériách: Poriadok a čistota na pracovisku; Identifikácia pacienta; Komunikácia s pacientmi; Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti; Komunikácia s kolegyňami; Proaktivita - preberanie zodpovednosti za svoje činy; Iniciatíva; Prevencia dekubitov; Prevencia pádov; Zvyšovanie kvality práce; Kreativita a Účasť na tvorbe smerníc, postupov (tabuľka č. 12). Podobne ako u generácie sestier X, aj tieto kritériá súvisia s charakteristikami generácie Y: fokusujú sa na perspektívu v práci a rast, seberealizáciu, práca musí mať pre nich zmysel, majú vysoké nároky na kvalitu práce (Hulková, 2024).

Najmladšie sestry - generácia Z - dosiahli najvyššie hodnotenia v piatich kritériách: IT znalosti; Nadšenie; Vzdelanie; Dodržiavanie time manažmentu a Kompetencie na výkon povolania (tabuľka č. 12). Charakteristiky kohorty Z potvrdzujú uvedené kritériá hodnotenia: sú digitálnou generáciou, chcú pomáhať ľuďom, kladú dôraz na osobný rozvoj (Hulková, 2024).

Tabuľka 13 Kritériá peer hodnotenia sestier podľa generačných kohort

Kritériá peer hodnotenia sestier	kohorta (n)	\bar{x}	sd	x_m	Q1	Q2	Q3	min.	max.	mod(x)	s ²
Zručnosti v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti	X (11)	4.8	0.57	5	5	5	5	3	5	5	0.33
	Y (17)	4.53	0.69	5	4	5	5	3	5	5	0.48
	Z (14)	4.35	0.48	4	4	4	5	4	5	4	0.23
Spôľahlivosť	X (11)	4.9	0.29	5	5	5	5	4	5	5	0.08
	Y (17)	4.7	0.45	5	4	5	5	4	5	5	0.21
	Z (14)	4.57	0.49	5	4	5	5	4	5	5	0.24
Základné znalosti o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti	X (11)	4.72	0.44	5	4	5	5	4	5	5	0.198
	Y (17)	4.53	0.7	5	4	5	5	3	5	5	0.48
	Z (14)	4.35	0.48	4	4	4	5	4	5	4	0.23
Poriadok a čistota na pracovisku	X (11)	4.45	1.15	5	4	5	5	1	5	5	1.33
	Y (17)	4.59	0.6	5	4	5	5	3	5	5	0.36
	Z (14)	4.57	0.62	5	4	5	5	3	5	5	0.38
Identifikácia pacienta	X (11)	4.36	0.98	5	4	5	5	2	5	5	0.96
	Y (17)	4.59	0.69	5	4	5	5	3	5	5	0.48
	Z (14)	4.43	0.73	5	4	5	5	3	5	5	0.53

Profesionálny prístup	X (11)	4.54	0.65	5	4	5	5	3	5	5	0.43
	Y (17)	4.47	0.77	5	4	5	5	2	5	5	0.60
	Z (14)	4.21	0.86	4.5	3	4.5	5	3	5	5	0.74
Kompetencie na výkon povolania	X (11)	4.27	1.05	5	3	5	5	2	5	5	1.10
	Y (17)	4.41	0.69	5	4	5	5	3	5	5	0.47
	Z (14)	4.42	0.62	4.5	4	4.5	5	3	5	5	0.38
Komunikácia s pacientmi	X (11)	4.27	0.96	5	4	5	5	2	5	5	0.92
	Y (17)	4.47	0.5	4	4	4	5	4	5	4	0.25
	Z (14)	4.35	4.35	4.5	4	4.5	5	3	5	5	0.51
Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti	X (11)	4.18	1.46	5	4	5	5	0	5	5	2.15
	Y (17)	4.41	0.69	5	4	5	5	3	5	5	0.47
	Z (14)	4.36	0.71	4.5	4	4.5	5	3	5	5	0.51
Rešpektovanie dôvernosti informácií	X (11)	4.63	0.64	5	4	5	5	3	5	5	0.41
	Y (17)	4.47	0.70	5	4	5	5	3	5	5	0.48
	Z (14)	4	1.19	4	3.75	4	5	1	5	5	1.43
Komunikácia s kolegyňami	X (11)	4.18	1.02	5	3	5	5	2	5	5	1.05
	Y (17)	4.47	0.60	5	4	5	5	3	5	5	0.36
	Z (14)	4.35	0.71	4.5	4	4.5	5	3	5	5	0.51
Prevenencia nozokomiálnych nákaz	X (11)	4.27	0.96	5	4	5	5	2	5	5	0.92
	Y (17)	4.11	0.83	4	4	4	5	2	5	4	0.69
	Z (14)	4.21	1.01	5	3	5	5	2	5	5	1.02
Presnosť vykonávania úloh, dodržanie termínov	X (11)	4.54	1.15	5	5	5	5	1	5	5	1.33
	Y (17)	4	0.90	4	3	4	5	2	5	{4, 5}	0.82
	Z (14)	4.14	1.12	4.5	3.75	4.5	5	1	5	5	1.26
Proaktivita - preberanie zodpovednosti za svoje činy	X (11)	4.18	1.33	5	4	5	5	1	5	5	1.78
	Y (17)	4.35	0.76	5	4	5	5	3	5	5	0.58
	Z (14)	4.14	1.12	4.5	3.75	4.5	5	1	5	5	1.26
Rešpektovanie súkromia pacienta	X (11)	4.36	0.98	5	4	5	5	2	5	5	0.96
	Y (17)	4.11	0.96	4	3	4	5	2	5	5	0.93
	Z (14)	4	1.13	4	3.5	4	5	2	5	5	1.28
Poskytovanie vedomostí, skúseností a podpory kolegom	X (11)	4.72	0.61	5	5	5	5	3	5	5	0.38
	Y (17)	4.47	0.84	5	4	5	5	2	5	5	0.72
	Z (14)	3.42	1.23	3	3	3	4.25	0	5	3	1.53
Dodržiavanie time manažmentu	X (11)	4	1.35	5	3	5	5	1	5	5	1.82
	Y (17)	4.17	0.70	4	4	4	5	3	5	4	0.5
	Z (14)	4.28	0.7	4	4	4	5	3	5	{4, 5}	0.49
Iniciatíva	X (11)	4	1.48	5	4	5	5	1	5	5	2.18
	Y (17)	4.23	0.94	5	3.5	5	5	2	5	5	0.88
	Z (14)	4.14	0.83	4	3	4	5	3	5	5	0.69
Prevenencia dekubitov	X (11)	3.45	1.87	4	2	4	5	0	5	5	3.52
	Y (17)	4.29	0.82	5	3.5	5	5	3	5	5	0.68
	Z (14)	4.14	0.91	4	3.75	4	5	2	5	5	0.84
Vzdelanie	X (11)	4.09	0.66	4	4	4	5	3	5	4	0.44
	Y (17)	3.70	1.12	4	3	4	4	0	5	4	1.26
	Z (14)	4.35	0.48	4	4	4	5	4	5	4	0.23
Prevenencia	X (11)	3.36	1.77	4	3	4	5	0	5	5	3.14

pádov	Y (17)	4.35	0.76	5	4	5	5	3	5	5	0.58
	Z (14)	3.85	1.06	4	3	4	5	2	5	5	1.12
Dodržiavanie predpisov, smerníc, štandardov	X (11)	4.09	0.9	4	4	4	5	2	5	4	0.81
	Y (17)	4.05	0.93	4	4	4	5	1	5	4	0.88
	Z (14)	3.57	0.62	3.5	3	3.5	4	3	5	3	0.38
Rozpoznávanie chýb	X (11)	4	1.20	4	3	4	5	1	5	5	1.45
	Y (17)	3.88	0.83	4	3	4	4.5	2	5	4	0.69
	Z (14)	3.78	0.55	4	3	4	4	3	5	4	0.31
Zvyšovanie kvality práce	X (11)	3.63	1.06	4	3	4	5	2	5	{3, 4, 5}	1.14
	Y (17)	4.05	1.05	4	3	4	5	2	5	5	1.11
	Z (14)	3.78	0.55	4	3	4	4	3	5	4	0.31
IT znalosti	X (11)	3	1.28	3	2	3	4	1	5	3	1.63
	Y (17)	3.88	3.88	4	3	4	5	2	5	{3, 5}	1.04
	Z (14)	4.43	0.62	4.5	4	4.5	5	3	5	5	0.38
Kreativita	X (11)	3.63	1.43	4	3	4	5	1	5	5	2.05
	Y (17)	4	0.97	4	3	4	5	2	5	5	0.94
	Z (14)	3.57	0.90	4	3	4	4	2	5	4	0.81
Nadšenie	X (11)	3.54	1.37	4	3	4	5	1	5	4	1.88
	Y (17)	3.59	0.91	3	3	3	4.5	2	5	3	0.83
	Z (14)	3.64	1.10	3.5	3	3.5	5	1	5	3	1.23
Akceptovanie konštruktívnej kritiky	X (11)	3.82	1.11	4	3	4	5	1	5	4	1.24
	Y (17)	3.7	0.89	4	3	4	4	2	5	4	0.79
	Z (14)	3.21	1.20	3	2	3	4.25	1	5	3	1.45
Účasť na tvorbe smerníc, postupov	X (11)	1.18	1.11	1	0	1	2	0	4	1	1.24
	Y (17)	2.59	2.58	3	1	3	4	0	5	1	2.83
	Z (14)	2	1.06	2	1	2	3	1	4	1	1.14

Legenda: \bar{x} – aritmetický priemer, sd – smerodajná odchýlka, x_m – medián, $min.$ – minimálna hodnota, $max.$ – maximálna hodnota, $mod(x)$ – modus, s^2 – rozptyl; Q_1, Q_2, Q_3 – kvartily.

Diskusia

Implementácia programu peer review hodnotenia v ošetrovatelstve je prostriedkom na zlepšenie kultúry bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach (Herrington, Hand, 2019). Garner (2015) zdôrazňuje, že peer review hodnotenie je proces, ktorým sa zistia problémy v starostlivosti o pacienta. Je uznávanou metódou na zlepšenie kvality a bezpečnosti ošetrovatelstva. Je dôležité, aby sestry pochopili, že peer review hodnotenie je nástrojom na rozvoj ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch a zvýšenie bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti. Pre mnohé sestry je to nový koncept, ktorého cieľom nie je, aby sa sestry navzájom kritizovali, obviňovali, ale zdieľali poznatky a profesionálne rástli. Vzájomné peer review hodnotenie v ošetrovatelstve je zamerané na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti. Podľa American Nurses Credentialing Center peer review hodnotenie stimuluje profesionalitu prostredníctvom zvýšenej zodpovednosti a

podporuje samoreguláciu praxe. Hodnotenie by sa malo uskutočňovať pravidelne so zameraním na kvalitu a bezpečnosť, pretože len sestry si môžu najlepšie kontrolovať a zlepšovať ošetrovateľskú prax (Ohmart, 2013). Podľa Murphy et al. (2018) sú sestry navzájom zodpovedné za vysokú kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

V našej štúdií považovali sestry za najdôležitejšie kritériá kvality a bezpečnosti v ošetrovateľstve bezpečnú identifikáciu pacienta; kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti; prevenciu nozokomiálnych nákaz a prevenciu dekubitov. Sledovanie a hodnotenie uvedených indikátorov je zakotvené aj v právnych predpisoch SR: v nariadení vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení NV SR 61/2013 Z.z.; vo vyhláske MZ SR č. 444/2029 Z.z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta a vo vestníku MZ SR, roč. 61, čiastka 15-26 z 15. októbra 2013 - Metodický pokyn MZ SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Aj Gnilka (2018) uvádza, že peer review proces mal významný vplyv na dva indikátory kvality: pády a dekubity. Vo svojej štúdií na základe literárneho prehľadu z rokov 2007-2017 v databázach CINAL, PubMed a Medline potvrdila zhodu viacerých autorov, že peer review v ošetrovateľstve je potrebné na podporu bezpečnej, autonómnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Vzhľadom na medializáciu pochybení v poskytovaní zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti George, Haag-Heitman (2015) uvádzajú, že ošetrovateľstvo musí byť proaktívne v reakcii na problémy s kvalitou a bezpečnosťou. Svetic Cistic, Frankovic (2015) sa vo svojej štúdií zamerali na hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti v Chorvátsku. Autorky zdôrazňujú, že peer review hodnotenie vytvára kultúru bezpečnosti, zvyšuje transparentnosť v ošetrovateľstve, proaktivitu v súvislosti s nárastom zverejňovaných pochybení a omylov. V Chorvátsku, rovnako ako v Slovenskej republike, je peer review podľa dostupných údajov úplne novou praxou a vedomosti sestier o tomto hodnotení sú nedostatočné. Implementáciou programu profesionálneho vzájomného hodnotenia sa podľa štúdie Shogren (2016) v sledovanej nemocnici v Texase znížil výskyt dekubitov o 85 % za 18 mesiacov. Štúdie Goss (2021) sa zúčastnilo v štvormesačnom pilotnom programe Nursing Peer Review Program štrnásť sestier. Autorka hodnotila štruktúru, proces a výsledok implementácie programu a ako účastníčky vnímali zodpovednosť v rámci hodnotenia. Peer review hodnotenie sestrami založené na dôkazoch podporuje sestry, aby kriticky zhodnotili svoju prax, aby poukázali na odchýlky v starostlivosti, ktoré môžu viesť k poškodeniu pacienta. Na základe

pilotných výsledkov program ukázal prínos pre zlepšenie starostlivosti o pacientov a predchádzanie nežiadúcim udalostiam súvisiacich s ošetrovateľskou starostlivosťou. Vzájomné hodnotenie je nástrojom na zlepšenie kvality a bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach, na zvýšenie zodpovednosti za prax a zníženie nákladov. Goss (2021) poukazuje na zistenia, že zdravotnícke organizácie zamerané na kultúru bezpečnosti majú zavedené štandardizované postupy vzájomného hodnotenia; dobrovoľné hlásenie bezpečnostných udalostí a nehôd; hodnotenie odchýlok od praxe zo systémového hľadiska; mentoring; zosúladené procesy kvality a bezpečnosti organizácie a komunikáciu systémových zlepšení vyplývajúcich z peer hodnotenia integrované do vnútorných predpisov a politík. Kultúra spravodlivosti garantuje zamestnancom, že nebudú perzekuovaní, trestaní za chyby s cieľom vytvoriť dôveryhodnú atmosféru, v ktorej sú zamestnanci podnecovaní k zdieľaniu dôležitých informácií týkajúcich sa bezpečnosti (Hughes,2008; WHO,2021; Sovariová Soosová, Zamboriová, Murgová, 2017; Dimunová, 2017). Diaz (2008) tiež akcentuje, že sa vzájomné hodnotenie nemá chápať represívne, ale ako prostriedok mentoringu. Vzájomné hodnotenie je účinným spôsobom vzdelávania a zvyšovania kvality. Herrington, Hand (2019) vo svojej štúdií porovnávali výsledky prieskumu pred a po implementácii programu sesterského peer hodnotenia a zistili, že podporuje kultúru bezpečnosti v zdravotníckom zariadení, zlepšuje spätnú väzbu a iniciuje vzdelávanie sestier.

Americká asociácia sestier podporuje proces vzájomného hodnotenia už 37 rokov. Hoci sa vzájomné hodnotenie stáva súčasťou ošetrovateľskej praxe a vzdelávania, nebolo univerzálne prijaté. Ak sa sestry budú obávať vzájomného hodnotenia kvôli pocitom neistoty a nedôvery, bude to brániť jeho implementácii do praxe (Morby, Skalla, 2010). Podobne Ohmart (2013) uvádza, že podľa viacerých zahraničných autorov (DuBose, 2021; Roberts, 2017; Williams, 2022) sa sesterské peer review hodnotenie nestalo štandardnou praxou vo väčšine nemocníc, hoci šesť princípov pre peer review v ošetrovateľstve je práve dnes aktuálnejšie než kedykoľvek predtým.

Odporúčania pre prax

Pre úspešnú implementáciu sesterského peer hodnotenia v ošetrovateľstve v SR je potrebné vypracovať návrh slovenskej verzie štandardizovaného nástroja pre peer review hodnotenie v ošetrovateľstve, overiť jeho obsahovú relevanciu tímom expertov a vypracovať metodiku peer review hodnotenia sestier. Zamerať sa aj na vzdelávanie sestier o peer review hodnotení v ošetrovateľstve.

Ošetrovateľské peer hodnotenie je efektívny spôsob ako udržať ošetrovateľskú prax na najvyššej profesionálnej úrovni. Pre všetky zúčastnené sestry je veľmi pozitívnou skúsenosťou, ktorá im umožní zlepšiť kvalitu starostlivosti (Ohmart, 2013). Williams (2022) pridáva k ďalším prínosom zavedenia peer hodnotenia v ošetrovateľstve zníženie fluktuácie sestier v zdravotníckych zariadeniach a systémové zlepšenia. Vzájomné hodnotenie v ošetrovateľstve je stabilným ukazovateľom kultúry bezpečnosti. Prínosy procesu vzájomného hodnotenia v ošetrovateľstve rozdeľujú George, Haag-Heitman (2015) pre organizácie (zvýšenie kvality starostlivosti a efektívnosti práce) a pre sestry (profesionálny rozvoj).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Bergum, SH, Canaan T, Delemos CH et al. (2017). Implementation and evaluation of a peer review process for advanced practice nurses in a university hospital setting. *J Am Assoc Nurse Pract.* 29 (7): 369-374. doi: 10.1002/2327-6924.12471

Colella, J, Douglas, C, Vanbuitenen N et al. (2021). Establishing Interrater Reliability Within the Advanced Practice Nurse Peer Review Process. *J Nurs Meas.* 29(2):227-238.

Davis, K, Capazzoli, J, Parks, J (2009). Implementing Peer Review: Guidelines for Managers and Staff. *Nursing Administration Quarterly.* 33(3):251-257.
<https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181accb62>

Dimunová, L (2017). Bezpečnosť pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. *Recenzovaný zborník vedeckých prác „Ošetrovateľstvo 2020 - trendy, zmeny a budúcnosť“.* Rožňava : VŠ sv. Alžbety, n. o. Bratislava, detašované pracovisko bl. Sály Salkaháziovej v Rožňave. ISBN 978-80-8132-166-5, s. 80-87.

Diaz, L (2008). Nursing peer review: developing a framework for patient safety. *J Nurs Adm.* 38(11):475-479.

DuBose, L (2021). Fostering Peer Evaluation Skills in Nursing Students, *Journal of the Arkansas Academy of Science.* 75(4):1-5. <https://doi.org/10.54119/jaas.2021.7509>
<https://scholarworks.uark.edu/jaas/vol75/iss1/4>

Garner, JK (2015). Implementation of a Nursing Peer-Review Program in the Hospital Setting. *Clin Nurse Spec.*29(5):271-5.

George, V, Haag-Heitman, B (2021). Differentiating peer review and the annual performance review. *Nurse Leader.* 26-28.

George, V, Haag-Heitman, B (2015).Peer review in nursing: Essential components of a model supporting safety and quality. *Journal of Nursing Administration.* 45(7/8), 398-403.

Gnilka, B (2018). Peer to Peer Review: Professional Development to Improve Feedback Skills and Self-Efficacy. George Washington University : *Doctor of Nursing Practice Projects.* 45p. [online]. [cit.25.06.2025].
https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son_dnp/23

Goble, PH et al. (2017). The power of peer review: A pathway to professionalism. *Nursing Management.* 48(2): 9-12.

Goss, JL (2021). Design and Implementation of a Nursing Peer Review Program in a Two-Hospital Setting. George Washington University : *Doctor of Nursing Practice Projects.* 291p. [online]. [cit.25.06.2025].
https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son_dnp/90

Grootendorst, M, Lawson, L (2015). Stepping up professional practice: Implementing nursing peer review. *American Nurse*. 2015. [online]. [cit.26.06.2025]. www.myamericannurse.com/stepping-professional-practice-implementing-nursing-peer-review/

Haag-Heitman, B, George V (2010). *Peer Review in Nursing: Principles for Successful Practice*. Jones & Bartlett Publishers. 252p. ISBN-13 978-0-7637-9040-0.

Haag-Heitman, B, George V (2011). Nursing peer review: Principles and practice. *American Nurse Today*. 6(9):48-53.

Haag-Heitman, B, Bowen-Brady, H, Hunt, V, Oot-Haes, M (2018). Asking for Feedback: Clinical Nurses' Perceptions of a Peer Review Program in a Community Hospital. *The Journal of Nursing Administration*. 49(1): 35-41.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000705>

Harrington, LC, Smith M (2008). *Nursing Peer Review: A Practical Approach to Promoting Professional Nursing Accountability*. Opus Communications. 167p. ISBN-13 9781601461278.

Harrington, LC, Smith M (2015). *Nursing Peer Review. A Practical, Nonpunitive Approach to Case Review*. Second Edition. USA : HCPro a division of BLR. 152p. ISBN 978-1-55645-198-0

Herrington, CR, Hand MW (2019). Impact of Nurse Peer Review on a Culture of Safety. *J Nurs Care Qual*. 34 (2):158-162. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000361>

Hughes, RG (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. E-book. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>

Hulková, V (2024). *Generačná diverzita v ošetrovatel'stve – výzva pre vzdelávanie, prax a manažment*. Trenčín : TnUAD. 148 s. ISBN 978-80-8295-014-7.

Kilíková, M et al. (2020). *Bezpečnosť pacienta - ukazovateľ kvality zdravotnej starostlivosti*. Příbram : Ústav sv. J.N. Neumanna. 159s. ISBN 978-80-88206-18-7.

Morby, SK, Skalla A (2010). A Human Care Approach to Nursing Peer Review. *Sage Journals*. 23(4). [online]. [cit.25.06.2025].
<https://doi.org/10.1177/0894318410380267>

Metodický pokyn MZ SR pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vestník MZ SR, roč. 61, čiastka 15-26, 2013.

Murdock, SK (2018). A Program to Prepare Frontline Nurse Leaders for Peer Review. University of New Hampshire, Durham : *Clinical Doctorate*. 87p. [online]. [cit.25.06.2025]. https://scholars.unh.edu/scholarly_projects/

Murphy, J et al. (2018). Comprehensive nursing peer review. Our voice, our practice, our growth. *Nursing Management (Springhouse)*. 49(8): 49-33.

Nariadenie vlády SR č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení 61/2013 Z.z.

Ohmart, G (2013). Nursing Peer Review. [online]. [cit.26.05.2025].
<https://www.elitelearning.com/resource-center/nursing/nursing-peer-review/>

Roberts Holli, D (2017). Developing a Nursing Peer Review Program for Nurse Leaders. Bellarmine University : *Graduate Theses Dissertations*. 65p. [online]. [cit.25.06.2025].
<https://scholarworks.bellarmino.edu/tdc/41>

Svetic Cistic, R, Frankovic, S (2015). Using Nursing Peer Review for Quality Improvement and Professional Development with Focus on Standards of Professional Performance. *Nursing and Health*. 2015;3(5):103-109.

Shogren, CH (2016). Professional peer review compels staff to improve performance and quality-Part 1. *OR Manager*. 32(1): 1-5.

Sovariová Soosová, M, Zamboriová, M, Murgová, A (2017). Hospital patient safety culture in Slovakia. *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 1(1):12-19. [online].
<http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2017-rocnik-7/cislo-1/kultura-bezpecnosti-pacienta-v-nemocniciach-na-slovensku>.

Vyhláška MZ SR č. 444/2029 Z.z. o minimálnych požiadavkách na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta

Williams, T (2022). Perception is Everything: Implementation of a Peer Evaluation Program for Nurse Leaders in a Hospital Setting. University of St. Augustine for Health Sciences. 52p. [online]. [cit.25.06.2025]. <https://doi.org/10.46409/sr.FSJV7101>

WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 86p. ISBN 978-92-4-003270-5.

ZÁVER

Bezpečnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti je ovplyvnená množstvom faktorov od komunikácie, ľudského faktora až po technológie. Poskytovanie starostlivosti a služieb, ktoré sú bezpečné pre pacientov aj personál, je v súčasnosti nevyhnutné. Na dosiahnutie tohto cieľa berúc do úvahy povahu zdravotnej starostlivosti a jej fungovanie, sa vyžaduje, aby personál a pacienti boli vždy ostražití, neustále sa zapájali do riadenia bezpečnosti a výskumných štúdií zameraných na posúdenie vplyvu bezpečnosti na rôzne oblasti starostlivosti, hľadali inovatívne spôsoby bezpečného poskytovania starostlivosti a zároveň neustále zlepšovali systém.

O autorkách

doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH

Autorka má dlhoročné skúsenosti z manažérskych postov na národnej a medzinárodnej úrovni. Je autorkou a spoluautorkou monografií, vysokoškolských učebníc, vedeckých a odborných článkov a editorkou vedeckých zborníkov venujúcich sa štandardizácii, kvalite, bezpečnosti, edukácii, teórii ošetrovateľstva a multikultúrnemu ošetrovateľstvu. Výskumnú činnosť zameriava na aktuálne trendy v manažmente ošetrovateľstva.



prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Po celý čas svojho pôsobenia v povolání sestra a vysokoškolský pedagóg aktívne rozvíja svoje odborné i pedagogické vedomosti, zvyšuje svoje vedecko-výskumné zručnosti. Venovala sa odbornej príprave 14 doktorandov a 2 docentov v odbore ošetrovateľstvo. Je autorkou mnohých odborných publikácií, vedeckých článkov evidovaných v medzinárodných databázach odborných a vedeckých prác. V súčasnosti pôsobí na detašovanom pracovisku Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Rožňave.



Recenzie

prof. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Monografia predstavuje komplexné a aktuálne spracovanie problematiky bezpečnosti v zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Teoretické východiská sú podložené relevantnými domácimi aj zahraničnými zdrojmi, pričom autorky preukazujú hlbokú znalosť problematiky a schopnosť jej analytického uchopenia. Obsah reflektuje súčasné výzvy v oblasti bezpečnosti pacientov a zdravotníckeho personálu, pričom dôraz je kladený na systémový prístup a kultúru bezpečnosti. Štruktúra monografie je logická, prehľadná a tematicky koherentná. Jednotlivé kapitoly na seba nadväzujú a vytvárajú ucelený pohľad na problematiku bezpečnosti v zdravotníctve. Obsahová gradácia podporuje čitateľskú orientáciu a zvyšuje odbornú hodnotu publikácie.

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Monografia je spracovaná mimoriadne kvalitne, s vysokou mierou odbornosti a prehľadnosti. Predstavuje významný a aktuálny príspevok k odbornej literatúre v oblasti bezpečnosti zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Prináša nielen teoretické východiská, ale aj ich prepojenie s klinickou praxou, čím môže slúžiť ako hodnotný zdroj pre zdravotníckych pracovníkov, manažérov, pedagógov i študentov ošetrovateľstva. Monografia pôsobí ako profesionálne pripravený a formálne ucelený dokument, spĺňajúci štandardy pre vedeckú publikačnú činnosť. Kapitoly sú usporiadané v logickej lineárnej nadväznosti – od makropohľadu na systém bezpečnosti cez klinické procesy až po hodnotiace a participatívne mechanizmy. Takto koncipovaná štruktúra zabezpečuje vysokú čitateľnosť, prepojenosť tematických okruhov a systematické postupné rozširovanie odborného obsahu. Z metodologického hľadiska je hodnotné, že monografia neostáva iba v rovine všeobecného prehľadu, ale v častiach venovaných nežiaducim udalostiam, kultúre bezpečnosti, systémovému manažmentu, zapojeniu pacientov či peer review uplatňuje aplikované metodologické postupy, ktoré sú typické pre moderné ošetrovateľské a zdravotnícke vedy. Prínosom je aj zaradenie ilustratívneho príkladu z klinickej praxe, ktorý vhodne doplní teoretické pasáže a demonštruje ich praktickú implementovateľnosť. Metodologické spracovanie monografie je na vysokej úrovni, zodpovedá aktuálnym trendom v zdravotníckom výskume a vedeckej či odbornej publikačnej praxi. Použité metodické prístupy sú primerané obsahu, systematicky využívané a prispievajú k vysokej hodnote a dôveryhodnosti celej publikácie.

doc. PhDr. Andrea Sollárová, PhD.

Monografia predstavuje integrovaný prístup v téme bezpečnosti v starostlivosti, pričom v našich podmienkach ide o významné dielo. Teoretický obsah je spracovaný komplexne, na základe medzinárodných stratégií a programov, poznatky sú aktuálne a reflektujú aspekty bezpečnej starostlivosti. K jednotlivým kapitolám sú spracované príklady situácií z podmienok praxe, analýzy a schémy na riešenie opatrení. Výskum je realizovaný v našom socio-kultúrnom kontexte; zistenia a odporúčania pre prax, pre manažment zdravotníckych zariadení, pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pre systém vzdelávania sestier podporujú vo významnej miere metodologickú časť monografie. Celkový prínos vedeckej monografie je značný v rôznych oblastiach a úrovniach systému manažerstva bezpečnosti v zdravotníckych zariadeniach.

ZOZNAM TABULIEK A OBRÁZKOV

Tabuľka 1	Komparácia minimálnych požiadaviek na bezpečnú komunikáciu v ústavných zdravotníckych zariadeniach v SR a ČR	93
Tabuľka 2	Celkové vyhodnotenie splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti bezpečnej komunikácie	95
Tabuľka 3	Obsah jednotnej komunikačnej schémy pre všetkých zdravotníckych pracovníkov	97
Tabuľka 4	Časový interval v minútach stanovený v postupe na konzultáciu s pacientom	98
Tabuľka 5	Alternatívne komunikačné techniky používané v ústavnom zdravotníckom zariadení	99
Tabuľka 6	Celkové vyhodnotenie splnenia minimálnych požiadaviek na interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta v oblasti dodržiavania práv pacientov v ústavnom zdravotníckom zariadení	107
Tabuľka 7	Index liekových pochybení	116
Tabuľka 8	Demografické údaje sestier a charakteristika nežiaducej udalosti	128
Tabuľka 9	Ilustratívne citáty k tematickým jednotkám	132
Tabuľka 10	Princípy peer review hodnotenia v ošetrovatelstve	145
Tabuľka 11	Kritériá peer review hodnotenia v dimenzii kvalita a bezpečnosť zoradené chronologicky podľa významnosti	148
Tabuľka 12	Vzťah medzi dĺžkou praxe sestier a sledovanými kritériami	149
Tabuľka 13	Kritériá peer hodnotenia sestier podľa generačných kohort	150
Obrázok 1	Štyri oblasti systému riadenia bezpečnosti	13
Obrázok 2	Flowchart - popis procesu pred zavedením interného systému hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí	28
Obrázok 3	Flowchart – popis procesu systematického hlásenia a evidencie nežiaducich udalostí	29
Obrázok 4	Ishikawov diagram	30
Obrázok 5	Medzinárodné ciele bezpečnosti pacientov na rok 2025	56
Obrázok 6	Zložky kultúry bezpečnosti	66
Obrázok 7	Kultúra spravodlivosti a kultúra bezpečnosti	74

Názov: Bezpečnosť zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti
Autor: doc. PhDr. Viera Hulková, PhD., MPH
prof. PhDr. Mária Kilíková, PhD., MPH

Vydavateľ: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava
Rok vydania: 2025

Náklad: 110 ks
Vydanie: prvé
Počet strán: 159

ISBN 978-80-8132-314-0 (print)
ISBN 978-80-8132-315-7 (pdf)



978-80-8132-314-0



978-80-8132-315-7