



ALMA MATER
EUROPAEA
UNIVERZA

KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – PRIMARNO ZDRAVSTVO

**David Bogataj, Daniel Grabar, Andrej Robida
in Barbara Toplak Perovič**



Kultura varnosti pacientov

Primarno zdravstvo

Patient safety culture - Primary healthcare

David Bogataj, Daniel Grabar, Andrej Robida

in Barbara Toplak Perovič

Maribor, Trebnje, 2025

Naslov: **Kultura varnosti pacientov- Primarno zdravstvo**
Patient safety culture - Primary healthcare

Znanstvena monografija

Avtorji: David Bogataj, Daniel Grabar, Andrej Robida, Barbara Toplak Perovič

Izdajatelj in založnik: Univerza Alma Mater Europaea, Alma Mater Press in Zavod INRISK

Leto izdaje: 2025

Dostopno na <https://press.almamater.si/index.php/amp/catalog/category/Socialnainfrastruktura>

Zbirka: Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL), serijska št. 50

Urednici: prof. dr. Marija Bogataj, CERRISK-INRISK in Suzanna Mežnarec Novosel, M. A., Univerza Alma Mater Europaea

Recenzenta: doc. dr. Valerija Rogelj, Agencija za raziskovalno in inovacijsko dejavnost Slovenije - ARIS
doc. dr. Marta Kavšek, Univerza Alma Mater Europaea, Maribor

Ključne besede: kultura varnosti, pacienti, aktuarska matematika.

Financer: Delo sta financirala Ministrstvo za zdravje in ARIS v okviru projekta V3-2245-Kultura varnosti pacientov.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.253

KULTURA varnosti pacientov [Elektronski vir] = Patient safety culture : primarno zdravstvo = primary healthcare : [znanstvena monografija] / David Bogataj ... [idr.]. - E-knjiga. - Maribor : Univerza Alma Mater Europaea, Alma Mater Press ; Trebnje : Zavod INRISK, 2025. - (Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL) ; serijska št. 50)

Način dostopa (URL):

<https://press.almamater.si/index.php/amp/catalog/category/Socialnainfrastruktura>

ISBN 978-961-7183-68-9 (PDF)

COBISS.SI-ID 231206659

Platnici: Delež starih 80 in več v slovenskih občinah na dan 1. 1. 2024, kartograf in oblikovalec platnic izr. prof. dr. Samo Drobne.

Avtorji publikacije so odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navajajo v svoji monografiji.

KAZALO VSEBINE

Povzetek	1
Abstract	2
1SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU	3
1.1 Uvod.....	3
1.2 Opredelitev kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	14
1.2.1 Iz mednarodnih dokumentov	14
1.2.2 Iz znanstvene literature	16
1.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za paciente v primarnem zdravstvenem varstvu.....	27
1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu.....	28
1.5 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu...	31
1.6 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	33
1.7 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v osnovnem zdravstvu.....	34
1.8 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu.....	36
1.9 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	38
1.10 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo.....	39
1.10.1 Uvod.....	39
1.10.2 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	40
1.10.3 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	42
1.10.4 Razvrstitev glede na vrsto	42
1.10.5 Razvrstitev po ciljnih področjih.....	42
1.10.6 Druge ustrezne kategorizacije - Primeri posebnih instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov	43
1.10.7 Ankete	43
1.10.8 Kontrolni seznam	43
1.10.9 Orodja za opazovanje.....	44
1.11 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost	45
1.11.1 Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS).....	45
1.11.2 Kontrolni seznam (s poudarkom na kontrolnem seznamu Svetovne zdravstvene organizacije za varnost v kirurgiji)	46
1.11.3 Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)	47
1.12 Prednosti in omejitve različnih instrumentov	47
1.12.1 Ankete	47

1.12.2	Kontrolni sezname	48
1.12.3	Orodja za opazovanje.....	49
1.12.4	Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj.....	50
1.13	Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva	51
1.14	Priporočila.....	52
1.15	Zaključek uvodnih misli	53
2	ODNOS DO VARNOSTI PACIENTOV V PRIMARNEM ZDRAVSTVU	54
2.1	Vprašanja zaposlenim	54
2.2	Struktura anketirancev po ambulantah.....	56
2.2.1	Poklici v pediatričnih ambulantah.....	56
2.2.2	Poklici v splošnih ambulantah	57
2.2.3	Poklici v ginekološko-porodniških ambulantah.....	57
2.2.4	Poklici v zobozdravstvenih ambulantah	58
2.2.5	Drugi poklicni profili	59
2.3	Notranja konsistentnost vprašalnika	59
2.4	Opis anketirancev glede na staž in delovno obremenitev	60
2.5	Strnjen pregled: delovni stalež, obremenitev anketirancev in način interakcije s pacienti	62
3	ODGOVORI PO SKUPINAH VPRAŠANJ	63
3.1	Skupina A26 – delovno okolje.....	63
3.2	Varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7aa do Q7aw.....	77
3.3	Ocenjevanje odnosa vodstva do varnosti pacientov	78
3.4	Odgovori skupine A ⁺ – Sporazumevanje in usposabljanje	80
3.5	Odgovori skupine B – Dokumentiranje napak.....	86
3.6	Odgovori skupine C – Ocena splošne varnosti pacientov.....	89
4	ŠTUDIJ RAZLIK V POSAMEZNIH Odstotkih ocen varnosti pacientov med posameznimi vrstami primarnega zdravstva.....	91
4.1	Motivacija in način statistične obdelave	91
4.2	Matrični prikaz Agresti-Caffove ocene razlik v deležih negativnih ocen varnosti po posameznih parih vrst ambulant	92
5	TESTIRANJE RAZLIK V PORAZDELITVAH	96
6	DISKUSIJA	106
7	SKLEP	109
8	POVZETEK RECENZENTOV	110
LITERATURA		112
Temeljni viri		112
Druge reference		120

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Poklici po pediatričnih ambulantah.....	56
Graf 2: Poklici po splošnih ambulantah.	57
Graf 3: Poklici po ginekološko-porodniških ambulantah.....	57
Graf 4: Poklici po zobozdravstvenih ambulantah.....	58
Graf 5: Drugi poklici po vseh ambulantah.	59
Graf 1 - A1: Q7aa - Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.....	65
Graf 2 - A2: Q7ab - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.	65
Graf 3 - A3: Q7ac - V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta).....	66
Graf 4 - A4: Q7ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.	66
Graf 5 - A5: Q7ae - Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	67
Graf 6 - A6: Q7af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	67
Graf 7 - A7: Q7ag - Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.	68
Graf 8 - A8: Q7ah - Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.....	68
Graf 9 - A9: Q7ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem okolju.	69
Graf 10 - A10: Q7aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.....	69
Graf 11 - A11: Q7ak - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.....	70
Graf 12 - A12: Q7al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.	70
Graf 13 - A13: Q7am - Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.....	71
Graf 14 - A14: Q7an - Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	71
Graf 15 - A16: Q7ap - Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	72
Graf 16 - A17: Q7aq - To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.	73
Graf 17 - A18: Q7ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.....	73
Graf 18 - A19: Q7as - Morala je v tem delovnem okolju visoka.	74
Graf 19 - A20: Q7at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.....	74
Graf 20 - A21: Q7au - Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.	75
Graf 21 - A22: Q7av - Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.	75
Graf 22 - A23: Q7aw - Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).	76
Graf 23 - A24: Q7ax - Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	78
Graf 24 - A25: Q7ay - Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.	78
Graf 25 - A26: Q7az - Vodstvo dobro opravlja svoje delo.....	79
Graf 26 - A27: Q7ba - Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.	81
Graf 27 - A28: Q7bb - Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.	81
Graf 28 - A29: Q7bc - Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.	82
Graf 29 - A30: Q7bd - V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.....	82
Graf 30 - A31: Q7be - Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.	83
Graf 31 - A32: Q7bf - Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.....	83
Graf 32 - A33: Q7bg - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki.	84
Graf 33 - A34: Q7bh - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.....	84
Graf 34 - A35: Q7bi - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.....	85
Graf 35 - A36: Q7bj - Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi, so pogoste.	85

Graf 36 - B1: Q8a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?.....	87
Graf 37 - B2: Q8b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?.....	88
Graf 38 - C1: Q9a - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši ordinaciji.....	89

KAZALO TABEL

Tabela 1.1: Vprašanja anketirancem, zaposlenim v zdravstvenih domovih.....	54
Tabela 1.2: Število odgovorov po zdravstvenih domovih.....	55
Tabela 1.3: Struktura drugih, specifičnih profilov v zobozdravstvu.....	58
Tabela 1.4: Opis delovnega staleža, obremenitev anketirancev in interakcije s pacienti po vrstah ambulant	62
Tabela 2.1: Struktura negativnih in nenegativnih ocen v odgovorih skupine A (A1 do A26).....	63
Tabela 2.2 - A1: Q7aa - Število vseh in struktura trditev 1-5: Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.....	65
Tabela 2.3 - A2: Q7ab - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.....	65
Tabela 2.4 - A3: Q7ac - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju se soglasja ustrezno rešujejo.....	66
Tabela 2.5 - A4: Q7ad - Število vseh in struktura trditev 1-5: Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo	66
Tabela 2.6 - A5: Q7ae - Število vseh in struktura trditev 1-5: Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.....	67
Tabela 2.7 - A6: Q7af - Število vseh in struktura trditev 1-5: Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj, dobro usklajen tim.....	67
Tabela 2.8 - A7: Q7ag - Število vseh in struktura trditev 1-5: Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.....	68
Tabela 2.9 - A8: Q7ah - Število vseh in struktura trditev 1-5: Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.....	68
Tabela 2.10 - A9: Q7ai - Število vseh in struktura trditev 1-5: Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj varnosti.....	69
Tabela 2.11 - A10: Q7aj - Število vseh in struktura trditev 1-5: O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.....	69
Tabela 2.12 - A11: Q7ak - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.....	70
Tabela 2.13 - A12: Q7al - Število vseh in struktura trditev 1-5: Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.....	70
Tabela 2.14 - A13: Q7am - Število in struktura trditev 1-5: Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.....	71
Tabela 2.15 - A14: Q7an - Število vseh in struktura trditev 1-5: Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.....	71
Tabela 2.16 - A15: Q7ao - Število vseh in struktura trditev 1-5: Rad/-a imam svoje delo.....	72
Tabela 2.17 - A16: Q7ap - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.....	72
Tabela 2.18 - A17: Q7aq - Število vseh in struktura trditev 1-5: To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.....	73
Tabela 2.19 - A18: Q7ar - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.....	73
Tabela 2.20 - A19: Q7as - Število vseh in struktura trditev 1-5: Morala je v tem delovnem okolju visoka.....	74
Tabela 2.21 - A20: Q7at - Število vseh in struktura trditev 1-5: Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.....	74

Tabela 2.22 - A21: Q7au - Število vseh in struktura trditev 1-5 Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.	75
Tabela 2.23 - A22: Q7av - Število vseh in struktura trditev 1-5: Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.	75
Tabela 2.24 - A23: Q7aw - Število vseh in struktura trditev 1-5: Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih.	76
Tabela 2.25 - 2.2: Odstotek za varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7aa do Q7aw 77	
Tabela 2.26 - A24: Q7ax - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	78
Tabela 2.27 - A25: Q7ay - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.	78
Tabela 2.28 - A26: Q7az - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	79
Tabela 2.29 - 2.3: Odstotek za varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7ax do Q7az. 79	
Tabela 2.30: Trditve v skupini A ⁺	80
Tabela 2.31 - A27: Q7ba - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.	81
Tabela 2.32 - A28: Q7bb - Število vseh in struktura trditev 1-5: Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.	82
Tabela 2.33 - A29: Q7bc - Število vseh in struktura trditev 1-5: Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.	82
Tabela 2.34 - A30: Q7bd - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	83
Tabela 2.35 - A31: Q7be - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.	83
Tabela 2.36 - A32: Q7bf - Število vseh in struktura trditev 1-5: Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	84
Tabela 2.37 - A33: Q7bg - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki.	84
Tabela 2.38 - A34: Q7bh - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.	85
Tabela 2.39 - A35: Q7bi - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.	85
Tabela 2.40 - A36: Q7bj - Število vseh in struktura trditev 1-5: Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi, so pogoste.	86
Tabela 2.41 - 3.2: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7ba do Q7bj.	86
Tabela 2.42 - 3.2: Trditve v skupini B.	86
Tabela 2.43 - B1: Q8a - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	87
Tabela 2.44 - B2: Q8b - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?	88
Tabela 2.45 - 3.2: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev Q8a in Q8b.	88
Tabela 2.46 - C1: Q9a - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ocenite stanje varnosti pacientov v ordinaciji anketirancev.	89
Tabela 2.47 - 4: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev Q9a (vsota ocen p ₁ +p ₂ +p ₃).	90
Tabela 2.48 - 5: Ranžirna vrsta desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov	90
Tabela 2.49 - 6: Odstotek pozitivnih odgovorov v ranžirni vrsti desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov.	90
Tabela 3.1 - 7: Matrični prikaz Agresti-Caffove ocene razlik v deležih negativnih ocen varnosti po posameznih parih vrst ambulant pri 5% tveganju.	92

Tabela 4.1 - 8.1: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aa do Q7bd in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	96
Tabela 4.2 - 8.2: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ae - Q7aj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	97
Tabela 4.3 - 8.3: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ak - Q7ap in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	98
Tabela 4.4 - 8.4: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aq - Q7av in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	99
Tabela 4.5 - 8.5: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aw - Q7bb in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	100
Tabela 4.6 - 8.6: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bc - Q7bh in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	101
Tabela 4.7 - 8.7: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bi - Q7bj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve.	103
Tabela 4.8 - 9.1: Seznam najbolj kritičnih stanj po trditvah in vrstah ambulant.	104
Tabela 4.9 - 9.2: Med pediatrično, splošno in zobozdravstveno ambulantno hi-kvadrat test ne pokaže značilnih razlik v porazdelitvi tedaj, ko gre za visoko kritične ocene varnosti pacientov (ne upoštevajoč ostale).	105

Povzetek

Uvod: Metode ocenjevanja kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu omogočajo analizirati obnašanje strokovnjakov in zavezanost organizacij k neprekinjenemu zagotavljanju učinkovite in varne oskrbe, od trenutka, ko uporabnik vstopi v storitev, do tedaj, ko je iz teh postopkov odpuščen.

Cilj je oblikovati orodja za analizo varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu in pokazati, kaj z uporabo teh orodij lahko sklepamo o kulturi varnosti pacientov v slovenskem primarnem zdravstvu ter čemu je potrebno posvetiti v bodoče več pozornosti.

Material in metoda: Najprej je podan nabor uveljavljenih orodij za primerjavo ocenjevanja kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu v svetu, nato pa je izpeljan vprašalnik, ki bi bil primeren za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvu pri nas. Na temelju le-tega je bilo izpeljano anketiranje po enotah primarnega zdravstva in izvedena analiza odgovorov pretežno po Likertovi lestvici. Opisni statistiki s tabelami in grafi sledi testiranje ocen kulture varnosti v celotnem slovenskem zdravstvenem sistemu z uporabo hi-kvadrat in Z+4 testov. Monografija je bila zaključena leto in pol po zaključku podprojeta z istim naslovom. Prečna raziskava, izvedena v enotah osnovnega zdravstvenega varstva je potekala v obdobju 1.10.2022 - 30.9.2024 in je vključevala tako pregled svetovne literature in prakse, kot tudi analizo anket, izvedenih v enotah primarnega zdravstva v Sloveniji med zdravstvenimi delavci. Oblikovanje anketnih vprašanj je temeljilo na poglobljenih intervjujih, ki so pomagali oblikovati podrobnejša vprašanja v anketi. Podatki so bili analizirani v skladu s priporočili v mednarodni literaturi in v skladu z izkušnjami lokalnih zdravstvenih delavcev.

Rezultati: Glede na ranžirno vrsto ocen trditev v anketi, študija podaja predlog za izvedbo naslednjih ukrepov v skladu s to ranžirno vrsto od najpomembnejšega (a) naprej do (h): (a) zagotovitev zadostne kadrovske strukture, (b) znižanje utrujenosti osebja, (c) opogumiti osebje, da spregovori o zaznanih nevarnostih za paciente, (d) zmanjšati je potrebno delovne obremenitve tam, kjer se ocenjuje, da so prevelike, (e) vodstvo naj bolj podpira vsakodnevne napore podrejenih, (f) Izogibati se je potrebno napetih in sovražnih situacij. (g) smiselno je konstruktivno obravnavati težavno osebje, (h) znižati je potrebno motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov.

Sklep: Rezultati so pokazali uspešnost oblikovanja in izvajanja anket, sama monografija pa še izpostavlja, da je pričakovati, da bo v prihodnjih letih tovrstne raziskave in prakso oblikovalo več specialnih usmeritev in novih trendov, ki bodo temeljili tudi na novih tehnologijah. Pričakuje se, da bo vse večji poudarek na sodelovanju bolnikov in družin kot aktivnih partnerjev pri spodbujanju varnosti v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva, kot to narekuje tudi WHO, zato velja v bodoče preučiti tudi strategije za vključevanje bolnikovih stališč in povratnih informacij družinskih članov v pobude za varnost.

Abstract

Introduction: Methods for assessing patient safety culture in primary health care allow us to analyze the behavior of professionals and the commitment of organizations to continuously provide effective and safe care from the moment the user enters the service until they are discharged from these procedures.

Objective: To design tools for analyzing patient safety in primary health care and to show what we can conclude about the patient safety culture in Slovenian primary health care by using these tools and what needs to be paid more attention to in the future.

Material and methods: First, a set of established tools for comparing the assessment of patient safety culture in primary health care was presented based on the international literature and practice, and a questionnaire was developed that would be suitable for assessing the patient safety culture in primary health care in Slovenia. Based on this, a survey was conducted by primary health care institutions, and the responses were analyzed mainly using the Likert scale. Descriptive statistics with tables and graphs are followed by hypothesis testing using the chi-square and Z+4 tests. The monograph was completed a year and a half after the completion of the sub-project with the same title. The cross-sectional study, conducted in primary health care units, took place in the period 1.10.2022 - 30.9.2024 and included both a review of global literature and practice, as well as an analysis of surveys conducted in primary health care units in Slovenia among health professionals. The design of the survey questions was based on in-depth interviews, which helped to design more detailed questions in the survey. The data were analyzed in accordance with recommendations in international literature and in accordance with the experiences of local health professionals.

Results: Given the ranking of the statements in the survey, the study proposes the implementation of the following measures in accordance with this ranking from (a) to (h): (a) ensuring a sufficient staff structure, (b) reducing staff fatigue, (c) encouraging staff to speak up about perceived risks to patients, (d) reducing workloads where they are assessed to be excessive, (e) management should be more supportive to the daily efforts of subordinates, (f) avoiding tense and hostile situations. (g) it is advisable to deal constructively with difficult staff, (h) reducing communication disruptions that lead to delays in patient care.

Conclusion: The results showed the success of designing and implementing the surveys, and the monograph itself highlights that it is expected that in the coming years, such research and practice will be shaped by more special directions and new trends, which will also be based on new technologies. It is expected that there will be an increasing emphasis on the participation of patients and families as active partners in promoting safety in primary health care settings, as dictated by the WHO, therefore strategies for incorporating patient views and family feedback into safety initiatives should also be explored in the future.

1 SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

1.1 Uvod

Varnost pacientov je temelj visokokakovostnega zdravstvenega varstva in zahteva nenehno pozornost na vseh področjih medicine in v vseh okoljih, vključno s kritičnim področjem primarnega zdravstvenega varstva (WHO, 2020). Na svetovni ravni je obseg škode, ki jo je mogoče preprečiti, velik, saj statistični podatki kažejo na razširjenost neželenih dogodkov v sistemih zdravstvenega varstva (WHO, 2020). Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da se velik delež pacientov sreča s škodo med izvajanjem zdravstvenih storitev, kar poudarja nujnost zanesljivih varnostnih ukrepov in temeljno zavezanost dobremu počutju pacientov (WHO, 2020). V tem kontekstu je koncept kulture varnosti pacientov postal pomemben kot ključni dejavnik varnosti in kakovosti v zdravstvenih organizacijah. Predstavlja skupne vrednote, prepričanja in norme, ki oblikujejo odnos in vedenje zdravstvenih delavcev in osebja glede varnosti pacientov (Performance Health, 17. december 2024).

Varnost pacientov je že dolgo priznana kot temelj visokokakovostnega zdravstvenega varstva, vendar je njena uporaba v primarni zdravstveni oskrbi v primerjavi z bolnišničnim okoljem še vedno premalo proučena (Kuriakose idr., 2020). Primarna zdravstvena oskrba deluje kot prva točka dostopa za paciente, obravnava širok spekter zdravstvenih težav in organizira neprekinjeno oskrbo med različnimi zdravstvenimi delavci. To okolje je po naravi zapleteno, za katerega so značilni veliki obseg pacientov, časovne omejitve in potreba po neprekinjenem spremljanju, kar vse predstavlja edinstvene izzive na področju varnosti (Mount idr., 2015). Kljub svoji ključni vlogi v zagotavljanju zdravstvenega varstva je primarno zdravstveno varstvo v preteklosti prejelo manj pozornosti v raziskavah o varnosti pacientov, saj je bila večina okvirov in intervencij razvitih za okolja akutnega zdravstvenega varstva (Chenot & Daniel, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje varnost pacientov kot preprečevanje napak in neželenih učinkov, povezanih z zagotavljanjem zdravstvenega varstva (Pronovost idr., 2005). Čeprav to načelo velja splošno, se njegovo izvajanje v primarni oskrbi močno razlikuje zaradi razdrobljene strukture storitev, odvisnosti od stalnih interakcij med pacienti in izvajalci ter visoke pogostosti tveganj, povezanih z diagnozo in zdravlili (Nora & Beghetto, 2020). Na primer, diagnostične napake v primarni zdravstveni oskrbi pogosto izhajajo iz kognitivnih pristranskosti, omejenega dostopa do mnenja specialistov ali razdrobljene anamneze pacientov (Ely idr., 2012). Varnost zdravljenja z zdravlili, ki je še ena kritična skrb, je zapletena zaradi

polifarmacije, neustreznih procesov usklajevanja in težav z upoštevanjem navodil s strani pacientov (Khalil idr., 2017). Ti elementi skupaj oblikujejo varnostno okolje, ki zahteva prilagojene pristope namesto preprostih prilagoditev okvirov, usmerjenih v bolnišnice.

Čeprav se ozaveščenost povečuje, ostajajo znatne pomanjkljivosti v razumevanju, kako se varnost pacientov izraža v primarni zdravstveni oskrbi. Obstoječe raziskave se ponavadi osredotočajo na posamezne vidike, kot so elektronske zdravstvene kartoteke ali motnje v komunikaciji, ne da bi jih vključile v koheziven okvir (Wachter, 2010). Poleg tega različna mnenja o varnosti med kulturami med zdravstvenimi delavci, bolniki in vodstvom institucij vodijo do različnih pristopov k dokumentiranju in obravnavanju tveganj (Lawati idr., 2018). Na primer, izvajalci primarne oskrbe lahko zaradi strahu pred odgovornostjo ali pomanjkanja strukturiranih mehanizmov za povratne informacije premalo poročajo o napakah, medtem ko pacienti morda ne prepoznajo varnostnih pomanjkljivosti, razen če ti ne povzročijo takojšnje realizacije rizikov (Bullen idr., 2020). Ta neskladje poudarja potrebo po bolj sistematičnem preučevanju, kako se varnost dojema, meri in izboljšuje v okolju primarne oskrbe.

Motivacija za ta pregled izhaja iz nujne potrebe po obravnavi teh vrzeli in sintezi različnih ugotovitev v uporabno spoznanje. Primarno zdravstveno varstvo je hrbtenica zdravstvenih sistemov po vsem svetu, vendar njegovi varnostni izzivi ostajajo nezadostno kartirani in obravnavani (Piccardi idr., 2018). S sintezo trenutnih dokazov skušamo opredeliti ponavljajoče se vzorce, nerešena vprašanja in učinkovite pristope, ki lahko usmerjajo politiko, prakso in nadaljnje raziskave. Ta pregled dopolnjuje akademski diskurz s temeljito preučitvijo varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi, povezovanjem teoretičnih modelov z ovirami v realnem svetu in opredelitvijo ključnih področij, ki zahtevajo inovativne rešitve.

Proučevanje kulture varnosti pacientov in percepcij v primarni zdravstveni oskrbi prinaša bistveno razumevanje, kako zdravstveni delavci in pacienti razmišljajo o varnosti pacientov in se z njo srečujejo. To področje vključuje strukturirane metodologije ocenjevanja in opisne raziskave stališč deležnikov, kar omogoča celovito razumevanje kulture varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi.

Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) je postal učinkovit instrument za ocenjevanje kulture varnosti pacientov na devetih področjih, kot so predanost varnosti, komunikacija v zvezi z varnostjo in učenje znotraj organizacije (Parker, 2009). Ta okvir deluje na petih progresivnih ravneh zrelosti kulture varnosti pacientov, od patološke („koga briga, dokler nas ne ujamejo“) do generativne („varnost je način, kako poslujemo“). Organizacije primarnega zdravstvenega varstva, ki uporabljajo MaPSaF, kažejo različne ravni kulturne zrelosti, predvsem v reaktivni ali proaktivni fazi, namesto da bi dosegle generativni status. Prednost okvira izhaja iz njegove sposobnosti, da natančno opredeli posamezne kulturne pomanjkljivosti in hkrati ponudi strategijo za napredek prek usmerjenih ukrepov.

V dopolnitev teh ocen, ki temeljijo na okviru, je raziskava s pomočjo ankete količinsko opredelila zaznave varnostnega ozračja med strokovnjaki primarnega zdravstvenega varstva. Študije ugotavljajo opazne razlike v zaznavanju varnosti med različnimi vlogami v ekipah primarnega zdravstvenega varstva, saj medicinske sestre pogosto poročajo o ugodnejših ocenah varnostnega ozračja v primerjavi z zdravniki (Wet idr., 2012). Ta razlika lahko odraža razlike v odgovornostih ali izpostavljenosti varnostnim incidentom. Vprašalnik o odnosu do varnosti (SAQ), prilagojen za okolja primarnega zdravstvenega varstva, se je izkazal za zelo učinkovitega pri merjenju teh subtilnih percepcij, pri čemer so bili kot ključni dejavniki, ki vodijo do negativnih pogledov na varnost, prepoznani komunikacijski neuspehi in zahtevnosti delovne obremenitve.

Čeprav se ne preučujejo tako pogosto, so mnenja pacientov o varnosti ključnega pomena za primerjavo z ocenami zdravstvenih delavcev. Kvalitativne študije kažejo, da pacienti pogosto razumejo varnost drugače kot zdravstveni delavci, saj se osredotočajo na odnose, kot sta zaupanje in komunikacija, in ne na strukturne ali postopkovne komponente (Rathert idr., 2012). Številni pacienti težko opredelijo posamezne varnostne incidente, razen če ti ne povzročijo takojšnje škode, kar pomeni, da lahko osnovni varnostni problemi ostanejo neopaženi v sistemih za zbiranje mnenj pacientov. Razlika v dojetanju med zdravstvenimi delavci in prejemniki poudarja nujnost mehanizmov za spremljanje varnosti, ki vključujejo mnenja različnih zainteresiranih strani.

Učinkovita komunikacija je ključni temelj varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi, vendar lahko številne ovire ogrozijo to bistveno funkcijo. Analizirana raziskava identificira dva glavna vidika varnostnih vprašanj, povezanih s komunikacijo: jezikovne ovire, ki vplivajo na manjšinske skupine, in komunikacijske motnje med zdravstvenimi delavci. Ta vprašanja se kažejo na različne načine, vendar imajo skupne posledice za varnost pacientov.

Jezikovne ovire predstavljajo posebej zapletene izzive v jezikovno raznolikih zdravstvenih sistemih. Študije o francosko govorečih manjšinskih skupinah v Kanadi kažejo, da lahko jezikovne ovire med pacienti in zdravstvenimi delavci močno vplivajo na kakovost in varnost zdravstvenih storitev (Moissac & Bowen, 2019). Ko pacienti ne morejo v celoti opisati simptomov ali razumeti medicinskih navodil, se znatno poveča tveganje za diagnostične napake, nesporazume glede zdravil in neustrezno nadaljnje spremljanje. Te motnje v komunikaciji se pogosto pojavijo v kritičnih trenutkih, kot so zbiranje anamneze, razlaga zdravljenja in načrtovanje odpusta. Kumulativni učinek takih ovir lahko prispeva k višji stopnji neželenih dogodkov, ki se opazujejo med jezikovnimi manjšinskimi populacijami, čeprav je treba natančne mehanizme še dodatno raziskati.

Medpoklicna komunikacija je še en bistven dejavnik, ki vpliva na varnost, zlasti v okoljih dolgotrajne oskrbe, kjer različni zdravstveni delavci sodelujejo pri oskrbi bolnikov dalj časa.

Raziskave o interakciji med medicinskimi sestrami in zdravniki kažejo, da lahko zaznane ovire, kot so hierarhične strukture, časovne omejitve in nejasna razmejitev vlog, ogrozijo varnost bolnikov (Tjia idr., 2009). Te komunikacijske težave pogosto povzročajo nepopolno izmenjavo informacij med predajami, protislovne strategije zdravljenja in počasne reakcije na poslabšanje stanja pacientov. Poudarek Skupne komisije na izboljšanju medpoklicne komunikacije kot nacionalne prioritete varnosti pacientov poudarja priznano pomembnost tega vprašanja, vendar v vsakdanji praksi ostajajo vztrajne vrzeli.

Primerjalna analiza teh komunikacijskih vidikov razkriva več pomembnih trendov. Jezikovne ovire vplivajo predvsem na odnos med bolniki in zdravstvenimi delavci, kar vodi do varnostnih tveganj zaradi neenakomerne izmenjave informacij in nesporazumov, ki izhajajo iz kulturnih razlik. Nasprotno pa izzivi medpoklicne komunikacije delujejo na sistemski ravni, kjer organizacijske strukture in vzorci delovnih tokov vplivajo na varnostne rezultate. Obe dimenziji imata skupne temeljne dejavnike, kot so časovne omejitve in omejeni viri, vendar zahtevata različne intervencijske strategije.

Študije skupaj poudarjajo, kako komunikacija služi kot kanal za varnost in potencialni vir tveganja v primarni zdravstveni oskrbi. Čeprav jezikovne ovire ponavadi povzročajo bolj očitne in izrazite posledice, motnje v komunikaciji med strokovnjaki pogosto povzročajo razširjene, globoko zakoreninjene slabosti, ki lahko ostanejo neopažene, dokler ne pride do negativnih posledic. Ta razlika ima pomembne posledice za prizadevanja za izboljšanje varnosti, kar pomeni, da so potrebne prilagojene strategije za reševanje posameznih komunikacijskih ovir, hkrati pa je treba okrepiti širše sisteme za prenos informacij. Prihodnje raziskave bi morale proučiti, kako te različne dimenzije komunikacije medsebojno vplivajo v kompleksnih okoljih primarnega zdravstvenega varstva, zlasti ker se populacije pacientov vedno bolj raznolikajo, modeli zagotavljanja oskrbe pa vedno bolj temeljijo na timskem delu.

Uvedba sistemov elektronskih zdravstvenih zapisov (EHR) v primarno zdravstveno oskrbo je globoko spremenila področje varnosti pacientov, saj je prinesla tako možnosti za napredek kot tudi nove težave. Študije na tem področju so v glavnem preučevale, kako te tehnološke spremembe spreminjajo poglede zdravstvenih delavcev na varnost, zlasti v fazi po uvedbi sistema.

Raziskava, ki so jo opravili (McGuire idr., 2013), prinaša bistveno razumevanje glede spremembe pogledov zdravnikov primarne oskrbe na varnost po uvedbi sistemov EHR. Metoda, ki temelji na anketi, je pokazala, da so mnogi zdravniki prvotno pričakovali veliko izboljšanje varnosti, vendar je bil dejanski izid bolj zapleten. Varnostne funkcije, povezane z zdravili, kot so avtomatizirana opozorila o alergijah in preverjanje interakcij med zdravili, so ponudniki dosledno ocenjevali pozitivno. Kljub temu so nekatere funkcije sistemov EHR, zlasti tiste, povezane z vodenjem zdravstvene dokumentacije in usklajevanjem procesov, pogosto

spročale vprašanja glede možnih nevarnosti za varnost pacientov. Rezultati kažejo, da sistemi EHR ne izboljšujejo dosledno zaznane varnosti na vseh področjih zdravstvene oskrbe, ampak ustvarjajo nianse med prednostmi in slabostmi, odvisno od konkretnih kliničnih dejavnosti.

Različen vpliv komponent EHR na dojemanje varnosti poudarja pomembnost upoštevanja dejavnikov oblikovanja in izvajanja sistema. Instrumenti za varnost zdravil, ki zdravstvenim delavcem zagotavljajo jasne in hitre odgovore, se na splošno obravnavajo kot nedvoumno izboljšanje varnosti. Nasprotno pa so orodja za dokumentiranje, ki lahko posredno vplivajo na varnost, ker vplivajo na popolnost ali razpoložljivost informacij, predmet bolj kritičnih ocen. Ta trend kaže, da zdravniki primarne oskrbe dajejo prednost varnostnim vidikom z jasnimi in neposrednimi mehanizmi ukrepanja, medtem ko so bolj previdni do tistih, ki imajo nejasne ali manj neposredne varnostne prednosti.

Pozornost je treba nameniti tudi časovni dimenziji sprememb v zaznavanju varnosti. Ocene izvajalcev se v začetnem obdobju po uvedbi pogosto spreminjajo, saj učenje in prilagajanje delovnih tokov povzročajočasne pomisleke glede varnosti. Tečasne težave lahko skrivajo trajne prednosti varnosti, ki se pokažejo šele po osvojitvi sistema in izpopolnitvi delovnih procesov. Nadaljnje študije bi morale uporabiti razširjene opazovalne okvire, da bi učinkoviteje dokumentirale te spreminjajoče se odnose in razlikovale med prehodnimi izzivi, povezanimi z uvedbo, in notranjimi pomanjkljivostmi okvira.

Sedanja baza dokazov, čeprav omejena na eno samo vključeno študijo, poudarja kritična področja za nadaljnje raziskave. Primerjalne analize, ki ocenjujejo varnostne lastnosti različnih sistemov elektronskih zdravstvenih zapisov, študije, ki raziskujejo povezavo med zaznavanjem in dejanskimi varnostnimi učinki, ter preučevanj , kako se zaznavanje varnosti razlikuje glede na lastnosti zdravnikov, bi prinesle pomembne ugotovitve. Tovrstne študije bi lahko usmerjale izboljšave sistemov elektronskih zdravstvenih zapisov in pristopov k uvajanju, optimizirale varnostne prednosti in hkrati zmanjšale tveganja med prehodi v okoljih primarnega zdravstvenega varstva.

Varnostna vprašanja, povezana z zdravili, predstavljajo stalni izziv v primarni zdravstveni oskrbi, kjer poteka večina predpisovanja in upravljanja zdravil. Vključene študije razkrivajo večplastno sliko varnostnih vprašanj v zvezi z zdravili, ki segajo od netočnosti pri predpisovanju do pomanjkljivosti pri usklajevanju, kar ima pomembne posledice za izide zdravljenja pacientov.

Napake pri predpisovanju zdravil so zelo pogost problem, odgovoren za velik odstotek varnostnih dogodkov, povezanih z zdravili, v primarni zdravstveni oskrbi. Raziskave kažejo, da te napake pogosto nastanejo zaradi psihičnih dejavnikov, vključno z vrzeli v razumevanju ali izčrpanostjo, ki jih poslabšujejo organizacijske težave, kot so časovne omejitve in

nezadostna navodila za izbiro (Daker-White idr., 2015). Poročila o napakah kažejo nesorazmerno prisotnost visoko tveganih zdravil, kot so antikoagulanti in opiodi, kar kaže, da so v teh kategorijah zdravljenja potrebni usmerjeni varnostni ukrepi (Wilson & Sheikh, 2002). Prehod s papirnega na elektronsko predpisovanje je spremenil, vendar ni odpravil teh tveganj, saj se pojavljajo različne vrste napak, medtem ko se napake, povezane z ročnim pisanjem, zmanjšujejo (Gaal idr., 2010).

Procesi usklajevanja zdravil, ki so namenjeni preprečevanju neskladij med prehodi v oskrbi, se v primarni oskrbi še vedno izvajajo neenotno. Študije kažejo, da lahko strukturirane pobude za usklajevanje zmanjšajo napake pri zdravilih za kar polovico, če se izvajajo pravilno, čeprav številne zdravstvene ustanove nimajo enotnih postopkov ali dodeljenega osebja za to nalogo (Bell idr., 2014). Digitalni instrumenti imajo potencial za pomoč pri usklajevanju, vendar je njihov uspeh v veliki meri odvisen od usklajenosti s sedanjimi operativnimi sistemi in temeljitosti dokumentacije o zdravilih (Silva idr., 2022). Izziv je še posebej velik za paciente s kompleksnimi režimi zdravljenja z več zdravili ali tiste, ki prehajajo med različnimi zdravstvenimi ustanovami, kjer pogosto pride do nepopolnega prenosa informacij.

Sistem klasifikacije ugotavlja več ključnih pomanjkljivosti v obstoječih študijah. Čeprav so bile napake pri predpisovanju zdravil obširno proučene, napake v zvezi z izdajanjem in dajanjem zdravil v primarni zdravstveni oskrbi niso bile temeljito proučene, čeprav lahko vplivajo na varnost pacientov. Podobno je treba za oceno dejanske klinične vrednosti dolgoročnih rezultatov ukrepov za varnost zdravil, ki presegajo takojšnje zmanjšanje napak, opraviti nadaljnje raziskave. Tabela poudarja tudi prevlado tehnoloških pristopov v nedavnih raziskavah, kar kaže na vse večjo osredotočenost tega področja na digitalne instrumente za izboljšanje varnosti zdravil.

Medsebojno delovanje človeških dejavnikov in zasnove sistema se pojavlja kot ponavljajoča se tema v različnih študijah. Učinkovite strategije za varnost zdravil morajo obravnavati tako kognitivne omejitve predpisovalcev kot tudi organizacijske omejitve v praksi primarnega zdravstvenega varstva. Na primer, sistemi za podporo odločanju, ki upoštevajo običajne vzorce delovnih tokov in zahteve glede podatkov, kažejo višjo stopnjo sprejetosti in učinkovitosti v primerjavi s tistimi, ki so bili razviti brez upoštevanja teh dejavnikov (Kostopoulou & Delaney, 2007). To pomeni, da morajo prihodnje strategije vključevati celovito metodo, ki hkrati obravnava osebna dejanja, dinamiko skupine in digitalne sisteme, da se doseže trajen napredek na področju varnosti.

Pozornost je treba nameniti tudi razlikam v tveganjih za varnost zdravil med različnimi skupinami bolnikov. Starejši bolniki, bolniki z več kroničnimi boleznimi in posamezniki, ki jemljejo visoko tvegana zdravila (), so v primarni zdravstveni oskrbi še posebej ranljivi za škodo, povezano z zdravili. Prilagojene strategije, usmerjene v posebne zahteve teh visoko

tveganih skupin, lahko prinesejo večje prednosti varnosti, vendar obstoječe raziskave ne dajejo veliko smernic o najučinkovitejših metodah. Prihodnje raziskave bi morale dati prednost razvoju in oceni intervencij na področju varnosti zdravil, prilagojenih posameznim populacijam, pri čemer bi bilo treba posebno pozornost nameniti izvedljivosti izvajanja v okoljih primarnega zdravstvenega varstva z omejenimi viri.

Diagnostične napake so ključen, vendar nezadostno proučen vidik varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi, kjer raznolikost prisotnih stanj in pogosta diagnostična nejasnost predstavljajo posebne težave. Študije kažejo zapleteno medsebojno delovanje kognitivnih, sistemskih in komunikacijskih elementov, ki vodijo do zamujenih, zapoznelih ali napačnih diagnoz v ambulantni oskrbi. Kognitivne pristranskosti so ključni dejavniki diagnostičnih napak, pri čemer je prezgodnje zaključevanje – nagnjenost k prenehanju ocenjevanja drugih možnih diagnoz, ko je enkrat sprejeta prvotna ocena – še posebej pogosto v primarni zdravstveni oskrbi (Bondevik idr., 2014). Časovne omejitve in veliko število pacientov še poslabšujejo te kognitivne ovire, pogosto pa omejujejo temeljitost razvoja diferencialne diagnoze. Primarno zdravstveno varstvo se pogosto ukvarja z boleznimi, ki se pojavijo v zgodnjih ali nediferenciranih fazah, kar te težave še poslabša, saj daje manj diagnostičnih kazalnikov v primerjavi z bolj naprednimi fazami bolezni (Hansen idr., 2006). Raziskave kažejo, da se zdravniki v primarni zdravstveni oskrbi pogosto zanašajo na prepoznavanje znanih vzorcev za tipične bolezni, kar je sicer hitra metoda, vendar lahko privede do napak, kadar se primeri zdijo nenavadni ali kadar se pričakovana pogostost bolezni razlikuje od dejanske skupine pacientov (Abreu Pereira idr., 2025).

Dejavniki na ravni zdravstvenega sistema ustvarjajo dodatne diagnostične ranljivosti v primarni zdravstveni oskrbi. Neusklajeno zagotavljanje zdravstvenih storitev med številnimi zdravniki in lokacijami pogosto vodi do nepopolnih zdravstvenih zapisov ali izgubljenih laboratorijskih izvidov, kar ogroža natančnost diagnoz (Carson-Stevens idr., 2015). Druga sistemska pomanjkljivost je pomanjkanje učinkovitih mehanizmov za spremljanje čakajočih testov ali napotitev k specialistom, saj raziskave kažejo, da številne diagnostične napake izhajajo iz pomanjkljivega spremljanja in ne iz netočnosti med prvotno oceno (Wet idr., 2012). Odsotnost strukturiranih mehanizmov za povratne informacije o diagnostičnih izidih ovira učenje iz napak in vodi do ponavljajočih se napak (Olaniyan idr., 2015). Taksonomija kaže, da diagnostične napake v primarni oskrbi redko izhajajo iz osamljenih dejavnikov, ampak iz medsebojno povezanih kognitivnih in sistemskih pomanjkljivosti. Pogoste diagnostične napake izhajajo iz zgodnjih napak v zaznavanju in kasnejših postopkovnih pomanjkljivosti pri njihovem popravljanju, medtem ko zamude pri diagnozi običajno izhajajo iz motenj v izmenjavi informacij med predajo med izvajalci zdravstvene oskrbe. Nepravilne medicinske ocene pogosto izhajajo iz nezadostnega zbiranja podatkov v povezavi s težnjo k dajanju prednosti že obstoječim prepričanjem.

Tehnološke intervencije so posebej obetavne za reševanje teh večplastnih izzivov. Sistemi za podporo kliničnim odločitvam, ki na podlagi podatkov iz pacientovih generirajo predloge za diferencialno diagnozo, so se izkazali za učinkovite pri zmanjševanju določenih kategorij kognitivnih napak (Alotaibi & Federico, 2017). Kljub temu je njihov učinek v veliki meri odvisen od usklajenosti z medicinskimi postopki in preprečevanja prekomernega števila obvestil. Strukturirani diagnostični pristopi za visoko tvegane motnje, kot so rak ali bolezni srca in ožilja, so se prav tako izkazali za koristne, zlasti v povezavi s sistemi spremljanja, ki zagotavljajo nadaljnje spremljanje (Moissac & Bowen, 2019).

Vmesnik med človekom in tehnologijo predstavlja priložnosti in izzive za varnost diagnostike. Čeprav imajo elektronske zdravstvene evidence potencial za povečanje dostopnosti podatkov in podporo kliničnim presojam, raziskave kažejo, da pogosto vodijo do prekomernih podatkov ali neskladnih prikazov informacij, ki lahko negativno vplivajo na natančnost diagnostike (Brody & Light, 2011). Optimalna zasnova sistema bi morala pomagati in ne ovirati kognitivnih procesov kliničnih zdravnikov, tako da predstavlja ustrezne informacije v oblikah, ki spodbujajo ukrepanje, in zmanjšuje nepotrebne podatke.

Strategije za preprečevanje diagnostičnih napak morajo upoštevati edinstven kontekst primarnega zdravstvenega varstva, kjer ponudniki uravnotežajo diagnostično natančnost z omejenimi viri in pričakovanji pacientov. V nasprotju z bolnišničnim okoljem, kjer so diagnostična orodja bolj dostopna, morajo klinični zdravniki v primarnem zdravstvenem varstvu pogosto sprejemati sklepe na podlagi omejenih podatkov in manj možnosti testiranja. To dejstvo poudarja nujnost varnostnih pristopov, ki izboljšujejo, ne pa nadomeščajo medicinsko odločanje, na primer metode za zmanjšanje kognitivnih pristranskosti ali orodja za sistematično razmišljanje (Taylor idr., 2005). Nadaljnje študije bi se morale osredotočiti na oblikovanje in ocenjevanje intervencij, primernih za kontekst, ki obravnavajo posebne diagnostične težave, s katerimi se srečujejo v primarni zdravstveni oskrbi.

Specializirana primarna zdravstvena oskrba, kot sta zobozdravstvo in telemedicina, predstavlja posebne težave v zvezi z varnostjo pacientov, ki se razlikujejo od tradicionalnih okvirov primarne zdravstvene oskrbe. Ti konteksti pogosto delujejo z različnimi delovnimi tokovi, tehnologijami in vzorci tveganja, kar zahteva prilagojene varnostne strategije, usmerjene v njihove edinstvene slabosti.

V zobozdravstveni primarni oskrbi je dokumentiranje incidentov varnosti pacientov izrazito redko, pri čemer nekateri sistemi zabeležijo le 5 % takih dogodkov (Thusu idr., 2012). To premalo poročanje izhaja iz številnih dejavnikov, kot so nezadostno poznavanje mehanizmov poročanja med zobozdravstvenimi strokovnjaki in prepričanje, da zobozdravstvene napake redko vodijo do resnih posledic. Pregled nacionalnih podatkov kaže, da se zobozdravstvene napake pojavljajo z merljivo rednostjo in lahko imajo hude posledice, zlasti med invazivnimi

posegi ali dajanjem zdravil. Decentralizirana narava zobozdravstvene prakse, kjer večina ponudnikov dela v majhnih neodvisnih klinikah in ne v velikih zdravstvenih sistemih, dodatno otežuje spremljanje varnosti in prizadevanja za izboljšanje.

Delo medicinskih sester na daljavo (Telenursing) predstavlja drugačen niz varnostnih izzivov, ki se osredotočajo na omejitve komunikacije in klinične ocene. Švedske medicinske sestre, ki delajo na daljavo (telenurses) prepoznavajo več primarnih tveganj za varnost pacientov med telefonskimi posvetovanji, kot so nezadostni podatki o klicatelju, izzivi pri ocenjevanju pacientov brez vizualnih informacij in organizacijske zahteve za obravnavanje velikega števila klicev (Röing idr., 2013). Ti izzivi se še poslabšajo, ko dnevne primarne zdravstvene storitve ne delujejo ustrezno, kar telemedicinske medicinske sestre prisili, da obravnavajo zapletene primere, ki bi običajno zahtevali osebno oceno. Varnost telemedicine je močno odvisna od kakovosti Primerjava med temi specializiranimi konteksti razkriva pomembne vzorce varnosti primarne oskrbe. Tako zobozdravstvene ordinacije kot telemedicina se soočajo z izzivi, povezanimi z njihovimi modeli zagotavljanja storitev, postopkovno usmerjenostjo zobozdravstvene oskrbe in fizično ločenostjo od medicinskih sistemov ter odvisnostjo telemedicine od oddaljenega ocenjevanja. Kljub temu se njihovi profili varnostnih tveganj močno razlikujejo, saj se zobozdravstvo osredotoča na tveganja, povezana s tehničnimi postopki, medtem ko telemedicina daje prednost zbiranju informacij in sprejemanju odločitev v negotovih razmerah.

Študije skupaj poudarjajo, da specializirana okolja primarne oskrbe zahtevajo varnostne strategije, prilagojene njihovim edinstvenim okoliščinam. Konvencionalni varnostni pristopi, ki izhajajo iz bolnišnic, se v teh kontekstih pogosto izkažejo za neustrezne, saj ne obravnavajo tveganj, specifičnih za posamezno področje, ali ne upoštevajo različnih okolij prakse. V kontekstu zobozdravstvene oskrbe bi lahko napredni varnostni ukrepi dali prednost razvoju mehanizmov poročanja o incidentih, prilagojenih zobozdravstvenim posegom in farmacevtskim izdelkom. Telenursing bi lahko imel koristi od standardiziranih komunikacijskih protokolov in orodij za podporo odločanju, prilagojenih omejitvam telefonske ocene.

Prihodnje raziskave bi morale preučiti, ali bi lahko izkušnje s področja varnosti iz teh specializiranih kontekstov prispevale k širšim praksam varnosti v primarni zdravstveni oskrbi. Na primer, poudarek na organizirani komunikaciji v telemedicini v situacijah z omejenimi informacijami bi lahko prinesel dragocene izkušnje za povečanje varnosti v primerljivih okoljih primarnega zdravstvenega varstva, ki se soočajo z analognimi izzivi. Na enak način bi lahko strokovno znanje zobozdravstvene oskrbe na področju varnosti tehničnih postopkov prineslo koristne poglede za okolja primarnega zdravstvenega varstva, ki širijo svoj obseg postopkovnih storitev. Ustvarjanje varnostnih okvirov, ki upoštevajo tako univerzalna načela kot tudi posebne zahteve, je ključni korak k izboljšanju varnosti pacientov na vseh področjih primarnega

zdravstvenega varstva. i interakcij med medicinsko sestro in klicateljem, pri čemer so komunikacijske sposobnosti in uveljavljeni postopki odločanja bistveni zaščitni ukrepi.

Sodobno gibanje za varnost pacientov pogosto izvira iz prelomnega poročila Inštituta za medicino (IOM) iz leta 1999 z naslovom »Motiti se je človeško«, ki je ovrglo predpostavko o nezmotljivosti v medicini, z razkritjem nepričakovano velikega obsega preprečljive škode v bolnišnicah. Prvo desetletje po tem razkritju so bile razprave in študije skoraj izključno osredotočene na sektor akutne oskrbe v bolnišnicah, kjer je bilo mogoče iz neposrednosti tveganja in vidnosti napak sklepati na prepričljive argumente za intervencijo. Izhajajoč iz teorije o visoki zanesljivosti delovanja organizacij (HRO), razvite v letalstvu in jedrskih tehnikah, so se tudi na področju zdravstva lotili razmišljanja, kako je mogoče v kompleksnih sistemih delovati brez napak, kljub visokim tveganjem, če se utrdijo specifične kulturne lastnosti: velika zaskrbljenost zaradi neuspeha in nepripravljenost za poenostavitev interpretacij. K temu seveda prispeva tudi večje spoštovanje do strokovnega znanja.

Vendar pa je predvsem bolnišnično usmerjen pogled v kulturo varnosti pacientov v veliki meri zakril nevarnosti pomanjkljive kulture primarnega zdravstvenega varstva, ki služi kot temelj večine zdravstvenih sistemov, kjer se pacienti najprej vključijo v sistem zdravstva. V primarnem zdravstvenem varstvu je obseg interakcij velik, širina patologije ogromna, medtem pa je okolje pogosto manj nadzorovano kot znotraj bolnišničnih oddelkov. Posledično

kultura varnosti v primarnem zdravstvenem varstvu ni zgolj izpeljanka bolnišnične varnostne kulture, temveč zahteva specializirane okvire, orodja za ocenjevanje in strategije ter operative plane izboljšanja.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2020) opredeljuje varnost pacientov kot odsotnost preprečljive škode za pacienta med procesom zdravstvene oskrbe in zmanjšanje tveganja nepotrebne škode, povezane z zdravstveno oskrbo, na sprejemljiv minimum. V kontekstu primarnega zdravstvenega varstva ta definicija zajema

- preprečevanje diagnostičnih napak,
- izogibanje varnostnim dogodkom, povezanih z zdravili, in
- varno zmanjševanje bolnišničnih sprejemov.

Z razvojem novih tehnologij in družbenih dogajanj zdravstveni sistemi delujejo v vse bolj kompleksnih okoljih, kajti nova okolja, nova zdravljenja in tehnologije predstavljajo nove grožnje, zaradi česar je kultura varnosti primarni obrambni mehanizem pred nevarnostmi v zdravstvu.

Za analizo in zagotavljanje varnosti pacientov v organizacijah primarnega zdravstvenega varstva je treba razlikovati med dvema povezanima, a različnima sociološkima konstruktoma:

varnostno kulturo in varnostno klimo. Kultura varnosti pacientov je na splošno opredeljena kot sklop in rezultat sklopa individualnih in skupinskih vrednot, stališč, dojemanj, kompetenc in sposobnosti izvajalcev, ki vodijo do določenih vzorcev obnašanja. Ti namreč določajo zavezanost k upravljavskim in izvajalskim oblikam varnosti v instituciji. Varnostna kultura predstavlja globoko zasidrane osnovne predpostavke in prepričanja izvajalcev storitev v instituciji. Zato je pričakovati, da bo relativno stabilna skozi čas in odporna na zahtevane spremembe. Močna varnostna kultura v enoti primarnega zdravstva obeta dvig kakovosti, medtem ko slaba vključenost izvajalcev v programe za izboljšanje varnosti lahko vodi do negativnih posledic za pacienta. Varnostna klima je pri tem le površinska manifestacija te kulture, ki jo merimo v določenem trenutku z anketami in vprašalniki. Pričakujemo, da odraža skupno dožemanje zaposlenih glede politik vodenja in izvajanja, postopkov in praks, povezanih z varnostjo v času izvajanja anket. Tako velja prepričanje, da je »kultura varnosti pacientov« temelj za varno izvajanje storitev v primarnem zdravstvu, medtem ko je »varnostna klima« posnetek, katerega kakovost slike izhaja iz kakovosti orodij za ocenjevanje.

V primarnem zdravstvenem varstvu so intervencije pogosto usmerjene v samo klimo, kot je uvajanje različnih poročil zaprtega tipa (obrazci), kar pa ni dovolj. S tem se globlja kultura ne bo spremenila. Potrebno je gojiti občutke odgovornosti posameznih udeležencev v primarnem zdravstvu in kolektivno odgovornost organizacije, se zavzemati za preglednost in pravičnost.

Razvoj razmišljanja o varnosti pacientov se je premaknil od pripisovanja napak izključno posameznikovim napakam k celovitejšemu razumevanju, ki priznava pomembno vlogo dejavnikov, povezanih s sistemom (Nunes idr., 2024). Pomembne publikacije, kot je poročilo Inštituta za medicino "To Err is Human", so bile ključne pri poudarjanju sistemske narave številnih zdravniških napak in zagovarjanju kulture, ki daje prednost izboljšanju sistema pred krivdo posameznika (Nunes idr., 2024). Ta sprememba paradigme poudarja omejitve ukrepov, ki se osredotočajo izključno na uspešnost posameznika, in poudarja potrebo po gojenju organizacijske kulture, ki že sama po sebi podpira in spodbuja varne prakse.

Ta monografija se posebej osredotoča na kulturo varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu (Nunes idr., 2024). Primarno zdravstveno varstvo je začetna in najpogostejša točka stika za posameznike, ki iščejo zdravstveno oskrbo, in obsega širok spekter storitev, namenjenih krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in obvladovanju različnih zdravstvenih stanj (U.S. Department of Veterans Affairs, n.d.). Glede na velik obseg in raznolikost interakcij s pacienti v primarnem zdravstvenem varstvu je spodbujanje močne kulture varnosti na tem področju izrednega pomena. Na učinkovitost celotnega zdravstvenega sistema lahko pomembno vplivata varnost in kakovost oskrbe na primarni ravni. Zato je celovito razumevanje kulture varnosti pacientov v tem kontekstu bistvenega pomena tako za zdravstvene delavce, raziskovalce kot tudi za oblikovalce politik. Namen te monografije je zagotoviti poglobljeno, z dokazi podprto raziskovanje te ključne teme.

1.2 Opredelitev kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

1.2.1 Iz mednarodnih dokumentov

Koncept kulture varnosti pacientov se v najširšem smislu nanaša na obseg, v katerem vrednote in norme organizacije podpirajo varnost pacientov in ji dajejo prednost. Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ), vodilna avtoriteta na tem področju, opredeljuje kulturo varnosti pacientov kot skupne vrednote, prepričanja in norme zdravstvenih delavcev in drugega osebja v celotni organizaciji, ki vplivajo na njihova dejanja in vedenje v zvezi z varnostjo pacientov. Ta opredelitev poudarja, da varnost pacientov ni le niz protokolov ali postopkov, ampak je globoko vgrajena v organizacijsko etiko. AHRQ nadalje pojasnjuje, da lahko kulturo varnosti pacientov ocenimo z določanjem vrednot, prepričanj, norm in vedenja, povezanih z varnostjo pacientov, ki so v organizaciji nagrajeni, podprti, pričakovani in sprejeti (Performance Health, 17. december 2024). To pomeni večplastno oceno, ki upošteva različne vidike delovanja organizacije in odnosa osebja.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) celovito opredeljuje varnost pacientov kot preprečevanje napak in neželenih učinkov na paciente, povezanih z zdravstveno oskrbo (U.S. Department of Veterans Affairs, n.d.), vendar poudarja oblikovanje kulture, procesov, postopkov, vedenja, tehnologij in okolja, ki dosledno zmanjšujejo tveganja in škodo (WHO, 2020), kar se ujema z opredelitvijo AHRQ, saj poudarja sistemske in kulturne temelje varnosti pacientov.

The Joint Commission, še ena ključna organizacija na področju akreditacije v zdravstvu, opredeljuje kulturo varnosti kot rezultat prepričanj, vrednot, stališč, zaznav, kompetenc in vzorcev vedenja posameznikov in skupin, ki določajo zavezanost organizacije kakovosti in varnosti pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Te opredelitve se sicer nekoliko razlikujejo v svojih formulacijah, vendar se ujemajo v temeljni ideji, da je kultura varnosti pacientov globoko zakoreninjen vidik delovanja organizacije ter razmišljanja in delovanja njenih članov v zvezi z dobrim počutjem pacientov.

Pri kontekstualizaciji kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu je treba upoštevati edinstvene značilnosti teh okolij (Nunes idr. 2024). Okolja primarnega zdravstvenega varstva, kot so zdravniške ordinacije, splošne prakse in zdravstveni centri, pogosto vključujejo tesne interakcije med stalno ekipo zdravstvenih delavcev in raznoliko populacijo pacientov. Kultura varnosti v teh okoljih vključuje skupne vrednote in prepričanja vseh posameznikov, ki sodelujejo pri oskrbi pacientov, od zdravnikov in medicinskih sester do administrativnega in podpornega osebja (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c).

Ob priznavanju posebne narave primarnega zdravstvenega varstva je organizacija AHRQ razvila posebno različico svojih raziskav o kulturi varnosti pacientov (SOPS), ki je prilagojena za zdravniške ordinacije (Performance Health, 17. december 2024). To poudarja razumevanje, da so temeljna načela kulture varnosti pacientov sicer univerzalna, vendar lahko njihova manifestacija in merjenje v primarnem zdravstvenem varstvu v primerjavi z drugimi zdravstvenimi okolji, kot so bolnišnice, zahtevata orodja in pristope, ki so specifični za določen kontekst.

Tabela 0.1: Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij

Organizacija	Opredelitev	Poudarjeni ključni elementi
AHRQ	Obseg, v katerem kultura organizacije podpira in spodbuja varnost pacientov. Nanaša se na skupne vrednote, prepričanja in norme, ki vplivajo na dejanja in vedenje.	Skupne vrednote, prepričanja, norme, podpora varnosti, spodbujanje varnosti, vpliv na dejanja in vedenje.
WHO	Okvir organiziranih dejavnosti, ki ustvarja kulturo, procese, postopke, vedenje, tehnologije in okolja v zdravstvu, ki dosledno in trajno zmanjšujejo tveganja, zmanjšujejo škodo in zmanjšujejo verjetnost napak.	Kultura, procesi, postopki, vedenje, tehnologije, okolja, zmanjševanje tveganja, preprečevanje škode, zmanjševanje napak.
Skupna komisija	Rezultat posameznikovih in skupinskih prepričanj, vrednot, stališč, zaznav, kompetenc in vzorcev vedenja, ki določajo zavezanost organizacije kakovosti in varnosti pacientov.	Prepričanja posameznikov, skupinska prepričanja, vrednote, stališča, zaznave, kompetence, vzorci vedenja, organizacijska zavezanost, kakovost, varnost pacientov.

Pomembno je tudi razlikovati med varnostno kulturo in varnostno klimo (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Čeprav se ta izraza pogosto uporabljata izmenično, predstavljata različna, vendar povezana pojma. Varnostna kultura je trajnejši in globlje zakoreninjen sklop vrednot, prepričanj in norm v organizaciji v zvezi z varnostjo. V nasprotju s tem se varnostna klima nanaša na bolj neposredne in lahko merljive zaznave zaposlenih o prednosti varnosti v njihovem delovnem okolju v določenem trenutku (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b). Varnostna klima se lahko šteje za posnetek prevladujočega odnosa in zaznav v zvezi z varnostjo in se pogosto ocenjuje z raziskavami, kot je AHRQ SOPS (Performance

Health, 17. december 2024). Čeprav lahko pozitivna varnostna klima, ki jo kažejo ugodni odgovori na ankete, kaže na pozitivno osnovno varnostno kulturo, se je treba zavedati, da spremembe klime ne odražajo vedno temeljnega premika v globalnih kulturnih vrednotah organizacije (American Data Network, 7. februar 2024). Za trajno izboljšanje varnosti pacientov je treba obravnavati tako neposredne zaznave kot globlje zakoreninjene kulturne norme.

Ključni vidik spodbujanja pozitivne kulture varnosti pacientov je vzpostavitev "kulture pravičnosti" (Nunes idr., 2024). Ta pristop priznava, da so napake v zdravstvu pogosto posledica zapletenih sistemskih napak in ne izključno malomarnosti posameznikov. Cilj kulture pravičnosti je ustvariti okolje, v katerem se zdravstveni delavci počutijo varne pri poročanju o napakah, skorajšnjih napakah in varnostnih težavah brez strahu pred kaznovanjem. Priznava, da je učenje iz napak bistveno za preprečevanje škode v prihodnosti in izboljšanje varnosti pacientov (Nunes idr., 2024). Vendar pa pravična kultura poudarja tudi odgovornost in razlikuje med različnimi vrstami vedenja, ki prispevajo k napakam (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Človeške napake, kot so spodrsaljaji ali nenamerne napake, se obravnavajo z izboljšavami sistema in usposabljanjem. Tvegano vedenje, ki vključuje bližnjice ali odstopanje od varnih praks, se obvladuje s treningom in spreminjanjem vedenja. Brezobzirno vedenje, ki vključuje zavestno neupoštevanje varnostnih protokolov, je lahko razlog za disciplinski ukrep (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). S spodbujanjem ravnovesja med odgovornostjo in nekaznovalnim pristopom k poročanju o napakah pravična kultura spodbuja preglednost in olajšuje organizacijsko učenje, kar je bistvenega pomena za izboljšanje varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu.

1.2.2 Iz znanstvene literature

Celovit pregled obstoječe znanstvene literature o kulturi varnosti pacientov, s poudarkom na sistematičnih pregledih in metaanalizah, zagotavlja dragocen vpogled v trenutno stanje raziskav, prevladujoče teme in učinkovitost različnih ukrepov.

Varnost pacientov v primarni zdravstveni oskrbi ostaja ključno, a premalo raziskano področje, kljub svoji osrednji vlogi v zdravstvenih sistemih po vsem svetu. Čeprav je bila velika pozornost namenjena varnosti pacientov v bolnišničnem okolju, primarna zdravstvena oskrba predstavlja posebne ovire zaradi svoje razdrobljene strukture, velikega števila pacientov in odvisnosti od trajne zdravstvene oskrbe pacientov v daljšem časovnem obdobju. Sistematični pregled literature skuša združiti trenutne študije o varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi in odkriti vrzeli, izzive in prihodnje usmeritve na področjih, kot so kultura varnosti, komunikacija, tehnologija, zdravila, diagnostične napake in specializirana oskrba. Rezultati kažejo, da na varnost pacientov v primarni zdravstveni oskrbi vplivajo številni dejavniki, med drugim neusklajena komunikacija med zdravstvenimi delavci, minimalna uporaba tehnologij,

usmerjenih v varnost, in strukturne ovire za poročanje o napakah. Pojavljajo se diagnostične napake in incidenti, povezani z zdravili, ki jih pogosto poslabšujejo časovne omejitve in neustrezno spremljanje. Deležniki kažejo izrazite razlike v kulturnih percepcijah varnosti, saj imajo pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev pogosto nasprotujoče si poglede na tveganja in odgovornosti. Pregled literature kaže na potrebo po prilagojenih pristopih, ki obravnavajo edinstvene izzive primarne oskrbe, s poudarkom na interdisciplinarnem timskem delu, učinkovitih sistemih poročanja in metodah, osredotočenih na paciente. Sinteza teh spoznanj predstavlja podlago za nadaljnje študije in prizadevanja na področju politike, ki mora biti usmerjena v izboljšanje varnosti pacientov v primarni oskrbi.

Sistematični pregledi so preučevali različne vidike kulture varnosti pacientov. V enem pregledu so bile prikazane metode, ki se uporabljajo za ocenjevanje kulture varnosti, pri čemer je bilo ugotovljeno, da so ankete najpogostejši pristop, in opredeljene ključne razsežnosti, kot je vodenje (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.l). V drugem pregledu je bila ocenjena učinkovitost različnih strategij za kulturo varnosti pacientov, pri čemer je bilo ugotovljeno, da imajo lahko vodstveni obhodi in večplastni programi v enotah pozitiven vpliv na varnostno klimo, čeprav so dokazi še vedno nekoliko omejeni (Carvalho idr., 2023). V latinskoameriških bolnišnicah je bilo preučeno stanje kulture varnosti pacientov, pri čemer se je pokazalo, da sta organizacijsko učenje in timsko delo v enotah pogosto zaznana kot prednosti, medtem ko sta nekaznovalni odziv na napake in kadrovska zasedba pogosto opredeljena kot slabosti s splošno nizko pozitivno percepcijo (Singer & Vogus, 2003). Podobno je bilo pri pregledu zaznav zdravstvenih delavcev v bolnišnicah v ZDA ugotovljeno, da je timsko delo v enotah najboljše ocenjena razsežnost, nekaznovalni odziv na napake in predaja/prehodi pa najslabše, kar kaže na potrebo po izboljšavah na več področjih (Qin & Chen, 2024). Raziskave v državah v razvoju kažejo na slabo ozaveščenost o kulturi varnosti pacientov, vendar kažejo, da izboljšave kulture vodijo k boljšim izidom za paciente (Thomassen idr., 2014). Raziskana je bila povezava med kulturo varnosti in izidi za paciente, pri čemer ugotovitve kažejo na večji vpliv na varnostno vedenje osebja kot na neposredne izide za paciente, čeprav so dokazi različni (Silva, dos Santos & Sousa, 2020).

Vzpostavitev in vzdrževanje trdne kulture varnosti bolnikov v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva je ključni vidik sodobnega zdravstvenega varstva, ki zahteva večplasten pristop, ki vključuje organizacijsko vodenje, medpoklicno sodelovanje in pobude za nenehno izboljševanje kakovosti. Kultura varnosti pacientov je opredeljena kot skupne vrednote, prepričanja in norme o varnosti, ki prevladujejo v organizaciji ter vplivajo na vedenje in odnos zdravstvenih delavcev do prepoznavanja, preprečevanja in zmanjševanja morebitnih tveganj za paciente (Alotaibi idr., 2020; Mousavi & Imani, 2020). Gojenje takšne kulture ni le etični imperativ, temveč tudi pragmatična strategija za izboljšanje izidov zdravljenja pacientov, zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva ter spodbujanje odpornejšega in zanesljivejšega

zdravstvenega sistema. Zdravstvene organizacije po vsem svetu dajejo vse večji poudarek ocenjevanju in krepitvi kulture varnosti pacientov, ne glede na njihov ekonomski položaj (Titi idr., 2021).

Da bi spodbudili okolje, osredotočeno na pacienta, se vodje v zdravstvu spodbuja, naj gojijo kulturo varnosti, ki spodbuja zaupanje in pravičnost ter zaposlenim omogoča, da odkrito razpravljajo o napakah in pomanjkljivostih brez strahu pred povračilnimi ukrepi (Albaalharith & A'aqoulah, 2023). Ta pristop je bistvenega pomena za negovanje organizacijske kulture, v kateri vrednote v pacienta usmerjene oskrbe razume in sprejema vsak član ekipe (Zhang & Lu, 2018). Dobro vzpostavljena varnostna kultura spodbuja odprto komunikacijo, medsebojno spoštovanje in skupno zavezanost k učenju iz napak, s čimer se ustvarja pozitiven krog nenehnih izboljšav (Tran idr., 2021). Odsotnost preprečljive škode za paciente in zmanjšanje tveganj, povezanih z zdravstvenimi posegi, sta osrednjega pomena za varnost pacientov, kar zahteva proaktiven pristop k predvidevanju in odpravljanju morebitnih nevarnosti (Aljaffary idr., 2022). Varnost pacientov kot ključni element kakovosti zdravstvenih storitev vključuje preprečitev škode pacientom med izvajanjem zdravstvene oskrbe, vključno s preprečevanjem in zmanjševanjem nesreč in neželenih učinkov, kot so zdravniške napake, kirurške napake, napačne diagnoze, bolnišnične okužbe in napake pri uporabi zdravil. Preprečevanje napak v medicini je spodbudilo proaktivne izvajalce zdravstvenih storitev k spodbujanju organizacijskih kultur, ki dajejo prednost varnosti pacientov, saj se zavedajo, da je močna varnostna kultura temelj za uspešno izvajanje drugih varnostnih ukrepov (Shostek, 2007). Organizacije, za katere je značilna pozitivna varnostna kultura, izkazujejo boljše timsko delo, komunikacijo in sposobnost reševanja problemov, kar vodi k bolj usklajenemu in učinkovitemu pristopu k oskrbi pacientov (Thompson, 2011). To se posledično odraža v manjšem številu neželenih dogodkov, boljšem zadovoljstvu bolnikov ter bolj zavzetem in motiviranem osebju.

Izvajanje sistemov poročanja o incidentih je temelj pobud za varnost pacientov, saj zdravstvenim delavcem omogoča dokumentiranje in analizo neželenih dogodkov, skorajšnjih nesreč in drugih z varnostjo povezanih težav (Maamoun, 2009). Ti sistemi so neprecenljivo orodje za prepoznavanje sistemskih ranljivosti, spremljanje trendov in razvoj ciljno usmerjenih ukrepov za preprečevanje prihodnjih dogodkov. Vendar je učinkovitost sistemov poročanja o incidentih odvisna od vzpostavitve nekaznovalnega okolja, ki spodbuja odprto in pošteno poročanje brez strahu pred kaznovanjem. Vzpostavitev kulture brez obtoževanja je torej bistvenega pomena, saj spodbuja občutek psihološke varnosti med zdravstvenimi delavci in jim omogoča, da brez oklevanja poročajo o napakah in skorajšnjih nesrečah. Poleg tega bi morala analiza poročil o incidentih presegati ugotavljanje posameznih napak in vključevati temeljito preiskavo temeljnih sistemskih dejavnikov, ki so prispevali k dogodku. Z obravnavo

teh sistemskih vprašanj lahko zdravstvene organizacije uvedejo učinkovitejše in trajnejše rešitve za preprečevanje ponavljanja podobnih incidentov.

Vključevanje načel človeških dejavnikov v prakso primarnega zdravstvenega varstva je še ena ključna sestavina celovite strategije za varnost pacientov. Inženiring človeških dejavnikov se osredotoča na optimizacijo interakcije med ljudmi in sistemi, v katerih delajo, ob upoštevanju kognitivnih, fizičnih in organizacijskih dejavnikov, ki lahko vplivajo na delovanje. Z uporabo načel človeških dejavnikov pri načrtovanju procesov, delovnih postopkov in tehnologij v zdravstvu je mogoče zmanjšati verjetnost napak, izboljšati učinkovitost in povečati varnost pacientov. To vključuje skrbno upoštevanje dejavnikov, kot so delovna obremenitev, zahtevnost nalog, zasnova uporabniškega vmesnika in okoljski pogoji, da se čim bolj zmanjša možnost človeških napak (Maamoun, 2009). Poleg tega bi morale zdravstvene organizacije vlagati v programe usposabljanja, ki zdravstvene delavce opremijo z znanjem in veščinami, potrebnimi za uporabo načel človeških dejavnikov v vsakodnevni praksi. Kadar se napake, povezane z medicinskimi pripomočki, večkrat ponovijo, ljudje običajno krivijo uporabnike namesto pravega krivca, ki je pogosto slabo zasnovan vmesnik med medicinskim pripomočkom in uporabnikom (Rich, 2008).

Na ta resen družbeni problem lahko pozitivno vpliva premik od obtoževanja kliničnega osebja k sprejemanju inženirskih smernic človeških dejavnikov za označevanje in oblikovanje pripomočkov (Callan & Kobus, 2000).

Timsko delo in komunikacija sta bistvenega pomena za zagotavljanje varne in učinkovite primarne zdravstvene oskrbe, zato je treba ustvariti okolje za sodelovanje, v katerem lahko zdravstveni delavci iz različnih okolij učinkovito komunicirajo, se usklajujejo in izmenjujejo informacije. Strategije, kot so timsko usposabljanje, medpoklicno izobraževanje in izvajanje standardiziranih komunikacijskih protokolov, lahko olajšajo učinkovito timsko delo ter zmanjšajo tveganje za napačno komunikacijo in napake (Stein & Heiss, 2015). Učinkovita komunikacija je še posebej ključna med prehodi v zdravstveno oskrbo, na primer pri premestitvi bolnikov med različnimi zdravstvenimi ustanovami ali izvajalci. Standardizirani postopki predaje, vključno s kontrolnimi seznamami in strukturiranimi predlogami za komunikacijo, lahko pomagajo zagotoviti, da so ključne informacije natančno in popolno posredovane, s čimer se preprečijo morebitne napake in neželeni dogodki. Poleg tega morajo zdravstvene organizacije spodbujati kulturo psihološke varnosti, v kateri se člani tima počutijo udobno, ko spregovorijo in izrazijo svoje pomisleke brez strahu pred povračilnimi ukrepi (Leonard, 2004). V hitrih in zelo stresnih zdravstvenih okoljih je še posebej pomembno, da skrbno ocenimo vzroke vseh nesreč na način, ki preprečuje pripisovanje krivde, temveč ugotavlja temeljne vzroke.

Pri spodbujanju pobud za varnost pacientov in spodbujanju kulture varnosti v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva je najpomembnejše trdno klinično vodstvo, ki vključuje dejavno spodbujanje varnosti kot temeljne vrednote, dodeljevanje sredstev za podporo pobudam za varnost in odgovornost posameznikov za njihov prispevek k varnosti pacientov. Klinični vodje bi morali biti tudi vzorniki varnega vedenja, saj bi morali pokazati zavezanost k nenehnemu učenju, odprti komunikaciji in tiskemu delu. Poleg tega imajo klinični vodje ključno vlogo pri ustvarjanju podpornega okolja, v katerem se zdravstveni delavci počutijo pooblašeni za poročanje o napakah, sodelovanje pri dejavnostih za izboljšanje varnosti in zagovarjanje varnosti pacientov. Odpravljanje napak v komunikaciji, ki vplivajo na sodelovanje, izmenjavo informacij, razumevanje vlog in odgovornosti ter neposredno odgovornost za oskrbo bolnikov, so ključne sestavine vsakega programa za varnost bolnikov (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Zlasti vodje medicinskih sester imajo ključno vlogo pri zagotavljanju, da so programi za varnost pacientov znotraj zdravstvenih organizacij zelo vidni, da se izvajajo postopki poročanja brez kaznovanja in da se načela varnosti vključujejo v vsakodnevno prakso (Wakefield, 2008). Vodje medicinskih sester zagotavljajo praktično znanje in klinično strokovnost, ki sta potrebna za vodenje pobud za izboljšanje kakovosti in prenos izsledkov raziskav v praktično uporabo.

Razvoj zanesljivih sistemov za spremljanje in merjenje varnosti pacientov je bistvenega pomena za spremljanje napredka, ugotavljanje področij za izboljšave in ocenjevanje učinkovitosti varnostnih ukrepov. To vključuje uporabo različnih virov podatkov, vključno s poročili o incidentih, anketami pacientov, elektronskimi zdravstvenimi kartotekami in administrativnimi podatki o zahtevkih, za spremljanje ključnih kazalnikov varnosti, kot so stopnje neželenih dogodkov, napake pri uporabi zdravil in ocene zadovoljstva pacientov. Za ugotavljanje trendov in vzorcev v podatkih je mogoče uporabiti statistične kontrolne diagrame procesov in druga analitična orodja, kar zdravstvenim organizacijam omogoča proaktivno reševanje morebitnih varnostnih težav, preden povzročijo škodo. Ocene varnosti so lahko nato podlaga za usposabljanje timov in prizadevanja za izboljšanje kakovosti ("The Essential Role of Leadership in Developing a Safety Culture", 2017). Poleg tega bi morale zdravstvene organizacije redno primerjati svojo uspešnost z nacionalnimi standardi in najboljšimi praksami, da bi ugotovile priložnosti za nadaljnje izboljšave (AL-Dossary, 2022; Lark idr., 2018). S stalnim spremljanjem in merjenjem varnosti pacientov lahko zdravstvene organizacije pridobijo dragocen vpogled v učinkovitost svojih prizadevanj za varnost in sprejemajo na podatkih temelječe odločitve za izboljšanje izidov zdravljenja pacientov. Nadzor s strani medicinskih sester je še posebej koristen pri prepoznavanju morebitnih tveganj, preden se razvijejo v neugodne dogodke, medicinske sestre pa imajo večji vpliv pri sprejemanju odločitev na področju zdravstvene politike, ki vplivajo na izvajanje strategij za izboljšanje varnosti pacientov po vsem svetu (Kim idr., 2015).

Za ohranjanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu je potrebna stalna zavezanost k nenehnim izboljšavam in inovacijam, pri čemer se zdravstvene organizacije spodbuja, da sprejmejo miselnost učenja in prilagajanja ter nenehno iščejo nove in boljše načine za izboljšanje varnosti in kakovosti oskrbe. To vključuje spodbujanje kulture eksperimentiranja, kjer se zdravstvene delavce spodbuja k preizkušanju novih zamisli in pristopov, ocenjevanju njihovega učinka in deljenju svojih ugotovitev z drugimi. Strategije izboljševanja morajo biti zasnovane tako, da ustrezajo potrebam okoliškega sistema zdravstvenega varstva, v katerem se bodo izvajale (Kazandjian, 2018). Poleg tega bi morale zdravstvene organizacije v proces izboljševanja dejavno vključevati paciente in družinske člane, jih prositi za povratne informacije ter njihove poglede vključiti v oblikovanje in izvajanje pobud za varnost (Whittington idr., 2009). Ključnega pomena je, da lahko vodje tveganj in varnosti pacientov v svojih ustanovah zajemajo, spremljajo in beležijo bistvena spoznanja, da bi ohranili kontinuiteto oskrbe pacientov (Annolino, 2022). S spodbujanjem kulture stalnih izboljšav in inovacij lahko zdravstvene organizacije spodbujajo stalen napredek na področju varnosti pacientov in zagotavljajo, da so pacienti deležni najvarnejše in najkakovostnejše možne oskrbe. Poleg tega bi morale zdravstvene organizacije aktivno sodelovati v sodelovalnih učnih mrežah in deliti najboljše prakse z drugimi organizacijami, da bi pospešile hitrost izboljšav (El-Jardali idr., 2014; Hazazi & Qattan, 2020).

Da bi zagotovili, da se zdravstveni delavci počutijo cenjene, spoštovane, vključene in podprte, morajo organizacije pacienta postaviti v središče vsega, kar počnejo, pridobiti poglobljeno znanje, se osredotočiti na izboljšanje organizacijskih sistemov in gojiti skrbne kulture (Dixon-Woods idr., 2013). Vključevanje vodij zdravstvene nege v timsko delo, komunikacijske strategije in varnost je bistveno za izboljšanje varne in zanesljive oskrbe (Collins, 2008). Pri izvajanju strategij in intervencij je treba dati prednost pravičnosti na področju zdravja, da bi zmanjšali razlike v zdravju in zagotovili pravično zdravstveno oskrbo vsem skupinam prebivalstva. Pokazalo se je, da lahko učinkovite pobude za izboljšanje kakovosti prinesejo opazne izboljšave v bolnišnični kulturi varnosti pacientov, dosledna zavezanost in podpora vodstva pa lahko te dosežke ohranita (Titi idr., 2021). Organizacije lahko spodbujajo kulturo pravičnosti tako, da se posvečajo raznolikosti v upravnih odborih in na vodstvenih položajih, zaposlujejo zdravnike in osebje iz premalo zastopanih skupin v medicini ter gojijo znanje in spretnosti o pravičnosti v zdravstvu pri zaposlenih (Chisolm idr., 2023). Z izvajanjem teh strategij lahko zdravstveni organi. Vključevanje vodij zdravstvene nege v timsko delo, komunikacijske strategije in varnost je bistvenega pomena za izboljšanje varne in zanesljive oskrbe (Collins, 2008). Pri izvajanju strategij in intervencij je treba dati prednost enakosti v zdravju, da bi zmanjšali razlike v zdravju in zagotovili pravično zdravstveno varstvo vsem skupinam prebivalstva. Pokazalo se je, da lahko učinkovite pobude za izboljšanje kakovosti prinesejo opazne izboljšave v bolnišnični kulturi varnosti pacientov, dosledna zavezanost in podpora vodstva pa lahko te dosežke ohranita (Titi idr., 2021). Organizacije lahko spodbujajo

kulturo pravičnosti tako, da se posvečajo raznolikosti v upravnih odborih in na vodstvenih položajih, zaposlujejo zdravnike in osebje iz premalo zastopanih skupin v medicini ter gojijo znanje in spretnosti o pravičnosti v zdravstvu pri zaposlenih (Chisolm idr., 2023). Z izvajanjem teh strategij lahko zdravstvene organizacije ustvarijo kulturo varnosti pacientov, ki spodbuja zagotavljanje varne, učinkovite in pravične oskrbe za vse paciente. Učinkovite pobude za izboljšanje kakovosti dokazano prinesejo opazne izboljšave v bolnišnični kulturi varnosti pacientov, dosledna zavezanost in podpora vodstva pa lahko te dosežke ohranita (Zhang & Lu, 2018).

Za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe je ključno vodenje organizacije, za spodbujanje izboljšav pa je mogoče uporabiti organizacijske strukture, kot sta razvoj strategije in uporaba podatkov. Ustvarjanje podporne kulture, razvoj ustrezne infrastrukture ter izvajanje sistemov za izobraževanje in usposabljanje so skupne značilnosti visoko uspešnih organizacij, ki odražajo organizacijsko zavezanost izboljševanju kakovosti (Fulop & Ramsay, 2019). Brez priznanja in podpore organizacijskih voditeljev in zdravnikov pa je lahko priložnost za učinkovito uporabo zmogljivosti zdravstvene nege izgubljena (Gantz idr., 2003). Za doseganje kulture varnosti medicinske sestre potrebujejo močno vodstvo, ki jih navdihuje in motivira (Hooge idr., 2021; Labrague idr., 2021). Medicinske sestre morajo imeti tudi potrebne medicinske, tehnične in komunikacijske spretnosti, saj so bistvene za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe, izboljšanje varnosti ter vodenje in upravljanje kliničnih okolij (Babaei idr., 2023). Za izboljšanje kakovosti na vseh ravneh je treba postaviti tudi jasne in zahtevne cilje, zavzetost osebja pa je večja v pozitivni, optimistični in podporni klimi na delovnem mestu, kjer je visoka stopnja zaupanja v vodstvo (West, 2013). Nedavne raziskave kažejo, da lahko prehod na bolj sodelovalno vodenje znotraj NZS pripomore k spodbujanju kulture varnosti, zlasti tako, da se delavcem v prvi liniji omogoči sodelovanje in prevzemanje odgovornosti za povečanje varnosti z učenjem iz napak in skorajšnjih nesreč (Gibson idr., 2017). Odprto poročanje o napakah brez obtoževanja na spletni strani lahko spodbuja učno okolje, vodje pa bi morali podpirati poročanje in analizo podatkov o varnosti, da bi opredelili področja za razvoj. Kakovost oskrbe pacientov v bolnišnicah je odvisna od tega, ali vodje in vodje medicinskih sester ustvarjajo spodbudne delovne pogoje za medicinske sestre (Goedhart idr., 2017). Poleg tega se mora predanost zdravstvene organizacije izboljšanju kakovosti in varnosti odražati v njenih politikah, postopkih in dodeljevanju virov.

Za ohranitev medicinskih sester in zmanjšanje fluktuacije medicinskih sester je ključnega pomena idealno vodenje, ki krepi in podpira osebje (Hariyati & Nurdiana, 2019). Da lahko medicinske sestre zagotavljajo visokokakovostno zdravljenje, izboljšujejo varnost ter vodijo in upravljajo klinična okolja, potrebujejo tudi dobre medicinske, tehnične in komunikacijske spretnosti. Zdravstvene organizacije lahko kulturo varnosti spodbujajo tako, da dajejo prednost timskega delu, komunikaciji in sodelovanju med zdravstvenimi delavci. Kadar se v

delovnih okoljih dosledno obravnavajo vprašanja varnosti pacientov, lahko vodstvo pozitivno vpliva na učinkovitost in ozaveščenost osebja ter poveča vključenost v izboljšanje kakovosti in varnosti oskrbe (Malinowska-Lipień idr., 2021). Vodje medicinskih sester lahko zaposlene tudi zadržijo, saj spodbujajo zdravo delovno okolje, ki daje kakovostne rezultate za paciente in medicinske sestre (Brakovich & Bonham, 2012). Transformacijsko vodstveno vedenje vodij medicinskih sester vpliva na zadovoljstvo pri delu in rezultate na področju varnosti pacientov (Boamah idr., 2017). Podatki podpirajo uporabo transformacijskega vodstvenega vedenja vodij kot koristne strategije za oblikovanje delovnih okolij, ki izboljšujejo varnostne rezultate za paciente in medicinske sestre (Boamah idr., 2017). Povezava med transformacijskim vodenjem in varnostjo bolnikov je lahko posledica vloge vodij pri ustvarjanju podpornega delovnega okolja, ki usklajuje delovne zahteve in vire, ter njihovega vpliva na delovno zavzetost zaposlenih (Ree & Wiig, 2019). Varnost pacientov izboljšuje tudi transformacijsko vodenje, ki spodbuja sprejemanje pobud in kulturo varnosti (McFadden idr., 2009). Pokazalo se je, da transformacijsko vodenje glavnih medicinskih sester povečuje njihovo upoštevanje in sodelovanje pri zagotavljanju varnosti, kar posledično izboljšuje izide zdravljenja pacientov (Lievens & Vlerick, 2013). Z nudenjem podpore, navdiha, individualne pozornosti in služenjem kot vzor medicinskim sestram vodje zdravstvene nege, ki uporabljajo transformacijski slog vodenja, dosegajo boljše rezultate pri medicinskih sestrah v primerjavi s pretirano vodenimi in togimi avtoritarnimi slogi (Ali, 2024; Iqbal idr., 2019). Usmerjenost karizmatičnih vodij v inovacije, vključevanje tehnologije in kakovost oskrbe je v današnjem zdravstvenem okolju še posebej pomembna, vlaganje v transformacijsko vodenje v zdravstveni negi pa lahko vodi k opolnomočenju in razvoju organizacije (Kiwanuka idr., 2020; Tsapnidou idr., 2024). Transformacijski vodje lahko svoje ekipe navdihujejo za doseganje skupnih ciljev in spodbujajo kulturo nenehnih izboljšav (Schwartz idr., 2011). Svoje ekipe lahko navdihujejo in spodbujajo kulturo stalnega razvoja (Reinhardt idr., 2022; Smith, 2011). Avtentično vodenje vključuje vedenje vodij, ki spodbuja zaupanje, upanje, optimizem in odpornost, kar je bistveno za razvoj kulture varnosti. Vodje medicinskih sester, ki izkazujejo avtentične vodstvene lastnosti, izboljšujejo delovno okolje, kar ima za posledico učinkovitejše sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, višjo raven varnosti pacientov in večjo stabilnost zdravstvene nege. Preglednost, etično ravnanje in predanost moralnim načelom so značilnosti avtentičnih vodij (Valle idr., 2021). Spodbujajo odprt dialog, iščejo prispevke članov tima in cenijo raznolikost misli. Takšna vrsta vodenja je ključna za gradnjo zaupanja in samozavesti v zdravstvenem timu, saj spodbuja občutek psihološke varnosti, kjer se posamezniki brez strahu pred povračilnimi ukrepi počutijo udobno, ko spregovorijo o težavah ali napakah. S sprejetjem konceptov pristnega vodenja lahko zdravstvene organizacije spodbujajo kulturo varnosti, ki daje prednost preglednosti, etičnemu vedenju in zavezanosti k nenehnim izboljšavam. Za spodbujanje kulture varnosti v primarnem zdravstvenem varstvu je bistvenega pomena, da se vodstvo opolnomoči. Vodje, ki sprejemajo in izkazujejo transformacijsko vodenje, lahko vplivajo na srečo na delovnem mestu, predanost in

opolnomočenje (Iqbal idr., 2019). Na fluktuacijo zaposlenih medicinskih sester pomembno vplivata transformacijsko in avtentično vodenje (Pattali idr., 2024). Transformacijsko vodenje poudarja pomen vodjeve vizije, navdiha in sposobnosti, da navdihuje in motivira druge.

Učinkovito vodenje medicinskih sester vpliva na kakovost zdravstvene nege, saj strokovnjak motivira in spodbuja tim k sprejemanju inovacij in transformativnih pobud (Moura idr., 2020). Spodbujajo medpoklicno sodelovanje, skupno odločanje in občutek lastništva med člani tima (Al-Sawai, 2013). S prenašanjem pooblastil, zagotavljanjem virov in nudenjem stalne podpore vodje svojim timom omogočijo, da prevzamejo pobudo, se lotijo izzivov in izvajajo rešitve. Angažirani vodje opolnomočijo medicinske sestre tako, da priznajo njihovo odgovornost in jim dajo možnost izražanja mnenja (Kohnen idr., 2024).

Skupno vodenje je strategija vodenja za medicinske sestre, ki jim omogoča večji vpliv na odločitve, ki vplivajo na njihovo delo, strokovni razvoj, delovno okolje in občutek zadovoljstva (Walker, 2001). V zdravstveni negi deljeno vodenje spodbuja sodelovanje, inovacije in izboljševanje kakovosti. Vsi člani tima so spodbujeni, da prevzamejo vodstvene vloge ter prispevajo svoje znanje in spretnosti za izboljšanje oskrbe bolnikov. Okvir LEADS razširja vodenje onkraj pozicijske pristojnosti in vključuje vse člane zdravstvenega tima, ki vodijo s svojih trenutnih položajev (Bourgeault idr., 2021).

Medicinske sestre na vodilnih položajih na izvršilnih mestih in ob postelji veljajo za najbolj usposobljene za vodenje tega premika, saj so v ospredju usklajevanja zdravstvene nege pacienta in sodelovanja z drugimi strokovnjaki (Smith, 2017). Vsi delavci so ob deljenem vodenju spodbujeni k prevzemanju pobude in odgovornosti za svoje delo, kar pripomore k varnejšemu delovnemu mestu. Ko je sprejemanje odločitev razpršeno in se vsi člani tima počutijo pooblaščen, da spregovorijo, se verjetnost napak zmanjša. Zaradi jasnosti vlog, psihološke varnosti in zaupanja je deljeno vodenje tesno povezano s kulturo varnosti.

V vseh študijah je opazen vzorec napetosti med zaznано in dejansko varnostjo v primarni zdravstveni oskrbi. Čeprav zdravstveni delavci pogosto menijo, da je njihovo delovno okolje varnejše od bolnišnic, raziskave kažejo na opazno neskladje med tem prepričanjem in zabeleženimi varnostnimi dogodki. Ta razlika je še posebej očitna na področjih, kot so napačne diagnoze in varnost zdravil, kjer se skriti nevarnosti lahko postopoma kopičijo, namesto da se pojavijo kot akutni škodljivi dogodki. Razlika med mnenji zdravstvenih delavcev in institucionalnimi varnostnimi zapisi kaže na potrebo po močnejših komunikacijskih kanalih, ki bi zaprli to vrzel, kar podpira nenehno izboljševanje z učenjem iz skorajšnjih incidentov in majhnih napak, preden se razvijejo v večje neželene dogodke.

Vpliv tehnologije na varnost primarnega zdravstvenega varstva predstavlja še eno področje z neenotnimi rezultati. Čeprav elektronske zdravstvene evidence in sistemi za podporo kliničnim odločitvam ponujajo potencial za zmanjšanje določenih kategorij napak (zlasti tistih,

povezanih z zdravili), njihova uvedba pogosto prinaša nove varnostne pomisleke. Utrujenost od opozoril, breme dokumentiranja in prekinitve delovnega toka so tipični nezaželeni rezultati, ki lahko paradoksalno povečajo varnostna tveganja. Ta vzorec kaže, da je treba tehnološke rešitve skrbno oblikovati in uporabljati ob upoštevanju posebnih operativnih ritmov in mentalnih zahtev primarnega zdravstvenega varstva, namesto da se brez sprememb uvajajo digitalna orodja, zasnovana za bolnišnice.

Literatura kaže tudi opazne razlike v varnostni kulturi med okolji primarnega zdravstvenega varstva. Večje zdravstvene prakse in tiste, ki so povezane z zdravstvenimi mrežami, imajo na splošno naprednejše varnostne sisteme in metode za poročanje o incidentih kot manjše, samostojne prakse. Kljub temu pa se tudi v organizacijah z obsežnimi viri pojavljajo opazne razlike v tem, kako različni zaposleni na različnih položajih gledajo na varnost in jo ocenjujejo. Medicinske sestre pogosto kažejo višje ocene varnostnega klime v primerjavi z zdravniki, kar je mogoče pripisati razlikam v izobrazbi, delovnih nalogah ali hierarhičnih strukturah v zdravstvenih timih. Ti rezultati imajo kritične posledice za prizadevanja za izboljšanje varnosti, saj kažejo, da so potrebni prilagojeni pristopi za različne vloge in okviri vodstva, ki spodbujajo kolektivno odgovornost za varnost med vsemi člani tima.

Teoretične posledice teh rezultatov kažejo na potrebo po posodobljenih konceptualnih modelih, ki natančneje odražajo edinstven varnostni kontekst primarnega zdravstvenega varstva. Sedanje okvire za varnost pacientov, ki so v prvi vrsti zasnovani za bolnišnice, pogosto spregledajo podaljšan časovni okvir primarnega zdravstvenega varstva, kjer se nevarnosti kopičijo skozi številne obiske in niso omejene na posamezne incidente. Bolj primeren okvir bi lahko poudarjal varnostne dejavnike, povezane s kontinuiteto, kot so prenos informacij skozi čas in med izvajalci, ter kumulativne učinke manjših napak pri obravnavi kroničnih bolezni. Takšni modeli bi lahko raziskovalcem in strokovnjakom pomagali bolje prepoznati in obravnavati edinstvene varnostne ranljivosti primarnega zdravstvenega varstva.

Praktične posledice za primarno zdravstveno oskrbo so znatne. Ugotovitve kažejo, da napredek na področju varnosti zahteva celovite strategije, usmerjene tako v osebna dejanja kot v širše strukturne elemente. Na primer, zmanjšanje diagnostičnih napak bi lahko zahtevalo no uporabo metod za odpravljanje kognitivnih pristranskosti skupaj z izboljšanim sistemom za sledenje rezultatov testov, medtem ko bi se varnost zdravil lahko izboljšala z izobraževanjem predpisovalcev in uvedbo učinkovitejših instrumentov za podporo odločanju. Raziskava nadalje poudarja ključno vlogo vključevanja pacientov kot sodelujočih udeležencev v varnostne pobude, zlasti na področjih, kot so upoštevanje zdravil in sledenje simptomov, kjer imajo dejanja pacientov znaten vpliv na rezultate.

Pri tej analizi je treba upoštevati številne metodološke omejitve. Večina študij izvira iz držav z visokim dohodkom, kar omejuje uporabnost rezultatov v okoljih z omejenimi viri, kjer

primarna oskrba naleti na večje težave. Osredotočenost pregleda na angleškojezične publikacije je morda izključila relevantne raziskave iz neangleško govorečih okolij. Poleg tega je raznolikost zasnov študij in meril rezultatov med vključenimi študijami otežila neposredne primerjave, kar je pripeljalo do narativne sinteze namesto kvantitativne. Te omejitve pomenijo, da rezultati morda ne zajemajo v celoti vseh varnostnih vprašanj primarne oskrbe po svetu.

Postopek ocenjevanja je bil podvržen omejitvam, ki so lahko vplivale na rezultate. Izbor podatkovnih baz je morda povzročil pristranskost zaradi morebitne prisotnosti ustreznih študij v virih, ki so bili izključeni iz naše strategije iskanja. Vključitvena merila, ki so sicer bistvena za metodološko enotnost, so morda izpustila pomembne perspektive iz kvalitativnih ali mešanih raziskav, ki niso izpolnjevale standardov empirične raziskave. Pristranskost publikacij, ki daje prednost pozitivnim ugotovitvam, bi lahko prav tako izkrivila dokazno bazo v korist uspešnih intervencij namesto tistih z nevtralnimi ali negativnimi rezultati.

Nadaljnje raziskave bi se morale osredotočiti na ključna nerešena vprašanja, ki so bila poudarjena v tej analizi. Dolgoročne raziskave, ki spremljajo rezultate varnosti, bi lahko prinesle pomembno razumevanje, kako se nevarnosti spreminjajo v okviru tekočega zdravljenja v primarni zdravstveni oskrbi. Primerjalne raziskave učinkovitosti, ki preučujejo različne varnostne intervencije v realnem okolju primarne zdravstvene oskrbe, bi pomagale identificirati optimalne strategije za različne kontekste prakse. Ustvarjanje in preverjanje instrumentov za ocenjevanje varnosti, prilagojenih primarni zdravstveni oskrbi v okviru mreže, je še en ključni poudarek, glede na to, da obstoječa orodja pogosto izhajajo iz okvirov, usmerjenih v bolnišnice.

Področja, ki so bila doslej predmet omejenih raziskav, kot so varnost v okoljih primarne zdravstvene oskrbe, posebne nevarnosti, povezane z razvojem telemedicine, in varnostne posledice večjega prenosa nalog na zdravstvene delavce, ki niso zdravniki, zahtevajo posebno pozornost. Raziskave bi morale dodatno preučiti, kako bi nove tehnologije, kot so umetna inteligenca in daljinsko spremljanje, lahko povzročile nove varnostne pomisleke v primarni zdravstveni oskrbi. Nazadnje je potrebno več dela, da bi razumeli, kako se socialni determinanti zdravja in neenakosti v zdravju prepletajo z varnostjo pacientov v okolju primarnega zdravstvenega varstva, saj sedanja literatura te kritične razsežnosti v veliki meri zanemarja.

Rezultati skupaj kažejo, da je za izboljšanje varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi potrebno preiti od posameznih rešitev k oblikovanju celostnih strategij, ki upoštevajo situacijo. Ti pristopi morajo upoštevati edinstvene vidike primarne zdravstvene oskrbe, hkrati pa obravnavati medsebojno povezana varnostna tveganja, ki zajemajo klinično, administrativno in tehnično področje. Prihodnje raziskave in pobude za izboljšanje kakovosti lahko

učinkoviteje izboljšajo varnost v tem bistvenem kontekstu zdravstvenega varstva, če bodo nadgradile dokaze, povzete v tem pregledu, in odpravile njegove pomanjkljivosti.

Analiza rezultatov pregledanih raziskav identificira ključne trende v raziskavah o varnosti pacientov v okoljih primarne zdravstvene oskrbe. Skupaj ugotovitve enotno kažejo, da primarna oskrba predstavlja specifične varnostne probleme, ki se razlikujejo od tistih v bolnišničnih okoljih, kar zahteva prilagojene metode namesto neposredne uporabe varnostnih ukrepov za akutno oskrbo. Razpršena struktura primarne oskrbe, trajne povezave med pacienti in izvajalci ter veliki obseg operacij so ključne značilnosti, ki vplivajo na varnostna tveganja in potencialne rešitve.

1.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za paciente v primarnem zdravstvenem varstvu

Trdna kultura varnosti pacientov ima ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov, ki jih doživljajo pacienti v primarnem zdravstvenem varstvu (Nunes idr., 2024). Dokazi, ki povezujejo pozitivno kulturo varnosti z boljšimi izidi za paciente, so prepričljivi na različnih področjih zdravstvenega varstva. Čeprav so se številne študije osredotočile na okolje akutne oskrbe, so temeljna načela, na katerih temeljijo te ugotovitve, neposredno uporabna v primarnem zdravstvenem varstvu. V bolnišničnem okolju je močna varnostna kultura povezana z zmanjšanjem neželenih dogodkov, kot so razjede zaradi pritiska, padci in okužbe (Performance Health, 17. december 2024). V primarnem zdravstvenem varstvu podobna kultura verjetno prispeva k zmanjšanju diagnostičnih napak, napak pri zdravljenju z zdravili in neoptimalnega zdravljenja kroničnih bolezni, kar na koncu vodi k boljšemu zdravju in počutju bolnikov (SurveyMonkey, n.d.). Poleg tega pacienti poročajo o bolj pozitivnih izkušnjah in večjem zadovoljstvu z oskrbo, kadar v zdravstveni organizaciji zaznavajo velik poudarek na varnosti (Performance Health, 17. december 2024). To poudarja, da zavezanost varnosti ne izboljšuje le kliničnih rezultatov, temveč izboljšuje tudi splošno izkušnjo pacientov in krepi zaupanje v izvajalce primarnega zdravstvenega varstva.

Poleg neposrednih rezultatov za paciente je pozitivna varnostna kultura sestavni del širšega izboljšanja kakovosti zdravstvenega varstva (Nunes idr., 2024). Spodbuja proaktiven pristop k prepoznavanju in zmanjševanju tveganj, kar omogoča, da primarna zdravstvena dejavnost predvidi in prepreči morebitna varnostna tveganja, preden povzročijo škodo (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010a). Kultura, ki ceni odprto komunikacijo, spodbuja

poročanje o napakah in skorajšnjih napakah ter spodbuja okolje brez kaznovanja, olajšuje organizacijsko učenje in nenehne izboljšave (Performance Health, 17. december 2024). Z obravnavanjem napak kot priložnosti za učenje in izpopolnjevanje sistema, ne pa kot posameznih napak, lahko prakse primarnega zdravstvenega varstva izvajajo z dokazi podprte spremembe in optimizirajo svoje procese za zagotavljanje varnejše in učinkovitejše oskrbe. Ta zavezanost k nenehnemu učenju in izboljševanju je značilnost visokokakovostnega zdravstvenega varstva.

Vpliv kulture varnosti bolnikov presega bolnike in pomembno vpliva tudi na dobro počutje in zadovoljstvo z delom zdravstvenih delavcev, ki delajo v primarnem zdravstvenem varstvu. Ko osebje čuti, da ga podpira zavezanost organizacije k varnosti, da lahko izrazi svoje pomisleke brez strahu pred kaznovanjem in da dela v okolju, ki daje prednost njegovi varnosti in varnosti bolnikov, se zmanjšata stres in izgorelost (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d). To pa lahko vodi k večjemu zadovoljstvu pri delu, boljšemu ohranjanju zaposlenih ter stabilnejši in bolj zavzeti delovni sili (SurveyMonkey, n.d.). Dobro počutje zdravstvenih delavcev je neločljivo povezano z njihovo sposobnostjo zagotavljanja varne in kakovostne oskrbe, kar ustvarja pozitiven krog, v katerem močna kultura varnosti koristi tako pacientom kot osebju.

Poleg tega lahko gojenje trdne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu prinese pomembne ekonomske koristi. Z zmanjšanjem pogostosti zdravstvenih napak in neželenih dogodkov lahko osnovno zdravstveno varstvo zmanjša stroške zdravstvenega varstva, povezane z dodatnim zdravljenjem, daljšo oskrbo in morebitnimi pravnimi zahtevki (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010a). Finančno breme zdravstvenih napak za zdravstveni sistem je veliko (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.g). proaktiven pristop k varnosti pacientov z močno kulturo varnosti pa lahko prispeva k učinkovitejšemu in stroškovno uspešnejšemu zagotavljanju zdravstvenega varstva v ustanovah osnovnega zdravstvenega varstva. Zato je vlaganje v razvoj in vzdrževanje pozitivne kulture varnosti pacientov za organizacije primarnega zdravstvenega varstva ne le etično nujno, temveč tudi ekonomsko upravičeno.

1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Vzpostavitev in negovanje pozitivne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu je odvisna od več ključnih elementov in razsežnosti, ki skupaj oblikujejo organizacijsko okolje in vplivajo na vedenje posameznikov. Razumevanje teh medsebojno povezanih

dejavnikov omogoča celovit pristop k izboljševanju varnosti pacientov in trajnemu razvoju kakovosti zdravstvene oskrbe.

Zavezanost in podpora vodstva sta temeljnega pomena za določanje tonov in prednostne obravnave varnosti v praksi primarnega zdravstvenega varstva (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Vodstvo mora aktivno pokazati svojo zavezanost varnosti z vidnim sodelovanjem pri varnostnih pobudah, dodeljevanjem potrebnih virov ter jasnim sporočanjem varnostnih ciljev in pričakovanj (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Njihova dejanja in stališča pomembno vplivajo na dojemanje in vedenje vseh zaposlenih, zato je močna podpora vodstva temeljni kamen kulture, ki se zaveda varnosti.

Odločilnega pomena sta tudi **timsko delo in sodelovanje**, zlasti v pogosto multidisciplinarnem okolju primarnega zdravstvenega varstva (Performance Health, 17. december 2024). Učinkovito sodelovanje in komunikacija med zdravniki, medicinskimi sestrami, administrativnim osebjem in drugimi zdravstvenimi delavci zagotavljata nemoteno izvajanje oskrbe in prispevata k varnejšemu okolju za bolnike. Skupno odločanje, medsebojno spoštovanje in podpora med člani tima so bistvene sestavine te razsežnosti.

Odprta komunikacija in mehanizmi povratnih informacij so bistvenega pomena za spodbujanje kulture, v kateri je mogoče opozoriti na varnostne težave in jih učinkovito obravnavati (Nunes idr., 2024). Osebe se mora počutiti udobno, ko govori o morebitnih varnostnih tveganjih, napakah in skorajšnjih nesrečah brez strahu pred kaznovanjem (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Redni varnostni sestanki, kanali za povratne informacije in poročanje lahko olajšajo odprt dialog in spodbujajo kulturo preglednosti.

Učenje iz napak in nenehno izboljševanje predstavljata še eno ključno razsežnost. Pozitivna varnostna kultura na napake ne gleda kot na individualne napake, temveč kot na priložnosti za učenje in izboljšanje sistemov oskrbe. Izvajanje zanesljivih sistemov poročanja o incidentih in temeljite analize temeljnih vzrokov sta bistvena za prepoznavanje osnovnih težav in izvajanje učinkovitih preventivnih ukrepov.

Ključni element je tudi **nekaznovalni odziv na napake** v okviru kulture pravičnosti (Nunes idr., 2024). Čeprav je odgovornost za nepremišljeno ravnanje še vedno pomembna, osredotočenost na učenje iz napak in ne na pripisovanje krivde spodbuja osebe k odkritemu poročanju o napakah, kar je bistvenega pomena za izboljšanje celotnega sistema.

Opolnomočenje in sodelovanje osebja v pobudah za varnost in procesih odločanja sta bistvena za ustvarjanje občutka lastništva in skupne odgovornosti za varnost pacientov. Vključevanje osebja iz prve linije, ki ima pogosto najbolj neposreden vpogled v morebitna varnostna tveganja, lahko privede do učinkovitejših in trajnejših izboljšav varnosti.

Tabela 0.2: Ključni elementi/razsežnosti kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu in njihov opis.

Element/razsežnost	Opis	Vir
Zavezanost in podpora vodstva	Aktivno dokazovanje, da vodje dajejo prednost varnosti z ukrepi, dodeljevanjem virov in komunikacijo.	Institute for Healthcare Improvement, n.d.
Timsko delo in sodelovanje	Učinkovita komunikacija in sodelovanje med vsemi člani ekipe za osnovno zdravstveno varstvo.	Performance Health, 17. december 2024
Odprta komunikacija in povratne informacije	Okolje, v katerem osebje brez strahu govori o varnostnih težavah, napakah in skorajšnjih nesrečah.	Nunes idr., 2024
Učenje iz napak in nenehno izboljševanje	obravnavanje napak kot priložnosti za učenje in izboljšanje sistema s poročanjem in analizo.	Nunes idr., 2024
Odziv na napake brez kaznovanja (v okviru kulture pravičnosti)	obravnavanje napak s poudarkom na učenju in izboljšanju sistema namesto na samodejnem obtoževanju, pri čemer je treba ohraniti odgovornost za nepremišljeno ravnanje.	Nunes idr., 2024
Opolnomočenje in sodelovanje osebja	vključevanje vseh zaposlenih v varnostne pobude in procese odločanja.	Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a
Vključevanje bolnikov in družin	Aktivno vključevanje bolnikov in njihovih družin v njihovo lastno varnost s komunikacijo in povratnimi informacijami.	World Health Organization – WHO, 2020
Delovni pritisk in tempo	Prepoznavanje in obravnavanje vpliva delovne obremenitve, osebja in časovnih omejitev na varnost.	Performance Health, 17. december 2024

Vedno večje priznavanje pomena **vključevanja bolnikov in družin v lastno varnost** je še en ključni vidik pozitivne varnostne kulture (WHO, 2020). Praksa primarnega zdravstvenega varstva si mora prizadevati za učinkovito komunikacijo z bolniki, jih spodbujati k postavljanju vprašanj in vključevati njihove povratne informacije, da bi povečala varnost pri zagotavljanju oskrbe.

Prav tako ne smemo spregledati vpliva **delovnega pritiska in tempa** na kulturo varnosti pacientov (Performance Health, 17. december 2024). Velike delovne obremenitve, neustrezna

raven osebja in prevelike časovne omejitve lahko negativno vplivajo na dobro počutje osebja in povečajo tveganje za napake. Obravnava teh dejavnikov je ključna za spodbujanje okolja, v katerem je varnost lahko prednostna naloga.

1.5 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Ocenjevanje kulture varnosti pacientov je ključni začetni korak za primarno zdravstveno dejavnost, ki želi izboljšati varnost in kakovost oskrbe, ki jo zagotavlja (WHO, 2020). Z rednim merjenjem lahko praksa razume svojo trenutno kulturo varnosti, ugotovi močna in šibka področja, spremlja napredek skozi čas in primerja svojo uspešnost z drugimi podobnimi organizacijami (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Brez takih ocen so lahko prizadevanja za izboljšanje premalo osredotočena in ne obravnavajo najbolj nujnih potreb prakse.

Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) je razvila široko uporabljen sklop raziskav o kulturi varnosti pacientov (SOPS) za različne zdravstvene ustanove, vključno s posebno raziskavo, prilagojeno za zdravniške ordinacije, ki je neposredno uporabna za primarno zdravstveno varstvo. Raziskava o kulturi varnosti pacientov v zdravniških ordinacijah ocenjuje ključne razsežnosti, kot so komunikacija o napaki, odprtost komunikacije, organizacijsko učenje, skupna ocena varnosti pacientov, odziv na napake, osebje, podpora nadrejenih in vodstva, timsko delo ter pritisk in hitrost dela. Te ankete so standardizirane ter so bile strogo razvite in preizkušene, zato so zanesljiva in veljavna orodja za merjenje kulture varnosti pacientov. (Performance Health, 17. december 2024). AHRQ zagotavlja tudi primerjalne podatke, s katerimi lahko primarne zdravstvene ordinacije primerjajo svoje rezultate z nacionalnimi povprečji in ugotovijo, na katerih področjih so morda uspešne ali jih je treba izboljšati (Institute for Healthcare Improvement, n.d.).

Medtem ko so ankete AHRQ SOPS pomembna izbira, so na voljo tudi druga ocenjevalna orodja, kot je vprašalnik o odnosu do varnosti (Safety Attitudes Questionnaire – SAQ (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). SAQ ocenjuje različne vidike varnostne kulture, vključno s klimo za timsko delo, varnostno klimo, dojemanjem vodstva, delovnimi pogoji, zadovoljstvom pri delu in prepoznavanjem stresa (Occupational Safety and Health Administration, n.d.). Izbor ocenjevalnega orodja mora temeljiti na specifičnih ciljih prakse primarnega zdravstva in dimenzijah varnostne kulture, ki jo želijo oceniti (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d).

Poleg kvantitativnih raziskav lahko tudi kvalitativne metode ocenjevanja zagotovijo dragocen

dopolnilni vpogled v kulturo varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu (American Data Network, 7. Februar 2024). Fokusne skupine, razgovori z osebjem in celo etnografska opazovanja lahko pomagajo odkriti temeljna prepričanja, vrednote in norme, ki oblikujejo vedenje v zvezi z varnostjo v praksi. Kvalitativni podatki lahko zagotovijo bogatejše in bolj niansirano razumevanje kulture varnosti kot zgolj kvantitativne raziskave, saj pomagajo pojasniti "zakaj", ki se skriva za rezultati raziskav.

Tabela 0.3: Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Ime orodja	Razvijalec	Ocenjene ključne dimenzije	Prednosti	Omejitve
Anketa AHRQ SOPS Medical Office Survey	Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ)	Komunikacija o napaki, odprtost komunikacije, organizacijsko učenje, splošna ocena varnosti pacientov, odziv na napako, kadrovska zasedba, podpora nadrejenega/vodstva, timsko delo, pritisk in tempo dela.	Na voljo so standardizirani, potrjeni podatki za primerjalno analizo, ki so posebej zasnovani za zdravstvene ordinacije.	morda ne zajame vseh odtenkov varnostne kulture, saj se opira na podatke, ki jih poročajo sami.
Vprašalnik o odnosu do varnosti (SAQ)	Univerza v Teksasu	Klima za timsko delo, varnostna klima, zaznavanje vodstva, delovni pogoji, zadovoljstvo pri delu, prepoznavanje stresa.	Ocenjuje širok razpon stališč, povezanih z varnostjo, ki je krajši kot pri nekaterih drugih raziskavah.	Podatki za primerjalno analizo so lahko v primerjavi z bolnišnicami slabše dostopni za ustanove primarnega zdravstvenega varstva.

Pri izbiri metod ocenjevanja morajo zdravniki v osnovnem zdravstvu upoštevati več dejavnikov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c). Upoštevati je treba velikost in zapletenost ordinacije, razpoložljiva sredstva za izvedbo ocenjevanja ter posebna področja kulture varnosti, ki jih najbolj zanimajo. Prav tako je treba zagotoviti anonimnost in zaupnost odgovorov, da se spodbudijo iskrene in odkrite povratne informacije osebja (Primary Health Care Corporation Qatar, 2024). V manjših praksah lahko sama anketa celo služi kot katalizator za odprte razprave o varnosti pacientov med timom (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c). Končni cilj vsake ocene je zbrati pomembne podatke, ki lahko služijo za usmerjena prizadevanja za izboljšanje in prispevajo k varnejšemu okolju za paciente in osebje.

1.6 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Na razvoj in vzdrževanje pozitivne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu vpliva zapleteno prepletanje različnih organizacijskih, medosebnih in zunanjih dejavnikov. Razumevanje teh dejavnikov je ključnega pomena za prakse primarnega zdravstvenega varstva, ki želijo ustvariti varnejše okolje za svoje paciente.

Pomembno vlogo imajo **organizacijska struktura in značilnosti** primarnega zdravstvenega varstva: velikost ordinacije, ali gre za enoto ali več enot, stopnja hierarhije v organizaciji in stopnja integracije med različnimi oddelki ali vlogami lahko vplivajo na to, kako se varnost dojema in kako se ji daje prednost. Večje in bolj zapletene organizacije lahko na primer zahtevajo bolj formalne strukture in procese za zagotavljanje doslednih varnostnih praks na vseh ravneh in lokacijah.

Delovna obremenitev, število zaposlenih in razpoložljivost virov so prav tako odločilni dejavniki kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu (Performance Health, 17. december 2024). Kadar je osebje stalno preobremenjeno, ima premalo osebja ali nima potrebnih virov za učinkovito in varno opravljanje svojih nalog, lahko to vodi v utrujenost, povečan stres in manjšo osredotočenost na varnostne protokole (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Zagotavljanje ustreznega števila zaposlenih ter zagotavljanje potrebnih orodij in podpore sta bistvena za spodbujanje kulture, v kateri je varnost lahko resnična prednostna naloga.

Na kulturo varnosti močno vplivajo **način vodenja in vodstvene prakse** v osnovni zdravstveni dejavnosti. Vodje, ki se aktivno zavzemajo za varnost, so vidni in dostopni osebju ter spodbujajo odprto komunikacijo in povratne informacije, ustvarjajo bolj pozitivno varnostno klimo (Institute for Healthcare Improvement, n.d.) Vodstvene prakse, ki podpirajo poročanje o napakah brez obtoževanja ter poudarjajo učenje in nenehno izboljševanje, so ključne za gradnjo zaupanja in spodbujanje kulture, ki se zaveda varnosti.

Učinkovite **komunikacijske strukture in procesi** so gonilna sila močne kulture varnosti bolnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu (Nunes idr., 2024). Jasna, pravočasna in spoštljiva komunikacija med vsemi člani zdravstvenega tima ter z bolniki in njihovimi družinami je bistvena za zagotavljanje, da se ključne informacije delijo natančno in da se po njih ukrepa. K varnejšemu okolju prispevajo strukturirano posredovanje, redni sestanki tima in odprti kanali za izražanje skrbi.

Usposabljanje in izobraževanje imata ključno vlogo pri spodbujanju ozaveščenosti o varnosti, znanja in veščin med vsemi člani osebja v osnovni zdravstveni dejavnosti (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Stalno usposabljanje o načelih varnosti pacientov, postopkih poročanja o napakah, tinskem delu, komunikaciji in posebnih varnostnih protokolih zagotavlja, da je osebje usposobljeno za varno opravljanje svojih nalog in prispeva h kulturi varnosti.

Pomemben dejavnik, ki vpliva na varnostno kulturo, je **organizacijska sposobnost učenja** v ambulantni primarnega zdravstvenega varstva, njena sposobnost učenja iz preteklih izkušenj, vključno z napakami in skorajšnjimi napakami, ter izvajanje sprememb na podlagi tega učenja (Nunes idr., 2024). Kultura, ki ceni razmislek, analizo in prilagajanje, bo verjetno nenehno izboljševala svoje varnostne prakse in preprečevala napake v prihodnosti.

Na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu lahko vplivajo tudi **zunanjí dejavniki**, kot so regulativne zahteve, akreditacijski standardi in strokovne smernice (WHO, 2020). Ti zunanji pritiski lahko zagotovijo okvir in motivacijo za prakse, da dajo prednost varnosti in izvajajo posebne varnostne ukrepe, čeprav resnično uveljavljena kultura varnosti presega zgolj skladnost in odraža resnično notranjo zavezanost.

1.7 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v osnovnem zdravstvu

Vzgoja trdne kulture varnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu zahteva večplasten pristop, ki vključuje izvajanje z dokazi podprtih strategij in intervencij, usmerjenih v prej obravnavane ključne elemente in vplivne dejavnike. Tak pristop omogoča sistematično izboljševanje varnosti pacientov ter krepitev zaupanja med zdravstvenimi delavci in bolniki.

Povečanje **zavzetosti vodstva** s strategijami, kot so obhodi vodstva, pri katerih se vodstvo redno srečuje z osebjem na delovnem mestu in razpravlja o varnostnih vprašanjih ter opazuje prakse, lahko bistveno vpliva na zaznavanje osebja glede zavezanosti vodstva k varnosti (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Ta vidna zavzetost spodbuja bolj proaktivno kulturo varnosti.

Izvajanje **programov usposabljanja za timsko delo** in simulacijskih vaj lahko izboljša komunikacijo in sodelovanje med člani tima primarnega zdravstvenega varstva (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Ti programi se lahko osredotočijo na izboljšanje bistvenih veščin timskega dela, kar vodi v učinkovitejše usklajevanje in varnejšo oskrbo bolnikov.

Vzpostavitev in nenehno izboljševanje **sistemov poročanja o incidentih** je ključnega pomena za zajemanje informacij o napakah in skorajšnjih nesrečah v primarnem zdravstvenem varstvu (WHO, 2020). Ti sistemi morajo biti uporabniku prijazni, zaupni in povezani z redno analizo poročenih incidentov ter povratnimi informacijami za osebe, da se spodbudi kultura učenja.

Odprto komunikacijo in psihološko varnost je mogoče spodbujati z rednimi varnostnimi sestanki ali informativnimi sestanki, na katerih se razpravlja o morebitnih varnostnih vprašanjih, in z ustvarjanjem okolja, v katerem se zaposleni počutijo udobno, če lahko brez strahu pred negativnimi posledicami spregovorijo o težavah (Westat, 14. januar 2025).

Uporaba **podatkov o oceni kulture varnosti**, kot so rezultati raziskav AHRQ SOPS, je bistvenega pomena za opredelitev posebnih močnih in šibkih področij v praksi primarnega zdravstvenega varstva (Nunes idr., 2024). Prizadevanja za izboljšanje je treba usmeriti na ugotovljena področja, ki jim je treba posvetiti pozornost, ocene pa je treba redno ponavljati, da se spremlja napredek.

Izvajanje **kontrolnih seznamov in standardiziranih protokolov** lahko pomaga zmanjšati število napak in izboljšati doslednost pri zagotavljanju oskrbe v okoljih primarnega zdravstvenega varstva (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010a). To lahko vključuje kontrolne seznime za pogoste postopke, usklajevanje zdravil in predajo bolnika.

Aktivno **vklučevanje bolnikov in družin** v njihovo varnost z zagotavljanjem jasnih informacij, spodbujanjem vprašanj in vključevanjem njihovih povratnih informacij lahko pomembno prispeva k varnejšemu okolju primarnega zdravstvenega varstva (WHO, 2020).

Tabela 0.4: Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu.

Strategija/ intervencija	Opis	Vir	Potencialni učinek
Vodstveni sprehodi	Vodje redno sodelujejo z osebjem, ki dela na terenu, in se pogovarjajo o varnostnih vprašanjih ter opazujejo prakse.	Institute for Healthcare Improvement, n.d.	Večja zaznava osebja glede zavezanosti vodstva k varnosti, prepoznavanje morebitnih nevarnosti.
Usposabljanje za timsko delo	Programi in vaje za izboljšanje komunikacije in sodelovanja med člani skupine.	Institute for Healthcare Improvement,	Izboljšana komunikacija, usklajevanje in skupno odločanje.
Sistemi za poročanje o incidentih	Uporabniku prijazni in zaupni sistemi za poročanje o napakah in skorajšnjih napakah.	World Health Organization – WHO, 2020	prepoznavanje sistemskih vprašanj, priložnosti za učenje in izboljšave.

Strategija/ intervencija	Opis	Vir	Potencialni učinek
Varnostni sestanki	Redni kratki sestanki za razpravo o morebitnih varnostnih vprašanjih in usklajevanje prednostnih nalog.	Westat, 14. januar 2025	Okrepljena komunikacija, proaktivno prepoznavanje tveganj.
Uporaba podatkov o ocenjevanju	uporaba rezultatov raziskav o kulturi varnosti za opredelitev področij za izboljšanje in prilagoditev ukrepov.	Nunes idr., 2024	Ciljno usmerjena prizadevanja za izboljšanje, spremljanje napredka v daljšem časovnem obdobju.
Kontrolni sezname in standardizirani protokoli	izvajanje kontrolnih seznamov in standardiziranih postopkov za ključne naloge.	Agency for Healthcare Research and Quality, 2010a	Zmanjšanje števila napak, večja doslednost pri zagotavljanju oskrbe.
Vključevanje bolnikov in družin	Strategije za vključevanje bolnikov in družin v njihovo oskrbo za večjo varnost.	World Health Organization – WHO, 2020	Večja ozaveščenost bolnikov, prepoznavanje morebitnih težav.
Človeški dejavniki in ergonomija	Oblikovanje sistemov in delovnih prostorov, ki so uporabniku prijazni in zmanjšujejo tveganje napak.	World Health Organization – WHO, 2020	Manj napak, večja varnost osebja in bolnikov.

Če se pri načrtovanju sistemov in procesov primarnega zdravstvenega varstva osredotočimo **na človeške dejavnike in ergonomijo**, lahko zmanjšamo tveganje napak z ustvarjanjem varnejšega in uporabniku prijaznejšega okolja tako za osebje kot za paciente (WHO, 2020).

1.8 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Kljub priznanemu pomenu kulture varnosti pacientov se v osnovni zdravstveni dejavnosti pogosto srečujejo z različnimi izzivi in ovirami pri prizadevanjih za uvedbo in vzdrževanje okolja, usmerjenega v varnost. Razumevanje teh ovir in razvoj učinkovitih strategij za njihovo premagovanje sta ključna za trajno izboljšanje varnosti pacientov in uspešno uresničevanje varnostne kulture v praksi.

Ena od pogostih ovir je **odpor do sprememb** med zdravstvenimi delavci, ki so morda navajeni na ustaljeno rutino ali skeptični do novih pobud (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.h). Za premagovanje tega odpora je potrebno jasno obveščanje o prednostih kulture varnosti in aktivno vključevanje osebja v proces uvajanja.

Pomembno oviro lahko predstavljajo tudi **časovne omejitve in obremenitve, ki so značilne** za številne ustanove primarnega zdravstvenega varstva (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Posvečanje časa za usposabljanje o varnosti, sestanke in projekte za izboljšave je lahko izziv, če je osebje že tako zelo obremenjeno z bolniki. Za premagovanje te ovire sta ključnega pomena reševanje vprašanj delovne obremenitve in zagotavljanje ustreznega števila osebja.

Prizadevanja za krepitev kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu lahko ovira tudi **pomanjkanje finančnih in človeških virov** (WHO, 2020). Izvajanje novih programov, nakup orodij za ocenjevanje ali zagotavljanje osebja, namenjenega pobudam za varnost, lahko obremeni omejena proračunska sredstva.

Zakoreninjene hierarhične strukture in razponi pooblastil v nekaterih ordinacijah primarnega zdravstvenega varstva lahko ovirajo odprto komunikacijo in poročanje o napakah (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Mlajše osebje se lahko obotavlja govoriti o varnostnih težavah ali dvomiti o odločitvah starejših kolegov. Za reševanje tega izziva je treba spodbujati bolj egalitarno in sodelovalno okolje.

Vztrajni **strah pred obtoževanjem in kaznovanjem**, povezanim s poročanjem o napakah, ostaja pomembna ovira pri ustvarjanju pregledne in v učenje usmerjene varnostne kulture (Nunes idr., 2024). Ustvarjanje pravične kulture, ki poudarja učenje namesto obtoževanja, je bistveno za spodbujanje osebja k odkritemu poročanju o napakah.

Merjenje neposrednega učinka ukrepov na področju kulture varnosti na izide zdravljenja bolnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu je lahko zahtevno, zato je težko dokazati vrednost teh pobud (American Data Network, 7. Februar 2024). Vendar pa lahko spremljanje napredka na podlagi sprememb v rezultatih anket o kulturi varnosti in procesnih ukrepih zagotovi dragocen vpogled.

Končno je lahko težko **ohraniti zagon in trajnost** prizadevanj za kulturo varnosti skozi čas (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Začetno navdušenje lahko upade, pojavijo pa se lahko druge prednostne naloge. Za dolgoročni uspeh sta ključna vključevanje varnostnih načel v vsakodnevno rutino in nenehno poudarjanje njihovega pomena.

1.9 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Področje kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu se nenehno razvija, pri čemer bo v prihodnjih letih raziskave in prakso verjetno oblikovalo več prihodnjih usmeritev in novih trendov. **Vse večji poudarek bo na sodelovanju bolnikov in družin** kot aktivnih partnerjev pri spodbujanju varnosti v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva (WHO, 2020). Raziskave bodo verjetno raziskale učinkovitejše strategije za vključevanje bolnikovih stališč in povratnih informacij v pobude za varnost.

Uporaba tehnologije bo imela vse pomembnejšo vlogo pri krepitvi kulture varnosti bolnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu (WHO, 2020). To vključuje uporabo elektronskih zdravstvenih zapisov, e-zdravja in podatkovne analitike za izboljšanje varnosti in komunikacije. Vedno bolj se priznava medsebojna povezanost med **varnostjo in dobrim počutjem zaposlenih** ter varnostjo pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d).

Prihodnje raziskave in praksa se bodo verjetno osredotočile na integrirane pristope, ki bodo obravnavali varnost in dobro počutje pacientov in zdravstvenih delavcev. Prizadevanja se bodo še naprej osredotočala tudi **na razvoj orodij za ocenjevanje, ki bodo bolj prilagojena posebnim** izzivom in značilnostim primarnega zdravstvenega varstva (Nunes idr., 2024). V prihodnjih raziskavah bi lahko raziskali tudi širši vpliv **splošne organizacijske kulture** na kulturo varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu, pri čemer bi presegli vidike varnosti in razumeli, kako splošno organizacijsko okolje vpliva na varnost (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b).

Uporaba načel **organizacij z visoko zanesljivostjo (HRO)** v okoljih primarnega zdravstvenega varstva se bo verjetno še naprej raziskovala (Institute for Healthcare Improvement, n.d.), da bi se vzpostavili bolj odporni sistemi, ki lahko dosledno zagotavljajo varno oskrbo. Ne nazadnje, še naprej je potrebno več raziskav, ki bi kulturo varnosti pacientov neposredno povezale s **specifičnimi izidi zdravljenja** v primarnem zdravstvenem varstvu, da bi zagotovili trdnejše dokaze o njenem vplivu (Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.).

1.10 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo

1.10.1 Uvod

Varnost pacientov je temeljno načelo visokokakovostnega zdravstvenega varstva, ki ga poudarjajo različne svetovne zdravstvene agende (WHO, 2020) in je nepogrešljiv predpogoj za vzpostavitev odpornih zdravstvenih sistemov, ki lahko z zagotavljanjem trdnih temeljev kakovostnih zdravstvenih storitev učinkovito izpolnjujejo zdravstvene potrebe prebivalstva. Kljub velikemu napredku medicinske znanosti in zagotavljanja zdravstvenega varstva pojav neželenih dogodkov, napak, ki jih je pogosto mogoče preprečiti, in tveganj, povezanih z zdravstvenim varstvom, še vedno predstavlja velik izziv na svetovni ravni (WHO, 2020). Statistični podatki razkrivajo, da se precejšen delež posameznikov, ki so deležni bolnišnične oskrbe, sooča z neželenimi dogodki, pri čemer so stopnje v državah z nizkimi in srednjimi dohodki še posebej visoke, kar povzroča veliko obolevnost in smrtnost (Nunes idr., 2024). Ta zaskrbljujoča realnost poudarja nujno in stalno potrebo po učinkovitih strategijah in orodjih za proaktivno prepoznavanje, zmanjševanje in končno preprečevanje teh tveganj.

V tem kontekstu se sistematično ocenjevanje kaže kot ključni element pri prizadevanjih za večjo varnost pacientov, ki izvajalcem zdravstvenega varstva omogoča prepoznavanje morebitnih ranljivosti v njihovih sistemih, napovedovanje verjetnosti neželenih dogodkov in izvajanje ciljno usmerjenih ukrepov za zmanjšanje škode. Ti postopki ocenjevanja pogosto temeljijo na kombinaciji podatkov o pacientih, izčrpnih zdravstvenih zgodbah in drugih ustreznih informacij, da se olajša proaktivni pristop k obvladovanju tveganja. Poleg tega orodja za ocenjevanje tveganj v zdravstvu predstavljajo prefinjene instrumente, ki so skrbno zasnovani za ocenjevanje in količinsko opredelitev potencialnih tveganj, povezanih z različnimi vidiki oskrbe bolnikov, s strogo analizo podatkov o bolnikih, podrobnimi zdravstvenimi kartotekami in drugimi ustreznimi informacijami (Performance Health, 17. december 2024). Uporaba statističnih modelov in zapletenih algoritmov zdravstvenim delavcem omogoča, da natančno ocenijo verjetnost uresničitve določenih tveganj in posledično prilagodijo svoje posege za učinkovito odpravljanje teh ugotovljenih ranljivosti. Ker se zavedamo stalnih izzivov na področju varnosti pacientov, sta razvoj in izvajanje zanesljivih ocenjevalnih instrumentov bistvenega pomena za spodbujanje varnejših zdravstvenih okolij in izboljšanje izidov zdravljenja pacientov po vsem svetu.

Sistematično ocenjevanje je v zdravstvenih ustanovah izredno pomembno iz več pomembnih razlogov. Orodja za ocenjevanje tveganj ponujajo ključen in pravočasen posnetek trenutnega zdravstvenega stanja pacienta, s čimer so izvajalci zdravstvenih storitev opremljeni z

možnostjo proaktivnega prepoznavanja morebitnih tveganj in izvajanja potrebnih preventivnih ukrepov, preden pride do varnostnih incidentov (Performance Health, 17. december 2024). Ta orodja so izpopolnjeni instrumenti, ki so posebej zasnovani za ocenjevanje in količinsko opredeljevanje morebitnih tveganj, povezanih z oskrbo pacientov, s skrbno analizo kombinacije podatkov o pacientu, izčrpne zdravstvene anamneze in drugih ustreznih informacij (Performance Health, 17. december 2024). Z uporabo statističnih modelov in naprednih algoritmov lahko zdravstveni delavci natančno ocenijo verjetnost pojava določenih tveganj in nato prilagodijo svoje posege za učinkovito odpravljanje teh ugotovljenih ranljivosti. Ocena dejanskih vprašanj v zvezi z varnimi praksami v zdravstvenih ustanovah je bistvena tudi za oblikovanje strateškega načrta ustanove, usmerjanje izboljšav in zagotavljanje boljšega nadzora nad kakovostjo zdravstvenih storitev za paciente (Nunes idr., 2024). Varnost pacientov in gojenje močne kulture varnosti sta sestavna dela splošnih kazalnikov kakovosti zdravstvenega varstva. Poleg tega imajo orodja za samoocenjevanje ključno vlogo pri omogočanju zdravstvenim organizacijam, da ocenijo svoje trenutno stanje pripravljenosti na varnost, opredelijo posebne priložnosti za izboljšave in skrbno spremljajo svoj napredek skozi čas ter svoja prizadevanja uskladijo z nacionalnimi in svetovnimi varnostnimi pobudami in najboljšimi praksami (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Ta stalni cikel ocenjevanja in izpopolnjevanja je bistven za doseganje trajnih izboljšav na področju varnosti pacientov. Proaktivno prepoznavanje in zmanjševanje tveganj, ki ga omogočajo ti sistematični postopki ocenjevanja, pomeni ključni premik h kulturi varnosti, ki daje prednost preprečevanju in nenehnemu izboljševanju.

Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov vključujejo široko paleto orodij, namenjenih sistematičnemu ocenjevanju in povečevanju varnosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Ti instrumenti vključujejo ankete, ki se uporabljajo za zbiranje podatkov o dojemanju kulture varnosti s strani osebja in ugotavljanje področij za izboljšave. Kontrolni sezname zagotavljajo strukturirane okvire za zagotavljanje upoštevanja ključnih varnostnih postopkov in zmanjševanje tveganja napak. Orodja za opazovanje omogočajo neposredno spremljanje kliničnih praks in prepoznavanje morebitnih nevarnosti v realnem času. Ti instrumenti skupaj služijo splošnemu namenu krepitev varnosti pacientov in izboljšanja kakovosti oskrbe v vseh zdravstvenih ustanovah. Namen tega poročila je zagotoviti celovit pregled teh instrumentov, preučiti njihovo opredelitev, kategorizacijo, primere, razvoj, potrjevanje, zanesljivost, prednosti, omejitve, uporabo ter vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvene oskrbe.

1.10.2 Oprelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov

Instrumenti za oceno varnosti pacientov so sistematično zasnovana orodja, ki se uporabljajo v zdravstvenih ustanovah za zbiranje in analizo informacij o morebitnih tveganjih za paciente, učinkovitosti obstoječih varnostnih praks in prevladujoči kulturi varnosti v organizaciji. Ti

instrumenti uporabljajo kombinacijo podatkov o posameznih pacientih, podrobnih zdravstvenih kartotek, povratnih informacij, pridobljenih od osebja in pacientov, ter neposrednega opazovanja kliničnih procesov za natančno opredelitev ranljivosti in napovedovanje verjetnosti neželenih dogodkov (Performance Health, 17. december 2024). Poleg tega lahko ti instrumenti služijo kot dragocen kognitivni pripomoček za vodje in osebe v zdravstvu, saj ponujajo strukturiran okvir za izvajanje objektivnih vrednotenj programov varnosti pacientov. Te ocene pogosto vključujejo različne vidike, vključno z upravljanjem in vodenjem programa ter temeljito oceno samega okolja oskrbe pacientov (U.S. Department of Veterans Affairs, n.d.). Pomembna kategorija teh instrumentov je namenjena merjenju zaznav izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih članov osebja glede kulture njihove organizacije in obsega, v katerem daje prednost varnosti pacientov in jo podpira, kar omogoča opredelitev prednosti in področij, ki jih je treba izboljšati v splošni organizacijski klimi, povezani z varnostjo (Westat, 14. januar 2025).

Glavni namen instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov je proaktivno krepiti varnost pacientov, tako da zdravstvenim delavcem omogočajo jasno in celovito razumevanje morebitnih tveganj, s katerimi se lahko soočajo pacienti glede na njihovo zdravstveno stanje in zdravstveno anamnezo (Performance Health, 17. december 2024). To razumevanje omogoča pravočasno izvajanje usmerjenih preventivnih ukrepov za zmanjšanje teh tveganj. Ta orodja so bistvena tudi za temeljito razumevanje in učinkovito obvladovanje številnih potencialnih tveganj, ki so značilna za zapleteno zdravstveno okolje.⁵ Pomagajo pri odkrivanju vzrokov teh tveganj ter izbiri najprimernejših politik in postopkov ukrepanja za njihovo odpravo. Ključni cilj teh instrumentov je preprečevanje zapletov pri oskrbi, ki se jim je mogoče izogniti, v celotnem spektru zdravstvenih ustanov, od bolnišnic za akutno oskrbo in urgentnih oddelkov do ustanov za dolgotrajno oskrbo in ambulant (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.f). S sistematičnim prepoznavanjem ranljivosti ti instrumenti utirajo pot za sprejetje varnejših praks in protokolov. Končni cilj učinkovite uporabe instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov je izboljšati splošno kakovost zdravstvenih storitev in znatno zmanjšati pojavljanje škode za paciente (Centers for Medicare & Medicaid Services, n.d.). Zdravstvenim organizacijam pomagajo pri usklajevanju njihovih operativnih praks z uveljavljenimi standardi varnosti pacientov in pri spodbujanju izvajanja z dokazi podprtih ukrepov. Poleg tega ti instrumenti služijo za ugotavljanje prednosti in slabosti v obstoječih varnih praksah organizacije, kar zagotavlja neprecenljiv vpogled, ki lahko usmerja strateško načrtovanje ustanove za nenehno izboljševanje in večji nadzor nad zdravstvenimi storitvami, ki jih ponuja pacientom (Nunes idr., 2024).

1.10.3 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov

Instrumente za ocenjevanje varnosti pacientov lahko na splošno razvrstimo glede na njihovo vrsto in osrednje področje, kar zagotavlja strukturiran okvir za razumevanje njihove raznolike uporabe v zdravstvu.

1.10.4 Razvrstitev glede na vrsto

Ankete: Te raziskave so namenjene zbiranju podatkov, običajno s pomočjo vprašalnikov, o zaznavanju, izkušnjah in odnosu zdravstvenega osebja in včasih tudi pacientov do različnih vidikov varnosti pacientov in organizacijske kulture, ki jo spremlja (Westat, 14. januar 2025). Pomemben primer so raziskave AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS), ki ponujajo vrsto raziskav, prilagojenih za različna zdravstvena okolja, za oceno kulture varnosti na različnih področjih, kot so komunikacija, timsko delo in podpora vodstva (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a).

Kontrolni seznam: To so strukturirani seznam določenih dejanj, postopkov ali elementov, ki jih je treba preveriti ali izpolniti, da se zagotovi upoštevanje uveljavljenih varnostnih protokolov in smernic. Dobro znan primer je kontrolni seznam SZO za kirurško varnost, katerega cilj je zmanjšati število kirurških zapletov in smrtnih primerov z zagotavljanjem izvajanja bistvenih varnostnih pregledov v kritičnih fazah operacije (WHO, 2009).

Orodja za opazovanje: Orodja, kot je SBAR (situacija - ozadje - ocena - priporočilo), zagotavljajo strukturiran okvir za sporočanje ključnih informacij o pacientu med opazovanjem in predajo (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.j).

1.10.5 Razvrstitev po ciljnih področjih

Instrumenti za ocenjevanje varnostne kulture: To so predvsem ankete, kot so ankete AHRQ SOPS, ki so posebej zasnovane za merjenje prevladujočih stališč, prepričanj in vrednot v organizaciji, ki se nanašajo na varnost pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a).

Orodja za oceno tveganja: Ta kategorija zajema instrumente, vključno s kontrolnimi seznamami in strukturiranimi protokoli opazovanja, ki se osredotočajo na prepoznavanje in količinsko opredelitev posebnih tveganj za varnost pacientov, kot so padci, napake pri zdravljenju ali okužbe Performance Health, 17. december 2024).

Sistemi za poročanje o dogodkih: Ti sistemi niso vedno uvrščeni med ocenjevalne instrumente, vendar so ključni za zbiranje podatkov o neželenih dogodkih in skorajšnjih nesrečah, kar zagotavlja dragocen vpogled v tveganja za varnost pacientov.

1.10.6 Druge ustrezne kategorizacije - Primeri posebnih instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov

Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov se lahko razvrstijo tudi glede na zdravstveno okolje, v katerem se uporabljajo (npr. bolnišnica, osnovno zdravstvo, dolgotrajna oskrba), ali glede na ciljnega uporabnika (npr. osebje, vodstvo, pacienti). Ta večplastna kategorizacija pomaga pri izbiri najprimernejšega instrumenta za določen kontekst in namen.

1.10.7 Ankete

Ankete AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS): Program SOPS, ki ga je razvila Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) in se je začel izvajati leta 2001, je namenjen boljšemu razumevanju, merjenju in izboljšanju kulture varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah (Westat, 14. januar 2025; Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Na voljo so tudi dopolnilni sklopi postavk za oceno dodatnih področij, kot sta varnost pacientov na področju zdravstvene informacijske tehnologije in varnost na delovnem mestu (Westat, 14. januar 2025). Osnovne ankete ocenjujejo več razsežnosti kulture varnosti pacientov, vključno s komunikacijo o napakah, odprtostjo komunikacije, organizacijskim učenjem, splošno oceno varnosti pacientov, odzivom na napake, številom zaposlenih, podporo nadrejenih in vodstva varnosti pacientov, timskim delom ter pritiskom in hitrostjo dela. AHRQ za večino anket SOPS vodi primerjalne zbirke podatkov, kar sodelujočim zdravstvenim organizacijam omogoča primerjavo njihovih podatkov o kulturi varnosti s podatki drugih podobnih organizacij (Westat, 14. januar 2025).

Vprašalnik za samooceno sistema upravljanja varnosti in zdravja v bolnišnicah (OSHA): Ta vprašalnik, ki ga je pripravila Uprava za varnost in zdravje pri delu (OSHA), je zasnovan kot pomoč bolnišnicam pri ocenjevanju obsega, v katerem izvajajo ključne elemente sistema upravljanja varnosti in zdravja pri delu, znanega tudi kot program za preprečevanje poškodb in bolezni (Occupational Safety and Health Administration, n.d.). Uporablja sistem točkovanja za oceno stopnje izvajanja in učinkovitosti različnih dejavnosti upravljanja varnosti in zdravja pri delu v bolnišnici.

1.10.8 Kontrolni seznam

Kontrolni seznam SZO za varnost pri kirurških posegih: Ta kontrolni seznam, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) v okviru pobude "Varna kirurgija rešuje življenja", ki se je začela leta 2007, je sestavljen iz 19 elementov in je namenjen izboljšanju

komunikacije in timskega dela v operacijski sobi ter posledično zmanjšanju števila kirurških napak (Lifebox Foundation, n.d.). Vsaka faza vključuje posebne pozive, ki zagotavljajo, da kirurška ekipa preveri bistvene varnostne ukrepe. Izvajanje tega kontrolnega seznama je bilo povezano z znatnim zmanjšanjem kirurških zapletov in umrljivosti na svetovni ravni.

Kontrolni seznam programa varnega ravnanja s pacienti (OSHA): Zajema ključna področja, kot so obstoj celovite politike varnega ravnanja s pacienti, stopnja vključenosti vodstva in osebja v program, temeljitost ocenjevanja potreb, razpoložljivost in dostopnost ustrezne opreme za ravnanje s pacienti, zagotavljanje ustreznega izobraževanja in usposabljanja osebja ter vzpostavitev meril za vrednotenje programa. Kontrolni seznam pomaga bolnišnicam pri ugotavljanju prednosti njihovega trenutnega programa in področij, ki jih je morda treba dodatno razviti in izboljšati.

Kontrolni seznam I'M SAFE (TeamSTEPPS): Kontrolni seznam "I'm SAFE", ki ga spodbuja program TeamSTEPPS, sistem timskega dela, razvit za izboljšanje komunikacije in veščin timskega dela med zdravstvenimi delavci, je preprosto orodje, namenjeno spodbujanju posameznih zdravstvenih delavcev, da ocenijo svojo pripravljenost za zagotavljanje varne oskrbe bolnikov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.i). Akronim pomeni bolezen, zdravila, stres, alkohol/droge, utrujenost in **prehranjevanje/izguba**. S tem, ko izvajalce spodbudimo k upoštevanju teh dejavnikov, je namen kontrolnega seznama spodbujati samozavedanje in spodbuditi člane tima, da sporočijo vsa stanja, ki bi lahko vplivala na njihovo zmožnost varnega in učinkovitega opravljanja nalog.

1.10.9 Orodja za opazovanje

SBAR (situacija - ozadje - ocena - priporočilo): Ta tehnika zagotavlja standardiziran pristop h komunikaciji, ki zagotavlja, da so vse pomembne informacije učinkovito posredovane med predajo pacienta, izmenjavo kritičnih informacij med člani tima in poročanjem o incidentih. SBAR pomaga preprečevati nesporazume in zagotavlja, da ima prejemnik komunikacije popolno sliko situacije, vključno s **situacijo** (kratek pregled neposrednega problema), **ozadjem** (pomembna zgodovina bolnika in kontekst), **oceno** (komunikatorjeva analiza problema) in **priporočilom/zahtevkom** (kateri ukrep je potreben ali se predlaga).

Orodja za virtualno zaokrožitev ASHE: Ta orodja, ki jih je razvilo Ameriško združenje za inženiring v zdravstvu (ASHE), so namenjena pomoči zdravstvenim ustanovam pri proaktivnem prepoznavanju in zmanjševanju okoljskih tveganj, ki bi lahko vodila do samopoškodovanja pacientov, s posebnim poudarkom na tveganjih zaradi ligatur v bolniških sobah (American Society for Health Care Engineering, n.d.). Ta orodja poudarjajo tristopenjski pristop k obvladovanju tveganj za vezi: prvič, prepoznajte bolnike, pri katerih obstaja tveganje za namerno samopoškodovanje; drugič, zagotovite stalno vizualno opazovanje teh bolnikov,

kadar koli je to izvedljivo; in tretjič, v primerih, ko stalno opazovanje ni mogoče, odstranite ali klinično ublažite vsa okoljska tveganja, ki bi jih lahko uporabili za samopoškodovanje.

1.11 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost

1.11.1 Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS)

Razvoj anket AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS) je sistematičen in ponavljajoč se proces, ki ga je Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) začela in nenehno podpirala od leta 2001 (Westat, 14. januar 2025). Za ta proces je značilno obsežno sodelovanje z različnimi skupinami zainteresiranih strani, vključno z izvajalci zdravstvenih storitev z različnih področij, vodstvenimi delavci in osebjem v zdravstvu, vodilnimi raziskovalci na področju varnosti pacientov in drugimi ustreznimi strokovnjaki. Cilj tega skupnega pristopa je zagotoviti, da so ankete celovite, ustrezne in natančno izražajo večplastnost kulture varnosti pacientov v različnih zdravstvenih ustanovah. Postopek razvoja vključuje temeljit pregled obstoječe literature o kulturi varnosti, opredelitev ključnih področij, pomembnih za varnost pacientov, in oblikovanje anketnih postavk, namenjenih ocenjevanju teh področij z vidika zdravstvenih delavcev in osebja (Westat, 14. januar 2025).

Da bi zagotovili veljavnost in zanesljivost anket SOPS, jih je treba temeljito preizkusiti in ovrednotiti (Westat, 14. januar 2025). To vključuje pilotno testiranje na velikih in različnih vzorcih zdravstvenih delavcev, da bi ocenili jasnost, razumljivost in psihometrične lastnosti anketnih postavk (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d). Za potrditev osnovne strukture ankete in zagotovitev, da postavke na vsakem področju merijo konsistenten konstrukt, se uporabljajo faktorska analiza in druge statistične tehnike. Zanesljivost raziskav, ki se nanaša na doslednost in stabilnost merjenja skozi čas in med različnimi izvedbami, se prav tako strogo ocenjuje z uporabo meril, kot je Cronbachov alfa za notranjo skladnost (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.e). AHRQ si prizadeva za nenehno izboljševanje raziskav SOPS in jih redno pregleduje ter vključuje povratne informacije uporabnikov in strokovnjakov, da zagotovi njihovo stalno ustreznost in usklajenost z razvijajočimi se praksami, standardi in metodologijami raziskav v zdravstvu (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.g). Raziskave so javno dostopne, da jih lahko zdravstvene organizacije uporabljajo brezplačno (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a), AHRQ pa aktivno spodbuja organizacije k prostovoljni predložitvi zbranih podatkov v zbirke SOPS. Ta predložitev podatkov omogoča oblikovanje dragocenih primerjalnih meril, s katerimi lahko organizacije ocenijo svojo kulturo varnosti v primerjavi z drugimi organizacijami in opredelijo področja, na katerih bi bilo morda treba usmeriti prizadevanja za izboljšanje (Westat, 14. januar 2025).

1.11.2 Kontrolni sezname (s poudarkom na kontrolnem seznamu Svetovne zdravstvene organizacije za varnost v kirurgiji)

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je v okviru programa "Varna kirurgija rešuje življenja", ki se je začel leta 2007 in katerega glavni cilj je bil zmanjšati zaskrbljujoče visoko število smrtnih primerov in zapletov pri kirurških posegih, o katerih poročajo po vsem svetu, pripravila pomembno pobudo (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Pri oblikovanju kontrolnega seznama so sodelovali številni kirurški strokovnjaki, anesteziologi, medicinske sestre in strokovnjaki za varnost pacientov z vsega sveta. Glavni cilj je bil razviti preprosto, praktično in univerzalno uporabno orodje, ki bi lahko učinkovito zmanjšalo pojav človeških napak, ki jih je mogoče preprečiti, ter izboljšalo komunikacijo in timsko delo v kirurški ekipi (WHO, n.d.a). Kontrolni seznam je bil zasnovan tako, da je kratek, obsega le 19 točk in se izvaja v treh kritičnih fazah kirurškega postopka: pred uvedbo anestezije (Sign In), neposredno pred rezom kože (Time Out) in preden pacient zapusti operacijsko dvorano (Sign Out), (QuestionPro, n.d.).

Da bi potrdili učinkovitost kontrolnega seznama SZO za varnost v kirurgiji, so v osmih različnih bolnišnicah v razvitih državah in državah v razvoju izvedli obsežno pilotno študijo (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Rezultati te prve študije so pokazali izjemno zmanjšanje števila okužb na kirurškem mestu in splošne umrljivosti po uvedbi kontrolnega seznama. Te ugotovitve so bile močan empirični dokaz, da je kontrolni seznam učinkovit pri izboljšanju rezultatov varnosti pacientov v kirurških okoljih. Svetovna zdravstvena organizacija je pripravila obsežen začetni komplet in priročnik za izvajanje, da bi olajšala uspešno sprejetje in uporabo kontrolnega seznama za varnost v kirurgiji v zdravstvenih ustanovah po vsem svetu (WHO, n.d.a). Svetovna zdravstvena organizacija sicer spodbuja zdravstvene organizacije, da kontrolni seznam prilagodijo svojim posebnim lokalnim razmeram in potrebam, vendar poudarja, da je treba vse spremembe glavnih elementov skrbno pretehtati, da ne bi ogrozili temeljnih načel varnosti, ki jih obravnava kontrolni seznam (WHO, n.d.a). Za nadaljnje ocenjevanje kakovosti izvajanja kontrolnega seznama je bila razvita **lestvica WHOBARS (angl. Behaviourally Anchored Rating Scale)**, ki je pokazala dobro posplošljivost pri ocenjevanju kakovosti izvajanja kontrolnega seznama v različnih kirurških ekipah in pri različnih ocenjevalcih, kar zagotavlja zanesljivo metodo za revizijo in izboljšanje procesa izvajanja (Hill idr., 2019).

1.11.3 Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)

Razvoj orodja SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) je spodbudila nujna potreba po standardiziranem in strukturiranem komunikacijskem okviru v zdravstvu, da bi zmanjšali tveganja, povezana z neučinkovito ali nepopolno izmenjavo informacij (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.j). Ker so se razvijalci zavedali, da so napake v komunikaciji pomemben dejavnik, ki prispeva k medicinskim napakam in neželenim dogodkom pri bolnikih, so želeli ustvariti preprosto, a celovito orodje, ki bi ga bilo mogoče enostavno sprejeti in izvajati v različnih zdravstvenih disciplinah in okoljih. Osnovni elementi SBAR so bili zasnovani tako, da zagotavljajo jasno in jedrnato posredovanje vseh bistvenih informacij med kritičnimi komunikacijami, kot so predaja bolnika med izmenami, nujna obvestila o spremembah bolnikovega stanja in posvetovanja z drugimi zdravstvenimi delavci (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.j).

Čeprav je SBAR splošno priznan in se izvaja kot najboljša praksa za izboljšanje komunikacije v zdravstvu, so formalne psihometrične validacijske študije, posebej osredotočene na njegovo zanesljivost in veljavnost kot neposredno "orodje za opazovanje", morda manj pogoste v primerjavi s standardiziranimi anketami ali kontrolnimi seznammi. Vendar je bila učinkovitost SBAR pri izboljšanju komunikacije, izboljšanju zavedanja o razmerah in na koncu prispevala k boljšim rezultatom glede varnosti pacientov obsežno dokumentirana s številnimi pobudami za izboljšanje kakovosti, študijami primerov in raziskovalnimi projekti. Inherentna struktura SBAR, ki sporočevalca spodbuja, da zagotovi posebne podrobnosti o razmerah, ustrezne informacije o ozadju, svojo oceno problema in jasno priporočilo ali zahtevo, že sama po sebi spodbuja celovitost in natančnost komunikacije. Ta strukturiran pristop pomaga zmanjšati dvournost, zmanjšati tveganje napačnih razlag in zagotoviti, da vse potrebne strani skupaj razumejo stanje bolnika in potrebne ukrepe (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.j). Široko sprejetje in trajna uporaba SBAR v različnih zdravstvenih ustanovah sta dokaz njegove praktične uporabnosti in zaznane zanesljivosti pri omogočanju učinkovitega komuniciranja in spodbujanju kulture varnosti.

1.12 Prednosti in omejitve različnih instrumentov

1.12.1 Ankete

Ankete imajo kot instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov več ključnih prednosti. Omogočajo učinkovito zbiranje širokega spektra pogledov in spoznanj velikega števila zdravstvenih delavcev in osebja na različnih ravneh v organizaciji (QuestionPro, n.d.), kar omogoča celovito oceno temeljnih stališč, prepričanj in vrednot, ki skupaj oblikujejo kulturo

varnosti v organizaciji (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d). Z ugotavljanjem področij, kjer je dojemanje varnosti manj pozitivno, lahko ankete natančno določijo posebna področja, ki zahtevajo usmerjena prizadevanja za izboljšanje na organizacijski ravni. Poleg tega ponavljajoče se izvajanje anket sčasoma organizacijam omogoča, da spremljajo spremembe v svoji kulturi varnosti in ocenjujejo učinek izvedenih pobud za varnost (Westat, 14. januar 2025). Številni anketni instrumenti, kot je sklop AHRQ SOPS, so prilagodljivi za uporabo v različnih zdravstvenih ustanovah, zato so vsestransko uporabna orodja za ocenjevanje kulture varnosti v različnih okoliščinah (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b).

Vendar imajo ankete tudi določene omejitve. Glavna težava je njihova odvisnost od samoporočanja, ki lahko povzroči pristranskost, kot je pristranskost zaradi družbene zaželenosti, ko lahko anketiranci podajo odgovore, za katere menijo, da so bolj družbeno sprejemljivi, kot pa svoja resnična mnenja ali izkušnje (QuestionPro, n.d.). Ankete morda ne bodo učinkovito zajele posebnega vedenja ali praks, kot se pojavljajo v kliničnem okolju v realnem času. Ugotavljanje neposredne vzročne povezave med ocenami kulture varnosti, pridobljenimi iz anket, in oprijemljivimi izidi za paciente je lahko izziv zaradi zapletenega medsebojnega vpliva različnih dejavnikov, ki vplivajo na zagotavljanje zdravstvenega varstva (QuestionPro, n.d.). Poleg tega lahko na reprezentativnost in splošno veljavnost zbranih podatkov vplivata tudi možnost utrujenosti zaradi anket in nizka stopnja udeležbe (American Data Network, 7. februar 2024).

1.12.2 Kontrolni sezname

Kontrolni sezname imajo pomembne prednosti pri izboljšanju varnosti pacientov. So zelo učinkoviti pri standardizaciji zapletenih zdravstvenih procesov in zagotavljanju, da se dosledno upoštevajo vsi ključni koraki, s čimer se znatno zmanjša tveganje napak, ki so posledica spregleda ali opustitve (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Kontrolni sezname z zagotavljanjem strukturiranega okvira za ukrepanje in preverjanje omogočajo boljšo komunikacijo in spodbujajo boljše timsko delo med zdravstvenimi delavci, saj morajo člani tima skupaj pregledati in potrditi bistvene varnostne ukrepe (Lifebox Foundation, n.d.). Številne študije so pokazale, da lahko dosledna uporaba kontrolnih seznamov privede do znatnega zmanjšanja števila zdravstvenih napak, pooperativnih zapletov, splošne obolevnosti in umrljivosti bolnikov v različnih zdravstvenih ustanovah, zlasti na področjih z visokim tveganjem, kot sta kirurgija in enote intenzivne terapije. Poleg tega so številni kontrolni sezname zasnovani tako, da so razmeroma preprosti, jedrnat in jih zdravstveni delavci lahko razumejo ter izvajajo v svoji vsakdanji klinični praksi (Lifebox Foundation, n.d.).

Kljub prednostim imajo kontrolni sezname tudi omejitve. Nekateri zdravstveni delavci jih lahko dojemajo kot preveč poenostavljene, odvečne ali kot potencialno ogrožajoče njihovo

strokovno znanje in klinično presojo v zapletenih situacijah (Haynes idr., 2009). Za uspešno izvajanje kontrolnih seznamov je potrebno ustrezno usposabljanje vseh uporabnikov, močno sodelovanje in podpora vseh članov osebja ter pozitivna organizacijska kultura, ki ceni in spodbuja njihovo uporabo (Lifebox Foundation, n.d.). Kontrolni sezname so običajno zasnovani za obravnavo specifičnih, natančno opredeljenih tveganj in morda niso dovolj obsežni, da bi zajeli vsa potencialna tveganja ali nianse zapletenih, nerutinskih kliničnih scenarijev. Učinkovitost kontrolnih seznamov se lahko razlikuje tudi glede na specifično klinično okolje, v katerem se uporabljajo, in glede na to, kako dobro so prilagojeni edinstvenim potrebam in delovnim procesom določenega zdravstvenega okolja (Jain, Sharma & Reddy, 2018). Poleg tega nekatere raziskave poročajo o nedoslednih ugotovitvah glede vpliva uporabe kontrolnih seznamov na izide zdravljenja bolnikov ali ne kažejo statistično pomembne razlike v izidih v primerjavi s standardno oskrbo brez uporabe kontrolnega seznama (Thomassen idr., 2014).

1.12.3 Orodja za opazovanje

Orodja za opazovanje imajo posebno prednost, saj omogočajo neposreden vpogled v dejanske klinične prakse in vedenje v realnem času, ko se pojavljajo v zdravstvenem okolju (SafetyIQ, n.d.), kar omogoča takojšnje prepoznavanje morebitnih varnostnih tveganj v okolju oskrbe pacienta ali med izvajanjem oskrbe in takojšnje ukrepanje (Performance Health, 17. december 2024). Usposobljeni opazovalci lahko zajamejo tudi pomembne neverbalne znake in kontekstualne dejavnike, ki bi jih pri bolj retrospektivnih metodah ocenjevanja ali samoporočanju lahko spregledali. Strukturirana orodja za opazovanje, kot je SBAR, so še posebej dragocena za lažje izboljšanje komunikacije in učinkovit prenos ključnih informacij o pacientu med člani zdravstvenega tima (Wikipedia, 2024). Podatki, zbrani s sistematičnim opazovanjem, lahko zagotovijo bogate kvalitativne in kvantitativne informacije, ki se lahko uporabijo za usmerjene intervencije, izboljšanje obstoječih kliničnih procesov in končno izboljšanje splošnih rezultatov varnosti pacientov (Performance Health, 17. december 2024).

Vendar ima uporaba orodij za opazovanje tudi nekatere omejitve. Izvajanje sistematičnih opazovanj je lahko zelo zahtevno, saj pogosto zahteva posebno osebje in veliko časa (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.p). Razlaga opazovanega vedenja in praks je lahko subjektivna, zato je treba skrbno upoštevati možnost, da bi pristranskost opazovalca vplivala na zbrane podatke. Že sama prisotnost opazovalca lahko nenamerno spremeni vedenje opazovanih oseb, kar je pojav, splošno znan kot Hawthornov učinek. Opazovanje morda ni izvedljiva ali primerna metoda za ocenjevanje vseh vidikov varnosti pacientov. Na primer, samo z neposrednim opazovanjem je težko neposredno opazovati nekatere kognitivne procese ali pridobiti vpogled v širšo organizacijsko kulturo. Poleg tega lahko pomanjkanje standardiziranih metodologij za nekatere vrste orodij za opazovanje omejuje primerljivost

ugotovitev v različnih študijah in zdravstvenih ustanovah (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.p).

1.12.4 Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj

Raziskave o varnosti pacientov imajo ključno vlogo pri ugotavljanju morebitnih tveganj, saj ocenjujejo, kako osebje dojema različne razsežnosti kulture varnosti. Slabosti ali negativni trendi, ki jih razkrivajo rezultati raziskav, lahko opozorijo na področja, na katerih lahko organizacijska klima prispeva k povečanim tveganjem za varnost pacientov (Westat, 14. januar 2025). Z rednim izvajanjem raziskav lahko zdravstvene organizacije sčasoma učinkovito spremljajo spremembe v svoji kulturi varnosti, zlasti kot odziv na posebne ukrepe ali pobude za izboljšanje kakovosti, ki so bile izvedene. Dragoceni podatki, zbrani s temi raziskavami, lahko služijo tudi kot podlaga za procese strateškega odločanja, usmerjajo razvoj politik, dodeljevanje virov in opredelitev posebnih področij, na katerih je morda potrebno ciljno usposabljanje osebja ali dodatna podpora za izboljšanje splošne varnosti pacientov (American Data Network, 7. februar 2024).

Kontrolni sezname se neposredno uporabljajo pri prepoznavanju tveganj, saj zagotavljajo, da zdravstveni delavci dosledno upoštevajo uveljavljene varnostne protokole in z dokazi podprte smernice, s čimer proaktivno preprečujejo napake zaradi opustitve, ki bi lahko škodovala pacientom (Wang, Jiang & Zhang, 2022). S sistematičnim preverjanjem kritičnih korakov v postopkih ali procesih kontrolni sezname služijo tudi za spremljanje skladnosti s temi najboljšimi praksami in lahko učinkovito opozorijo na posebna področja, kjer upoštevanje morda ni optimalno ali dosledno (Hill idr., 2019).

Vključitev kontrolnih seznamov v sisteme elektronskih zdravstvenih zapisov (EHR) lahko še poveča njihovo uporabnost z zagotavljanjem spremljanja tveganja v realnem času in podpore pri odločanju neposredno na mestu oskrbe (County Health Rankings & Roadmaps, n.d.). Ta vključitev lahko izvajalce zdravstvenih storitev spodbudi, da preverijo bistvene varnostne korake, preden se lotijo določenega posega, in tako deluje kot stalni varnostni opomnik.

Orodja za opazovanje so koristna pri ugotavljanju neposrednih in potencialnih varnostnih tveganj v zdravstvenem okolju ali med samim izvajanjem zdravstvene oskrbe bolnikov (Performance Health, 17. december 2024). Z neposrednim opazovanjem kliničnih praks lahko zdravstveni delavci spremljajo učinkovitost komunikacije in timskega dela med člani zdravstvenega tima ter ugotavljajo morebitne okvare ali vrzeli, ki bi lahko ogrozile varnost bolnikov (Wikipedia, 2024).

Bogate kvalitativne in kvantitativne podatke, pridobljene s sistematičnim opazovanjem, je nato mogoče uporabiti pri razvoju in izvajanju ciljno usmerjenih ukrepov, izboljšanju obstoječih

kliničnih procesov in na koncu pri nenehnem izboljševanju rezultatov na področju varnosti pacientov (Performance Health, 17. december 2024). Na primer, opazovanje praks dajanja zdravil lahko razkrije odstopanja od protokola, medtem ko lahko opazovanje predaj pacientov opredeli področja, na katerih bi bilo mogoče izboljšati komunikacijo.

1.13 Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva

Raziskave so dosledno pokazale pomembno povezavo med pozitivnejšimi ocenami kulture varnosti pacientov, ki se ocenjujejo z raziskavami, kot je AHRQ SOPS, in vrsto boljših izidov za paciente (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b). Natančneje, bolnišnične enote z bolj pozitivnimi ocenami kulture varnosti so povezane z manjšo pojavnostjo bolnišničnih stanj, kot so razjede zaradi pritiska in padci pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d), ter z manjšo stopnjo okužb kirurškega mesta.⁷ Poleg tega je v bolnišnicah z močnejšo splošno varnostno kulturo običajno manj zapletov v bolnišnici ali drugih neželenih dogodkov, pacienti pa poročajo o bolj pozitivnih splošnih izkušnjah z oskrbo, ki so je deležni (Westat, 14. januar 2025). Nekatere študije so pokazale tudi povezavo med bolj pozitivno varnostno klimo v zdravstveni organizaciji in nižjo stopnjo ponovnih sprejemov pacientov zaradi določenih zdravstvenih stanj (The Health Foundation, 2011).

Izvajanje in dosledna uporaba kontrolnih seznamov za varnost pacientov, zlasti pri kirurških posegih, sta pokazala, da lahko bistveno izboljšata izide zdravljenja pacientov (Wang, Jiang & Zhang, 2022). Številne študije so dokazale znatno zmanjšanje kirurške umrljivosti in pojava pooperativnih zapletov po uvedbi in rutinski uporabi kontrolnih seznamov za varnost pacientov pri kirurških posegih (Lifebox Foundation, n.d.). Poleg tega je bila uporaba teh kontrolnih seznamov povezana z zmanjšanjem pojavnosti okužb na kirurškem mestu (Jain, Sharma & Reddy, 2018), skrajšanjem povprečne dolžine hospitalizacije kirurških bolnikov in nižjo stopnjo ponovnih sprejemov po kirurških posegih (County Health Rankings & Roadmaps, n.d.). Kontrolni sezname prispevajo tudi k splošnemu izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe, saj spodbujajo boljše upoštevanje uveljavljenih kliničnih smernic in omogočajo boljše usklajevanje oskrbe med vsemi člani zdravstvene ekipe, ki sodelujejo pri zdravljenju bolnika (County Health Rankings & Roadmaps, n.d.).

Strateška uporaba orodij za opazovanje varnosti pacientov lahko privede do opaznega izboljšanja izidov za paciente in splošne kakovosti zdravstvenih storitev (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.k). Na primer, izvajanje sistemov zgodnjega opozarjanja in elektronskih platform za opazovanje lahko bistveno izboljša pravočasno prepoznavanje pacientov, pri katerih se klinično stanje poslabša, s čimer se lahko zmanjša pojavnost neželenih

izidov, ki jih je mogoče preprečiti, kot je "neuspeh pri reševanju" (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.k). Uporaba strukturiranih protokolov za opazovanje, kot je orodje za opazovanje varnosti kirurških bolnikov (SPOT), omogoča sistematično spremljanje in primerjavo uspešnosti perioperativne varnosti na različnih oddelkih in v različnih bolnišnicah, kar lahko spodbudi izboljšave temeljnih procesov oskrbe in na koncu privede do boljših izidov za bolnike (American Society for Health Care Engineering, n.d.). Poleg tega lahko učinkovita vključitev komunikacijskih orodij, kot je SBAR, v klinično prakso zmanjša pojav nesporazumov, prepreči napake pri zdravljenju, ki so posledica napačnega sporazumevanja, in zagotovi, da se ključne informacije o bolniku natančno in učinkovito posredujejo vsem pomembnim članom zdravstvenega tima (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.j).

1.14 Priporočila

Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov so nepogrešljiva orodja za zdravstvene organizacije, ki si prizadevajo za večjo varnost in kakovost oskrbe. V tem pregledu so poudarjeni opredelitev, kategorizacija, primeri, razvoj, potrjevanje, zanesljivost, prednosti, omejitve, uporaba in vpliv teh instrumentov. Ankete ponujajo dragocen vpogled v kulturo varnosti, kontrolni sezname standardizirajo kritične postopke, orodja za opazovanje pa zagotavljajo spremljanje kliničnih praks v realnem času.

Dokazi jasno kažejo, da sta strateško izvajanje in dosledna uporaba teh instrumentov povezana z znatnim izboljšanjem izidov zdravljenja, vključno z zmanjšanjem neželenih dogodkov, zapletov in umrljivosti. Poleg tega pozitivna kultura varnosti, ki se pogosto ocenjuje z raziskavami, spodbuja okolje, v katerem je varnost prednostna naloga, kar vodi k boljšim izkušnjam pacientov in splošni kakovosti zdravstvenega varstva.

Na podlagi zbranih informacij so zdravstvenim organizacijam ponujena naslednja priporočila:

1. **Sprejemanje večplastnega pristopa:** Uporabite kombinacijo različnih vrst instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov, da pridobite celovito razumevanje tveganj in varnostnih praks. To vključuje uporabo anket za oceno varnostne kulture, kontrolnih seznamov za standardizacijo postopkov in orodij za opazovanje za spremljanje izvajanja oskrbe v realnem času.
2. **Izberite kontekstualno ustrezne instrumente:** Izberite instrumente, ki so najprimernejši za določeno zdravstveno ustanovo, ciljne uporabnike in posebna varnostna vprašanja, ki se obravnavajo. Upoštevajte razpoložljivost podatkov o validaciji in zanesljivosti izbranih instrumentov.
3. **Zagotavljanje učinkovitega izvajanja:** Zagotovite ustrezno usposabljanje in vire za

osebje o tem, kako pravilno uporabljati izbrane instrumente. Spodbujajte kulturo, ki spodbuja aktivno sodelovanje in sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev.

4. **Uporaba podatkov za ciljno usmerjene izboljšave:** redno analizirajte podatke, zbrane s temi ocenami, da ugotovite, katera področja je treba izboljšati. Na podlagi ugotovitev pripravite in izvajajte ciljno usmerjene pobude za izboljšanje kakovosti.
5. **Spremljanje in ocenjevanje učinka:** Stalno spremljajte vpliv uvedenih instrumentov na izide zdravljenja in kakovost zdravstvene oskrbe. Te podatke uporabite za izpopolnjevanje strategij in zagotavljanje stalne učinkovitosti.
6. **Spodbujanje standardizacije in primerjalne analize:** Če je mogoče, sprejmite standardizirane ocenjevalne instrumente, da bi olajšali primerjavo z drugimi zdravstvenimi organizacijami in prispevali k širšemu razumevanju varnosti pacientov v celotnem zdravstvenem sistemu.

S sistematičnim in z dokazi podprtim pristopom k ocenjevanju varnosti pacientov lahko zdravstvene organizacije ustvarijo varnejše okolje za paciente, izboljšajo kakovost oskrbe in na koncu dosežejo boljše zdravstvene rezultate.

1.15 Zaključek uvodnih misli

V tej monografiji je podan celovit pregled kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu, ki poudarja njeno opredelitev, pomen, ključne elemente, metode ocenjevanja, vplivne dejavnike, strategije izboljševanja, izzive in prihodnje usmeritve. Pozitivna kultura varnosti pacientov, za katero so značilni zavzetost vodstva, timsko delo, odprta komunikacija, osredotočenost na učenje iz napak in pravičen pristop k poročanju o napakah, je temeljnega pomena za izboljšanje kakovosti in varnosti oskrbe v primarnem zdravstvenem varstvu. Čeprav obstajajo izzivi pri uvajanju in ohranjanju takšne kulture, so potencialne koristi za paciente, osebje in zdravstveni sistem kot celoto velike.

V prihodnje si morajo zdravstveni delavci, raziskovalci in oblikovalci politik skupaj prizadevati za prednostno obravnavo razvoja in ohranjanja močne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu. Za to je treba sprejeti sistemski pristop, ki se osredotoča na ustvarjanje varnega okolja in procesov, ne pa zgolj na uspešnost posameznika. S sprejetjem strategij, ki temeljijo na dokazih, odpravljanjem obstoječih ovir in pozornostjo do nastajajočih trendov si lahko skupnost primarnega zdravstvenega varstva prizadeva za prihodnost, v kateri bo preprečljiva škoda čim manjša, vsak pacient pa bo deležen najvarnejše in najkakovostnejše možne oskrbe.

2 ODNOS DO VARNOSTI PACIENTOV V PRIMARNEM ZDRAVSTVU

2.1 Vprašanja zaposlenim

Zdravstvenim domovom smo poslali naslednja vprašanja oziroma trditve, ki jih podaja tabela 2.1.

Tabela 2.1: Vprašanja anketirancem, zaposlenim v zdravstvenih domovih

Oznaka	Koda	Trditev
A 1	Q7aa	Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.
A 2	Q7ab	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.
A 3	Q7ac	V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta).
A 4	Q7ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.
A 5	Q7ae	Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.
A 6	Q7af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.
A 7	Q7ag	Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.
A 8	Q7ah	Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.
A 9	Q7ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.
A 10	Q7aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.
A 11	Q7ak	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.
A 12	Q7al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.
A 13	Q7am	Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.
A 14	Q7an	Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.
A 15	Q7ao	Rad/-a imam svoje delo.
A 16	Q7ap	Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.
A 17	Q7aq	To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.
A 18	Q7ar	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.
A 19	Q7as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.
A 20	Q7at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.
A 21	Q7au	Kadar sem pretrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.
A 22	Q7av	Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.
A 23	Q7aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).
A 24	Q7ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.
A 25	Q7ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.
A 26	Q7az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.
A 27	Q7ba	Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.
A 28	Q7bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.
A 29	Q7bc	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.

Oznaka	Koda	Trditev
A 30	Q7bd	V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.
A 31	Q7be	Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.
A 32	Q7bf	Specializanti oz. učeče se osebe so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.
A 33	Q7bg	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki.
A 34	Q7bh	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.
A 35	Q7bi	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.
A 36	Q7bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.
B 1	Q8a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
B 2	Q8b	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?
C 1	Q9a	Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši ordinaciji (Označite samo EN odgovor)

Na ta vprašanja je odgovarjalo 397 anketirancev v pediatričnih ambulantah, 374 anketirancev v splošnih ambulantah, 62 anketirancev v ginekološko-porodniških ambulantah in 161 anketirancev v zobozdravstvenih ambulantah.

Tabela 2.2:: Število odgovorov po zdravstvenih domovih.

Zdravstveni dom	Štetje
N	26
Zdravstveni dom Gornji Petrovci	1
Zdravstveni dom Beltinci	1
Zdravstveni dom Bled	1
Zdravstveni dom Domžale	49
Zdravstveni dom Izola	9
Zdravstveni dom Krško	1
Zdravstveni dom Laško	11
Zdravstveni dom Ljubljana	431
Zdravstveni dom Moravče	1
Zdravstveni dom Murska Sobota	56
Zdravstveni dom Nazarje	9
Zdravstveni dom Novo mesto	5
Zdravstveni dom Ormož	14
Zdravstveni dom Pivka	1
Zdravstveni dom Ptuj	79
Zdravstveni dom Ravne	1
Zdravstveni dom Slovenska Bistrica	1
Zdravstveni dom Slovenske konjice	18
Zdravstveni dom Velenje	32
Zdravstveni dom Zagorje	4
Zdravstveni dom Žalec	9
Zdravstveni dom Domžale	24
Zdravstveni dom Gornji Petrovci	2

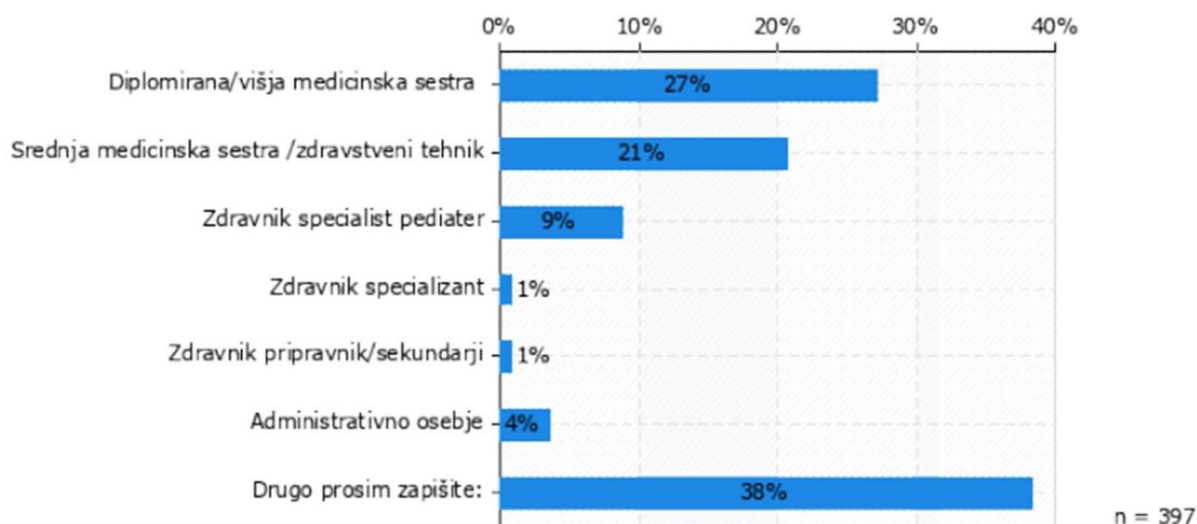
Zdravstveni dom	Štetje
Zdravstveni dom Izola	12
Zdravstveni dom Krško	4
Zdravstveni dom Laško	6
Zdravstveni dom Murska Sobota	48
Zdravstveni dom Nazarje	1
Zdravstveni dom Novo mesto	4
Zdravstveni dom Ormož	6
Zdravstveni dom Ptuj	23
Zdravstveni dom Slovenske Konjice	12
Zdravstveni dom Tolmin	1
Zdravstveni dom Velenje	17
Zdravstveni dom Žalec	3
Skupna vsota	931

2.2 Struktura anketirancev po ambulantah

Dobljene odgovore smo pregledali glede na poklice po posameznih ambulantah. Grafi 1 do 4.

2.2.1 Poklici v pediatričnih ambulantah

Po pediatričnih ambulantah je odgovarjalo 397 anketirancev. Iz Grafa 1 je razvidno, da je odgovarjalo 27 % diplomiranih višjih medicinskih sester, 21 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester, 9 % zdravnikov specialistov pediatrov, 1 % zdravnikov specializantov, 4 % administrativnega osebja in 38 % drugih profilov, katerih poklic je razviden iz priloge 1KA.



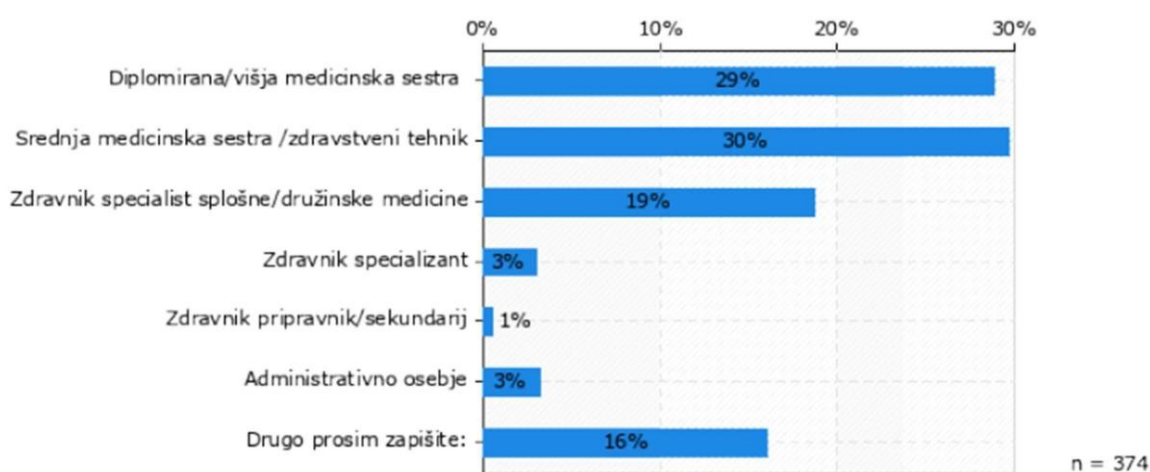
Graf 1: Poklici po pediatričnih ambulantah

Med temi drugimi (38 %) so bile tri babice, dva radiološka inženirja, en zdravstveni reševalec, en vzdrževalec, trije tehniki v laboratoriju in drugod, ena zobna asistentka, dva psihologa,

štirje fizioterapevti, trije delovni terapevti, en oftalmolog, en diabetolog in po eden še kakšen drug profil kot so zdravstveni tehnik, specialist v zobozdravstvu, receptor in podobno.

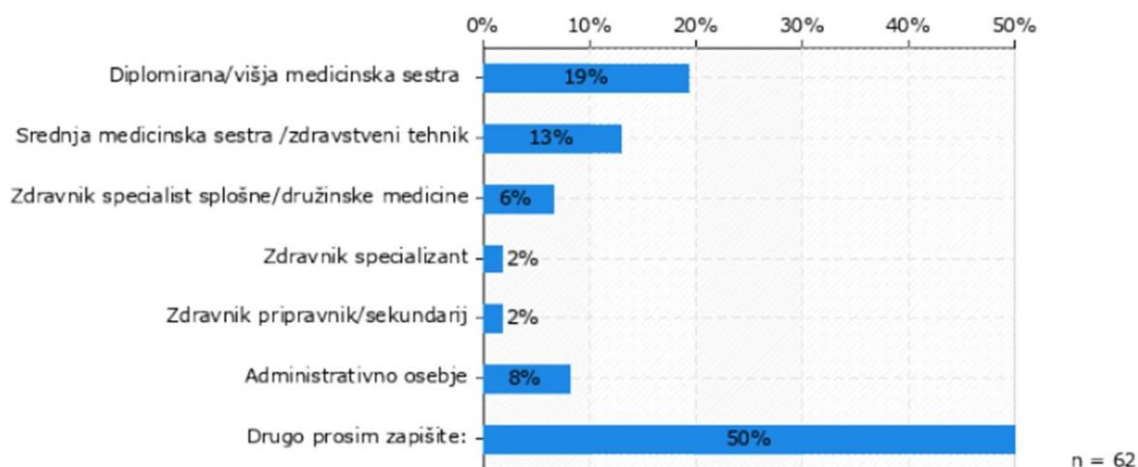
2.2.2 Poklici v splošnih ambulantah

Po splošnih ambulantah je odgovarjalo 374 anketirancev. Iz Grafa 2 je razvidno, da je odgovarjalo 29 % diplomiranih višjih medicinskih sester, 30 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, 19 % zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine, 3 % zdravnikov specializantov, 1 % zdravnikov pripravnikov, 3 % administrativnega osebja in 16 % drugih profilov, katerih poklic je razviden iz priloge 1KA. Med drugimi profili je bila ena patronažna sestra, reševalci na terenu, trije ckz, koordinator zdravstvene nege, trije zobotehniki, zobozdravnik, eden iz uprave in podobno.



Graf 2: Poklici po splošnih ambulantah

2.2.3 Poklici v ginekološko-porodniških ambulantah

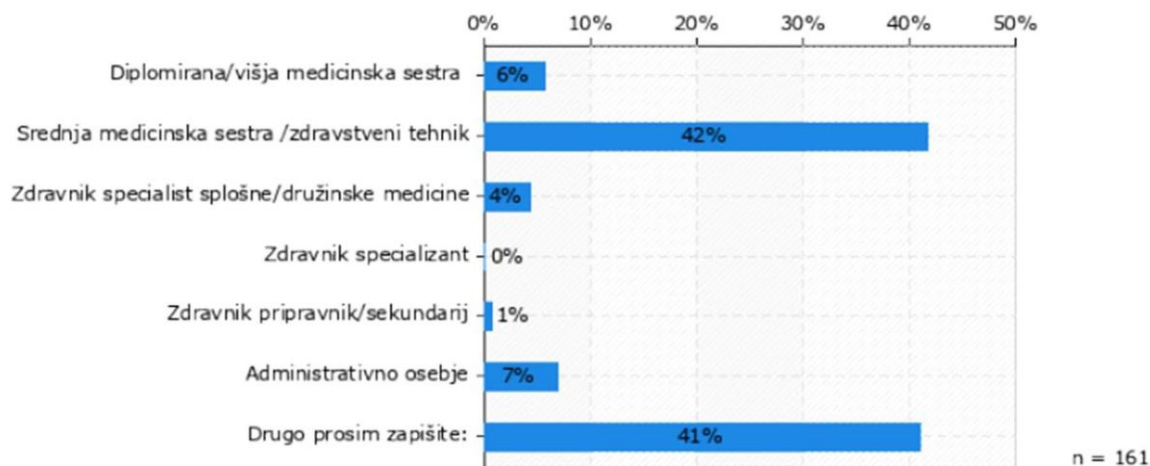


Graf 3: Poklici po ginekološko-porodniških ambulantah

Po ginekološko-porodniških ambulantah je odgovarjalo 62 anketirancev.

Iz Grafa 3 je razvidno, da je odgovarjalo 19 % diplomiranih višjih medicinskih sester, 13 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, 6 % zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine, 2 % zdravnikov specializantov, 2 % zdravnikov pripravnikov, 8 % administrativnega osebja in 50 % drugih profilov, katerih poklic je razviden iz priloge 1KA. Med njimi je bilo sedem diplomiranih babic in osem ginekologov-porodničarjev ter en ckz ter eden iz uprave.

2.2.4 Poklici v zobozdravstvenih ambulantah



Graf 4: Poklici po zobozdravstvenih ambulantah

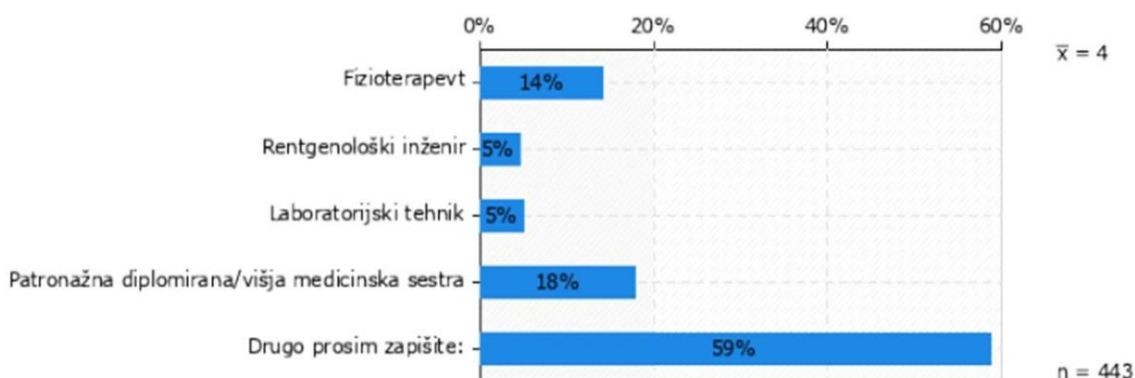
Po zobozdravstvenih ambulantah je odgovarjalo 161 anketirancev. Iz Grafa 4 je razvidno, da je odgovarjalo 6 % diplomiranih višjih medicinskih sester, 42 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov, 4 % zdravnikov specialistov splošne/družinske medicine, 0 % zdravnikov specializantov, 1 % zdravnikov pripravnikov, 7 % administrativnega osebja in 41 % drugih profilov, katerih poklic je razviden iz priloge 1KA. Njihova struktura je razvidna iz tabele 1.3.

Tabela 2.3: Struktura drugih, specifičnih profilov v zobozdravstvu

Odgovori	Frekvenca
zobotehnik	1
zobozdravnik, zobna asistentka	1
specialist	1
zobna asistenta	1
zobozdravnik brez spec.	2
zobozdravnik	19
ckz	1
splošni zobozdravnik	1
/	2

2.2.5 Drugi poklicni profili

Če pregledamo po vseh ambulantah druge poklicne profile, ki so bili vključeni v anketiranje, pa niso zdravniki, potem za skupno število vseh profilov dobimo naslednje, kar je razvidno iz grafa 5. Teh je bilo skupaj kar 443. Očitno je, da je bilo med 443 anketiranci 14 % fizioterapevtov, 5 % rentgenskih inženirjev, 5 % laboratorijskih tehnikov in 18 % patronažnih služb - višjih medicinskih sester, ostaja pa še preko polovice vrsto poklicev, za katerega so se deklarirali pretežno po eden anketiranec. Našteti so v prilogi 1KA.



Graf 5: Drugi poklici po vseh ambulantah

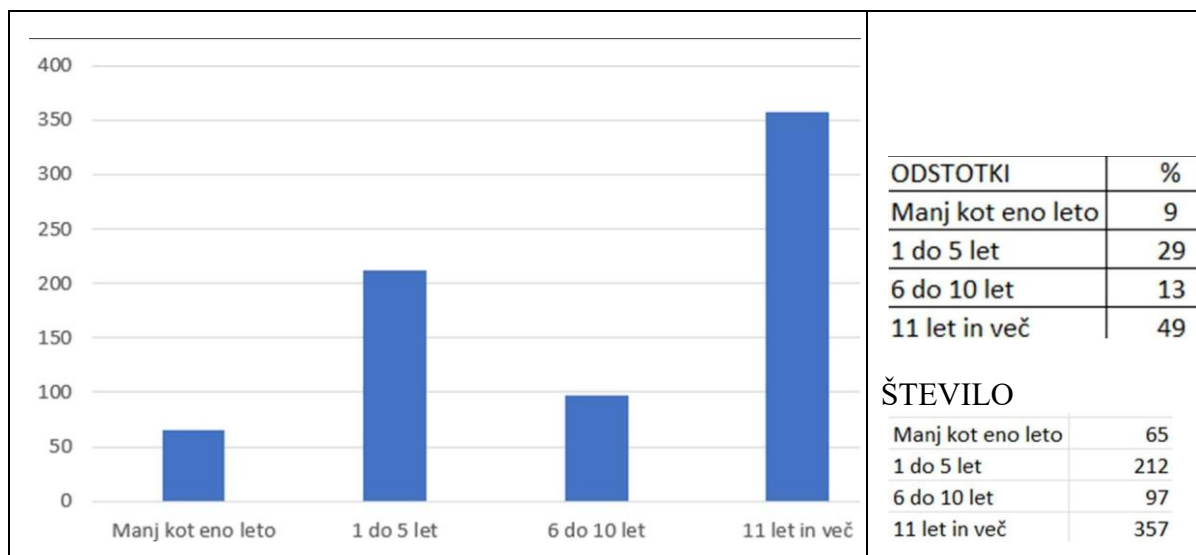
2.3 Notranja konsistentnost vprašalnika

Zanesljivost vprašalnika smo zmerili s Cronbachovim alfa in s tem določili notranjo konsistentnost vprašalnika oziroma nabora trditev. Vrednosti Cronbach alfe se gibljejo na intervalu od 0 do 1, v splošnem pa velja, da višje vrednosti pomenijo boljšo zanesljivost konstrukta. Iz analize odgovorov in študije konsistentnosti vprašalnika lahko za celotno anketo po zdravstvenih domovih sklepamo na visoko konsistenco, saj je Cronbachov α celo večji od 0,98, kot sledi:

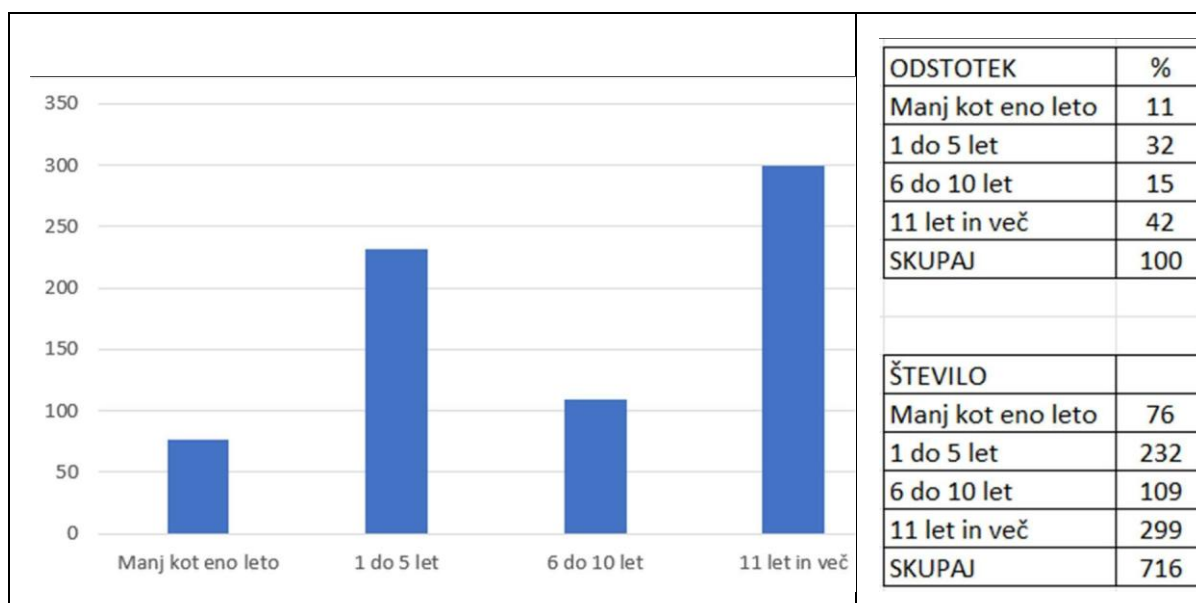
ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	24702,22	825	29,94209	55,49793	0	1,103276
Columns	10,46328	2	5,231638	9,696889	6,51E-05	3,001178
Error	890,2034	1650	0,539517			
Total	25602,89	2477				
Cronbach's Alpha			0,981981			

2.4 Opis anketirancev glede na staž in delovno obremenitev

Graf D1 podaja staž 731 anketirancev v ambulantah, v katerih delajo danes. Manj kot eno leto jih je delalo le 9 %, 29 % anketirancev je delalo od enega do pet let, 13 % od šest do deset let, največ, skoraj polovica pa enajst let in več.

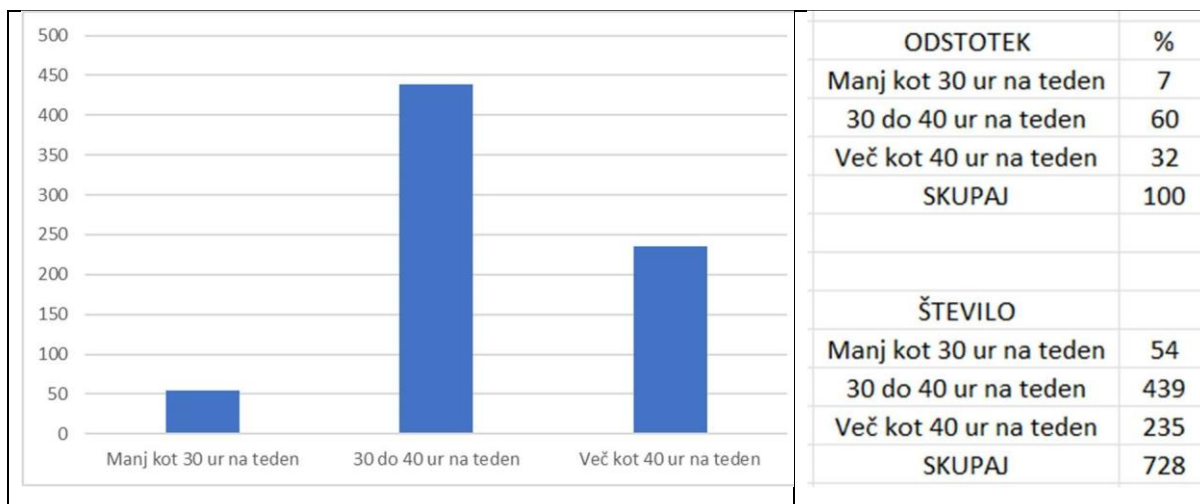


D1: Q10a Kako dolgo delate v tej ustanovi?



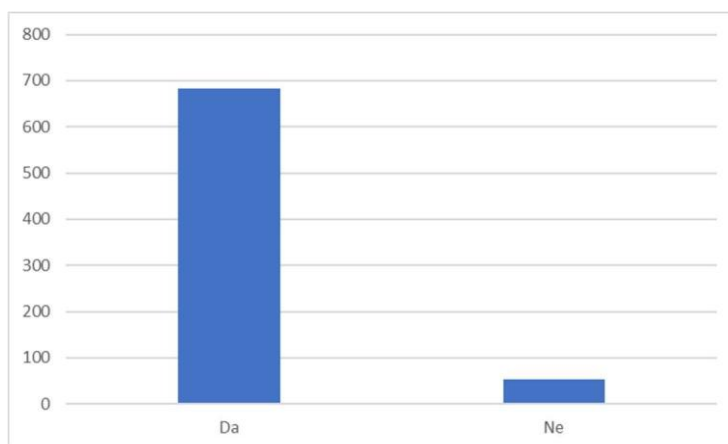
D2: Q10b Koliko časa ste na tem delovnem mestu, kjer ste sedaj?

Na delovnem mestu, o katerem poročajo, je 76 poročevalcev manj kot eno leto, 232 jih dela od enega do pet let, 109 jih dela od 6 do 10 let, ostali (299) pa 11 let in več.



D3: Q11 Koliko ur na teden delate v tej ambulanti?

Iz odgovorov na grafu D3 sledi, da večina zaposlenih dela tedensko do 40 ur in da je 235 anketirancev po ambulantah v Sloveniji, ki delajo preko delovnega časa v obravnavanem zdravstvenem domu. Le 54 anketirancev je v času anketiranja delalo man kot 30 ur na teden.



D4: Q12 Ali ste v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti?

Velika večina anketirancev je v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti.

Poglejmo si odgovore po skupinah vprašanj oziroma trditev!

2.5 Strnjen pregled: delovni stalež, obremenitev anketirancev in način interakcije s pacienti

Podrobnejši opis anketirancev po vrstah ambulant podaja tabela 1.4.

Tabela 2.4: Opis delovnega staleža, obremenitev anketirancev in interakcije s pacienti po vrstah ambulant .

Q10a	Kako dolgo delate v tej ustanovi?	Manj kot eno leto	1 do 5 let	6 do 10 let	11 let in več	Vsi
		1	2	3	4	
	Vse ambulate	65	212	97	357	731
	Pediatrična ambulanta	19	70	48	125	262
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	16	50	27	74	167
	Zobozdravstvena ambulanta	5	52	12	160	229
Q10b	Koliko časa ste na tem delovnem mestu, kjer ste sedaj?	Manj kot eno leto	1 do 5 let	6 do 10 let	11 let in več	Vsi
		1	2	3	4	
	Vse ambulate	76	232	109	299	716
	Pediatrična ambulanta	26	79	44	105	254
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	20	52	33	58	163
	Zobozdravstvena ambulanta	6	22	6	38	72
Q11	Koliko ur na teden delate v tej ambulanti?	Manj kot 30 ur na teden	30 do 40 ur na teden	Več kot 40 ur na teden		Vsi
		1	2	3		
	Vse ambulate	54	439	235		728
	Pediatrična ambulanta	16	158	89		263
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	15	90	62		167
	Zobozdravstvena ambulanta	5	52	18		75
Q1	Ali ste v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti?	Da	Ne			Vsi
		1	2			
	Vse ambulate	682	53			735
	Pediatrična ambulanta	245	20			265
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	164	3			167
	Zobozdravstvena ambulanta	72	2			74

3 ODGOVORI PO SKUPINAH VPRAŠANJ

Skupino A smo razdelili v dve podskupini. A²⁶ in A⁺ zaradi boljše preglednosti in smiselne povezanosti vprašanj. V skupini A²⁶ imamo 26 trditev oziroma vprašanj na katera je popolno odgovorilo (brez napak in brez »ne vem«) od 638 do 752 anketirancev. Skupno število vseh popolnih odgovorov in strukturo odgovorov glede na negativne ocene podaja Tabela 3. V njej so pozitivne trditve označene s + in negativne z -.

3.1 Skupina A26 – delovno okolje

V skupini A²⁶ smo najprej obdelali odgovore vseh anketirancev, ne glede na to v katere vrste ambulate sodijo. Ocenili smo odstotek negativnih ocen glede varnosti pacientov. Podane so v tabeli 2.1.

Tabela 3.1: Struktura negativnih in nenegativnih ocen v odgovorih skupine A²⁶ (A1 do A26)

Značaj	Koda	Pozitivni	Negativni	Neodločeni	Vsota	% Pozitivni	% Negativni	Opis trditve
+	Q7aa	622	44	68	734	85	6	Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.
-	Q7ab	435	196	111	742	59	26	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.
+	Q7ac	585	73	94	752	78	10	V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (v prid pacientu).
+	Q7ad	673	27	42	742	91	4	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.
+	Q7ae	680	30	40	750	91	4	Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo kadar česa ne razumejo.
+	Q7af	577	41	76	694	83	6	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.
+	Q7ag	663	12	68	743	89	2	Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.
+	Q7ah	611	35	89	735	83	5	Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.
+	Q7ai	530	24	84	638	83	4	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.
+	Q7aj	553	65	135	753	73	9	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.
-	Q7ak	429	167	153	749	57	22	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.
+	Q7al	560	57	120	737	76	8	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.
+	Q7am	524	65	136	725	72	9	Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.
+	Q7an	472	87	168	727	65	12	Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.
+	Q7ao	703	9	24	736	96	1	Rad/-a imam svoje delo.
+	Q7ap	558	71	114	743	75	10	Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.
+	Q7aq	599	51	95	745	80	7	To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.
+	Q7ar	604	41	100	745	81	6	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.
+	Q7as	523	74	145	742	70	10	Morala je v tem delovnem okolju visoka.
+	Q7at	409	192	135	736	56	26	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.

Značaj	Koda	Pozitivni	Negativni	Neodločeni	Vsota	% Pozitivni	% Negativni	Opis trditve
+	Q7au	499	147	96	742	67	20	Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.
+	Q7av	483	134	117	734	66	18	Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.
+	Q7aw	301	226	131	658	46	34	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).
+	Q7ax	360	136	227	723	50	19	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.
+	Q7y	578	32	98	708	82	5	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.
+	Q7z	480	74	171	725	66	10	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.
+, -		14.011	2.110	2.837	18.958	74	11	Vsota ocen

Anketiranci so na prvo skupino trditev odgovorili skupaj 18958-krat. Pri tem je bilo 2.110 negativnih odzivov, 14.011 pa pozitivnih. Iz tega sledi, da je povprečje negativnih odzivov 11 %. To pomeni, da bo za doseganje višje varnosti pacientov potrebno vpeljati vrsto ukrepov, o katerih bomo spregovorili v zaključnem poročilu. Iz tabele A1 lahko razberemo, da v primeru, ko postavimo negativno trditev, je tudi odstotek tistih, ki menijo negativno o stanju, povezanem s to trditvijo, večje. Zato velja razmisliti tudi o ustreznosti pozitivno zastavljene ali negativno zastavljene trditve v vprašalniku. V nadaljevanju so ti odgovori tudi grafično predstavljeni na grafikonih A1 do A26.

Šifre vrednosti znakov v odgovorih anketirancev po grafih tipa Q7 so naslednje:

Napaka: -3; -1

Strinjam se: 4

Sploh se ne strinjam: 1

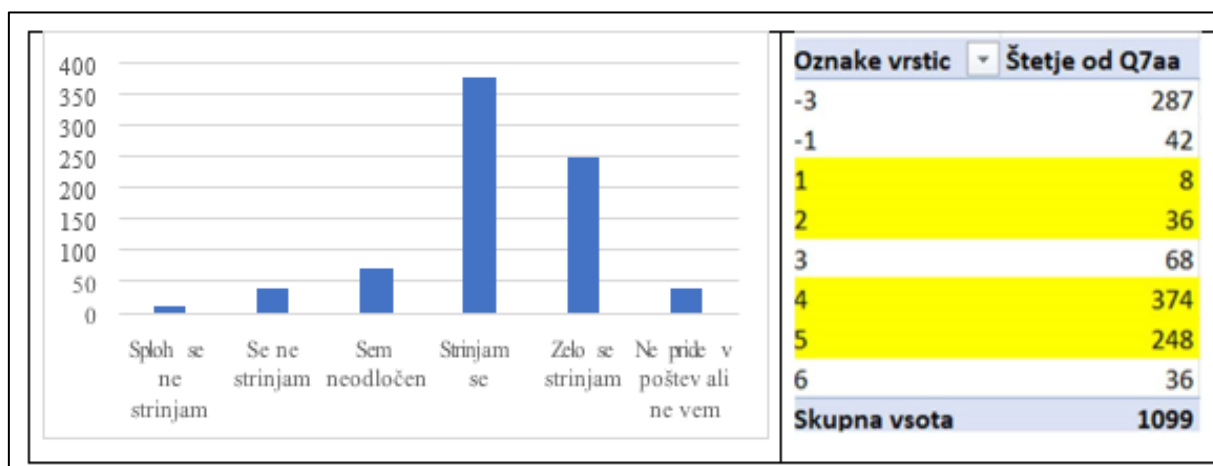
Zelo se strinjam: 5

Se ne strinjam: 2

Ne pride v poštev ali ne vem: 6

Sem neodločen: 3

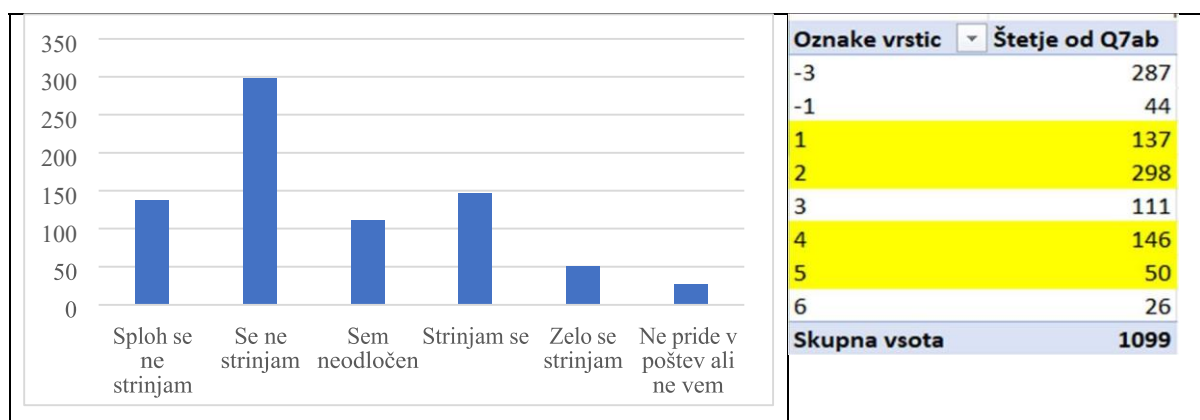
Grafom sledijo tabele z isto temo, v katerih je podano skupno število trditev od 1 do 5 in odstotek posameznih trditev v tem razponu vrednosti znaka, označeno s π_i , $i = 1, 2, 3, 4, 5$. Podana je porazdelitev odstotkov posameznih vrednosti znaka tako za vse anketirance kot tudi za posamezne vrste ambulant.



Graf 1 - A1: Q7aa - Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto

Tabela 3.2 - A1: Q7aa - Število vseh in struktura trditev 1-5: Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto

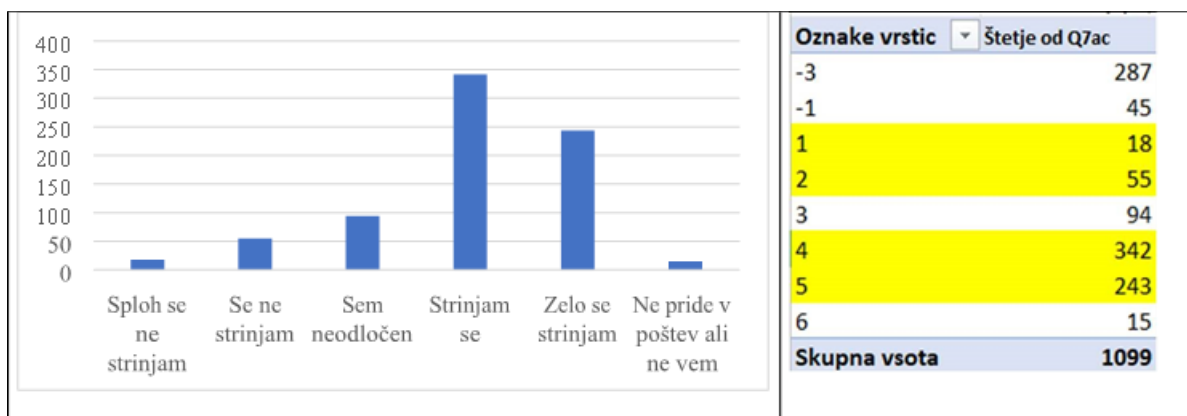
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	734	1,09	4,90	9,26	50,95	33,79
Pediatrična ambulanta	266	1,88	4,51	13,53	48,87	31,20
Splošna ambulanta/družinska	172	0,00	5,23	5,23	56,98	32,56
Zobozdravstvena ambulanta	79	0,00	11,39	13,92	49,37	25,32



Graf 2 - A2: Q7ab - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov

Tabela 3.3 - A2: Q7ab - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov

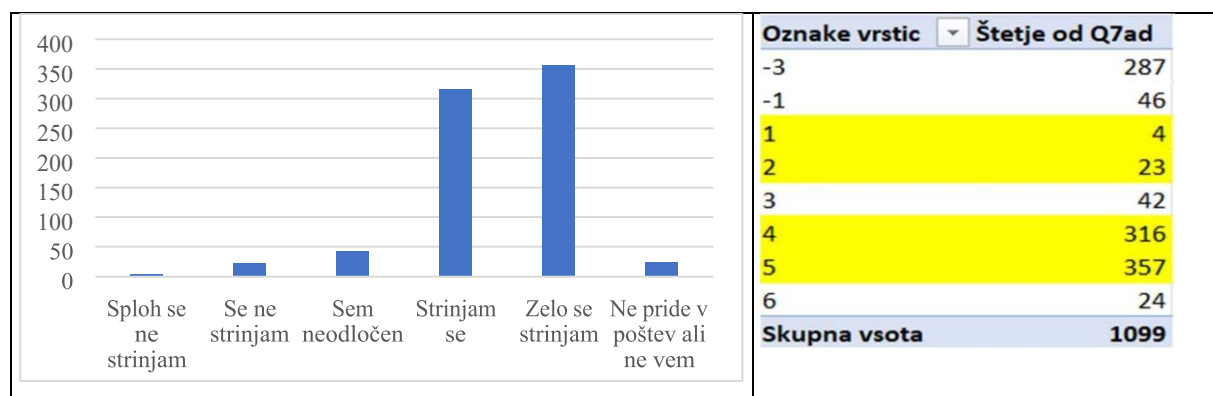
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	742	18,46	40,16	14,96	19,68	6,74
Pediatrična ambulanta	268	17,91	39,93	15,67	21,27	5,22
Splošna ambulanta/družinska	173	18,50	38,15	16,76	19,08	7,51
Zobozdravstvena ambulanta	77	7,79	33,77	18,18	25,97	14,29



Graf 3 - A3: Q7ac - V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta)

Tabela 3.4 - A3: Q7ac - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju se soglasja ustrezno rešujejo

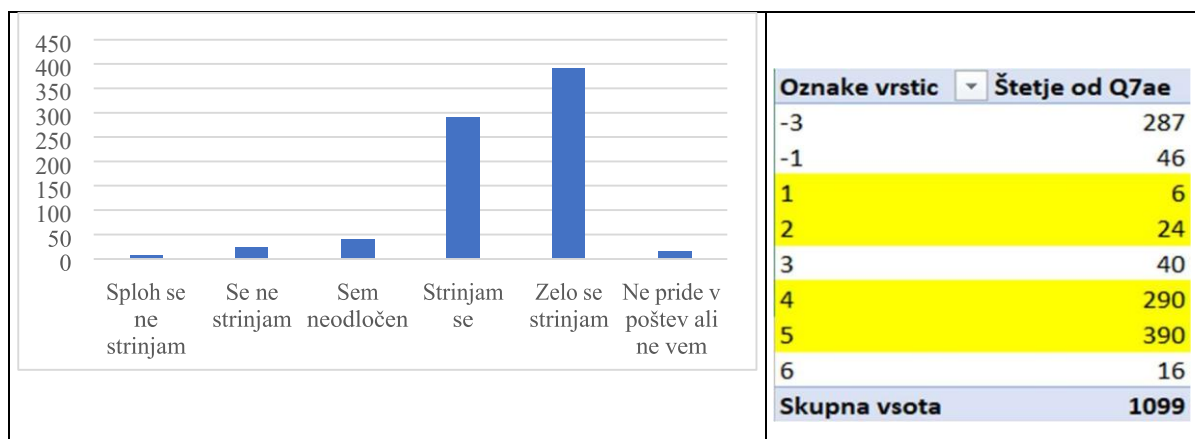
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	752	2,39	7,31	12,50	45,48	32,31
Pediatrična ambulanta	271	4,06	7,75	16,24	41,70	30,26
Splošna ambulanta/družinska	172	3,49	9,88	12,21	43,02	31,40
Zobozdravstvena ambulanta	80	0,00	7,50	17,50	56,25	18,75



Graf 4 - A4: Q7ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov

Tabela 3.5 - A4: Q7ad - Število vseh in struktura trditev 1-5: Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo

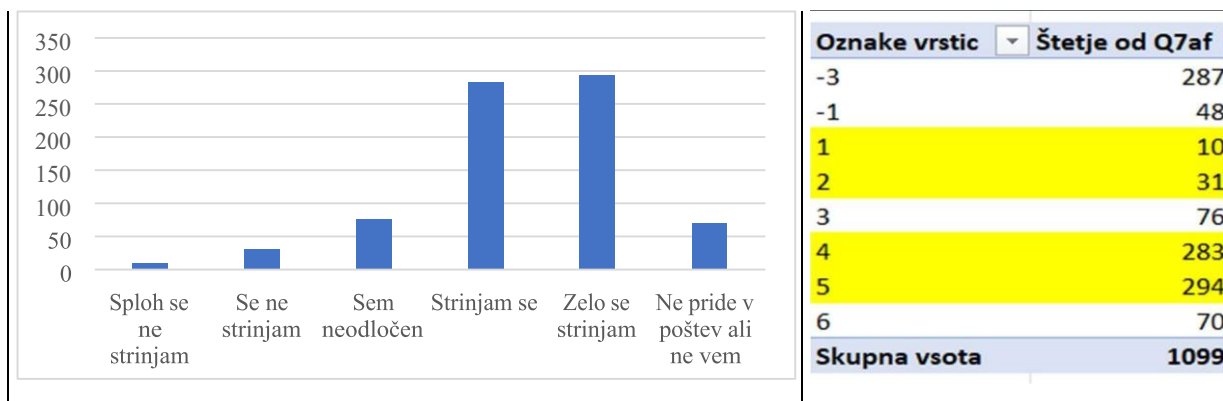
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	742	0,54	3,10	5,66	42,59	48,11
Pediatrična ambulanta	268	0,75	2,61	6,34	44,78	45,52
Splošna ambulanta/družinska	171	0,58	4,09	4,68	39,77	50,88
Zobozdravstvena ambulanta	80	0,00	6,25	11,25	52,50	30,00



Graf 5 - A5: Q7ae - Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo

Tabela 3.6 - A5: Q7ae - Število vseh in struktura trditev 1-5: Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo

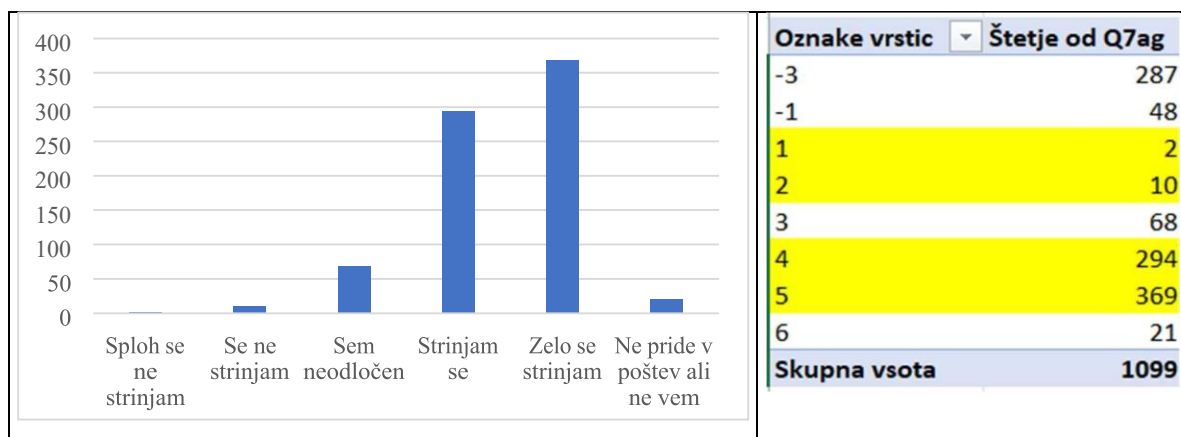
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	750	0,80	3,20	5,33	38,67	52,00
Pediatrična ambulanta	271	1,85	1,85	6,27	40,22	49,82
Splošna ambulanta/družinska	169	0,59	5,33	4,73	33,14	56,21
Zobozdravstvena ambulanta	80	0,00	3,75	10,00	45,00	41,25



Graf 6 - A6: Q7af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim

Tabela 3.7 - A6: Q7af - Število vseh in struktura trditev 1-5: Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj, dobro usklajen tim

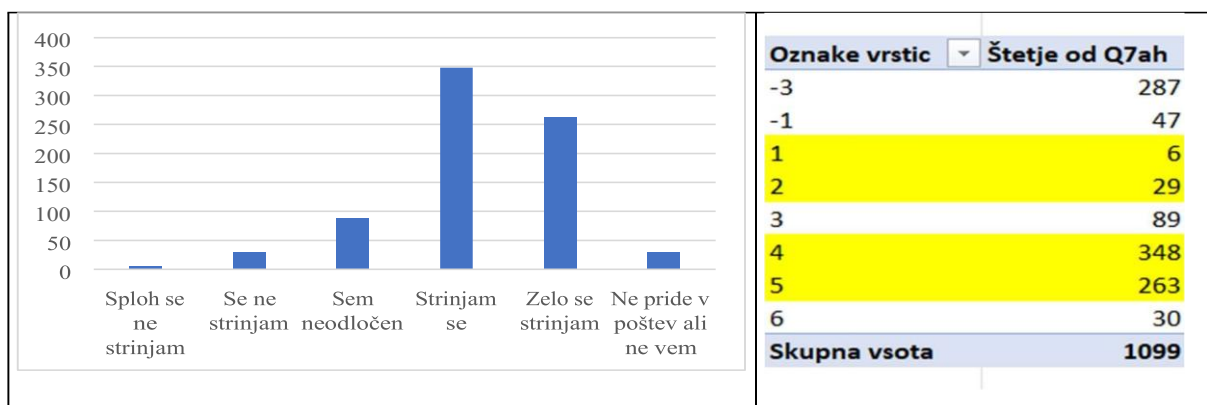
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	694	1,44	4,47	10,95	40,78	42,36
Pediatrična ambulanta	250	2,40	5,20	12,40	40,40	39,60
Splošna ambulanta/družinska	165	0,00	3,03	7,88	33,94	55,15
Zobozdravstvena ambulanta	78	2,56	5,13	7,69	48,72	35,90



Graf 7 - A7: Q7ag - Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno

Tabela 3.8 - A7: Q7ag - Število vseh in struktura trditev 1-5: Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno

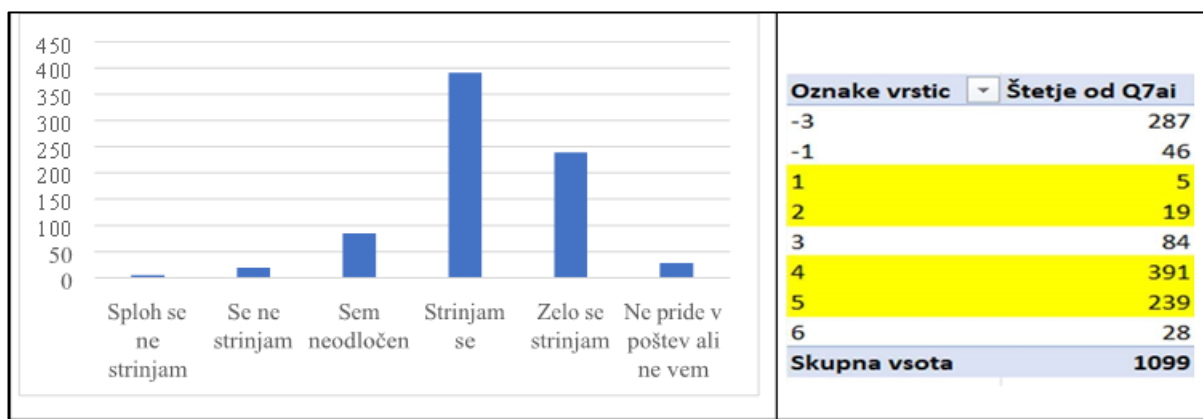
B	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	743	0,27	1,35	9,15	39,57	49,66
Pediatrična ambulanta	267	0,37	1,50	8,99	40,82	48,31
Splošna ambulanta/družinska	166	0,60	3,01	8,43	31,33	56,63
Zobozdravstvena ambulanta	78	0,00	0,00	16,67	43,59	39,74



Graf 8 - A8: Q7ah - Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo

Tabela 3.9 - A8: Q7ah - Število vseh in struktura trditev 1-5: Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo

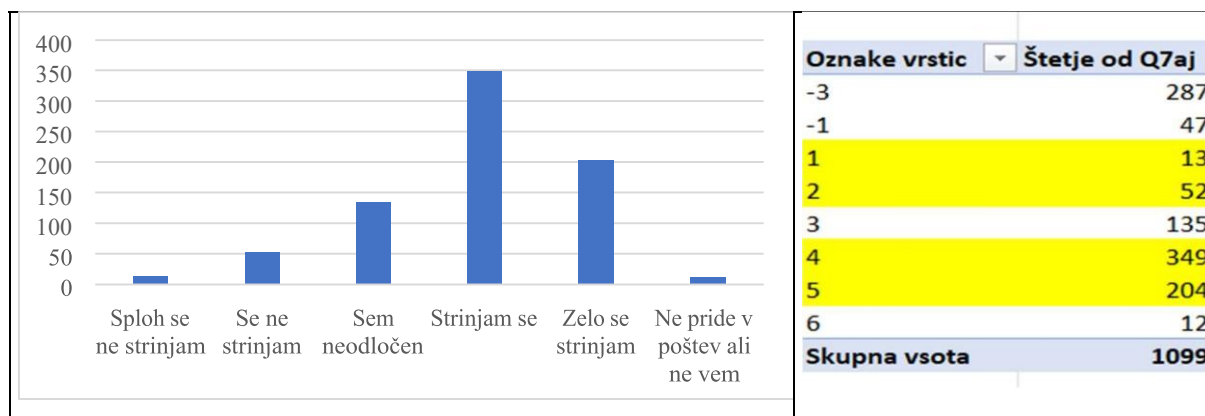
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vso	735	0,82	3,95	12,11	47,35	35,78
Pediatrična ambulanta	264	1,14	3,03	13,64	46,97	35,23
Splošna ambulanta/družinska	168	0,60	7,74	10,71	44,05	36,90
Zobozdravstvena ambulanta	77	0,00	3,90	23,38	49,35	23,38



Graf 9 - A9: Q7ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem okolju

Tabela 3.10 - A9: Q7ai - Število vseh in struktura trditev 1-5: Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj varnosti

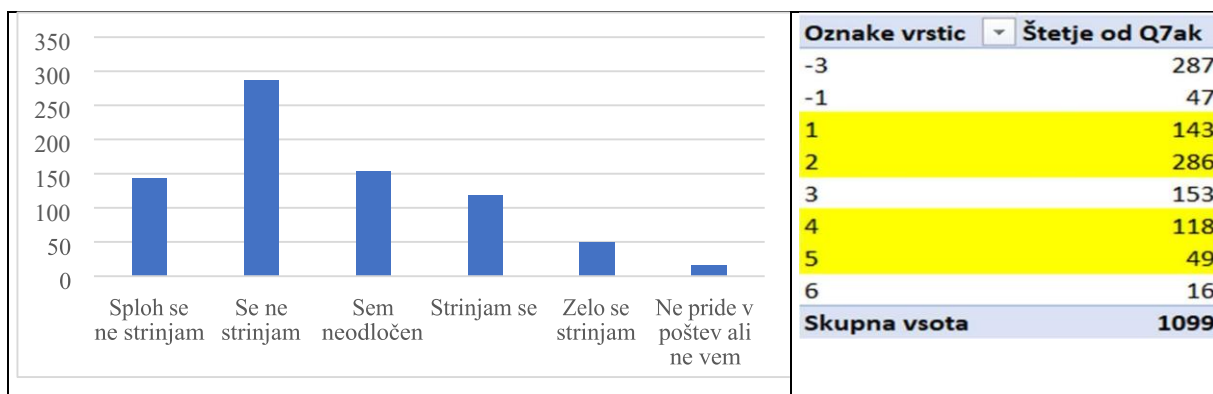
B	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	738	0,68	2,57	11,38	52,98	32,38
Pediatrična ambulanta	264	1,14	0,76	10,61	54,55	32,95
Splošna ambulanta/družinska	169	0,59	4,14	14,79	47,34	33,14
Zobozdravstvena ambulanta	77	1,30	2,60	14,29	64,94	16,88



Graf 10 - A10: Q7aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije

Tabela 3.11 - A10: Q7aj - Število vseh in struktura trditev 1-5: O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije

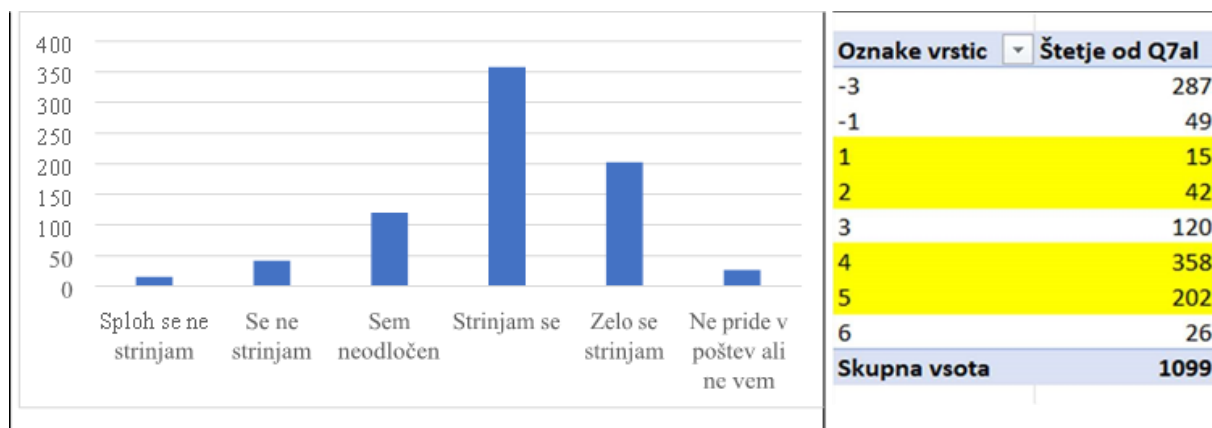
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	753	1,73	6,91	17,93	46,35	27,09
Pediatrična ambulanta	273	2,56	6,96	12,82	47,62	30,04
Splošna ambulanta/družinska	171	1,17	11,11	21,05	42,11	24,56
Zobozdravstvena ambulanta	78	2,56	8,97	26,92	43,59	17,95



Graf 11 - A11: Q7ak - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah

Tabela 3.12 - A11: Q7ak - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah

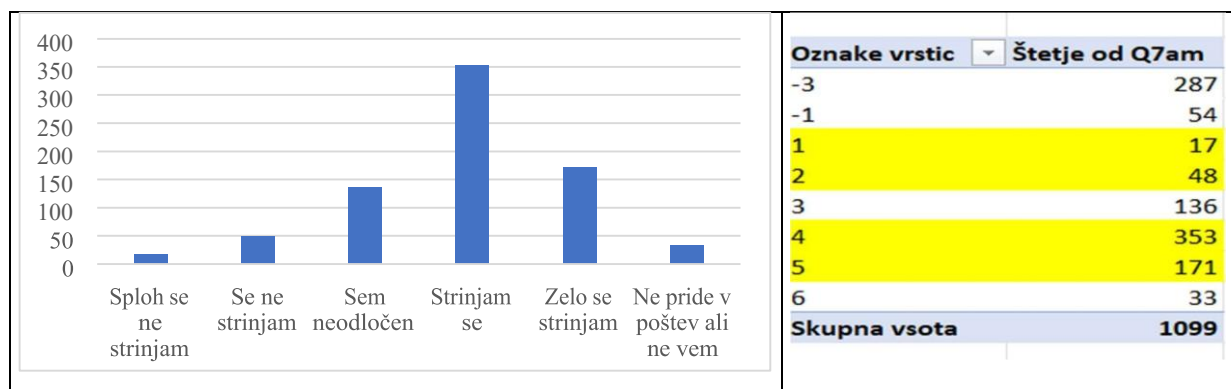
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	749	19,09	38,18	20,43	15,75	6,54
Pediatrična ambulanta	271	18,08	36,53	20,66	19,56	5,17
Splošna ambulanta/družinska	171	22,22	37,43	16,96	15,79	7,60
Zobozdravstvena ambulanta	79	5,06	39,24	26,58	21,52	7,59



Graf 12 - A12: Q7al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov

Tabela 3.13 - A12: Q7al - Število vseh in struktura trditev 1-5: Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov

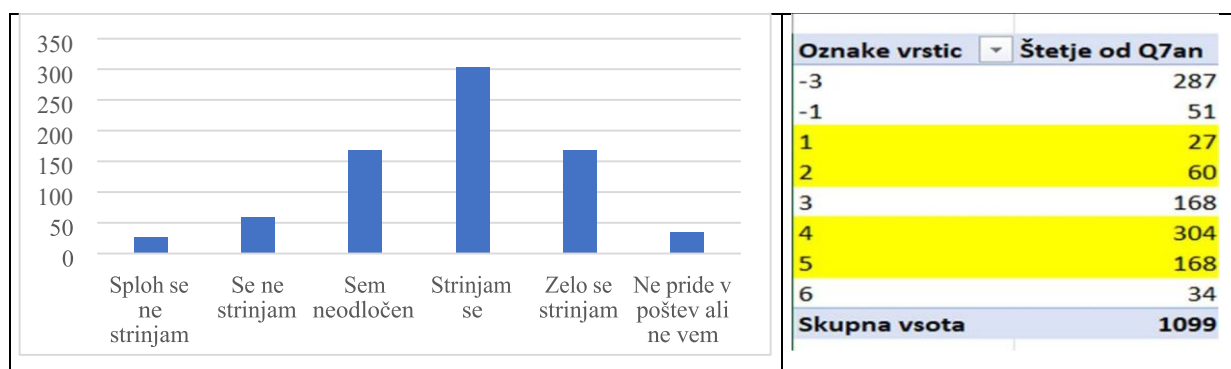
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	737	2,04	5,70	16,28	48,58	27,41
Pediatrična ambulanta	268	2,61	5,22	15,30	50,00	26,87
Splošna ambulanta/družinska	169	1,78	7,10	18,93	43,20	28,99
Zobozdravstvena ambulanta	77	1,30	7,79	15,58	53,25	22,08



Graf 13 - A13: Q7am - Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih

Tabela 3.14 - A13: Q7am - Število in struktura trditev 1-5: Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih

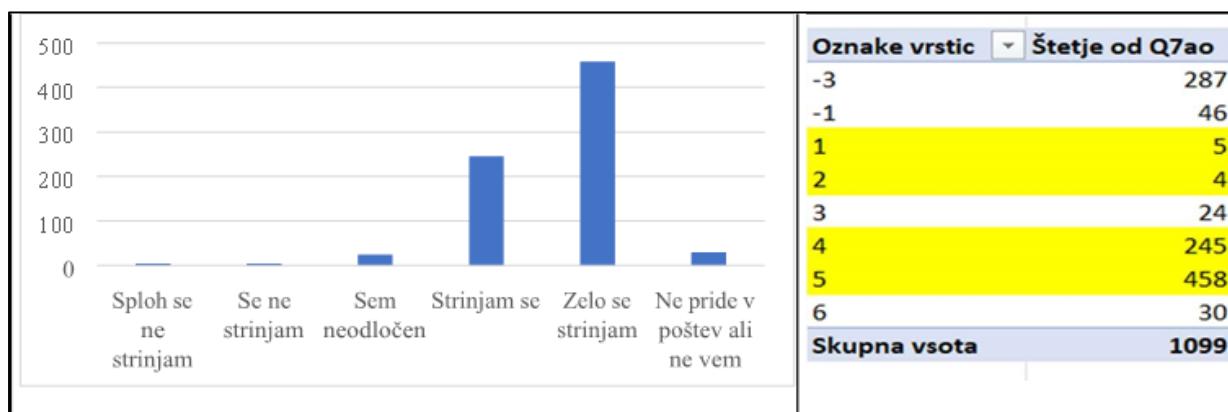
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	725	2,34	6,62	18,76	48,69	23,59
Pediatrična ambulanta	263	2,28	4,94	20,91	47,53	24,33
Splošna ambulanta/družinska	167	4,79	8,98	19,16	44,91	22,16
Zobozdravstvena ambulanta	76	2,63	10,53	19,74	51,32	15,79



Graf 14 - A14: Q7an - Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu

Tabela 3.15 - A14: Q7an - Število vseh in struktura trditev 1-5: Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu

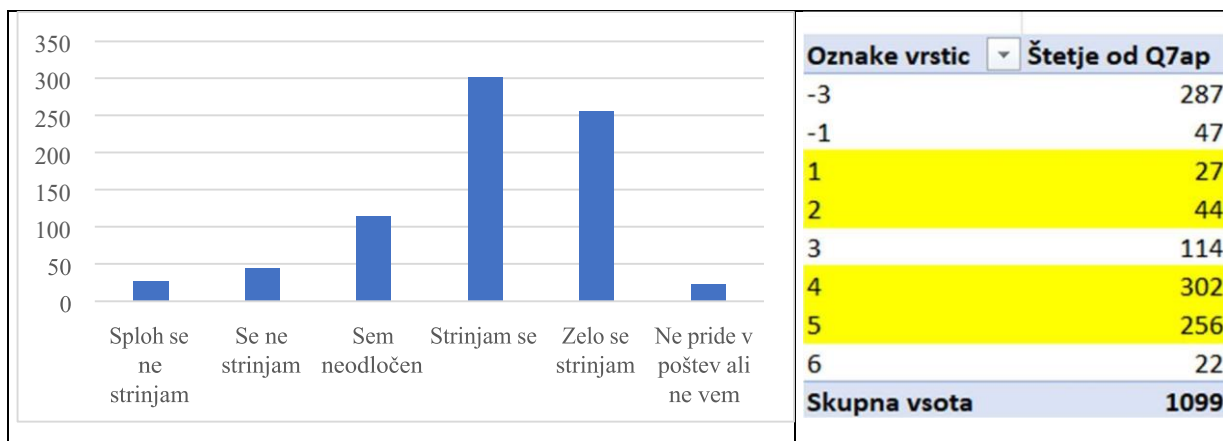
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	727	3,71	8,25	23,11	41,82	23,11
Pediatrična ambulanta	268	4,85	7,84	22,01	44,03	21,27
Splošna ambulanta/družinska	167	5,39	11,38	22,16	36,53	24,55
Zobozdravstvena ambulanta	74	2,70	10,81	31,08	39,19	16,22



Graf A15: Q7ao Rad/-a imam svoje delo

Tabela 3.16 - A15: Q7ao - Število vseh in struktura trditev 1-5: Rad/-a imam svoje delo

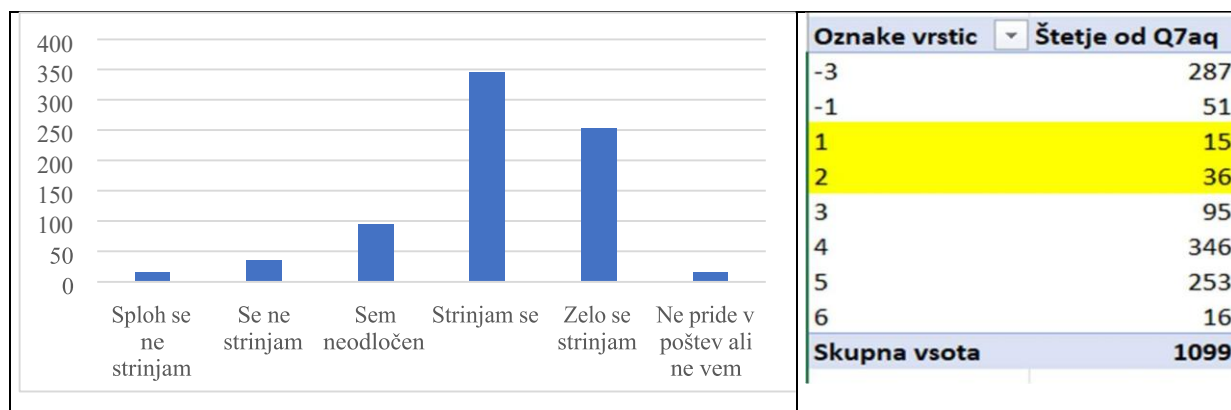
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	736	0,68	0,54	3,26	33,29	62,23
Pediatrična ambulanta	264	0,00	0,76	3,03	34,09	62,12
Splošna ambulanta/družinska	166	0,60	0,60	3,61	31,33	63,86
Zobozdravstvena ambulanta	77	0,00	0,00	5,19	36,36	58,44



Graf 15 - A16: Q7ap - Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine

Tabela 3.17 - A16: Q7ap - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine

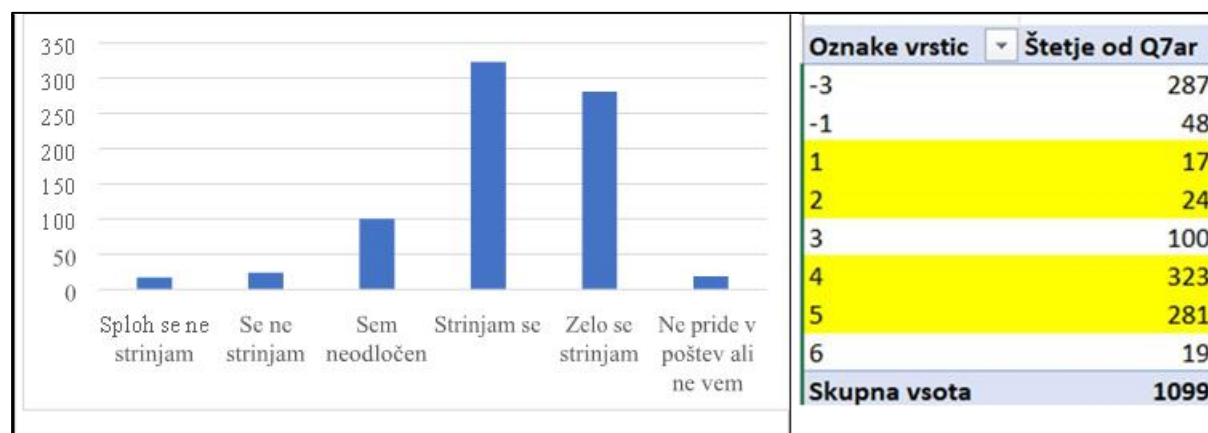
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	743	3,63	5,92	15,34	40,65	34,45
Pediatrična ambulanta	267	4,49	5,24	14,98	38,95	36,33
Splošna ambulanta/družinska	167	2,99	5,99	15,57	37,72	37,72
Zobozdravstvena ambulanta	76	6,58	7,89	23,68	38,16	23,68



Graf 16 - A17: Q7aq - To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto

Tabela 3.18 - A17: Q7aq - Število vseh in struktura trditev 1-5: To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto

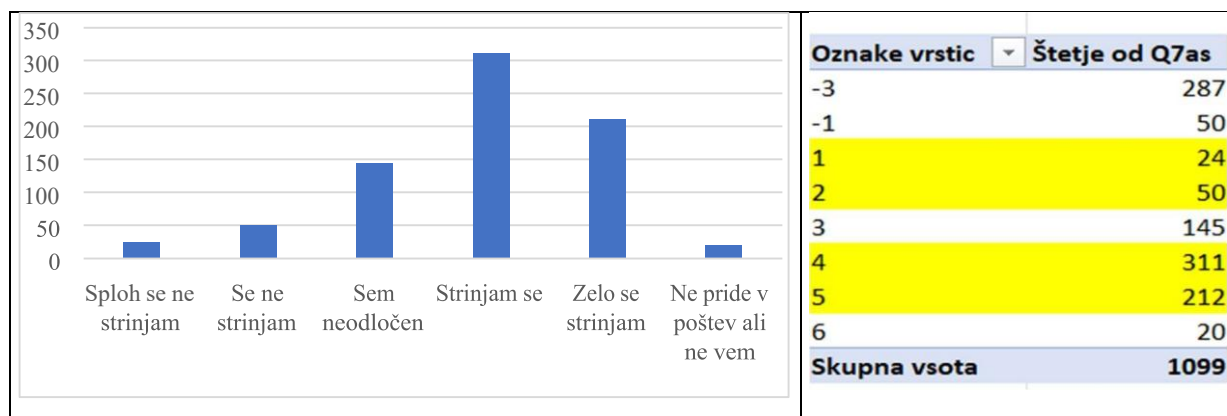
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	745	2,01	4,83	12,75	46,44	33,96
Pediatrična ambulanta	266	3,38	3,76	12,03	49,25	31,58
Splošna ambulanta/družinska	168	1,19	5,95	19,05	35,71	38,10
Zobozdravstvena ambulanta	78	1,28	10,26	8,97	53,85	25,64



Graf 17 - A18: Q7ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju

Tabela 3.19 - A18: Q7ar - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju

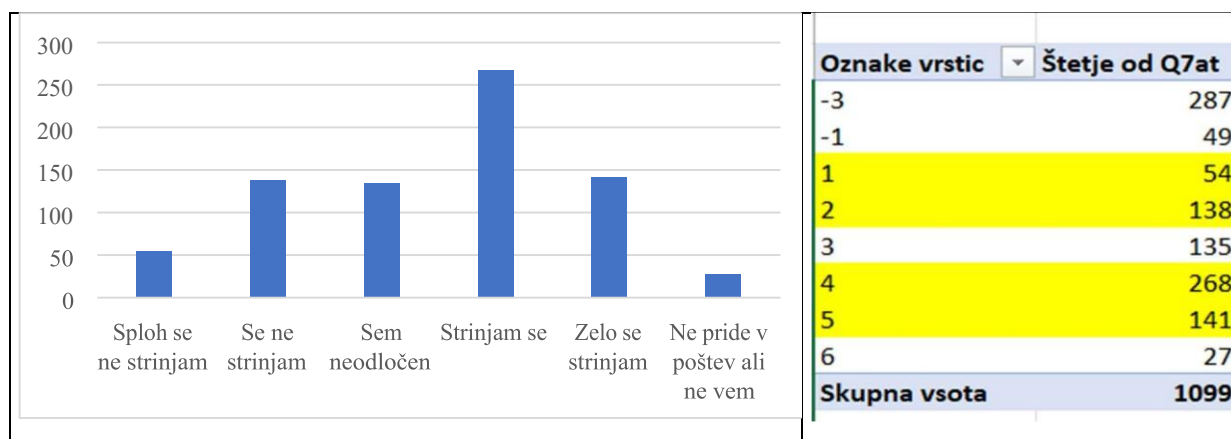
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	745	2,28	3,22	13,42	43,36	37,72
Pediatrična ambulanta	268	3,73	2,24	14,55	42,54	36,94
Splošna ambulanta/družinska	170	1,18	5,29	18,24	34,71	40,59
Zobozdravstvena ambulanta	76	1,32	5,26	15,79	51,32	26,32



Graf 18 - A19: Q7as - Morala je v tem delovnem okolju visoka

Tabela 3.20 - A19: Q7as - Število vseh in struktura trditev 1-5: Morala je v tem delovnem okolju visoka

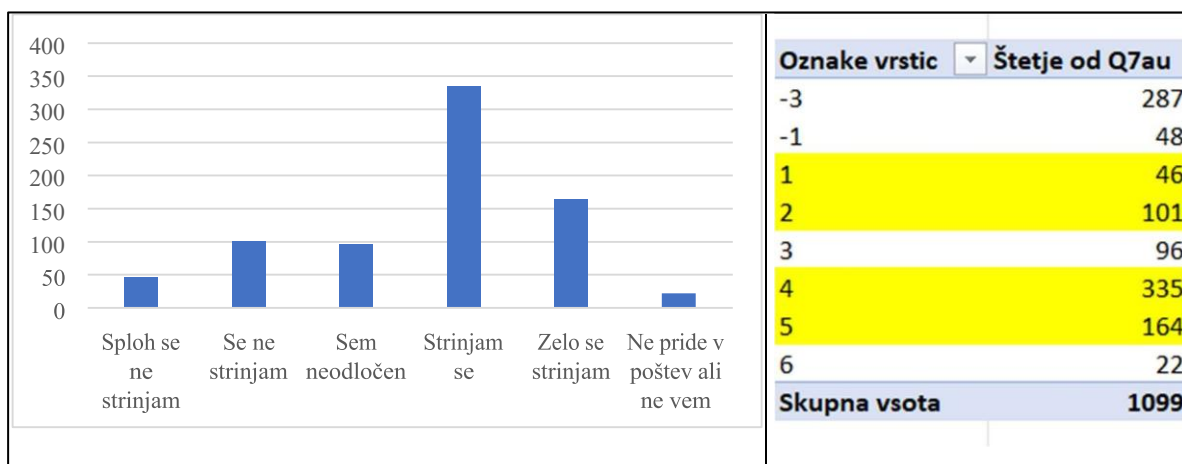
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	742	3,23	6,74	19,54	41,91	28,57
Pediatrična ambulanta	265	2,26	6,42	20,38	43,02	27,92
Splošna ambulanta/družinska	167	4,19	8,98	20,96	31,14	34,73
Zobozdravstvena ambulanta	77	2,60	10,39	23,38	44,16	19,48



Graf 19 - A20: Q7at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša

Tabela 3.21 - A20: Q7at - Število vseh in struktura trditev 1-5: Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša

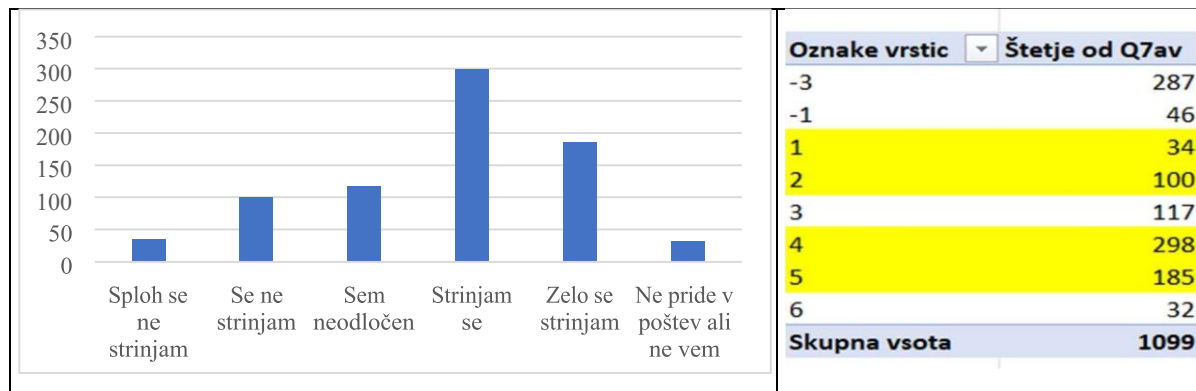
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	736	7,34	18,75	18,34	36,41	19,16
Pediatrična ambulanta	268	4,48	17,54	20,90	38,06	19,03
Splošna ambulanta/družinska	168	9,52	17,86	12,50	36,31	23,81
Zobozdravstvena ambulanta	71	7,04	16,90	23,94	36,62	15,49



Graf 20 - A21: Q7au - Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu

Tabela 3.22 - A21: Q7au - Število vseh in struktura trditev 1-5 Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu

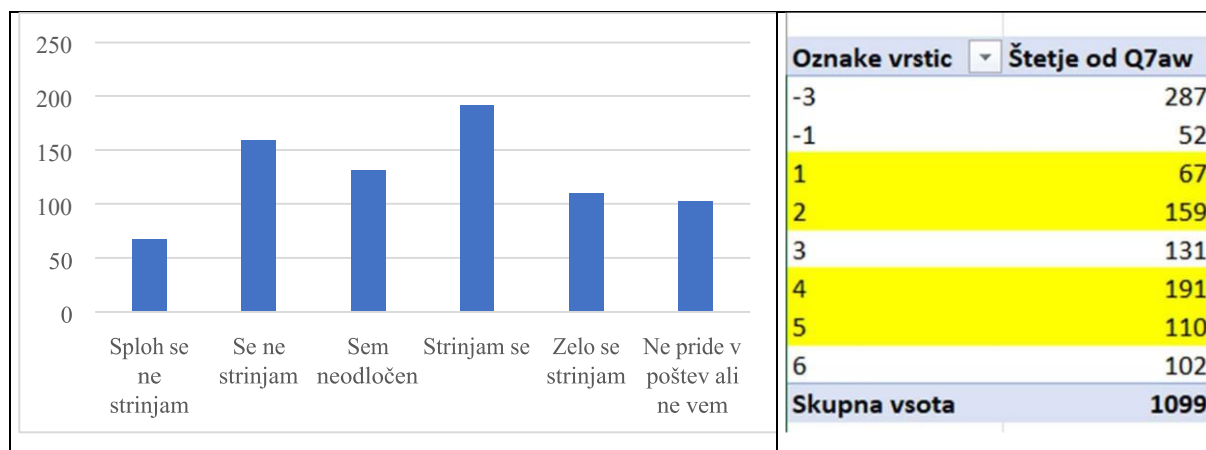
	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	742	6,20	13,61	12,94	45,15	22,10
Pediatrična ambulanta	267	3,37	13,48	13,48	49,44	20,22
Splošna ambulanta/družinska	169	6,51	14,20	11,83	37,87	29,59
Zobozdravstvena ambulanta	73	6,85	10,96	12,33	46,58	23,29



Graf 21 - A22: Q7av - Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake

Tabela 3.23 - A22: Q7av - Število vseh in struktura trditev 1-5: Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake

	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	734	4,63	13,62	15,94	40,60	25,20
Pediatrična ambulanta	267	4,87	13,48	16,85	43,45	21,35
Splošna ambulanta/družinska	169	4,73	13,61	14,20	35,50	31,95
Zobozdravstvena ambulanta	71	7,04	14,08	9,86	42,25	26,76



Graf 22 - A23: Q7aw - Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj)

Tabela 3.24 - A23: Q7aw - Število vseh in struktura trditvev 1-5: Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	658	10,18	24,16	19,91	29,03	16,72
Pediatrična ambulanta	243	12,35	25,10	20,16	27,98	14,40
Splošna ambulanta/družinska	168	10,12	24,40	14,29	27,98	23,21
Zobozdravstvena ambulanta	58	5,17	24,14	24,14	34,48	12,07

Trditve v skupini Q7aa-Q7aw, pri katerih pritrdilni odgovor pomeni večjo nevarnost za paciente, smo v naslovu tabel obarvali rdeče. Rdeče in odebeljeno pa so označeni tudi Vsi odstotki odgovorov, ki zaradi utrujenosti pomenijo večjo nevarnost za pacienta, pa se tega poročevalci zavedajo in to zavedanje štejemo za pozitivno.

Pozitivne ocene kulture varnosti pacientov, s tem da smo sešteli odstotke odgovorov pod 4 in 5, ko so bile trditve pozitivno naravnane, in odgovorov 1 in 2, ko so bile trditve negativno naravnane, smo strnili po kodah trditvev v tabeli 2.2.

Pozitivna ocena kulture varnosti je pri največ trditvah slabše ocenjena v zobozdravstvenih ambulantah. Izjema je zavest o nevarnosti za paciente, ko so delavci preutrujeni, tu namreč zobozdravstvene ambulate celo malo prednjačijo.

Kljub temu, da je bila morala v opazovanem delovnem okolju nadpovprečno visoko ocenjena, pa skrbi trditve, da prihaja do slabše delovne uspešnosti, ko prihaja do preobremenitev (26 % negativno ocenjenih stanj), kar je še posebej zaskrbljujoče, ko prihaja do preutrujenosti v obdelavi nujnih primerov (36 % negativnih odgovorov).

3.2 Varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7aa do Q7aw

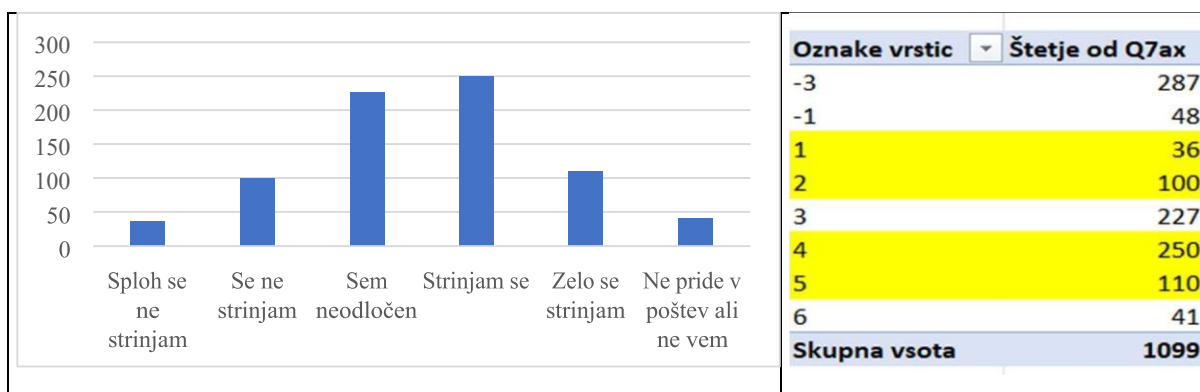
V Tabeli 3.25-2.2 so podani odstotki za varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7aa do Q7aw po treh vrstah ambulant in v seštevku.

Tabela 3.25 - 2.2: Odstotek za varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7aa do Q7aw

Koda	Q7aa	Q7ab	Q7ac	Q7ad	Q7ae	Q7af	Q7ag
Vsi	84,74	58,63	77,79	90,7	90,67	83,14	89,23
Pediatrična ambulanta	80,08	57,84	71,96	90,3	90,04	80	89,14
Splošna ambulanta/družinska	89,53	56,65	74,42	90,64	89,35	89,09	87,95
Zobozdravstvena ambulanta	74,68	41,56	75	82,5	86,25	84,62	83,33
Koda	Q7ah	Q7ai	Q7aj	Q7ak	Q7al	Q7am	Q7an
Vsi	83,13	85,37	73,44	57,28	75,98	72,28	64,92
Pediatrična ambulanta	82,2	87,5	77,66	54,61	76,87	71,86	65,3
Splošna ambulanta/družinska	80,95	80,47	66,67	59,65	72,19	67,07	61,08
Zobozdravstvena ambulanta	72,73	81,82	61,54	44,3	75,32	67,11	55,41
Koda	Q7ao	Q7ap	Q7aq	Q7ar	Q7as	Q7at	Q7au
Vsi	95,52	75,1	80,4	81,07	70,49	55,57	67,25
Pediatrična ambulanta	96,21	75,28	80,83	79,48	70,94	57,09	69,66
Splošna ambulanta/družinska	95,18	75,45	73,81	75,29	65,87	60,12	67,46
Zobozdravstvena ambulanta	94,81	61,84	79,49	77,63	63,64	52,11	69,86
Koda	Q7av	Q7aw					
Vsi	65,8	45,74					
Pediatrična ambulanta	64,79	42,39					
Splošna ambulanta/družinska	67,46	51,19					
Zobozdravstvena ambulanta	69,01	46,55					

3.3 Ocenjevanje odnosa vodstva do varnosti pacientov

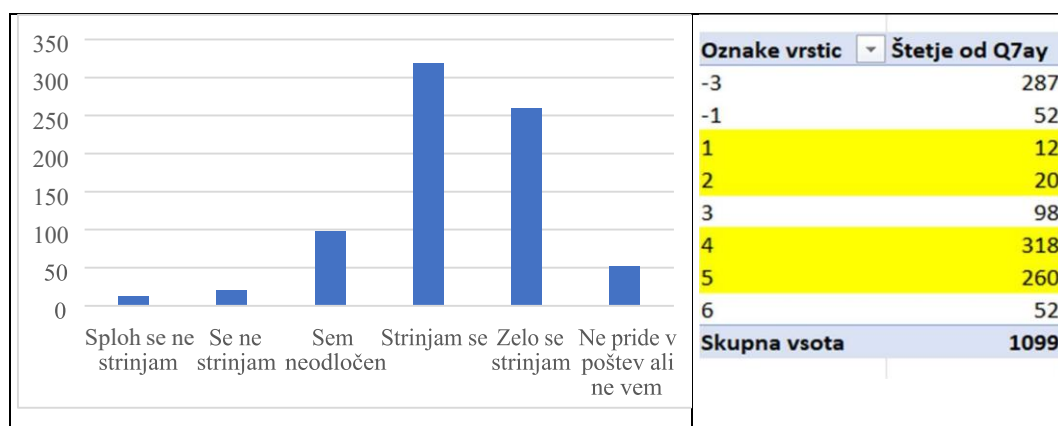
V nadaljevanju so podani grafi in tabele ocen odnosa vodstva do varnosti pacientov.



Graf 23 - A24: Q7ax - Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore

Tabela 3.26 - A24: Q7ax - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore

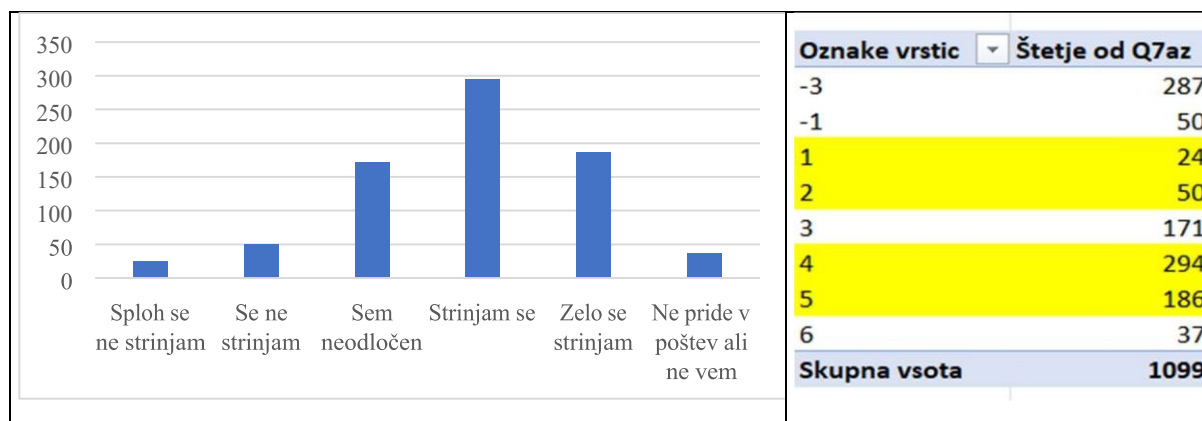
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	723	4,98	13,83	31,40	34,58	15,21
Pediatrična ambulanta	267	7,87	11,99	31,84	33,71	14,61
Splošna ambulanta/družinska	166	5,42	12,05	32,53	31,93	18,07
Zobozdravstvena ambulanta	70	1,43	20,00	34,29	38,57	5,71



Graf 24 - A25: Q7ay - Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov

Tabela 3.27 - A25: Q7ay - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	708	1,69	2,82	13,84	44,92	36,72
Pediatrična ambulanta	259	1,93	3,09	15,06	47,10	32,82
Splošna ambulanta/družinska	163	3,07	4,29	13,50	36,81	42,33
Zobozdravstvena ambulanta	70	0,00	1,43	17,14	54,29	27,14



Graf 25 - A26: Q7az - Vodstvo dobro opravlja svoje delo

Tabela 3.28 - A26: Q7az - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vodstvo dobro opravlja svoje delo

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	725	3,31	6,90	23,59	40,55	25,66
Pediatrična ambulanta	263	5,32	5,32	25,86	40,68	22,81
Splošna ambulanta/družinska	167	4,19	8,98	22,75	35,93	28,14
Zobozdravstvena ambulanta	74	1,35	9,46	22,97	51,35	14,86

Trditve v skupini Q7ax-Q7az so vse pozitivne in ocenjujejo obnašanje vodstva glede na odnos do varnosti pacientov. Rdeče in odebeljeno so označeni tudi Vsi odstotki odgovorov, ki zaradi slabega odnosa vodstva (kakor to ocenjujejo delavci oddelka) do varnosti pacientov pomenijo večjo nevarnost za pacienta.

Pozitivne ocene kulture varnosti pacientov, s tem da smo sešteli odstotke odgovorov pod 4 in 5, ker so bile vse trditve tu pozitivno naravnane, smo strnili po kodah trditev v tabeli A_{vodstvo}.

Če si ogledamo samo, kako anketiranci ocenjujejo vodstvo zdravstvenih domov, ugotovimo, da ima nadpovprečno visoko negativno oceno trditve, da vodstvo podpira vsakodnevne napore anketirancev (18,8 % vseh trdi, da podpore ni). Sicer pa je kritika, da vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov, celo pod povprečjem negativnih ocen (4,5 %).

Tabela 3.29 - 2.3: Odstotek za varnost pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7ax do Q7az

Koda	Q7ax	Q7ay	Q7az
Vsi	49,79	81,64	66,21
Pediatrična ambulanta	48,31	79,92	63,50
Splošna ambulanta/družinska	50,00	79,14	64,07
Zobozdravstvena ambulanta	44,29	81,43	66,22

3.4 Odgovori skupine A⁺ – Sporazumevanje in usposabljanje

Struktura odgovorov vseh anketirancev skupaj na skupino trditev A⁺ so podani v tabeli 3.30.

Tabela 3.30: Trditve v skupini A⁺

Značaj	Trditev	Pozitivni	Negativni	Neodločeni	Vsota	% Pozitivnih	% Negativnih	Opis trditve
+	Q7ba	378	123	184	685	55	18	Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.
+	Q7bb	535	78	133	746	72	10	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.
+	Q7bc	309	296	135	740	42	42	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.
+	Q7bd	547	70	119	736	74	10	V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.
+	Q7be	535	44	109	688	78	6	Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.
+	Q7bf	533	43	108	684	78	6	Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.
+	Q7bg	644	24	46	714	90	3	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehnikami.
+	Q7bh	612	24	88	724	85	3	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.
+	Q7bi	422	26	136	584	72	4	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.
-	Q7bj	433	123	156	712	61	17	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.
+, -		5.481	894	1.322	7.697	71	12	Vse trditve

Kot je razvidno iz tabele 3, je v tej skupini 10 trditev, ki obravnavajo delovno okolje in odnose med izvajalci storitev. Če rangiramo odgovore po vseh ambulantah skupaj glede na odstotek negativnih trditev, potem vidimo, da je najbolj zaskrbljujoče dejstvo, da so motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, pogoste. (61 % trditev).

Prav tako je zaskrbljujoče, da je kadrovska struktura v tem delovnem okolju nezadostna za obravnavo tolikšnega števila pacientov. Podrobnejši prikazi so v grafih A27-A36 v nadaljevanju, kamor smo dodali še podatke po strukturi odgovorov po vrstah ambulant. Odstotek negativnih ocen je barvan rdeče.

Tudi v tej skupini trditev so anketiranci odgovarjali na trditev, kot je navedeno v nadaljevanju:

Napaka: -3; -1

Strinjam se: 4

Sploh se ne strinjam: 1

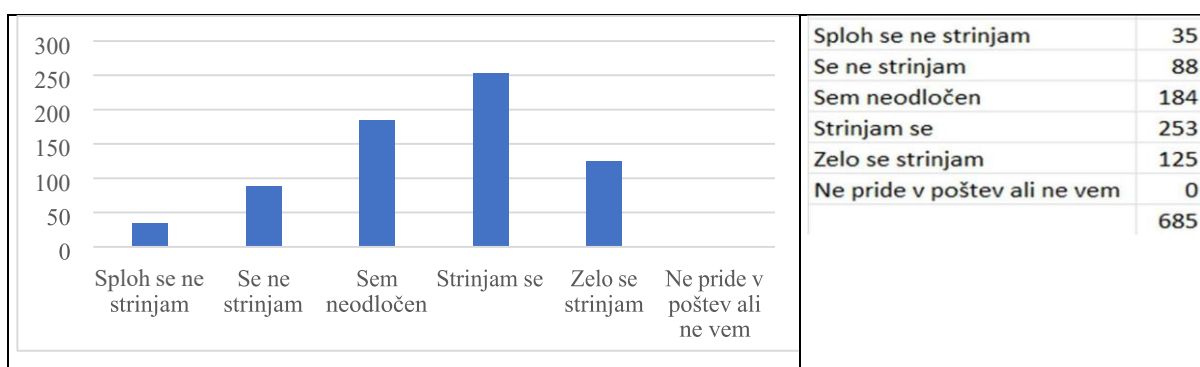
Zelo se strinjam: 5

Se ne strinjam: 2

Ne pride v poštev ali ne vem: 6

Sem neodločen: 3

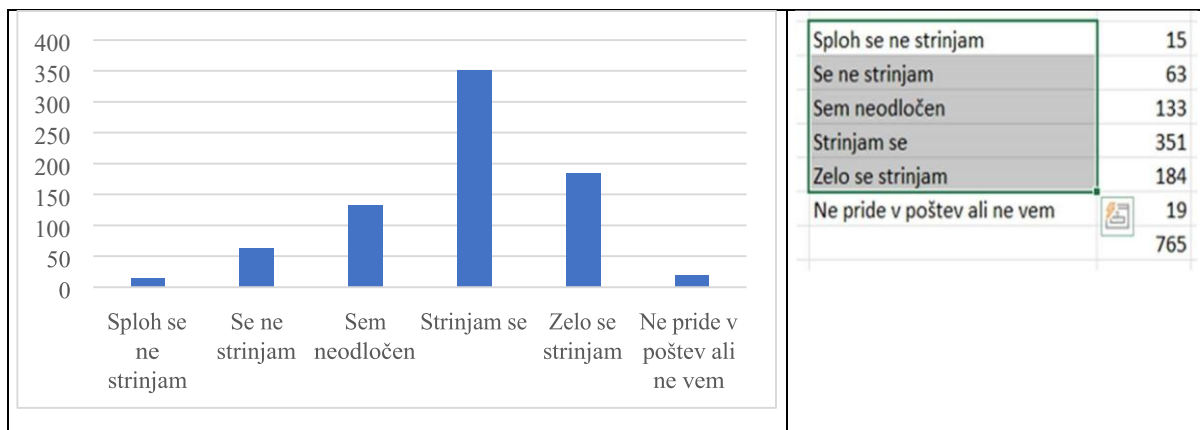
Upoštevali smo le odgovore pod 1 do 5.



Graf 26 - A27: Q7ba - Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje

Tabela 3.31 - A27: Q7ba - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje

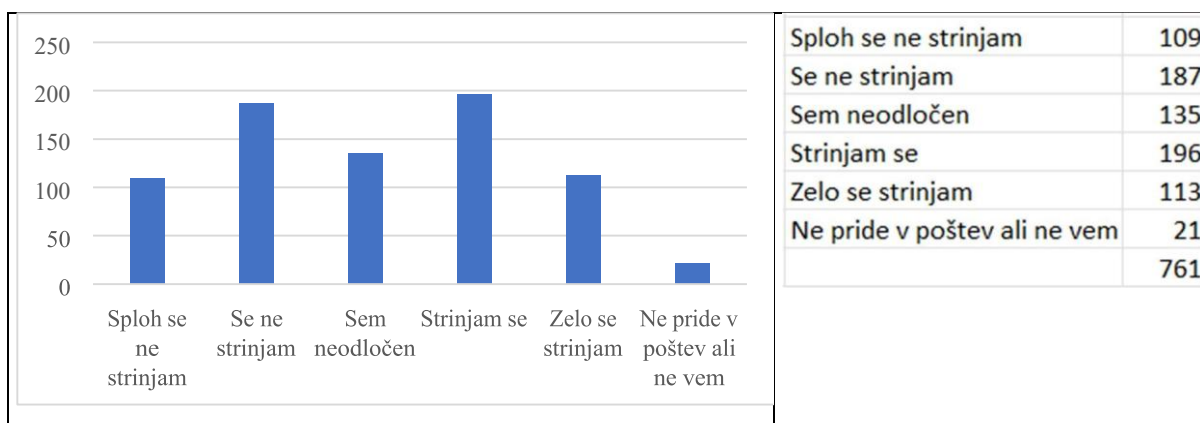
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	685	5,11	12,85	26,86	36,93	18,25
Pediatrična ambulanta	248	5,24	12,50	24,60	40,32	17,34
Splošna ambulanta/družinska	163	7,36	15,34	31,90	26,99	18,40
Zobozdravstvena ambulanta	66	4,55	15,15	36,36	31,82	12,12



Graf 27 - A28: Q7bb - Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo

Tabela 3.32 - A28: Q7bb - Število vseh in struktura trditev 1-5: Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo

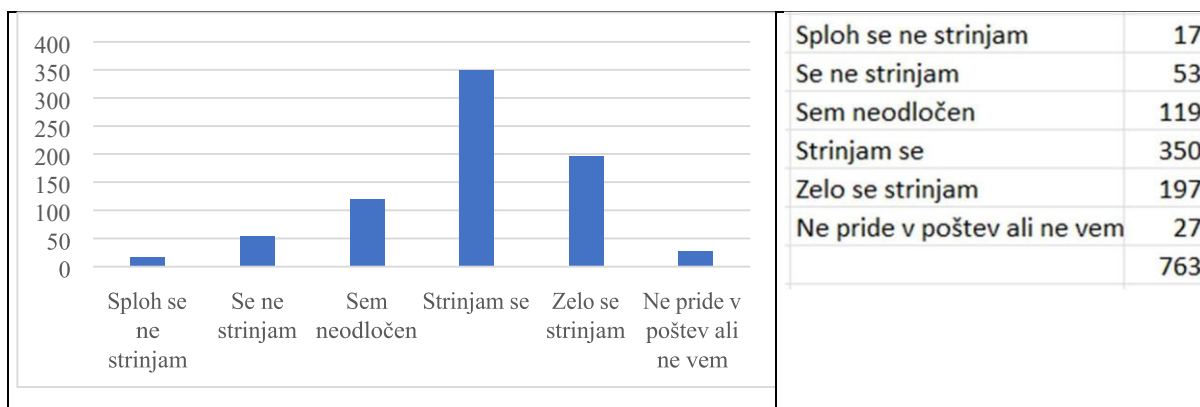
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	746	2,01	8,45	17,83	47,05	24,66
Pediatrična ambulanta	268	2,99	8,21	16,04	48,51	24,25
Splošna ambulanta/družinska	169	1,78	7,69	23,08	38,46	28,99
Zobozdravstvena ambulanta	77	2,60	15,58	23,38	44,16	14,29



Graf 28 - A29: Q7bc - Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov

Tabela 3.33 - A29: Q7bc - Število vseh in struktura trditev 1-5: Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov

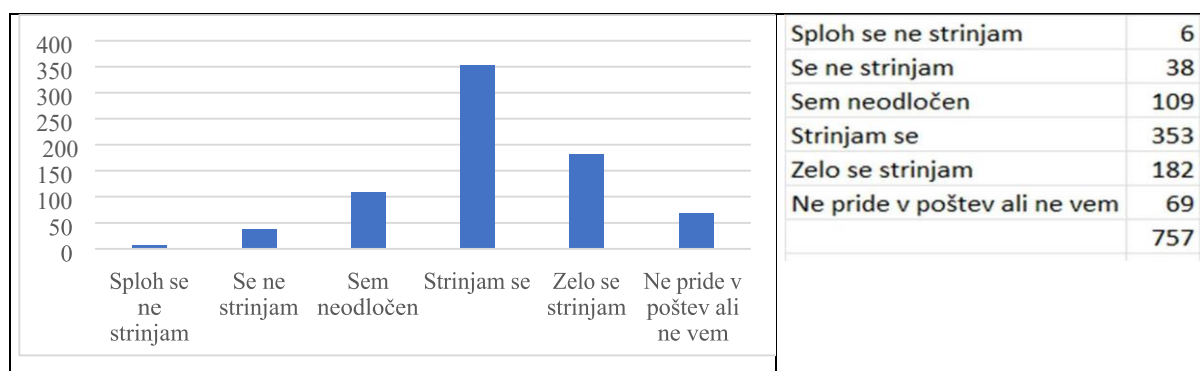
	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	740	14,73	25,27	18,24	26,49	15,27
Pediatrična ambulanta	269	14,50	24,16	21,56	26,02	13,75
Splošna ambulanta/družinska	171	17,54	29,24	12,28	25,15	15,79
Zobozdravstvena ambulanta	76	18,42	25,00	19,74	23,68	13,16



Graf 29 - A30: Q7bd - V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi

Tabela 3.34 - A30: Q7bd - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi

	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	736	2,31	7,20	16,17	47,55	26,77
Pediatrična ambulanta	266	3,01	6,39	20,30	43,23	27,07
Splošna ambulanta/družinska	167	2,40	8,98	16,77	46,11	25,75
Zobozdravstvena ambulanta	74	5,41	12,16	18,92	50,00	13,51

**Graf 30 - A31: Q7be - Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo****Tabela 3.35 - A31: Q7be - Število vseh in struktura trditev 1-5: Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo**

	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	688	0,87	5,52	15,84	51,31	26,45
Pediatrična ambulanta	253	0,79	5,14	17,79	52,57	23,72
Splošna ambulanta/družinska	163	1,23	3,68	11,04	50,92	33,13
Zobozdravstvena ambulanta	73	0,00	9,59	15,07	57,53	17,81

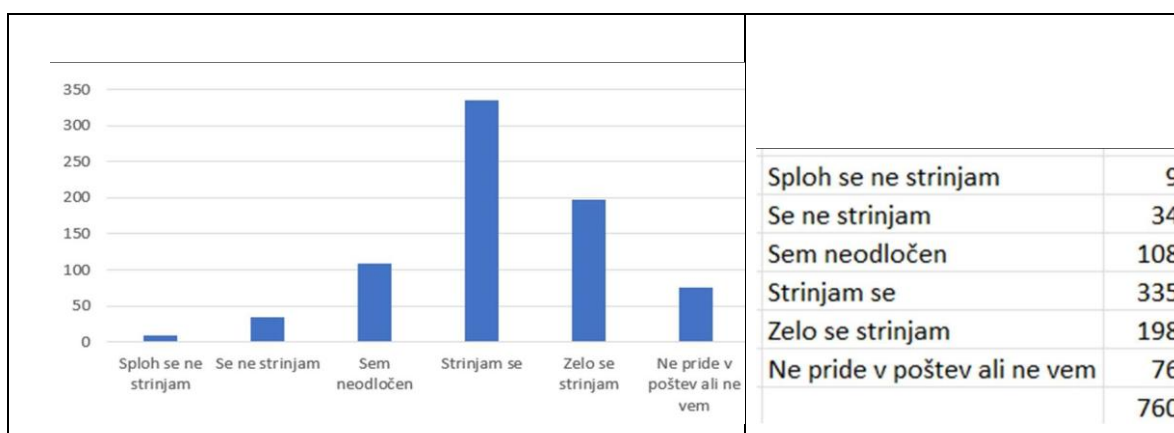
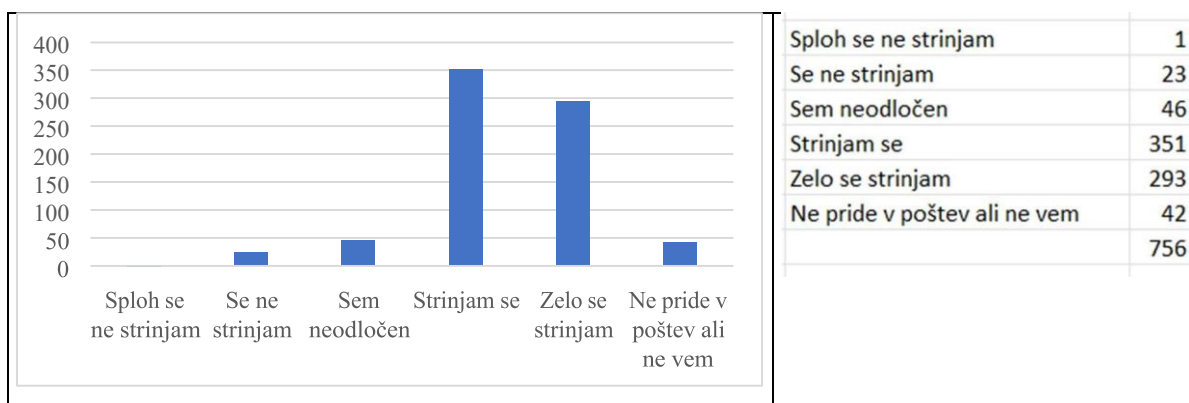
**Graf 31 - A32: Q7bf - Specializanti oz. učeče se osebe so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom**

Tabela 3.36 - A32: Q7bf - Število vseh in struktura trditev 1-5: Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	684	1,32	4,97	15,79	48,98	28,95
Pediatrična ambulanta	253	1,58	5,53	15,81	47,04	30,04
Splošna ambulanta/družinska	161	1,86	8,07	14,91	45,34	29,81
Zobozdravstvena ambulanta	67	1,49	2,99	20,90	55,22	19,40

**Graf 32 - A33: Q7bg - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki****Tabela 3.37 - A33: Q7bg - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki**

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	714	0,14	3,22	6,44	49,16	41,04
Pediatrična ambulanta	259	0,00	2,70	7,34	49,81	40,15
Splošna ambulanta/družinska	167	0,60	4,79	3,59	41,92	49,10
Zobozdravstvena ambulanta	70	0,00	4,29	11,43	64,29	20,00

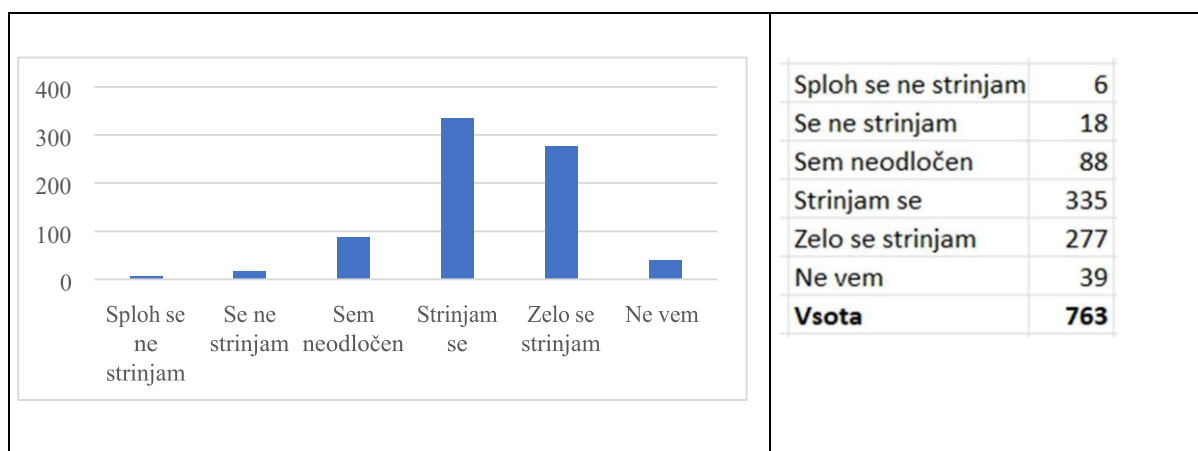
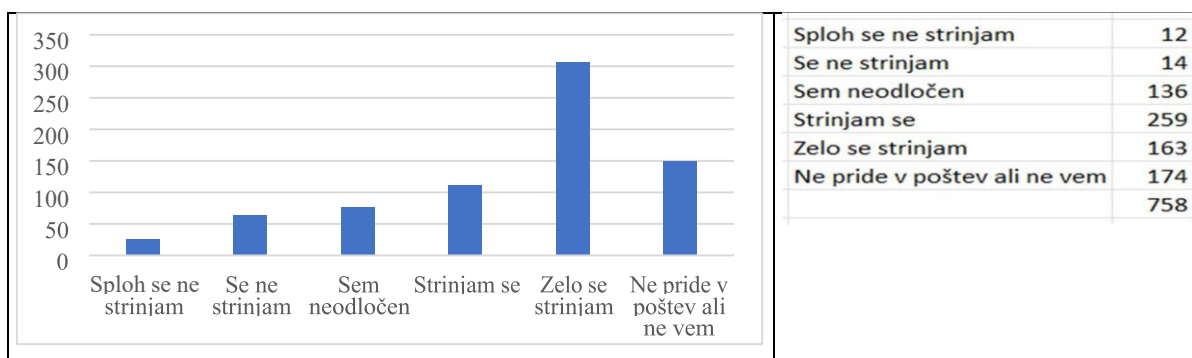
**Graf 33 - A34: Q7bh - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.**

Tabela 3.38 - A34: Q7bh - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki

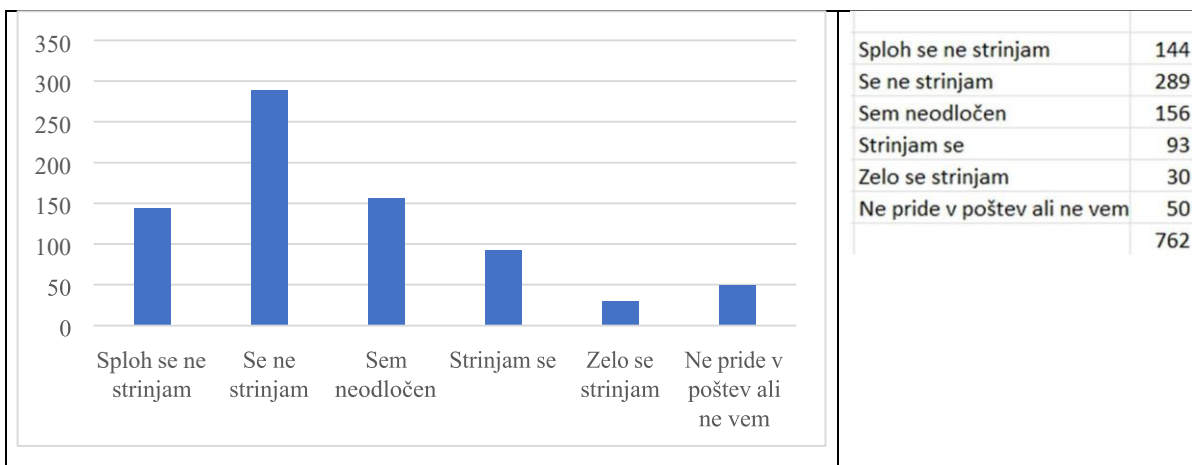
	Vsota	p₁	p₂	p₃	p₄	p₅
Vsi	724	0,83	2,49	12,15	46,27	38,26
Pediatrična ambulanta	264	1,52	3,41	12,88	44,32	37,88
Splošna ambulanta/družinska	168	0,60	2,98	9,52	39,29	47,62
Zobozdravstvena ambulanta	73	0,00	4,11	17,81	50,68	27,40



Graf 34 - A35: Q7bi - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti

Tabela 3.39 - A35: Q7bi - Število vseh in struktura trditev 1-5: V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti

	Vsota	p₁	p₂	p₃	p₄	p₅
Vsi	584	2,05	2,40	23,29	44,35	27,91
Pediatrična ambulanta	220	2,73	3,18	21,82	45,91	26,36
Splošna ambulanta/družinska	153	1,31	3,27	18,95	39,87	36,60
Zobozdravstvena ambulanta	54	1,85	1,85	27,78	51,85	16,67



Graf 35 - A36: Q7bj - Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi, so pogoste

Tabela 3.40 - A36: Q7bj - Število vseh in struktura trditev 1-5: Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi, so pogoste

	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	712	20,22	40,59	21,91	13,06	4,21
Pediatrična ambulanta	261	19,16	35,25	22,99	18,39	4,21
Splošna ambulanta/družinska	166	22,89	40,36	19,88	11,45	5,42
Zobozdravstvena ambulanta	71	19,72	45,07	23,94	8,45	2,82

V tabeli 3.2 je podan odstotek pozitivnih odgovorov na posamezne trditve glede dobrega sodelovanja, sporazumevanja in usposabljanja med delavci na oddelku.

Tabela 3.41 - 3.2: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev od Q7ba do Q7bj

Koda	Q7ba	Q7bb	Q7bc	Q7bd	Q7be
Vsi	55,182	71,716	41,757	74,321	77,762
Pediatrična ambulanta	57,661	72,761	39,777	70,301	76,285
Splošna ambulanta/družinska	45,399	67,456	40,936	71,856	84,049
Zobozdravstvena ambulanta	43,939	58,442	36,842	63,514	75,342
Koda	Q7bf	Q7bg	Q7bh	Q7bi	Q7bj*
Vsi	77,924	90,196	84,53	72,26	60,815
Pediatrična ambulanta	77,075	89,961	82,197	72,273	54,406
Splošna ambulanta/družinska	75,155	91,018	86,905	76,471	63,253
Zobozdravstvena ambulanta	74,627	84,286	78,082	68,519	64,789

**Z rdečo je označena koda z negativno trditvijo, ki da pozitivno oceno s seštevkom p₁+p₂.*

3.5 Odgovori skupine B – Dokumentiranje napak

Dokumentiranje napak razvrščamo v:

1 - Nikoli (negativni); 2 - redko (negativno); 3 - včasih (nedoločeno); 4 - pogosto (pozitivno) in 5 - vedno (pozitivno)

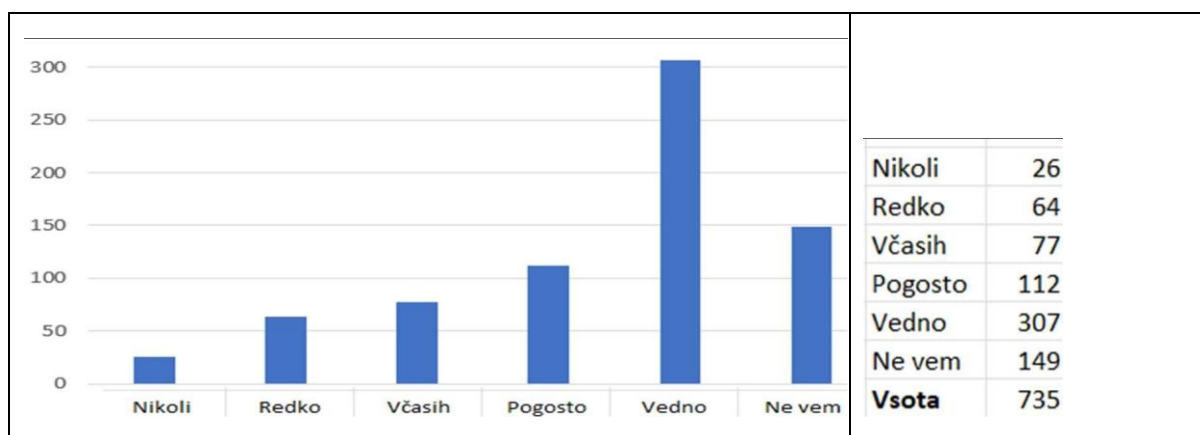
Iz študije porazdelitve bomo v nadaljevanju izpustili 6- ne vem.

Odgovore o dokumentiranju napak, ki ogrožajo varnost pacientov, smo nanizali v tabeli 3.2.

Tabela 3.42 - 3.2: Trditve v skupini B

Trditev	Pozitivni	Negativni	Neodločeni	vsota	% pozitivnih	% negativnih	Opis trditve
Q8a	419	90	77	586	71,5	15	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
Q8b	370	122	90	582	63,6	21	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Podrobnejši prikaz števila in strukture odgovorov na ti dve trditvi je podan v grafu B1 in grafu B2 ter tabelah B1 in B2.



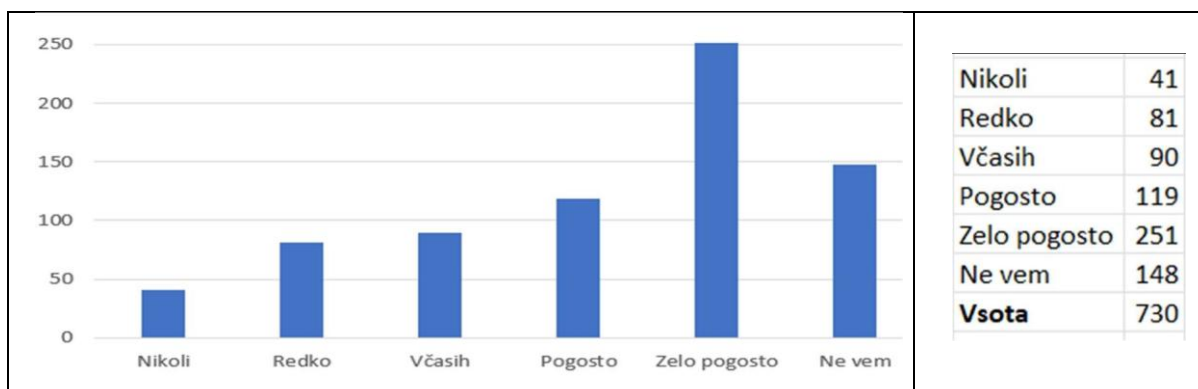
Graf 36 - B1: Q8a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

Tabela 3.43 - B1: Q8a - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

	Vsota	p1 nikoli	p2 redko	p3 včasih	p4 pogosto	p5 vedno
Vsi	586	4,44	10,92	13,14	19,11	52,39
Pediatrična ambulanta	222	4,05	10,36	13,06	21,17	51,35
Splošna ambulanta/družinska	147	5,44	11,56	12,24	21,09	49,66
Zobozdravstvena ambulanta	61	4,92	8,20	16,39	14,75	55,74

Med izpolnjenimi odgovori se pojavlja trditev, da se v primeru, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, le te ne dokumentirajo ali dokumentirajo nikoli ali redko v skoraj 16 % vseh primerov poročanja v anketi.

Graf B2 in tabela B2 podajata števila posameznih odgovorov in strukturo le-teh. Strukturo podajamo tudi po posameznih vrstah ambulant.



Graf 37 - B2: Q8b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Tabela 3.44 - B2: Q8b - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

	Vsota	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
Vsi	582	7,04	13,92	15,46	20,45	43,13
Pediatrična ambulanta	221	7,69	11,31	15,84	23,53	41,63
Splošna ambulanta/družinska	147	9,52	15,65	17,69	17,01	40,14
Zobozdravstvena ambulanta	61	6,56	11,48	11,48	21,31	49,18

Med izpolnjenimi odgovori se pojavlja trditev, da se v primeru, ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, le-te ne dokumentirajo najmanj v 21 % vseh primerov poročanja v anketi. Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev Q8a in Q8b skupaj in po posameznih ambulantah je podan v tabeli 3.2.

Tabela 3.45 - 3.2: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev Q8a in Q8b

Koda	Q8a	Q8b
VsI	74,82	63,57
Pediatrična ambulanta	72,52	65,16
Splošna ambulanta/družinska	70,75	57,14
Zobozdravstvena ambulanta	70,49	70,49

3.6 Odgovori skupine C – Ocena splošne varnosti pacientov

Anketiranci so bili naprošeni, da ocenijo varnost pacientov v njihovi ambulanti. Ocene so bile na voljo od odlično (5) do izredno slabo (1).

Ocene so:

5 - Odlično (p1 je odstotek, ki ga računamo); 4 - Zelo dobro (p2 je odstotek takih odgovorov); 3 - Sprejemljivo (odstotek odgovorov je p3); 2 - Slabo (p4 je odgovarjajoči odstotek teh ocen) in 1 - izredno slabo (p5).

Rezultati so razvidni v grafu C1.



Graf 38 - C1: Q9a - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši ordinaciji

Tabela 3.46 - C1: Q9a - Število vseh in struktura trditev 1-5: Ocenite stanje varnosti pacientov v ordinaciji anketirancev [%]

	Vsota	p1	p2	p3	p4	p5
Vsi	726	38,84	47,80	12,81	0,41	0,14
Pediatrična ambulanta	263	37,26	46,77	15,59	0,00	0,38
Splošna ambulanta/družinska	165	36,97	49,70	12,73	0,61	0,00
Zobozdravstvena ambulanta	75	52,00	42,67	4,00	1,33	0,00

Iz grafa C1 in priloženih numeričnih podatkov je razvidno, da kar 99,5% anketirancev meni, da je varnost pacientov v njihovi ambulanti vsaj sprejemljiva, medtem ko jih 38,8% trdi, da je za varnost pacientov v njihovi ambulanti odlično poskrbljeno.

Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v trditvi Q9a (vsota ocen p1+p2+p3) je podan v tabeli 4.

Če bi se lotili odpravljanja nevarnosti v slovenskih ambulantah, potem se lahko vrstnega reda lotimo tudi tako, da se najprej lotimo nevarnosti, ki se pojavljajo v najvišjem odstotku pri anketirancih. Zato smo iz odgovorov tipa A sestavili ranžirno vrsto, kot jo podaja tabela 5.

Tabela 3.47 - 4: Odstotek za oceno kulture varnosti pozitivnih odgovorov v skupini trditev Q9a (vsota ocen p₁+p₂+p₃) [%]

Koda	Q9a
Vsi	99,45
Pediatrična ambulanta	99,62
Splošna ambulanta/družinska	99,39
Zobozdravstvena ambulanta	98,67

Tabela 3.48 - 5: Ranžirna vrsta desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov

Rang	Trditve	Negativni	Pozitivni	Neodločeni	vsota	% negativnih	% negativnih	Opis trditve
1	Q7bc	296	309	135	740	58	42	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.
2	Q7aw	226	301	131	658	66	34	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).
3	Q7ab	196	435	111	742	74	26	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.
4	Q7at	192	409	135	736	74	26	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.
5	Q7ak	167	429	153	749	78	22	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.
6	Q7au	147	499	96	742	80	20	Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.
7	Q7ax	136	360	227	723	81	19	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.
8	Q7av	134	483	117	734	82	18	Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.
9	Q7ba	123	378	184	685	82	18	Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.
10	Q7bj	123	433	156	712	83	17	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.

V ranžirni vrsti desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov so odstotki pozitivnih odgovorov podani v tabeli 6 tudi po posameznih vrstah ambulant.

Tabela 3.49 - 6: Odstotek pozitivnih odgovorov v ranžirni vrsti desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov

Rang	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Koda	Q7bc	Q7aw	Q7ab	Q7at	Q7ak	Q7au	Q7ax	Q7av	Q7ba	Q7bj*
Vsi	41,76	45,74	58,63	55,57	57,28	67,25	49,79	65,80	55,18	60,81
Pediatrična ambulanta	39,78	42,39	57,84	57,09	54,61	69,66	48,31	64,79	57,67	54,41
Splošna ambulanta/družinska	40,94	51,19	56,65	60,12	59,65	67,46	50,00	67,46	45,40	63,25
Zobozdravstvena ambulanta	36,84	46,55	41,56	52,11	44,30	69,86	44,29	69,01	43,94	64,79

4 ŠTUDIJ RAZLIK V POSAMEZNIH ODSOTOKIH OCEN VARNOSTI PACIENTOV MED POSAMEZNIMI VRSTAMI PRIMARNEGA ZDRAVSTVA

4.1 Motivacija in način statistične obdelave

Postavljamo si vprašanje, ali so odgovori zaposlenih po posameznih vrstah ambulant različni. Še predvsem se sprašujemo, ali so na nekatere odgovore z velikim odstotkom negativnih ocen delovanja in odnosov, ki vplivajo na varnost pacientov, posamezne vrste ambulant odgovorile različno. Na kritično višino odstotkov negativnih ocen smo bili namreč še posebej pozorni in izvedli χ^2 test razlik med tipi ambulant.

Razlike odstotkov negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili tudi z Agresti-Caffo oceno razlik v odstotkih negativnih ocen in te intervalne ocene s tveganjem 0,05 zapisali v matriki odnosov med tipi ambulant za primere, ko smo dobili več kot 20 polnih odgovorov v nekem tipu ambulate. V matriko odnosov pa smo zapisali tudi odnos do skupnih vrednosti odgovorov.

Pri oceni odstotkov smo upoštevali, da se posteriorna porazdelitev odstotka p_i negativnih ocen i -te ambulate X_i porazdeljuje v beta porazdelitvi s povprečjem

$$\tilde{p}_i = (X_i + 1)/(n_i + 2) \quad (1)$$

in varianco

$$\tilde{p}_i(1 - \tilde{p}_i)/(n_i + 3) \quad (2)$$

z Agresti-Caffovo oceno razlik v odstotkih negativnih ocen namreč sledimo dokazu avtorjev, da v primeru, ko vzamemo grobi normalni približek za porazdelitev razlik beta- porazdeljenih parametrov, to vodi v intervalno oceno

$$(\tilde{p}_1 - \tilde{p}_2) \pm z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{\tilde{p}_1(1 - \tilde{p}_1)}{n_1 + 3} + \frac{\tilde{p}_2(1 - \tilde{p}_2)}{n_2 + 3}}. \quad (3)$$

4.2 Matrični prikaz Agresti-Caffove ocene razlik v deležih negativnih ocen varnosti po posameznih parih vrst ambulant

V tabeli 7 podajamo Matrični prikaz Agresti-Caffove ocene razlik v deležih negativnih ocen varnosti po posameznih parih vrst ambulant.

Tabela 4.1 - 7: Matrični prikaz Agresti-Caffove ocene razlik v deležih negativnih ocen varnosti po posameznih parih vrst ambulant pri 5% tveganju.

Dana je spodnja meja (min) in zgornja meja (max) za vsak par tipov ambulant (i=o: vse ambulate; i=1: pediatrične ambulate; i=2: splošne ambulate/družinske; i=3: zobozdravstvene ambulate)

		min	max	min	max	min	max	min	max
Trditev		j=0		j=1		j=2		j=3	
Q7aa	»i=o«	0,000	0,000	-0,135	0,123	-0,168	0,175	-0,260	0,136
	»i=1«	-0,123	0,135	0,000	0,000	-0,206	0,226	-0,272	0,159
	»i=2«	-0,152	0,145	-0,181	0,162	0,000	0,000	-0,294	0,162
	»i=3«	-0,136	0,261	-0,160	0,272	-0,162	0,294	0	0
Q7ab	»i=o«	0,000	0,000	-0,120	0,116	-0,156	0,164	-0,316	0,035
	»i=1«	-0,116	0,120	0,000	0,000	-0,184	0,203	-0,331	0,054
	»i=2«	-0,135	0,142	-0,158	0,162	0,000	0,000	-0,343	0,069
	»i=3«	-0,036	0,316	-0,055	0,332	-0,140	0,272	0	0
Q7ac	»i=o«	0,000	0,000	-0,150	0,104	-0,167	0,175	-0,181	0,207
	»i=1«	-0,104	0,150	0,000	0,000	-0,202	0,222	-0,176	0,247
	»i=2«	-0,109	0,188	-0,154	0,188	0,000	0,000	-0,173	0,278
	»i=3«	-0,207	0,182	-0,248	0,177	-0,160	0,292	0	0
Q7ad	»i=o«	0,000	0,000	-0,126	0,127	-0,166	0,173	-0,228	0,15735
	»i=1«	-0,127	0,126	0,000	0,000	-0,200	0,219	-0,246	0,17359
	»i=2«	-0,133	0,162	-0,154	0,184	0,000	0,000	-0,244	0,20199
	»i=3«	-0,157	0,228	-0,174	0,246	-0,157	0,289	0	0
Q7ae	»i=o«	0,000	0,000	-0,126	0,128	-0,167	0,175	-0,1928	0,17767
	»i=1«	-0,128	0,126	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,211	0,19433
	»i=2«	-0,127	0,173	-0,147	0,195	0,000	0,000	-0,202	0,23348
	»i=3«	-0,178	0,193	-0,194	0,211	-0,152	0,284	0	0
Q7af	»i=o«	0,000	0,000	-0,152	0,114	-0,168	0,175	-0,225	0,17041
	»i=1«	-0,114	0,152	0,000	0,000	-0,207	0,226	-0,225	0,20829
	»i=2«	-0,171	0,122	-0,215	0,128	0,000	0,000	-0,277	0,17363
	»i=3«	-0,170	0,225	-0,208	0,225	-0,159	0,291	0	0
Q7ag	»i=o«	0,000	0,000	-0,127	0,117	-0,162	0,170	-0,137	0,14707
	»i=1«	-0,117	0,127	0,000	0,000	-0,152	0,172	-0,152	0,17191
	»i=2«	-0,122	0,171	-0,147	0,185	0,000	0,000	-0,152	0,21041
	»i=3«	-0,147	0,137	-0,172	0,152	-0,115	0,247	0	0
Q7ah	»i=o«	0,000	0,000	-0,123	0,130	-0,167	0,175	-0,187	0,18344
	»i=1«	-0,130	0,123	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,208	0,1973

		min	max	min	max	min	max	min	max
Trditvev		j=0		j=1		j=2		j=3	
Q7ai	»i=2«	-0,110	0,189	-0,128	0,214	0,000	0,000	-0,180	0,25554
	»i=3«	-0,183	0,187	-0,197	0,208	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,128	0,125	-0,167	0,175	-0,325	0,04495
	»i=1«	-0,125	0,128	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,341	0,06442
Q7aj	»i=2«	-0,146	0,153	-0,169	0,173	0,000	0,000	-0,354	0,08144
	»i=3«	-0,045	0,326	-0,064	0,341	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,137	0,116	-0,167	0,175	-0,223	0,14765
	»i=1«	-0,116	0,137	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,230	0,176
Q7ak	»i=2«	-0,110	0,189	-0,142	0,200	0,000	0,000	-0,216	0,2201
	»i=3«	-0,148	0,223	-0,176	0,230	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,145	0,094	-0,159	0,166	-0,259	0,11377
	»i=1«	-0,094	0,145	0,000	0,000	-0,193	0,212	-0,25	0,15545
Q7al	»i=2«	-0,128	0,155	-0,175	0,150	0,000	0,000	-0,276	0,15741
	»i=3«	-0,114	0,259	-0,155	0,250	-0,151	0,283	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,131	0,127	-0,170	0,177	-0,339	0,0587
	»i=1«	-0,127	0,131	0,000	0,000	-0,207	0,226	-0,355	0,07827
Q7am	»i=2«	-0,147	0,155	-0,172	0,175	0,000	0,000	-0,367	0,09386
	»i=3«	-0,059	0,339	-0,078	0,355	-0,164	0,296	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,114	0,145	-0,170	0,177	-0,251	0,15091
	»i=1«	-0,145	0,114	0,000	0,000	-0,209	0,229	-0,285	0,15349
Q7an	»i=2«	-0,099	0,202	-0,107	0,240	0,000	0,000	-0,231	0,23293
	»i=3«	-0,151	0,251	-0,153	0,285	-0,166	0,298	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,136	0,118	-0,167	0,175	-0,209	0,16121
	»i=1«	-0,118	0,136	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,218	0,18771
Q7ao	»i=2«	-0,099	0,201	-0,129	0,213	0,000	0,000	-0,191	0,2448
	»i=3«	-0,161	0,209	-0,188	0,218	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,111	0,116	-0,145	0,152	-0,141	0,14331
	»i=1«	-0,116	0,111	0,000	0,000	-0,147	0,166	-0,158	0,15537
Q7ap	»i=2«	-0,129	0,138	-0,142	0,155	0,000	0,000	-0,16	0,17689
	»i=3«	-0,143	0,142	-0,155	0,158	-0,106	0,238	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,132	0,125	-0,170	0,178	-0,258	0,14343
	»i=1«	-0,125	0,132	0,000	0,000	-0,209	0,228	-0,272	0,16489
Q7aq	»i=2«	-0,153	0,149	-0,180	0,168	0,000	0,000	-0,292	0,17324
	»i=3«	-0,143	0,258	-0,165	0,272	-0,166	0,298	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,132	0,122	-0,167	0,175	-0,241	0,12984
	»i=1«	-0,122	0,132	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,253	0,15245
Q7ar	»i=2«	-0,143	0,156	-0,169	0,173	0,000	0,000	-0,266	0,16941
	»i=3«	-0,130	0,241	-0,152	0,253	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,133	0,120	-0,167	0,175	-0,206	0,16453
	»i=1«	-0,120	0,133	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,217	0,18886
Q7as	»i=2«	-0,136	0,163	-0,164	0,178	0,000	0,000	-0,225	0,21078
	»i=3«	-0,165	0,206	-0,189	0,217	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,116	0,138	-0,167	0,175	-0,224	0,1468
	»i=1«	-0,138	0,116	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,252	0,15347
Q7at	»i=2«	-0,114	0,185	-0,125	0,217	0,000	0,000	-0,221	0,21479
	»i=3«	-0,147	0,224	-0,153	0,252	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,081	0,160	-0,159	0,166	-0,184	0,21366
	»i=1«	-0,160	0,081	0,000	0,000	-0,206	0,225	-0,24	0,19104
Q7au	»i=2«	-0,125	0,155	-0,108	0,217	0,000	0,000	-0,197	0,25654
	»i=3«	-0,214	0,184	-0,191	0,240	-0,161	0,293	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,096	0,152	-0,164	0,171	-0,189	0,21359

		min	max	min	max	min	max	min	max
Trditev		j=0		j=1		j=2		j=3	
Q7av	»i=1«	-0,152	0,096	0,000	0,000	-0,209	0,228	-0,234	0,20296
	»i=2«	-0,133	0,156	-0,128	0,207	0,000	0,000	-0,207	0,25463
	»i=3«	-0,214	0,189	-0,203	0,234	-0,165	0,297	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,129	0,124	-0,167	0,175	-0,221	0,14948
Q7aw	»i=1«	-0,124	0,129	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,236	0,16952
	»i=2«	-0,146	0,153	-0,170	0,172	0,000	0,000	-0,25	0,18589
	»i=3«	-0,149	0,221	-0,170	0,236	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,147	0,084	-0,151	0,158	-0,166	0,25399
Q7ax	»i=1«	-0,084	0,147	0,000	0,000	-0,214	0,233	-0,148	0,29894
	»i=2«	-0,131	0,137	-0,183	0,126	0,000	0,000	-0,187	0,28074
	»i=3«	-0,254	0,166	-0,299	0,148	-0,168	0,300	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,135	0,112	-0,165	0,173	-0,236	0,16953
Q7ay	»i=1«	-0,112	0,135	0,000	0,000	-0,209	0,229	-0,240	0,19737
	»i=2«	-0,158	0,137	-0,191	0,147	0,000	0,000	-0,277	0,1898
	»i=3«	-0,170	0,236	-0,197	0,240	-0,167	0,299	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,138	0,123	-0,172	0,179	-0,157	0,1942
Q7az	»i=1«	-0,123	0,138	0,000	0,000	-0,186	0,205	-0,169	0,22112
	»i=2«	-0,121	0,185	-0,150	0,201	0,000	0,000	-0,16	0,26202
	»i=3«	-0,194	0,157	-0,221	0,169	-0,145	0,277	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,133	0,120	-0,167	0,175	-0,200	0,16997
Q7ba	»i=1«	-0,120	0,133	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,212	0,19383
	»i=2«	-0,117	0,183	-0,144	0,198	0,000	0,000	-0,200	0,23561
	»i=3«	-0,170	0,200	-0,194	0,212	-0,152	0,284	0	0
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,250	0,889	-0,256	0,896
Q7bb	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,257	0,896	-0,256	0,896
	»i=2«	-0,889	0,250	-0,889	0,250	0,000	0,000	-0,128	0,129
	»i=3«	-0,896	0,256	-0,896	0,256	-0,129	0,128	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,566	0,573	-0,191	0,961
Q7bc	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,566	0,586	-0,191	0,961
	»i=2«	-0,964	0,175	-0,964	0,175	0,000	0,000	-0,137	0,119
	»i=3«	-0,961	0,191	-0,961	0,191	-0,062	0,194	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,565	0,572	-0,461	0,686
Q7bd	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,564	0,583	-0,461	0,686
	»i=2«	-0,668	0,469	-0,668	0,469	0,000	0,000	-0,095	0,121
	»i=3«	-0,686	0,461	-0,686	0,461	-0,042	0,174	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,566	0,574	-0,173	0,979
Q7be	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,567	0,586	-0,173	0,979
	»i=2«	-0,974	0,166	-0,974	0,166	0,000	0,000	-0,130	0,128
	»i=3«	-0,979	0,173	-0,979	0,173	-0,063	0,195	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,567	0,574	-0,140	1,014
Q7bf	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,567	0,586	-0,140	1,014
	»i=2«	-1,005	0,135	-1,005	0,135	0,000	0,000	-0,130	0,135
	»i=3«	-1,014	0,140	-1,014	0,140	-0,066	0,198	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,567	0,574	-0,151	1,002
Q7bg	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,567	0,587	-0,151	1,002
	»i=2«	-1,006	0,134	-1,006	0,134	0,000	0,000	-0,143	0,122
	»i=3«	-1,002	0,151	-1,002	0,151	-0,067	0,199	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,800	0,800	-0,566	0,574	-0,106	1,045
	»i=1«	-0,800	0,800	0,000	0,000	-0,566	0,585	-0,106	1,045
	»i=2«	-1,035	0,105	-1,035	0,105	0,000	0,000	-0,123	0,132

		min	max	min	max	min	max	min	max
Trditev		j=0		j=1		j=2		j=3	
Q7bh	»i=3«	-1,045	0,106	-1,045	0,106	-0,061	0,193	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,127	0,127	-0,167	0,175	0,262	0,633
	»i=1«	-0,127	0,127	0,000	0,000	-0,193	0,213	0,245	0,650
	»i=2«	-0,615	-0,316	-0,636	-0,295	0,000	0,000	-0,236	0,200
Q7bi	»i=3«	-0,633	-0,262	-0,650	-0,245	-0,152	0,284	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,128	0,125	-0,167	0,175	-0,326	0,045
	»i=1«	-0,125	0,128	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,341	0,064
	»i=2«	-0,146	0,153	-0,169	0,173	0,000	0,000	-0,354	0,081
Q7bj	»i=3«	-0,045	0,326	-0,064	0,341	-0,152	0,284	0,000	0,000
	»i=o«	0,000	0,000	-0,127	0,127	-0,167	0,175	-0,229	0,142
	»i=1«	-0,127	0,127	0,000	0,000	-0,193	0,213	-0,247	0,159
	»i=2«	-0,042	0,257	-0,063	0,279	0,000	0,000	-0,154	0,282
	»i=3«	-0,142	0,229	-0,159	0,247	-0,152	0,284	0,000	0,000

Iz tabele 7 sledi, da v vseh primerih leži razlika 0 nekje sredi intervala zaupanja pri 5 % tveganju.

5 TESTIRANJE RAZLIK V PORAZDELITVAH

Na posamezne trditve s kodo Q7aa do Q7bd so anketiranci odgovarjali z naslednjimi trditvami: (1) Sploh se ne strinjam; (2) Se ne strinjam; (3) Sem neodločen; (4) Strinja se; (5) Zelo se strinjam.

V Tabelah 8.1 so podane frekvence odgovorov po posameznih vrstah primarnega zdravstva, kjer smo dobili več kot 20 odgovorov, in skupaj. V prvi vrsti vsake kode je zapisana trditev in podane so frekvence znakov za vse anketirance. V zadnjem stolpcu je ocena tveganja α , ob trditvi, da obstajajo značilne razlike med skupinami navedenih vrst ambulant v Sloveniji, vključno z vrstico, kjer so navedene frekvence vseh.

Tabela 5.1 - 8.1: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aa do Q7bd in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.						
Q7aa	Ostali	9	12	196		
	Pediatrična ambulanta	17	36	213		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	9	9	154		
	Zobozdravstvena ambulanta	9	11	59	21,57161	0,001
	Vsota	44	68	622		
V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.						
Q7ab	Ostali	150	26	48		
	Pediatrična ambulanta	155	42	71		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	98	29	46		
	Zobozdravstvena ambulanta	32	14	31	17,00937	0,009
	Vsota	435	111	196		
V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo .						
Q7ac	Ostali	12	15	202		
	Pediatrična ambulanta	32	44	195		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	23	21	128		
	Zobozdravstvena ambulanta	6	14	60	24,55705	0,000
	Vsota	73	94	585		
Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.						
Q7ad	Ostali	5	8	210		
	Pediatrična ambulanta	9	17	242		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	8	8	155		
	Zobozdravstvena ambulanta	5	9	66	10,77512	0,096
	Vsota	27	42	673		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7aa - Q7ad so se pokazale samo pri trditvi: Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.

Tabela 5.2 - 8.2: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ae - Q7aj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

.Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.						
Q7ae	Ostali	7	7	216		
	Pediatrična ambulanta	10	17	244		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	10	8	151		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	8	69	8,730804	0,189
	Vsota	30	40	680		
Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.						
Q7af	Ostali	11	26	164		
	Pediatrična ambulanta	19	31	200		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	5	13	147		
	Zobozdravstvena ambulanta	6	6	66	8,4673	0,206
	Vsota	41	76	577		
Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.						
Q7ag	Ostali	1	17	214		
	Pediatrična ambulanta	5	24	238		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	6	14	146		
	Zobozdravstvena ambulanta	0	13	65	13,82024	0,032
	Vsota	12	68	663		
Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.						
Q7ah	Ostali	7	17	202		
	Pediatrična ambulanta	11	36	217		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	14	18	136		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	18	56	21,09929	0,002
vsota	Vsota	35	89	611		
Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.						
Q7ai	Ostali	8	20	200		
	Pediatrična ambulanta	5	28	231		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	8	25	136		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	11	63	7,460931	0,280
vsota	Vsota	24	84	630		
O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.						
Q7aj	Ostali	9	43	179		
	Pediatrična ambulanta	26	35	212		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	21	36	114		
	Zobozdravstvena ambulanta	9	21	48	21,88762	0,001
vsota	Vsota	65	135	553		

Tabela 5.3 - 8.3: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ak - Q7ap in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.						
Q7ak	Ostali	144	47	37		
	Pediatrična ambulanta	148	56	67		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	102	29	40		
	Zobozdravstvena ambulanta	35	21	23	12,906	0,045
	Vsota	429	153	167		
Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.						
Q7al	Ostali	14	35	174		
	Pediatrična ambulanta	21	41	206		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	15	32	122		
	Zobozdravstvena ambulanta	7	12	58	2,5174	0,867
vsota	Vsota	57	120	560		
Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.						
Q7am	Ostali	13	34	172		
	Pediatrična ambulanta	19	55	189		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	23	32	112		
	Zobozdravstvena ambulanta	10	15	51	12,952	0,044
vsota	Vsota	65	136	524		
Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.						
Q7an	Ostali	15	49	154		
	Pediatrična ambulanta	34	59	175		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	28	37	102		
	Zobozdravstvena ambulanta	10	23	41	12,985	0,043
vsota	Vsota	87	168	472		
Rad/-a imam svoje delo.						
Q7ao	Ostali	5	6	218		
	Pediatrična ambulanta	2	8	254		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	2	6	158		
	Zobozdravstvena ambulanta	0	4	73	4,4374	0,618
vsota	Vsota	9	24	703		
Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.						
Q7ap	Ostali	19	30	184		
	Pediatrična ambulanta	26	40	201		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	15	26	126		
	Zobozdravstvena ambulanta	11	18	47	9,1156 14	0,167
vsota	Vsota	71	114	558		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditve o varnostnih faktorjih Q7ae - Q7aj so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo; (b) Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim; (c) Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.

Tabela 5.4 - 8.4: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aq - Q7av in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.						
Q7aq	Ostali	11	24	198		
	Pediatrična ambulanta	19	32	215		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	12	32	124		
	Zobozdravstvena ambulanta	9	7	62	12,93243	0,044
	Vsota	51	95	599		
Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.						
Q7ar	Ostali	9	18	204		
	Pediatrična ambulanta	16	39	213		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	11	31	128		
	Zobozdravstvena ambulanta	5	12	59	12,98864	0,043
	Vsota	41	100	604		
Morala je v tem delovnem okolju visoka.						
Q7as	Ostali	19	38	176		
	Pediatrična ambulanta	23	54	188		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	22	35	110		
	Zobozdravstvena ambulanta	10	18	49	7,594564	0,269
	Vsota	74	145	523		
Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.						
Q7at	Ostali	70	41	118		
	Pediatrična ambulanta	59	56	153		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	46	21	101		
	Zobozdravstvena ambulanta	17	17	37	10,57875	0,102
	Vsota	192	135	409		
Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.						
Q7au	Ostali	54	31	148		
	Pediatrična ambulanta	45	36	186		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	35	20	114		
	Zobozdravstvena ambulanta	13	9	51	3,781066	0,706
	Vsota	147	96	499		
Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.						
Q7av	Ostali	39	41	147		
	Pediatrična ambulanta	49	45	173		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	31	24	114		
	Zobozdravstvena ambulanta	15	7	49	3,475285	0,747
	Vsota	134	117	483		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditve o varnostnih faktorjih Q7ak - Q7ap so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah; (b) Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih; (c) Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.

Tabela 5.5 - 8.5: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aw - Q7bb in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	Tveganje α
Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).						
Q7aw	Ostali	60	44	85		
	Pediatrična ambulanta	91	49	103		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	58	24	86		
	Zobozdravstvena ambulanta	17	14	27	7,4801	0,279
vsota	Vsota	226	131	301		
Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.						
Q7ax	Ostali	39	64	117		
	Pediatrična ambulanta	53	85	129		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	29	54	83		
	Zobozdravstvena ambulanta	15	24	31	2,3997	0,880
vsota	Vsota	136	227	360		
Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.						
Q7ay	Ostali	6	25	185		
	Pediatrična ambulanta	13	39	207		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	12	22	129		
	Zobozdravstvena ambulanta	1	12	57	8,274	0,219
vsota	Vsota	32	98	578		
Vodstvo dobro opravlja svoje delo.						
Q7az	Ostali	16	48	157		
	Pediatrična ambulanta	28	68	167		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	22	38	107		
	Zobozdravstvena ambulanta	8	17	49	5,5704	0,473
vsota	Vsota	74	171	480		
Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.						
Q7ba	Ostali	29	47	132		
	Pediatrična ambulanta	44	61	143		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	37	52	74		
	Zobozdravstvena ambulanta	13	24	29	16,8678	0,010
vsota	Vsota	123	184	378		
Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.						
Q7bb	Ostali	18	33	181		
	Pediatrična ambulanta	30	43	195		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	16	39	114		
	Zobozdravstvena ambulanta	14	18	45	16,0620	0,013
vsota	Vsota	78	133	535		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7aq -

Q7av so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto; (b) Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.

Tabela 5.6 - 8.6: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bc - Q7bh in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.						
Q7bc	Ostali	296	135	309		
	Pediatrična ambulanta	104	58	107		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	80	21	70		
	Zobozdravstvena ambulanta	33	15	28	7,616271	0,268
vsota	Vsota	513	229	514		
V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.						
Q7bd	Ostali	70	119	547		
	Pediatrična ambulanta	25	54	187		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	19	28	120		
	Zobozdravstvena ambulanta	13	14	47	8,084087	0,232
vsota	Vsota	127	215	901		
Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.						
Q7be	Ostali	44	109	535		
	Pediatrična ambulanta	15	45	193		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	8	18	137		
	Zobozdravstvena ambulanta	7	11	55	5,741109	0,453
vsota	Vsota	74	183	920		
Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.						
Q7bf	Ostali	43	108	533		
	Pediatrična ambulanta	18	40	195		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	16	24	121		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	14	50	4,467839	0,614
vsota	Vsota	80	186	899		

Koda	Vrsta ambulante	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki.					
Q7bg	Ostali	24	46	644		
	Pediatrična ambulanta	7	19	233		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	9	6	152		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	8	59	7,61199	0,268
vsota	Vsota	43	79	1088		
	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.					
Q7bh	Ostali	24	88	612		
	Pediatrična ambulanta	13	34	217		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	6	16	146		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	13	57	4,918466	0,554
vsota	Vsota	46	151	1032		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7aq - Q7av so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje; (b) Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7bc - Q7bh se niso pokazale pri nobenih trditvah.

Tabela 5.7 - 8.7: Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bi - Q7bj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.						
Q7bi	Ostali	26	136	422		
	Pediatrična ambulanta	13	48	159		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	7	29	117		
	Zobozdravstvena ambulanta	2	15	37	3,04096	0,804
	Vsota	48	228	735		
Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.						
Q7bj	Ostali	433	156	123		
	Pediatrična ambulanta	142	60	59		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	105	33	28		
	Zobozdravstvena ambulanta	46	17	8	7,76835	0,256
	Vsota	726	266	218		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7bc - Q7bd se niso pokazale pri nobenih trditvah.

Če pogledamo samo strukturo za varnost pacientov negativnih ocen in nenegativnih ocen, dobimo tabelo 3 teh struktur. V tabeli smo z odebeljeno rdečo barvo označili vrednosti trditev, ki opozarjajo na to, da je potrebno ukrepati čimprej, saj negativne ocene presegajo 30% mnenj anketirancev. Pri tem so se najbolj kritične pojavile trditve, ki smo jih tudi posebej nanizali v tabeli 9.1.

Za trditve, ki so najbolj kritične, to je Q7ab, Q7aw, Q7bc in Q7bj smo tudi preverili, ali lahko trdimo, da se ocene pri posameznih vrstah ambulant, ki smo jih posebej izpostavili (Pediatrična ambulanta, Splošna ambulanta/družinska ambulanta in Zobozdravstvena ambulanta) porazdeljujejo različno. Kot je razvidno iz χ^2 testa v tabeli 9.b, je tveganje ob trditvi, da se po različnih vrstah ambulant odstotek ocen nevarnosti za pacienta razlikuje značilno, celo če postavimo kritično mejo pri $\alpha=0,1$ preveliko.

Tabela 5.8 - 9.1: Seznam najbolj kritičnih stanj po trditvah in vrstah ambulant

koda	Trditev/vrsta ambulate	NEGA-TIVNI	POZI-TIVNI	NEOD-LOČENI	VSOTA	% NENEGA-TIVNI	% NEGA-TIVNI	% PO-ZITIV-NIH
Q7ab	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov- Zobozdravstvena ambulanta	31	32	14	77	59,7	40,3	41,6
Q7aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj.- Vsi	226	301	131	658	65,7	34,3	45,7
	Pediatrična ambulanta	91	103	49	243	62,6	37,4	42,4
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	58	86	24	168	65,5	34,5	51,2
Q7bc	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.- Vsi	296	309	135	740	60,0	40,0	41,8
	Pediatrična ambulanta	104	107	58	269	61,3	38,7	39,8
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	80	70	21	171	53,2	46,8	40,9
	Zobozdravstvena ambulanta	33	28	15	76	56,6	43,4	36,8
Q7bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.-Vsi.	433	123	156	712	39,2	60,8	17,3
	Pediatrična ambulanta	142	59	60	261	45,6	54,4	22,6
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	105	28	33	166	36,7	63,3	16,9
	Zobozdravstvena ambulanta	46	8	17	71	35,2	64,8	11,3

1. Najhujši problemi se kažejo v pogostih motnjah v sporazumevanju med zaposlenimi, zaradi česar prihaja do zamud pri oskrbi pacientov. Več kot polovica anketirancev trdi o tem in to po vseh vrstah ambulant.
2. Manj, vendar skoraj enaka je problematika neustrezne kadrovske strukture v ambulantah, kar zmanjšuje možnost zadostne obravnave pacientov.
3. V vseh, še posebej pa v pediatrični in splošni ambulanti je večji problem utrujenost, ki poslabša delovno uspešnost zaposlenih v nujnih primerih (npr. pri srčnem zastoj).
4. Še predvsem v zobozdravstvu pa se kaže velik problem tudi v tem, da je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov, kar znižuje pacientovo varnost.

Tabela 5.9 - 9.2: Med pediatrično, splošno in zobozdravstveno ambulanto hi-kvadrat test ne pokaže značilnih razlik v porazdelitvi tedaj, ko gre za visoko kritične ocene varnosti pacientov (ne upoštevajoč ostale)

Št.	Koda	Trditev/vrsta ambulante	Nega- tivne	Pozi- tivne	Neod- ločeni	Vsota	χ^2	α
2	Q7ab	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov-Vsi.	196	435	111	742	7,580	>0,1
		Pediatrična ambulanta	71	155	42	268		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	46	98	29	173		
		Zobozdravstvena ambulanta	31	32	14	77		
		Vsota(3)	148	285	85	518		
23	Q7aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj.- Vsi	226	301	131	658	4,570	>0,1
		Pediatrična ambulanta	91	103	49	243		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	58	86	24	168		
		Zobozdravstvena ambulanta	17	27	14	58		
		Vsota(3)	166	216	87	469		
29	Q7bc	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.- Vsi	296	309	135	740	6,957	>0,1
		Pediatrična ambulanta	104	107	58	269		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	80	70	21	171		
		Zobozdravstvena ambulanta	33	28	15	76		
		Vsota(3)	217	205	94	516		
36	Q7bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov so pogoste-Vsi	433	123	156	712	6,820	>0,1
		Pediatrična ambulanta	142	59	60	261		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	105	28	33	166		
		Zobozdravstvena ambulanta	46	8	17	71		
		Vsota(3)	293	95	110	498		

6 DISKUSIJA

Kultura varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu predstavlja ključni, a zgodovinsko premalo preučen dejavnik kakovosti zdravstvene oskrbe in kliničnih izidov. Medtem ko so bila temeljna načela kulture varnosti – skupne vrednote, stališča in vedenje glede tveganja in napak – v veliki meri obdelane v okoljih akutne oskrbe, njihov prenos v okolje primarnega zdravstvenega varstva zahteva podrobnejše razumevanje njegove posebne okolijske značilnosti, strukturne naravnosti in relacijske dinamike. Ta monografija ponuja najprej na kratko sintezo znanstvene literature o kulturi varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu, ki zajema teoretične okvire, psihometrična orodja za ocenjevanje in zahteve intervencijske strategije. Na podlagi strogega pregleda podatkov iz zadnjega desetletja vključuje zahteve za kompleksno medsebojno delovanje med organizacijskim vodstvom, timskim delom, »kulturo pravičnosti« in diagnostično varnostjo. Glavni poudarek pa je na oblikovanju za Slovenijo relevantnega vprašalnika in na njem temelječo analizo pridobljenih vzorčnih odgovorov. Ne raziskuje pa še dovolj nastajajoče meje sodelovanja pacientov in umetne inteligence kot sestavnih delov sodobne varnostne krajine.

Analiza razkriva, da čeprav timsko delo ostaja stalna prednost v vseh okoljih primarnega zdravstvenega varstva po vsem svetu, se sektor še naprej spopada z vprašanji kaznovalne politike kot odzivi na napake in sistemskimi rešitvami glede delovne obremenitve, kar zahteva ciljno usmerjene, večplastne intervencije za prehod iz reaktivne v generativno kulturo varnosti, nenazadnje pa tudi ustrezno politiko nagrajevanja dela v primarnem zdravstvu.

Zdravstveni sistemi po vsem svetu se preusmerjajo k modelom, ki temeljijo na vrednotah. Zato se je tudi središče raziskav premaknilo v iskanje odgovorov na vprašanje vrednot v primarnem zdravstvenem varstvu, s tem pa je vplivalo tudi na oblikovanje našega vprašalnika. Vendar pa znanstveno razumevanje kulture varnosti pacientov na tem področju še vedno ostaja vezano na bolnišnično usmerjene vidike. Ti pa ne zajamejo posebnosti, s katerimi se srečujemo v primarnem zdravstvu. Ta monografija vključuje v oblikovanem vprašalniku izčrpno sintezo trenutnega stanja raziskav na področju varnosti pacientov in opredeljuje kritične vrzeli v merjenju, dinamiki delovne sile glede na demografske spremembe in digitalni integraciji. Na podlagi strogega pregleda empiričnih dokazov lahko zaključimo, da je prihodnost varnosti v primarnem zdravstvenem varstvu v prehodu od statične, retrospektivne ocene k dinamični, sistemsko zasnovani dinamiki, ki bo vključevala ustrezne projekcije po povpraševanju po varnih storitvah. Ključni dejavniki tega razvoja vključujejo ne samo več usposobljenega medicinskega kadra, ki danes pomeni ozko grlo za vstop v varno okolje primarnega zdravstva, ampak tudi integracijo umetne inteligence, vključevanje drugih izobrazbenih profilov za dvig »odpornosti« delovne sile. Ta dokument prikazuje ne samo teoretične in metodološke meje,

potrebne za izgradnjo kulture varnosti, ki bo pravična in trajnostna, ampak tudi kvantitativne kazalce za doseganje ciljev kulture varnosti pacientov.

V čem se razlikujejo vidiki kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvu od varnosti pacientov v bolnišnicah?

Bolnišnična perspektiva temelji na zaprtih, visoko intenzivnih okoljih kirurških oddelkov in enot za intenzivno nego. V teh okoljih so ekipe pogosto tesno povezane, neželeni dogodki pa so vidni in takojšnji. Za primarno zdravstvo pa so značilne interakcije z velikim obsegom pacientov in nižjo intenzivnostjo obdelav, pa tudi pogosto dolgi časovni razmiki med vstopom pacienta v zagotavljanjem oskrbe in izidom zdravljenja. Zato kultura varnosti v primarnem zdravstvenem varstvu ni zgolj poenostavljena različica kulture varnosti v bolnišnicah, temveč moramo le-to obravnavati kot ločen konstrukt. Medtem ko se bolnišnična kultura varnosti pacientov osredotoča na osredotočen, skoncentriran postopek, temelji varnost v primarnem zdravstvenem varstvu na kontinuiteti postopkov in informacij prek drobnih časovnih oknov, zato se tveganja kumulirajo in se zgodi, da se diagnostična napaka, ki jo naredi splošni zdravnik, pokaže šele več mesece kasneje, pogosto tudi v okolju sekundarnega zdravstvenega varstva. Te latentne posledice zahtevajo drugačen pristop, drugačno učenje o varnosti pacientov.

Predpostavka, ki se je prenesla iz sekundarnega zdravstva, da je primarno zdravstveno varstvo manj rizično, je bila ovržena z nedavnimi epidemiološkimi izidi. Raziskave v državah OECD kažejo, da varnostne pomanjkljivosti v primarnem zdravstvenem varstvu povzročajo znatno obolevnost v poznejših fazah, zahteva pozneje milijone dodatnih, novih sprejemov v bolnišnico letno kar predstavlja več odstotni dvig števila dni bolnišnične oskrbe in s tem več odstotni dvig izdatkov zdravstvene blagajne. Zato je razvoj kulture varnosti pacientov v primarnem zdravstvu predpogoj za finančno sposobnost preživetja zdravstvenih sistemov in zahteva več mesta tudi v znanstveni literaturi.

Vprašanja, ki se ga v tej študiji nismo lotili, je vprašanje dviga kulture varnosti pacientov preko omogočanja sodelovanja pacientov za doseganje teh ciljev. Kako pacienti lahko soustvarjajo varnost? Torej, prestaviti jih moramo od pasivnega objekta do aktivnega subjekta. Tradicionalni modeli varnosti vidijo pacienta kot pasivnega prejemnika varne oskrbe. Vendar pa razpršena narava primarnega zdravstvenega varstva, kjer pacient večino časa obvladuje svoje zdravstveno stanje zunaj klinike, zahteva model soustvarjanja varnosti. Tako so pacienti in njihovi ožji družinski člani pogosto edina skupna nit, ki povezuje časovna okna obiskov pacientov v ambulantah in zato v edinstvenem položaju za prepoznavanje stanj v bolniški oskrbi in povezovanje informacij o teh stanjih v informacijskih vrzelih, tudi v trenutkih, ko se odkrivajo napake.

Vendar pa še vedno obstajajo znatne ovire za to sodelovanje. Kot glavni oviri sta navedeni »dinamika moči« in »zdravstvena pismenost«. Bolniki se pogosto bojijo, da bodo označeni za "težavne", če bodo podvomili v zdravnikovo odločitev. Ta strah pa se odraža tudi pri izvajalcih, ki lahko sodelovanje pacientov vidijo kot izziv svoji avtoriteti ali dodatno časovno breme. Pomemben korak pa je dvigniti »zdravstvena pismenost« pacientov. Za operacionalizacijo te so-produkcije so raziskovalci razvili vprašalnike o varnosti v primarnem zdravstvenem varstvu, o katerih poročajo pacienti (PREOS-PC)¹, in podobne instrumente. Ta orodja merijo varnost z vidika pacienta in zajemajo področja, ki jih ankete izvajalcev storitev spregledajo, kot so komunikacijske motnje v zvezi z rezultati testov ali zmeda glede navodil za zdravlila.

Ključno priporočilo je vključitev teh meritev izidov, o katerih poročajo pacienti v rutinsko varnostno nadzorno ploščo ordinacije. Trenutni podatki kažejo, da je sodelovanje pacientov sicer pohvaljeno v dokumentih o politiki, vendar se v vsakodnevni praksi le redko sistematično meri ali ukrepa.

Tako velja med priporočila za prihodnje raziskave vključiti tudi paciente tako, da s povratno informacijo, ki jo posredujejo pacienti, vpeljemo kontrolne mehanizme za kulturo varnosti v primarnem zdravstvu. Pri tem ni nepomembno posredovati klinični ekipi mnenja pacientov na način, ki spodbuja spremembo kulture, ne da bi se pri tem sprožil škodljivi obrambni odnos.

¹ Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOS-PC). <https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/patient-reported-experiences-outcomes-safety-primary-care-preos-pc/> : »Trenutna orodja za merjenje varnosti pacientov se zanašajo na informacije, ki jih posredujejo izvajalci zdravstvenih storitev. Vendar pa dokazi kažejo, da lahko pacienti prepoznajo težave pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe, ki jih trenutni sistemi spremljanja zdravstvene oskrbe ne odkrivajo.

PREOS-PC, razvit s podporo Nacionalnega inštituta za zdravstvene raziskave (NIHR), je zasnovan kot celovita zbirka informacij o izkušnjah pacientov in težavah z varnostjo pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu.

PREOS-PC je sestavljen iz treh različic: kratke oblike, kompaktne oblike in celovite različice, ki jih je mogoče neodvisno uporabljati za ocenjevanje petih področij varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu na edinstvene načine. Razvili so ga strokovnjaki s pomočjo pacientovih prispevkov in je veljaven za uporabo v primarnem zdravstvenem varstvu. Celovit obrazec zagotavlja celovit pregled varnosti pacientov, hkrati pa ponuja najboljše metrične lastnosti, bodisi za raziskave bodisi za rutinsko poglobljeno ocenjevanje zagotavljanja storitev. Kompaktna oblika ponuja ravnovesje med visokimi psihometričnimi standardi in zmanjšanim administrativnim bremenom, kar olajša njegovo izvajanje in uporabo v dejanski praksi. PREOS-PC Screen ponuja jedrat povzetek pacientovega doživetja varnosti, ki ga je mogoče vključiti v širše revizije in ocene zagotavljanja storitev, s čimer se zagotovi ustrezna pokritost ključnih področij.«

7 SKLEP

Glede na ranžirno vrsto odstotka negativnih ocen trditev v anketi, bi bilo potrebno čimprej poskrbeti za naslednje ukrepe, ki jih bomo tudi tu nanizali glede na ranžirno vrsto od najbolj perečega problema, do zadnjega, ki je še vedno nad povprečjem vseh negativnih ocen.

- Zagotoviti je potrebno zadostno kadrovsko strukturo.
- Znižati je potrebno utrujenost osebja, kajti ta poslabša delovno uspešnost, kar je še posebej kritično v nujnih primerih, kot je n.pr. srčni zastoj.
- Opogumiti je potrebno osebje, ki meni, da težko spregovori o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.
- Zmanjšati je potrebno delovne obremenitve tam, kjer se ocenjuje, da so prevelike. Pri preveliki delovni obremenitvi je delovna uspešnost osebja namreč slabša.
- Kadar je delavec/ka preutrujen/-a, je manj učinkovit/-a pri svojem delu, je potrebno biti na utrujenost osebja dovolj pozoren.
- Vodstvo naj bolj podpira vsakodnevne napore podrejenih.
- Izogibati se je potrebno napetih in sovražnih situacij. Večja verjetnost je, da bo delavec/ka v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.
- Smiselno je konstruktivno obravnavati težavno osebje.
- Znižati je potrebno motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, kajti te so danes pogoste.
- Kot ugotavljajo anketiranci, je smiselno bolj upoštevati predloge glede varnosti v njihovem delovnem okolju, če jih ti sporočijo vodstvu.

8 POVZETEK RECENZENTOV

Pričujoča monografija je ena od knjig, ki so rezultat raziskave o kulturi varnosti pacientov (V3-2245: Kultura varnosti pacientov. Namen raziskave je bil razviti instrument v obliki vprašalnika za merjenje zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialnovarstvenih zavodih s ciljem doseganja večje varnosti pacientov, kar pomeni izboljšanje njihove varnosti zdravstvene obravnave z zmanjševanjem preprečljivih neželenih dogodkov v času, ko so pacienti v stiku zdravstvenim sistemom.

Merjenje zaznavanja kulture varnosti pacientov je ključnega pomena, ker pomaga zdravstvenim organizacijam prepoznati prednosti, slabosti in vrzeli ravnanja ter pomagajo najti področja za izboljšave. Raziskovalci so oblikovali ankete z Likertovo lestvico možnih odgovorov (5 ocen in brez odgovora) na trditve in vprašanja po izbranih institucijah in s presečno raziskavo zaznavanja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah, specialističnih ambulantah, zdravstvenih domovih, lekarnah v skupnosti, ter socialno varstvenih zavodih na temelju anket z zaprtim vprašalnikom in dodatkom odprtih vsebin izvedli statistiko porazdelitev ocen situacij, ki lahko pripeljejo do neželenih dogodkov. Za testiranje odstotka negativnih ocen ter razlik v teh odstotkih med vrstami institucij so uporabili pretežno hi-kvadrat in Agresti-Caffov Z+4 test. Statistična analiza je pokazala, da je kritična zgornja meja za odstotek negativnih ocen kulture varnosti v vsej slovenski populaciji zaposlenih po institucijah zdravstva oziroma posebej socialnega varstva določen z Z+4 testom pri tveganju $\alpha=0,025$ za bolnišnice 8,2%, za ostale vrste institucij pa mnogo manjša (primarno zdravstvo: 1,1%; lekarne: 1,2%; socialno varstveni zavodi: 3,7%).

Monografija je sestavljena iz 7 poglavij: Spodbujanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu, Odnos do varnosti pacientov v primarnem zdravstvu, Odgovori po skupinah vprašanj, Študij razlik v posameznih odstotkih ocen varnosti pacientov med posameznimi vrstami primarnega zdravstva, Testiranje razlik v porazdelitvah in Sklep, v katerem so nanizani najpogostejše zaznani izzivi v kulturi varnosti pacientov. Bralcem monografije pa so na voljo tudi priloge 1-10, v katerih so na voljo poglobljene študije, ki razjasnjujejo posamezne trditve v monografiji. Iz seznama uporabljene literature sledi, da študija temelji ne samo na anketah in izkušnjah raziskovalcev, ampak tudi na ugotovitvah v 111 bibliografskih enotah.

Iz podrobnejše analize in primerjave med vrstami institucij v Sloveniji sledi, da je pri vseh še posebej zaskrbljujoča kadrovska zasedba delovnih mest po institucijah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in neželenih dogodkov, ki zaradi tega ves čas prežijo nad pacienti). Uvedba predlaganih anket kot obveznega orodja v institucijah slovenske zdravstvene mreže bi pomagala na lokalnem in državnem nivoju dvigniti kulturo varnosti pacientov, zato jo priporočamo vsem deležnikom v primarnem zdravstvu.

Monografija s svojo vsebino jasno sporoča, da kulture varnosti pacientov ni mogoče vzpostaviti z enkratnimi ukrepi, pravilniki ali kampanjami. Gre za dolgotrajen proces, ki zahteva zavzetost vodstva, aktivno vključevanje vseh zaposlenih, odprto in nekaznovalno poročanje o napakah ter nenehno učenje in prilagajanje. Posebej v primarnem zdravstvu, kjer so delovni pogoji pogosto omejeni, organizacijske strukture manjše, vloge zaposlenih pa večplastne, je gojenje takšne kulture še toliko zahtevnejše – in hkrati še toliko pomembnejše.

doc.dr. Marta Kavšek

doc.dr. Valerija Rogelj

LITERATURA

Temeljni viri

1. Abreu Pereira, S. de, Santos, E., Fassarella, C., idr. (2025). Učinkovitost programa za spodbujanje pozitivnega okolja za zdravstveno nego pri izboljšanju varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi: protokol študije za randomizirano BJGP Open.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. (2010a). Using the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture as an intervention tool in a regional patient safety collaborative. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43728/>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. (2010b). The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
4. Agency for Healthcare Research and Quality. (2010c). The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A tool to plan and evaluate patient safety programs. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
5. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.a). Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®). Dostopno 3. aprila, 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>
6. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.b). Surveys on patient safety culture. Dostopno 3. aprila, 2025, s <https://www.ahrq.gov/topics/surveys-patient-safety-culture.html>
7. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.c). Surveys on Patient Safety Culture (SOPS). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.d). What is patient safety culture? Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
9. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.e). Frequently asked questions about the Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) program. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/about/faq/index.html>
10. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.f). AHRQ patient safety tools and resources [Brochure]. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/patient-safety-tools-pamphlet.pdf>
11. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.g). Using the SOPS® name. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/about/using-sops.html>
12. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.h). Medical Office Survey on Patient Safety Culture (SOPS®). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
13. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.i). I'M SAFE checklist (TeamSTEPPS tool). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/situation/tools/safe.html>

14. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.j). SBAR tool (TeamSTEPPS communication technique). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>
15. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.k). Surveillance monitoring to improve patient safety in acute hospital care units. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://psnet.ahrq.gov/perspective/surveillance-monitoring-improve-patient-safety-acute-hospital-care-units>
16. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.l). MOSOPS background and translator information. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/resources/infotransMOSOPS.pdf>
17. Alotaibi, Y., & Federico, F. (2017). Vpliv informacijske tehnologije v zdravstvu na varnost pacientov. Saudi Medical Journal.
18. American Data Network. (16. september 2024). A comprehensive guide to the hospital survey on patient safety culture. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/a-comprehensive-guide-to-the-hospital-survey-on-patient-safety-culture/>
19. American Data Network. (2024). Patient safety culture: A comprehensive guide to implementation and improvement. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/patient-safety-culture-a-comprehensive-guide-to-implementation-and-improvement/>
20. American Data Network. (7. februar 2024). Revealing the advantages of safety culture surveys. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/revealing-the-advantages-of-safety-culture-surveys/>
21. American Society for Health Care Engineering. (n.d.). Patient safety tools and resources: Preventing self-harm and ligature risks. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ashe.org/patientsafety>
22. Beasley, J., Wetterneck, T., Temte, J., Lapin, J., idr. (2011). Informacijski kaos v primarni zdravstveni oskrbi: posledice za delo zdravnikov in varnost pacientov. The Journal of the American Board of Family Medicine.
23. Bell, B., Spencer, R., Avery, A., & Campbell, S. (2014). Orodja za merjenje varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi z uporabo metode ustreznosti RAND/UCLA. BMC Family Practice.
24. Bondevik, G., Hofoss, D., Hansen, E., idr. (2014). Kultura varnosti pacientov v norveški primarni zdravstveni oskrbi: študija v ambulantah za nujne primere in ambulantah splošnih zdravnikov izven delovnega časa. Journal of Primary Health Care.
25. Brody, H., & Light, D. (2011). Zakon o obratnem učinku: Kako trženje zdravil ogroža varnost pacientov in javno zdravje. American Journal of Public Health.
26. Bullen, K., Hall, N., Sherwood, J., Wake, N., idr. (2020). Poročanje o napakah pri predpisovanju zdravil v primarni zdravstveni oskrbi: sistematični pregled narativne sinteze. Integrated Healthcare Journal.

27. Carson-Stevens, A., Hibbert, P., Avery, A., Butlin, A., idr. (2015). Protokol presečne študije z mešanimi metodami za pridobivanje znanja iz incidentov varnosti pacientov, prijavljenih iz splošne prakse. *BMJ Open*.
28. Carvalho, R. E. F. L. de, Bates, D. W., Syrowatka, A., & others. (2023). Factors determining safety culture in hospitals: A scoping review. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002310. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002310>
29. Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). Patient safety standards. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/qualityinitiativesgeninfo/aca-mqi/patient-safety/mqi-patient-safety>
30. Chenot, T., & Daniel, L. (2010). Okviri za varnost pacientov v kurikulumu zdravstvene nege. *Journal of Nursing Education*.
31. County Health Rankings & Roadmaps. (n.d.). Patient safety checklists | What Works for Health. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.countyhealthrankings.org/strategies-and-solutions/what-works-for-health/strategies/patient-safety-checklists>
32. Daker-White, G., Hays, R., McSharry, J., Giles, S., idr. (2015). Kriviti pacienta, kriviti zdravnika ali kriviti sistem? Metasinteza kvalitativnih študij varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi. *PloS One*.
33. Ely, J., Kaldjian, L., & D'Alessandro, D. (2012). Diagnostične napake v primarni oskrbi: pridobljena znanja. *Journal of the American Board of Family Medicine*.
34. Feedtrail. (n.d.). Healthcare culture of safety surveys. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.feedtrail.com/healthcare-culture-of-safety-surveys/>
35. Gaal, S., Hombergh, P. van den, Verstappen, W., idr. (2010). Varnostne značilnosti za paciente so bolj prisotne v večjih ambulantah primarnega zdravstvenega varstva. *Health Policy*.
36. Gaal, S., Verstappen, W., & Wensing, M. (2011). Kaj zdravniki primarne oskrbe in raziskovalci štejejo za najpomembnejše strategije za izboljšanje varnosti pacientov? *BMC Health Services Research*.
37. Hansen, L., Fernald, D., Araya-Guerra, R., idr. (2006). Pojasnjevanje receptov, izdanih v primarni zdravstveni oskrbi, v lekarnah: Poročilo iz sodelovanja pri uporabi strategij za izboljšanje varnosti pacientov (ASIPS). Časopis Ameriškega odbora za družinsko medicino.
38. Haugen, A. S., Sevdalis, N., Sjøfteland, E., & Gasparini, S. (2018). Development of the Surgical Patient Safety Observation Tool (SPOT). *BJS Open*, 2(3), 119–126.
39. Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., ... Gawande, A. A. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499.
40. Hayward, R., Asch, S., Hogan, M., Hofer, T., idr. (2005). Grehi opustitve: premalo zdravstvene oskrbe je morda največja grožnja varnosti pacientov. *Journal of General Internal Medicine*.
41. Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events.

- Journal of Nursing Care Quality, 34(4), 287–294.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000378>
42. Hill, M. R., Roberts, M. J., Alderson, M. L., & Gale, T. C. E. (2019). Checking the WHO Surgical Safety Checklist: The WHO Behavioural Marker System (WHOBARS) reliability study. *BMJ Open*, 9(1), e022625.
 43. Hong, Q., Fàbregues, S., Bartlett, G., idr. (2018). Orodje za ocenjevanje mešanih metod (MMAT) različica 2018 za strokovnjake na področju informacij in raziskovalce. Izobraževanje za informacije.
 44. Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Patient Safety Essentials Toolkit. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ihl.org/resources/tools/patient-safety-essentials-toolkit>
 45. Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Patient-safety tools: Their benefits and limitations. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ihl.org/insights/patient-safety-tools-their-benefits-and-limitations>
 46. Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). Self-assessment tool: A national action plan to advance patient safety. Dostopno 1. aprila, 2025, s <https://www.ihl.org/self-assessment-tool-national-action-plan-advance-patient-safety>
 47. Jain, D., Sharma, R., & Reddy, S. (2018). WHO Surgical Safety Checklist: Barriers to universal acceptance. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 34(1), 7–10. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5885453/>
 48. Khalil, H., Shahid, M., & Roughead, L. (2017). Programi za varnost zdravil v primarni zdravstveni oskrbi: pregled obsega. *JBIC Evidence Synthesis*.
 49. Kostopoulou, O., & Delaney, B. (2007). Zaupno poročanje o dogodkih v zvezi z varnostjo pacientov v primarni zdravstveni oskrbi: Rezultati večstopenjske klasifikacije kognitivnih in sistemskih dejavnikov. *BMJ Quality & Safety*.
 50. Kousgaard, M., Joensen, A., idr. (2012). Razlogi za neprijavljanje dogodkov v zvezi z varnostjo pacientov v splošni praksi: kvalitativna študija. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.
 51. Kuriakose, R., Aggarwal, A., Sohi, R., Goel, R., idr. (2020). Varnost pacientov v primarni in ambulantni zdravstveni oskrbi. *Journal of Family Medicine and Primary Care*.
 52. Lawati, M., Dennis, S., Short, S., & Abdulhadi, N. (2018). Varnost pacientov in kultura varnosti v primarni zdravstveni oskrbi: sistematični pregled. *BMC Family Practice*.
 53. Lifebox Foundation. (n.d.). WHO surgical safety checklist (Lifebox version). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.lifebox.org/our-work/strengthening-surgical-teamwork/surgical-safety-checklist/>
 54. McGuire, M., Noronha, G., Samal, L., Yeh, H., idr. (2013). Percepcije varnosti pacientov pri ponudnikih primarne oskrbe po uvedbi sistema elektronskih zdravstvenih zapisov. *Journal of General Internal Medicine*.
 55. Moissac, D. D., & Bowen, S. (2019). Vpliv jezikovnih ovir na kakovost oskrbe in varnost pacientov za uradno jezikovno manjšinske frankofone v Kanadi. *Journal of Patient Experience*.

56. Mount, J., Massanari, R., idr. (2015). Kompleksnost oskrbe pacientov, kot jo dojemajo zdravniki primarne oskrbe. Ni mogoče določiti celotnega mesta objave.
57. Nabilou, B., Feizi, A., & Seyedin, H. (2015). Varnost pacientov v medicinskem izobraževanju: zaznave, znanje in odnos študentov. *PloS One*.
58. Nora, C., & Beghetto, M. (2020). Izzivi varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu: pregled obsega. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
59. Nunes, E., Sirtoli, F., Lima, E., Minarini, G., Gaspar, F., & Primo, C. (2024). Instruments for patient safety assessment: A scoping review. *Healthcare*, 12(20), 2075. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202075>
60. Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). Hazard identification and assessment. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.osha.gov/safety-management/hazard-identification>
61. Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). Healthcare – Organizational safety culture (expanded version). Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.osha.gov/healthcare/safety-culture-full>
62. Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). Hospital safety and health management system self-evaluation questionnaire. Dostopno 1. aprila 2025, s https://www.osha.gov/sites/default/files/2.3_assessment_tool_508.pdf
63. Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). Safe patient handling program checklist. Dostopno 1. aprila 2025, s https://www.osha.gov/sites/default/files/3.2_SPH_checklist_508.pdf
64. Olaniyan, J., Ghaleb, M., Dhillon, S., idr. (2015). Varnost uporabe zdravil v primarni zdravstveni oskrbi. *International Journal of Pharmacy Practice*.
65. Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., idr. (2021). Izjava PRISMA 2020: posodobljena smernica za poročanje o sistematičnih pregledih. *BMJ*, 372, n71.
66. Parker, D. (2009). Upravljanje tveganja v zdravstvu: razumevanje vaše varnostne kulture z uporabo manchestrskega okvira za varnost pacientov (MaPSaF). *Journal of Nursing Management*.
67. Performance Health. (17. december 2024). Enhancing patient safety: Risk assessment tools in healthcare. Dostopno 3. aprila 2025, s <https://www.performancehealthus.com/blog/enhancing-patient-safety-risk-assessment-tools-healthcare>
68. Piccardi, C., Detollenaere, J., Bussche, P. V., idr. (2018). Socialne razlike v varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu: sistematični pregled. *Mednarodna revija za enakost v zdravstvu*.
69. Plews-Ogan, M., Nadkarni, M., Forren, S., idr. (2004). Varnost pacientov v ambulantnem okolju: pristop, ki temelji na kliničnem delu. *Journal of General Internal Medicine*.
70. Primary Health Care Corporation Qatar. (2024). Survey results on patient safety culture at the Primary Health Care Corporation Qatar. *International Journal of Community Medicine and Health Services* (4) 2, lyae003.
71. Pronovost, P., Thompson, D., idr. (2005). Opredelitev in merjenje varnosti pacientov. *Critical Care Clinics*.

72. Qin, S., & Chen, J. (2024). Strengthening patient safety culture in hospitals. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29(1), 34–42.
73. QuestionPro. (n.d.). Culture of safety surveys. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.questionpro.com/blog/culture-of-safety-surveys/>
74. Rathert, C., Brandt, J., & Williams, E. (2012). Vključevanje „bolnika” v varnost bolnikov: Kvalitativna študija izkušenj potrošnikov. *Zdravstvene pričakovanja*.
75. Rhodes, P., Campbell, S., & Sanders, C. (2016). Zaupanje, začasnost in sistemi: Kako pacienti razumejo varnost pacientov v primarni oskrbi? Kvalitativna študija. *Health Expectations*.
76. Röing, M., Rosenqvist, U., idr. (2013). Nevarnosti za varnost pacientov v telemedicini, kot so jih razkrile razmišljanja švedskih telemedicinskih sester o njihovih dialogih. *Skandinavski časopis za negovalne znanosti*.
77. Russ, S., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Mayer, E., & Moonesinghe, S. R. (2021). Improving the WHO Surgical Safety Checklist sign-out. *BJS Open*, 5(3), zrab028.
78. SafetyIQ. (n.d.). Safety observations vs hazard identification. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://safetyiq.com/insight/safety-observations-vs-hazard-identification/>
79. Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 20(1), 1–9.
80. Silva, L. M., dos Santos, F. L., & Sousa, Á. F. L. (2020). Safe surgery: Validation of preoperative and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3329. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
81. Silva, L., Dias, F., Maforde, N., & Menezes, A. (2022). Varnost pacientov v primarni zdravstveni oskrbi: percepcija negovalnega tima. *Escola Anna Nery*.
82. Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2003). Safety culture. *BMJ Quality & Safety*, 12(4), 318–323.
83. Spooner, A. J., Chaboyer, W., & Aitken, L. M. (2019). Impact of an electronic patient bedside observation and handoff system on clinical practice. *JMIR Medical Informatics*, 7(1), e11678.
84. SurveyMonkey. (n.d.). AHRQ patient safety culture surveys. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.surveymonkey.com/mp/patient-safety-culture-surveys-ahrq/>
85. Taylor, L., Kawasumi, Y., Bartlett, G., & Tamblyn, R. (2005). Neprimerne prakse predpisovanja zdravil: izziv in priložnost za varnost pacientov. *Healthc Q*.
86. The Health Foundation. (2011). Does improving safety culture affect patient outcomes? Evidence scan. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
87. The Health Foundation. (november, 2011). Does improving safety culture affect patient outcomes? Evidence scan. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>

88. Thomassen, Ø., Storesund, A., Søfteland, E., & Brattebø, G. (2014). Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings: Limited evidence of effectiveness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(1), 5–18.
89. Thusu, S., Panesar, S., & Bedi, R. (2012). Varnost pacientov v zobozdravstvu – stanje, kot ga razkriva nacionalna baza podatkov o napakah. *British Dental Journal*.
90. Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., idr. (2009). Komunikacija med medicinskimi sestrami in zdravniki v okolju dolgotrajne oskrbe: zaznane ovire in vpliv na varnost pacientov. *Journal of Patient Safety*.
91. U.S. Department of Veterans Affairs. (n.d.). Patient Safety Assessment Tool (PSAT). Updated May 5, 2023. Dostopno 3. aprila 2025, s <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/assessment.asp>
92. van der Wal, R. A., Wallenburg, I., de Boer, M., & others. (2024). Effects of interventions to improve hospital staff safety culture: A systematic review of international literature. *BMJ Open Quality*, 13(2), e002506.
93. Verbakel, N., Langelaan, M., Verheij, T., idr. (2015). Učinki intervencij kulture varnosti pacientov na poročanje o incidentih v splošni praksi: naključno izbrana skupinska študija. *Britanski časopis za splošno prakso*.
94. Wachter, R. (2006). Ali je varnost ambulantnih pacientov enaka varnosti v bolnišnici, le brez „stat“? *Annals of Internal Medicine*.
95. Wachter, R. (2010). Varnost pacientov po desetih letih: neizpodben napredek, zaskrbljujoče vrzeli. *Health Affairs*.
96. Wallis, K., & Dovey, S. (2011). Ocena kulture varnosti pacientov v novozelandski primarni zdravstveni oskrbi: pilotna študija z uporabo modificiranega manchestrskega okvira varnosti pacientov v splošnih ambulantah v Dunedinu. *The Journal of Primary Health Care*.
97. Wang, S., Jiang, Y., & Zhang, X. (2022). Patient-completed safety checklists as a tool for patient empowerment: Concepts, considerations, and recommendations. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 45.
98. Westat. (14. januar 2025). AHRQ's Surveys on Patient Safety Culture® for new users [slides]. Dostopno 1. aprila, 2025, s <https://events.westat.com/sops/img/SOPS%20101%20Slides%20for%20IXD%20FINAL%20SLIDES%201-14-2025.pdf>
99. Wet, C. de, Johnson, P., Mash, R., idr. (2012). Merjenje zaznavanja varnostnega ozračja v primarni zdravstveni oskrbi: presečna študija. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
100. Wikipedia. (2024). WHO surgical safety checklist. Dostopno 1. aprila 2025, s https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Surgical_Safety_Checklist
101. Wilson, T., & Sheikh, A. (2002). Izboljšanje javne varnosti v primarni zdravstveni oskrbi. *Bmj*.
102. Wilson, T., Pringle, M., & Sheikh, A. (2001). Spodbujanje varnosti pacientov v primarni zdravstveni oskrbi: potrebni so raziskave, ukrepi in vodstvo. *Bmj*.

103. World Health Organization - WHO. (2009). WHO surgical safety checklist. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>
104. World Health Organization - WHO. (2020). Manual for patient safety assessment (3rd ed.). Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Dostopno 1. aprila 2025 s <https://applications.emro.who.int/docs/9789290223221-eng.pdf>
105. World Health Organization - WHO. (2022, September 14). Patient safety fact sheet. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
106. World Health Organization - WHO. (n.d.a). Safe surgery: Tool and resources. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources>
107. World Health Organization - WHO. (n.d.b). Patient safety. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>

Druge reference

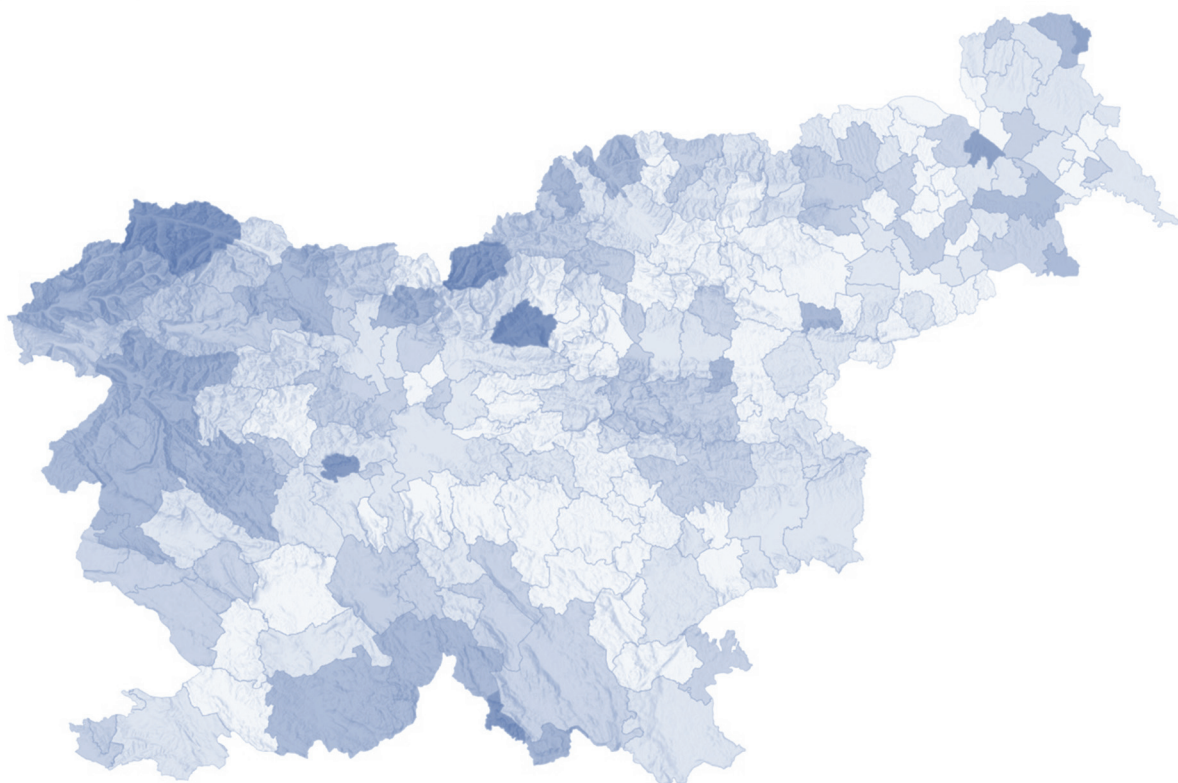
1. Albaalharith, T., & A'aqoulah, A. (2023). Level of Patient Safety Culture Awareness Among Healthcare Workers. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (p. 321). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s376623>
2. Ali, M. F. A. (2024). Leadership Style and Quality of Care for Nursing: A Rapid Review [Review of Leadership Style and Quality of Care for Nursing: A Rapid Review]. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(7). Centro Universitario da FEL. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n7-077>
3. Aljaffary, A., Albaalharith, M. A., Alumran, A., Alrawiai, S., & Hariri, B. (2022). Patient Safety Culture in Primary Healthcare Centers in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy* (p. 229). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s336117>
4. Alotaibi, B. B., Almadani, A. E., & Salem, O. A. (2020). Saudi Nurses Perception regarding Patient Safety in a Major Tertiary Hospital. In *Open Journal of Nursing* (Vol. 10, Issue 7, p. 657). Scientific Research Publishing. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.107046>
5. Al-Sawai, A. (2013). Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand? *Oman Medical Journal* (Vol. 28, Issue 4, p. 285). Oman Medical Specialty Board. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.79>
6. Annolino, H. (2022). Leveraging predictive analytics to reduce influenza and COVID-19-related adverse events. *Nursing* (Vol. 52, Issue 3, p. 35). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000806160.64587.92>
7. Babaei, K., Sadeghian, E., & Khodaveisi, M. (2023). The Predictors of Clinical Competence among Hospital Nurses: A Cross-Sectional Study in Hamadan, *West Iran. Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(1). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v33i1.5>
8. Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. P. (2017). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. In *Nursing Outlook* (Vol. 66, Issue 2, p. 180). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
9. Bourgeault, I. L., Daly, T., Aubrecht, K., Armstrong, P., Armstrong, H., & Braedley, S. (2021). Leadership for quality in long-term care. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 35, Issue 1, p. 5). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/08404704211040747>
10. Brakovich, B., & Bonham, E. (2012). Solving the Retention Puzzle: Let's Begin with Nursing Orientation. In *Nurse Leader* (Vol. 10, Issue 5, p. 50). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2012.03.010>
11. Callan, J. R., & Kobus, D. A. (2000). Misadventures of Medical Labeling: Lessons Learned. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 44, Issue 28, p. 541). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/154193120004402834>
12. Chisolm, D. J., Dugan, J., Figueroa, J. F., Lane-Fall, M. B., Roby, D. H., Rodríguez, H. P., & Ortega, A. N. (2023). Improving health equity through health care systems research. *Health Services Research*, 58, 289. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14192>
13. Collins, A. S. (2008). Preventing Health Care–Associated Infections. <https://europepmc.org/article/MED/21328782>

14. Fulop, N., & Ramsay, A. (2019). How organisations contribute to improving the quality of healthcare. In *BMJ*. BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj.11773>
15. Gantz, N. R., Sorenson, L., & Howard, R. L. (2003). A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement [Review of A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement]. *Nursing Administration Quarterly*, 27(4), 324. Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00006216-200310000-00010>
16. Gibson, R., Armstrong, A., Till, A., & McKimm, J. (2017). Learning from error: leading a culture of safety. In *British Journal of Hospital Medicine* (Vol. 78, Issue 7, p. 402). MA Healthcare. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.7.402>
17. Goedhart, N. S., Oostveen, C. van, & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review [Review of The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review]. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>
18. Hariyati, R. T. S., & Nurdiana, N. (2019). Retention Strategy to Minimize Nurse Turnover: A Systematic Review [Review of Retention Strategy to Minimize Nurse Turnover: A Systematic Review]. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 1(2), 99. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.47>
19. Hazazi, M. A., & Qattan, A. M. N. (2020). Exploring Strength Areas of Patient Safety Culture Improvement in KAMC, Makkah, Saudi Arabia. In *American journal of nursing research* (Vol. 9, Issue 1, p. 20). <https://doi.org/10.12691/ajnr-9-1-4>
20. Hooge, L. E. den B., Os-Medendorp, H. van, & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Is leadership of nurses associated with nurse-reported quality of care? A cross-sectional survey. In *Journal of research in nursing* (Vol. 26, p. 118). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/1744987120976176>
21. Iqbal, K., Fatima, T., & Naveed, M. (2019). The Impact of Transformational Leadership on Nurses' Organizational Commitment: A Multiple Mediation Model. In *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education* (Vol. 10, Issue 1, p. 262). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010021>
22. Kazandjian, V. A. (2018). Voluntary Reporting of Performance Data. In *International Journal of Big Data and Analytics in Healthcare* (Vol. 3, Issue 1, p. 27). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/ijbdah.2018010103>
23. Kim, L., Lyder, C. H., McNeese-Smith, D. K., Leach, L. S., & Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through a concept analysis [Review of Defining attributes of patient safety through a concept analysis]. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2490. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
24. Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2020). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review [Review of Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review]. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13151>
25. Kohnen, D., Witte, H. D., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. In *Human Resources for Health* (Vol. 22, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>

26. Labrague, L. J., Sabei, S. A., AbuAlRub, R., Burney, I., & AL-Rawajfah, O. M. (2021). Authentic leadership, nurse-assessed adverse patient events and quality of care: The mediating role of nurses' safety actions. *In Journal of Nursing Management* (Vol. 29, Issue 7, p. 2152). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13356>
27. Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions [Review of Patient Safety Movement: History and Future Directions]. *The Journal Of Hand Surgery*, 43(2), 174. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>
28. Leonard, M. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **In BMJ Quality & Safety** (Vol. 13). BMJ. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
29. Lievens, I., & Vlerick, P. (2013). Transformational leadership and safety performance among nurses: the mediating role of knowledge-related job characteristics. *In Journal of Advanced Nursing* (Vol. 70, Issue 3, p. 651). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12229>
30. Maamoun, J. (2009). An Introduction to Patient Safety. *In Journal of medical imaging and radiation sciences* (Vol. 40, Issue 3, p. 123). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2009.06.002>
31. McFadden, K. L., Henagan, S. C., & Gowen, C. R. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management*, 27(5), 390. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2009.01.001>
32. Moura, A. A. de, Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Dessotte, C. A. M., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2020). Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. *In Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 28). University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3455.3260>
33. Mousavi, E., & Imani, B. (2020). Patient Safety Culture and Spiritual Health in the Operating Room: A Qualitative Study. *In Research Square (Research Square). Research Square (United States)*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-27496/v1>
34. Pattali, S., Sankar, J. P., Qahtani, H. A., Menon, N., & Faizal, S. (2024). Effect of leadership styles on turnover intention among staff nurses in private hospitals: the moderating effect of perceived organizational support. *In BMC Health Services Research* (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10674-0>
35. Ree, E., & Wiig, S. (2019). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>
36. Reinhardt, A. C., Leon, T. G., & Summers, L. (2022). The Transformational Leader in Nursing Practice – an approach to retain nursing staff. *In Administrative Issues Journal Education Practice and Research* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.5929/2022.12.1.1>
37. Rich, S. (2008). How human factors lead to medical device adverse events. *Nursing*, 38(6), 62. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000320363.32444.d8>
38. Schwartz, D. B., Spencer, T., Wilson, B., & Wood, K. (2011). Transformational Leadership: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation. *In AORN Journal* (Vol. 93, Issue 6, p. 737). Wiley. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.032>

39. Shostek, K. (2007). Developing a Culture of Safety in Ambulatory Care Settings. *In Journal of Ambulatory Care Management* (Vol. 30, Issue 2, p. 105). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.jac.0000264598.34876.b5>
40. Smith, A. (2017). Trade mandated ratios for collaboration. *In Nursing Management* (Vol. 48, Issue 11, p. 38). <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000526068.32888.4b>
41. Smith, M. A. (2011). Are you a transformational leader? *In Nursing Management* (Vol. 42, Issue 9, p. 44). <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000403279.04379.6a>
42. Stein, J. E., & Heiss, K. F. (2015). The Swiss cheese model of adverse event occurrence—Closing the holes. *In Seminars in Pediatric Surgery* (Vol. 24, Issue 6, p. 278). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.003>
43. Thompson, E. M. (2011). Defining a culture of safety. *In OR nurse* (Vol. 5, Issue 1, p. 3). <https://doi.org/10.1097/01.orn.0000390911.73366.72>
44. Titi, M. A., Baksh, M. M., Zubairi, B., Abdalla, R. A. M., Alsaif, F. A., Amer, Y. S., Jamal, D., & El-Jardali, F. (2021). Staying ahead of the curve: Navigating changes and maintaining gains in patient safety culture - a mixed-methods study. *In BMJ Open* (Vol. 11, Issue 3). BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044116>
45. Tran, L. H., Thanh, P. Q., Nguyen, D. H., Tran, T. N. H., & Ha, B. T. T. (2021). Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. *In Health Services Insights* (Vol. 14). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/117863292111036313>
46. Tsapnidou, E., Kelesi, M., Rovithis, M., Katharakis, G., Gerogianni, G., Dafogianni, C., Toyli, G., Fasoi, G., & Stavropoulou, A. (2024). Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review [Review of Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review]. *Hospitals*, 1(1), 87. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010008>
47. Valle, R. B. L. R. do, Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H., & Gasparino, R. C. (2021). The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review [Review of The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029003667>
48. Wakefield, M. (2008). *The Quality Chasm Series: Implications for Nursing*. <https://europepmc.org/article/MED/21328776>
49. Walker, J. (2001). Developing a Shared Leadership Model at the Unit Level. *In The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* (Vol. 15, Issue 1, p. 26). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00005237-200106000-00005>
50. West, M. (2013). Creating a culture of high-quality care in health services. *In Global Economics and Management Review* (Vol. 18, Issue 2, p. 40). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s2340-1540\(13\)70007-0](https://doi.org/10.1016/s2340-1540(13)70007-0)
51. Whittington, R., Piotrowski, M. M., Angood, P., Griswold, P., Saint, S., & Shojania, K. G. (2009). National Patient Safety Goals. *In Journal of PeriAnesthesia Nursing* (Vol. 24, Issue 3). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.05.071>
52. Zhang, L., & Lu, C. (2018). How leadership within an organization influences a quality service. *In MOJ Gerontology & Geriatrics* (Vol. 3, Issue 2). MedCrave Group. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00113>

**KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – PRIMARNO ZDRAVSTVO
(MEORL 50)**



ALMA MATER
— PRESS —