



ALMA MATER
EUROPAEA
UNIVERZA

KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – BOLNIŠNICE

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



ALMA MATER
— PRESS —

Kultura varnosti pacientov - Bolnišnice

Patient safety culture - Hospitals

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

Maribor, Trebnje, 2025

Naslov: **Kultura varnosti pacientov- Bolnišnice**
Patient safety culture - Hospitals

Znanstvena monografija

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

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

Leto izdaje: 2025

Zbirka: Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL), serijska št. 51

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

Urednici: prof. dr. Marija Bogataj, CERRISK-INRISK in pred. Suzana Mežnarec Novosel, mag., Univerza Alma Mater Europaea

Recenzenta: doc. dr. Valerija Rogelj, Agencija za raziskovalno in inovacijsko dejavnost Slovenije
doc. dr. Marta Kavšek, Splošna bolnišnica Novo mesto in Univerza Alma Mater Europaea, Maribor

Ključne besede: bolnišnice, 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

614.253:614.21(0.034.2)

KULTURA varnosti pacientov [Elektronski vir] = Patient safety culture : bolnišnice = hospitals : [znanstvena monografija] / David Bogataj ... [et al.]. - E-knjiga. - Maribor : Univerza Alma Mater Europaea, Alma Mater Press ; Trebnje : Zavod INRISK, 2025. - (Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL) ; serijska št. 51)

Način dostopa (URL): <https://press.almamater.si/index.php/amp/catalog/category/Socialnainfrastruktura>

ISBN 978-961-7183-69-6 (PDF)

COBISS.SI-ID 231234563

Platnici: Delež starih 80 let ali 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.

Abstract

The aim of the study was to develop a questionnaire as an instrument to measure the perception of safety culture in hospitals, with the aim of achieving greater patient safety, which means improving the safety of their healthcare by reducing preventable adverse events during the time patients are in contact with the healthcare system. Measuring perceptions of patient safety culture is crucial because it helps healthcare organisations to identify strengths, weaknesses and gaps in practice and helps to identify areas for improvement.

We designed surveys with a Likert scale of possible responses (5 ratings and no response) to statements and questions by selected institutions and conducted a cross-sectional survey of perceptions of patient safety culture in hospitals, based on closed-ended questionnaire surveys and the addition of open-ended items to statistically assess the distribution of ratings of situations that may lead to adverse events. To test the percentage of negative evaluations and the differences in these percentages between types of institutions, we used mainly chi-square and Agresti-Caff's Z+4 test. Statistical analysis showed that the critical upper limit for the percentage of negative evaluations of safety culture in the entire Slovenian employee population by health care, hospitals specifically, as determined by the Z+4 test at risk $\alpha=0.025$, is 8.2 % for hospitals, but much lower for the other types of institutions (primary health care: 1.1 %; pharmacies: 1.2%; social care institutions: 3.7 %). A more detailed analysis and comparison between the types of institutions shows that the shortage of staff leading to overloading, overworking, overtired workers and the dangers this poses to patients all the time. The introduction of the proposed surveys as a compulsory tool in the institutions of the Slovenian health network would help to raise the patient safety culture at local and national level.

Povzetek

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 škodljivih 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 vzeli ravnanja ter pomagajo najti področja za izboljšave.

Oblikovali smo 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 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 bolnišnicami smo 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 bolnišnicah 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 %). Iz podrobnejše analize in primerjave med vrstami institucij sledi, da je pri vseh še posebej zaskrbljujoča kadrovska zasedba delovnih mest po institucijah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in nevarnosti, ki zaradi tega ves čas preživijo nad pacienti). Uvedba predlaganih anket kot obveznega orodja v institucijah slovenske zdravstvene mreže bi pomagala na lokalnem in državnem nivoju dvigniti kulturo varnosti pacientov v bolnišnicah.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	OPREDELITEV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV	3
3	TEORETIČNI OKVIRI IN MODELI KULTURE VARNOSTI PACIENTOV	5
4	VPLIV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV NA IZIDE ZDRAVLJENJA	8
5	DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA KULTURO VARNOSTI PACIENTOV V BOLNIŠNICAH 10	
5.1	Pregled obstoječe znanstvene literature	11
5.2	Opredelitev kulture varnosti pacientov v bolnišnicah.....	19
5.3	Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za paciente v bolnišnicah.....	22
5.4	Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v bolnišnicah	23
5.5	Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah	25
5.6	Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah 27	
5.7	Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v bolnišnicah 29	
5.8	Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti pacientov v bolnišnicah	31
5.9	Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti pacientov v bolnišnicah.....	32
5.10	Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov	33
5.10.1	Izčrpen pregled in poročilo	33
5.10.2	Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	34
5.10.3	Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	35
5.11	Druge ustrezne kategorizacije - Primeri posebnih instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov	36
5.11.1	Ankete	37
5.11.2	Kontrolni seznam	37
5.11.3	Orodja za opazovanje.....	38
5.12	Razvoj, potrjevanje in zanesljivost	38
5.12.1	Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS).....	38
5.12.2	Kontrolni seznam (s poudarkom na kontrolnem seznamu SZO za varnost v kirurgiji) 39	
5.12.3	Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)	40
5.13	Prednosti in omejitve različnih instrumentov	41
5.13.1	Ankete	41
5.13.2	Kontrolni seznam	42
5.13.3	Orodja za opazovanje.....	42

5.13.4	Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj.....	43
5.14	Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva	44
5.15	Priporočila.....	45
6	VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI.....	47
6.1	Vprašanja zaposlenim	47
6.2	Struktura anketirancev po bolnišnicah.....	50
6.3	Čiščenje podatkov	52
6.4	Konsistentnost odgovorov vprašalnika za bolnišnice	52
6.5	Končna stopnja odgovorov	53
7	STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO BOLNIŠNICAH.....	54
7.1	Statistika odgovorov iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka oziroma enote	54
7.1.1	Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah o obnašanju oddelka oziroma enote	54
7.1.2	Primerjava odgovorov med nekaterimi slovenskimi bolnišnicami.....	66
7.2	Statistika odgovorov iz sekcije B: Ocene o neposrednem nadrejenim glede odnosa do varnosti pacientov	70
7.2.1	Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah	70
7.2.2	Primerjava odgovorov med nekaterimi slovenskimi bolnišnicami o neposredno nadrejenih.....	73
7.3	Statistika odgovorov iz sekcije C: Ocene o ustreznosti komunikacij v oddelku oziroma enoti	75
7.3.1	Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah	75
7.3.2	Statistika odgovorov anketirancev po posameznih slovenskih bolnišnicah s študijem kontingence med bolnišnicami glede na ocene o ustreznosti komunikacij	82
7.4	Statistika odgovorov iz sekcije D: Sporočanje o varnostnih incidentih pri pacientu na oddelku oziroma v enoti.....	84
7.4.1	Statistika porazdelitev ocen o sporočanju o varnostnih incidentih po vseh bolnišnicah skupaj	84
7.4.2	Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o sporočanju o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami.....	86
7.5	Statistika odgovorov iz sekcije E: Pogostost poročanja anketirancev o incidentih glede varnosti pacienta na njihovem oddelku ali v enoti.....	88
7.5.1	Porazdelitvah ocen o pogostost poročanja anketirancev o incidentih, ki se nanašajo na varnosti pacienta na njihovem oddelku po vseh bolnišnicah skupaj.....	88
7.5.2	Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o pogostosti poročanja anketirancev o incidentih, ki se nanašajo na varnosti pacienta na njihovem oddelku po posameznih bolnišnicah	89
7.6	Statistika odgovorov iz sekcije F: Splošna ocena varnosti na oddelku bolnišnic	89

7.6.1	Porazdelitvah ocen o splošni varnosti na oddelku bolnišnic po vseh bolnišnicah skupaj	89
7.6.2	Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o splošni varnosti na oddelku bolnišnic med štirimi bolnišnicami*.....	90
7.7	Statistika odgovorov iz sekcije G: ocena anketirancev o kakovosti prenosa informacij, ki vplivajo na varnost pacienta v njihovi bolnišnici in kakšen odnos do varnosti ima vodstvo	91
7.7.1	Porazdelitvah ocen o kakovosti prenosa informacij in kakšen odnos do varnosti ima vodstvo – skupna porazdelitev ocen vseh bolnišnic	91
8	ZGORNJA MEJA ODSOTKA NEGATIVNIH OCEN PO VSEH ANKETNIH VPRAŠANJIH	97
9	KULTURA VARNOSTI PACIENTOV DRUGOD	110
9.1	V Španiji	110
9.2	Metodologije in orodja za merjenje kulture varnosti pacientov	112
10	POVZETEK UGOTOVITEV IN PRIPOROČIL.....	114
11	ZAKLJUČEK.....	116
12	POVZETEK RECENZENTOV	117
13	Literatura.....	118
13.1	Temeljna literatura	118
13.2	Druga literatura	123

KAZALO GRAFOV

Graf 1: Struktura anketirancev v slovenskih bolnišnicah	50
Graf 2: Struktura zaposlitve anketirancev po oddelkih/enotah v slovenskih bolnišnicah	51
Graf 3: G1 - Koliko časa v tej bolnišnici delate na oddelku / enoti, kjer ste sedaj	51
Graf 4: G2 - Koliko ur na teden delate v tej bolnišnici?.....	52
Graf 5: G3 - Ali ste v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti?.....	52
Graf 6: A1 - Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka	55
Graf 7: A3 - V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve ...	59
Graf 8: A4 - V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve ...	59
Graf 9: A5 - Osebe v tej enoti dela daljše ure, kot bi bilo najboljše za oskrbo pacientov	60
Graf 10: A6 - V tej enoti redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov	60
Graf 11: A7 - V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja	61
Graf 12: A8 - V tej enoti osebe misli, da se napake uporabljajo proti njim	61
Graf 13: A9 - Ko v tej enoti sporočimo napako se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba	62
Graf 14: A10 - Kadar je veliko dela osebe pomaga drug drugemu	62
Graf 15: A11 - Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti	63
Graf 16: A12 - Ko osebe naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika.....	63
Graf 17: A13 - Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov	64
Graf 18: A14 - V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo.....	64
Graf 19: A15 - V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov	65
Graf 20: A16 - Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo.....	65
Graf 21: B0 - Ocena ravnanja nadrejenega glede na varnost pacientov	70
Graf 22: B1 - Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov	72
Graf 23: B2 - Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela, če to pomeni, da ubiramo bližnjice	72
Graf 24: B3 - Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče ...	73
Graf 25: C0 - Komunikacija glede varnosti pacientov	75
Graf 26: C1 - O napakah, ki se dogodijo v tej enoti smo obveščeni	79
Graf 27: C2 - Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje.....	79
Graf 28: C3 - V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak	80
Graf 29: C4 - V tej enoti osebe spregovori, če vidi nekaj, kar lahko negativno vpliva na oskrbo pacientov	80
Graf 30: C5 - Osebe spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente	81
Graf 31: C6 - Ko osebe v tej enoti spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov	81
Graf 32: C7 - V tej enoti je osebe strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav	82
Graf 33: D0 - Povprečna ocena sporočanja o varnostnem incidentu na oddelku	84
Graf 34: D1 - Ko se napaka zgodi, a prepreči, da bi dosegla pacienta, kako pogosto jo sporočite?	85
Graf 35: D2 - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?	86
Graf 36: D3 - Koliko varnostnih incidentov ste sporočili v zadnjih 12 mesecev?	86
Graf 37: E1 - Odstotki anketirancev glede na število poročil o varnostnih incidentih v oddelku / enoti ...	88
Graf 38: F - Navedite splošno oceno stanja varnosti pacientov na vašem oddelku / enoti.....	90
Graf 39: G0 - Soglašanje ali zavrnitev trditev o odnosu do pacientove varnosti v bolnišnici (srednja ocena).....	91
Graf 40: G1 - Q10a - Ukrepanje vodstev bolnišnice, ob zavesti, da je varnost pacientov prva prioriteta..	94
Graf 41: G2 - Q10b - Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti pacientov	94
Graf 42: G3 - Q10 c - Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.....	95

Graf 43: G4 - Q10d - Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo	95
Graf 44: G5 - Q10e - Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo	96
Graf 45: G6 - Q10f - Pri izmenah je dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta	96

KAZALO TABEL

Tabela 1: Ključni teoretični okviri in modeli kulture varnosti pacientov	6
Tabela 2: Študije, ki povezujejo kulturo varnosti pacientov z izidi zdravljenja	9
Tabela 3: Ključne ugotovitve sistematičnih pregledov in metaanaliz o kulturi varnosti pacientov	19
Tabela 4: Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij	21
Tabela 5: Ključni elementi/razsežnosti kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	24
Tabela 6: Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	27
Tabela 7: Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov	30
Tabela 8: 1A - Vprašanje skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah o obsegu dela in napakah	47
Tabela 9: 1B - Vprašanja (trditve) skupine Q5 anketirancem, zaposlenih v bolnišnicah,	48
Tabela 10: 1C - Vprašanja (trditve) skupine Q6 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah, o komunikacijah na oddelkih	48
Tabela 11: 1D - Vprašanja skupine Q7 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah, o pogostosti poročanja o incidentih	49
Tabela 12: 1E - Vprašanja skupine Q8 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah	49
Tabela 13: F2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev v skupini F	49
Tabela 14: A1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu A	56
Tabela 15: A2 - Celostni pregled deleža negativnih in nenegativnih trditev o zagotavljanju varnosti v enotah, kjer delajo poročevalci	58
Tabela 16: A3a: Q4a-Q4c: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana	66
Tabela 17: A3b: Q4d-Q4j: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana	67
Tabela 18: A3c: Q4k-Q4n: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana	68
Tabela 19: B1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu B	71
Tabela 20: B2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o obnašanju nadrejenih, ko gre za varnost pacienta	71
Tabela 21: B3 - Q5a-Q5c: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana	73
Tabela 22: C1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu C	77
Tabela 23: C2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o komunikacijah na oddelku	78
Tabela 24: C3: Q6a-Q6g: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci posameznih slovenskih bolnišnic	82
Tabela 25: D1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu D	84
Tabela 26: D2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o pogostosti poročanja o incidentih	85
Tabela 27: D3: Q7a-Q7b: Kontingenca med porazdelitvami ocen o kakovosti sporočanja o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami oziroma oddelki med anketiranci posameznih bolnišnic	87
Tabela 28: E - Število izvedenih poročil anketirancev o varnostnih incidentih na oddelku oziroma v enoti v enem letu	88

Tabela 29: E3: Q8 - Kontingenca med porazdelitvami pogostosti sporočanja o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami oziroma oddelki.....	89
Tabela 30: G1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu G.....	92
Tabela 31: G2 - Celotni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev v skupini G	93
Tabela 32: Q4a-e - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH	98
Tabela 33: Q4f-j - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH	99
Tabela 34: Q4k-n - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH	100
Tabela 35: Q5 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q5 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBNAŠANJU NADREJENIH, KO GRE ZA VARNOST PACIENTA ..	102
Tabela 36: Q6a-d - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q6 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O KOMUNIKACIJAH NA ODDELKIH	103
Tabela 37: Q6e-g - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q6 anketirancem, zaposleni v bolnišnicah O KOMUNIKACIJAH NA ODDELKIH	104
Tabela 38: Q7 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q7 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: CELOSTNI PREGLED DELEŽA NEGATIVNIH IN NE-NEGATIVNIH TRDITEV O POGOSTOSTI POROČANJA O INCIDENTIH	105
Tabela 39: Q8 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja Q8 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: PREGLED DELEŽA TISTI, KI V 12 MESECIH NIKOLI NISO POROČALI O INCIDENTIH	106
Tabela 40: Q9 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja Q9 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: SPLOŠNA OCENA STANJA VARNOSTI PACIENTOV NA VAŠEM ODDELKU/ENOTI	106
Tabela 41: Q10 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q10 anketirancem O OBNAŠANJU VODSTVA BOLNIŠNICE GLEDE VARNOSTNIH UKREPOV	107
Tabela 42: KRITIČNI PRIMERI, KI JIH JE POTREBNO REŠEVATI TAKOJ.....	109
Tabela 43: Študije o kulturi varnosti pacientov v Španiji in regiji Murcia.....	111
Tabela 44: Metodologije in orodja za merjenje kulture varnosti pacientov	113

1 UVOD

Varnost bolnikov je v sodobnih zdravstvenih sistemih po vsem svetu postala najpomembnejša skrb. Kljub velikim prizadevanjem za izboljšanje varnostnih protokolov in izvajanje preventivnih ukrepov se problematika škode za paciente še vedno pojavlja, kar dokazujejo podatki Svetovne zdravstvene organizacije (WHO), ki kažejo na omejene bistvene spremembe pri zmanjševanju škode za paciente v zadnjih petnajstih letih (WHO, 2020). To pomanjkanje bistvenega napredka poudarja potrebo po boljšem razumevanju temeljnih dejavnikov, ki vplivajo na varnost v zdravstvenih ustanovah, in razvoju učinkovitejših strategij ukrepanja.

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. 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, n.d.).

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 (Nuntes idr., 2024). Pomembne publikacije, kot je poročilo Inštituta za medicino "To Err is Human", so bile ključne pri poudarjanju systemske narave številnih zdravniških napak in zagovarjanju kulture, ki daje prednost izboljšanju sistema pred krivdo posameznika (Nuntes 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 (Nuntes, 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.

Koncept kulture varnosti pacientov je vse bolj priznan kot temeljni element pri zagotavljanju varnejšega zdravstvenega varstva (Performance Health, n.d.). Kultura varnosti pacientov se nanaša na prevladujoče vrednote, prepričanja in norme, ki si jih delijo zdravstveni delavci in osebje v organizaciji in ki oblikujejo njihovo vedenje in ravnanje v zvezi z varnostjo pacientov (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). Vključuje skupno zavezanost k dajanju prednosti varnosti in nenehnemu zmanjševanju tveganj, povezanih z zagotavljanjem zdravstvenega varstva. Trdna kultura varnosti pacientov ni le želja, temveč je bistven pogoj za doseganje visokokakovostnih zdravstvenih storitev in pozitivnih izidov za paciente. Namen te monografije je zagotoviti celovito, z dokazi podprto analizo kulture varnosti pacientov v bolnišnicah, ki je namenjena zdravstvenim delavcem, raziskovalcem in oblikovalcem politik, ki si prizadevajo za večjo varnost in kakovost oskrbe. Obseg tega dela bo zajemal mednarodne poglede na kulturo varnosti pacientov s posebnim poudarkom na njenem razumevanju in ocenjevanju v Španiji in regiji Murcia.

2 OPREDELITEV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV

Temeljni korak pri razumevanju kulture varnosti pacientov je proučitev njene opredelitve, kot so jo oblikovale vodilne mednarodne zdravstvene organizacije in raziskovalne ustanove. Te opredelitve zagotavljajo okvir za konceptualizacijo in ocenjevanje tega ključnega vidika zdravstvenega varstva.

Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) opredeljuje kulturo varnosti pacientov kot stopnjo, v kateri kultura organizacije podpira in spodbuja varnost pacientov. Ta opredelitev poudarja skupne vrednote, prepričanja in norme med zdravstvenimi delavci in drugim osebjem, ki vplivajo na njihova dejanja in vedenje (Institute for Healthcare Improvement, n.d.). AHRQ nadalje pojasnjuje, da lahko kulturo varnosti pacientov ocenimo z določitvijo vrednot, prepričanj, norm in vedenja, povezanih z varnostjo pacientov, ki se v organizaciji nagrajujejo, podpirajo, pričakujejo in sprejemajo (Westat, 14. januar 2025). To poudarja vedenjski vidik kulture varnosti in kaže, da ne gre samo za zagovarjanje vrednot, ampak tudi za to, kako se te vrednote kažejo v vsakodnevni praksi.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) obravnava varnost pacientov kot okvir organiziranih dejavnosti, ki ustvarjajo kulturo, procese, postopke, vedenje, tehnologije in okolje v zdravstvu, ki dosledno in trajno zmanjšujejo tveganja (WHO, 2020). Kultura je z vidika WHO ena od sestavnih delov, ki skupaj z drugimi sistemskimi elementi prispevajo k splošni varnosti pacientov. Ta širši pogled nakazuje, da je treba prizadevanja za izboljšanje kulture varnosti povezati z drugimi pobudami, namenjenimi izboljšanju procesov in tehnologij v sistemih zdravstvenega varstva.

NHS England opredeljuje pozitivno kulturo varnosti kot kulturo, v kateri se okolje skupaj oblikuje, ustvarja in neguje, tako da lahko vsi, vključno s posameznimi zaposlenimi, ekipami, pacienti, uporabniki storitev, družinami in negovalci, uspevajo, da bi zagotovili odlično in varno oskrbo (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.a). Ta opredelitev poudarja sodelovalne in psihološko varne vidike pozitivne kulture varnosti ter poudarja pomen ustvarjanja okolja, v katerem se vsi deležniki počutijo pooblašene za izražanje skrbi in prispevanje k izboljšanju varnosti (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b).

Avstralska komisija za varnost in kakovost v zdravstvu opredeljuje kulturo varnosti pacientov kot vzorec vedenja posameznikov in organizacije, ki temelji na skupnih prepričanjih in vrednotah ter si nenehno prizadeva za zmanjšanje škode za paciente, ki je lahko posledica procesa zagotavljanja oskrbe (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c). Ta opredelitev poudarja stalno in

proaktivno naravo pozitivne kulture varnosti pacientov, pri čemer poudarja stalno zavezanost zmanjševanju škode.

Sinteza teh opredelitev razkriva več skupnih tem. Kultura varnosti pacientov je dosledno opisana kot kultura, ki temelji na skupnih vrednotah in prepričanjih posameznikov v organizaciji. Ta skupna razumevanja oblikujejo vedenje in dejanja zdravstvenih delavcev pri njihovem vsakdanjem delu. Osrednji cilj pozitivne kulture varnosti pacientov je spodbujanje varnosti in zmanjševanje škode za paciente. Poleg tega te opredelitve pomenijo, da je podporno organizacijsko okolje ključno za spodbujanje in ohranjanje močne kulture varnosti pacientov. Kljub različnim poudarkom se osrednje razumevanje kulture varnosti pacientov vrti okoli kolektivne zavezanosti varnosti, ki prežema organizacijske prakse in katere končni cilj je zaščititi paciente pred škodo.

3 TEORETIČNI OKVIRI IN MODELI KULTURE VARNOSTI PACIENTOV

Za učinkovito razumevanje in ocenjevanje kulture varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah so bili razviti in uporabljeni različni teoretični okviri in uveljavljeni modeli. Ti okviri in modeli zagotavljajo različne možnosti za proučevanje večplastne narave kulture varnosti ter ponujajo vpogled v to, kako jo je mogoče meriti in izboljšati. Ključne teoretične okvire in modele kulture varnosti pacientov prikazuje tabela 1.

Westrumova tipologija organizacijskih kultur predlaga tri različne tipe organizacijskih kultur: patološko, birokratsko in generativno (Westrum, 2023). V patološki kulturi se informacije pogosto skrivajo, napake se prikrivajo, nove ideje pa se aktivno zavračajo. Birokratske organizacije običajno zbirajo informacije, vendar jih lahko ignorirajo, nove ideje obravnavajo kot problematične ter dopuščajo učenje in izmenjavo, ne da bi ju aktivno spodbujale. Nasprotno pa generativne organizacije predstavljajo najbolj zrelo stopnjo, za katero so značilni dejavna izmenjava informacij, pripravljenost učiti se iz neuspehov in spodbujanje novih idej. Westrumov model kaže, da način, kako organizacija obravnava informacije in se odziva na napake, pomembno vpliva na zrelost njene varnostne kulture, pri čemer generativna kultura najbolj spodbuja močno varnostno okolje.

Model varnostne kulture Jamesa Reasona pravi, da je močna pozitivna varnostna kultura sestavljena iz petih ključnih in prekrivajočih se komponent: kulture informiranosti, poročanja, pravičnosti, prilagodljivosti in učenja (SKYbrary Aviation Safety, n.d.). Kultura informiranosti zagotavlja, da imajo posamezniki potrebno ozaveščenost in znanje o varnosti, ki je pomembno za njihove vloge, vodje pa so odprti in pregledni glede informacij o varnosti. Kultura poročanja spodbuja posameznike, da brez strahu pred obtoževanjem izrazijo zaskrbljenost glede tveganj, skorajšnjih nesreč in napak. Kultura pravičnosti vzpostavlja pravičen sistem odgovornosti po incidentih, pri čemer razlikuje med napakami brez krivde in dejanji, vrednimi krivde. Prilagodljiva kultura omogoča organizaciji in njenim zaposlenim, da se prilagodijo spreminjajočim se zahtevam. Nazadnje, kultura učenja poudarja pripravljenost in usposobljenost za oblikovanje pravičnih zaključkov na podlagi varnostnih informacij in izvajanje potrebnih reform. Reasonov model poudarja medsebojno povezanost teh kulturnih elementov, pri čemer je komponenta "pravične kulture" še posebej pomembna za vzpostavitev zaupanja in spodbujanje kulture poročanja (SKYbrary Aviation Safety, n.d.).

Model "pravične kulture" v zdravstvu Davida Marxa nadalje razvija koncept pravične kulture v okviru zdravstvenega varstva (NHS Wales Executive, n.d.). Ta model poudarja pomen uravnoteženja odgovornosti posameznika z razumevanjem, da zdravstveni delavci delujejo v kompleksnih okoljih z visokim tveganjem, kjer so napake neizogibne (Reason, 2000). Pravična

kultura se osredotoča na oblikovanje sistema in upravljanje vedenjskih odločitev, ne pa izključno na napake in izide (QuestionPro, n.d.). Razlikuje med človeškimi napakami (nenamernimi napakami), tveganim vedenjem (bližnjicami) in nepremišljenim vedenjem (zavestnim neupoštevanjem varnostnih pravil). Odziv na napako je odvisen od vrste vedenja, povezanega z njo, kar spodbuja učno okolje in hkrati ohranja odgovornost (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019). Marxov model uporablja orodja, kot je "test nadomestitve", da oceni, ali je bila napaka bolj verjetno posledica sistemskih dejavnikov ali individualne malomarnosti (QuestionPro, n.d.).

Tabela 1: Ključni teoretični okviri in modeli kulture varnosti pacientov

Okvir/model	Ključne značilnosti	Izvajalec(i)	Pomen za bolnišnice
Westrumova tipologija organizacijskih kultur	Patološki, birokratski, generativni; poudarek na ravnanju z informacijami	Westrum	Zagotavlja objektiv za razumevanje, kako pretok informacij in organizacijski odzivi na napake vplivajo na zrelost varnostne kulture.
Model varnostne kulture Jamesa Reasona	informirane, poročevalske, pravične, prilagodljive in učeče se kulture; poudarja medsebojno povezanost.	James Reason	Poudarja večplastno naravo varnostne kulture in pomen pravične kulture za spodbujanje poročanja.
Model "pravične kulture" Davida Marxa	Uravnoveša odgovornost posameznika z vrednotami sistema; razlikuje med vrstami napak.	David Marx	Ponuja praktičen okvir za odzivanje na napake v zdravstvu ter spodbuja učenje in odgovornost.
Načela organizacij visoke zanesljivosti (HRO)	Preokupacija z neuspehom, nepripravljenost na poenostavitve, občutljivost za operacije, spoštovanje strokovnega znanja in izkušenj, zavezanost odpornosti	Študije o panogah z visokim tveganjem	Zagotavlja načela za dosledno zmanjševanje neželenih dogodkov s pomočjo pozornosti in proaktivnih varnostnih ukrepov.
Teoretični okvir za kulturo varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	Večdimenzionalna, dinamična; ravni organizacijske zrelosti v devetih dimenzijah	Razvito za primarno oskrbo	Dokazuje, da je mogoče kulturo varnosti konceptualizirati in oceniti v različnih okoljih zdravstvenega varstva .

Načela **organizacij visoke zanesljivosti (HRO)**, ki izhajajo iz industrijskih panog z zelo zapletenim in nevarnim delom, ponujajo dragocen vpogled v zdravstveno varstvo (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019). HRO dosledno zmanjšujejo neželene dogodke z zavezanostjo varnosti na vseh ravneh. Ključna načela HRO vključujejo ukvarjanje z neuspehom

(biti pozoren na to, kaj bi lahko šlo narobe), odpor do poenostavljanja (izogibanje pretiranemu poenostavljanju problemov), občutljivost za delovanje (ohranjanje zavedanja o stanju sistemov), spoštovanje strokovnega znanja (vrednotenje znanja pred hierarhijo) in zavezanost odpornosti (biti pripravljen na odzivanje na napake), (Labrague & Cayaban, 2025). Ta načela poudarjajo kulturo pozornosti, proaktivno prepoznavanje tveganj in stalno učenje.

Teoretični okvir za kulturo varnosti pacientov v primarnem zdravstvenem varstvu pojmuje kulturo varnosti pacientov kot večdimenzionalno in dinamično, za katero so značilne ravni organizacijske zrelosti (Kirk idr., 2007). Ta okvir, razvit in preizkušen v okoljih primarnega zdravstvenega varstva, opredeljuje devet razsežnosti, s katerimi se izraža kultura varnosti, in opisuje, kako so te razsežnosti lahko značilne za pet ravni organizacijske zrelosti. Zdravnikom in menedžerjem pomaga pri razumevanju koncepta kulture varnosti in spodbuja razpravo v timih o njihovi zrelosti kulture varnosti, saj nakazuje, da je razvoj kulture varnosti postopen proces.

4 VPLIV KULTURE VARNOSTI PACIENTOV NA IZIDE ZDRAVLJENJA

Empirični dokazi vse bolj kažejo na pomembno povezavo med močno kulturo varnosti pacientov in pozitivnimi izidi zdravljenja v bolnišnicah (tabela 2). Kultura, ki daje prednost varnosti in spodbuja odprto komunikacijo, timsko delo in učenje iz napak, je povezana z zmanjšanjem števila zdravstvenih napak, zmanjšanjem števila bolnišničnih stanj in splošnim izboljšanjem kakovosti oskrbe.

Raziskave so pokazale, da je v bolnišničnih enotah z bolj pozitivnimi rezultati na raziskavah AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS®) manj razjed zaradi pritiska v bolnišnici in padcev pacientov (Westat, 14. januar 2025). To kaže, da je v okoljih, kjer je varnost skupna vrednota in se o njej odkrito razpravlja, upoštevanje protokolov za preprečevanje teh stanj verjetno večje. Podobno je pozitivna varnostna kultura povezana z nižjo stopnjo okužb na kirurškem mestu (Westat, 14. januar 2025). To povezavo je mogoče pripisati boljšemu upoštevanju sterilnih postopkov in praks obvladovanja okužb v okolju, ki se zaveda varnosti.

Poleg tega so bolnišnice z bolj pozitivno oceno SOPS izkazale nižjo stopnjo zapletov ali neželenih dogodkov v bolnišnici, merjeno s kazalniki varnosti bolnikov (PSI), ki jih je določila organizacija AHRQ (Westat, 14. januar 2025). Ta obsežna ugotovitev poudarja vsesplošni pozitivni vpliv močne varnostne kulture na splošno varnost bolnikov, na katero verjetno vplivajo številni dejavniki, kot so boljše poročanje, učenje iz napak in proaktivno prepoznavanje tveganja. Bolniki v bolnišnicah z bolj pozitivno varnostno kulturo poročajo tudi o bolj pozitivnih izkušnjah z oskrbo (Westat, 14. januar 2025). To lahko odraža osredotočenost na bolnika in učinkovito komunikacijo, ki pogosto spremljata močno zavezanost varnosti.

Nasprotno pa je slabo zaznana varnostna kultura povezana z večjo stopnjo napak (U.S. Department of Veterans Affairs, n.d.). To poudarja škodljive posledice šibke varnostne kulture in poudarja potrebo po proaktivnih prizadevanjih za spodbujanje okolja, usmerjenega v varnost, v katerem je manj verjetno, da bo prišlo do napak, in bolj verjetno, da bodo napake prijavljene in obravnavane. Študije so pokazale tudi omembe vredno pozitivno korelacijo med slabšo varnostno klimo in višjo stopnjo ponovnih sprejemov bolnikov z akutnim miokardnim infarktom (AMI) in srčnim popuščanjem (SZ), (Russ idr., 2021). To nakazuje, da lahko poudarek na varnosti bolnikov v bolnišnični kulturi vpliva na dolgoročne rezultate bolnikov po prvi hospitalizaciji.

Metaanaliza je pokazala pomembno negativno korelacijo med splošno kulturo varnosti pacientov in manjkajočo zdravstveno nego (Wang, Jiang & Zhang, 2022), kar kaže, da lahko močnejša kultura varnosti omogoči medicinskim sestram, da zagotovijo potrebno zdravstveno nego, morda s spodbujanjem boljšega timskega dela, komunikacije in upravljanja delovne obremenitve.

Sistematični pregled še dodatno potrjuje te ugotovitve, saj kaže, da izboljšana kultura varnosti pacientov na splošno vodi k boljšim izidom zdravljenja (Thomassen idr., 2014).

Tabela 2: Študije, ki povezujejo kulturo varnosti pacientov z izidi zdravljenja

Študija	Orodje za merjenje varnostne kulture	Merjeni rezultati za paciente	Ključne ugotovitve
Študije AHRQ SOPS (Westat, 2025)	Ankete AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS®)	Bolnišnične razjede zaradi pritiska, padci bolnikov, stopnja okužb na kirurškem mestu, zapleti/neželeni dogodki v bolnišnici, izkušnje bolnikov	Pozitivnejše ocene SOPS so povezane z manj razjedami zaradi pritiska, manj padci, nižjo stopnjo okužb, nižjo stopnjo zapletov/neželenih dogodkov in bolj pozitivnimi izkušnjami bolnikov.
Študije z različnimi merili (Patient Safety Assessment Tool (PSAT))	Spreminja se	Stopnje napak	Slaba zaznana kultura varnosti je povezana z večjo stopnjo napak.
Hansen in drugi (v Russ idr., 2021)	Raziskave o varnostni klimi	Stopnje ponovnih sprejemov zaradi AMI in srčnega popuščanja	Manjša varnostna klima je povezana z večjim številom ponovnih sprejemov.
Metaanaliza (Wang, Jiang & Zhang, 2022)	Različni ukrepi	Zamujena zdravstvena nega	Pomembna negativna korelacija med splošno kulturo varnosti pacientov in manjkajočo zdravstveno nego.
Sistematični pregled (Thomassen idr., 2014)	Različni ukrepi	Široka paleta rezultatov za bolnike	Izboljšana kultura varnosti bolnikov ima za posledico boljše izide zdravljenja.

5 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA KULTURO VARNOSTI PACIENTOV V BOLNIŠNICAH

Kultura varnosti pacientov v bolnišnicah je kompleksen konstrukt, na katerega vplivajo številni medsebojno delujoči dejavniki. Razumevanje teh dejavnikov je ključnega pomena za razvoj ciljno usmerjenih strategij za povečanje varnosti in izboljšanje oskrbe bolnikov. Ključni dejavniki, ki pomembno vplivajo na kulturo varnosti bolnikov, so stili vodenja, komunikacijske prakse, timsko delo in sodelovanje ter organizacijsko učenje.

Stili vodenja imajo ključno vlogo pri oblikovanju kulture varnosti bolnikov v bolnišnici (Performance Health, n.d.). Močna zavezanost vodstva in prednostno obravnavanje varnosti bolnikov sta temeljna za spodbujanje pozitivne kulture varnosti (Performance Health, n.d.). Vodje, ki aktivno sodelujejo pri pobudah za varnost, dodeljujejo potrebna sredstva in vidno podpirajo prizadevanja za varnost, dajejo jasno sporočilo o pomenu varnosti v celotni organizaciji (Performance Health, n.d.). Dokazano je, da preoblikovalno vodenje, za katerega je značilno, da opolnomoči in navdihuje osebje, posreduje jasno vizijo varnosti in spodbuja sodelovanje, prispeva k zmanjšanju umrljivosti bolnikov in napak (Winters idr., 2013). Ta slog vodenja spodbuja osebje, da prevzame odgovornost za varnost in proaktivno pristopa k oskrbi pacientov (County Health Rankings & Roadmaps, n.d.). Nasprotno pa transakcijsko vodenje, ki temelji na nagrajevanju in kaznovanju ter se osredotoča na skladnost, lahko spodbuja poročanje o incidentih, vendar morda ne spodbuja v celoti proaktivne kulture varnosti (Winters idr., 2013). Laissez-faire vodenje, za katerega je značilen pasiven in odtujen pristop, je na splošno povezano z negativnimi rezultati za kulturo varnosti pacientov (Performance Health Partners, n.d.). Učinkoviti vodje spodbujajo tudi psihološko varnost, saj ustvarjajo okolje, v katerem se osebje počuti udobno, ko govori o težavah, in obravnavajo neprofesionalno vedenje, ki lahko ogrozi varnost pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.e).

Komunikacija **Prakse komuniciranja** so temelj učinkovite kulture varnosti pacientov. Odprta in pregledna komunikacija je bistvenega pomena za takojšnje prepoznavanje in obravnavanje varnostnih vprašanj. Spodbujanje osebja, da spregovori brez strahu pred kaznovanjem, zagotavlja, da se neželeni dogodki, potencialna tveganja, nevarna stanja in zdravstvene napake sporočajo in učinkovito obravnavajo (Performance Health, n.d.). Uporaba standardiziranih komunikacijskih orodij, kot je SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), omogoča učinkovit prenos informacij med zdravstvenimi delavci, zlasti med predajo pacienta. Redni varnostni sestanki in srečanja so priložnost, da ekipe razpravljajo o morebitnih varnostnih vprašanjih, delijo nedavne skrbi in zagotavljajo usklajenost glede varnostnih prednostnih nalog (Performance Health, n.d.).

Timsko delo in sodelovanje sta ključna dejavnika, ki prispevata k varni in kakovostni oskrbi bolnikov. Učinkovito timsko delo med zdravstvenimi delavci zmanjšuje možnost človeških napak in izboljšuje klinično učinkovitost. Medpoklicno timsko delo, ki vključuje sodelovanje med različnimi zdravstvenimi delavci z različnimi znanji in pogledi, je nepogrešljivo pri reševanju kompleksnih izzivov oskrbe bolnikov in izboljšanju njihove varnosti (Nunes idr., 2024). Medicinske sestre imajo pogosto ključno vlogo pri omogočanju učinkovitega medpoklicnega timskega dela s spodbujanjem komunikacije, sodelovanja in zagovarjanja pacienta (Spooner, Chaboyer & Aitken, 2019). Programi timskega usposabljanja, vključno z izobraževanjem na podlagi simulacij, so učinkovite strategije za izboljšanje timskega dela in komunikacijskih veščin, kar na koncu izboljša kulturo varnosti pacientov (Patient Safety Assessment Tool (PSAT)).

Organizacijsko učenje je bistveno za spodbujanje kulture varnosti, saj poudarja pomen učenja iz napak in neželenih dogodkov (Performance Health, n.d.). Odzivanje na napake brez kaznovanja, pogosto imenovano kultura pravičnosti, je ključnega pomena za spodbujanje osebja, da brez strahu pred povračilnimi ukrepi poroča o napakah, kar organizaciji omogoča, da se iz napak uči in izvaja preventivne ukrepe. Nenehno izboljševanje je ključni element kulture varnosti pacientov, ki vključuje stalno spremljanje in izboljšanje varnostnih praks. To vključuje vključevanje najboljših praks in na dokazih temelječih strategij v rutinsko oskrbo (Performance Health, n.d.).

5.1 Pregled obstoječe znanstvene literature

Pregled obstoječe znanstvene literature o kulturi varnosti pacientov v bolnišnicah, s poudarkom na sistematičnih pregledih in metaanalizah, zagotavlja dragocen vpogled v trenutno stanje raziskav, prevladujoče teme in učinkovitost različnih ukrepov. Sistematični pregledi so preučevali različne vidike kulture varnosti pacientov v bolnišnicah. 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.f). 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 krejitvi 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 timskega 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.

Izvajanje 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 osebe (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 timskemu 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.

Metaanalize so dodatno sintetizirale dokaze o kulturi varnosti pacientov. Ena od metaanaliz je pokazala pomembno negativno korelacijo med splošno kulturo varnosti pacientov in manjkajočo zdravstveno nego, kar poudarja pomen pozitivne kulture pri zagotavljanju, da lahko medicinske sestre zagotovijo popolno zdravstveno nego (Wang, Jiang & Zhang, 2022). Preučili so tudi učinek intervencij izobraževanja o varnosti pacientov na kulturo varnosti pacientov, pri čemer rezultati kažejo, da lahko izobraževanje vodi k izboljšanju zaznavanja kulture varnosti (Peaceful Leaders

Academy, 2024). Vendar pilotne metaanalize, ki so preučevale neposredno povezavo med kulturo varnosti in posebnimi izidi za paciente, kot so razjede zaradi pritiska, padci in napake pri zdravljenju, niso pokazale pomembnih povezav, kar nakazuje, da je ta povezava morda kompleksna in jo je treba dodatno raziskati (Verita, 2024). Ključne ugotovitve sistematičnih pregledov in metaanaliz o kulturi varnosti pacientov prikazuje tabela 3.

Tabela 3: Ključne ugotovitve sistematičnih pregledov in metaanaliz o kulturi varnosti pacientov

Osredotočenost na pregled	Ključne ugotovitve	Viri
Metode in razsežnosti ocenjevanja kulture varnosti	Najpogostejša metoda so ankete; ključna dimenzija je "vodenje".	Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.f).
Učinkovitost strategij za kulturo varnosti	Vodstveni obhodi in večstranski programi, ki temeljijo na enotah, kažejo določen pozitiven vpliv na varnostno klimo.	Carvalho idr., 2023
Kultura varnosti pacientov v bolnišnicah v Latinski Ameriki	Prednosti: organizacijsko učenje, timsko delo v enotah. Slabosti: nekaznovalni odziv na napake, kadrovska zasedba. Nizka splošna pozitivna percepcija.	Singer & Vogus, 2003
Zaznavanje zdravstvenih delavcev v ameriških bolnišnicah	Najvišja: timsko delo v enotah. Najnižja: nekaznovalni odziv na napake, predaje/prehodi. Potreba po izboljšavah.	Qin & Chen, 2024
Kultura varnosti in rezultati varnosti pacientov v državah v razvoju	Slaba ozaveščenost; izboljšana kultura vodi k boljšim izidom za bolnike.	Thomassen idr., 2014
Povezava med kulturo varnosti in izidi zdravljenja bolnikov	Različne ugotovitve; več dokazov o vplivu na varnostno vedenje osebja.	Silva, dos Santos & Sousa, 2020
Povezava med kulturo varnosti in zamujeno zdravstveno nego	Pomembna negativna korelacija.	Wang, Jiang & Zhang, 2022
Učinek ukrepov za izobraževanje o varnosti pacientov	Izobraževanje lahko izboljša kulturo varnosti pacientov.	Peaceful Leaders Academy, 2024
Povezava med kulturo varnosti in posebnimi izidi zdravljenja	V pilotnih metaanalizah ni bilo ugotovljenih pomembnih povezav.	Verita, 2024

5.2 Opredelitev kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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, n.d.). 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 (Patient Safety Assessment Tool (PSAT), 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.d). 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, 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.b). 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, n.d.). 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. Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij je prikazana v tabeli 4.

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.a). 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, n.d.). 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 globljih kulturnih vrednotah organizacije (American Data Network, 2024). Za trajno izboljšanje varnosti pacientov je treba obravnavati tako neposredne zaznave kot globlje zakoreninjene kulturne norme.

Tabela 4: 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.

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 (Nunes idr., 2024). 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 spodrseljaji 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.

5.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za paciente v bolnišnicah

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, n.d.). 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, n.d.). 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, 2010). 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, n.d.). 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 osebe 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.g). 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, 2010). Finančno breme zdravstvenih napak za zdravstveni sistem je veliko (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.h), 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.

5.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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. V bolnišničnem okolju, kjer so procesi oskrbe kompleksnejši in vključujejo večje število strokovnjakov ter oddelkov, so ti elementi še pomembnejši za zagotavljanje usklajenosti, odgovornosti in trajnega izboljševanja varnosti pacientov. Ključni elementi/razsežnosti kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu in njihov opis prikazuje tabela 5.

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.d). Njihova dejanja in stališča pomembno vplivajo na dojemanje in vedenje vseh zaposlenih, zato je močna podpora vodstva temeljni kamen kulture, ki se zaveda varnosti.

Tabela 5: 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, n.d.
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.d
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, n.d.

Odločilnega pomena sta tudi **timsko delo in sodelovanje**, zlasti v pogosto multidisciplinarnem okolju primarnega zdravstvenega varstva (Performance Health, n.d.). 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.d). 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.

Vedno večje priznavanje pomena **vklučevanja 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, n.d.). Velike delovne obremenitve, neustrezna raven osebja in prevelike časovne omejitve lahko negativno vplivajo na dobro počutje osebja in povečajo tveganje za napake. Obravnavanje teh dejavnikov je ključna za spodbujanje okolja, v katerem je varnost lahko prednostna naloga.

5.5 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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.d). 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 (Performance Health, n.d.). 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, n.d.). 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, dožemanjem 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.g).

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.

Pri izbiri metod ocenjevanja morajo zdravniki v osnovnem zdravstvu upoštevati več dejavnikov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.b). 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.b). 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. Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu je prikazana v tabeli 6.

Tabela 6: 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.

5.6 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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, n.d.). 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.⁶ Stalno usposabljanje o načelih varnosti pacientov, postopkih poročanja o napakah, tiskem 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.

5.7 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v bolnišnicah

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. V bolnišničnem okolju, kjer so procesi oskrbe pogosto bolj zapleteni in vključujejo večdisciplinarne time ter visoko stopnjo soodvisnosti, je uporaba takih strategij ključna za ohranjanje dosledne in zanesljive varnosti pacientov. 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. Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu prikazuje tabela 7.

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, 220). Ti sistemi morajo biti uporabniku prijazni, zaupni in povezani z redno analizo poročenih incidentov ter povratnimi informacijami za osebje, 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, 2010). To lahko vključuje kontrolne sezname 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 7: Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Strategija/intervencija	Opis	Viri	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, n.d.	Izboljšana komunikacija, usklajevanje in skupno odločanje.
Sistemi za poročanje o incidentih	Uporabniku prijazni in zaupni sistemi za poročanje o napakah in skorajšnjih napakah.	WHO, 2020	prepoznavanje sistemskih vprašanj, priložnosti za učenje in izboljšave.
Varnostni sestanki	Redni kratki sestanki za razpravo o morebitnih varnostnih vprašanjih in usklajevanje prednostnih nalog.	Westat, 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, 2010	Zmanjšanje števila napak, večja doslednost pri zagotavljanju oskrbe.
Vključevanje bolnikov in družin	Strategije za vključevanje bolnikov in družin v njihovo oskrbo za večjo varnost.	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.	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 osebe kot za paciente (WHO, 2020).

5.8 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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. 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.i). 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 (Performance Health, 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, 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.

5.9 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti pacientov v bolnišnicah

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, telezdravja 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.g). 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 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.a).

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. Končno, 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.).

5.10 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov

5.10.1 Izčrpen pregled in poročilo

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, n.d.). 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, n.d.). 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, (n.d.). 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 krepitve 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.

5.10.2 Opredelitev 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, n.d.). 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 (Patient Safety Assessment Tool (PSAT)). 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, 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, n.d.). 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 (Performance Health, n.d.). 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.j). 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).

5.10.3 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.

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 (WHO, 2009). 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.k).

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.d).
- **Orodja za oceno tveganja:** Ta kategorija zajema instrumente, vključno s kontrolnimi seznam 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, n.d.).
- **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.

5.11 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.

5.11.1 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.

5.11.2 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 življenje", 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.

5.11.3 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.

5.12 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost

5.12.1 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.g). 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.c). 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.h). Raziskave so javno dostopne, da jih lahko zdravstvene organizacije uporabljajo brezplačno (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.d), 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).

5.12.2 Kontrolni sezname (s poudarkom na kontrolnem seznamu SZO za varnost v kirurgiji)

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v okviru programa "Varna kirurgija rešuje življenje", 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), (WHO, 2009).

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. Rezultati te prve študije so pokazali izjemno zmanjšanje števila okužb na kirurškem mestu in splošne umrljivosti po uvedbi kontrolnega seznama (Jain, Sharma & Reddy, 2018). 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).

5.12.3 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.k). 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.k).

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 seznamami. 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 (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.k). 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 dvoumnost, 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.k). 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.

5.13 Prednosti in omejitve različnih instrumentov

5.13.1 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.g). 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.a).

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).

5.13.2 Kontrolni seznam

Kontrolni seznam 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 seznam 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 seznam 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 seznam 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 seznam 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).

5.13.3 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, n.d.). 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, n.d.).

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.l). 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.l).

5.13.4 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. 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 (Westat, 14. januar 2025). 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 seznam 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 seznam 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, n.d.). 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.³³ 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, n.d.). 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.

5.14 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.a). 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.g), ter z manjšo stopnjo okužb kirurškega mesta. 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. 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. 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.m). 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 (Haugen idr., 2018). 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.k).

5.15 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.

6 VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI

6.1 Vprašanja zaposlenim

Bolnišnicam smo poslali naslednja vprašanja (trditve), ki jih podajajo tabele 1a, 1b, 1c in 1d in kratko opisno za ostale vrste vprašanj oziroma trditev.

- V skupini Q4 (sekcija A) je 14 trditev, ki jih anketiranci ocenjujejo od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (zelo se strinjam) ali pa ne vedo odgovora oziroma je odgovor nerelevanten:

Sploh se ne strinjam Se ne strinjam Sem neodločen Strinjam se Zelo se strinjam Ne pride v poštev ali ne vem

Tabela 8: 1A - Vprašanje skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah o obsegu dela in napakah

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivna	Q4a	V tej enoti delamo skupaj kot uspešen tim.
pozitivna	Q4b	V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve.
negativna	Q4c	Osebje v tej enoti dela daljše ure kot bi bilo najbolje za oskrbo pacientov.
pozitivna	Q4d	Redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov.
negativna	Q4e	V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja.
negativna	Q4f	V tej enoti osebje misli, da se napake uporabljajo proti njim.
negativna	Q4g	Ko v tej enoti sporočimo napako, se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba.
pozitivna	Q4h	Kadar je veliko dela osebje pomaga drug drugemu.
negativna	Q4i	Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti.
pozitivna	Q4j	Ko osebje naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika.
negativna	Q4k	Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov.
pozitivna	Q4l	V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo.
negativna	Q4m	V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov.
negativna	Q4n	Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo.

- V skupini Q5 (sekcija B) je troje trditve, ki jih anketiranci ocenjujejo od 1 do 5, z istim naborom možnih odgovorov kot v skupini Q4.

Tabela 9: 1B - Vprašanja (trditve) skupine Q5 anketirancem, zaposlenih v bolnišnicah, o obnašanju nadrejenih, ko gre za varnost pacienta

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivna	Q5a	Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov.
negativna	Q5b	Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela celo, če to pomeni, da ubiramo bližnjice.
pozitivna	Q5c	Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče.

- V skupini Q6 (sekcija C) je 7 trditve o komunikacijah v bolnišnicah oziroma odelkih bolnišnic, ki jih anketiranci ocenjujejo od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (zelo se strinjam) ali pa ne vedo odgovora oziroma je odgovor nerelevanten (6). Trditve so nanizane v tabeli 1c:

Tabela 10: 1C - Vprašanja (trditve) skupine Q6 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah, o komunikacijah na oddelkih

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivna	Q6a	O napakah, ki se dogodijo v tej enoti, smo obveščeni.
pozitivna	Q6b	Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje.
pozitivna	Q6c	V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak.
pozitivna	Q6d	V tej enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na varnost pacientov.
pozitivna	Q6e	Osebje v tej enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente.
pozitivna	Q6f	Ko osebje spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov.
negativna	Q6g	V tej enoti je osebje strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav.

- Skupina Q7 (sekcija D) je namenjena ocenjevanju sporočanja o varnostnih incidentih pri pacientu na oddelku oziroma v enoti, kjer anketiranec pretežno dela. V sekciji D nam anketiranci odgovarjajo po Likertovi lestvici od 1 do 6. Na tej lestvici pomeni 1 nikoli, 2

redko, 3 le včasih, 4 pogosto, 5 pomeni vedno, 6 pa, da trditev po mnenju anketiranca ni relevantna ali o njej nič ne vedo.

Tabela 11: 1D - Vprašanja skupine Q7 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah, o pogostosti poročanja o incidentih

Koda	Opis trditve ali vprašanja
Q7a	Ko se napaka zgodi, a prepreči, da bi dosegla pacienta, kako pogosto jo sporočite?
Q7b	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?

- o V skupini Q8 (sekcija E) so anketiranci ocenili pogostost njihovega poročanja o incidentih glede varnosti pacienta na njihovem oddelku ali v enoti v zadnjem letu ter podali splošno oceno stanja varnosti pacientov na njihovem oddelku/enoti. Ocene so grupirane v 1: nikoli; 2: enkrat do dvakrat; 3: trikrat do petkrat; 4: šestkrat do desetkrat; 5: enajstkrat in več.

Tabela 12: 1E - Vprašanja skupine Q8 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah

Koda	Opis vprašanja
Q8a	Koliko varnostnih incidentov ste sporočili v zadnjih 12 mesecih?
Q8b	Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov na vašem oddelku/enoti.

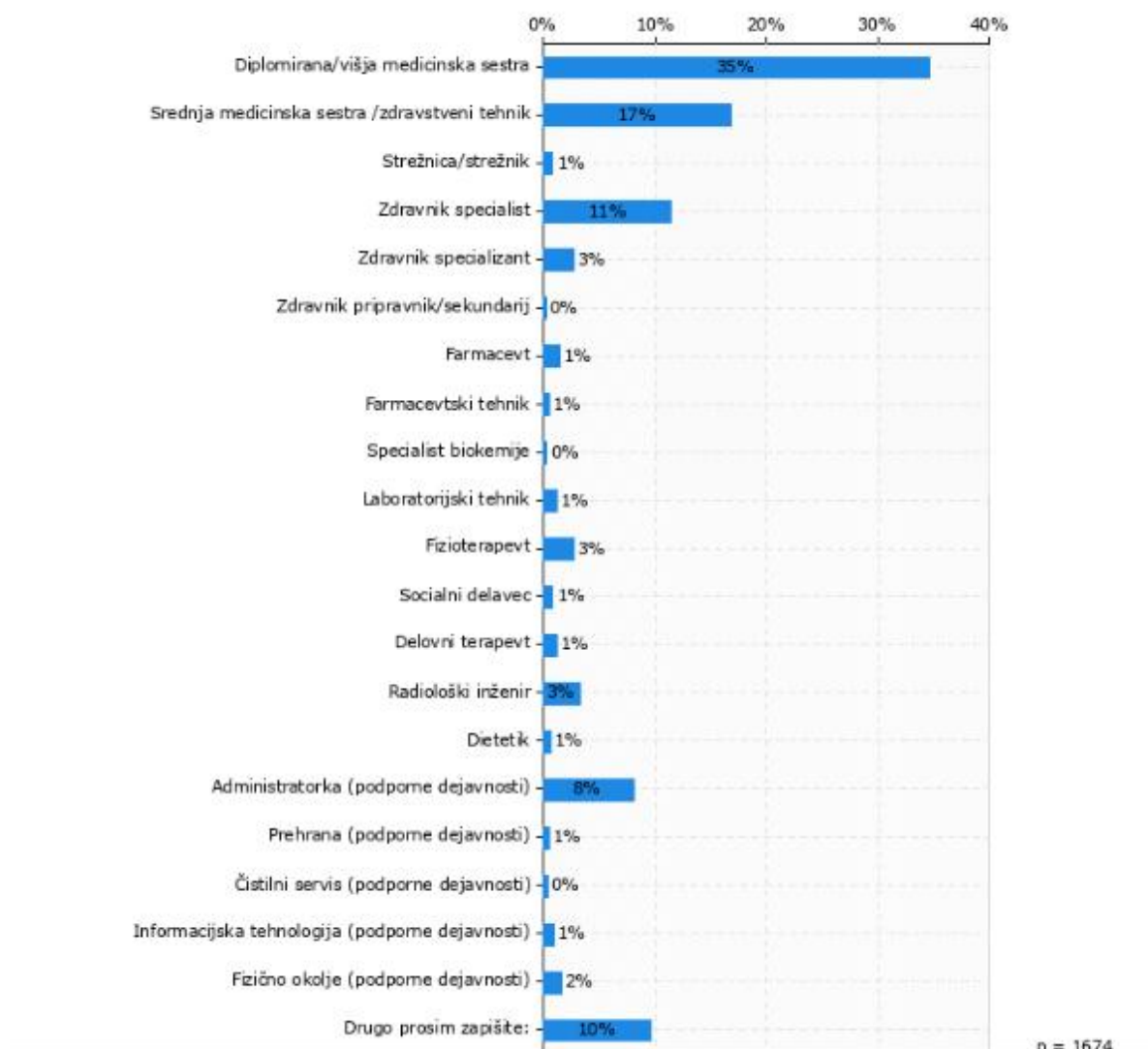
- o V skupini Q9 (sekcija F) so anketiranci podali splošno oceno varnosti pacientov v njihovi bolnišnici. Na Likertovi lestvici pomeni 1 poročevalec se sploh ne strinja, da je varno, 2 se ne strinja, 3 je neodločen, 4 se strinja, 5 poročevalec se s trditvijo zelo strinja. 6 pa pomeni, da ne ve odgovora. Trditve so nanizane v tabeli 1f.

Tabela 13: F2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditvev v skupini F

Vrsta trditve	Trditev	Opis trditve ali vprašanja
pozit.	Q10a	Vodstvo bolnišnice ukrepa tako, kot da je varnost pacientov prva prioriteta.
pozit.	Q10b	Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti pacientov.
neg.	Q10c	Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.
neg.	Q10d	Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo.
neg.	Q10e	Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo.
pozit.	Q10f	Pri izmenah je dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta.

6.2 Struktura anketirancev po bolnišnicah

Strukturo poklicnega položaja poročevalcev po bolnišnicah podaja Graf 1:

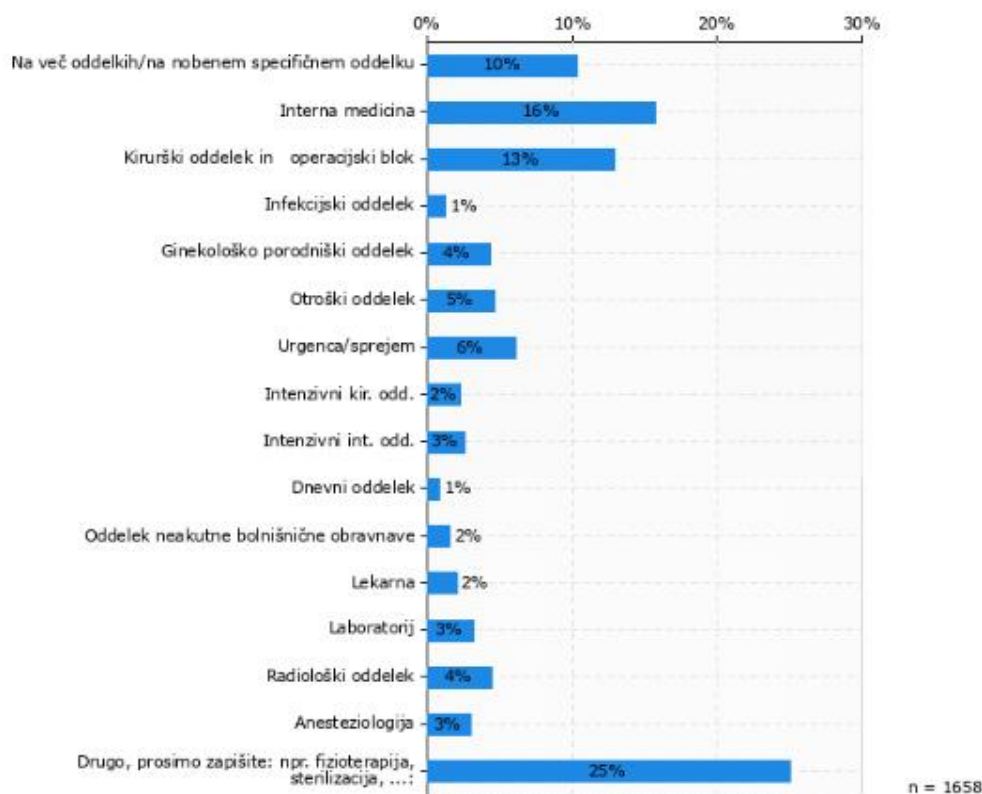


Graf 1: Struktura anketirancev v slovenskih bolnišnicah

Iz Grafa 1 sledi, da je skupaj odgovarjalo 1674 anketirancev, od katerih je bilo 35 % diplomiranih/višjih medicinskih sester, 17% srednješolsko izobraženih medicinskih sester, 11% zdravnikov specialistov, 8 % administratork, 3 % zdravnikov specializantov in 3 % fizioterapevtov, ostalih pa je bilo po 2 % ali manj. Poleg analize podatkov, ki jo nudi 1KA v prilogi, smo podrobneje analizirali odgovore v anketah.

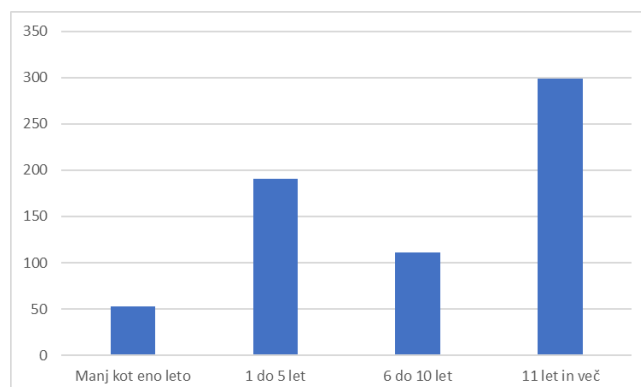
Anketiranci so zaposleni na različnih oddelkih. Graf 2 podaja alokacijo anketirancev po pretežni obremenitvi na posameznih oddelkih glede na število vrnjenih anket. Na vprašanje o zaposlitvah po oddelkih smo dobili naslednjo strukturo odgovorov, razvidno na grafu 2. Na to vprašanje je odgovarjalo 1658 anketirancev. Iz grafa 2 lahko sklepamo, da ima največ anketirancev svoje

delovno mesto v interni medicini (16 %), sledi kirurški oddelek (16 %), na urgenci je zaposlenih 6 % anketirancev, 5 % jih je na otroškem oddelku, po 4 % na ginekološko – porodniškem oddelku in na radiološkem oddelku, 3 % jih je z intenzivnega int. oddelka in enak odstotek iz laboratorija, kakor tudi na anesteziologiji. Ostalih je 2 % ali manj. Podrobnosti o teh so v prilogi 1KA.



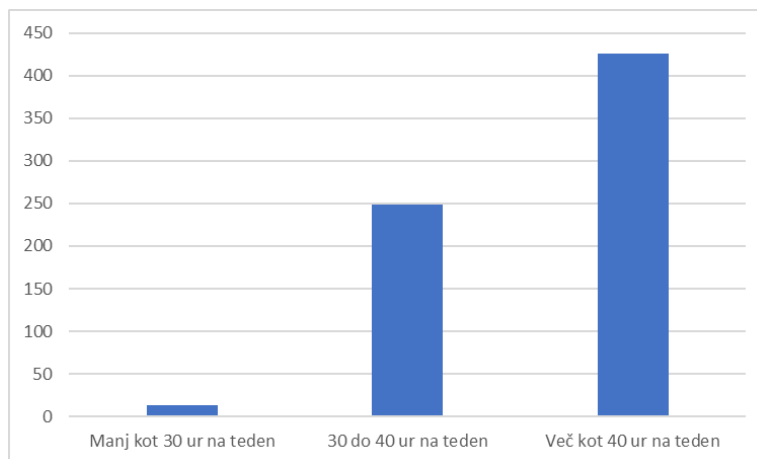
Graf 2: Struktura zaposlitve anketirancev po oddelkih/enotah v slovenskih bolnišnicah

Dodatne informacije o anketirancih so v nadaljevanju v anketi pod G. Ilustracija je na naslednjih grafih.



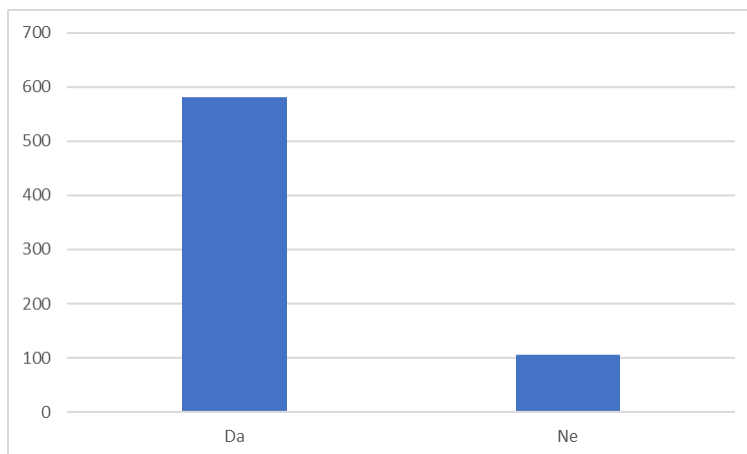
Graf 3: G1 - Koliko časa v tej bolnišnici delate na oddelku / enoti, kjer ste sedaj

Modus na grafu G1 je pri "11 let in več":



Graf 4: G2 - Koliko ur na teden delate v tej bolnišnici?

Modus na grafu G2 je pri “več kot 40 ur na teden”, kar lahko vpliva na varnost pacientov.



Graf 5: G3 - Ali ste v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti?

Modus na grafu G3 je pri “da”, kar je bilo mogoče pričakovati.

6.3 Čiščenje podatkov

Odgovore smo prečistili v skladu z napovedano metodologijo. Med problemi smo zasledili vrsto odgovorov, kot je

- prazen anketni list ali povsod »Ne pride v poštev ali ne vem« ;
- da anketiranec verjetno ni pozorno prebral trditve. Odgovori tako verjetno niso veljavni.

6.4 Konsistentnost odgovorov vprašalnika za bolnišnice

Za vse odgovore smo dobili naslednje statistike:

ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	49212,11	825	59,65105	24,12467	0	1,083574
Columns	17994,35	37	486,3339	196,688	0	1,411
Error	75476,59	30525	2,472616			
Total	142683,1	31387				
Cronbach's Alpha			0,958549			

Iz dobljene **izredno visoke vrednosti Cronbachovega α** , ki je merilo notranje konsistentnosti, to je, kako tesno so povezani nabor postavk kot celotna skupina vprašanj za bolnišnice, lahko potrdimo da ima vprašalnik za bolnišnice izredno visoko notranjo konsistentnost.

6.5 Končna stopnja odgovorov

Končna stopnja odgovorov je podana za vsako vprašanje oziroma trditev posebej. Izračun stopnje odgovarjanja je bil izveden kot število vrnjenih anket minus neveljavne ulomljeno s številom osebja, ki so prejeli poziv za izpolnjevanje ankete.

7 STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO BOLNIŠNICAH

Eden izmed najenostavnejših načinov za predstavitev rezultatov je izračun pogostosti odziva za vsako trditev v anketi, kot sledi po skupinah od A do F.

Da bi si rezultate lažje ogledali ljudje, ki bodo dobili poročilo, smo jih po skupinah in posameznih trditvah/vprašanjih prikazali tudi grafično in z združevanjem pozitivnih in negativnih odgovorov ocenili odstotek ne-negativnih odgovorov. Statistiki vseh odgovorov skupaj sledi strukturiranje po bolnišnicah, za katere smo ugotavljali tudi kontingenco med odgovori posameznih bolnišnic in ocenili odstotke negativnih ocen ter zgornjo mejo v celotni populaciji sorodnih bolnišnic s tveganjem 0.025.

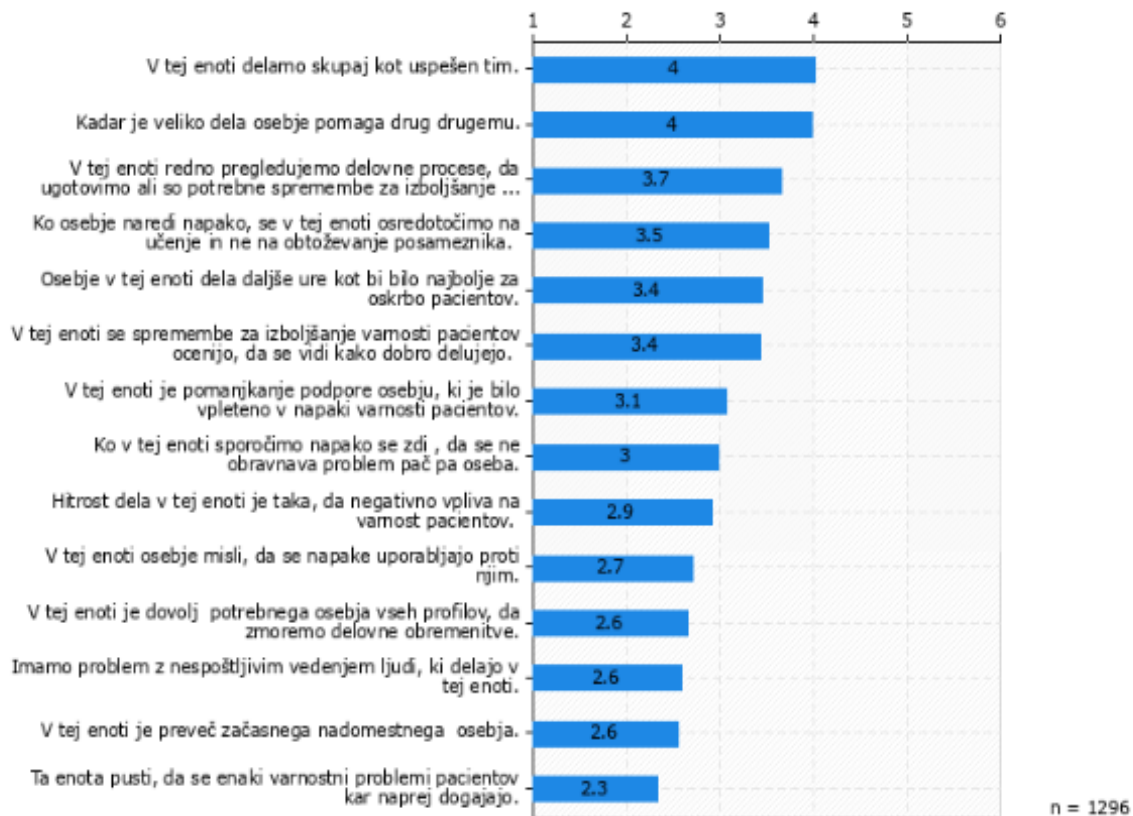
7.1 Statistika odgovorov iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka oziroma enote

7.1.1 Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah o obnašanju oddelka oziroma enote

V sekciji A nam osnovna statistika vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 6 da naslednje vrednosti, kot jih prikazuje Graf 3A0. Na tej lestvici pomeni 1 sploh ne strinjanje, 2 ne strinjanje, 3 neodločnost, 4 strinjanje, 5 poročevalec se s trditvijo zelo strinja, 6 pa pomeni, da ne ve odgovora.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 1296 anketirancev. Najbolj so se strinjali s trditvama, da delajo v skupini kot uglašen tim in da takrat, ko je veliko dela, pomagajo drug drugemu. Povprečje ocen je tu kar $M=4$. Dokaj dobro povprečje ($M=3,7$) so ocenili tudi trditev, da v njihovi enoti redno pregledujejo delovne procese in upoštevajo potrebe po spremembah in izboljšanjih, ko se te pokažejo. S povprečno oceno 3,5, kar je še vedno nenegativna ocena, vrednotijo trditev, da se tedaj, ko posameznik stori napako, osredotočijo na učenje, ki bi zmanjšalo frekvenco tovrstnih napak in ne na obtoževanje posameznika. Zaskrbljujoče je pozitivno povprečje trditve, da osebe v enoti dela preko predvidenega delovnega časa dlje, kot bi bilo to varno za pacienta ($M=3,4$). Z $M=3,4$ anketiranci ocenjujejo tudi trditev, da spremembe za izboljšanje varnosti na oddelkih tudi ocenjujejo. S povprečno oceno $M=3$, kar bi pomenilo uravnoteženje pozitivnih in negativnih odgovorov, anketiranci ocenjujejo trditev, da se ob nastanku napake bolj kot sam problem ocenjuje osebo, ki je dopustila realizacijo takega dogodka. Anketiranci obravnavajo tudi

pomembno dejstvo, da je hitrost dela v njihovi enoti taka, da negativno vpliva na varnost pacientov (M=2,9). Pomembno in zaskrbljujoče je, da je negativna ocena zadostnega števila potrebnega osebja vseh profilov (M=2,6). Dejstvo, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo pa je ocenjeno le z M=2,3. Ta dejstva so prikazana na grafu A0 z naslovom »Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka«.



Graf 6: A1 - Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka

Konsistentnost odgovorov na vprašalnike pod to skupino je šibkejša ($\alpha = 0,638$), kot kaže naslednja statistika, ki opozarja na rahlo vprašljivo konsistentnost:

ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	3696,962	825	4,481167	2,764021	4,1E-118	1,085814
Columns	2989,606	13	229,9697	141,8473	0	1,721068
Error	17387,89	10725	1,621249			
Total	24074,46	11563				
Cronbach's Alpha						
			0,638208			

Iz dobljene **bolj šibke vrednosti Cronbachovega α** , ki je merilo notranje konsistentnosti, to je, kako tesno so povezani nabor postavk kot celotna skupina vprašanj za bolnišnice, lahko potrdimo, da ima vprašalnik za bolnišnice komaj zadovoljivo notranjo konsistentnost. Oglejmo si porazdelitve odgovorov in delež nenegativnih trditev v skupini A!

Tabela 14: A1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu A

Q4a V tej enoti delamo skupaj kot uspešni Oznake vrstic Štetje od Q4a -5 3 -3 269 -1 15 1 30 2 68 3 82 4 351 5 290 6 5 Skupna vsota 1113	Q4b V tej enoti je dovolj potrebnega osebja Oznake vrstic Štetje od Q4b -5 3 -3 269 -1 21 1 177 2 290 3 94 4 179 5 78 6 2 Skupna vsota 1113
Q4c Osebe v tej enoti dela daljše ure Oznake vrstic Štetje od Q4c -3 269 -1 33 1 50 2 158 3 183 4 233 5 142 6 42 Skupna vsota 1110	Q4d Redno pregledujemo delovne procese Oznake vrstic Štetje od Q4d -3 269 -1 29 1 54 2 111 3 138 4 303 5 189 6 17 Skupna vsota 1110
Q4e Je preveč začasnega nadomestnega osebja Oznake vrstic Štetje od Q4e -3 269 -1 27 1 178 2 330 3 113 4 85 5 78 6 30 Skupna vsota 1110	Q4f Osebe misli, da se napake uporabljajo proti njim. Oznake vrstic Štetje od Q4f -3 269 -1 28 1 120 2 307 3 175 4 126 5 73 6 12 Skupna vsota 1110
Q4g Ko sporočimo napako se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba. Oznake vrstic Štetje od Q4g -3 269 -1 30 1 92 2 254 3 175 4 157 5 113 6 20 Skupna vsota 1110	Q4h Kadar je veliko dela osebe pomagata drug drugemu Oznake vrstic Štetje od Q4h -3 269 -1 29 1 18 2 80 3 97 4 340 5 264 6 13 Skupna vsota 1110

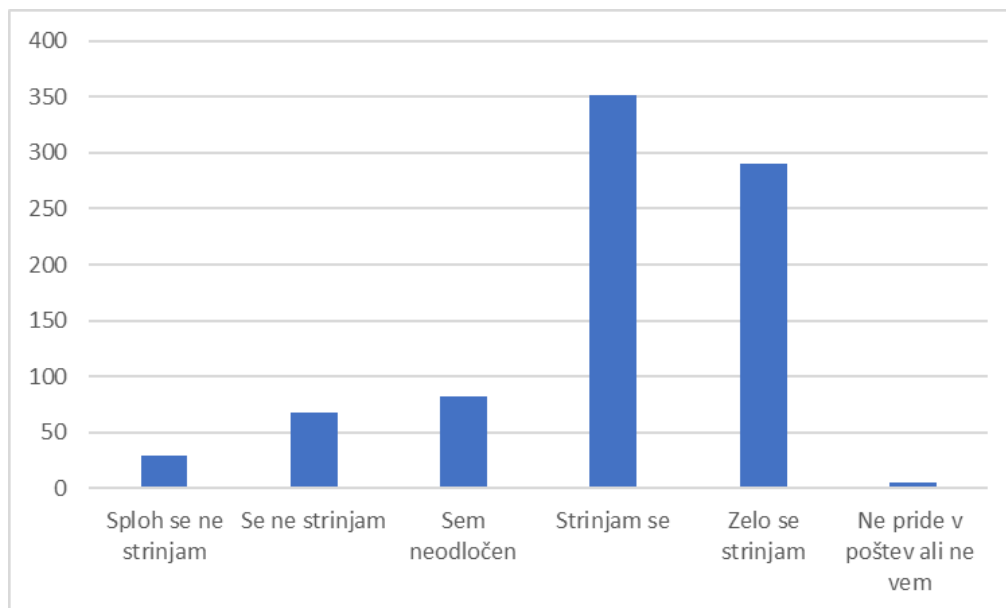
Q4i Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti. Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4i -3 269 -1 29 1 157 2 292 3 130 4 145 5 80 6 8 Skupna vsota 1110	Q4j Ko osebje naredi napako, se osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika. Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4j -3 269 -1 31 1 42 2 135 3 167 4 288 5 167 6 11 Skupna vsota 1110
Q4k Hitrost dela v enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4k -3 269 -1 28 1 112 2 247 3 181 4 141 5 110 6 22 Skupna vsota 1110	Q4l Spremembe za izboljšanje varnosti pacientov se ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo. Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4l -3 269 -1 32 1 50 2 104 3 262 4 267 5 78 6 48 Skupna vsota 1110
Q4m V enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napake varnosti. Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4m -3 269 -1 29 1 74 2 235 3 216 4 152 5 89 6 46 Skupna vsota 1110	Q4n Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo Oznake vrstic ▼ Štetje od Q4n -3 269 -1 27 1 240 2 300 3 120 4 76 5 43 6 35 Skupna vsota 1110

Če rangiramo ocene negativnih izkušenj poročevalcev, potem bi lahko zatrdili, da je največji problem, ker osebje dela v posameznem delovniku dlje, kot bi bilo to dobro za paciente (49% negativnih mnenj), da je v enotah veliko pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napake varnosti pacientov (40% negativnih mnenj), in da v primerih, ko se napaka realizira in jo sporočijo, v enoti ne obravnavajo napake ampak povzročitelja (34% negativnih mnenj). Po rangu pa je na četrtem mestu dejstvo, da je hitrost dela v teh enotah taka, da negativno vpliva na varnost pacientov (32% negativnih mnenj). To in druge napake opaža manj kot tretjina anketirancev.

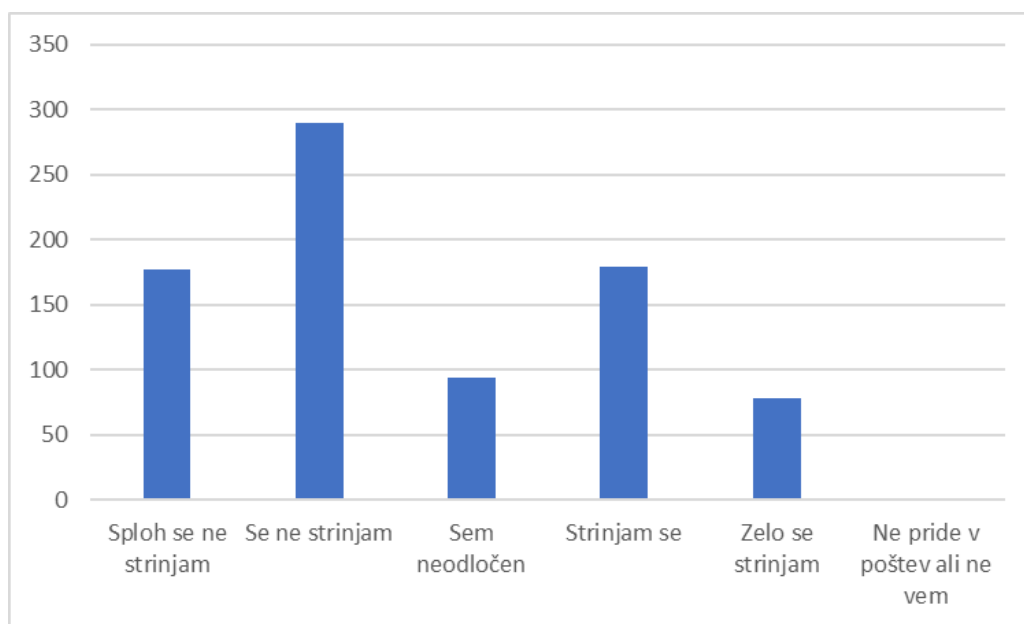
Tabela 15: A2 - Celostni pregled deleža negativnih in nenegativnih trditev o zagotavljanju varnosti v enotah, kjer delajo poročevalci

Koda	Nega- tivni	Pozi- tivni	Neodlo- čeni	vsota	% ne nega- tivnih	% nega- tivnih	Opis trditve
Q4a	98	641	28	767	87	13	V tej enoti delamo skupaj kot uspešen tim.
Q4b	467	257	94	818	75	25	V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve.
Q4c	375	208	183	766	51	49	Osebjem v tej enoti dela daljše ure kot bi bilo najboljše za oskrbo pacientov.
Q4d	165	492	138	795	79	21	Redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov.
Q4e	163	508	113	784	79	21	V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja.
Q4f	199	427	175	801	75	25	V tej enoti osebje misli, da se napake uporabljajo proti njim.
Q4g	270	346	175	791	66	34	Ko v tej enoti sporočimo napako, se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba.
Q4h	98	604	97	799	88	12	Kadar je veliko dela osebje pomaga drug drugemu.
Q4i	225	449	130	804	72	28	Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti.
Q4j	177	455	167	799	78	22	Ko osebje naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika.
Q4k	251	359	181	791	68	32	Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov.
Q4l	154	345	262	761	80	20	V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo.
Q4m	309	241	216	766	60	40	V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov.
Q4n	119	540	120	779	85	15	Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo.

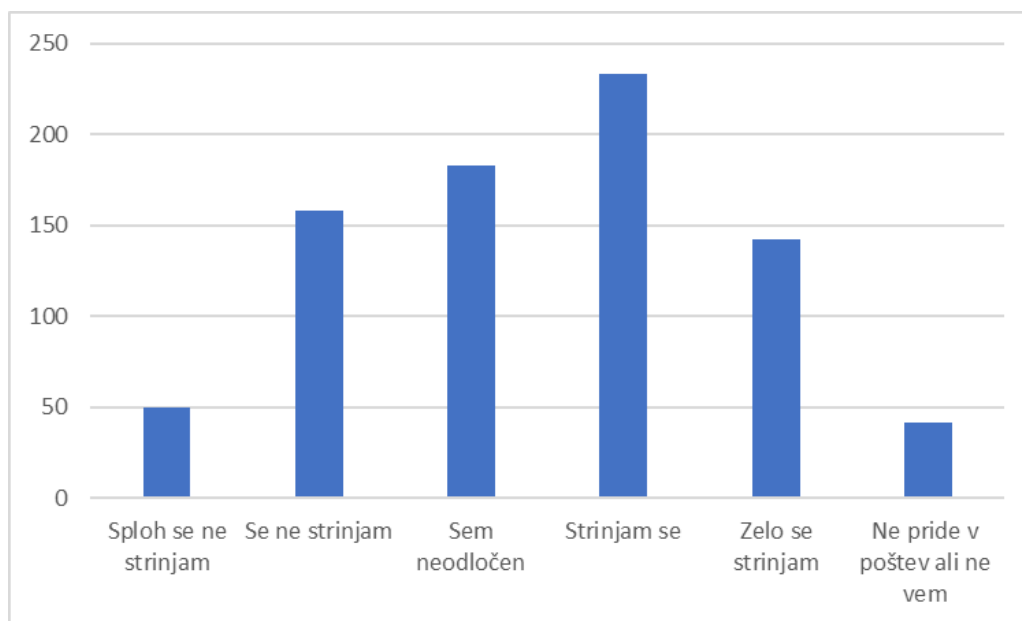
Grafična predstavitev posameznih odgovorov na trditve oziroma vprašanja v sekciji A (Graf A3-A16) so v nadaljevanju.



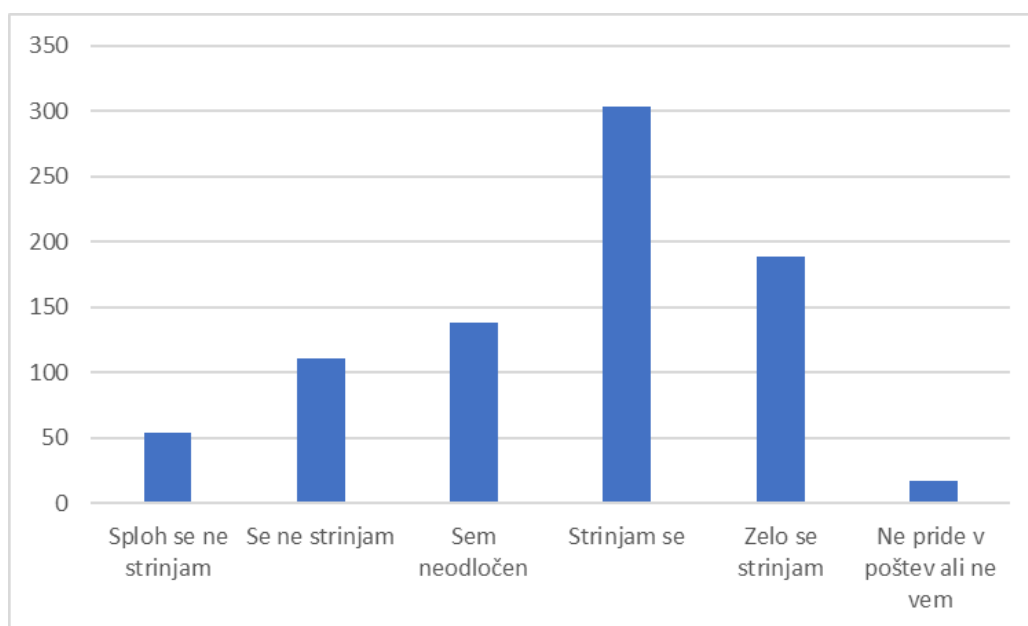
Graf 7: A3 - V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve



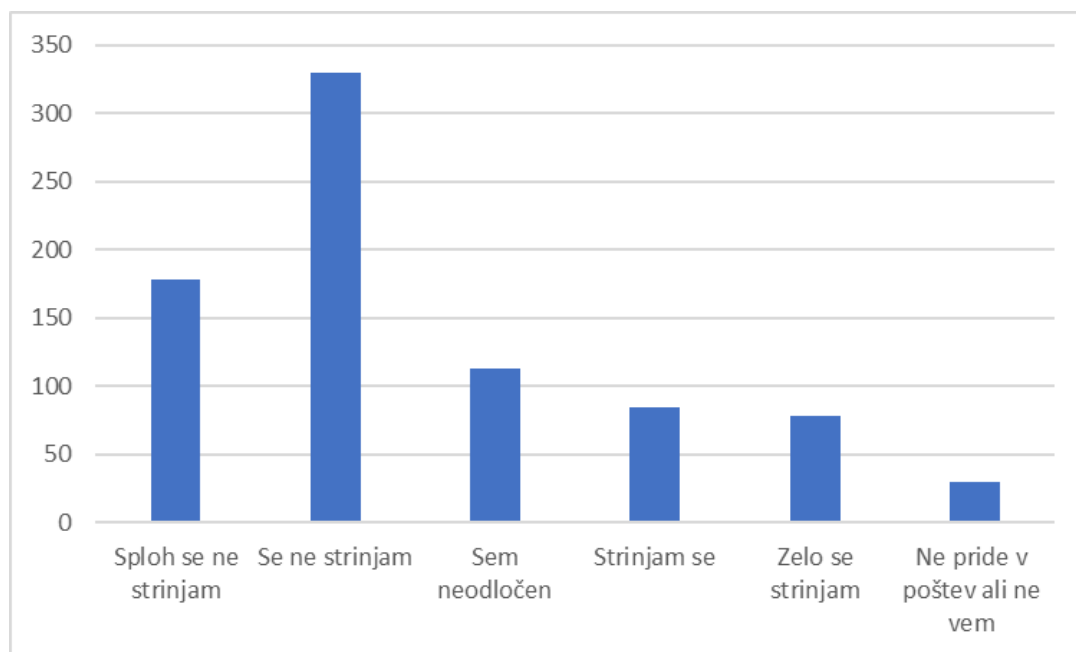
Graf 8: A4 - V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve



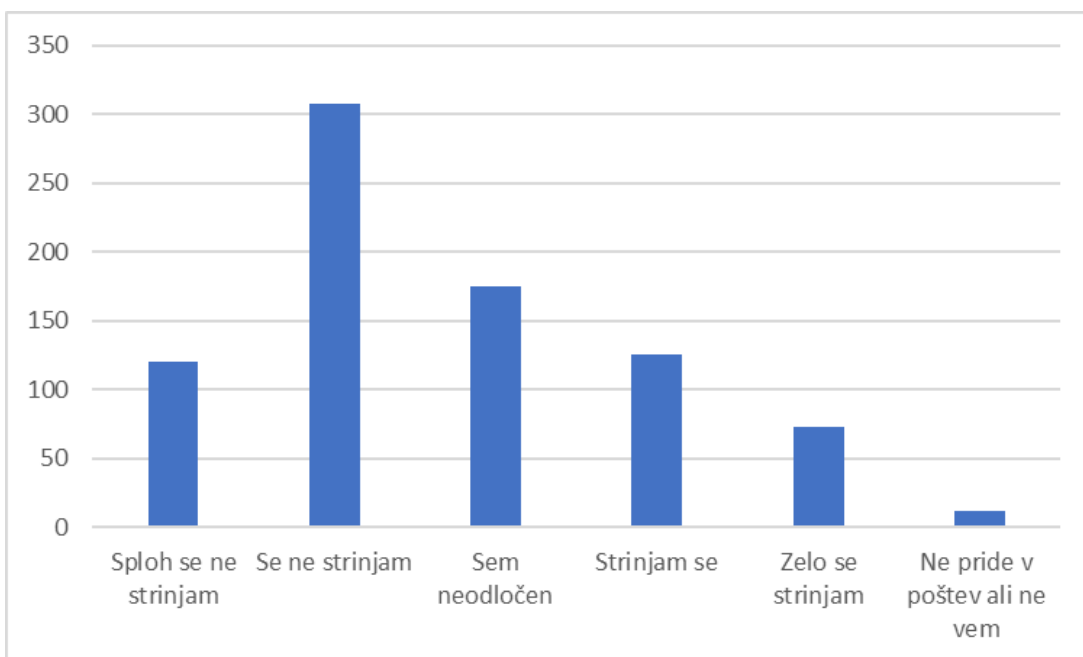
Graf 9: A5 - Osebe v tej enoti dela daljše ure, kot bi bilo najboljše za oskrbo pacientov



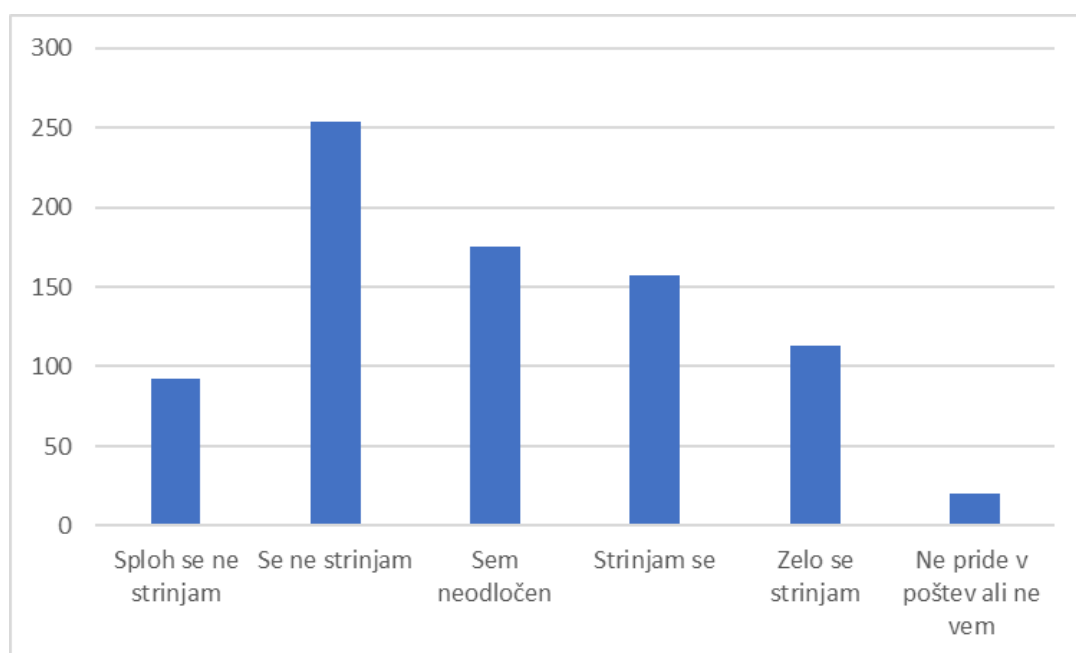
Graf 10: A6 - V tej enoti redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov



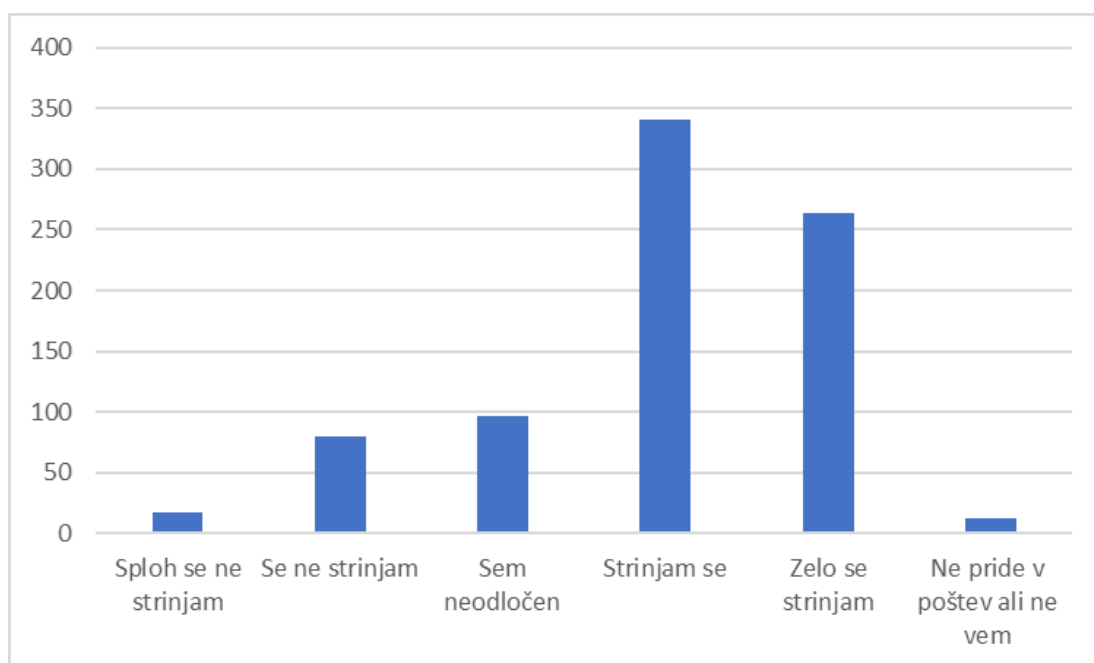
Graf 11: A7 - V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja



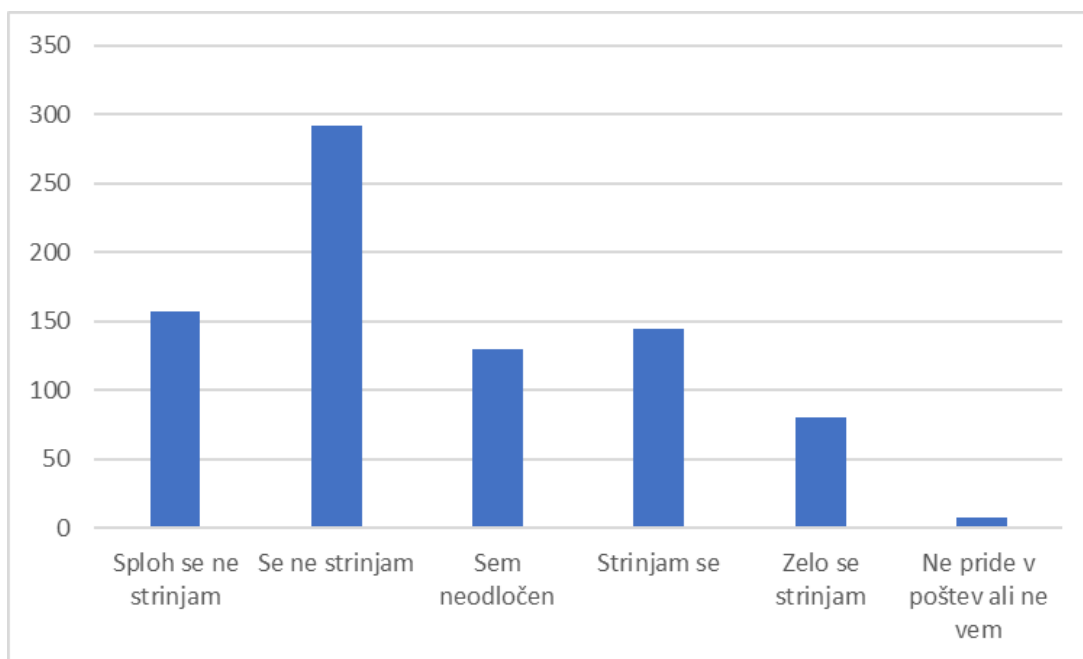
Graf 12: A8 - V tej enoti osebje misli, da se napake uporabljajo proti njim



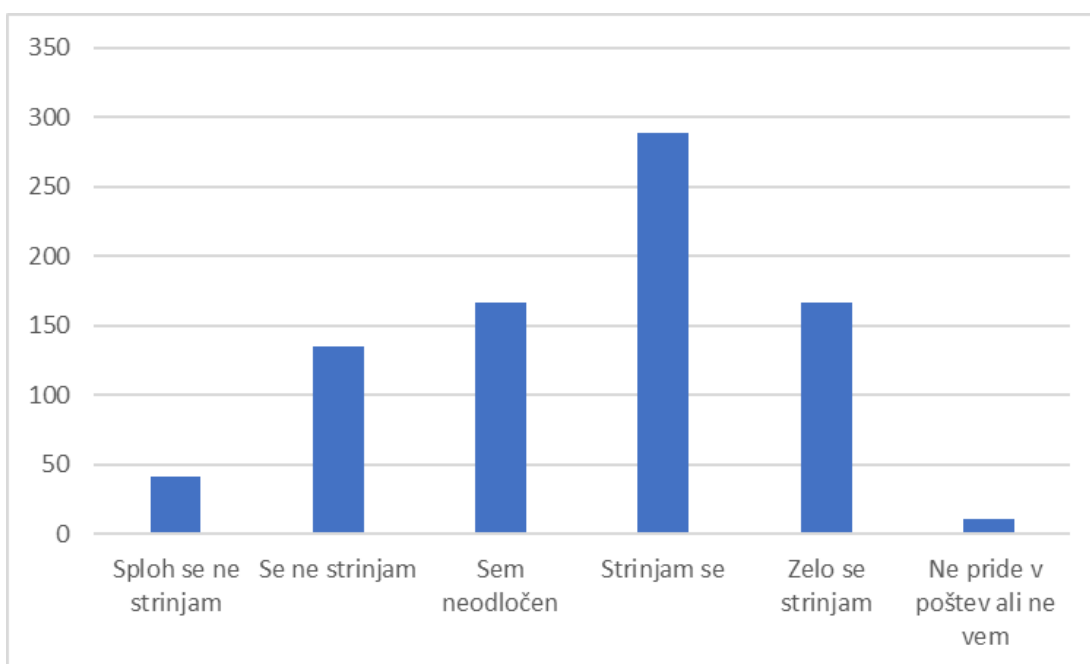
Graf 13: A9 - Ko v tej enoti sporočimo napako se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba



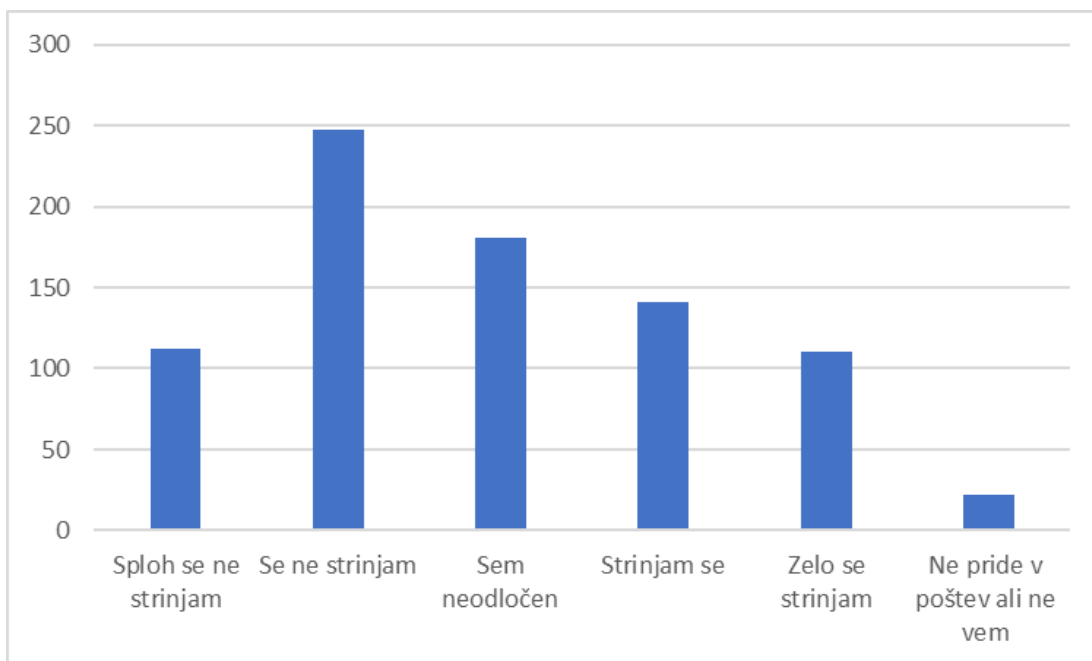
Graf 14: A10 - Kadar je veliko dela osebje pomaga drug drugemu



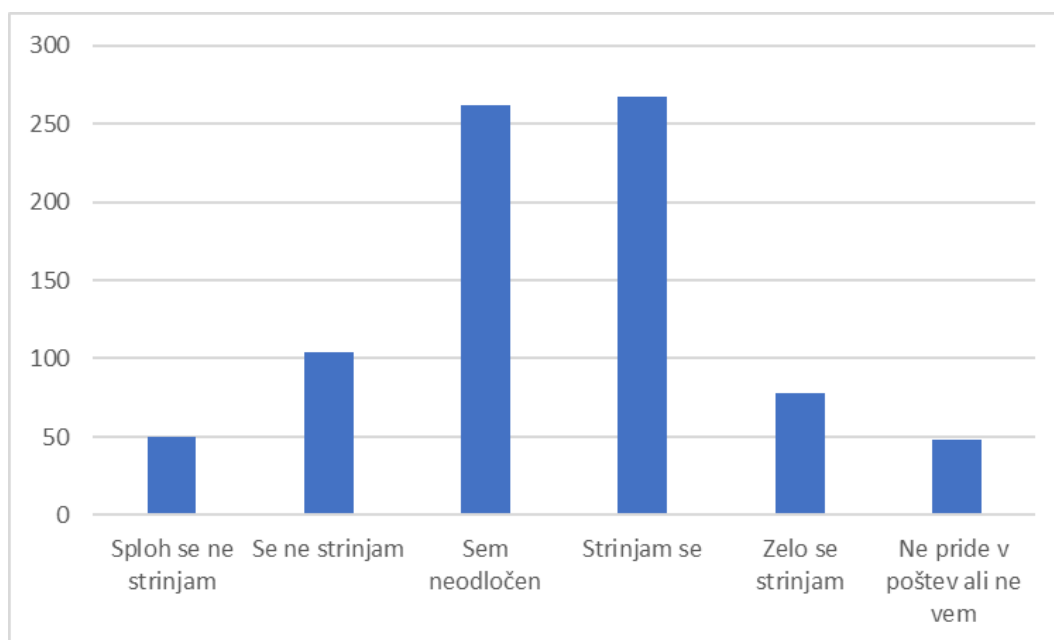
Graf 15: A11 - Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti



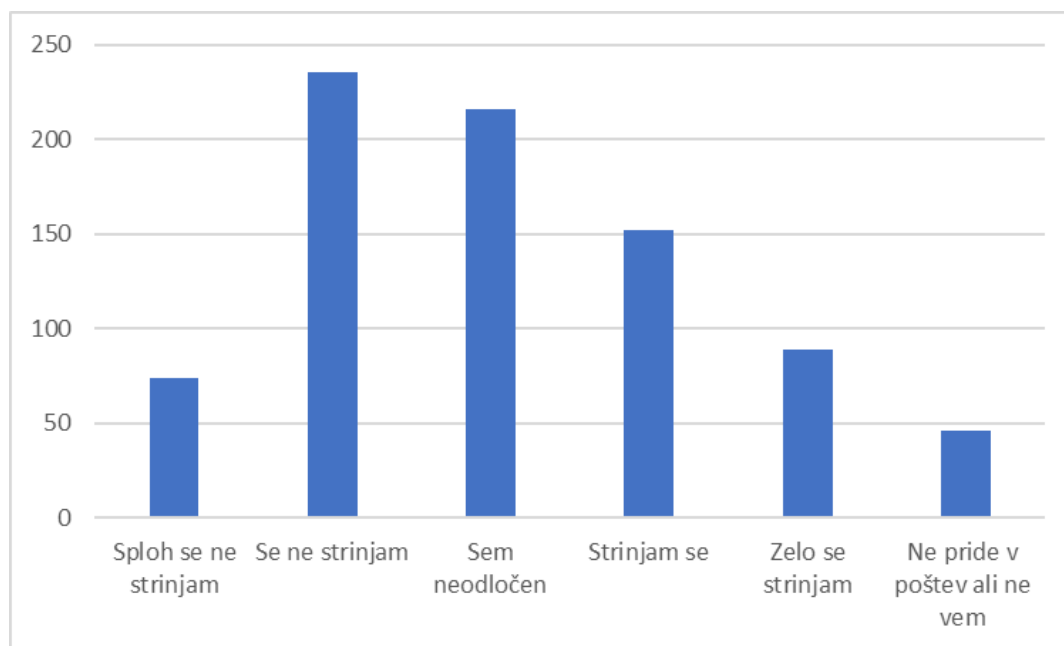
Graf 16: A12 - Ko osebje naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika



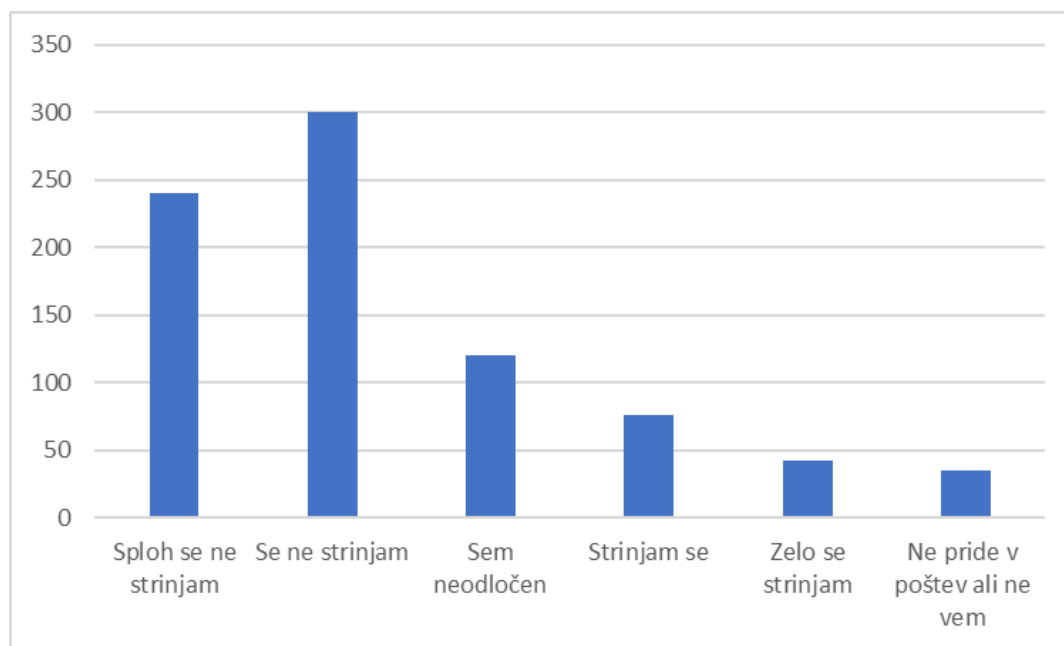
Graf 17: A13 - Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov



Graf 18: A14 - V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo



Graf 19: A15 - V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov



Graf 20: A16 - Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo

7.1.2 Primerjava odgovorov med nekaterimi slovenskimi bolnišnicami

Tabela 16: A3a: Q4a-Q4c: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana

(glej opis trditve spodaj*)

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	Chi2(12)	alfa
Q4a	V tej enoti delamo skupaj kot	30	68	82	351	290	821		
	Onkološki inštitut LJ	6	9	9	42	28	94		
	Slovenj Gradec	0	7	12	36	36	91		
	Šempeter pri Novi Gorici	5	11	15	43	19	93		
	UKC LJ	6	7	9	48	33	103	16,1893	
		17	34	45	169	116	381		0,18272
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4b	V tej enoti je dovolj potrebnega	177	290	94	179	78	818		
	Onkološki inštitut LJ	24	36	11	16	7	94		
	Slovenj Gradec	9	30	16	21	15	91		
	Šempeter pri Novi Gorici	32	33	4	19	5	93		
	UKC LJ	27	42	10	16	9	104	29,2517	
		92	141	41	72	36	382		0,00361
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4c	Osebe v tej enoti dela daljše ure	50	158	183	233	142	766		
	Onkološki inštitut LJ	3	17	10	29	31	90		
	Slovenj Gradec	9	16	22	23	15	85		
	Šempeter pri Novi Gorici	4	16	17	31	14	82		
	UKC LJ	2	11	21	32	28	94	24,1687	
		18	60	70	115	88	351		0,01929

V tabeli A3a: Q4a-Q4c smo študirali kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, bolnišnico v Slovenj Gradcu, v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana. Iz tabele sledijo naslednja tveganja ob trditvi, da se porazdelitve ocen izvajalcev podobnih institucij v Sloveniji razlikujejo. Delovanje kot uspešen tim izvajalci ne občutijo značilno različno:

Koda	*Opis trditve	α
Q4a	V tej enoti delamo skupaj kot uspešen tim.	<0,183
Q4b	V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve.	<0,004
Q4c	Osebe v tej enoti dela daljše ure kot bi bilo najboljše za oskrbo pacientov.	<0,002

Tabela 17: A3b: Q4d-Q4j: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana

(glej opis trditve spodaj**)

		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4d	V tej enoti redno pregledujem	54	111	138	303	189	795		
	Onkološki inštitut LJ	9	14	18	24	29	94		
	Slovenj Gradec	3	7	15	31	31	87		
	Šempeter pri Novi Gorici	10	28	13	26	12	89		
	UKC LJ	10	16	16	36	20	98	32,26609	
		32	65	62	117	92	368		0,001259
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4e	#REF!	178	330	113	85	78	784		
	Onkološki inštitut LJ	25	39	7	9	10	90		
	Slovenj Gradec	21	37	14	9	3	84		
	Šempeter pri Novi Gorici	11	40	10	17	11	89		
	UKC LJ	26	30	15	14	13	98	20,98627	
		83	146	46	49	37	361		0,050582
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4f	#REF!	120	307	175	126	73	801		
	Onkološki inštitut LJ	14	31	21	18	8	92		
	Slovenj Gradec	16	28	28	8	8	88		
	Šempeter pri Novi Gorici	8	29	20	24	8	89		
	UKC LJ	17	28	26	17	13	101	14,72368	
		55	116	95	67	37	370		0,256897
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4g	#REF!	92	254	175	157	113	791		
	Onkološki inštitut LJ	7	26	22	16	22	93		
	Slovenj Gradec	14	28	20	18	9	89		
	Šempeter pri Novi Gorici	7	17	24	21	19	88		
	UKC LJ	14	32	12	26	11	95	23,6129	
		42	103	78	81	61	365		0,022951
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4h	#REF!	18	80	97	340	264	799		
	Onkološki inštitut LJ	7	9	10	43	24	93		
	Slovenj Gradec	0	7	10	39	31	87		
	Šempeter pri Novi Gorici	4	10	18	43	16	91		
	UKC LJ	1	11	15	37	36	100	22,73045	
		12	37	53	162	107	371		0,030103
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4i	#REF!	157	292	130	145	80	804		
	Onkološki inštitut LJ	11	32	15	25	12	95		
	Slovenj Gradec	22	30	18	10	6	86		
	Šempeter pri Novi Gorici	8	29	17	27	10	91		
	UKC LJ	19	32	18	17	15	101	21,88834	
		60	123	68	79	43	373		0,03879
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4j	#REF!	42	135	167	288	167	799		
	Onkološki inštitut LJ	9	19	20	22	22	92		
	Slovenj Gradec	1	12	17	35	23	88		
	Šempeter pri Novi Gorici	8	23	25	24	9	89		
	UKC LJ	7	15	18	35	25	100	24,76855	
		25	69	80	116	79	369		0,015959

V tabeli A3b: Q4d-Q4j smo študirali kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, bolnišnico v Slovenj Gradcu, v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana. Iz tabele sledijo naslednja tveganja ob trditvi, da se porazdelitve ocen izvajalcev podobnih institucij v Sloveniji razlikujejo.

Koda	Opis trditve**	Tveganje α
Q4d	Redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov.	<0,0013
Q4e	V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja.	<0,051
Q4f	V tej enoti osebje misli, da se napake uporabljajo proti njim.	<0,257
Q4g	Ko v tej enoti sporočimo napako, se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba.	<0,023
Q4h	Kadar je veliko dela osebje pomaga drug drugemu.	<0,031
Q4i	Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti.	<0,039
Q4j	Ko osebje naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika.	<0,016

Tabela 18: A3c: Q4k-Q4n: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana

(glej opis trditev spodaj***- #REF!)

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	chi^2	alpha
Q4k	#REF!	112	247	181	141	110	791		
	Onkološki inštitut LJ	12	20	19	20	22	93		
	Slovenj Gradec	18	33	16	12	8	87		
	Šempeter pri Novi Gorici	7	29	21	21	11	89		
	UKC LJ	10	18	28	22	20	98	27,42336	
		47	100	84	75	61	367		0,006712
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4l	#REF!	50	104	262	267	78	761		
	Onkološki inštitut LJ	11	17	26	23	13	90		
	Slovenj Gradec	2	3	36	34	13	88		
	Šempeter pri Novi Gorici	7	19	26	24	5	81		
	UKC LJ	10	14	30	28	11	93	26,64286	
		30	53	118	109	42	352		0,008695
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4m	#REF!	74	235	216	152	89	766		
	Onkološki inštitut LJ	7	22	23	19	19	90		
	Slovenj Gradec	12	28	25	13	9	87		
	Šempeter pri Novi Gorici	4	22	25	27	7	85		
	UKC LJ	8	27	27	19	14	95	17,76015	
		31	99	100	78	49	357		0,123169
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q4n	#REF!	240	300	120	76	43	779		
	Onkološki inštitut LJ	26	29	15	14	8	92		
	Slovenj Gradec	32	31	16	6	2	87		
	Šempeter pri Novi Gorici	18	26	22	17	5	88		
	UKC LJ	25	39	11	12	11	98	22,37159	
		101	125	64	49	26	365		0,03356

V tabeli A3c: Q4k-Q4n smo študirali kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, bolnišnico v Slovenj Gradcu, v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana. Iz tabele sledijo naslednja tveganja ob trditvi, da se porazdelitve ocen izvajalcev podobnih institucij v Sloveniji razlikujejo.

Koda	***Opis trditve	Tveganje α
Q4k	Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov.	<0,007
Q4l	V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo.	<0,001
Q4m	V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov.	<0,124
Q4n	Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo.	<0,034

Še najbolj podobne so si porazdelitve trditve, da je v enoti, kjer dela anketiranec, pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov.

7.2 Statistika odgovorov iz sekcije B: Ocene o neposrednem nadrejenim glede odnosa do varnosti pacientov

7.2.1 Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah

V sekciji B nam osnovna statistika povprečnih vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 6 da naslednje vrednosti, kot jih prikazuje Graf 3B0. Na tej lestvici pomeni 1, da se anketiranec s trditvijo sploh ne strinja, 2, da se ne strinja, 3, da je neodločen, 4, da se strinja in 5, da se poročevalec s trditvijo zelo strinja. 6 pomeni, da trditev ne pride v poštev ali da anketiranec ne ve, kaj odgovoriti.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 1174 anketirancev. Najbolj so se strinjali s trditvama, da nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov in da ukrepa, ko se mu sporoča o problemu.. Povprečje ocen je tu obakrat $M=3,8$. Dejstvo, da nadrejeni želi, da delajo hitreje, ko je veliko dela, celo če to pomeni, da anketiranci ubirajo bližnjice, pa je ocenjeno le z 2,5, iz česar lahko sklepamo, da se to redko dogaja.



Graf 21: B0 - Ocena ravnanja nadrejenega glede na varnost pacientov

Konsistentnost odgovorov na vprašalnike pod to skupino je dobra, kot kaže naslednja statistika:

ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	9027,024	825	10,94185	7,811497	3E-271	1,103276
Columns	662,7853	2	331,3927	236,5846	4,59E-91	3,001178
Error	2311,215	1650	1,400736			
Total	12001,02	2477				
Cronbach's Alpha						
			0,871984			

Oglejmo si porazdelitve odgovorov in delež nenegativnih trditev v skupini B!

Tabela 19: B1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu B

Q5a	Nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti.	Q5b	Nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela celo, če to pomeni, da ubiramo bližnjice.
Oznake vrstic ▾ Štetje od Q5a		Oznake vrstic ▾ Štetje od Q5b	
-3	346	-3	346
-1	17	-1	17
1	41	1	143
2	62	2	309
3	141	3	139
4	307	4	88
5	184	5	57
6	12	6	11
Skupna vsota	1110	Skupna vsota	1110

Q5c	Nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče.
Oznake vrstic ▾ Štetje od Q5c	
-3	346
-1	24
1	21
2	69
3	197
4	296
5	103
6	54
Skupna vsota	1110

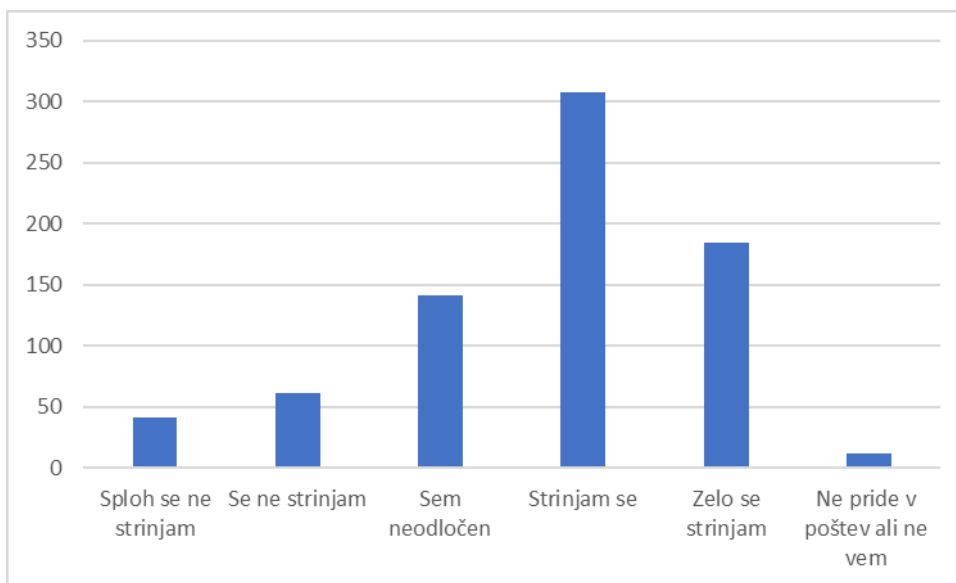
Tabela 20: B2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o obnašanju nadrejenih, ko gre za varnost pacienta

vrsta trditve	Koda	Negativno	Pozitivno	Nedoločeno.	vsota	% negativnih	% ne-negativnih.	Opis trditve
pozitiv.	Q5a	103	491	141	735	14	86	Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov.
neg.	Q5b	145	452	139	736	20	80	Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela celo, če to pomeni, da ubiramo bližnjice.
pozitiv.	Q5c	90	399	197	686	13	87	Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče.

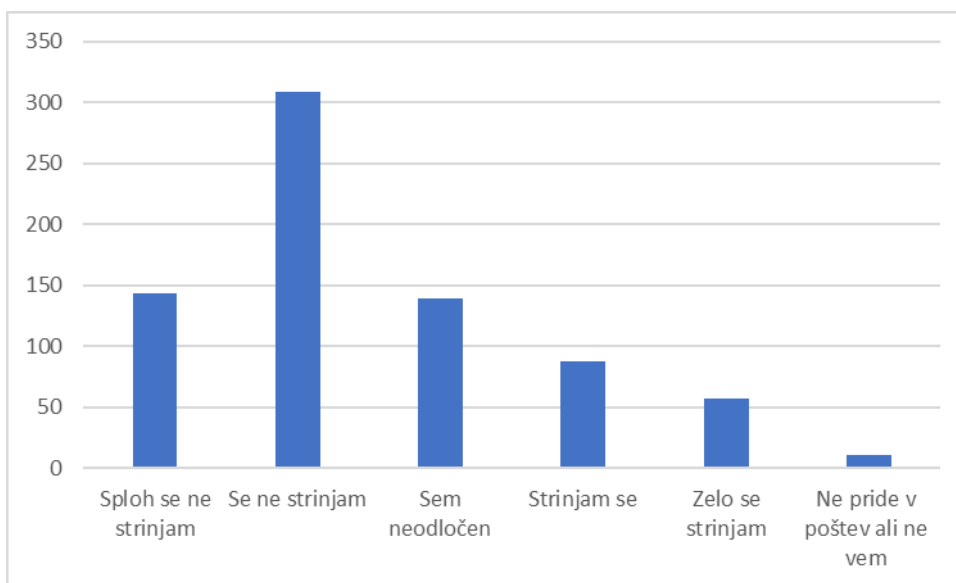
Če rangiramo ocene negativnih izkušenj poročevalcev, potem bi lahko zatrdili, da je skrb nadrejenih za varnost pacientov dokaj visoka. Večje negativne izkušnje se kažejo v želji nadrejenih, da bi podrejeni delali hitreje, čeprav je to lahko v škodo pacientov. Nadrejeni ne

ukrepa, ko je opozorjen le v 13% odgovorov anketirancev, medtem ko 14% anketirancev poroča, da nadrejeni ne upošteva dovolj resno predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov.

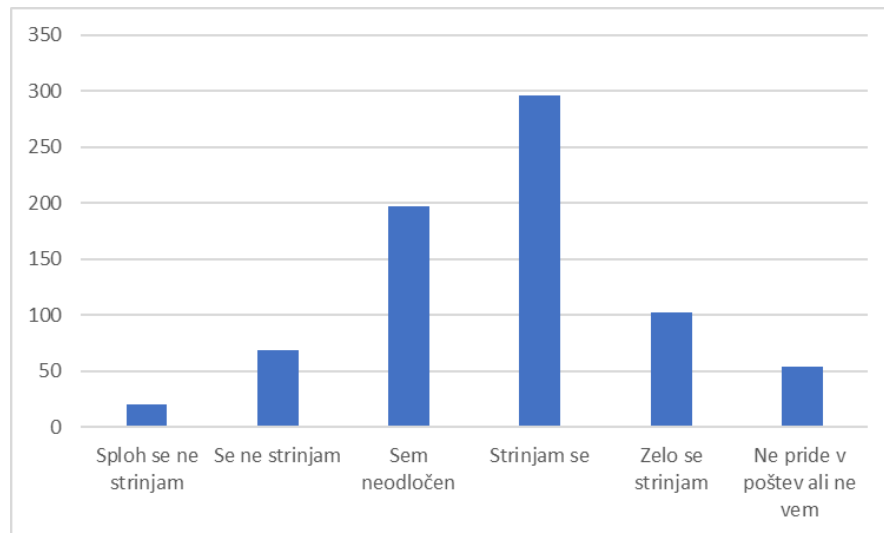
Grafična predstavitev strukture odgovorov v sekciji B (B1-B3) je v nadaljevanju.



Graf 22: B1 - Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov



Graf 23: B2 - Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela, če to pomeni, da ubiramo bližnjice



Graf 24: B3 - Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče

Modus te porazdelitve je pri »strinjam se«.

7.2.2 Primerjava odgovorov med nekaterimi slovenskimi bolnišnicami o neposredno nadrejenih

Primerjali smo porazdelitev ocen o nadrejenih, ki so jih dosegli anketiranci in štirih slovenskih bolnišnic: Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana. Rezultati so v tabeli B3: Q5a-Q4c.

Tabela 21: B3 - Q5a-Q5c: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, Bolnišnice v Slovenj Gradcu, Bolnišnice v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana
(glej opis trditev spodaj*)

	Bolnišnice	1	2	3	4	5	SKUPAJ	chi ²	alpha
Q5a		41	62	141	307	184	735		
	Onkološki inštitut LJ	8	7	18	32	17	82		
	Slovenj Gradec	1	3	13	34	29	80		
	Šempeter pri Novi Gorici	5	9	19	31	23	87		
	UKC LJ	8	14	16	33	17	88	19,443	
		22	33	66	130	86	337		0,07838
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q5b		143	309	139	88	57	736		
	Onkološki inštitut LJ	10	28	18	17	9	82		
	Slovenj Gradec	19	32	20	5	3	79		
	Šempeter pri Novi Gorici	17	33	11	17	9	87		
	UKC LJ	18	31	17	14	8	88	16,8995	
		64	124	66	53	29	336		0,15342
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q5c		21	69	197	296	103	686		
	Onkološki inštitut LJ	6	10	20	28	15	79		
	Slovenj Gradec	1	2	26	34	12	75		
	Šempeter pri Novi Gorici	2	7	26	36	9	80		
	UKC LJ	3	12	21	32	15	83	16,1161	
		12	31	93	130	51	317		0,18598

V tabeli B3: Q5a-Q5c smo študirali kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci Onkološkega inštituta v Ljubljani, bolnišnico v Slovenj Gradcu, v Šempetru pri Gorici in UKC Ljubljana, ki so ocenjevali obnašanje nadrejenih, povezano z odnosom do varnosti pacientov. Iz tabele sledijo naslednja tveganja ob trditvi, da se porazdelitve ocen izvajalcev podobnih institucij v Sloveniji razlikujejo:

Koda	Opis trditve	Tveganje α
Q5a	Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov.	<0,079
Q5b	Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela celo, če to pomeni, da ubiramo bližnjice.	<0,154
Q5c	Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče.	<0,186

Trditvi Q5b in Q5c ne kažeta zadostno značilnih razlik v porazdelitvah ocen anketirancev, ki so ocenjevali obnašanje nadrejenih, povezano z odnosom do varnosti pacientov, med različnimi bolnišnicami v Sloveniji, pa tudi tveganje pri trditvi Q5a je dokaj visoko.

7.3 Statistika odgovorov iz sekcije C: Ocene o ustreznosti komunikacij v oddelku oziroma enoti

7.3.1 Statistika odgovorov vseh anketirancev po slovenskih bolnišnicah

V sekciji C nam osnovna statistika povprečnih vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 6 podaja naslednje vrednosti, kot jih prikazuje Graf C0. Na tej lestvici pomeni 1 sploh ne strinjanje, 2 ne strinjanje, 3 neodločnost, 4 strinjanje, 5 poročevalec se s trditvijo zelo strinja. 6 pomeni, da trditev ni relevantna ali da anketiranec ne ve, kaj odgovoriti.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 1178 anketirancev. Najbolj so se strinjali s trditvama, da v njihovi enoti osebje spregovori, če vidi nekaj, kar lahko negativno vpliva na oskrbo pacientov (povprečna ocena: $M=4,1$). Sledita trditvi, da ko se zgodi napaka v njihovi enoti, se zaposleni pogovorijo o načinih za preprečevanje napak v prihodnje in da so zaposleni o napakah, ki se dogodijo v njihovi enoti, obveščeni. ($M=4$). Rahlo nižjo povprečno oceno je dobila trditev, da so delavci o napakah, ki se dogodijo v njihovi enoti, obveščeni ($M=3,9$). Povprečna ocena trditve, da so, ko osebje v njihovi enoti spregovori, tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov ($M= 3,6$). Enako povprečno oceno ima tudi trditev, da osebje v njihovi enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente. Povprečna ocena trditve, da je v njihovi enoti osebje strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav je bila v anketi najnižja ($M=2,5$).



Graf 25: C0 - Komunikacija glede varnosti pacientov

Konsistentnost odgovorov na vprašalnike pod to skupino je dobra, kot kaže naslednja statistika, ki ugotavlja, da je Crnbachov α : večji od 0,87.

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	9027,024	825	10,94185	7,811497	3E-271	1,103276
Columns	662,7853	2	331,3927	236,5846	4,59E-91	3,001178
Error	2311,215	1650	1,400736			
Total	12001,02	2477				

Cronbach's Alpha

0,871984

Oglejmo si porazdelitve odgovorov in delež nenegativnih trditev v skupini C! Tabela C1 podaja porazdelitve posameznih trditev anketirancev po vseh bolnišnicah skupaj.

Tabela 22: C1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu C

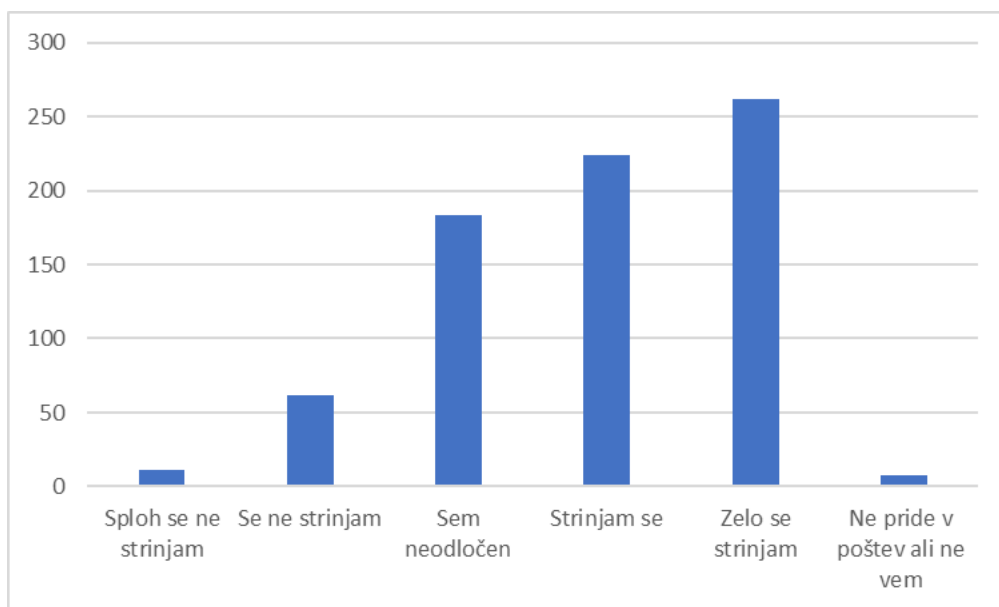
Q6a O napakah, ki se dogodijo v tej enoti smo obveščeni. Oznake vrstic Štetje od Q6a <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>14</td></tr> <tr><td>1</td><td>11</td></tr> <tr><td>2</td><td>62</td></tr> <tr><td>3</td><td>183</td></tr> <tr><td>4</td><td>224</td></tr> <tr><td>5</td><td>262</td></tr> <tr><td>6</td><td>8</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	14	1	11	2	62	3	183	4	224	5	262	6	8	Skupna vsota	1110	Q6b Ko se zgodi napaka v enoti, se pogovorijo o načinih za preprečevanje. Oznake vrstic Štetje od Q6b <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>15</td></tr> <tr><td>1</td><td>27</td></tr> <tr><td>2</td><td>69</td></tr> <tr><td>3</td><td>133</td></tr> <tr><td>4</td><td>198</td></tr> <tr><td>5</td><td>314</td></tr> <tr><td>6</td><td>8</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	15	1	27	2	69	3	133	4	198	5	314	6	8	Skupna vsota	1110
-3	346																																				
-1	14																																				
1	11																																				
2	62																																				
3	183																																				
4	224																																				
5	262																																				
6	8																																				
Skupna vsota	1110																																				
-3	346																																				
-1	15																																				
1	27																																				
2	69																																				
3	133																																				
4	198																																				
5	314																																				
6	8																																				
Skupna vsota	1110																																				
Q6c V enoti so seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak. Oznake vrstic Štetje od Q6c <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>16</td></tr> <tr><td>1</td><td>35</td></tr> <tr><td>2</td><td>74</td></tr> <tr><td>3</td><td>158</td></tr> <tr><td>4</td><td>197</td></tr> <tr><td>5</td><td>275</td></tr> <tr><td>6</td><td>9</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	16	1	35	2	74	3	158	4	197	5	275	6	9	Skupna vsota	1110	Q6d V enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na oskrbo pacientov. Oznake vrstic Štetje od Q6d <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>17</td></tr> <tr><td>1</td><td>8</td></tr> <tr><td>2</td><td>54</td></tr> <tr><td>3</td><td>135</td></tr> <tr><td>4</td><td>256</td></tr> <tr><td>5</td><td>281</td></tr> <tr><td>6</td><td>13</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	17	1	8	2	54	3	135	4	256	5	281	6	13	Skupna vsota	1110
-3	346																																				
-1	16																																				
1	35																																				
2	74																																				
3	158																																				
4	197																																				
5	275																																				
6	9																																				
Skupna vsota	1110																																				
-3	346																																				
-1	17																																				
1	8																																				
2	54																																				
3	135																																				
4	256																																				
5	281																																				
6	13																																				
Skupna vsota	1110																																				
Q6e Osebje v enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj kar ni varno za paciente. Oznake vrstic Štetje od Q6e <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>18</td></tr> <tr><td>1</td><td>47</td></tr> <tr><td>2</td><td>125</td></tr> <tr><td>3</td><td>189</td></tr> <tr><td>4</td><td>194</td></tr> <tr><td>5</td><td>160</td></tr> <tr><td>6</td><td>31</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	18	1	47	2	125	3	189	4	194	5	160	6	31	Skupna vsota	1110	Q6f Ko osebje v enoti spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za zaskrbljenost glede varnosti pacientov. Oznake vrstic Štetje od Q6f <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>20</td></tr> <tr><td>1</td><td>50</td></tr> <tr><td>2</td><td>103</td></tr> <tr><td>3</td><td>204</td></tr> <tr><td>4</td><td>192</td></tr> <tr><td>5</td><td>156</td></tr> <tr><td>6</td><td>39</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	20	1	50	2	103	3	204	4	192	5	156	6	39	Skupna vsota	1110
-3	346																																				
-1	18																																				
1	47																																				
2	125																																				
3	189																																				
4	194																																				
5	160																																				
6	31																																				
Skupna vsota	1110																																				
-3	346																																				
-1	20																																				
1	50																																				
2	103																																				
3	204																																				
4	192																																				
5	156																																				
6	39																																				
Skupna vsota	1110																																				
Q6g V enoti je osebje strah spraševati ko se nekaj ne zdi prav. Oznake vrstic Štetje od Q6g <table> <tr><td>-3</td><td>346</td></tr> <tr><td>-1</td><td>18</td></tr> <tr><td>1</td><td>180</td></tr> <tr><td>2</td><td>245</td></tr> <tr><td>3</td><td>168</td></tr> <tr><td>4</td><td>93</td></tr> <tr><td>5</td><td>42</td></tr> <tr><td>6</td><td>18</td></tr> <tr><td>Skupna vsota</td><td>1110</td></tr> </table>	-3	346	-1	18	1	180	2	245	3	168	4	93	5	42	6	18	Skupna vsota	1110																			
-3	346																																				
-1	18																																				
1	180																																				
2	245																																				
3	168																																				
4	93																																				
5	42																																				
6	18																																				
Skupna vsota	1110																																				

Tabela 23: C2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o komunikacijah na oddelku

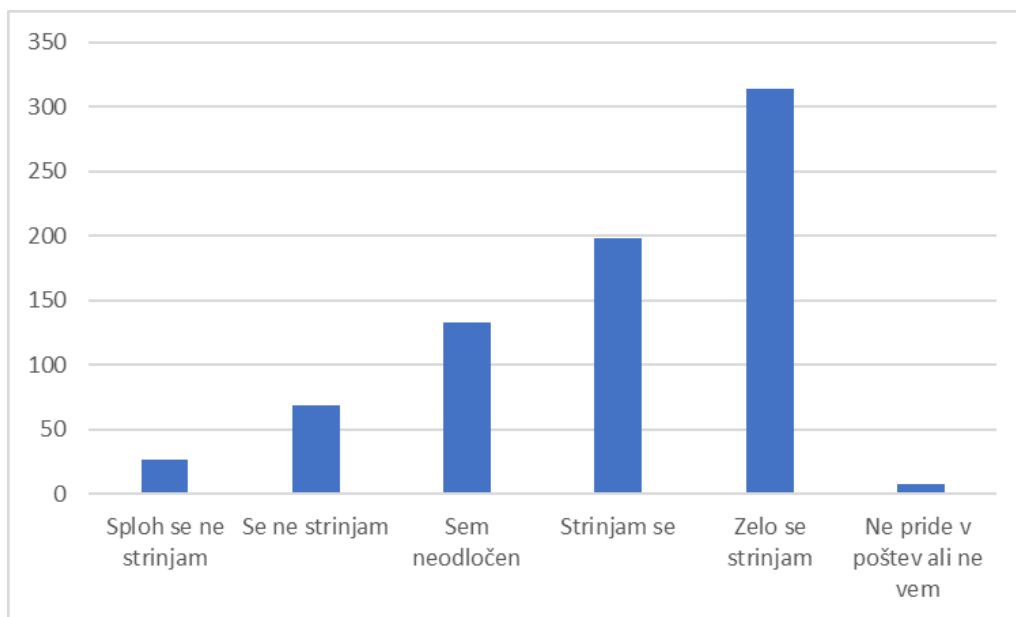
Trditve	Negativno	Pozitivno	Nedoločeno	Vsota	% ne-negativnih	% negativnih	Opis trditve
Q6a	73	486	183	742	90	10	O napakah, ki se dogodijo v tej enoti, smo obveščeni.
Q6b	96	512	133	741	87	13	Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje.
Q6c	108	372	158	638	87	13	V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak.
Q6d	62	537	135	734	92	8	V tej enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na varnost pacientov.
Q6e	172	354	189	715	76	24	Osebje v tej enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente.
Q6f	153	348	204	705	78	22	Ko osebje spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov.
Q6g	135	425	168	728	81	19	V tej enoti je osebje strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav.

Če rangiramo ocene negativnih izkušenj poročevalcev, potem bi lahko zatrdili, da jih le 8% odgovarja negativno na trditve, da v njihovi enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na varnost pacientov in le 10% anketirancev trdi, da o napakah, ki se dogodijo v njihovi enoti, niso obveščeni. 13% jih trdi, da ko se zgodi napaka, se v enoti ne pogovorijo o načinih za preprečevanje v prihodnje in enak odstotek jih trdi, da niso seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak.

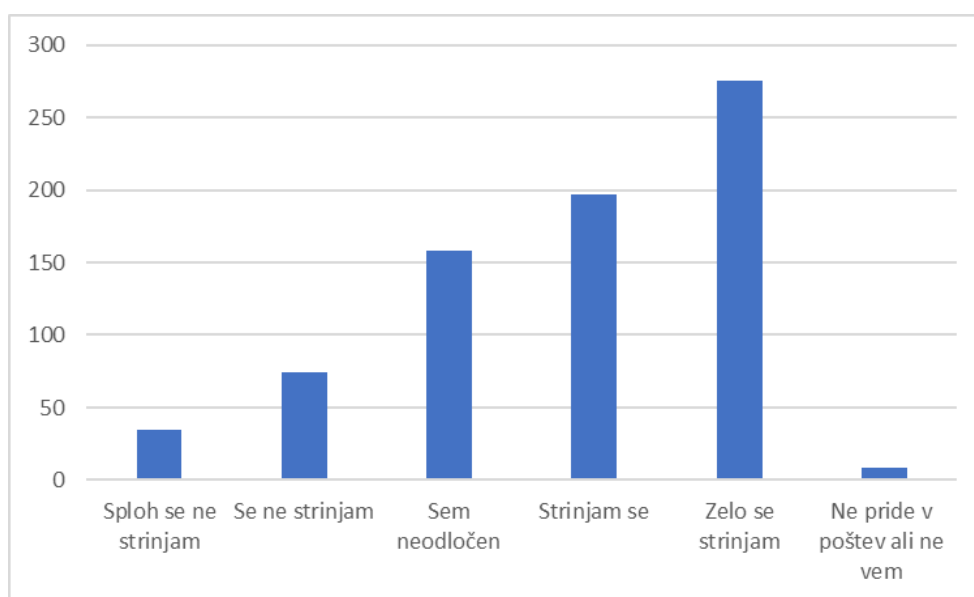
Grafična predstavitev strukture odgovorov v sekciji C (C1-C7) je v nadaljevanju.



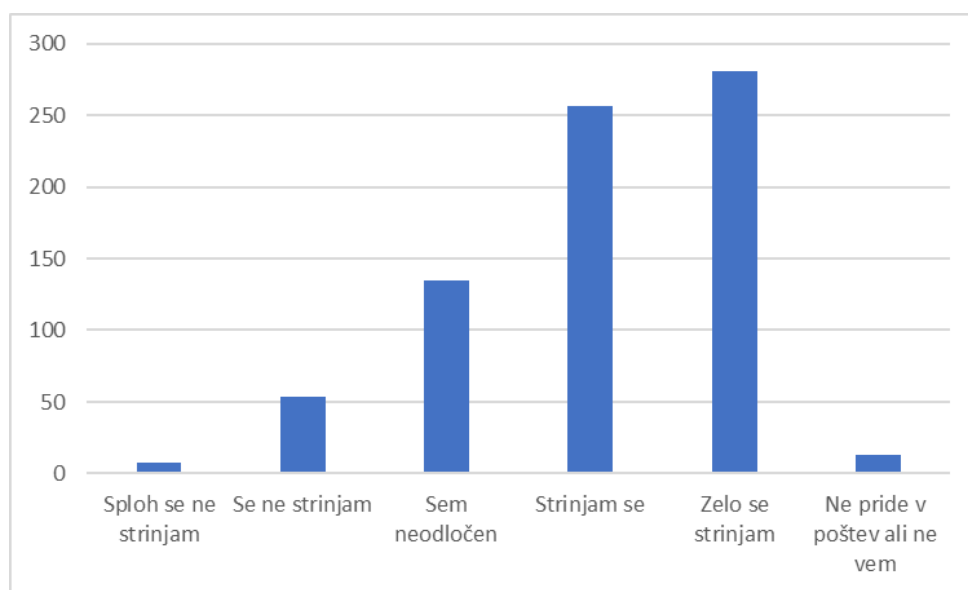
Graf 26: C1 - O napakah, ki se dogodijo v tej enoti smo obveščeni



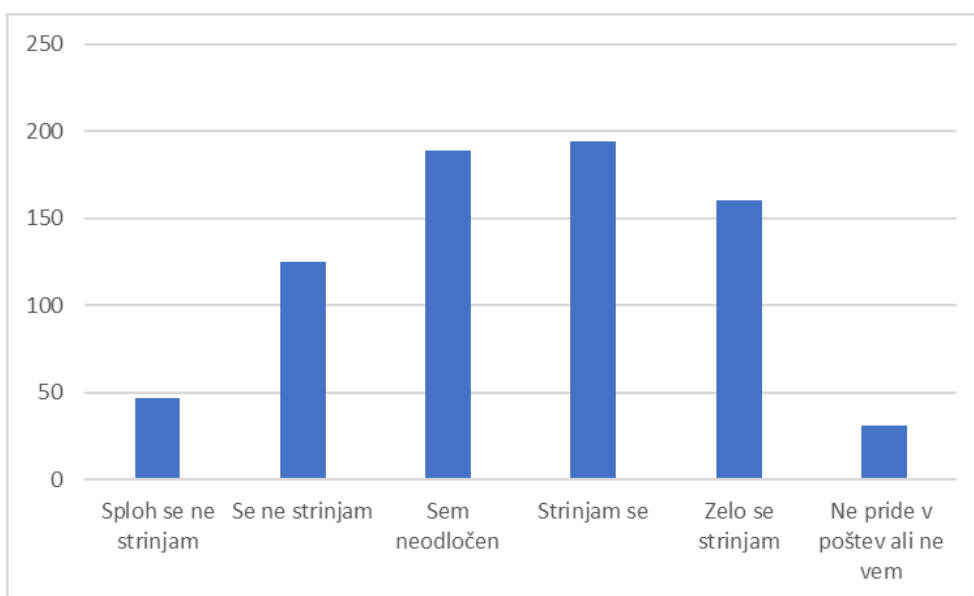
Graf 27: C2 - Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje



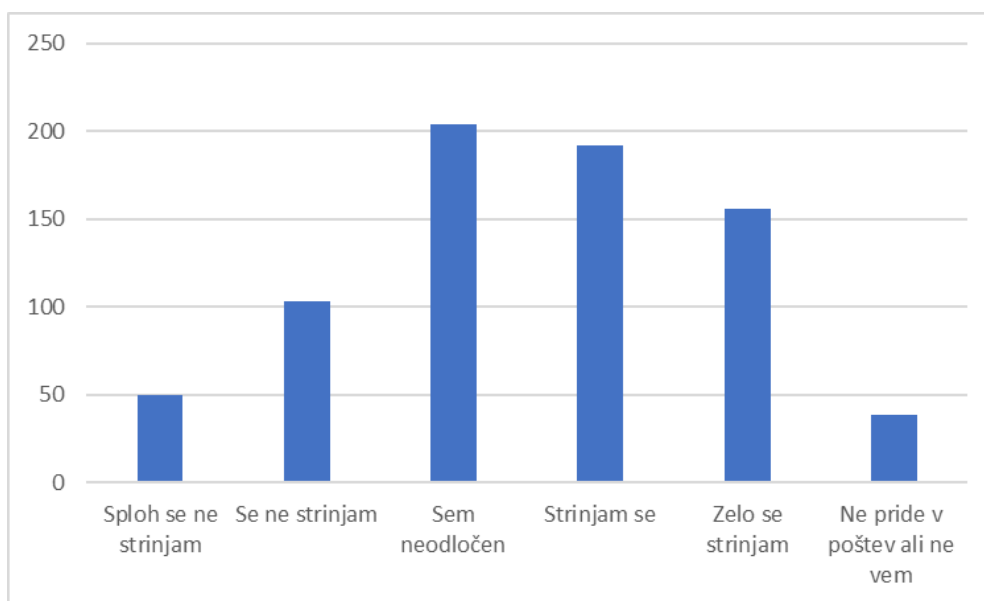
Graf 28: C3 - V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak



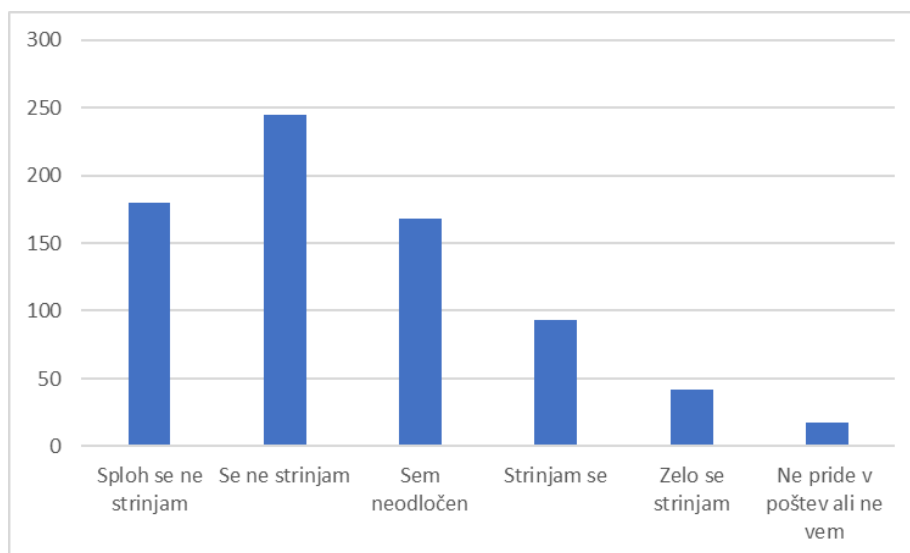
Graf 29: C4 - V tej enoti osebje spregovori, če vidi nekaj, kar lahko negativno vpliva na oskrbo pacientov



Graf 30: C5 - Osebe spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente



Graf 31: C6 - Ko osebe v tej enoti spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov



Graf 32: C7 - V tej enoti je osebje strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav

7.3.2 Statistika odgovorov anketirancev po posameznih slovenskih bolnišnicah s študijem kontingence med bolnišnicami glede na ocene o ustreznosti komunikacij

Primerjali smo porazdelitev ocen o ustreznosti komunikacij v bolnišnici oziroma oddelku, ki so jih dosegli anketiranci v štirih slovenskih bolnišnic: Onkološkem inštitutu v Ljubljani, Bolnišnici v Slovenj Gradcu, Bolnišnici v Šempetru pri Gorici in v UKC Ljubljana. Rezultati so v tabeli C3: Q6a-Q6g.

Tabela 24: C3: Q6a-Q6g: Kontingenca med porazdelitvami ocen med anketiranci posameznih slovenskih bolnišnic
(glej opis trditve pod tabelo*- #REF!)

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	chi^2	alpha
Q6a	#REF!	11	62	183	224	262	742		
	Onkološki inštitut LJ	2	7	21	27	25	82		
	Slovenj Gradec	1	4	24	17	34	80		
	Šempeter pri Novi Gorici	2	13	29	22	21	87		
	UKC LJ	0	12	19	34	23	88	20,291	
	Skupna vsota	5	36	93	100	103	337		0,0618
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q6b	#REF!	27	69	133	198	314	741		
	Onkološki inštitut LJ	5	6	23	15	32	81		
	Slovenj Gradec	2	3	14	25	35	79		
	Šempeter pri Novi Gorici	9	12	24	21	22	88		
	UKC LJ	2	10	15	28	34	89	24,653	
		18	31	76	89	123	337		0,0166
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q6c	#REF!	35	148	474	788	1375	2820		
	Onkološki inštitut LJ	3	14	25	20	20	82		
	Slovenj Gradec	1	5	12	26	36	80		
	Šempeter pri Novi Gorici	15	10	20	17	25	87		
	UKC LJ	3	9	23	18	35	88	39,899	
		22	38	80	81	116	337		0,0001

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	
Q6d	#REF!	8	54	135	256	281	734	
	Onkološki inštitut LJ	0	6	16	31	30	83	
	Slovenj Gradec	1	2	11	29	36	79	
	Šempeter pri Novi Gorici	0	8	27	27	25	87	
	UKC LJ	2	10	16	24	35	87	19,734
		3	26	70	111	126	336	0,0723
		1	2	3	4	5	SKUPAJ	
Q6e	#REF!	47	125	189	194	160	715	
	Onkološki inštitut LJ	3	16	25	19	17	80	
	Slovenj Gradec	3	5	25	25	19	77	
	Šempeter pri Novi Gorici	4	19	25	22	16	86	
	UKC LJ	5	24	20	22	15	86	14,581
		15	64	95	88	67	329	0,2652
		1	2	3	4	5	SKUPAJ	
Q6f	#REF!	50	103	204	192	156	705	
	Onkološki inštitut LJ	8	19	17	18	18	80	
	Slovenj Gradec	1	5	23	26	21	76	
	Šempeter pri Novi Gorici	5	15	29	18	16	83	
	UKC LJ	7	12	28	24	13	84	21,867
		21	51	97	86	68	323	0,0390
		1	2	3	4	5	SKUPAJ	
Q6g	#REF!	180	245	168	93	42	728	
	Onkološki inštitut LJ	19	26	16	15	5	81	
	Slovenj Gradec	22	22	17	11	6	78	
	Šempeter pri Novi Gorici	18	25	25	14	5	87	
	UKC LJ	13	31	24	12	6	86	7,444
		72	104	82	52	22	332	0,8269

Koda	*Opis trditve	Tveganje α
Q6a	O napakah, ki se zgodijo v tej enoti, smo obveščeni.	<0,062
Q6b	Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje.	<0,017
Q6c	V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak.	<0,0001
Q6d	V tej enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na varnost pacientov.	<0,073
Q6e	Osebje v tej enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente.	<0,266
Q6f	Ko osebje spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov.	<0,039
Q6g	V tej enoti je osebje strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav.	<0,827***

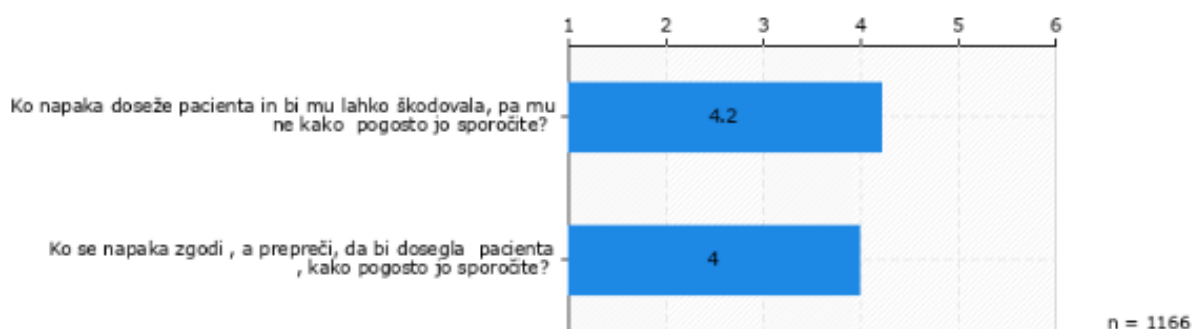
*** Zanimiva je ugotovitev, da je med bolnišnicami najbolj podobno porazdeljen strah zaposlenih, da bi povpraševali o čem, kar se jim ne zdi prav.

7.4 Statistika odgovorov iz sekcije D: Sporočanje o varnostnih incidentih pri pacientu na oddelku oziroma v enoti

7.4.1 Statistika porazdelitev ocen o sporočanju o varnostnih incidentih po vseh bolnišnicah skupaj

V sekciji D nam osnovna statistika povprečnih vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 6 podaja naslednje vrednosti, kot jih prikazuje Graf 3D0. Na tej lestvici pomeni 1 nikoli, 2 redko, 3 le včasih, 4 pogosto, 5 pomeni vedno, 6 pa da trditev po mnenju anketiranca ni relevantna ali o njej nič ne ve.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 1166 anketirancev. Na vprašanje, kako pogosto poročajo na oddelku o napaki, ki se zgodi, smo dobili povprečno oceno odgovorov $M=4,2$. Ko se napaka zgodi, a prepreči, da bi dosegla pacienta, kako pogosto jo sporočite?



Graf 33: D0 - Povprečna ocena sporočanja o varnostnem incidentu na oddelku

Oglejmo si porazdelitve odgovorov in delež nenegativnih trditev v skupini D!

Tabela 25: D1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu D

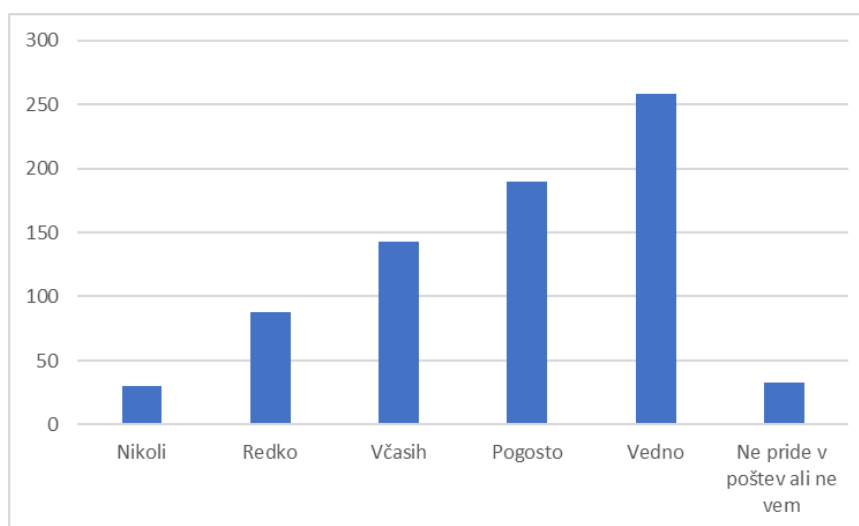
Q7a		Q7b	
Pogostost sporočanja, ko se napaka zgodi a prepreči, da bi dosegla pacienta		Kako pogosto se sporoča, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne.	
Oznake vrstic	Štetje od Q7a	Oznake vrstic	Štetje od Q7b
-3	346	-3	346
-1	22	-1	25
1	30 nikoli	1	23 nikoli
2	88 redko	2	55 redko
3	143 včasih	3	95 včasih
4	190 pogosto	4	201 pogosto
5	258 vedno	5	327 vedno
6	33	6	38
Skupna vsota	1110	Skupna vsota	1110

Iz tabele D2 sledi, da v primerih, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, je 17% ukrepanj neprimernih, medtem ko v primeru, ko napaka že doseže pacienta, v 11% poročanje ni primerno.

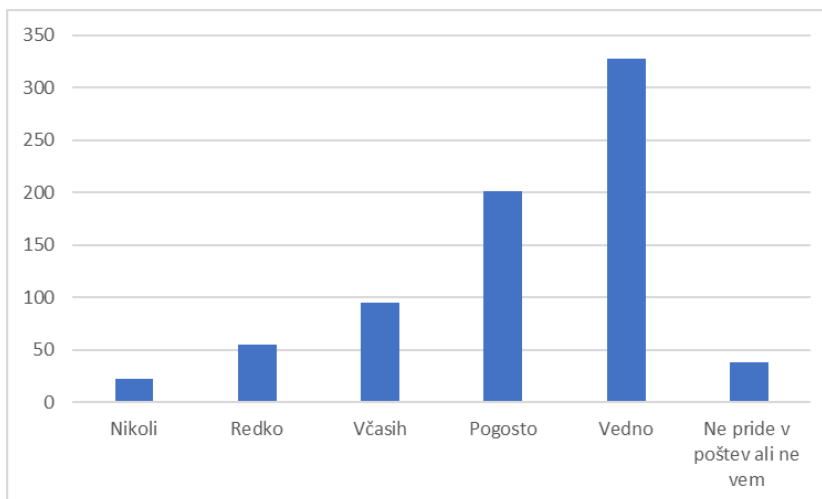
Tabela 26: D2 - Celostni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditev o pogostosti poročanja o incidentih

trditev	Nega- tivne	Pozi- tivne.	Nedo- ločene	vsota	% ne- nega- tivnih	% nega- tivnih	Opis trditve ali vprašanja
Q7a	118	448	143	709	83	17	Ko se napaka zgodi , a prepreči, da bi dosegla pacienta , kako pogosto jo sporočite?
Q7b	78	528	95	701	89	11	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?

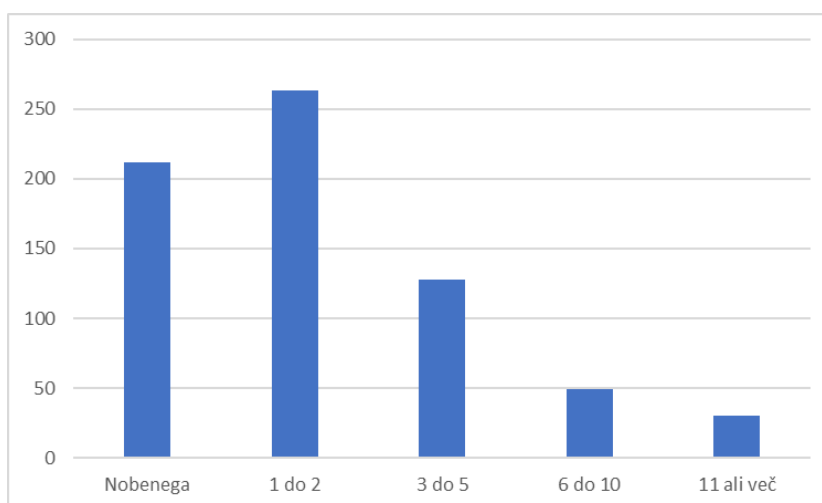
Grafična predstavitev števila odgovorov v strukturi v sekciji D je v nadaljevanju.



Graf 34: D1 - Ko se napaka zgodi, a prepreči, da bi dosegla pacienta, kako pogosto jo sporočite?



Graf 35: D2 - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?



Graf 36: D3 - Koliko varnostnih incidentov ste sporočili v zadnjih 12 mesecev?

7.4.2 Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o sporočanju o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami

Primerjali smo porazdelitev ocen o sporočanju o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami oziroma oddelki, ki so jih vrednotili anketiranci v štirih slovenskih bolnišnic: Onkološkem inštitutu v Ljubljani, Bolnišnici v Slovenj Gradcu, Bolnišnici v Šempetru pri Gorici in v UKC Ljubljana. Rezultati so v tabeli D3: Q7a-Q7b.

Tabela 27: D3: Q7a-Q7b: Kontingenca med porazdelitvami ocen o kakovosti sporočanja o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami oziroma oddelki med anketiranci posameznih bolnišnic
(glej opis trditve pod tabelo*. #REF!)

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	chi^2	alpha
Q7a	#REF!	30	88	143	190	258	709		
	Onkološki inštitut LJ	6	8	18	18	32	82		
	Slovenj Gradec	2	7	13	19	36	77		
	Šempeter pri Novi Gorici	4	12	21	19	28	84		
	UKC LJ	7	20	14	24	18	83	21,614	
		19	47	66	80	114	326		0,04208
		1	2	3	4	5	SKUPAJ		
Q7b	#REF!	23	55	95	201	327	701		
	Onkološki inštitut LJ	6	5	11	22	37	81		
	Slovenj Gradec	1	4	7	17	49	78		
	Šempeter pri Novi Gorici	2	3	19	21	38	83		
	UKC LJ	7	10	11	25	29	82	24,845	
		16	22	48	85	153	324		0,01558

Koda	Opis trditve ali vprašanja	Tveganje α
Q7a	Ko se napaka zgodi , a prepreči, da bi dosegla pacienta , kako pogosto jo sporočite?	<0,043
Q7b	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?	<0,016

Med bolnišnicami je kar velika razlika v porazdelitvi ocen o pogostosti sporočanja o napakah, ki vplivajo na varnost bolnikov. To trdimo s tveganjem manjšim od 0,043 pri trditvi Q7a in celo manjšim od 0,016 pri trditvi Q7b.

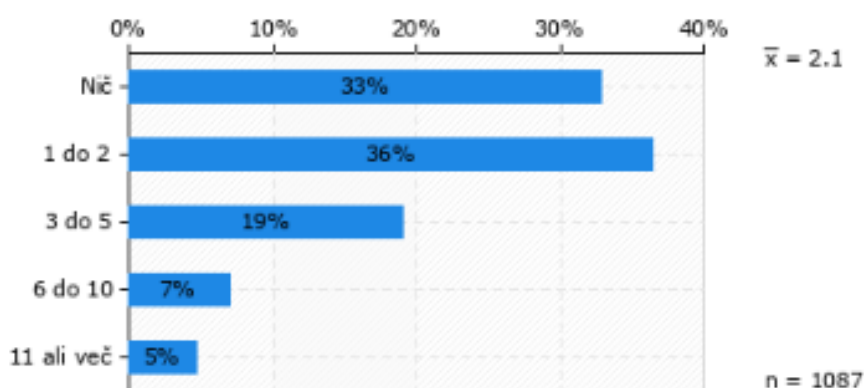
7.5 Statistika odgovorov iz sekcije E: Pogostost poročanja anketirancev o incidentih glede varnosti pacienta na njihovem oddelku ali v enoti

7.5.1 Porazdelitvah ocen o pogostost poročanja anketirancev o incidentih, ki se nanašajo na varnosti pacienta na njihovem oddelku po vseh bolnišnicah skupaj

V tej sekciji so anketiranci poročali, koliko varnostnih incidentov so sporočili v zadnjem letu. Veljavno poročalo je 1087 anketirancev. Rezultati so v tabeli E in na grafu E1.

Tabela 28: E - Število izvedenih poročil anketirancev o varnostnih incidentih na oddelku oziroma v enoti v enem letu

Q8	Koliko varnostnih incidentov ste sporočili v zadnjih 12 mesecih?		
Oznake vrstic	Štetje od Q8		
-3	397		
-1	31		
1	212	nikoli	
2	263	1 do 2	
3	128	3 do 5	
4	49	6 do 10	
5	30	11 ali več	
Skupna vsota	1110		



Graf 37: E1 - Odstotki anketirancev glede na število poročil o varnostnih incidentih v oddelku / enoti

Največ je anketirancev, ki so poročali enkrat ali kvečjemu dvakrat. Takšnih anketirancev je bilo 263. Grafična predstavitev frekvenc po posameznih odgovorih glede splošne ocene varnosti na oddelku E2 je v nadaljevanju. Modus je pri "zelo dobro".

7.5.2 Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o pogostosti poročanja anketirancev o incidentih, ki se nanašajo na varnosti pacienta na njihovem oddelku po posameznih bolnišnicah

Primerjali smo porazdelitev ocen o pogostosti poročanja anketirancev o incidentih, ki se nanašajo na varnosti pacienta na njihovem oddelku po posameznih bolnišnicah in razlik v porazdelitvi splošne ocene varnosti po štirih slovenskih bolnišnicah: Onkološkem inštitutu v Ljubljani, Bolnišnici v Slovenj Gradcu, Bolnišnici v Šempetru pri Gorici in v UKC Ljubljana. Rezultati so v tabeli E3: Q8a in E3: Q8b.

Tabela 29: E3: Q8 - Kontingenca med porazdelitvami pogostosti sporočanja o varnostnih incidentih med slovenskimi bolnišnicami oziroma oddelki

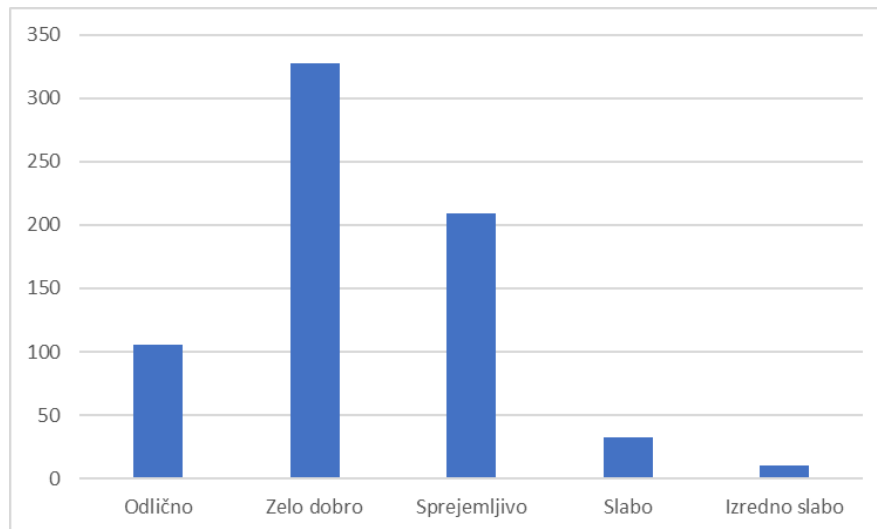
		nič	1 do 2	3 do 5	6 do 10	11+	SKUPAJ	chi^2	alpha
Q8	vsota vseh	212	263	128	49	30	682	chi^2	alpha
	Onkološki inštitut LJ	27	24	14	6	6	77		
	Slovenj Gradec	25	32	13	5	1	76		
	Šempeter pri Novi Gorici	24	35	14	6	2	81		
	UKC LJ	25	19	21	8	10	83	19,3623	
	Skupna vsota štirih	101	110	62	25	19	317		0,08015

Glede na porazdelitev frekvenc letnega poročanja po številu letnih poročil o varnostnih incidentih v oddelku/enoti lahko ugotovimo, da je tveganje ob trditvi, da so te porazdelitve po bolnišnicah različne malo večje od 0,08.

7.6 Statistika odgovorov iz sekcije F: Splošna ocena varnosti na oddelku bolnišnic

7.6.1 Porazdelitvah ocen o splošni varnosti na oddelku bolnišnic po vseh bolnišnicah skupaj

V tej sekciji so anketiranci podali splošno oceno varnosti v njihovem oddelku bolnišnice. Ocene so bile 1-odlično; 2- zelo dobro, 3.- sprejemljivo, 4- slabo in 5- zelo slabo. Rezultati so v grafu F.



Graf 38: F - Navedite splošno oceno stanja varnosti pacientov na vašem oddelku / enoti

Iz grafa je razvidno, da je modus pri oceni “zelo dobro”.

7.6.2 Testiranje razlik v porazdelitvah ocen o splošni varnosti na oddelku bolnišnic med štirimi bolnišnicami*

		1	2	3	4	5	SKUPAJ	chi ² (9)	
Q9a	Vsota vseh	106	327	209	33	10	685		
	Onkološki inštitut LJ	15	32	26	4		77		
	Slovenj Gradec	20	44	12	1		77		
	Šempeter pri Novi Gorici	10	27	35	7	3	82		
	UKC LJ	5	36	32	9	3	85	37,6661	<0,001
	Skupna vsota štirih	50	139	105	21	6	321		

*Zaradi nizkih frekvenc v nekaterih celicah smo izvedli test z devetimi prostostnimi stopnjami. Trdimo lahko, da so porazdelitve frekvenc po bolnišnicah značilno različne s tveganjem manjšim od 0,001.

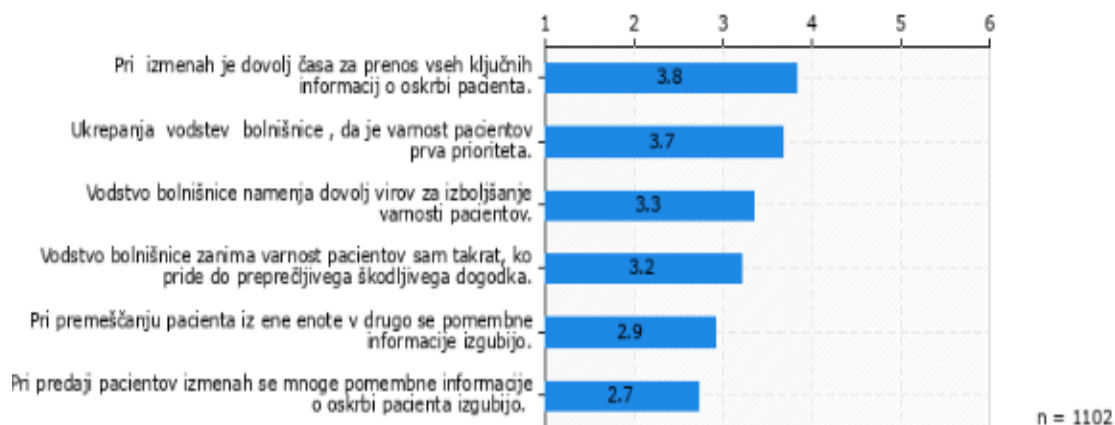
Primerjali smo porazdelitev ocen razlik v porazdelitvi splošne ocene varnosti po štirih slovenskih bolnišnicah: Onkološkem inštitutu v Ljubljani, Bolnišnici v Slovenj Gradcu, Bolnišnici v Šempetru pri Gorici in v UKC Ljubljana. Rezultati so v tabeli E3: Q9.

7.7 Statistika odgovorov iz sekcije G: ocena anketirancev o kakovosti prenosa informacij, ki vplivajo na varnost pacienta v njihovi bolnišnici in kakšen odnos do varnosti ima vodstvo

7.7.1 Porazdelitvah ocen o kakovosti prenosa informacij in kakšen odnos do varnosti ima vodstvo – skupna porazdelitev ocen vseh bolnišnic

V sekciji G nam osnovna statistika povprečnih vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 6 da naslednje vrednosti, kot jih prikazuje Graf G0. Na tej lestvici pomeni 1, da se anketiranec sploh ne strinja s trditvijo, 2, da se ne strinja ne strinjanje, 3, da je neodločen, 4, da se strinja, 5 poročevalec se s trditvijo zelo strinja. 6 pa pomeni, da ne ve odgovora.

Na te skupine trditve je odgovarjalo 1102 anketirancev. Najbolj so se strinjali s trditvijo, da je pri izmenah dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta ($M=3,8$). Srednje vrednosti trditvev so predstavljene na grafu F0.



Graf 39: G0 - Soglašanje ali zavrnitev trditvev o odnosu do pacientove varnosti v bolnišnici (srednja ocena)

Konsistenca je dokaj visoka, saj je Cronbachov α več kot 0,87.

ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	9027,024	825	10,94185	7,811497	3E-271	1,103276
Columns	662,7853	2	331,3927	236,5846	4,59E-91	3,001178
Error	2311,215	1650	1,400736			
Total	12001,02	2477				
Cronbach's Alpha						
			0,871984			

Oglejmo si porazdelitve odgovorov in delež nenegativnih trditev v skupini F!

Tabela 30: G1 - Frekvence posameznih vrednosti trditev v sklopu G

Q10a		Ukrepanja vodstev bolnišnice tako, kot da je varnost pacientov prva prioriteta.	
Oznake vrstic	Štetje od Q10a		
-3	397		
-1	23		
1	35		
2	75		
3	165		
4	246		
5	154		
6	15		
Skupna vsota	1110		

Q10b		Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti pacientov.	
Oznake vrstic	Štetje od Q10b		
-3	397		
-1	23		
1	48		
2	120		
3	194		
4	222		
5	83		
6	23		
Skupna vsota	1110		

Q10c		Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.	
Oznake vrstic	Štetje od Q10c		
-3	397		
-1	23		
1	55		
2	189		
3	164		
4	173		
5	87		
6	22		
Skupna vsota	1110		

Q10d		Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo	
Oznake vrstic	Štetje od Q10d		
-3	397		
-1	25		
1	63		
2	245		
3	164		
4	131		
5	41		
6	44		
Skupna vsota	1110		

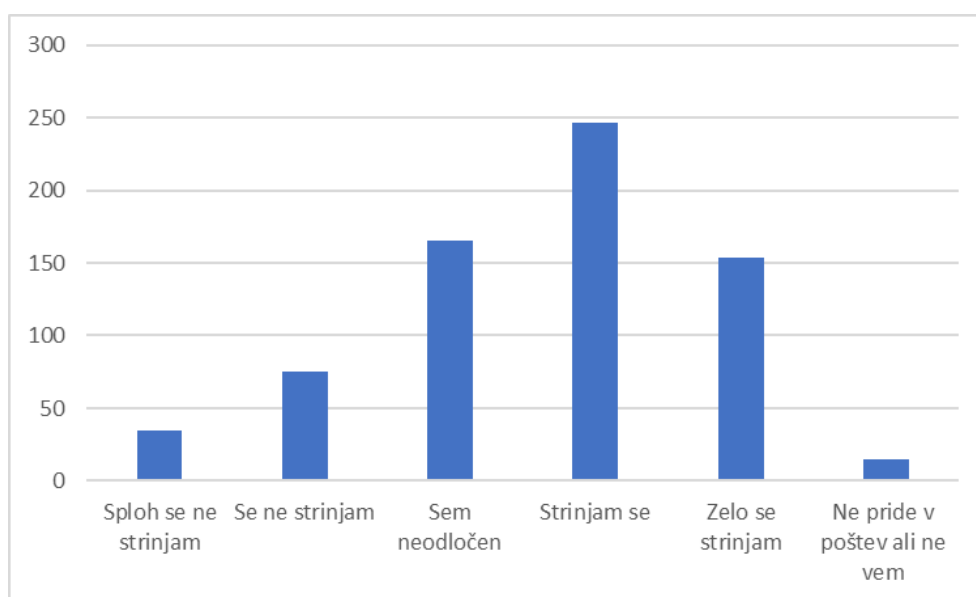
Q10e	Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo.	Q10f	Pri izmenah je dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta.
Oznake vrstic ▼ Štetje od Q10e		Oznake vrstic ▼ Štetje od Q10f	
-3	397	-3	397
-1	25	-1	26
1	93	1	29
2	287	2	80
3	139	3	147
4	94	4	261
5	26	5	118
6	49	6	52
Skupna vsota	1110	Skupna vsota	1110

Tabela 31: G2 - Celotni pregled deleža negativnih in ne-negativnih trditvev v skupini G

vrsta trditve v	Koda	Negativna	Pozitivna	Nedoločena	vsota	% ne-negativnih	% negativnih	Opis trditve ali vprašanja
pozit.	Q10a	110	400	165	675	84	16	Ukrepanja vodstev bolnišnice, da je varnost pacientov prva prioriteta.
pozit.	Q10b	168	305	194	667	75	25	Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti pacientov.
neg.	Q10c	260	244	164	668	61	39	Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.
neg.	Q10d	172	308	164	644	73	27	Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo.
neg.	Q10e	120	380	139	639	81	19	Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo.
pozit.	Q10f	109	379	147	635	83	17	Pri izmenah je dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta.

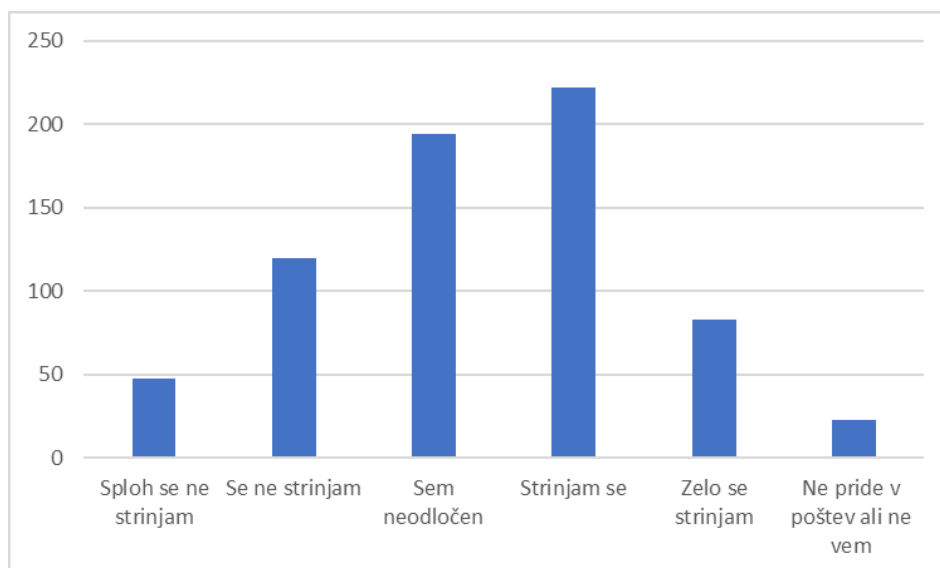
Če rangiramo ocene negativnih izkušenj poročevalcev, potem bi lahko zatrdili, da je največkrat problem v tem, da vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka. Tako meni kar 39% vseh anketiranih. V več kot četrtini anketirancev pa se kaže problem, da se pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo pomembne informacije izgubijo.

Grafična predstavitev posameznih odgovorov na trditve oziroma vprašanja v sekciji F so v nadaljevanju.



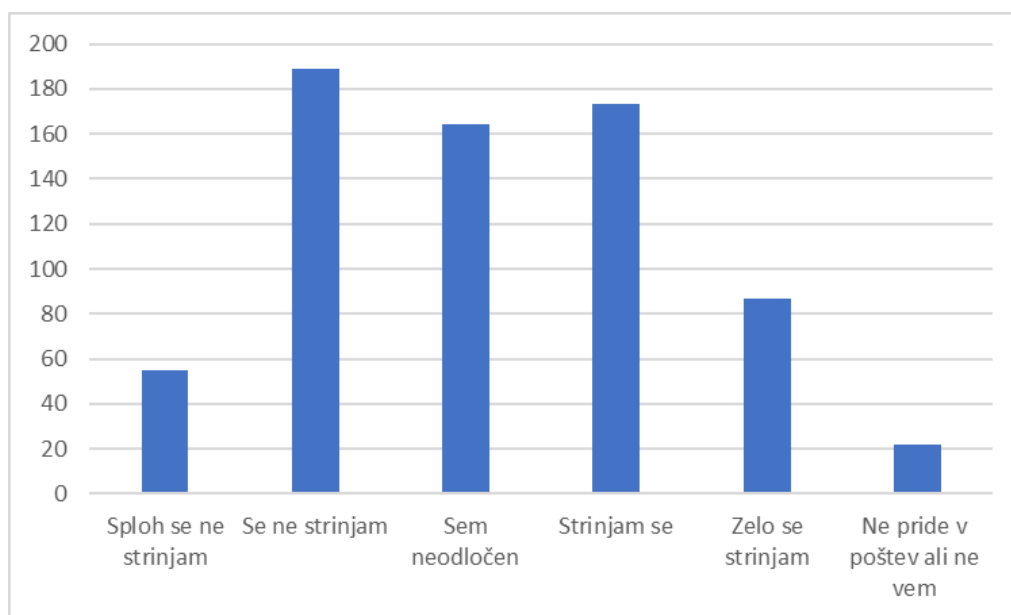
Graf 40: G1 - Q10a - Ukrepanje vodstev bolnišnice, ob zavesti, da je varnost pacientov prva prioriteta

Modus na grafu Q10 a je pri "strinjam se".



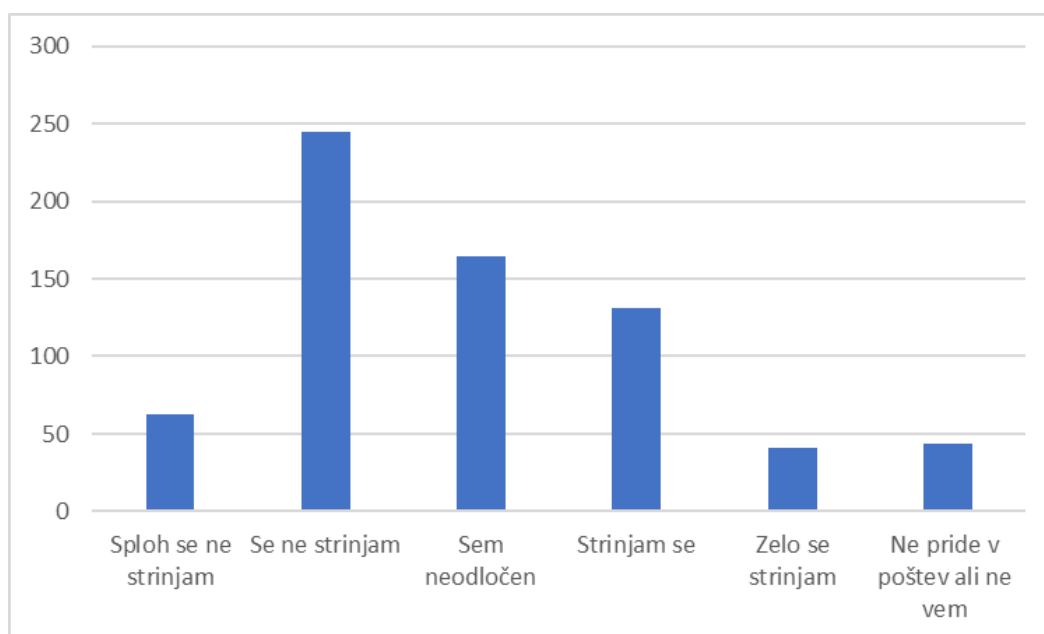
Graf 41: G2 - Q10b - Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti pacientov

Modus na grafu G2 je pri "strinjam se".



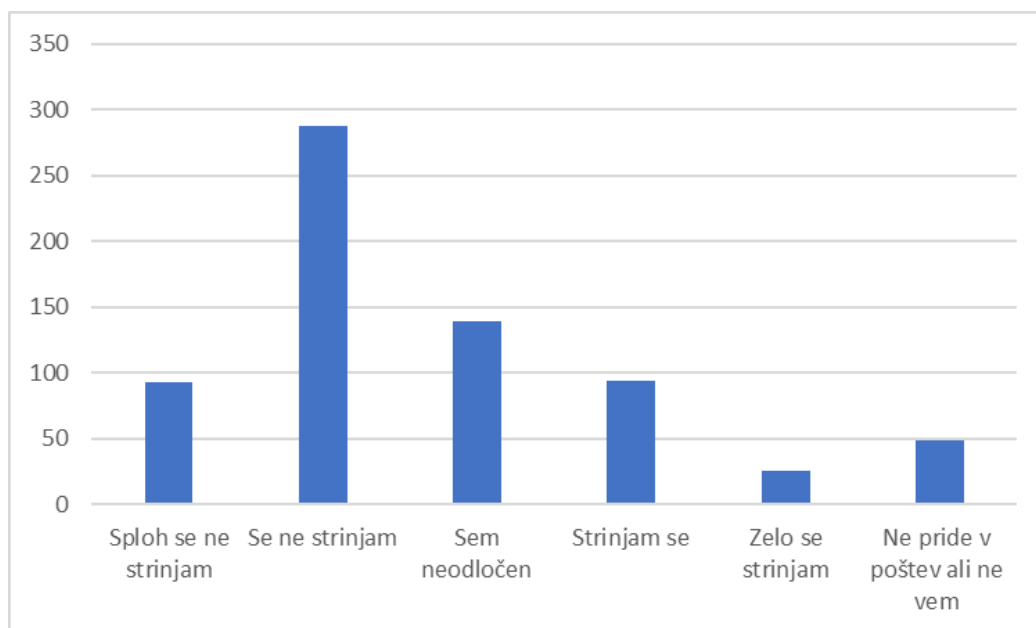
Graf 42: G3 - Q10 c - Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka

Modus na grafu G3 je pri “ne strinjam se”.



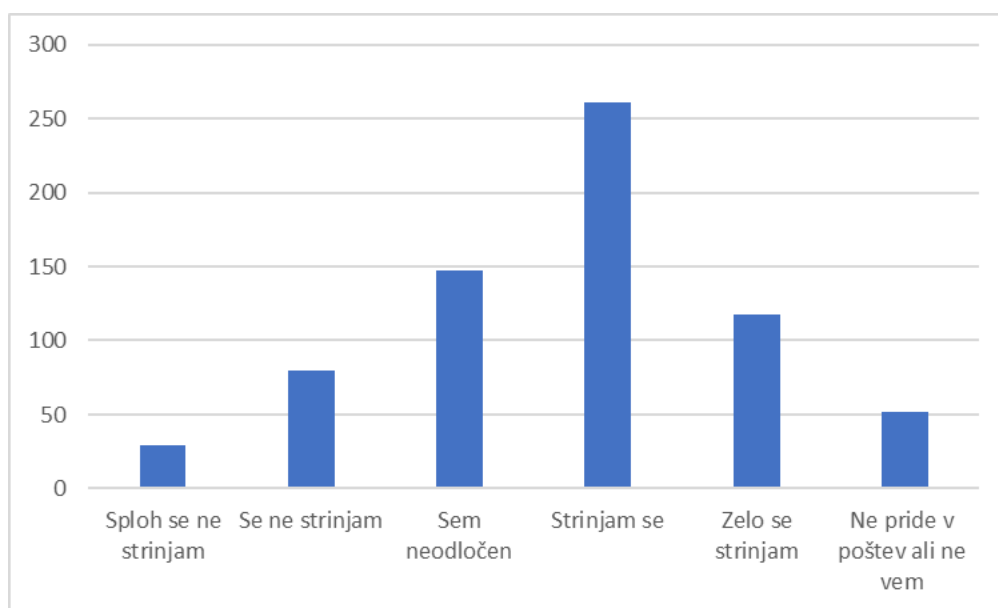
Graf 43: G4 - Q10d - Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo

Modus na grafu G4 je pri “ne strinjam se”.



Graf 44: G5 - Q10e - Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo

Modus na grafu Q10e je pri “ne strinjam se”.



Graf 45: G6 - Q10f - Pri izmenah je dovolj časa za prenos vseh ključnih informacij o oskrbi pacienta

Modus na grafu Q10f je pri “strinjam se”.

8 ZGORNJA MEJA ODSOTKA NEGATIVNIH OCEN PO VSEH ANKETNIH VPRAŠANJIH

V nadaljevanju ocenjujemo zgornjo mejo odstotkov negativnih odgovorov na trditve za vse bolnišnice in dodatno za štiri bolnišnice z največ odgovori.

Predvsem se sprašujemo, ali so na nekatere trditve 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. Kritične meje za odstotke negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili tudi z Agresti-Caffo oceno s tveganjem 0,025.

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

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

in varianco

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

Kjer je n_i število vseh odgovorov posameznih bolnišnic

Z Agresti-Caffovo oceno razlik v odstotkih negativnih ocen lahko sledimo dokazu teh avtorjev, tudi v primeru, ko vzamemo grobi normalni približek za porazdelitev razlik beta- porazdeljenih odstotkov, kot to velja za odstotek, ko se ta ne približa polovici. To vodi v intervalno oceno razlik med odstotki negativnih odgovorov posameznih bolnišnic, za katero velja:

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

To velja tudi v primeru, ko je vzorec zelo majhen*.

**Agresti, A. and Caffo, B. (2000). Simple and effective confidence intervals for proportions and differences of proportions result from adding two successes and two failures. AMERICAN STATISTICIAN 54 (4) , pp.280-288.*

Tabela 32: Q4a-e - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q4a	V tej enoti delamo skupaj kot uspešen tim.		
	Vsi anketiranci	11,9	14,3
	Onkološki inštitut LJ	16,0	24,1
	Slovenj Gradec	7,7	14,3
	Šempeter pri Novi Gorici	17,2	25,6
	UKC LJ	12,6	19,8
	vse štiri bolnišnice	13,4	17,0
Q4b	V tej enoti je dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmoremo delovne obremenitve.		
	Vsi anketiranci	57,1	60,5
	Onkološki inštitut LJ	63,8	73,1
	Slovenj Gradec	42,9	53,0
	Šempeter pri Novi Gorici	69,9	78,7
	UKC LJ	66,3	75,0
	vse štiri bolnišnice	61,0	65,8
Q4c	Osebj v tej enoti dela daljše ure kot bi bilo najboljše za oskrbo pacientov.		
	Vsi anketiranci	49,0	52,5
	Onkološki inštitut LJ	66,7	75,9
	Slovenj Gradec	44,7	55,2
	Šempeter pri Novi Gorici	54,9	65,3
	UKC LJ	63,8	73,1
	vse štiri bolnišnice	57,8	62,9
Q4d	Redno pregledujemo delovne procese, da ugotovimo ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti pacientov.		
	Vsi anketiranci	20,8	23,6
	Onkološki inštitut LJ	24,5	33,6
	Slovenj Gradec	11,5	19,2
	Šempeter pri Novi Gorici	42,7	53,0

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
	UKC LJ	26,5	35,7
	vse štiri bolnišnice	26,4	31,0
Q4e	V tej enoti je preveč začasnega nadomestnega osebja.		
	Vsi anketiranci	20,8	23,7
	Onkološki inštitut LJ	21,1	30,1
	Slovenj Gradec	14,3	22,6
	Šempeter pri Novi Gorici	31,5	41,4
	UKC LJ	27,6	36,8
	vse štiri bolnišnice	23,8	28,4

Tabela 33: Q4f-j - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q4f	V tej enoti osebje misli, da se napake uporabljajo proti njim.		
	Vsi anketiranci	24,8	27,9
	Onkološki inštitut LJ	28,3	37,8
	Slovenj Gradec	18,2	26,9
	Šempeter pri Novi Gorici	36,0	46,1
	UKC LJ	29,7	38,9
	vse štiri bolnišnice	28,1	32,8
Q4g	Ko v tej enoti sporočimo napako, se zdi, da se ne obravnava problem pač pa oseba.		
	Vsi anketiranci	34,1	37,5
	Onkološki inštitut LJ	40,9	50,9
	Slovenj Gradec	30,3	40,2
	Šempeter pri Novi Gorici	45,5	55,8
	UKC LJ	38,9	48,8
	vse štiri bolnišnice	38,9	43,9
Q4h	Kadar je veliko dela osebje pomaga drug drugemu.		

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
	Vsi anketiranci	12,3	14,6
	Onkološki inštitut LJ	17,2	25,6
	Slovenj Gradec	8,0	14,9
	Šempeter pri Novi Gorici	15,4	23,6
	UKC LJ	12,0	19,2
	vse štiri bolnišnice	13,2	16,9
Q4i	Imamo problem z nespoštljivim vedenjem ljudi, ki delajo v tej enoti.		
	Vsi anketiranci	28,0	31,1
	Onkološki inštitut LJ	38,9	48,8
	Slovenj Gradec	18,6	27,5
	Šempeter pri Novi Gorici	40,7	50,8
	UKC LJ	31,7	41,0
	vse štiri bolnišnice	32,7	37,5
Q4j	Ko osebje naredi napako, se v tej enoti osredotočimo na učenje in ne na obtoževanje posameznika.		
	Vsi anketiranci	22,2	25,1
	Onkološki inštitut LJ	30,4	40,1
	Slovenj Gradec	14,8	23,0
	Šempeter pri Novi Gorici	34,8	44,9
	UKC LJ	22,0	30,6
	vse štiri bolnišnice	25,5	30,0

Tabela 34: Q4k-n - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q4 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBSEGU DELA IN NAPAKAH

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q4k	Hitrost dela v tej enoti je taka, da negativno vpliva na varnost pacientov.		
	Vsi anketiranci	31,7	35,0
	Onkološki inštitut LJ	45,2	55,2

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
	Slovenj Gradec	23,0	32,4
	Šempeter pri Novi Gorici	36,0	46,1
	UKC LJ	42,9	52,7
	vse štiri bolnišnice	37,1	42,1
Q4l	V tej enoti se spremembe za izboljšanje varnosti pacientov ocenijo, da se vidi kako dobro delujejo.		
	Vsi anketiranci	20,2	23,2
	Onkološki inštitut LJ	31,1	41,0
	Slovenj Gradec	5,7	11,8
	Šempeter pri Novi Gorici	32,1	42,5
	UKC LJ	25,8	35,1
	vse štiri bolnišnice	23,6	28,2
Q4m	V tej enoti je pomanjkanje podpore osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov.		
	Vsi anketiranci	31,5	34,8
	Onkološki inštitut LJ	42,2	52,4
	Slovenj Gradec	25,3	34,9
	Šempeter pri Novi Gorici	40,0	50,5
	UKC LJ	34,7	44,5
	vse štiri bolnišnice	35,6	40,6
Q4n	Ta enota pusti, da se enaki varnostni problemi pacientov kar naprej dogajajo.		
	Vsi anketiranci	15,3	17,9
	Onkološki inštitut LJ	23,9	33,1
	Slovenj Gradec	9,2	16,3
	Šempeter pri Novi Gorici	25,0	34,5
	UKC LJ	23,5	32,3
	vse štiri bolnišnice	20,5	24,8

Tabela 35: Q5 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q5 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O OBNAŠANJU NADREJENIH, KO GRE ZA VARNOST PACIENTA

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q5a	Moj nadrejeni resno upošteva predloge osebja za izboljšanje varnosti pacientov.		
	Vsi anketiranci	14,0	16,6
	Onkološki inštitut LJ	18,3	27,4
	Slovenj Gradec	5,0	11,2
	Šempeter pri Novi Gorici	16,1	24,6
	UKC LJ	25,0	34,5
	vse štiri bolnišnice	16,3	20,5
Q5b	Moj nadrejeni želi, da delamo hitreje, ko je veliko dela celo, če to pomeni, da ubiramo bližnjice.		
	Vsi anketiranci	19,7	22,7
	Onkološki inštitut LJ	31,7	42,1
	Slovenj Gradec	10,1	17,9
	Šempeter pri Novi Gorici	29,9	39,8
	UKC LJ	25,0	34,5
	vse štiri bolnišnice	24,4	29,1
Q5c	Moj nadrejeni ukrepa, da naslovi zaskrbljenosti za varnost pacientov, ki se mu sporoče.		
	Vsi anketiranci	13,1	15,8
	Onkološki inštitut LJ	29,8	29,8
	Slovenj Gradec	10,1	10,1
	Šempeter pri Novi Gorici	19,2	19,2
	UKC LJ	27,1	27,1
	vse štiri bolnišnice	17,6	17,6

Tabela 36: Q6a-d - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q6 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah O KOMUNIKACIJAH NA ODDELKIH

	Opis trditve	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q6a	O napakah, ki se dogodijo v tej enoti, smo obveščeni.		
	Vsi anketiranci	9,8	12,1
	Onkološki inštitut LJ	11,0	18,8
	Slovenj Gradec	6,3	12,9
	Šempeter pri Novi Gorici	17,2	25,9
	UKC LJ	13,6	21,7
	vse štiri bolnišnice	12,2	15,9
Q6b	Ko se zgodi napaka v tej enoti, se pogovorimo o načinih za preprečevanje v prihodnje.		
	Vsi anketiranci	13,0	15,5
	Onkološki inštitut LJ	13,6	22,0
	Slovenj Gradec	6,3	13,1
	Šempeter pri Novi Gorici	23,9	33,3
	UKC LJ	13,5	21,4
	vse štiri bolnišnice	14,5	18,5
Q6c	V tej enoti smo seznanjeni o spremembah, ki so narejene na podlagi sporočenih napak.		
	Vsi anketiranci	6,5	7,4
	Onkološki inštitut LJ	20,7	30,2
	Slovenj Gradec	7,5	14,5
	Šempeter pri Novi Gorici	28,7	38,6
	UKC LJ	13,6	21,7
	vse štiri bolnišnice	17,8	22,1
Q6d	V tej enoti osebje spregovori, če vidi nekaj kar lahko negativno vpliva na varnost pacientov.		
	Vsi anketiranci	8,4	10,6
	Onkološki inštitut LJ	7,2	14,0
	Slovenj Gradec	3,8	9,6
	Šempeter pri Novi Gorici	9,2	16,3
	UKC LJ	13,8	21,9
	vse štiri bolnišnice	8,6	11,9

Tabela 37: Q6e-g - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q6 anketirancem, zaposleni v bolnišnicah O KOMUNIKACIJAH NA ODDELKIH

Koda	Opis trditve	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q6e	Osebj v tej enoti spregovori, ko vidi nekoga z višjo avtoriteto, da dela nekaj, kar ni varno za paciente.		
	Vsi anketiranci	24,1	27,3
	Onkološki inštitut LJ	23,8	33,6
	Slovenj Gradec	10,4	18,4
	Šempeter pri Novi Gorici	26,7	36,5
	UKC LJ	33,7	43,9
	vse štiri bolnišnice	24,0	28,8
Q6f	Ko osebj spregovori, so tisti z višjo avtoriteto dovzetni za njihovo zaskrbljenost glede varnosti pacientov. %kritm		
	Vsi anketiranci	21,7	24,8
	Onkološki inštitut LJ	33,8	44,3
	Slovenj Gradec	7,9	15,3
	Šempeter pri Novi Gorici	24,1	33,8
	UKC LJ	22,6	32,1
	vse štiri bolnišnice	22,3	27,0
Q6g	V tej enoti je osebj strah spraševati, ko se nekaj ne zdi prav.		
	Vsi anketiranci	18,5	21,5
	Onkološki inštitut LJ	24,7	34,6
	Slovenj Gradec	21,8	31,6
	Šempeter pri Novi Gorici	21,8	31,1
	UKC LJ	20,9	30,1
	vse štiri bolnišnice	22,3	26,9

Tabela 38: Q7 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q7 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: CELOSTNI PREGLED DELEŽA NEGATIVNIH IN NE-NEGATIVNIH TRDITEV O POGOSTOSTI POROČANJA O INCIDENTIH

Koda	Opis trditve (odgovori nikoli ali redko)	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q7a	Ko se napaka zgodi , a prepreči, da bi dosegla pacienta , kako pogosto jo sporočite?		
	Vsi anketiranci	16,6	19,5
	Onkološki inštitut LJ	17,1	26,0
	Slovenj Gradec	11,7	19,9
	Šempeter pri Novi Gorici	19,0	28,1
	UKC LJ	32,5	42,9
	vse štiri bolnišnice	20,2	24,8
Q7b	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?		
	Vsi anketiranci	11,1	13,6
	Onkološki inštitut LJ	13,6	22,0
	Slovenj Gradec	6,4	13,2
	Šempeter pri Novi Gorici	6,0	12,5
	UKC LJ	20,7	30,2
	vse štiri bolnišnice	11,7	15,5

O storjenih napakah anketiranci v zaskrbljujočem deležu sploh ne poročajo, ali pa poročajo zelo redko. Zanimivo je dejstvo, da v vseh obravnavanih bolnišnicah, zaposleni redkeje sporočajo o napaki, če ta že doseže pacienta.

Tabela 39: Q8 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja Q8 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: PREGLED DELEŽA TISTI, KI V 12 MESECIH NIKOLI NISO POROČALI O INCIDENTIH

Koda	Opis trditve (nikoli)	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q8	Koliko varnostnih incidentov ste sporočili v zadnjih 12 mesecih?		
	Vsi anketiranci	31,1	34,6
	Onkološki inštitut LJ	35,1	45,9
	Slovenj Gradec	32,9	43,7
	Šempeter pri Novi Gorici	29,6	39,9
	UKC LJ	30,1	40,3
	vse štiri bolnišnice	31,9	37,1

Ta odstotek je visok, vendar lahko tudi zato, ker varnostnih incidentov ni bilo. Lahko pa je to tudi znak malomarnosti ali strahu.

Tabela 40: Q9 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja Q9 anketirancem, zaposlenim v bolnišnicah: SPLOŠNA OCENA STANJA VARNOSTI PACIENTOV NA VAŠEM ODDELKU/ENOTI

Koda	Opis trditve [slaba, zelo slaba]	Odstotek negativnih	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q9	Navedite splošno oceno stanje varnosti pacientov na vašem oddelku/enoti.		
	Vsi anketiranci	6,3	8,2
	Onkološki inštitut LJ	5,2	11,7
	Slovenj Gradec	1,3	6,0
	Šempeter pri Novi Gorici	12,2	20,3
	UKC LJ	14,1	22,4
	vse štiri bolnišnice	8,4	11,7

**Tabela 41: Q10 - Odstotek negativnih ocen na vprašanja skupine Q10 anketirancem
O OBNAŠANJU VODSTVA BOLNIŠNICE GLEDE VARNOSTNIH UKREPOV**

Koda	Opis trditve <i>[sploh se ne strinjam, se ne strinja]</i>	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q10a	Vodstvo bolnišnice ukrepa tako, da je varnost pacientov prva prioriteta.		
	Vsi anketiranci	16,3	19,2
	Onkološki inštitut LJ	17,7	26,9
	Slovenj Gradec	2,6	8,1
	Šempeter pri Novi Gorici	19,2	28,7
	UKC LJ	26,2	36,0
	vse štiri bolnišnice	16,7	21,0
Q10b	Vodstvo bolnišnice namenja dovolj virov za izboljšanje varnosti.		
	Vsi anketiranci	25,2	28,6
	Onkološki inštitut LJ	22,1	32,0
	Slovenj Gradec	10,5	18,6
	Šempeter pri Novi Gorici	36,0	47,0
	UKC LJ	42,7	53,4
	vse štiri bolnišnice	28,1	33,2
Q10c	Vodstvo bolnišnice zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.		
	Vsi anketiranci	54,9	57,1
	Onkološki inštitut LJ	32,9	43,7
	Slovenj Gradec	37,3	48,4
	Šempeter pri Novi Gorici	40,8	51,9
	UKC LJ	47,6	58,2
	vse štiri bolnišnice	39,9	41,4
Q10d	Pri premeščanju pacienta iz ene enote v drugo se pomembne informacije izgubijo.		
	Vsi anketiranci	26,7	30,2
	Onkološki inštitut LJ	25,0	35,6
	Slovenj Gradec	23,0	33,2
	Šempeter pri Novi Gorici	35,1	46,2
	UKC LJ	34,6	45,1

Koda	Opis trditve [sploh se ne strinjam, se ne strinja]	Odstotek negativnih [%]	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
	vse štiri bolnišnice	29,6	34,8
Q10e	Pri predaji pacientov v izmenah se mnoge pomembne informacije o oskrbi pacienta izgubijo.		
	Vsi anketiranci	18,8	21,9
	Onkološki inštitut LJ	14,3	23,5
	Slovenj Gradec	10,7	18,8
	Šempeter pri Novi Gorici	27,4	38,1
	UKC LJ	27,8	38,2
	vse štiri bolnišnice	20,2	25,0
Q10f	Pri izmenah je dovolj časa za prenos ključnih informacij o oskrbi pacienta.		
	Vsi anketiranci	17,2	20,2
	Onkološki inštitut LJ	11,0	15,4
	Slovenj Gradec	5,2	8,2
	Šempeter pri Novi Gorici	12,7	17,1
	UKC LJ	7,3	10,7
	vse štiri bolnišnice	8,9	10,7

Pri zaporedju potrebnih ukrepov se moramo najprej lotiti tistih izzivov, kjer je odstotek poročevalcev z negativnimi mnenji z verjetnostjo o, 975 večji od 50%. (torej so delavci v večini). S tem namenom predlagamo, da se najprej lotimo naslednjih ukrepov, podanih v tabeli Final. V prvem stolpcu so nanizane kode, ki se nanašajo na najbočj problematične ocene, v drugem pa ukrep, ki bi moral to problematiko reševati, in bolnišnice, kjer je potrebno to problematiko reševati najprej. V zadnjem stolpcu je navedena zgornja meja odstotka zaposlenega osebja, ki meni, da je omenjen izziv potreben takojšnjega reševanja ($\alpha=0,025$).

Tabela 42: KRITIČNI PRIMERI, KI JIH JE POTREBNO REŠEVATI TAKOJ

Koda	OPIS UKREPA	Kritična meja ($\alpha=0,025$)
Q4b	POVEČATI ZAPOSLOVANJE	
	V vseh bolnišnicah	60,5
	Onkološki inštitut LJ	73,1
	Slovenj Gradec	53
	Šempeter pri Gorici	78,7
	UKC LJ	75
Q4c	ZMANJŠATI JE POTREBNO NADURE V ENOTI BOLNIŠNIC	
	V vseh bolnišnicah	52,5
	Onkološki inštitut LJ	75,9
	Slovenj Gradec	55,2
	Šempeter pri Gorici	65,3
	UKC LJ	73,1
Q4d	REDNO PREGLEDOVATI DELOVNE PROCESE	
	Šempeter pri Gorici	53
Q4g	OBRAVNAVATI PROBLEME IN NE SAMO OSEBE, KI SO Z NJIMI POVEZANE!	
	Onkološki inštitut LJ	50,9
	Šempeter pri Gorici	55,8
Q4i	LOTITI SE JE POTREBNO PROBLEMA NESPOŠTLJIVEGA VEDENJA	
	Šempeter pri Gorici	50,8
Q4k	UMIRITI JE POTREBNO HITROST DELA V ENOTAH BOLNIŠNICE	
	Onkološki inštitut LJ	55,2
	UKC LJ	52,7
Q4m	DVIGNITI PODPORO OSEBJU, VPLETENEM V NAPAKI VARNOSTI PACIENTOV	
	Onkološki inštitut LJ	52,4
	Šempeter pri Gorici	50,5
Q10c	VODSTVO BOLNIŠNICE NAJ NE ZANIMA VARNOST PACIENTOV SAMO TAKRAT, KO PRIDE DO PREPREČLJIVEGA ŠKODLJIVEGA DOGODKA	
	V vseh bolnišnicah	57,1
	Šempeter pri Gorici	51,9
	UKC LJ	58,2

9 KULTURA VARNOSTI PACIENTOV DRUGOD

9.1 V Španiji

Raziskava, ki je bila posebej izvedena o kulturi varnosti bolnikov v bolnišnicah v Španiji in regiji Murcia, zagotavlja dragocen vpogled v lokalni kontekst ter izpostavlja prednosti in področja, ki jih je treba izboljšati.

Analiza kulture varnosti pacientov v bolnišničnem okolju španskega nacionalnega zdravstvenega sistema je s prilagojeno anketo AHRQ pokazala, da so prednosti timsko delo med enotami in ukrepi nadzornikov, ki spodbujajo varnost. Slabosti pa so bile ugotovljene pri kadrih, timskem delu med oddelki, splošnem dojemanju varnosti in podpori bolnišnične uprave varnosti pacientov. Študija je pokazala tudi bolj pozitivno dojemanje kulture varnosti v manjših bolnišnicah in farmacevtskih oddelkih (Performance Health Partners, n.d.). Študija, osredotočena na 30 urgentnih oddelkov španskih bolnišnic, je dala podobne rezultate kot druga področja v španskih bolnišnicah, vendar z nižjim odstotkom pozitivnih ocen in višjim odstotkom negativnih ocen, kar kaže na posebne izzive v tem okolju (American Data Network, 2024).

Kvalitativna raziskava v bolnišničnem okolju v Španiji je poudarila pomen dobre komunikacije z zdravstvenimi delavci, mirnega okolja in izobraževanja bolnikov za varnost bolnikov. Študija je razkrila tudi razlike v pogledih glede na kulturno ozadje, pri čemer so bile jezikovne ovire pomembna skrb informatorjev iz pakistansko-bangladeškega okolja (Agency for Healthcare Research and Quality, (n.d.). Ocena kulture varnosti pacientov v kliničnih laboratorijih v španskih javnih bolnišnicah je pokazala prednosti individualnih, socialnih in kulturnih dejavnikov ter komunikacije. Razlike v zaznavanju so bile opažene glede na spol, starost in izkušnje, pri čemer so vodje služb poročali o boljšem zaznavanju varnosti pacientov (Primary Health Care Corporation Qatar, 2024).

V regiji Murcia je ocena kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu pokazala, da sta timsko delo in kontinuiteta oskrbe pozitivni razsežnosti, medtem ko sta delovni pritisk in tempo ter usposabljanje osebja področja, ki jih je treba izboljšati, kar kaže na začetno kulturo varnosti v tem okolju (Alzahrani & Jones, 2019). Študija, izvedena na oddelku intenzivne terapije bolnišnice v Murcia po tretjem valu programa COVID-19, je pokazala ustrezno zaznavanje varnostne kulture, pri čemer sta bili kadrovska zasedba in podpora vodstva opredeljeni kot slabosti, timsko delo in pričakovanja vodstva pa kot prednosti (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.). V presečni študiji v terciarni bolnišnici v Španiji, ki verjetno vključuje regijo Murcia, je bilo ugotovljeno visoko zaznavanje varnosti pacientov, pri čemer sta bili prednosti učinkovito timsko delo in podpora vodstva. Področja za izboljšave so vključevala dajanje prednosti povratnim informacijam strokovnjakom v prvi liniji, opustitev kaznovanih ukrepov in

razvoj standardiziranih orodij (van der Wal idr., 2024). Sistematični pregled znanstvene literature o varnosti pacientov v Španiji od leta 2006 do 2012 je izpostavil naraščajoč trend raziskav, ki se osredotočajo na zdravstvene napake in kakovost oskrbe (Commission on Safety and Quality in Health Care, n.d.).

Tabela 43: Študije o kulturi varnosti pacientov v Španiji in regiji Murcia

Osrednja študija	Nastavitev	Orodje za merjenje	Glavne prednosti	Glavne slabosti
Bolnišnice španskega nacionalnega zdravstvenega sistema	24 bolnišnic v Španiji	Prilagojena raziskava AHRQ	Timsko delo med enotami, ukrepi nadzornikov, ki spodbujajo varnost	Osebj, timsko delo med oddelki, občutek varnosti, podpora uprave
30 urgentnih oddelkov španskih bolnišnic	Urgentni oddelki v Španiji	Raziskava AHRQ	Ekipno delo v enotah, pričakovanja nadrejenega/vodje	Kadri, podpora vodstvu bolnišnice
Bolnišnično okolje v Barceloni	Univerzitetna bolnišnica	Kvalitativni intervjuji	Dobra komunikacija, mirno okolje, izobraževanje bolnikov	jezikovne ovire (za nekatere skupine).
Klinični laboratoriji v španskih javnih bolnišnicah	27 javnih bolnišnic po vsej Španiji	Prilagojeni vprašalnik	Individualni/socialni/ kulturni dejavniki, komunikacija	Razlike na nekaterih področjih, povezane s starostjo in izkušnjami,
Osnovno zdravstveno varstvo v Murcii	Osnovne zdravstvene enote	Raziskava o kulturi varnosti bolnikov v osnovnem zdravstvu	Timsko delo, kontinuiteta oskrbe	Delovni pritisk/tempo, usposabljanje osebja
Oddelek intenzivne terapije v bolnišnici v Murcii	Oddelek intenzivne terapije v bolnišnici	Prilagojeni vprašalnik	Ekipno delo, pričakovanja vodstva	Osebj, podpora vodstvu
Terciarna bolnišnica	Terciarna bolnišnica (lokacija ni navedena, verjetno Španija)	Prilagojeni vprašalnik	Učinkovito timsko delo, podpora vodje	Povratne informacije za strokovnjake v prvi liniji, nekaznovalni ukrepi, standardizirana orodja
Univerzitetna bolnišnica	Univerzitetna bolnišnica (lokacija ni navedena, verjetno Španija)	Prilagojena raziskava AHRQ	-	Kadrovska zasedba, podpora vodstva, menjave izmen, zaznavanje varnosti

Nazadnje je študija v univerzitetni bolnišnici v Španiji, verjetno v regiji Murcia, pokazala dobro splošno zaznavanje varnostne kulture, čeprav jo je mogoče izboljšati, s slabostmi pri kadrih, podpori vodstva, menjavanju izmen in zaznavanju varnosti. Farmacevti so poročali o višjih ocenah varnostne kulture, medtem ko so imeli vratarji nižje ocene (Occupational Safety and Health Administration, n.d.).

9.2 Metodologije in orodja za merjenje kulture varnosti pacientov

Pri merjenju kulture varnosti pacientov v bolnišnicah se uporabljajo različne metodologije in orodja za ocenjevanje prevladujočih vrednot, prepričanj in norm, povezanih z varnostjo. Ti pristopi segajo od obsežnih kvantitativnih raziskav do poglobljenih kvalitativnih preiskav, ki se pogosto uporabljajo v kombinaciji, da se zagotovi celovito razumevanje kulture.

Kvantitativne metode večinoma vključujejo uporabo anket, ki se izvajajo med bolnišničnim osebjem (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c). Te ankete omogočajo zbiranje podatkov od velikega števila posameznikov, kar omogoča ugotavljanje širših trendov in vzorcev zaznavanja kulture varnosti v različnih oddelkih in poklicnih vlogah. Standardizirane ankete, kot sta bolnišnična anketa o kulturi varnosti pacientov (HSOPSC) in vprašalnik o odnosu do varnosti (SAQ), se pogosto uporabljajo in so bile potrjene za uporabo v različnih državah in jezikih, kar omogoča primerjave med različnimi zdravstvenimi organizacijami in okolji.

Kvalitativne metode omogočajo poglobljeno raziskovanje stališč, vedenja in osebnih izkušenj, ki oblikujejo kulturo varnosti pacientov. Te metode vključujejo fokusne skupine, individualne intervjuje in etnografske raziskave, ki lahko razkrijejo bogate, kontekstualne informacije o temeljnih dejavnikih, ki vplivajo na to, kako osebje dojema in uporablja varnostne prakse. Kvalitativni pristopi lahko zagotovijo vpogled v nianse organizacijske kulture, ki jih standardizirana anketna vprašanja morda ne bodo zajela.

Pristopi **mešanih metod** združujejo kvantitativne in kvalitativne metodologije, da bi zagotovili celovitejšo oceno kulture varnosti pacientov (Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.c). Z združevanjem širine kvantitativnih podatkov z globino kvalitativnih ugotovitev lahko raziskovalci in zdravstvene organizacije pridobijo bolj diferencirano in celovito sliko svoje kulture varnosti, pri čemer ugotovijo razširjenost določenih zaznav in razloge zanje.

Za merjenje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah se običajno uporablja več posebnih **orodij**. Raziskava o kulturi varnosti pacientov v bolnišnicah (HSOPSC), ki jo je razvil AHRQ, je pogosto uporabljeno orodje, ki meri 12 razsežnosti kulture varnosti, vključno s timskim delom v enotah, odprtostjo komunikacije in organizacijskim učenjem (Russ idr., 2021). Vprašalnik o odnosu do

varnosti (SAQ) ocenjuje šest razsežnosti odnosa do varnosti, kot so vzdušje timskega dela, vzdušje varnosti in zadovoljstvo z delom. Tudi druga orodja, kot so Klima za varnost pacientov v zdravstvenih organizacijah (PSCHO), modificirani Stanfordski instrument (MSI-2006) in Vprašalnik o varnosti v škotskih bolnišnicah (SHSQ), ponujajo dragocene okvire za ocenjevanje različnih vidikov varnostne kulture (Russ idr., 2021).

Tabela 44: Metodologije in orodja za merjenje kulture varnosti pacientov

Metodologija	Posebna orodja	Opis	Potrjevanje v španščini
Kvantitativni	Raziskava o kulturi varnosti pacientov v bolnišnicah (HSOPSC)	meri 12 razsežnosti varnostne kulture (npr. timsko delo, komunikacija, učenje).	Da
Kvantitativni	Vprašalnik o odnosu do varnosti (SAQ)	ocenjuje 6 dimenzij odnosa do varnosti (npr. vzdušje za timsko delo, varnostno vzdušje, zadovoljstvo pri delu).	Da
Kvantitativni	Varnostna klima v zdravstvenih organizacijah (PSCHO)	ocenjuje delovne enote, medosebne dejavnike in organizacijske teme v 9 konstrukti.	Da (prilagoditev)
Kvantitativni	Modificirani Stanfordov instrument-2006 (MSI-2006)	Ocenjuje 32 postavk s petimi vidiki kulture varnosti pacientov (npr. vodenje, zaznana varnost, učenje).	V zagotovljenih fragmentih ni bilo ugotovljeno nobeno posebno potrjevanje
Kvantitativni	Škotski vprašalnik o varnosti v bolnišnicah (SHSQ)	Merjenje rezultatov varnosti in vzdušja za paciente in osebje v štirih komponentah.	V zagotovljenih fragmentih ni bilo ugotovljeno nobeno posebno potrjevanje
Kvalitativni	Fokusne skupine, intervjuji, etnografske raziskave	Raziskovanje stališč, vedenja in osebnih izkušenj, povezanih z varnostno kulturo.	NI RELEVANTNO
Mešane metode	Kombinacija kvantitativnih in kvalitativnih pristopov	Zagotavlja celovito oceno z vključevanjem širine in globine podatkov.	NI RELEVANTNO

Potrditve teh orodij v španščini je ključnega pomena za njihovo zanesljivo uporabo v Španiji in regiji Murcia. Tako HSOPSC kot SAQ sta bila prevedena in potrjena za špansko govoreče prebivalstvo (7), kar zagotavlja, da orodji natančno merita predvidene konstrukte v specifičnem kulturnem kontekstu španskih zdravstvenih ustanov.

10 POVZETEK UGOTOVITEV IN PRIPOROČIL

Raziskave o kulturi varnosti bolnikov v bolnišnicah razkrivajo več ključnih tem, ponavljajočih se najboljših praks, stalnih izzivov in z dokazi podprtih priporočil za izboljšanje.

Ključne teme, ki izhajajo iz literature, vključujejo temeljni pomen zavezanosti in angažiranosti vodstva pri spodbujanju okolja, ki se zaveda varnosti. Odprta in učinkovita komunikacija na vseh ravneh organizacije je dosledno poudarjena kot ključna za zagotavljanje izmenjave informacij in obravnavanje varnostnih vprašanj. Ponavlja se tudi potreba po močnem timskem delu in sodelovanju med različnimi disciplinami v bolnišnicah ter vrednost organizacijskega učenja s sistematičnim poročanjem in analizo napak. Med stalnimi izzivi, ki so bili ugotovljeni, so premagovanje kulture krivde in spodbujanje odzivanja na napake brez kaznovanja ter reševanje vprašanj, povezanih z neustreznim številom osebja. Pomembni temi sta tudi vpliv splošne organizacijske kulture in pomen psihološke varnosti, pri kateri se osebje počuti udobno, ko spregovori.

V raziskavi je bilo ugotovljenih več ponavljajočih se najboljših praks. Izvajanje obhodov vodstva in zagotavljanje vidnega vodstva na področju varnosti sta učinkovita pri dokazovanju zavezanosti. Uporaba standardiziranih komunikacijskih orodij, kot je SBAR, olajša jasno in jedrnato izmenjavo informacij. Izvajanje rednih varnostnih sestankov in srečanj pomaga pri proaktivnem prepoznavanju tveganj in usklajevanju ekipe. Usposabljanje skupin in izobraževanje na podlagi simulacij izboljšuje sposobnosti sodelovanja. Vzpostavitev sistemov poročanja o napakah brez kaznovanja, ki so usklajeni z načeli kulture pravičnosti, spodbuja preglednost. Aktivno iskanje in upoštevanje povratnih informacij osebja o varnostnih vprašanjih dokazuje, da je njihov prispevek cenjen. Spodbujanje pobud za nenehno učenje in izboljšave zagotavlja, da se varnostne prakse redno ocenjujejo in izboljšujejo. Vključevanje bolnikov in družin v prizadevanja za varnost lahko prispeva k bolj na bolnika osredotočenemu in varnejšemu okolju oskrbe.

Kljub tem dobrim praksam ostajajo izzivi. Premagovanje globoko zakoreninjene kulture krivde in strahu pred povračilnimi ukrepi zaradi poročanja o napakah je pomembna ovira. Za preprečevanje izgorelosti in ohranjanje varnosti je ključnega pomena obravnavanje neustreznih kadrovskih količin in posledičnih pritiskov delovne obremenitve. Izboljšanje komunikacije med različnimi enotami in izmenami, kjer se informacije lahko izgubijo ali napačno interpretirajo, je stalen izziv. Zagotavljanje doslednega izvajanja varnostnih protokolov in najboljših praks na vseh področjih bolnišnice je lahko težavno. In končno, merjenje neposrednega in dolgoročnega vpliva izboljšav varnostne kulture na izide zdravljenja je še vedno zapletena naloga.

Na podlagi sinteze teh ugotovitev je mogoče podati več z dokazi podprtih priporočil za izboljšanje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah.

Vodenje: Bolnišnice bi morale razviti in izvajati programe usposabljanja za vodje, ki se osredotočajo na načela transformacijskega vodenja s poudarkom na zagotavljanju psihološke varnosti in zavezanosti kulturi pravičnosti. Vodje na vseh ravneh bi morali dejavno sodelovati pri pobudah za varnost, izvajati redne varnostne obhode, da bi sodelovali z osebjem v prvi liniji, in vidno podpirati prizadevanja za večjo varnost pacientov.

Komunikacija: Zdravstvene organizacije bi morale uvesti in okrepiti uporabo standardiziranih komunikacijskih orodij in protokolov, kot je SBAR, v vseh oddelkih in izmenah, da bi zagotovile jasno in jedrnato izmenjavo informacij. Vzpostaviti in spodbujati je treba več dostopnih kanalov, po katerih lahko osebje poroča o varnostnih težavah, vključno z možnostjo anonimnega poročanja. Izvajati je treba redne varnostne sestanke in skupinske sestanke, da se omogoči odprt dialog, izmenjava informacij, povezanih z varnostjo, in proaktivno prepoznavanje morebitnih tveganj.

Timsko delo: Vlaganje v programe usposabljanja medpoklicnih timov, vključno z izobraževanjem na podlagi simulacij, je ključnega pomena za izboljšanje komunikacije, sodelovanja in spretnosti skupnega odločanja med zdravstvenimi delavci. Spodbujanje kulture medsebojnega spoštovanja in podpore med člani tima bo dodatno okrepilo timsko delo in izboljšalo oskrbo bolnikov.

Organizacijsko učenje: Bolnišnice bi morale vzpostaviti zanesljiv sistem poročanja o napakah brez kaznovanja, ki spodbuja osebje k poročanju o napakah in skorajšnjih napakah brez strahu pred povračilnimi ukrepi. Izvajanje temeljitih postopkov analize temeljnih vzrokov bo pomagalo opredeliti temeljne sistemske težave in omogočilo pripravo učinkovitih korektivnih ukrepov. Izkušnje, pridobljene iz varnostnih dogodkov, je treba sistematično deliti po vsej organizaciji, učinkovitost izvedenih sprememb pa je treba redno ocenjevati.

Merjenje in vrednotenje: Vrednotenje: kulturo varnosti pacientov je treba redno ocenjevati z uporabo potrjenih orodij, kot sta HSOPSC ali SAQ, po potrebi prilagojenih za španske razmere. Uporabiti je treba kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod, da se pridobi celovito razumevanje kulture varnosti v organizaciji ter opredelijo prednosti in področja za izboljšanje. Sčasoma je treba spremljati trende v zaznavanju kulture varnosti in natančno oceniti vpliv pobud za izboljšanje tako kulture varnosti kot izidov zdravljenja pacientov.

11 ZAKLJUČEK

V tej monografiji je podan celovit pregled kulture varnosti pacientov v bolnišnicah, 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 bolnišnicah. Čeprav obstajajo izzivi pri uvajanju in ohranjanju takšne kulture, so potencialne koristi za paciente, osebje in zdravstveni sistem kot celoto velike.

Spodbujanje močne kulture varnosti pacientov v bolnišnicah je izredno pomembno za zagotavljanje dobrega počutja pacientov in izboljšanje splošne kakovosti zdravstvenega varstva. Varnost bolnikov kot globalna prednostna naloga zahteva stalno in usklajeno prizadevanje vseh zainteresiranih strani v zdravstvenem sistemu. Pozitivna kultura varnosti pacientov, za katero so značilni zavzetost vodstva, odprta komunikacija, učinkovito timsko delo in zavezanost organizacijskemu učenju, je neločljivo povezana z boljšimi izidi zdravljenja pacientov, vključno z zmanjšanjem števila zdravstvenih napak in bolnišničnih stanj. Aktivno sodelovanje vodstva, izvajanje jasnih komunikacijskih strategij, spodbujanje medpoklicnega sodelovanja in vzpostavitev sistemov, ki podpirajo učenje iz napak, so ključni elementi pri oblikovanju kulture, v kateri je varnost prednostno obravnavana in cenjena. S sprejetjem teh načel in izvajanjem na dokazih temelječih priporočil lahko bolnišnice ustvarijo varnejše okolje za bolnike ter prispevajo k zanesljivejšemu in kakovostnejšemu sistemu zdravstvenega varstva.

V prihodnje si morajo zdravstveni delavci, raziskovalci in oblikovalci politik skupaj prizadevati za prednostno obravnavo razvoja in ohranjanja močne kulture varnosti pacientov v bolnišnicah. 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 bolnišnic prizadeva za prihodnost, v kateri bo preprečljiva škoda čim manjša, vsak pacient pa bo deležen najvarnejše in najkakovostnejše možne oskrbe.

12 POVZETEK RECENZENTOV

Pričujoča monografija je ena od knjig, ki so rezultat raziskave o kulturi varnosti pacientov (V3-2245: Kultura varnosti pacientov), ki sta jo financirala Ministrstvo za zdravje in ARIS. 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. Ta monografija je namenjena študiji kulture varnosti pacientov v slovenskih bolnišnicah. Merjenje zaznavanja kulture varnosti pacientov je ključnega pomena, ker pomaga zdravstvenim organizacijam prepoznati prednosti, slabosti in vrzeli ravnanja ter pomagajo najti področja za izboljšave.

Avtorji so oblikovali ankete z Likertovo lestvico možnih odgovorov (5 ocen in brez odgovora) na trditve in vprašanja po izbranih institucijah - bolnišnicah in s presečno raziskavo zaznavanja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah 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 bolnišnicami so uporabili pretežno hi-kvadrat in Agresti-Caffov Z+4 test.

Monografija, ki je brez prilog in kazala pisana na 116-ih straneh, je sestavljena iz 11 poglavij: Uvod, Opredelitev kulture varnosti pacientov, Teoretični okviri in modeli kulture varnosti pacientov, Vpliv kulture varnosti pacientov na izide zdravljenja, Dejavniki, ki vplivajo na kulturo varnosti pacientov v bolnišnicah, Vprašalnik in poročevalci, Statistična analiza odgovorov po bolnišnicah, Kultura varnosti pacientov drugod, Povzetek ugotovitev in priporočil ter Zaključek. Temu sledi nabor 124 bibliografskih enot, iz katerih so raziskovalci črpali vprašanja in primerjave.

Statistična analiza je pokazala, da je kritična zgornja meja za odstotek negativnih ocen kulture varnosti v vsej slovenski populaciji zaposlenih po bolnišnicah 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 %). Iz podrobnejše analize in primerjave med vrstami institucij sledi, da je pri vseh še posebej zaskrbljujoča kadrovska zasedba delovnih mest po bolnišnicah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in neželenih dogodkov, ki zaradi tega ves čas preživijo nad pacienti).

Uvedba predlaganih anket kot obveznega orodja v institucijah slovenske zdravstvene mreže bi pomagala na lokalnem in državnem nivoju dvigniti kulturo varnosti pacientov v bolnišnicah, zato le-to priporočamo vsem zaposlenim v bolnišnicah pa tudi politikom, ki odločajo o financiranju investicij, strateškem razvoju in operativnem delu bolnišnic.

doc. dr. Marta Kavšek

doc. dr. Valerija Rogelj

13 Literatura

13.1 Temeljna literatura

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2010). *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/>
2. Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Culture of safety [Patient Safety Primer]*. PSNet. <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
3. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.a). *Surveys on patient safety culture*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/topics/surveys-patient-safety-culture.html>
4. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.b). *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS)*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
5. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.c). *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>
6. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.d). *Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®)*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>
7. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.e). *Checklists | PSNet – Patient Safety Network*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://psnet.ahrq.gov/primer/checklists>
8. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.f). *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>
9. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.g). *What is patient safety culture?* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
10. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.h). *Using the SOPS® name*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/about/using-sops.html>
11. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.i). *Medical Office Survey on Patient Safety Culture (SOPS®)*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
12. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.j). *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>
13. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.k). *SBAR tool (TeamSTEPPS communication technique)*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>
14. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.l). *Measurement of patient safety*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://psnet.ahrq.gov/primer/measurement-patient-safety>
15. Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.m). *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. Alzahrani, J., & Jones, R. (2019). *Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse events in patients. Journal of Patient Safety*, 15(3), 195–202.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6561834/>
17. American Data Network. (2024, February 7). *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/>
18. American Data Network. (2024, February 7). *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/>
19. 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>
20. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (n.d.). *About patient safety culture*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture/about-patient-safety-culture>
21. 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>
22. Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Why is safety culture important?* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-1/2.html>
23. 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>
24. 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>
25. Haugen, A. S., Sevdalis, N., Sjøteland, E., & Gasparini, S. (2018). *Development of the Surgical Patient Safety Observation Tool (SPOT). BJS Open*, 2(3), 119–126.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://academic.oup.com/bjsopen/article/2/3/119/6043499>
26. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3776503/>
27. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e022625>
28. 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>

29. 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/>
30. Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). *Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use*. *Quality & Safety in Health Care*, 16(4), 313–320.* <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018366>
31. Labrague, L. J., & Cayaban, A. R. (2025). *Association between patient safety culture and missed nursing care in healthcare settings: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7992–8004.* <https://doi.org/10.1111/jan.16758>
32. 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>
33. NHS Wales Executive. (n.d.). *A guide to a just culture* [PDF]. Improvement Cymru Academy, NHS Wales. <https://executive.nhs.wales/functions/quality-safety-and-improvement/improvement-cymru/improvement-cymru-academy/resource-library/academy-toolkit-guides/a-guide-to-a-just-culture/>
34. 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>
35. 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>
36. 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
37. 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
38. Patient Safety Assessment Tool (PSAT). (n.d.). *Patient safety assessment tool*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/assessment.asp>
39. Peaceful Leaders Academy. (2024). *How to promote a culture of safety in healthcare and nursing: 4 tips*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://peacefulleadersacademy.com/blog/how-to-promote-a-culture-of-safety-healthcare-nursing/>
40. Performance Health. (n.d.). *Enhancing patient safety: Risk assessment tools in healthcare*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.performancehealthus.com/blog/enhancing-patient-safety-risk-assessment-tools-healthcare>
41. Performance Health Partners. (n.d.). *Creating a culture of safety in healthcare: Key principles and practices*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.performancehealthus.com/blog/culture-of-safety-in-healthcare>
42. Performance Health Partners. (n.d.). *What to look for in a patient safety checklist*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.performancehealthus.com/blog/what-to-look-for-in-a-safety-checklist>

43. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://academic.oup.com/ijcoms/article/4/2/lyae003/7829105>
44. Qin, S., & Chen, J. (2024). *Strengthening patient safety culture in hospitals*. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29(1), 34–42.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10811440/>
45. QuestionPro. (n.d.). *Culture of safety surveys*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.questionpro.com/blog/culture-of-safety-surveys/>
46. Reason, J. (2000). *Human error: Models and management*. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 768–770.* <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
47. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://academic.oup.com/bjsopen/article/5/3/zrab028/6271349>
48. SafetyIQ. (n.d.). *Safety observations vs hazard identification*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://safetyiq.com/insight/safety-observations-vs-hazard-identification/>
49. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2011/02/07/bmjqs.2010.040964.full.pdf>
50. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jSgwywYvV8VmWVKws/>
51. Singer, S. J., & Vogus, T. J. (2003). *Safety culture*. *BMJ Quality & Safety*, 12(4), 318–323.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://qualitysafety.bmj.com/content/12/4/318.2>
52. SKYbrary Aviation Safety. (n.d.). *James Reason HF model*. <https://skybrary.aero/articles/james-reason-hf-model>
53. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://medinform.jmir.org/2019/1/e11678/>
54. SurveyMonkey. (n.d.). *AHRQ patient safety culture surveys*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.surveymonkey.com/mp/patient-safety-culture-surveys-ahrq/>
55. The Health Foundation. (2011, November). *Does improving safety culture affect patient outcomes? Evidence scan*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
56. Thomassen, Ø., Storesund, A., Sjøfteland, 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3176176/>
57. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://bmjopenquality.bmj.com/content/13/2/e002506>
58. Verita. (2024). *What are the benefits of creating a patient safety culture?* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://www.verita.net/blogs/benefits-of-creating-a-patient-safety-culture/>
59. 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.* Dostopno 1. aprila 2025, s <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8651309/>
60. Westrum, R. (2023). *Westrum's typology assessment* [PDF]. *PsychSafety.com*. <https://psychsafety.com/wp-content/uploads/2023/04/Westrums-Typology-Assessment.pdf>
61. Westat. (2025, January 14). *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>
62. Wikipedia. (2024). *WHO surgical safety checklist*. Dostopno 1. aprila 2025, s https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Surgical_Safety_Checklist
63. Winters, B. D., Gurses, A. P., Lehmann, H., Sexton, J. B., Rampersad, C. J., & Pronovost, P. J. (2013). *The effects of safety checklists in medicine: A systematic review. BMJ Quality & Safety*, 22(4), 299–318.* Dostopno 1. aprila 2025, s https://www.researchgate.net/publication/257750074_The_effects_of_safety_checklists_in_medicine_A_systematic_review
64. 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>
65. World Health Organization (WHO). (2020). *Manual for patient safety assessment (3rd ed.)*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363992/9789290223221-eng.pdf>
66. World Health Organization (WHO). (2020). *Manual for patient safety assessment – Application form*. Dostopno 1. aprila 2025, s <https://applications.emro.who.int/docs/9789290223221-eng.pdf>
67. 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>

13.2 Druga literatura

1. Albaalharith, T., & A'aqoulah, A. (2023). Raven ozaveščenosti o kulturi varnosti pacientov med zdravstvenimi delavci (Level of Patient Safety Culture Awareness Among Healthcare Workers). In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (str. 321). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s376623>
2. AL-Dossary, R. (2022). Učinki delovnega okolja medicinskih sester na varnost pacientov v bolnišnicah Savdske Arabije. *Frontiers in Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.872091>
3. Ali, M. F. A. (2024). Leadership Style and Quality of Care for Nursing (Stil vodenja in kakovost zdravstvene nege): A Rapid Review [Pregled knjige Leadership Style and Quality of Care for Nursing: A Rapid Review]. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(7). Centro Universitario da FEI. <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n7-077>
4. 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 (Kultura varnosti pacientov v centrih primarnega zdravstvenega varstva v vzhodni provinci Savdske Arabije). In *Risk Management and Healthcare Policy* (Upravljanje tveganj in politika zdravstvenega varstva) (str. 229). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s336117>
5. Alotaibi, B. B., Almadani, A. E., & Salem, O. A. (2020). Saudi Nurses Perception regarding Patient Safety in a Major Tertiary Hospital (Percepcija savdskih medicinskih sester glede varnosti pacientov v večji terciarni bolnišnici). In *Open Journal of Nursing* (Vol. 10, Issue 7, p. 657). Scientific Research Publishing. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.107046>
6. Al-Sawai, A. (2013). Vodenje zdravstvenih delavcev: Kje se nahajamo? In *Oman Medical Journal* (Vol. 28, Issue 4, p. 285). Oman Medical Specialty Board. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.79>
7. Annolino, H. (2022). Izkoriščanje napovedne analitike za zmanjšanje neželenih dogodkov, povezanih z gripo in COVID-19. In *Nursing* (Vol. 52, Issue 3, p. 35). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000806160.64587.92>
8. Babaei, K., Sadeghian, E., & Khodaveisi, M. (2023). The Predictors of Clinical Competence among Hospital Nurses (Prediktorji kliničnih kompetenc med medicinskimi sestrami v bolnišnicah): A Cross-Sectional Study in Hamadan, West Iran. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(1). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v33i1.5>
9. Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C. in Clarke, S. P. (2017). Vpliv transformacijskega vodenja na zadovoljstvo z delom in rezultate na področju varnosti pacientov. In *Nursing Outlook* (Vol. 66, Issue 2, p. 180). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
10. Bourgeault, I. L., Daly, T., Aubrecht, K., Armstrong, P., Armstrong, H. in Braedley, S. (2021). Vodenje za kakovost v dolgotrajni oskrbi (Leadership for quality in long-term care). In *Healthcare Management Forum* (letnik 35, številka 1, str. 5). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/08404704211040747>
11. Brakovich, B., & Bonham, E. (2012). Reševanje uganke zadržanja: Začnimo z orientacijo v zdravstveni negi. In *Nurse Leader* (letnik 10, številka 5, str. 50). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2012.03.010>

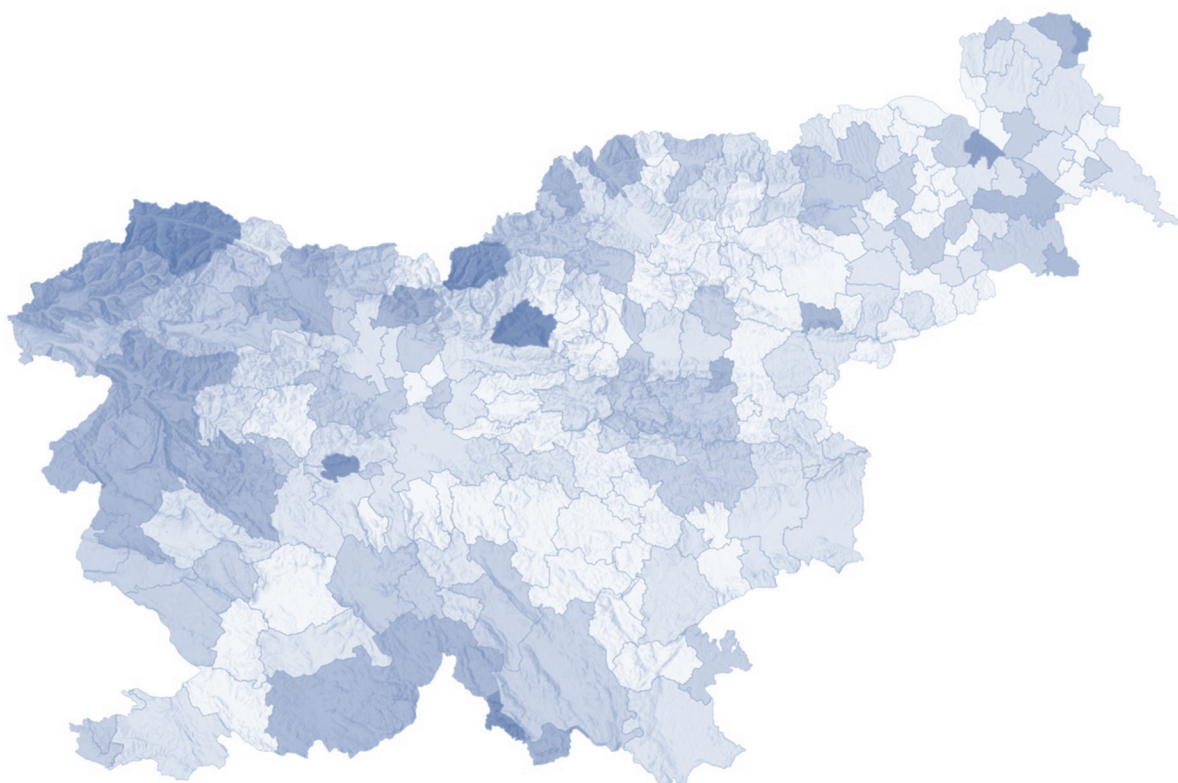
12. Callan, J. R. in Kobus, D. A. (2000). Misadventures of Medical Labeling: (Učene lekcije): Izkušnje iz prakse. In Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting (letnik 44, številka 28, str. 541). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/154193120004402834>
13. Chisolm, D. J., Dugan, J., Figueroa, J. F., Lane-Fall, M. B., Roby, D. H., Rodríguez, H. P., & Ortega, A. N. (2023). Izboljšanje enakosti na področju zdravja z raziskavami sistemov zdravstvenega varstva. *Health Services Research*, 58, 289. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14192>
14. Collins, A. S. (2008). Preprečevanje okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. <https://europepmc.org/article/MED/21328782>
15. El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N. A., Jamal, D. in Abdo, A. A. (2014). Kultura varnosti pacientov v veliki učni bolnišnici v Rijadu: osnovna ocena, primerjalna analiza in priložnosti za izboljšanje. In *BMC Health Services Research* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
16. Fulop, N. in Ramsay, A. (2019). Kako organizacije prispevajo k izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva. In *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.11773>
17. Gantz, N. R., Sorenson, L. in Howard, R. L. (2003). A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement [Pregled knjige 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>
18. Gibson, R., Armstrong, A., Till, A. in McKimm, J. (2017). Učenje iz napak: vodenje kulture varnosti. In *British Journal of Hospital Medicine* (letnik 78, številka 7, str. 402). MA Healthcare. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.7.402>
19. Goedhart, N. S., Oostveen, C. van, & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review [Pregled učinka strukturnega opolnomočenja medicinskih sester na izide kakovosti v bolnišnicah: pregled obsega]. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>
20. Hariyati, Rr. T. S., & Nurdiana, N. (2019). Retention Strategy to Minimize Nurse Turnover (Strategija zadrževanja za zmanjšanje fluktuacije medicinskih sester): A Systematic Review [Pregled strategije zadrževanja za minimiziranje fluktuacije medicinskih sester: A Systematic Review]. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 1(2), 99. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.47>
21. Hazazi, M. A., & Qattan, A. M. N. (2020). Raziskovanje močnih področij izboljšanja kulture varnosti pacientov v KAMC, Makkah, Saudova Arabija. In *American journal of nursing research* (Vol. 9, Issue 1, p. 20). <https://doi.org/10.12691/ajnr-9-1-4>
22. Hooge, L. E. den B., Os-Medendorp, H. van, & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Ali je vodenje medicinskih sester povezano s kakovostjo zdravstvene nege, o kateri poročajo medicinske sestre? Presečna raziskava. In *Journal of research in nursing* (Vol. 26, p. 118). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/1744987120976176>
23. Iqbal, K., Fatima, T., & Naveed, M. (2019). The Impact of Transformational Leadership on Nurses' Organizational Commitment (Vpliv transformacijskega vodenja na organizacijsko zavezanost medicinskih sester): A Multiple Mediation Model. In *European Journal of*

- Investigation in Health Psychology and Education (Vol. 10, Issue 1, p. 262). Multidisciplinarni inštitut za digitalno založništvo. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010021>
24. Kazandjian, V. A. (2018). Prostovoljno poročanje o podatkih o uspešnosti. In *International Journal of Big Data and Analytics in Healthcare* (Vol. 3, Issue 1, str. 27). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/ijbdah.2018010103>
25. Kim, L., Lyder, C. H., McNeese-Smith, D. K., Leach, L. S., & Needleman, J. (2015). Defining attributes of patient safety through a concept analysis [Recenzija prispevka Defining attributes of patient safety through a concept analysis]. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2490. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
26. Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2020). Stili vodenja zdravstvene nege in njihov vpliv na ukrepe kakovosti v enotah intenzivne terapije: An integrative review [Pregled slogov vodenja v zdravstveni negi in njihovega vpliva na ukrepe kakovosti v enotah intenzivne terapije: An integrative review]. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13151>
27. Kohnen, D., Witte, H. D., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L. in Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation-a cross-sectional study (Zavzeto vodenje in dobro počutje medicinskih sester: vloga delovnega okolja in delovne motivacije - presečna študija). In *Human Resources for Health (Human Resources for Health)* (letnik 22, številka 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>
28. 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 (Avtentično vodenje, neželeni dogodki pri pacientih, ocenjeni s strani medicinskih sester, in kakovost oskrbe): The mediating role of nurses' safety actions: The mediating role of nurses' safety actions. In *Journal of Nursing Management* (letnik 29, številka 7, str. 2152). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13356>
29. Lark, M. E., Kirkpatrick, K. in Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement (Gibanje za varnost pacientov): [Review of Patient Safety Movement: History and Future Directions]: Zgodovina in prihodnje usmeritve [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>
30. Leonard, M. (2004). Človeški dejavnik: ključni pomen učinkovitega timskega dela in komunikacije pri zagotavljanju varne oskrbe. In *BMJ Quality & Safety* (Vol. 13). BMJ. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
31. Lievens, I., & Vlerick, P. (2013). Transformacijsko vodenje in varnostna učinkovitost pri medicinskih sestrah: posredniška vloga z znanjem povezanih značilnosti dela. In *Journal of Advanced Nursing* (letnik 70, številka 3, str. 651). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12229>
32. Maamoun, J. (2009). Uvod v varnost pacientov. In *Journal of medical imaging and radiation sciences* (letnik 40, številka 3, str. 123). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2009.06.002>
33. Malinowska-Lipień, I., Micek, A., Gabryś, T., Kózka, M., Gajda, K., Gniadek, A., Brzostek, T., Fletcher, J., & Squires, A. (2021). Vpliv delovnega okolja medicinskih sester na varnost pacientov. *Research Square* (Raziskovalni kvadrat). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-293880/v1>

34. McFadden, K. L., Henagan, S. C., & Gowen, C. R. (2009). Veriga varnosti pacientov: (2009): Vpliv transformacijskega vodenja na kulturo varnosti pacientov, pobude in izide. *Journal of Operations Management*, 27(5), 390. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2009.01.001>
35. Moura, A. A. de, Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Dessotte, C. A. M., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2020). Vodenje in zadovoljstvo pri delu v kontekstu mobilne službe nujne medicinske pomoči. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 28). University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3455.3260>
36. mousavi, E., & Imani, B. (2020). Patient Safety Culture and Spiritual Health in the Operating Room (Kultura varnosti pacientov in duhovno zdravje v operacijski sobi): A Qualitative Study (Kvalitativna študija). In *Research Square* (Raziskovalni kvadrat). Research Square (Združene države Amerike). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-27496/v1>
37. O'Daniel, M. in Rosenstein, A. H. (2008). Profesionalno komuniciranje in skupinsko sodelovanje.
38. Pattali, S., Sankar, J. P., Qahtani, H. A., Menon, N. in Faizal, S. (2024). Effect of leadership styles on turnover intention among staff nurses in private hospitals: the moderating effect of perceived organizational support (Vpliv stilov vodenja na namero fluktuacije med medicinskimi sestrami v zasebnih bolnišnicah: zmerni učinek zaznane organizacijske podpore). In *BMC Health Services Research* (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10674-0>
39. Ree, E., & Wiig, S. (2019). Povezovanje transformacijskega vodenja, kulture varnosti pacientov in delovne zavzetosti v storitvah oskrbe na domu. *Nursing Open*, 7(1), 256. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>
40. Reinhardt, A. C., Leon, T. G. in Summers, L. (2022). Transformacijski vodja v praksi zdravstvene nege - pristop za ohranjanje zaposlenih v zdravstveni negi. In *Administrative Issues Journal Education Practice and Research* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.5929/2022.12.1.1>
41. Rich, S. (2008). Kako človeški dejavniki vodijo do neželenih dogodkov pri medicinskih pripomočkih. *Nursing*, 38(6), 62. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000320363.32444.d8>
42. Schwartz, D. B., Spencer, T., Wilson, B. in Wood, K. (2011). Transformativno vodenje: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation: 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>
43. Shostek, K. (2007). Razvijanje kulture varnosti v ambulantnih ustanovah. V reviji *Journal of Ambulatory Care Management* (letnik 30, številka 2, str. 105). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.jac.0000264598.34876.b5>
44. Smith, A. (2017). Trgovanje s predpisanimi razmerji za sodelovanje. In *Nursing Management* (Vol. 48, Issue 11, p. 38). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000526068.32888.4b>
45. Smith, M. A. (2011). Ali ste transformacijski vodja? In *Nursing Management* (Vol. 42, Issue 9, p. 44). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.numa.0000403279.04379.6a>
46. Stein, J. E., & Heiss, K. F. (2015). Model švicarskega sira za pojav neželenih dogodkov - zapiranje lukenj. In *Seminars in Pediatric Surgery* (Vol. 24, Issue 6, p. 278). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.003>

47. Bistvena vloga vodstva pri razvoju kulture varnosti. (2017). V PubMed (številka 57, str. 1). National Institutes of Health (Nacionalni inštituti za zdravje). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28353329>
48. Thompson, E. M. (2011). Opredelitev kulture varnosti. In OR nurse (Vol. 5, Issue 1, p. 3). <https://doi.org/10.1097/01.orn.0000390911.73366.72>
49. Titi, M. A., Baksh, M. M., Zubairi, B., Abdalla, R. A. M., Alsaif, F. A., Amer, Y. S., Jamal, D. in El-Jardali, F. (2021). Ostati pred krivuljo: Vključevanje v sistem za preprečevanje in obvladovanje sprememb in ohranjanje dosežkov na področju kulture varnosti pacientov - študija z mešanimi metodami. In BMJ Open (Vol. 11, Issue 3). BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044116>
50. Tran, L. H., Thanh, P. Q., Nguyen, D. H., Tran, T. N. H. in Ha, B. T. T. T. (2021). Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam (Ocena kulture varnosti pacientov v javni splošni bolnišnici v glavnem mestu Vietnama). In Health Services Insights (Vol. 14) (Pogledi na zdravstvene storitve). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/11786329211036313>
51. Tsapnidou, E., Kelesi, M., Rovithis, M., Katharakis, G., Gerogianni, G., Dafogianni, C., Toylia, G., Fasoi, G., & Stavropoulou, A. (2024). Transformational Leadership-Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations (Transformacijsko vodenje - kakovostni dosežki in koristi za zdravstvene organizacije): A Scoping Review [Pregled transformacijskega vodenja: kakovostni dosežki in koristi za zdravstvene organizacije: A Scoping Review]. Hospitals, 1(1), 87. Multidisciplinarni inštitut za digitalno založništvo. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010008>
52. Valle, R. B. L. R. do, Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H. in Gasparino, R. C. (2021). The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review [Pregled razmerja med avtentičnim vodenjem medicinskih sester in strukturnim opolnomočenjem: sistematični pregled]. Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 55. University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029003667>
53. Wakefield, M. (2008). The Quality Chasm Series (Serija o prepadu kakovosti): Implications for Nursing. <https://europepmc.org/article/MED/21328776>
54. Walker, J. (2001). Razvoj modela skupnega vodenja na ravni enote. In The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing (letnik 15, številka 1, str. 26). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00005237-200106000-00005>
55. West, M. (2013). Ustvarjanje kulture visokokakovostne oskrbe v zdravstvenih storitvah. In Global Economics and Management Review (letnik 18, številka 2, str. 40). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s2340-1540\(13\)70007-0](https://doi.org/10.1016/s2340-1540(13)70007-0)
56. Whittington, R., Piotrowski, M. M., Angood, P., Griswold, P., Saint, S. in Shojania, K. G. (2009). Nacionalni cilji za varnost pacientov. In Journal of PeriAnesthesia Nursing (Vol. 24, Issue 3). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.05.071>
57. Zhang, L., & Lu, C. (2018). Kako vodenje v organizaciji vpliva na kakovost storitev. In MOJ Gerontology & Geriatrics (Vol. 3, Issue 2). MedCrave Group. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00113>

**KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – BOLNIŠNICE
(MEORL 51)**



ALMA MATER
— PRESS —