



ALMA MATER
EUROPAEA
UNIVERZA

KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – DOMOVI STAREJŠIH OBČANOV

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



ALMA MATER
— PRESS —

Kultura varnosti pacientov

Domovi starejših občanov

Patient safety culture – Nursing homes

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

Maribor, Trebnje, 2025

Naslov: **Kultura varnosti pacientov- Domovi starejših občanov**
Patient safety culture – Nursing homes

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

Znanstvena monografija

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

Leto izdaje: 2025

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

Zbirka: Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL), serijska št. 53

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

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

Ključne besede: kultura varnosti, pacienti, aktuarska matematika.

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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.253:364-54-053.9(0.034.2)

KULTURA varnosti pacientov [Elektronski vir] = Kultura varnosti pacientov : domovi starejših občanov = nursing homes : [znanstvena monografija] / David Bogataj ... [idr.]. - E-knjiga. - Maribor : Univerza Alma Mater Europaea, Alma Mater Press ; Trebnje : Zavod INRISK, 2025. - (Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL) ; serijska št. 53)

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

ISBN 978-961-7183-70-2 (PDF)
COBISS.SI-ID 231320067

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

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

KAZALO VSEBINE

Povzetek	3
1 SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH.....	3
1.1 Uvod.....	3
1.2 Opredelitev kulture varnosti pacientov v socialnovarstvenih zavodih	4
1.2.1 Iz mednarodnih dokumentov	4
1.2.2 Iz znanstvene literature	6
1.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za stanovalce socialnovarstvenih zavodov	14
1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti stanovalcev socialnovarstvenih zavodov	15
1.5 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu...	17
1.6 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v socialnovarstvenih zavodih	19
1.7 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v osnovnem zdravstvu	20
1.8 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti stanovalcev socialnovarstvenih zavodov	22
1.9 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti socialnovarstvenih zavodov	23
1.10 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo.....	24
1.10.1 Uvod.....	24
1.10.2 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	26
1.10.3 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	27
Razvrstitev glede na vrsto	27
Razvrstitev po ciljnih področjih	27
1.10.4 Druge ustrezne kategorizacije - Primeri posebnih instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov	28
Ankete.....	28
Kontrolni sezname	29
1.10.5 Orodja za opazovanje.....	29

1.11	Razvoj, potrjevanje in zanesljivost	30
1.11.1	Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS)	30
1.11.2	Kontrolni sezname (s poudarkom na kontrolnem seznamu SZO za varnost v kirurgiji)	31
1.11.3	Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)	32
1.12	Prednosti in omejitve različnih instrumentov	32
1.12.1	Ankete	32
1.12.2	Kontrolni sezname	33
1.12.3	Orodja za opazovanje	34
1.12.4	Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj	34
1.13	Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva	36
1.14	Priporočila	37
2	TESTIRANJE RAZLIK V PORAZDELITVAH	39
3	VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI	48
	Vprašanja zaposlenim	48
	Čiščenje podatkov	52
	Konsistentnost odgovorov vprašalnika za SVZ-je	52
	Končna stopnja odgovorov	52
	Odprta vprašanja/komentarji	Napaka! Zaznamek ni definiran.
4	STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH	53
	Statistika odgovorov iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka oziroma enote po Likertovi lestvici	53
	Statistika odgovorov iz sekcije B: Ocena trditev o dokumentiranju napak	95
	Statistika odgovorov iz sekcije C: Skupna subjektivna ocene varnosti oskrbovancev	98
5	ZGORNJA MEJA Odstotka negativnih ocen v vseh anketnih vprašanjih vsem zaposlenim v SVZ Slovenije	101
6	TESTIRANJE RAZLIK MED JAVNIM IN ZASEBNIM V SVZ	105
7	SKLEP	107
8	POVZETEK MNENJA RECENZENTOV	110
	LITERATURA	112
	Temeljni viri	112
	Druge reference	120

KAZALO GRAFOV

- Graf 1: Poklici po pediatričnih ambulantah..... **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 2: Poklici po splošnih ambulantah. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 3: Poklici po ginekološko-porodniških ambulantah. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 4: Poklici po zobozdravstvenih ambulantah..... **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 5: Drugi poklici po vseh ambulantah. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 1 - A1: Q7aa - Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 2 - A2: Q7ab - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 3 - A3: Q7ac - V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najboljše za pacienta)..... **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 4 - A4: Q7ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 5 - A5: Q7ae - Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 6 - A6: Q7af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 7 - A7: Q7ag - Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 8 - A8: Q7ah - Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 9 - A9: Q7ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem okolju. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 10 - A10: Q7aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 11 - A11: Q7ak - V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 12 - A12: Q7al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 13 - A13: Q7am - Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 14 - A14: Q7an - Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 15 - A16: Q7ap - Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 16 - A17: Q7aq - To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 17 - A18: Q7ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 18 - A19: Q7as - Morala je v tem delovnem okolju visoka.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 19 - A20: Q7at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 20 - A21: Q7au - Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 21 - A22: Q7av - Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 22 - A23: Q7aw - Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj). **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 23 - A24: Q7ax - Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 24 - A25: Q7ay - Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 25 - A26: Q7az - Vodstvo dobro opravlja svoje delo..... **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 26 - A27: Q7ba - Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebo.**Napaka! Zaznamek ni definiran.**

- Graf 27 - A28: Q7bb - Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 28 - A29: Q7bc - Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 29 - A30: Q7bd - V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 30 - A31: Q7be - Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 31 - A32: Q7bf - Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 32 - A33: Q7bg - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 33 - A34: Q7bh - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 34 - A35: Q7bi - V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 35 - A36: Q7bj - Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi, so pogoste. **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 36 - B1: Q8a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate? **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 37 - B2: Q8b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate? **Napaka! Zaznamek ni definiran.**
- Graf 38 - C1: Q9a - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši ordinaciji **Napaka! Zaznamek ni definiran.**

KAZALO TABEL

Tabela 1: Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij	5
Tabela 2: Ključni elementi/razsežnosti kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu in njihov opis 16	
Tabela 3: Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu	18
Tabela 4: Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu ...	21
Tabela 5: (2.1- 8.1) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aa do Q7bd in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	39
Tabela 6: (2.2 - 8.2) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ae - Q7aj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	40
Tabela 7: (2.3 - 8.3) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ak - Q7ap in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	41
Tabela 8: (2.4 - 8.4) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aq - Q7av in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	42
Tabela 9: (2.5 - 8.5) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aw - Q7bb in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	43
Tabela 10: (2.6 - 8.6) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bc - Q7bh in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	44
Tabela 11: (2.7- 8.7) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bi - Q7bj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve	45
Tabela 12: (2.8 - 9.1) Seznam najbolj kritičnih stanj po trditvah in vrstah ambulant	45
Tabela 13: (2.9 - 9.2: Med pediatrično, splošno in zobozdravstveno ambulantno hi-kvadrat test ne pokaže značilnih razlik v porazdelitvi tedaj, ko gre za visoko kritične ocene varnosti pacientov (ne upoštevajoč ostale)	46
Tabela 14: Vprašanja skupine Q5 anketirancem - trditve zaposlenim SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH o odnosu do varnosti oskrbovancev v socialno varstvenih zavodih	48
Tabela 15: Skupina vprašanj Q6 - RAZDELEK B: Dokumentiranje napak	49
Tabela 16: Q7 RAZDELEK C: Vseobsegajoča ocena varnosti oskrbovancev	50

Tabela 17: Struktura ustanov v katerih so zaposleni anketiranci	50
Tabela 18: Poklicni položaj anketirancev v socialno varstvenem zavodu.....	50
Tabela 19: Skupine delovnih mest v uvrstitvi pod »drugo«	51
Tabela 20: Informacije o delovni dobi v SVZ-ju in na delovnem mestu	51
Tabela 21: Q9 - Delovna obremenitev anketirancev v SVZ-ju	51
Tabela 22: Q10 – Neposredni kontakt anketirancev s stanovalci v SVZ-ju	52
Tabela 23: Ocene trditev Q5aa-Q5ah – Ocene okolja v SVZ	53
Tabela 24: Deleži pozitivnih in negativnih ocen trditev Q5aa-Q5ah – Ocene delovnega okolja v SVZ ...	54
Tabela 25: Q5aa - Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet (Št.)	55
Tabela 26: Q5aa - Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet (%)	55
Tabela 27: V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev (Št.)	56
Tabela 28: V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev (%)	56
Tabela 29: Q5ac - V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (Št.)	57
Tabela 30: Q5ac - V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (%)	57
Tabela 31: Q5ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev (Št.)	58
Tabela 32: Q5ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev (%)	58
Tabela 33: Q5ae - Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo (Št.).....	59
Tabela 34: Q5ae - Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo (%).....	59
Tabela 35: Q5af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim (Št.).....	60
Tabela 36: Q5af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim (%).....	60
Tabela 37: Q5ag - Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno (Št.)	61
Tabela 38: Q5ag - Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno (%)	61
Tabela 39: Q5ah - Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo (Št.).....	62
Tabela 40: Q5ah - Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo (%).....	62
Tabela 41: Q5ai-Q5at – Ocene okolja in jaz v SVZ	63
Tabela 42: Q5ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev (Št.)	64
Tabela 43: Q5ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev (%)	64
Tabela 44: Q5aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije (Št.)	65
Tabela 45: Q5aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije (%)	65
Tabela 46: Q5ak - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah (Št.)	66
Tabela 47: Q5ak - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah (%)	66
Tabela 48: Q5al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev (Št.)	67
Tabela 49: Q5al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev (%)	67

Povzetek

Namen raziskave je bil razviti instrument v obliki vprašalnika za merjenje zaznavanja kulture varnosti v domovih starejših občanov 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 socialnovarstvenim zavodom prepoznati prednosti, slabosti in vrzeli 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 socialno varstvenih zavodih na temelju anket z zaprtim vprašalnikom in dodatkom odprtih vsebin izvedli statistiko porazdelitev ocen situacij, ki lahko pripeljejo do neželenih dogodkov. Za testiranje odstotka negativnih ocen ter razlik v teh odstotkih med vrstami institucij 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 institucijah socialnega varstva določen z Z+4 testom pri tveganju $\alpha=0,025$ za socialno varstvene zavode 3,7%. Poglobljene študije so v prilogah 1-10, ki se obvezno berejo skupaj s poročilom. 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.

Abstract

The purpose of the study was to develop a questionnaire-based instrument for measuring the perception of safety culture in residential care homes for older adults, with the aim of improving patient safety by reducing preventable adverse events that occur while patients are in contact with the healthcare system. Measuring perceptions of patient safety culture is essential, as it helps social care institutions identify strengths, weaknesses, and gaps in their practices, and supports the identification of areas in need of improvement.

We designed surveys using a Likert scale (five response options plus a “no answer” option) to assess agreement with statements and questions across selected institutions. Using a cross-sectional study based on these closed-ended questionnaires, supplemented by open-ended responses, we conducted statistical analyses of how staff evaluated situations that may lead to adverse events. To test the percentage of negative assessments and to examine differences in these percentages between types of institutions, we primarily applied the chi-square test and the Agresti–Caffo Z+4 test.

Statistical analysis showed that the critical upper threshold for the percentage of negative evaluations of safety culture among employees in Slovene social care institutions, based on the Z+4 test at a risk level of $\alpha = 0.025$, is 3.7%. In-depth studies are presented in Appendices 1–10, which should be read together with the report. A more detailed analysis and comparison across different types of institutions reveals that staffing shortages are particularly concerning in all settings, as insufficient personnel lead to excessive workloads, worker fatigue, and continuous safety risks for patients.

Introducing the proposed surveys as a mandatory tool throughout institutions in the Slovenian healthcare network would help strengthen patient safety culture at both local and national levels.

1 SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH

1.1 Uvod

Varnost pacientov je temelj visokokakovostnega zdravstvenega varstva in zahteva nenehno pozornost na vseh področjih medicine in v vseh okoljih, vključno s kritičnim področjem zagotavljanja zdravstvenih storitev ter storitev zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodov. 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. 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.

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. 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. 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 socialnovarstvenih zavodih. Primarno zdravstveno varstvo je začetna in najpogostejša točka stika za posameznike, ki iščejo zdravstveno oskrbo, in obsega širok spekter storitev, namenjenih krepitevi zdravja, preprečevanju bolezni in obvladovanju različnih zdravstvenih stanj. Glede na velik obseg in raznolikost interakcij s pacienti v socialnovarstvenih zavodih je spodbujanje močne kulture varnosti na tem področju izrednega pomena. Na učinkovitost celotnega socialnovarstvenega sistema lahko pomembno vplivata varnost in kakovost oskrbe. Zato je celovito razumevanje kulture varnosti pacientov v tem kontekstu bistvenega pomena tako za zdravstvene delavce, raziskovalce kot tudi za oblikovalce politik. Namen te monografije je zagotoviti poglobljeno, z dokazi podprto raziskovanje te ključne teme.

1.2 Opredelitev kulture varnosti pacientov v socialnovarstvenih zavodih

1.2.1 Iz mednarodnih dokumentov

Koncept kulture varnosti pacientov se v najširšem smislu nanaša na obseg, v katerem vrednote in norme organizacije podpirajo varnost pacientov in ji dajejo prednost. Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ), vodilna avtoriteta na tem področju, opredeljuje kulturo varnosti pacientov kot skupne vrednote, prepričanja in norme zdravstvenih delavcev in drugega osebja v celotni organizaciji, ki vplivajo na njihova dejanja in vedenje v zvezi z varnostjo pacientov. Ta opredelitev poudarja, da varnost pacientov ni le niz protokolov ali postopkov, ampak je globoko vgrajena v organizacijsko etiko. AHRQ nadalje pojasnjuje, da lahko kulturo varnosti pacientov ocenimo z določanjem vrednot, prepričanj, norm in vedenja, povezanih z varnostjo pacientov, ki so v organizaciji nagrajeni, podprti, pričakovani in sprejeti. 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, vendar poudarja oblikovanje kulture, procesov, postopkov, vedenja, tehnologij in okolja, ki dosledno zmanjšujejo tveganja in škodo, 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. 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. 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. 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. To poudarja razumevanje, da so temeljna načela kulture varnosti pacientov sicer univerzalna, vendar lahko njihova manifestacija in

merjenje v primarnem zdravstvenem varstvu v primerjavi z drugimi zdravstvenimi okolji, kot so bolnišnice, zahtevata orodja in pristope, ki so specifični za določen kontekst.

Tabela 1: Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij

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

Pomembno je tudi razlikovati med varnostno kulturo in varnostno klimo. 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. 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. 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. Za trajno izboljšanje varnosti pacientov je treba obravnavati tako neposredne zaznave kot globlje zakoreninjene kulturne norme.

Ključni vidik spodbujanja pozitivne kulture varnosti pacientov je vzpostavitev "kulture pravičnosti". Ta pristop priznava, da so napake v zdravstvu pogosto posledica zapletenih sistemskih napak in ne izključno malomarnosti posameznikov. Cilj kulture pravičnosti je ustvariti okolje, v katerem se zdravstveni delavci počutijo varne pri poročanju o napakah, skorajšnjih napakah in varnostnih težavah brez strahu pred kaznovanjem. Priznava, da je učenje iz napak bistveno za preprečevanje škode v prihodnosti in izboljšanje varnosti pacientov. Vendar pa pravična kultura poudarja tudi odgovornost in razlikuje med različnimi vrstami

vedenja, ki prispevajo k napakam: Človeške napake, kot so spodrsaljaji ali nenamerne napake, se obravnavajo z izboljšavami sistema in usposabljanjem. Tvegano vedenje, ki vključuje bližnjice ali odstopanje od varnih praks, se obvladuje s treningom in spreminjanjem vedenja. Brezobzirno vedenje, ki vključuje zavestno neupoštevanje varnostnih protokolov, je lahko razlog za disciplinski ukrep. S spodbujanjem ravnovesja med odgovornostjo in ne kaznovalnim pristopom k poročanju o napakah pravična kultura spodbuja preglednost in olajšuje organizacijsko učenje, kar je bistvenega pomena za izboljšanje varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu.

1.2.2 Iz znanstvene literature

Celovit pregled obstoječe znanstvene literature o kulturi varnosti pacientov 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.⁸⁸ 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. 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 ne kaznovalni odziv na napake in kadrovska zasedba pogosto opredeljena kot slabosti s splošno nizko pozitivno percepcijo. Podobno je bilo pri pregledu zaznav zdravstvenih delavcev v bolnišnicah v ZDA ugotovljeno, da je timsko delo v enotah najbolje ocenjena razsežnost, ne kaznovalni odziv na napake in predaja/prehodi pa najslabše, kar kaže na potrebo po izboljšavah na več področjih. Raziskave v državah v razvoju kažejo na slabo ozaveščenost o kulturi varnosti pacientov, vendar kažejo, da izboljšave kulture vodijo k boljšim izidom za paciente. 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.

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, med-poklicno 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 in 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 socialnovarstvenih zavodov 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 opremito 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 in Kobus, 2000).

Timsko delo in komunikacija sta bistvenega pomena za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih, 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 in 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 socialnovarstvenih zavodih 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 tinskemu 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 in 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 osebe 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 in 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 in 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 timskega delu, komunikaciji in sodelovanju med zdravstvenimi delavci. Kadar se v delovnih

okoljih dosledno obravnavajo vprašanja varnosti pacientov, lahko vodstvo pozitivno vpliva na učinkovitost in ozaveščenost osebja ter poveča vključenost v izboljšanje kakovosti in varnosti oskrbe (Malinowska-Lipień idr., 2021). Vodje medicinskih sester lahko zaposlene tudi zadržijo, saj spodbujajo zdravo delovno okolje, ki daje kakovostne rezultate za paciente in medicinske sestre (Brakovich in 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 socialnovarstvenih zavodih 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.

1.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za stanovalce socialnovarstvenih zavodov

Trdna kultura varnosti pacientov ima ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov, ki jih doživljajo stanovalci socialnovarstvenih zavodov. 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 socialnovarstvenih zavodih. V bolnišničnem okolju je močna varnostna kultura povezana z zmanjšanjem neželenih dogodkov, kot so razjede zaradi pritiska, padci in okužbe. V socialnovarstvenih zavodih kultura varnosti prispeva k zmanjšanju diagnostičnih napak, napak pri zdravljenju z zdravili in neoptimalnega zdravljenja kroničnih bolezni, kar na koncu vodi k boljšemu zdravju in počutju stanovalcev. Poleg tega stanovalci poročajo o bolj pozitivnih izkušnjah in večjem zadovoljstvu z oskrbo, kadar v socialnovarstveni organizaciji zaznavajo velik poudarek na varnosti. To poudarja, da zavezanost varnosti ne izboljšuje le kliničnih rezultatov, temveč izboljšuje tudi splošno izkušnjo pacientov in krepi zaupanje v izvajalce socialnega varstva.

Poleg neposrednih rezultatov za paciente je pozitivna varnostna kultura sestavni del širšega izboljšanja kakovosti zdravstvenega varstva. Spodbuja proaktiven pristop k prepoznavanju in zmanjševanju tveganj, kar omogoča, da socialnovarstvena dejavnost predvidi in prepreči morebitna varnostna tveganja, preden povzročijo škodo. Kultura, ki ceni odprto komunikacijo, spodbuja poročanje o napakah in skorajšnjih napakah ter spodbuja okolje brez kaznovanja, olajšuje organizacijsko učenje in nenehne izboljšave. Z obravnavanjem napak kot priložnosti za učenje in izpopolnjevanje sistema, ne pa kot posameznih napak, lahko prakse socialnega varstva izvajajo z dokazi podprte spremembe in optimizirajo svoje procese za zagotavljanje varnejše in učinkovitejše oskrbe. Ta zavezanost k nenehnemu učenju in izboljšanju 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 socialnovarstvenih zavodih. 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. To pa lahko vodi k večjemu zadovoljstvu pri delu, boljšemu ohranjanju zaposlenih ter stabilnejši in bolj zavzeti delovni sili. 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 osebjem.

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. Finančno breme zdravstvenih napak za zdravstveni sistem je veliko, 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 socialnovarstvene zavode ne le etično nujno, temveč tudi ekonomsko upravičeno.

1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti stanovalcev socialnovarstvenih zavodov

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.

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

Odločilnega pomena sta tudi **timsko delo in sodelovanje**, zlasti v pogosto multidisciplinarnem okolju primarnega zdravstvenega varstva. 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. Osebe se mora počutiti udobno, ko govori o morebitnih varnostnih tveganjih, napakah in skorajšnjih nesrečah brez strahu pred kaznovanjem. 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. Čeprav je odgovornost za nepremišljeno ravnanje še vedno pomembna, osredotočenost na učenje iz napak in ne na pripisovanje krivde spodbuja osebje k odkritemu poročanju o napakah, kar je bistvenega pomena za izboljšanje celotnega sistema.

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

Tabela 2: Ključni elementi/razsežnosti kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu in njihov opis

Element/razsežnost	Opis
Zavezanost in podpora vodstva	Aktivno dokazovanje, da vodje dajejo prednost varnosti z ukrepi, dodeljevanjem virov in komunikacijo.
Timsko delo in sodelovanje	Učinkovita komunikacija in sodelovanje med vsemi člani ekipe za osnovno zdravstveno varstvo.
Odprta komunikacija in povratne informacije	Okolje, v katerem osebje brez strahu govori o varnostnih težavah, napakah in skorajšnjih nesrečah.
Učenje iz napak in nenehno izboljševanje	obravnavanje napak kot priložnosti za učenje in izboljšanje sistema s poročanjem in analizo.
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.
Opolnomočenje in sodelovanje osebja	vklučevanje vseh zaposlenih v varnostne pobude in procese odločanja.
Vključevanje bolnikov in družin	Aktivno vključevanje bolnikov in njihovih družin v njihovo lastno varnost s komunikacijo in povratnimi informacijami.
Delovni pritisk in tempo	Prepoznavanje in obravnavanje vpliva delovne obremenitve, osebja in časovnih omejitev na varnost.

Vedno večje priznavanje pomena **vklučevanja bolnikov in družin** v lastno varnost je še en ključni vidik pozitivne varnostne kulture. Praksa socialnovarstvenih zavodov 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. Velike delovne obremenitve, neustrezna raven osebja in prevelike časovne omejitve lahko negativno vplivajo na dobro počutje osebja in povečajo tveganje za napake. Obravnava teh dejavnikov je ključna za spodbujanje okolja, v katerem je varnost lahko prednostna naloga.

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

Ocenjevanje kulture varnosti pacientov je ključni začetni korak za socialnovarstveni zavod, ki želi izboljšati varnost in kakovost oskrbe, ki jo zagotavlja. 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. 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 socialnovarstvene zavode. 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. AHRQ zagotavlja tudi primerjalne podatke, s katerimi lahko socialnovarstveni zavodi primerjajo svoje rezultate z nacionalnimi povprečji in ugotovijo, na katerih področjih so morda uspešne ali jih je treba izboljšati.

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). SAQ ocenjuje različne vidike varnostne kulture, vključno s klimo za timsko delo, varnostno klimo, dožemanjem vodstva, delovnimi pogoji, zadovoljstvom pri delu in prepoznavanjem stresa. Izbor ocenjevalnega orodja mora temeljiti na specifičnih ciljih prakse socialnega varstva in dimenzijah varnostne kulture, ki jo želijo oceniti.

Poleg kvantitativnih raziskav lahko tudi kvalitativne metode ocenjevanja zagotovijo dragocen dopolnilni vpogled v kulturo varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu. 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. 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. V manjših praksah lahko sama anketa celo služi kot katalizator za odprte razprave o varnosti pacientov med timom. 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.

Tabela 3: Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

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

1.6 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v socialnovarstvenih zavodih

Na razvoj in vzdrževanje pozitivne kulture varnosti pacientov v socialnovarstvenih zavodih vpliva zapleteno prepletanje različnih organizacijskih, medosebnih in zunanjih dejavnikov. Razumevanje teh dejavnikov je ključnega pomena za prakse socialnega varstva, ki želijo ustvariti varnejše okolje za svoje stanovalce.

Pomembno vlogo imajo **organizacijska struktura in značilnosti** socialnovarstvenih zavodov: velikost zavoda, 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. 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. 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. 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. 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. Stalno usposabljanje o načelih varnosti pacientov, postopkih poročanja o napakah, timskem 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 socialnovarstvenem zavodu**, njena sposobnost učenja iz preteklih izkušenj, vključno z napakami in skorajšnjimi napakami, ter izvajanje sprememb na podlagi tega učenja. 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 socialnovarstvenih zavodih lahko vplivajo tudi **zunanjí dejavniki**, kot so regulativne zahteve, akreditacijski standardi in strokovne smernice. Ti zunanji pritiski lahko zagotovijo okvir in motivacijo za prakse, da dajo prednost varnosti in izvajajo posebne varnostne ukrepe, čeprav resnično uveljavljena kultura varnosti presega zgolj skladnost in odraža resnično notranjo zavezanost.

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

Vzgoja trdne kulture varnosti v osnovnem zdravstvenem varstvu zahteva večplasten pristop, ki vključuje izvajanje z dokazi podprtih strategij in intervencij, usmerjenih v prej obravnavane ključne elemente in vplivne dejavnike. 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. Ta vidna zavzetost spodbuja bolj proaktivno kulturo varnosti.

Izvajanje **programov usposabljanja za timsko delo** in simulacijskih vaj lahko izboljša komunikacijo in sodelovanje med člani tima. Ti programi se lahko osredotočijo na izboljšanje bistvenih veščin timskega dela, kar vodi v učinkovitejše usklajevanje in varnejšo oskrbo stanovalcev socialnovarstvenih zavodov.

Vzpostavitev in nenehno izboljševanje **sistemov poročanja o incidentih** je ključnega pomena za zajemanje informacij o napakah in skorajšnjih nesrečah v socialnovarstvenih zavodih. 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.

Uporaba **podatkov o oceni kulture varnosti**, kot so rezultati raziskav AHRQ SOPS, je bistvenega pomena za opredelitev posebnih močnih in šibkih področij v praksi socialnovarstvenih storitev. 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 socialnovarstvenih zavodov. To lahko vključuje kontrolne seznime za pogoste postopke, usklajevanje zdravil in predajo bolnika. Aktivno **vklučevanje bolnikov in družin** v njihovo varnost z zagotavljanjem jasnih informacij, spodbujanjem vprašanj in vključevanjem njihovih povratnih informacij lahko pomembno prispeva k varnejšemu okolju socialnovarstvenih zavodov.

Tabela 4: Z dokazi podprte strategije za izboljšanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

Strategija/intervencija	Opis	Potencialni učinek
Vodstveni sprehodi	Vodje redno sodelujejo z osebjem, ki dela na terenu, in se pogovarjajo o varnostnih vprašanjih ter opazujejo prakse.	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.	Izboljšana komunikacija, usklajevanje in skupno odločanje.
Sistemi za poročanje o incidentih	Uporabniku prijazni in zaupni sistemi za poročanje o napakah in skorajšnjih napakah.	prepoznavanje sistemskih vprašanj, priložnosti za učenje in izboljšave.
Varnostni sestanki	Redni kratki sestanki za razpravo o morebitnih varnostnih vprašanjih in usklajevanje prednostnih nalog.	Okrepljena komunikacija, proaktivno prepoznavanje tveganj.
Uporaba podatkov o ocenjevanju	uporaba rezultatov raziskav o kulturi varnosti za opredelitev področij za izboljšanje in prilagoditev ukrepov.	Ciljno usmerjena prizadevanja za izboljšanje, spremljanje napredka v daljšem časovnem obdobju.

Strategija/intervencija	Opis	Potencialni učinek
Kontrolni sezname in standardizirani protokoli	izvajanje kontrolnih seznamov in standardiziranih postopkov za ključne naloge.	Zmanjšanje števila napak, večja doslednost pri zagotavljanju oskrbe.
Vključevanje bolnikov in družin	Strategije za vključevanje bolnikov in družin v njihovo oskrbo za večjo varnost.	Večja ozaveščenost bolnikov, prepoznavanje morebitnih težav.
Človeški dejavniki in ergonomija	Oblikovanje sistemov in delovnih prostorov, ki so uporabniku prijazni in zmanjšujejo tveganje napak.	Manj napak, večja varnost osebja in bolnikov.

Če se pri načrtovanju sistemov in procesov socialnovarstvenih storitev osredotočimo **na človeške dejavnike in ergonomijo**, lahko zmanjšamo tveganje napak z ustvarjanjem varnejšega in uporabniku prijaznejšega okolja tako za osebje kot za paciente.

1.8 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti stanovalcev socialnovarstvenih zavodov

Kljub priznanemu pomenu kulture varnosti pacientov se v socialnovarstveni 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. 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 socialnovarstvene zavode**. 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**. 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 socialnovarstvenih zavodih lahko ovirajo odprto komunikacijo in poročanje o napakah. 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. 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. 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. Začetno navdušenje lahko upade, pojavijo pa se lahko druge prednostne naloge. Za dolgoročni uspeh sta ključna vključevanje varnostnih načel v vsakodnevno rutino in nenehno poudarjanje njihovega pomena.

1.9 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti socialnovarstvenih zavodov

Področje kulture varnosti v socialnovarstvenih zavodih 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 stanovalcev in družin** kot aktivnih partnerjev pri spodbujanju varnosti v socialnovarstvenih zavodih. 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. 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. 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 socialnovarstvenih zavodov.**

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. Uporaba načel **organizacij z visoko zanesljivostjo (HRO)** v okoljih socialnovarstvenih zavodov se bo verjetno še naprej raziskovala, 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 trdnjše dokaze o njenem vplivu.

1.10 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo

1.10.1 Uvod

Varnost pacientov je temeljno načelo visokokakovostnega zdravstvenega varstva, ki ga poudarjajo različne svetovne zdravstvene agende 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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 dožemanju 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 krepite varnosti pacientov in izboljšanja kakovosti oskrbe v vseh zdravstvenih ustanovah. Namen tega poročila je zagotoviti celovit pregled teh instrumentov, preučiti njihovo opredelitev, kategorizacijo, primere, razvoj, potrjevanje, zanesljivost, prednosti, omejitve, uporabo ter vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvene oskrbe.

1.10.2 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. Poleg tega lahko ti instrumenti služijo kot dragocen kognitivni pripomoček za vodje in osebje 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. 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.

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. 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. 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. 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. 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.

1.10.3 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov

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

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. 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.
- **Kontrolni seznam:** To so strukturirani seznam določenih dejanj, postopkov ali elementov, ki jih je treba preveriti ali izpolniti, da se zagotovi upoštevanje uveljavljenih varnostnih protokolov in smernic. Dobro znan primer je kontrolni seznam SZO za kirurško varnost, katerega cilj je zmanjšati število kirurških zapletov in smrtnih primerov z zagotavljanjem izvajanja bistvenih varnostnih pregledov v kritičnih fazah operacije.
- **Orodja za opazovanje:** Orodja, kot je SBAR (situacija - ozadje - ocena - priporočilo), zagotavljajo strukturiran okvir za sporočanje ključnih informacij o pacientu med opazovanjem in predajo.

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

seznamih 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.

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

1.10.4 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.

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. 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. 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.
- **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. Uporablja sistem točkovanja za oceno stopnje izvajanja in učinkovitosti različnih dejavnosti upravljanja varnosti in zdravja pri delu v bolnišnici.

Kontrolni seznam:

- **Kontrolni seznam SZO za varnost pri kirurških posegih:** Ta kontrolni seznam, ki ga je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) v okviru pobude "Varna kirurgija rešuje življenja", ki se je začela leta 2007, je sestavljen iz 19 elementov in je namenjen izboljšanju komunikacije in timskega dela v operacijski sobi ter posledično zmanjšanju števila kirurških napak. 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. 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.

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. Ta orodja poudarjajo trisopenjski pristop k obvladovanju tveganj za vezi: prvič, prepoznajte bolnike, pri katerih obstaja tveganje za namerno samopoškodovanje; drugič, zagotovite stalno vizualno opazovanje teh bolnikov, kadar koli je to izvedljivo; in tretjič, v primerih, ko stalno opazovanje ni mogoče, odstranite ali klinično ublažite vsa okoljska tveganja, ki bi jih lahko uporabili za samopoškodovanje.

1.11 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost

1.11.1 Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS)

Razvoj anket AHRQ o kulturi varnosti pacientov (SOPS) je sistematičen in ponavljajoč se proces, ki ga je Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) začela in nenehno podpirala od leta 2001. 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.

Da bi zagotovili veljavnost in zanesljivost anket SOPS, jih je treba temeljito preizkusiti in ovrednotiti. To vključuje pilotno testiranje na velikih in različnih vzorcih zdravstvenih delavcev, da bi ocenili jasnost, razumljivost in psihometrične lastnosti anketnih postavk. 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. 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. Raziskave so javno dostopne, da jih lahko zdravstvene organizacije uporabljajo brezplačno, 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.

1.11.2 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. 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. 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).

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. 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. 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. 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.

1.11.3 Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)

Razvoj orodja SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) je spodbudila nujna potreba po standardiziranem in strukturiranem komunikacijskem okviru v zdravstvu, da bi zmanjšali tveganja, povezana z neučinkovito ali nepopolno izmenjavo informacij. 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.

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

1.12 Prednosti in omejitve različnih instrumentov

1.12.1 Ankete

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

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. 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. Poleg tega lahko na reprezentativnost in splošno veljavnost zbranih podatkov vplivata tudi možnost utrujenosti zaradi anket in nizka stopnja udeležbe.

1.12.2 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. 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. 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.

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. 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. Kontrolni

seznamu 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. 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.

1.12.3 Orodja za opazovanje

Orodja za opazovanje imajo posebno prednost, saj omogočajo neposreden vpogled v dejanske klinične prakse in vedenje v realnem času, ko se pojavljajo v zdravstvenem okolju, kar omogoča takojšnje prepoznavanje morebitnih varnostnih tveganj v okolju oskrbe pacienta ali med izvajanjem oskrbe in takojšnje ukrepanje. 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. 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.

Vendar ima uporaba orodij za opazovanje tudi nekatere omejitve. Izvajanje sistematičnih opazovanj je lahko zelo zahtevno, saj pogosto zahteva posebno osebje in veliko časa. 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.

1.12.4 Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj

Raziskave o varnosti pacientov imajo ključno vlogo pri ugotavljanju morebitnih tveganj, saj ocenjujejo, kako osebje dojema različne razsežnosti kulture varnosti. Slabosti ali negativni

trendi, ki jih razkrivajo rezultati raziskav, lahko opozorijo na področja, na katerih lahko organizacijska klima prispeva k povečanim tveganjem za varnost pacientov. Z rednim izvajanjem raziskav lahko zdravstvene organizacije sčasoma učinkovito spremljajo spremembe v svoji kulturi varnosti, zlasti kot odziv na posebne ukrepe ali pobude za izboljšanje kakovosti, ki so bile izvedene. Dragoceni podatki, zbrani s temi raziskavami, lahko služijo tudi kot podlaga za procese strateškega odločanja, usmerjajo razvoj politik, dodeljevanje virov in opredelitev posebnih področij, na katerih je morda potrebno ciljno usposabljanje osebja ali dodatna podpora za izboljšanje splošne varnosti pacientov.

Kontrolni sezname se neposredno uporabljajo pri prepoznavanju tveganj, saj zagotavljajo, da zdravstveni delavci dosledno upoštevajo uveljavljene varnostne protokole in z dokazi podprte smernice, s čimer proaktivno preprečujejo napake zaradi opustitve, ki bi lahko škodovale pacientom. S sistematičnim preverjanjem kritičnih korakov v postopkih ali procesih kontrolni sezname služijo tudi za spremljanje skladnosti s temi najboljšimi praksami in lahko učinkovito opozorijo na posebna področja, kjer upoštevanje morda ni optimalno ali dosledno. 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. 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. 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. 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. Na primer, opazovanje praks dajanja zdravil lahko razkrije odstopanja od protokola, medtem ko lahko opazovanje predaj pacientov opredeli področja, na katerih bi bilo mogoče izboljšati komunikacijo.

1.13 Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva

Raziskave so dosledno pokazale pomembno povezavo med pozitivnejšimi ocenami kulture varnosti pacientov, ki se ocenjujejo z raziskavami, kot je AHRQ SOPS, in vrsto boljših izidov za paciente. Natančneje, bolnišnične enote z bolj pozitivnimi ocenami kulture varnosti so povezane z manjšo pojavnostjo bolnišničnih stanj, kot so razjede zaradi pritiska in padci pacientov 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. Nekatere študije so pokazale tudi povezavo med bolj pozitivno varnostno klimo v zdravstveni organizaciji in nižjo stopnjo ponovnih sprejemov pacientov zaradi določenih zdravstvenih stanj.

Izvajanje in dosledna uporaba kontrolnih seznamov za varnost pacientov, zlasti pri kirurških posegih, sta pokazala, da lahko bistveno izboljšata izide zdravljenja pacientov. 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. Poleg tega je bila uporaba teh kontrolnih seznamov povezana z zmanjšanjem pojavnosti okužb na kirurškem mestu, 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.

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". 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. 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.

1.14 Priporočila

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

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

Na podlagi zbranih informacij so zdravstvenim organizacijam ponujena naslednja priporočila:

1. **Sprejemanje večplastnega pristopa:** uporabite kombinacijo različnih vrst instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov, da pridobite celovito razumevanje tveganj in varnostnih praks. To vključuje uporabo anket za oceno varnostne kulture, kontrolnih seznamov za standardizacijo postopkov in orodij za opazovanje za spremljanje izvajanja oskrbe v realnem času.
2. **Izberite kontekstualno ustrezne instrumente:** izberite instrumente, ki so najprimernejši za določeno zdravstveno ustanovo, ciljne uporabnike in posebna varnostna vprašanja, ki se obravnavajo. Upoštevajte razpoložljivost podatkov o validaciji in zanesljivosti izbranih instrumentov.
3. **Zagotavljanje učinkovitega izvajanja:** zagotovite ustrezno usposabljanje in vire za osebje o tem, kako pravilno uporabljati izbrane instrumente. Spodbujajte kulturo, ki spodbuja aktivno sodelovanje in sodelovanje vseh zdravstvenih delavcev.
4. **Uporaba podatkov za ciljno usmerjene izboljšave:** redno analizirajte podatke, zbrane s temi ocenami, da ugotovite, katera področja je treba izboljšati. Na podlagi ugotovitev pripravite in izvajajte ciljno usmerjene pobude za izboljšanje kakovosti.
5. **Spremljanje in ocenjevanje učinka:** stalno spremljajte vpliv uvedenih instrumentov na izide zdravljenja in kakovost zdravstvene oskrbe. Te podatke uporabite za izpopolnjevanje strategij in zagotavljanje stalne učinkovitosti.
6. **Spodbujanje standardizacije in primerjalne analize:** če je mogoče, sprejmite standardizirane ocenjevalne instrumente, da bi olajšali primerjavo z drugimi

zdravstvenimi organizacijami in prispevali k širšemu razumevanju varnosti pacientov v celotnem zdravstvenem sistemu.

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

2 TESTIRANJE RAZLIK V PORAZDELITVAH

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

V Tabelah 6 – 12 so podane frekvence odgovorov po posameznih vrstah primarnega zdravstva, kjer smo dobili več kot 20 odgovorov, in skupaj. V prvi vrsti vsake kode je zapisana trditev in podane so frekvence znakov za vse anketirance. V zadnjem stolpcu je ocena tveganja α , ob trditvi, da obstajajo značilne razlike med skupinami navedenih vrst ambulant v Sloveniji, vključno z vrstico, kjer so navedene frekvence vseh.

Tabela 5: (2.1- 8.1) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aa do Q7bd in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

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

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

Tabela 6: (2.2 - 8.2) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ae - Q7aj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

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

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7ae - Q7aj so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez

težav vprašajo, kadar česa ne razumejo; (b) Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim; (c) Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.

Tabela 7: (2.3 - 8.3) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7ak - Q7ap in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.						
Q7ak	Ostali	144	47	37		
	Pediatrična ambulanta	148	56	67		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	102	29	40		
	Zobozdravstvena ambulanta	35	21	23	12,90571	0,045
	Vsota	429	153	167		
Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.						
Q7al	Ostali	14	35	174		
	Pediatrična ambulanta	21	41	206		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	15	32	122		
	Zobozdravstvena ambulanta	7	12	58	2,51745	0,867
vsota	Vsota	57	120	560		
Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.						
Q7am	Ostali	13	34	172		
	Pediatrična ambulanta	19	55	189		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	23	32	112		
	Zobozdravstvena ambulanta	10	15	51	12,95247	0,044
vsota	Vsota	65	136	524		
Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.						
Q7an	Ostali	15	49	154		
	Pediatrična ambulanta	34	59	175		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	28	37	102		
	Zobozdravstvena ambulanta	10	23	41	12,98532	0,043
vsota	Vsota	87	168	472		
Rad/-a imam svoje delo.						
Q7ao	Ostali	5	6	218		
	Pediatrična ambulanta	2	8	254		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	2	6	158		
	Zobozdravstvena ambulanta	0	4	73	4,437379	0,618
vsota	Vsota	9	24	703		
Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.						
Q7ap	Ostali	19	30	184		
	Pediatrična ambulanta	26	40	201		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	15	26	126		
	Zobozdravstvena ambulanta	11	18	47	9,115614	0,167
vsota	Vsota	71	114	558		

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditev o varnostnih faktorjih Q7ak - Q7ap so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o

napakah; (b) Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih; (c) Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.

Tabela 8: (2.4 - 8.4) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aq - Q7av in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

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

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri ocenjevanju trditve o varnostnih faktorjih Q7aq - Q7av so se pokazale pri naslednjih trditvah: (a) To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto; (b) Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.

Tabela 9: (2.5 - 8.5) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7aw - Q7bb in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Utrujenost poslabša moje delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).						
Q7aw	Ostali	60	44	85		
	Pediatrična ambulanta	91	49	103		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	58	24	86		
	Zobozdravstvena ambulanta	17	14	27	7,480086	0,279
vsota	Vsota	226	131	301		
Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.						
Q7ax	Ostali	39	64	117		
	Pediatrična ambulanta	53	85	129		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	29	54	83		
	Zobozdravstvena ambulanta	15	24	31	2,399667	0,880
vsota	Vsota	136	227	360		
Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.						
Q7ay	Ostali	6	25	185		
	Pediatrična ambulanta	13	39	207		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	12	22	129		
	Zobozdravstvena ambulanta	1	12	57	8,274336	0,219
vsota	Vsota	32	98	578		
Vodstvo dobro opravlja svoje delo.						
Q7az	Ostali	16	48	157		
	Pediatrična ambulanta	28	68	167		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	22	38	107		
	Zobozdravstvena ambulanta	8	17	49	5,570377	0,473
vsota	Vsota	74	171	480		
Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.						
Q7ba	Ostali	29	47	132		
	Pediatrična ambulanta	44	61	143		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	37	52	74		
	Zobozdravstvena ambulanta	13	24	29	16,86778	0,010
vsota	Vsota	123	184	378		
Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.						
Q7bb	Ostali	18	33	181		
	Pediatrična ambulanta	30	43	195		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	16	39	114		
	Zobozdravstvena ambulanta	14	18	45	16,06204	0,013
vsota	Vsota	78	133	535		

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

Tabela 10: (2.6 - 8.6) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bc - Q7bh in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.						
Q7bc	Ostali	296	135	309		
	Pediatrična ambulanta	104	58	107		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	80	21	70		
	Zobozdravstvena ambulanta	33	15	28	7,616271	0,268
vsota	Vsota	513	229	514		
V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.						
Q7bd	Ostali	70	119	547		
	Pediatrična ambulanta	25	54	187		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	19	28	120		
	Zobozdravstvena ambulanta	13	14	47	8,084087	0,232
vsota	Vsota	127	215	901		
Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.						
Q7be	Ostali	44	109	535		
	Pediatrična ambulanta	15	45	193		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	8	18	137		
	Zobozdravstvena ambulanta	7	11	55	5,741109	0,453
vsota	Vsota	74	183	920		
Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.						
Q7bf	Ostali	43	108	533		
	Pediatrična ambulanta	18	40	195		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	16	24	121		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	14	50	4,467839	0,614
vsota	Vsota	80	186	899		
V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehniki.						
Q7bg	Ostali	24	46	644		
	Pediatrična ambulanta	7	19	233		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	9	6	152		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	8	59	7,61199	0,268
vsota	Vsota	43	79	1088		
V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.						
Q7bh	Ostali	24	88	612		
	Pediatrična ambulanta	13	34	217		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	6	16	146		
	Zobozdravstvena ambulanta	3	13	57	4,918466	0,554
vsota	Vsota	46	151	1032		

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

Tabela 11: (2.7- 8.7) Frekvence odgovorov po vrstah ambulant na posamezne trditve kodirane s Q7bi - Q7bj in hi-kvadrat test razlik v porazdelitvah odgovorov na iste trditve

Koda	Vrsta ambulate	n1+n2	n3	n4+n5	hi-kvadrat	tveganje α
V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.						
Q7bi	Ostali	26	136	422		
	Pediatrična ambulanta	13	48	159		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	7	29	117		
	Zobozdravstvena ambulanta	2	15	37	3,04096	0,804
	Vsota	48	228	735		
Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.						
Q7bj	Ostali	433	156	123		
	Pediatrična ambulanta	142	60	59		
	Splošna ambulanta/družinska ambulanta	105	33	28		
	Zobozdravstvena ambulanta	46	17	8	7,768355	0,256
	Vsota	726	266	218		

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

Tabela 12: (2.8 - 9.1) Seznam najbolj kritičnih stanj po trditvah in vrstah ambulant

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

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

Če pogledamo samo strukturo za varnost pacientov negativnih ocen in nenegativnih ocen, **dobimo tabelo 3 teh struktur**. V tabeli smo z odebeljeno rdečo barvo označili vrednosti trditve, ki opozarjajo na to, da je potrebno ukrepati čimprej, saj negativne ocene presegajo 30 % mnenj anketirancev. Pri tem so se najbolj kritične pojavile trditve, ki smo jih tudi posebej nanizali v tabeli 13.

Za trditve, ki so najbolj kritične, to je Q7ab, Q7aw, Q7bc in Q7bj smo tudi preverili, ali lahko trdimo, da se ocene pri posameznih vrstah ambulant, ki smo jih posebej izpostavili (Pediatrična ambulanta, Splošna ambulanta/družinska ambulanta in Zobozdravstvena ambulanta) porazdeljujejo različno. Kot je razvidno iz χ^2 testa v tabeli 14, je tveganje ob trditvi, da se po različnih vrstah ambulant odstotek ocen nevarnosti za pacienta razlikuje značilno, celo če postavimo kritično mejo pri $\alpha=0,1$ preveliko.

Tabela 13: (2.9 - 9.2: Med pediatrično, splošno in zobozdravstveno ambulanto hi-kvadrat test ne pokaže značilnih razlik v porazdelitvi tedaj, ko gre za visoko kritične ocene varnosti pacientov (ne upoštevajoč ostale)

Št.	Koda	Trditve/vrsta ambulante	Negativne	Pozitivne	Neodločeni	Vsota	χ^2	α
2	Q7ab	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov-Vsi.	196	435	111	742	7,580	>0,1
		Pediatrična ambulanta	71	155	42	268		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	46	98	29	173		
		Zobozdravstvena ambulanta	31	32	14	77		
		Vsota(3)	148	285	85	518		
23	Q7aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj.- Vsi	226	301	131	658	4,570	>0,1
		Pediatrična ambulanta	91	103	49	243		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	58	86	24	168		
		Zobozdravstvena ambulanta	17	27	14	58		
		Vsota(3)	166	216	87	469		

Št.	Koda	Trditev/vrsta ambulante	Nega- tivne	Pozi- tivne	Neod- ločeni	Vsota	χ^2	α
29	Q7bc	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.- Vsi	296	309	135	740	6,957	>0,1
		Pediatrična ambulanta	104	107	58	269		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	80	70	21	171		
		Zobozdravstvena ambulanta	33	28	15	76		
		Vsota(3)	217	205	94	516		
36	Q7bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov so pogoste-Vsi	433	123	156	712	6,820	>0,1
		Pediatrična ambulanta	142	59	60	261		
		Splošna ambulanta/družinska ambulanta	105	28	33	166		
		Zobozdravstvena ambulanta	46	8	17	71		
		Vsota(3)	293	95	110	498		

3 VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI

3.1 Vprašanja zaposlenim

V socialno varstvene zavode (SVZ) smo poslali naslednja vprašanja (trditve), ki jih podaja tabela 14, in zaprosili za kratka opisna opažanja glede na ostale vrste vprašanj oziroma trditev:

V skupini Q5 (sekcija A) je 36 trditev, ki jih anketiranci ocenjujejo od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (zelo se strinjam) ali pa ne vedo odgovora oziroma je odgovor ne-relevanten, kot sledi:

Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem
1	2	3	4	5	6

Tabela 14: Vprašanja skupine Q5 anketirancem - trditve zaposlenim SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH o odnosu do varnosti oskrbovancev v socialno varstvenih zavodih

Številka trditve	Koda	Opis trditve
1	Q5aa	Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.
2	Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi pacientov (stanovalcev).
3	Q5ac	V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta, stanovalca)
4	Q5ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo pacientov (stanovalcev).
5	Q5ae	Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.
6	Q5af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.
7	Q5ag	Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.
8	Q5ah	Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo.
9	Q5ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov in oskrbovancev v našem zavodu.
10	Q5aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.
11	Q5ak	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.
12	Q5al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov (stanovalcev).
13	Q5am	Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.
14	Q5an	Moji predlogi glede varnosti v našem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.
15	Q5ao	Rad/-a imam svoje delo.
16	Q5ap	V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.
17	Q5aq	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.
18	Q5ar	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.
19	Q5as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.
20	Q5at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.
21	Q5au	Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.

Številka trditve	Koda	Opis trditve
22	Q5av	Obstaja verjetnost ,da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.
23	Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj pri pacientu ali stanovalcu).
24	Q5ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.
25	Q5ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov (stanovalcev).
26	Q5az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.
27	Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.
28	Q5bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.
29	Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov (stanovalcev).
30	Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.
31	Q5be	Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo pacienta (stanovalca) so mi redno na voljo.
32	Q5bf	Specializanti oz. učeče se osebje so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.
33	Q5bg	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.
34	Q5bh	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.
35	Q5bi	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem .
36	Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi pacientov (stanovalcev), so pogoste.

V skupini Q6 (sekcija B) je dvojje vprašanj (navedenih v tabeli 15), ki jih anketiranci ocenjujejo od 1 do 5, ali pa ne vedo, z naslednjim naborom možnih odgovorov:

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem
1	2	3	4	5	6

Tabela 15: Skupina vprašanj Q6 - RAZDELEK B: Dokumentiranje napak

Št. vprašanja	Koda	Opis vprašanja
1	Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
2	Q6b	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

V skupini Q7 (sekcija C) je le eno vprašanje in sicer o oceni posameznih anketirancev glede vseobsegajočih pojavih glede varnosti pacientov. Možni odgovori so bili:

Odlično	Zelo dobro	Sprejemljivo	Slabo	Izredno slabo
5	4	3	2	1

Tabela 16: Q7 RAZDELEK C: Vseobsegajoča ocena varnosti oskrbovancev

Št.	Koda	Opis naloge
1	Q7a	Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanovi.

V anketi je sodelovalo 222 delavcev v socialno varstvenih zavodih. Glede na vrsto in lastniško strukturo zavodov iz katerih so sodelujoči anketiranci velja, da so anketiranci tako iz javnih kot zasebnih domov starejših občanov in posebnih zavodov, kot to prikazuje tabela 17.

Tabela 17: Struktura ustanov v katerih so zaposleni anketiranci

Vrsta ustanove	Število	Odstotek
Dom starejših občanov - javni	112	50,5
Dom starejših občanov-koncesija	54	24,3
Dom starejših občanov-zasebni	31	14,0
Posebni zavodi-javni	22	9,9
Posebni zavodi-koncesija	3	1,4
Skupaj	222	100

Iz Tabele 17 sledi, da je skupaj odgovarjalo 222 anketirancev, od katerih je bilo več kot 50 % zaposlenih v javnih domovih starejših občanov (DSO) in drugih socialno varstvenih zavodih (SVZ), preko 24% anketirancev je bilo zaposlenih v SVZ-jih s koncesijo, 14% v zasebnih SVZ-jih brez koncesije, ostali anketiranci pa so bili zaposleni v posebnih zavodih. Veljavnih je bilo 211 anket. Podrobnosti o poklicnem položaju anketirancev so podane v tabeli 18.

Tabela 18: Poklicni položaj anketirancev v socialno varstvenem zavodu

Šifra	Vrsta zaposlitve	Število po opredelitvi	Odstotek po opredelitvi
1	Diplomirana/višja medicinska sestra	38	18,0
2	Srednja medicinska sestra/tehnik zdravstvene nega	35	16,6
3	Zdravnik specialist	1	0,5
4	Zdravnik specializant	0	0,0
5	Zdravnik pripravnik/sekundant	0	0,0
6	Bolničar/negovalec	33	15,6
7	Fizioterapevt	8	3,8
8	Delovni terapevt	15	7,1
9	Socialni delavec	21	10,0
10	Dietetik	1	0,5
11	Administrativno osebje	10	4,7
12	Drugo	49	23,2
	Vsi veljavni	211	100,0

Diplomiranih/višjih medicinskih sester je bilo 18 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov je bilo 16,6 %, zdravnikov specialistov le 0,5 %, bolničarjev 15,6 %, socialnih delavcev 10% in vključno s socialnimi oskrbovalci, oskrbovalci,

strežniki in animatorji kar 15,2%, delovnih terapevtov je bilo skupaj 7,1 %, ostalih profilov pa je bilo precej manj. Poleg analize podatkov, ki jo nudi 1KA v prilogi, smo podrobneje analizirali odgovore v anketah.

Strukturo poklicnega položaja ostalih (Drugo) poročevalcev po socialno varstvenih zavodih (SVZ) podaja tabela 19. Zaradi velikega števila opredeljenih pod »drugo« smo te skušali smiselno razdeliti v skupine, kot so prikazane v spodnji tabeli.

Tabela 19: Skupine delovnih mest v uvrstitvi pod »drugo«

Šifra	Vrsta zaposlitve	Število	Odstotek vseh veljavnih
O	Socialni oskrbovalec/oskrbovalec/strežnik/animator	12	5,7
VR	Vodstvena funkcija, računovodja	11	5,2
C	Receptor, čistilec, gospodinja, kuhar, vzdrževalka perila	5	2,4
IV	Varuh/varuh institucionalnega varstva	5	2,4
ND	Nedoločeno	16	7,6

V razdelku D priloge imamo tudi informacije o tem, kako dolgo anketiranci že delajo v tej instituciji in tem delovnem mestu. Podatke o tem podajamo v tabeli 20.

Tabela 20: Informacije o delovni dobi v SVZ-ju in na delovnem mestu

Q8	RAZDELEK D: Druge informacije					
	Podvprašanja	Odgovori				
		Manj kot 1 leto	1 do 5 let	6 do 10 let	11 ali več let	Skupaj
Q8a	Kako dolgo delate v tej delovni organizaciji?	8 (5%)	46 (29%)	32 (20%)	73 (46%)	159 (100%)
Q8b	Koliko časa delate na tem delovnem mestu kot ste sedaj?	11 (7%)	61 (39%)	37 (24%)	46 (30%)	155 (100%)

Na vprašanje o delovni obremenitvi je odgovarjalo le 31% anketirancev. Iz Tabele 21 lahko razberemo, da je 6 anketirancev zaposlenih manj kot 30 ur na teden na obravnavanem delovnem mestu, 70 jih dela od 30 do 40 ur, kar 85, kar pomeni 53% vseh veljavnih odgovorov pa jih dela več kot 40 ur tedensko. Kar lahko pomeni manjšo varnost pacientov.

Tabela 21: Q9 - Delovna obremenitev anketirancev v SVZ-ju

Koliko ur na teden delate v tej delovni organizaciji?			
Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni
1 (Manj kot 30 ur na teden)	6	1%	4%
2 (30 do 40 ur na teden)	70	13%	43%
3 (Več kot 40 ur na teden)	85	16%	53%
Skupaj	161	31%	100%

Na vprašanje o tem, ali so anketiranci neposredno v dnevnem kontaktu s pacienti je prav tako odgovarjalo le 31% vseh vprašanih. Statistika odgovorov je v tabeli 22. Kar 92% vseh odgovorov je pozitivnih.

Tabela 22: Q10 – Neposredni kontakt anketirancev s stanovalci v SVZ-ju

Ali ste v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti (stanovalci)?			
Odgovori	Frekvenca	Odstotek	Veljavni
1 (DA, sem v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti (stanovalci))	149	28%	92%
2 (NE, nisem v neposrednem kontaktu ali interakciji s pacienti (stanovalci))	13	2%	8%
Skupaj	162	31%	100%

3.2 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«
- kar kaže, da anketiranec verjetno ni pozorno prebral trditve. Odgovori tako verjetno niso veljavni.

3.3 Konsistentnost odgovorov vprašalnika za SVZ-je

Za vse odgovore smo dobili naslednje statistike:

ANOVA						
Source of Variation	SS	df	MS	F	P-value	F crit
Rows	1637,811	110	14,88919	13,52481	1,8E-197	1,236015
Columns	2360,279	35	67,43655	61,25696	0	1,426013
Error	4238,387	3850	1,10088			
Total	8236,477	3995				
Cronbach's alpha			0,926062			

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 SVZ, lahko potrdimo, da ima vprašalnik za SVZ izredno visoko notranjo konsistentnost.

3.4 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.

4 STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH

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

4.1 Statistika odgovorov iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditev o obnašanju oddelka oziroma enote po Likertovi lestvici

V sekciji A je postavljenih 36 trditev, ki smo jih združevali po 8 v skupino. Z ostankom. V njej anketiranci oglašajo ali ne z neko vrednostjo po Likertovi lestvici od 1 do 6 Kot to prikazujejo tabele 23-27. 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.

Tabela 23: Ocene trditev Q5aa-Q5ah – Ocene okolja v SVZ

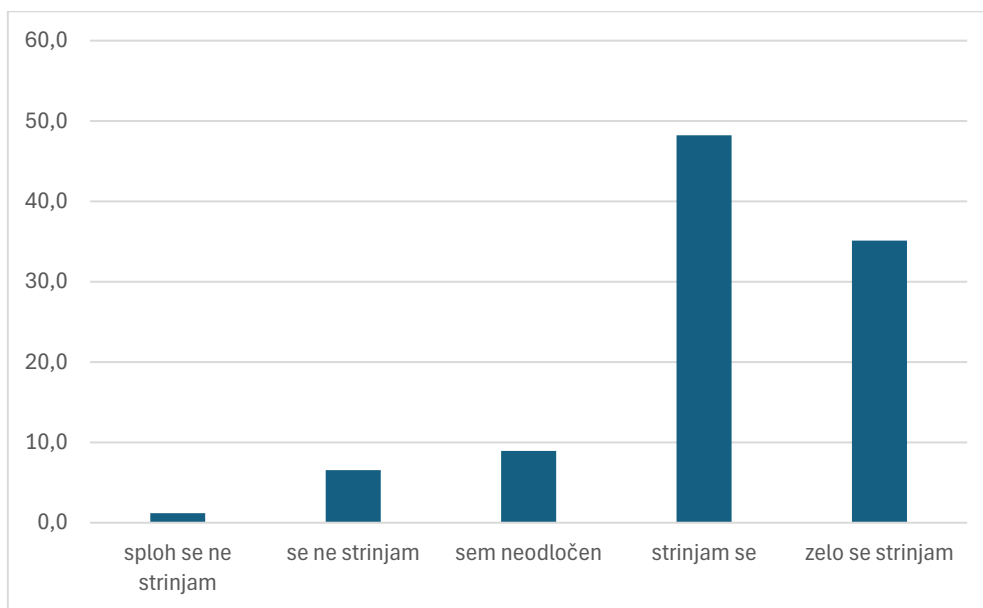
Koda	Podvprašanja	Odgovori						
		Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Q5aa	Poklic, ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.	2 (1%)	11 (7%)	15 (9%)	81 (48%)	59 (35%)	0 (0%)	168 (100%)
Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi pacientov (stanovalcev).	35 (21%)	80 (48%)	21 (13%)	25 (15%)	6 (4%)	0 (0%)	167 (100%)
Q5ac	V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta, stanovalca).	4 (2%)	13 (8%)	11 (7%)	92 (55%)	48 (29%)	0 (0%)	168 (100%)
Q5ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo pacientov (stanovalcev).	2 (1%)	8 (5%)	16 (10%)	93 (55%)	48 (29%)	1 (1%)	168 (100%)

Koda	Podvprašanja	Odgovori						
		Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Q5ae	Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	1 (1%)	4 (2%)	7 (4%)	75 (45%)	79 (47%)	1 (1%)	167 (100%)
Q5af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	6 (4%)	15 (9%)	23 (14%)	81 (49%)	39 (23%)	3 (2%)	167 (100%)
Q5ag	Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.	3 (2%)	11 (7%)	28 (17%)	90 (54%)	34 (20%)	1 (1%)	167 (100%)

Tabela 24: Deleži pozitivnih in negativnih ocen trditev Q5aa-Q5ah – Ocene delovnega okolja v SVZ

Trditev	Ocena						Odstotek ocen [%]		
	1	2	3	4	5	Skupaj	1 in 2	3	4 in 5
Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.	2	11	15	81	59	168	7,7	8,9	83,3
V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev.	35	80	21	25	6	167	68,9	12,6	18,6
V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo.	4	13	11	92	48	168	10,1	6,5	83,3
Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev.	2	8	16	93	48	167	6,0	9,6	84,4
Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	1	4	7	75	79	166	3,0	4,2	92,8
Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	6	15	23	81	39	164	12,8	14,0	73,2
Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.	3	11	28	90	34	166	8,4	16,9	74,7
Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo.	4	11	21	93	36	165	9,1	12,7	78,2

V nadaljevanju so grafično predstavljene porazdelitve ocen prvih osmih trditev v skupini A.



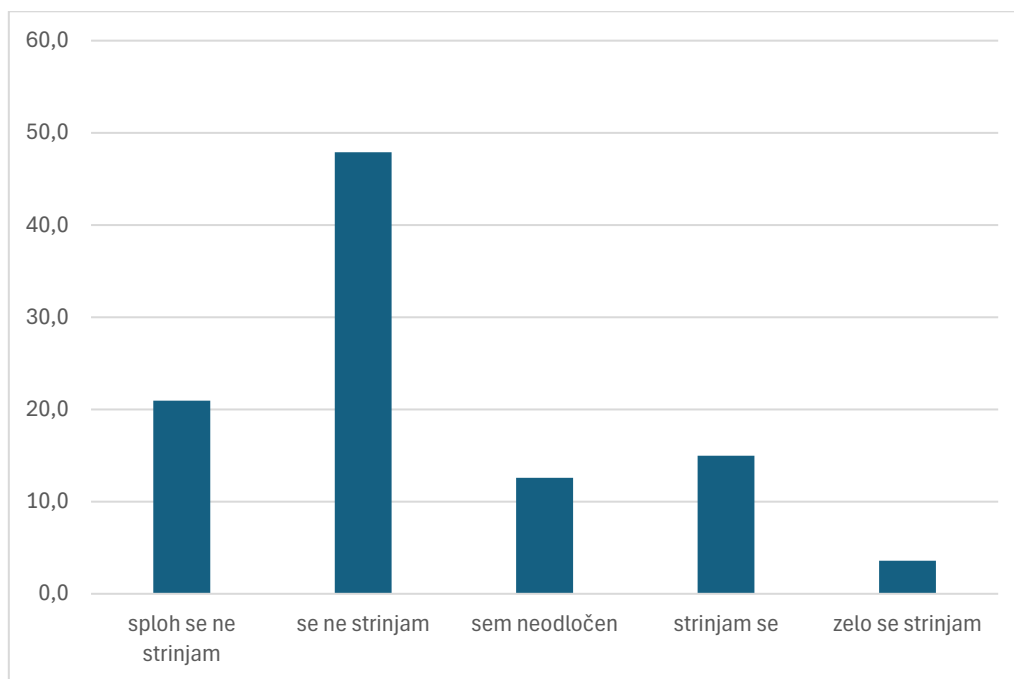
Slika 1: Q5aa - Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet

Tabela 25: Q5aa - Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet (Št.)

Organizacija	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	0	4	22	17	0	43
Dom starejših občanov - koncesija	1	1	4	18	18	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	0	1	0	4	4	0	9
Posebni zavodi – javni	0	2	3	7	4	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	0	1	0	0	1

Tabela 26: Q5aa - Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet (%)

Organizacija	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	9.30%	51.16%	39.53%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	2.38%	9.52%	42.86%	42.86%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	0.00%	44.44%	44.44%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	12.50%	18.75%	43.75%	25.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



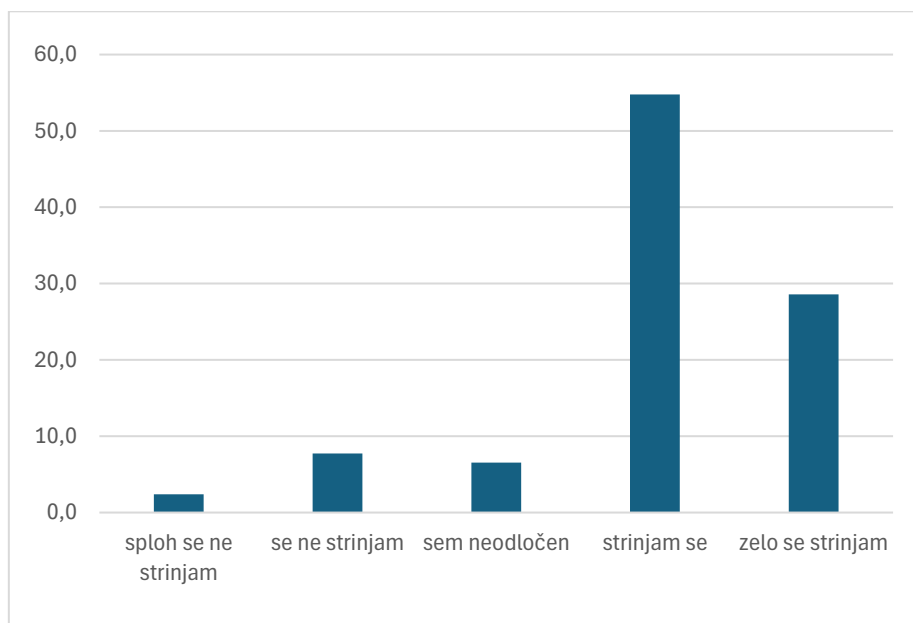
Slika 2: Q5ab - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev

Tabela 27: V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	8	21	7	4	1	0	41
Dom starejših občanov - koncesija	8	25	2	4	3	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	3	3	2	2	0	0	10
Posebni zavodi – javni	2	9	4	0	1	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	0	1	0	0	1

Tabela 28: V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	19.51%	51.22%	17.07%	9.76%	2.44%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	19.05%	59.52%	4.76%	9.52%	7.14%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	30.00%	30.00%	20.00%	20.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	12.50%	56.25%	25.00%	0.00%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



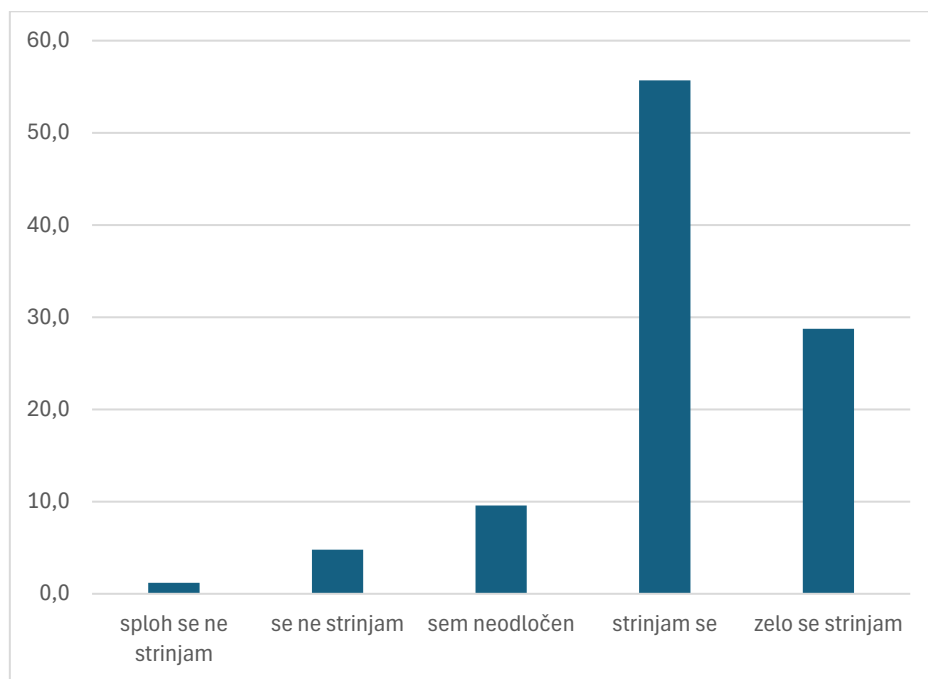
Slika 3: Q5ac - V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo

Tabela 29: Q5ac - V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	1	3	25	12	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	3	2	21	15	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	1	0	1	6	2	0	10
Posebni zavodi – javni	0	4	0	11	1	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	1	0	0	0	1

Tabela 30: Q5ac - V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.38%	2.38%	7.14%	59.52%	28.57%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	7.14%	4.76%	50.00%	35.71%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	10.00%	0.00%	10.00%	60.00%	20.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	25.00%	0.00%	68.75%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



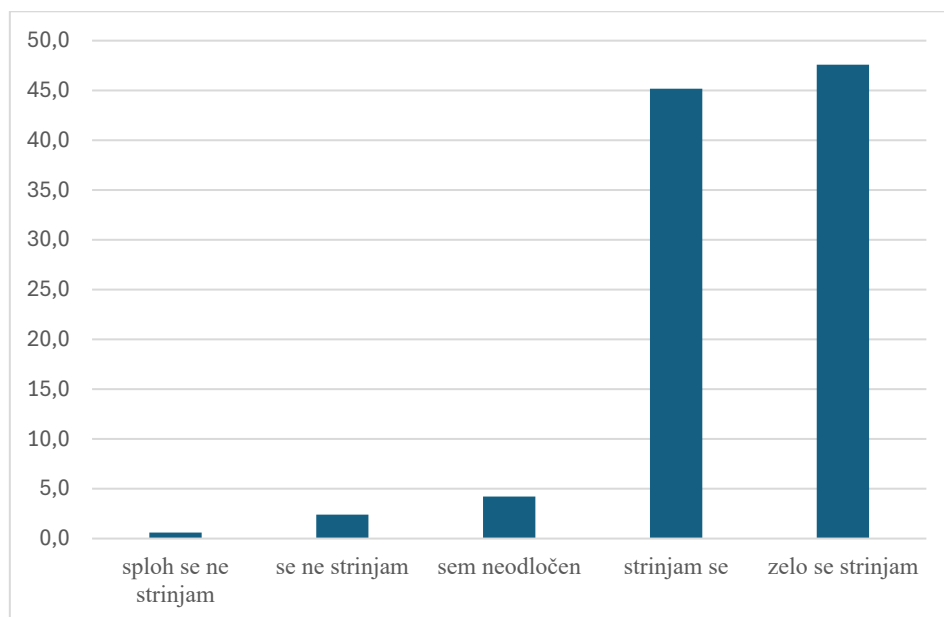
Slika 4: Q5ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev

Tabela 31: Q5ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	0	3	27	12	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	3	4	21	12	1	42
Dom starejših občanov - zasebni	1	0	1	6	2	0	10
Posebni zavodi – javni	0	2	3	8	3	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	1	0	0	0	0	1

Tabela 32: Q5ad - Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	7.14%	64.29%	28.57%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	7.14%	9.52%	50.00%	28.57%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	10.00%	0.00%	10.00%	60.00%	20.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	12.50%	18.75%	50.00%	18.75%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



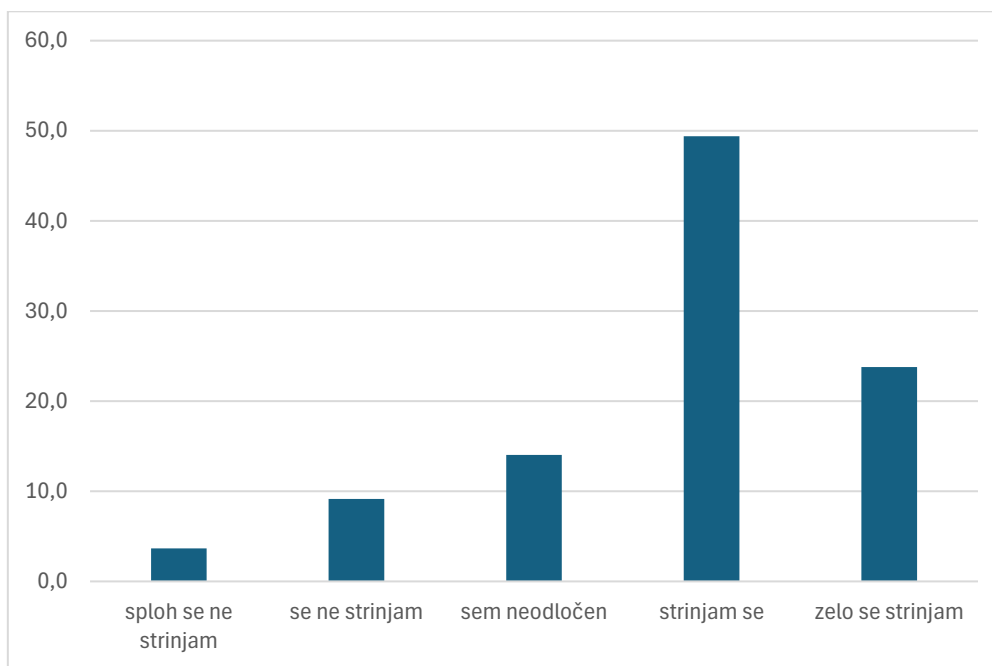
Slika 5: Q5ae - Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo

Tabela 33: Q5ae - Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	2	9	72	100	0	183
Dom starejših občanov - koncesija	0	2	0	76	105	6	189
Dom starejših občanov - zasebni	1		3	8	30	0	42
Posebni zavodi – javni	0	2	6	28	30	0	66
Posebni zavodi - koncesija	0	0	0	4	0	0	4

Tabela 34: Q5ae - Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	1.09%	4.92%	39.34%	54.64%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	1.06%	0.00%	40.21%	55.56%	3.17%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	2.38%	0.00%	7.14%	19.05%	71.43%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	3.03%	9.09%	42.42%	45.45%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



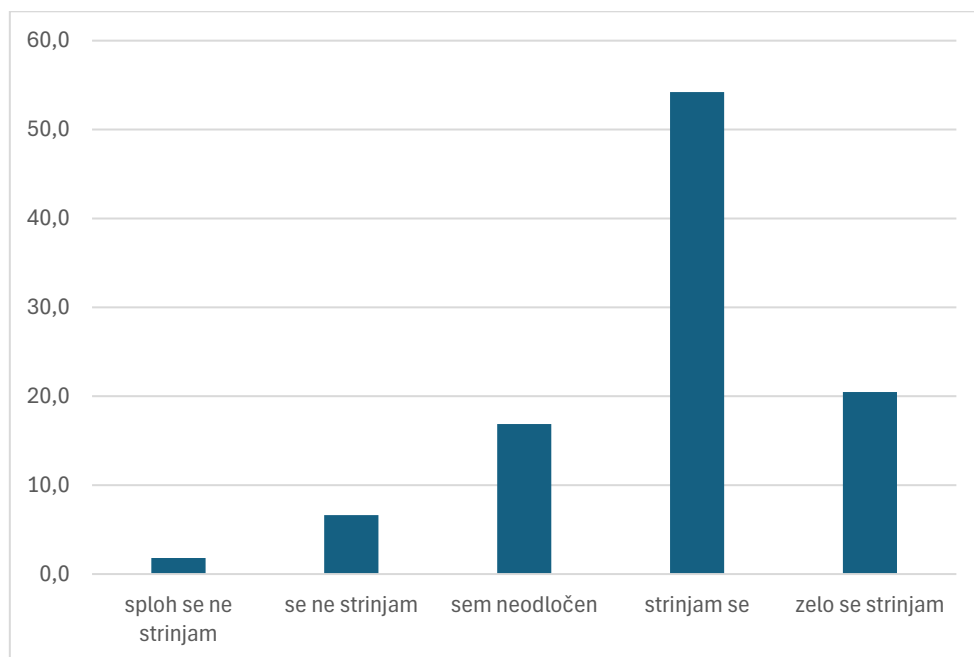
Slika 6: Q5af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim

Tabela 35: Q5af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2	3	7	21	8	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	8	7	16	9	1	42
Dom starejših občanov - zasebni	1	1	2	4	2	0	10
Posebni zavodi – javni	1	0	1	9	4	1	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	0	1	0	0	1

Tabela 36: Q5af - Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	4.76%	7.14%	16.67%	50.00%	19.05%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	19.05%	16.67%	38.10%	21.43%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	10.00%	10.00%	20.00%	40.00%	20.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	0.00%	6.25%	56.25%	25.00%	6.25%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



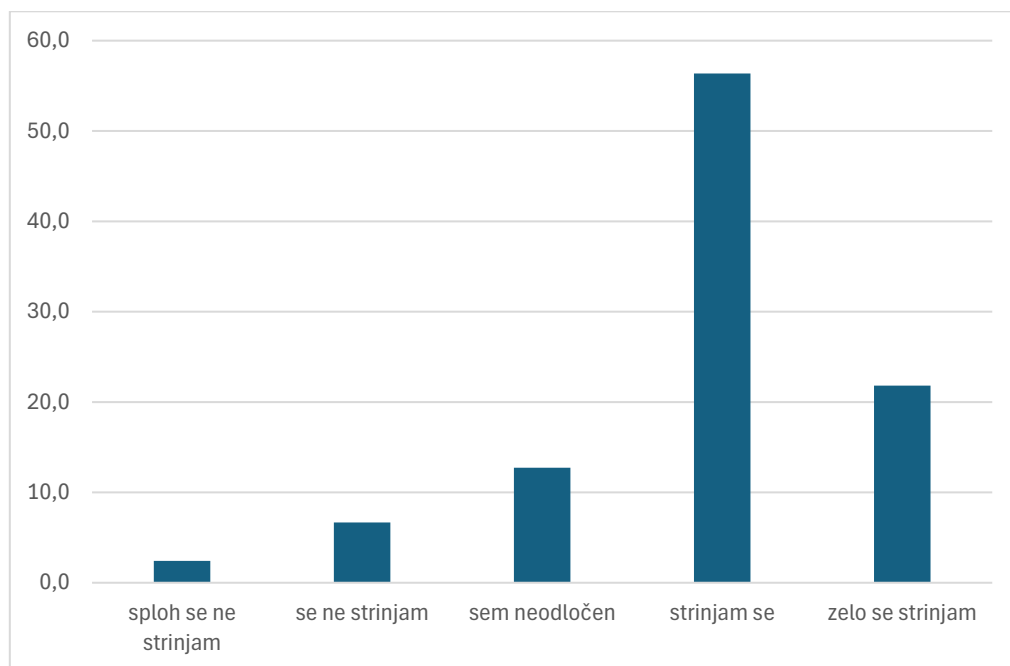
Slika 7: Q5ag - Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno

Tabela 37: Q5ag - Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	0	5	29	7	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	4	6	22	9	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	0	1	2	5	2	0	10
Posebni zavodi – javni	1	3	5	6	1	0	16
Posebni zavodi - koncesija	1	0	0	0	0	0	1

Tabela 38: Q5ag - Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	11.90%	69.05%	16.67%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	9.52%	14.29%	52.38%	21.43%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	10.00%	20.00%	50.00%	20.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	18.75%	31.25%	37.50%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



Slika 8: Q5ah - Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo

Tabela 39: Q5ah - Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	0	5	28	8	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	4	5	23	8	0	41
Dom starejših občanov - zasebni	1	1	1	3	4	0	10
Posebni zavodi – javni	1	3	1	9	1	0	15
Posebni zavodi - koncesija	0	0	0	1	0	0	1

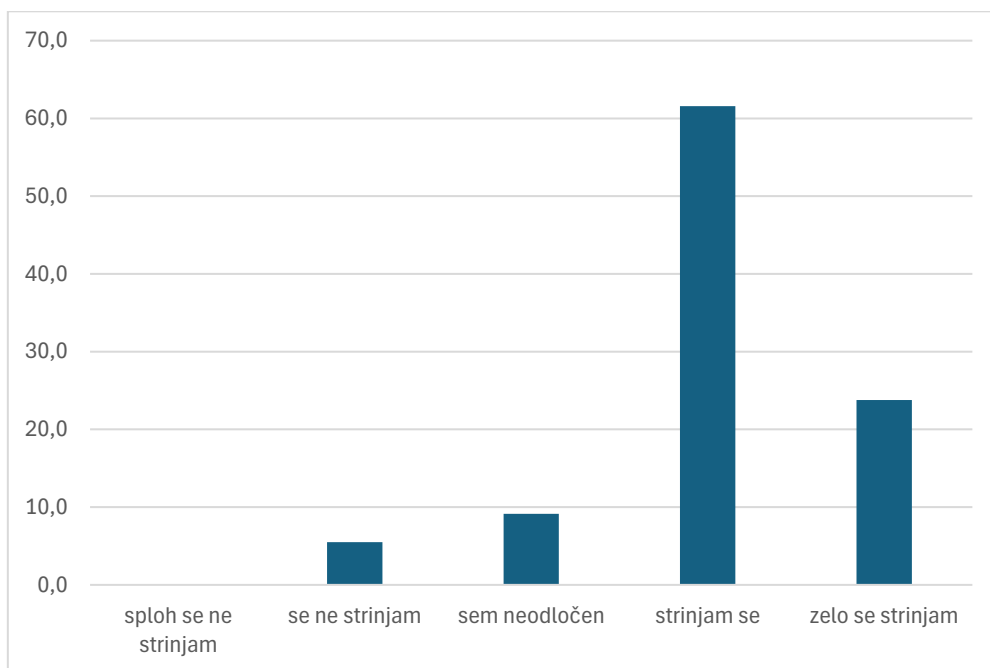
Tabela 40: Q5ah - Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.38%	0.00%	11.90%	66.67%	19.05%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.44%	9.76%	12.20%	56.10%	19.51%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	10.00%	10.00%	10.00%	30.00%	40.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.67%	20.00%	6.67%	60.00%	6.67%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Tabela 41: Q5ai-Q5at – Ocene okolja in jaz v SVZ

Koda	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev / ne vem	Skupaj
Q5i	Poznam primerno pot za razdvajanje vprašanj varnosti pacientov in oskrbovancev v našem zavodu.	0 (0%)	9 (5%)	15 (9%)	101 (61%)	39 (23%)	2 (1%)	165 (100%)
Q5j	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezno povratno informacijo.	7 (4%)	17 (10%)	21 (13%)	87 (52%)	34 (20%)	0 (0%)	165 (100%)
Q5k	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	22 (13%)	83 (50%)	31 (19%)	22 (13%)	7 (4%)	0 (0%)	165 (100%)
Q5l	Sodelavci me spodbujajo, da spodaj svojo morebitno skrb glede varnosti pacientov (stanovalcev).	0 (0%)	9 (5%)	21 (13%)	100 (61%)	34 (21%)	1 (1%)	165 (100%)
Q5m	Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	3 (2%)	17 (10%)	15 (9%)	101 (61%)	30 (18%)	0 (0%)	165 (100%)
Q5n	Moji predlogi glede varnosti v našem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil vodstvu.	8 (5%)	8 (5%)	33 (20%)	73 (44%)	39 (23%)	5 (3%)	165 (100%)
Q5o	Rad/-a imam svoje delo.	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	62 (38%)	93 (56%)	8 (5%)	165 (100%)
Q5p	V našem delovnem okolju se počutim kot del velike družine.	5 (3%)	10 (6%)	25 (15%)	79 (48%)	46 (28%)	1 (1%)	165 (100%)
Q5q	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	6 (4%)	21 (13%)	19 (11%)	74 (45%)	46 (28%)	0 (0%)	165 (100%)
Q5r	Ponosna/-en sem, da delam v tem delovnem okolju.	1 (1%)	7 (4%)	26 (16%)	69 (42%)	62 (37%)	1 (1%)	165 (100%)
Q5s	Morala je v tem delovnem okolju visoka.	7 (4%)	13 (8%)	41 (25%)	76 (46%)	27 (16%)	1 (1%)	165 (100%)
Q5t	Pri preobremenitvi delovnih obremenitev je moja delovna uspešnost slabša.	15 (9%)	36 (22%)	20 (12%)	64 (39%)	27 (16%)	3 (2%)	165 (100%)

V nadaljevanju so grafično predstavljene porazdelitve ocen naslednjih 12 trditev v skupini A.



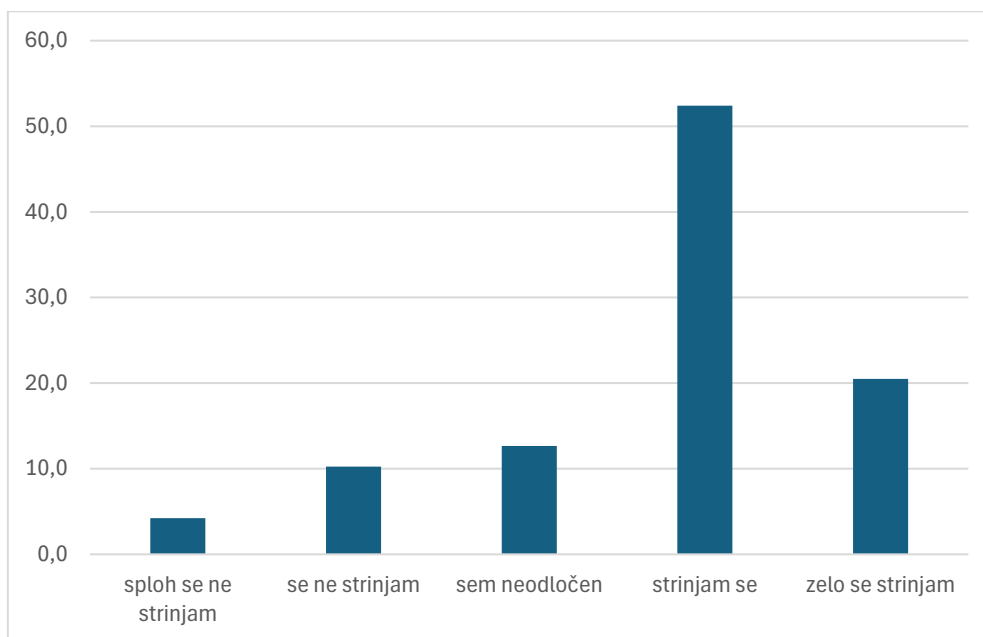
Slika 9: Q5ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev

Tabela 42: Q5ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	0	3	25	14	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	4	4	5	23	10	0	46
Dom starejših občanov - zasebni	0	0	1	6	1	1	9
Posebni zavodi – javni	2	2	2	10	2	0	18
Posebni zavodi - koncesija	0	0	1	0	0	0	1

Tabela 43: Q5ai - Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	7.14%	59.52%	33.33%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	8.70%	8.70%	10.87%	50.00%	21.74%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	11.11%	66.67%	11.11%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	11.11%	11.11%	11.11%	55.56%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



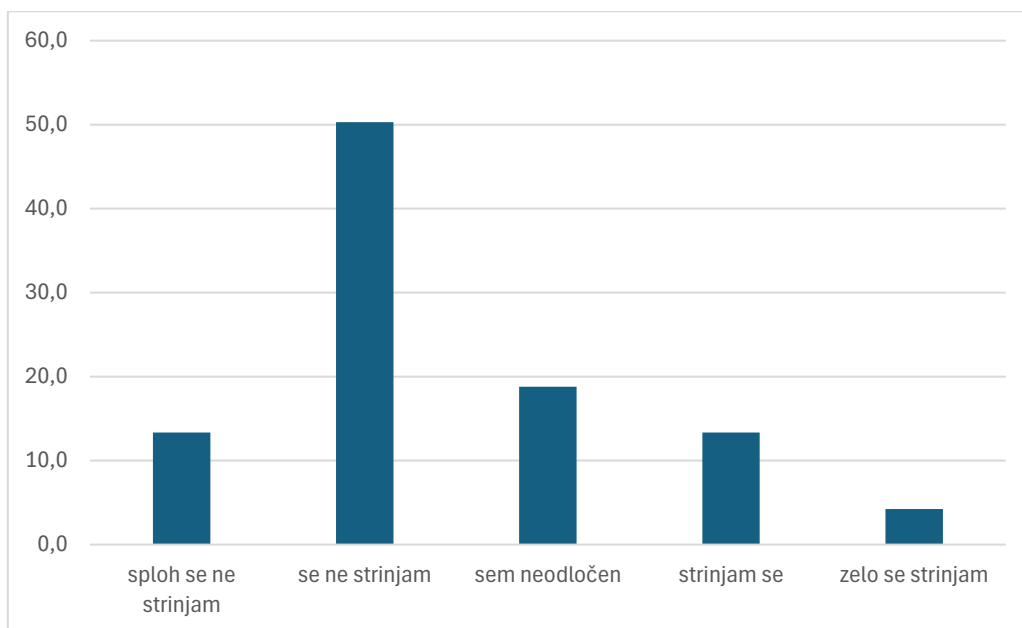
Slika 10: Q5aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije

Tabela 44: Q5aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2	4	5	18	13	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	3	3	4	23	9	0	42
Dom starejših občanov - zasebni		1	2	6	0	0	9
Posebni zavodi – javni	1	3	4	7	1	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	1	0	0	0	1

Tabela 45: Q5aj - O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	4.76%	9.52%	11.90%	42.86%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	7.14%	7.14%	9.52%	54.76%	21.43%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	22.22%	66.67%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	18.75%	25.00%	43.75%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



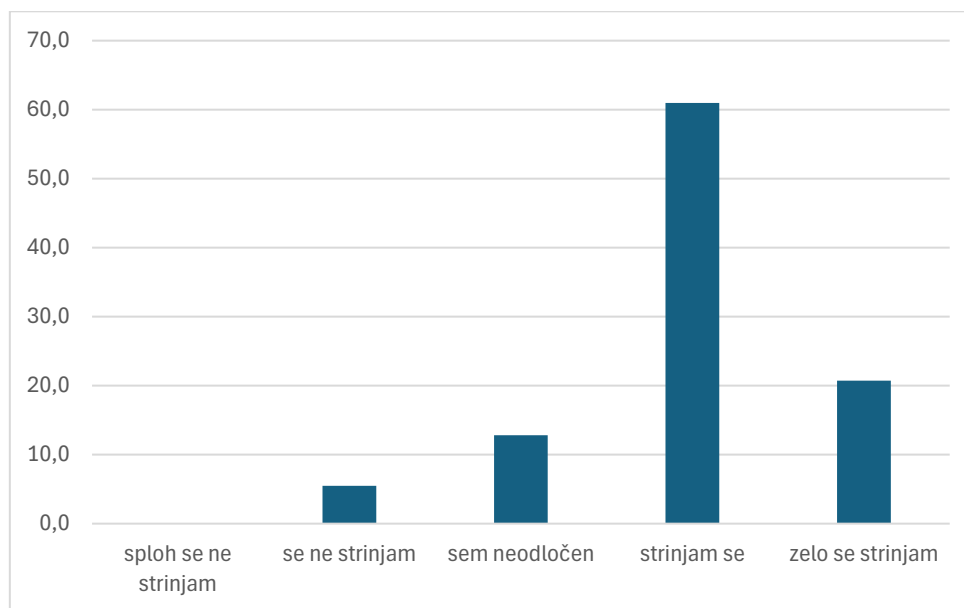
Slika 11: Q5ak - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah

Tabela 46: Q5ak - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	5	20	10	3	3	0	41
Dom starejših občanov - koncesija	5	23	8	4	2	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	1	4	0	4	0	0	9
Posebni zavodi – javni	1	4	7	3	1	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	1	0	0	0	0	1

Tabela 47: Q5ak - V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	12.20%	48.78%	24.39%	7.32%	7.32%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	11.90%	54.76%	19.05%	9.52%	4.76%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	11.11%	44.44%	0.00%	44.44%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	25.00%	43.75%	18.75%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



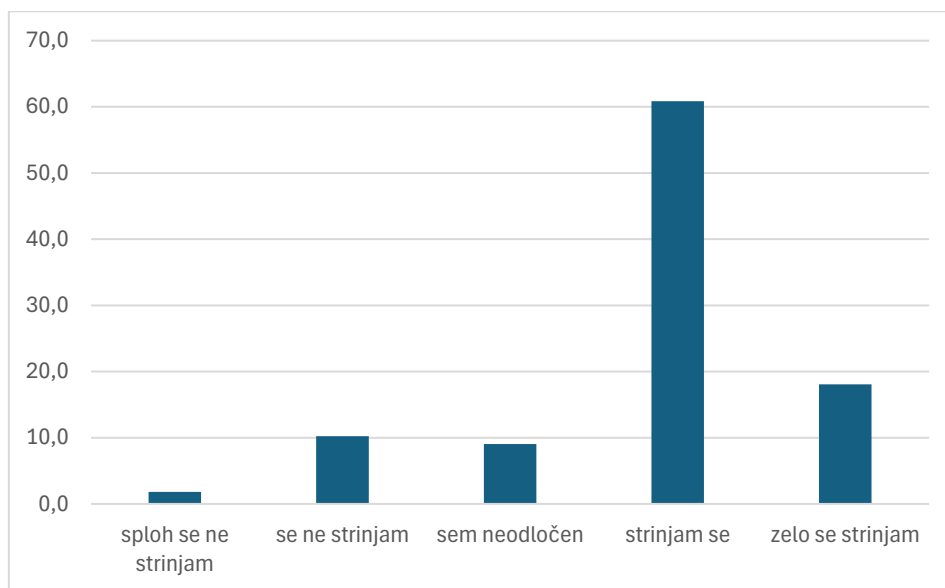
Slika 12: Q5al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev

Tabela 48: Q5al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev (Št.)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0	2	6	23	11	0	42
Dom starejših občanov - koncesija	0	3	4	25	10	0	42
Dom starejših občanov - zasebni	0	0	1	7	1	0	9
Posebni zavodi – javni	0	3	5	8	0	0	16
Posebni zavodi - koncesija	0	0	1	0	0	0	1

Tabela 49: Q5al - Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev (%)

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	4.76%	14.29%	54.76%	26.19%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	7.14%	9.52%	59.52%	23.81%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	11.11%	77.78%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	18.75%	31.25%	50.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



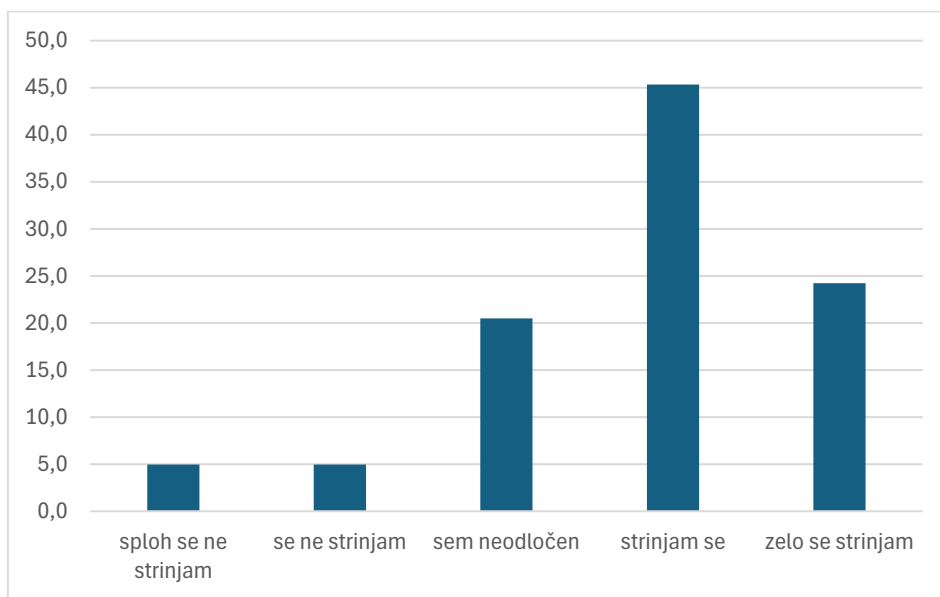
Slika 13: Q5am - Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih

Tabela - Q5am - Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		5	7	20	10		42
Dom starejših občanov - koncesija	1	3	3	28	7		42
Dom starejših občanov - zasebni				7	2		9
Posebni zavodi – javni	1	2	2	11			16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5am - Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	11.90%	16.67%	47.62%	23.81%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	7.14%	7.14%	66.67%	16.67%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	0.00%	77.78%	22.22%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	12.50%	12.50%	68.75%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



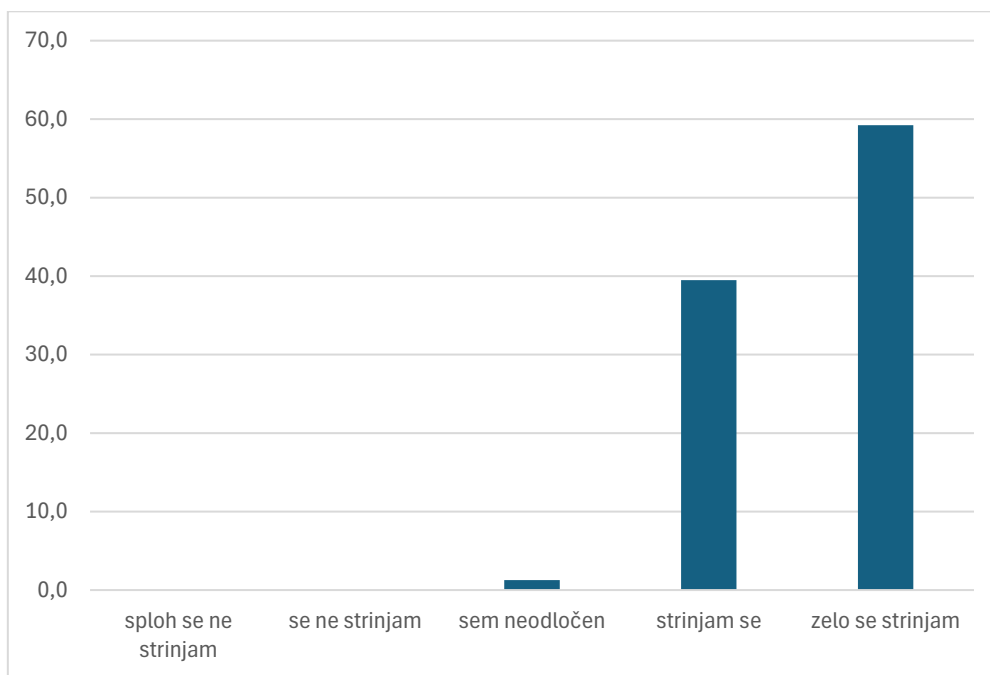
Slika 14 - Q5an - Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.

Tabela - Q5an - Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Delavno okolje							
Dom starejših občanov - javni	2	1	7	17	14	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	2	2	9	20	8	1	42
Dom starejših občanov - zasebni			2	6	1		9
Posebni zavodi – javni		2	5	7	1	1	16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5an - Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Delavno okolje							
Dom starejših občanov - javni	4.76%	2.38%	16.67%	40.48%	33.33%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	4.76%	4.76%	21.43%	47.62%	19.05%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	22.22%	66.67%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	12.50%	31.25%	43.75%	6.25%	6.25%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



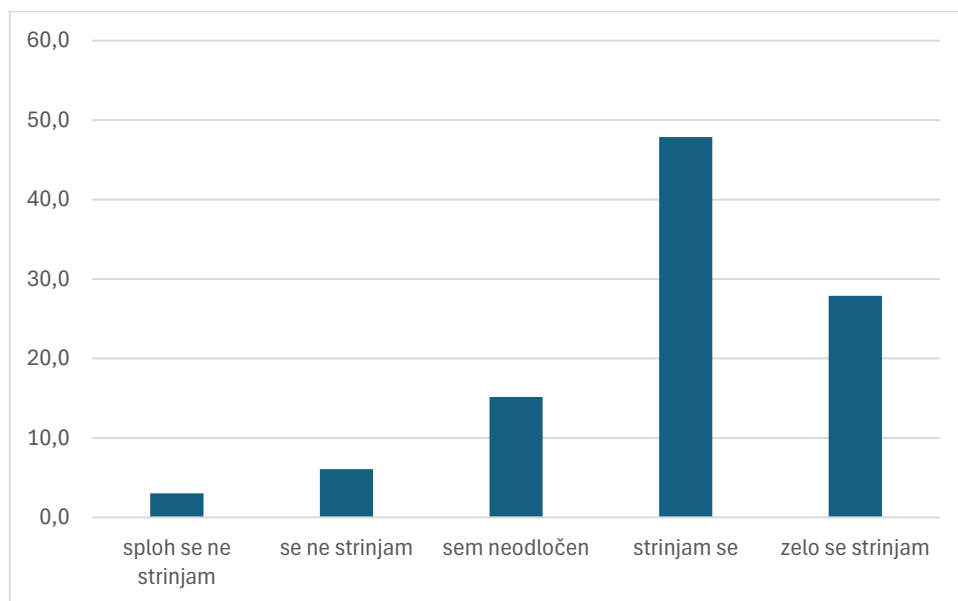
Slika 15 - Q5ao - Rad/-a imam svoje delo.

Tabela - Q5ao - Rad/-a imam svoje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni			1	15	24	2	42
Dom starejših občanov - koncesija				10	28	4	42
Dom starejših občanov - zasebni				5	4		9
Posebni zavodi – javni			1	8	6	1	16
Posebni zavodi - koncesija					1		1

Tabela - Q5ao - Rad/-a imam svoje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	2.38%	35.71%	57.14%	4.76%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	23.81%	66.67%	9.52%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	0.00%	55.56%	44.44%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	0.00%	6.25%	50.00%	37.50%	6.25%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%



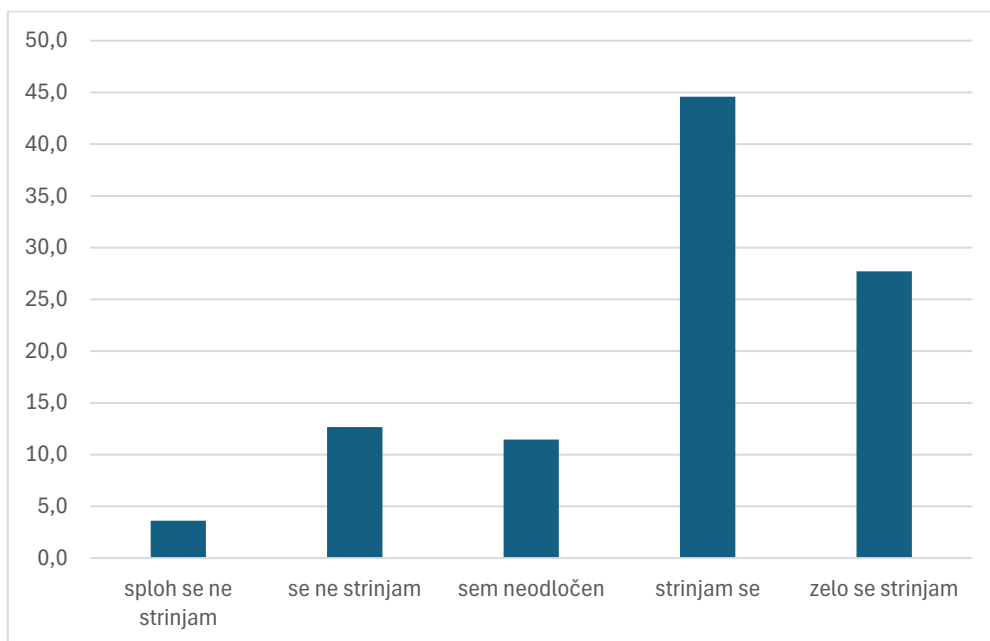
Slika 16 - Q5ap - V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.

Tabela - Q5ap - V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		1	6	19	15	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	2	3	23	13		42
Dom starejših občanov -zasebni		1	2	4	2		9
Posebni zavodi – javni	1	1	6	6	2		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5ap - V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	2.38%	14.29%	45.24%	35.71%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	4.76%	7.14%	54.76%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov -zasebni	0.00%	11.11%	22.22%	44.44%	22.22%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	6.25%	37.50%	37.50%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



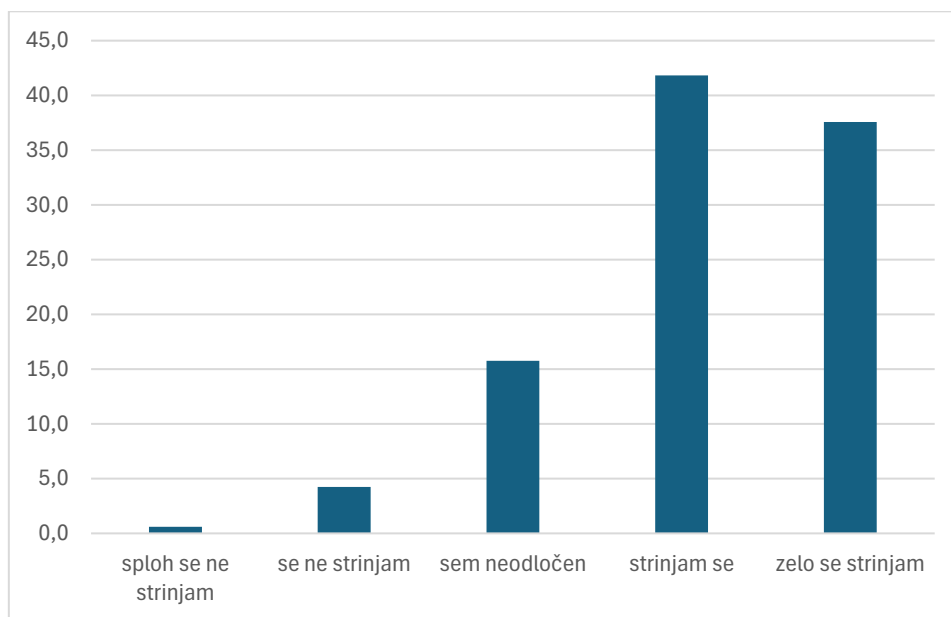
Slika 17 - Q5aq - V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.

Tabela - Q5aq - V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam		Skupaj
Dom starejših občanov - javni		5	5	19	13		42
Dom starejših občanov - koncesija	3	1	4	21	13		42
Dom starejših občanov - zasebni		2		4	3		9
Posebni zavodi – javni		7	4	4	1		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5aq - V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	11.90%	11.90%	45.24%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	7.14%	2.38%	9.52%	50.00%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	22.22%	0.00%	44.44%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	43.75%	25.00%	25.00%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



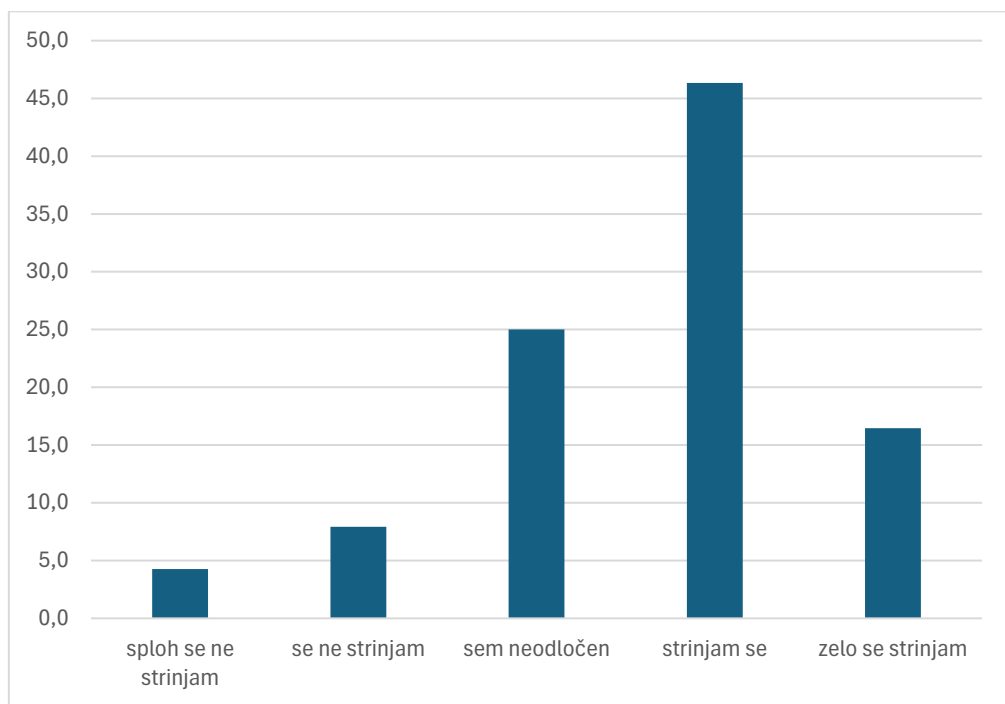
Slika 18 - Q5ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.

Tabela - Q5ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam		Skupaj
Dom starejših občanov - javni			5	18	19		42
Dom starejših občanov - koncesija	1	1	7	17	16		42
Dom starejših občanov - zasebni			2	4	3		9
Posebni zavodi – javni		2	7	4	3		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5ar - Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	11.90%	42.86%	45.24%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	2.38%	16.67%	40.48%	38.10%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	22.22%	44.44%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	12.50%	43.75%	25.00%	18.75%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



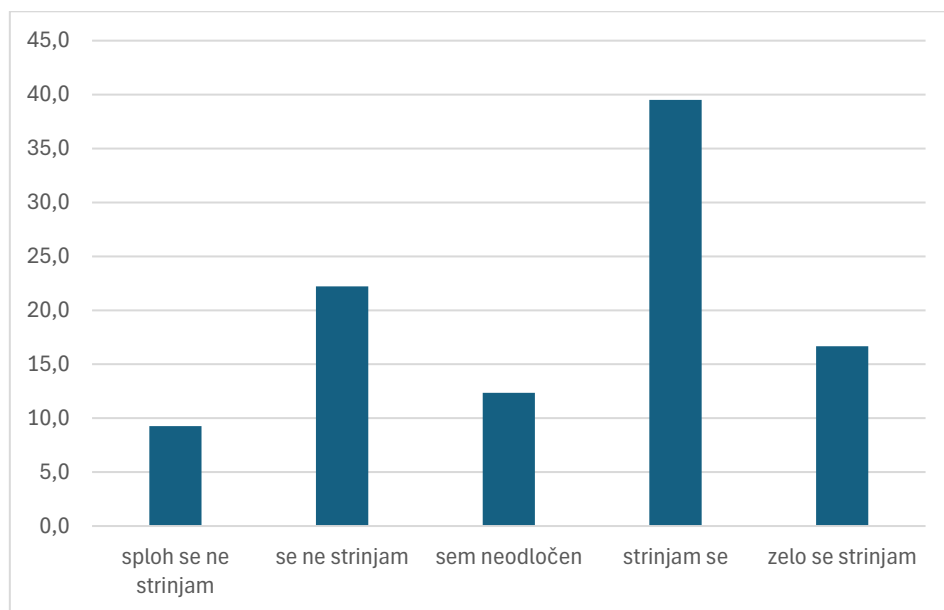
Slika 19 - Q5as - Morala je v tem delovnem okolju visoka.

Tabela - Q5as - Morala je v tem delovnem okolju visoka.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	3	6	23	7	1	41
Dom starejših občanov - koncesija	2	3	9	23	5		42
Dom starejših občanov - zasebni			4	4	1		9
Posebni zavodi – javni	1	2	9	4			16
Posebni zavodi - koncesija			1				1

Tabela - Q5as - Morala je v tem delovnem okolju visoka.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.44%	7.32%	14.63%	56.10%	17.07%	2.44%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	4.76%	7.14%	21.43%	54.76%	11.90%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	44.44%	44.44%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	12.50%	56.25%	25.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



Slika 20 - Q5at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.

Tabela - Q5at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		13	5	16	6	1	41
Dom starejših občanov - koncesija	3	6	8	12	13		42
Dom starejših občanov - zasebni	1	3	1	3	1		9
Posebni zavodi – javni		3	2	8	2	1	16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5at - Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	31.71%	12.20%	39.02%	14.63%	2.44%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	7.14%	14.29%	19.05%	28.57%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	11.11%	33.33%	11.11%	33.33%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	18.75%	12.50%	50.00%	12.50%	6.25%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Tabela 14: Deleži pozitivnih in negativnih ocen trditev Q5ai-Q5at – Ocene okolja in jaz v SVZ.

Trditev	Ocena						Odstotek ocen [%]		
	1	2	3	4	5	Skupaj	1 in 2	3	4 in 5
Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev.	0	9	15	101	39	164	5,5	9,1	85,4
O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	7	17	21	87	34	166	14,5	12,7	72,9
V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	22	83	31	22	7	165	63,6	18,8	17,6
Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev.	0	9	21	100	34	164	5,5	12,8	81,7
Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	3	17	15	101	30	166	12,0	9,0	78,9
Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	8	8	33	73	39	161	9,9	20,5	69,6
Rad/-a imam svoje delo.	0	0	2	62	93	157	0,0	1,3	98,7
V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	5	10	25	79	46	165	9,1	15,2	75,8
V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	6	21	19	74	46	166	16,3	11,4	72,3
Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.	1	7	26	69	62	165	4,8	15,8	79,4
Morala je v tem delovnem okolju visoka.	7	13	41	76	27	164	12,2	25,0	62,8
Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	15	36	20	64	27	162	31,5	12,3	56,2

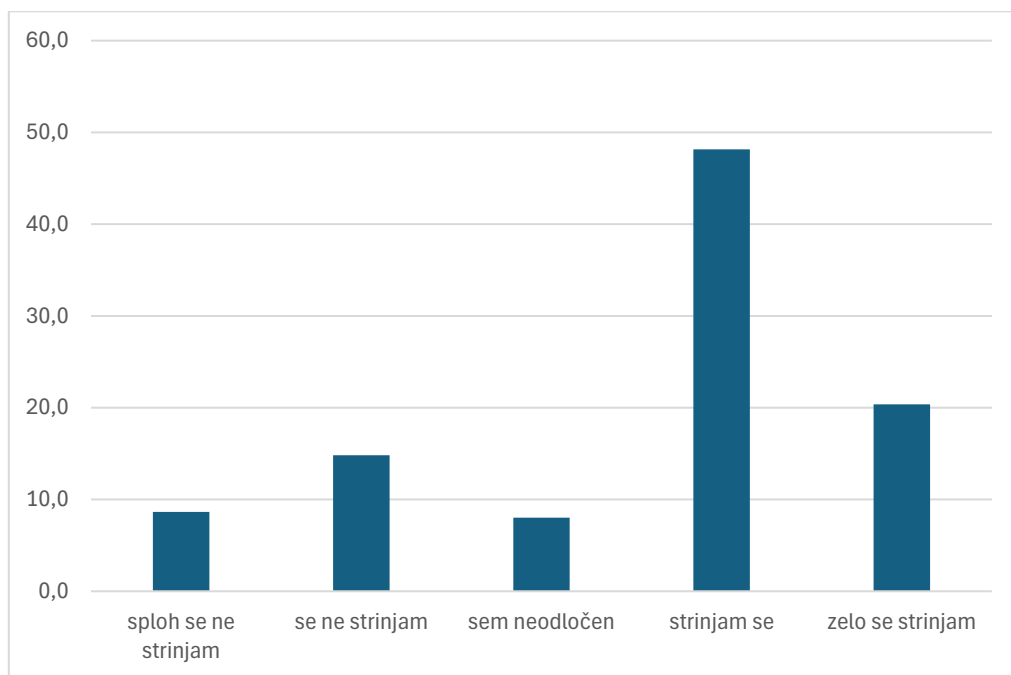
V skupini trditev, ki jim sledimo v drugi podskupini sekcije A (tabela 14), je tretja trditev: »V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah« negativna, medtem ko trditve »Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša« ne moremo obravnavati kot negativne, saj izraža zavedanje oskrbovalcev, da prevelika obremenitev škodi varnosti pacientov. Vidimo, da se 31,5 % anketirancev tega ne zavedajo.

V nadaljevanju so predstavljene porazdelitve ocen zadnjih 16 trditev v skupini A, ki se nanašajo na ocene vpliva utrujenosti, vodstva in kakovosti sporazumevanje v SVZ na varnost pacientov.

Tabela 15: Sekcija A, ocene trditev Q5au-Q5bj – Ocene okolja – utrujenost, vodstvo in sporazumevanje v SVZ.

Q5au	Kadar sem pretrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.	14 (9%)	24 (15%)	13 (8%)	78 (48%)	33 (20%)	2 (1%)	164 (100%)	164	523	3,6	1,2
Q5av	Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/-a napake.	25 (15%)	40 (24%)	26 (16%)	50 (30%)	18 (11%)	5 (3%)	164 (100%)	164	523	3,1	1,4
Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj pri pacientu ali stanovalcu).	28 (17%)	57 (35%)	27 (16%)	31 (19%)	9 (5%)	13 (8%)	165 (100%)	165	523	2,8	1,5
Q5ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	12 (7%)	27 (17%)	34 (21%)	62 (38%)	25 (15%)	3 (2%)	163 (100%)	163	523	3,4	1,2
Q5ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov (stanovalcev).	3 (2%)	9 (5%)	11 (7%)	73 (44%)	66 (40%)	3 (2%)	165 (100%)	165	523	4,2	0,9
Q5az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	2 (1%)	14 (8%)	35 (21%)	62 (37%)	51 (31%)	2 (1%)	166 (100%)	166	523	3,9	1,0
Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebo.	3 (2%)	26 (16%)	36 (22%)	71 (44%)	24 (15%)	3 (2%)	163 (100%)	163	523	3,6	1,0
Q5bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.	4 (2%)	13 (8%)	20 (12%)	99 (60%)	28 (17%)	2 (1%)	166 (100%)	166	523	3,8	0,9
Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov (stanovalcev).	44 (27%)	68 (41%)	15 (9%)	30 (18%)	7 (4%)	2 (1%)	166 (100%)	166	523	2,4	1,2
Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	6 (4%)	29 (17%)	37 (22%)	75 (45%)	16 (10%)	3 (2%)	166 (100%)	166	523	3,5	1,1
Q5be	Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo pacienta (stanovalca) so mi redno na voljo.	3 (2%)	13 (8%)	15 (9%)	95 (57%)	37 (22%)	3 (2%)	166 (100%)	166	523	4,0	0,9
Q5bf	Specializanti oz. učče se osebe so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	3 (2%)	18 (11%)	35 (21%)	78 (47%)	26 (16%)	5 (3%)	165 (100%)	165	523	3,7	1,0
Q5bg	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.	1 (1%)	5 (3%)	17 (10%)	94 (57%)	47 (29%)	0 (0%)	164 (100%)	164	523	4,1	0,7
Q5bh	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.	0 (0%)	0 (0%)	19 (12%)	93 (56%)	52 (32%)	1 (1%)	165 (100%)	165	523	4,2	0,6
Q5bi	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z ne zdravstvenim osebjem.	0 (0%)	6 (4%)	13 (8%)	93 (56%)	52 (32%)	1 (1%)	165 (100%)	165	523	4,2	0,7
Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi pacientov (stanovalcev), so pogoste.	20 (12%)	62 (38%)	52 (32%)	20 (12%)	4 (2%)	7 (4%)	165 (100%)	165	523	2,7	1,2

V nadaljevanju so grafično predstavljene porazdelitve ocen trditev v skupini A iz tabele 15.



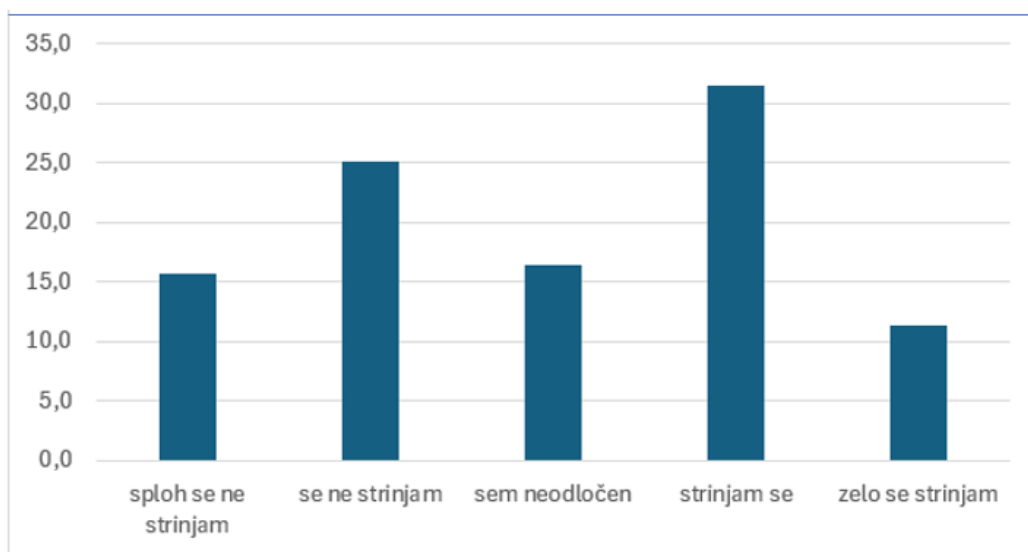
Slika 21 - Q5au – Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.

Tabela - Q5au – Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		8	4	20	9		41
Dom starejših občanov - koncesija	3	5	4	17	13		42
Dom starejših občanov - zasebni		3	1	4	1		9
Posebni zavodi – javni				14	2		16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5au – Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	19.51%	9.76%	48.78%	21.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	7.14%	11.90%	9.52%	40.48%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	33.33%	11.11%	44.44%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	0.00%	0.00%	87.50%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



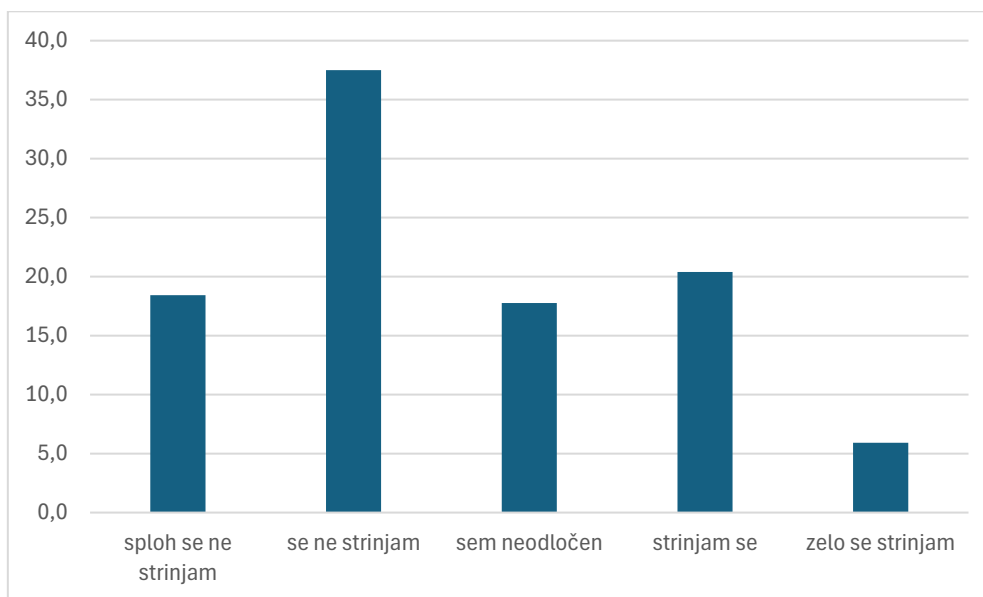
Slika 22 - Q5av – Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.

Tabela - Q5av – Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	4	11	7	13	4	2	41
Dom starejših občanov - koncesija	5	12	8	11	4	1	41
Dom starejših občanov - zasebni		5	1	2		1	9
Posebni zavodi – javni	1	1	4	6	4		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5av – Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	9.76%	26.83%	17.07%	31.71%	9.76%	4.88%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	12.20%	29.27%	19.51%	26.83%	9.76%	2.44%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	55.56%	11.11%	22.22%	0.00%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	6.25%	25.00%	37.50%	25.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



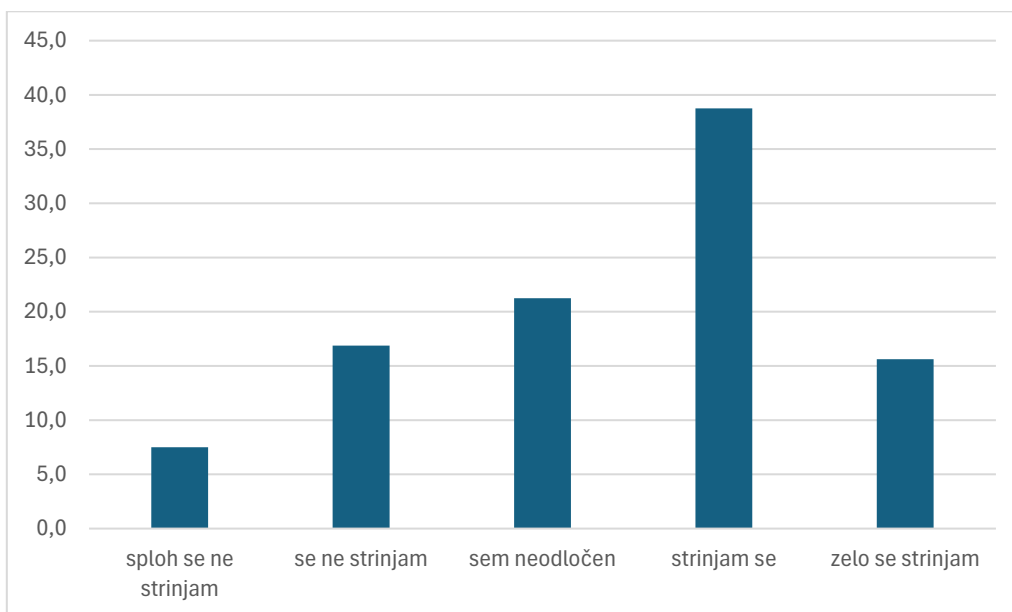
Slika 23 - Q5aw – Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).

Tabela - Q5aw – Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	3	19	5	11	2	2	42
Dom starejših občanov - koncesija	9	8	8	8	4	5	42
Dom starejših občanov - zasebni		6	2			1	9
Posebni zavodi – javni		4	5	5	1	1	16
Posebni zavodi - koncesija	1						1

Tabela - Q5aw – Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	7.14%	45.24%	11.90%	26.19%	4.76%	4.76%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	21.43%	19.05%	19.05%	19.05%	9.52%	11.90%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	66.67%	22.22%	0.00%	0.00%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	25.00%	31.25%	31.25%	6.25%	6.25%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



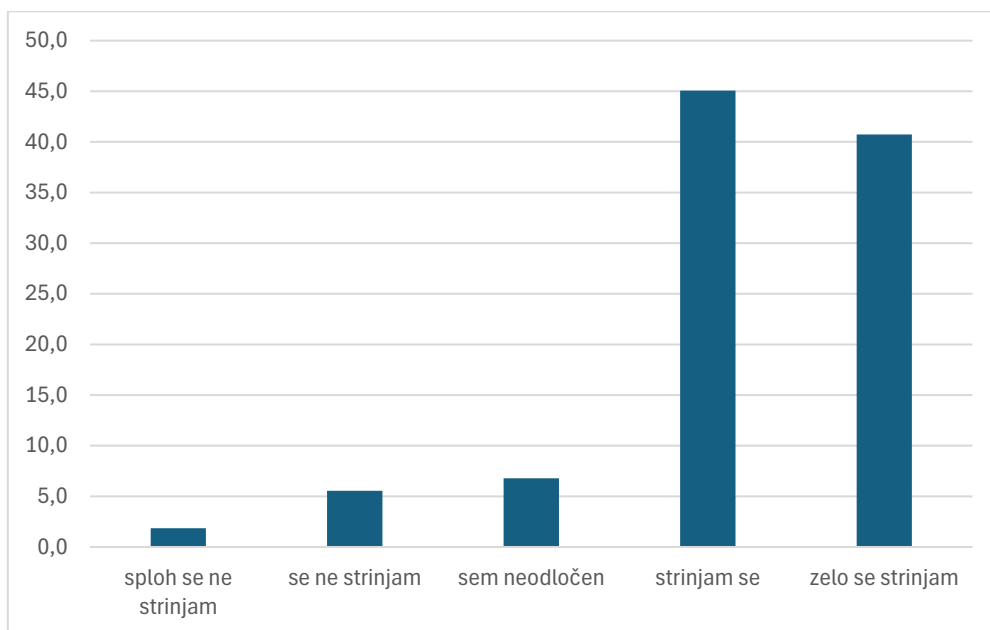
Slika 24 - Q5ax – Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.

Tabela - Q5ax – Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Delavno okolje							
Dom starejših občanov - javni	2	6	10	15	8		41
Dom starejših občanov - koncesija	2	3	9	19	8		41
Dom starejših občanov - zasebni		1	2	3		2	8
Posebni zavodi – javni		5	3	6	2		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5ax – Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.

	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Delavno okolje							
Dom starejših občanov - javni	4.88%	14.63%	24.39%	36.59%	19.51%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	4.88%	7.32%	21.95%	46.34%	19.51%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	12.50%	25.00%	37.50%	0.00%	25.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	31.25%	18.75%	37.50%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



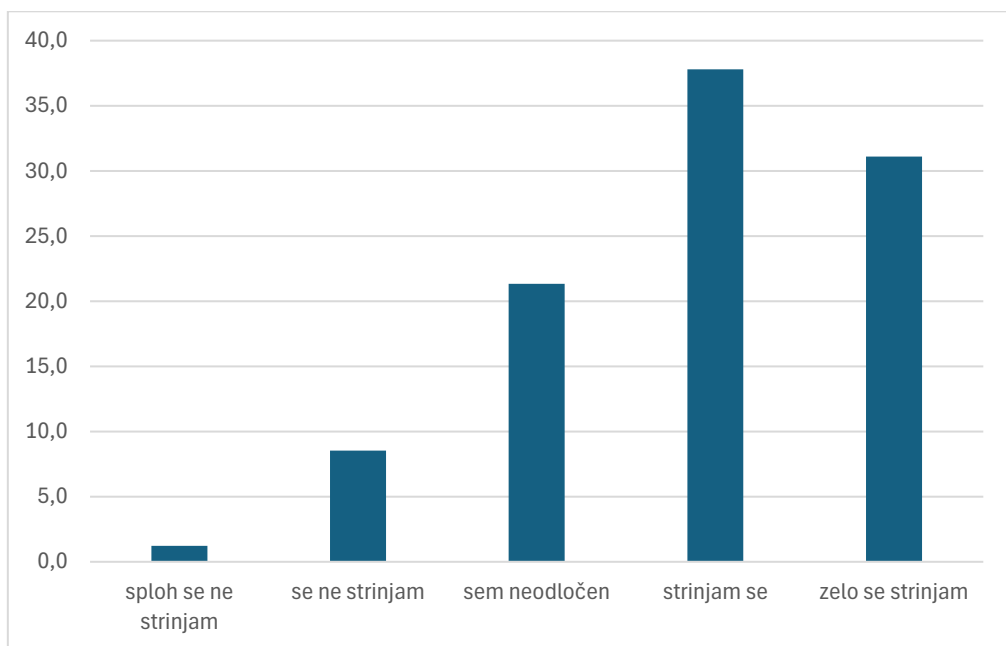
Slika 25 - Q5ay – Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.

Tabela - Q5ay – Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	1	2	16	22		42
Dom starejših občanov - koncesija		4	2	17	17	1	41
Dom starejših občanov - zasebni				5	4		9
Posebni zavodi – javni	1	2	3	8	2		16
Posebni zavodi - koncesija			1				1

Tabela - Q5ay – Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.38%	2.38%	4.76%	38.10%	52.38%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	9.76%	4.88%	41.46%	41.46%	2.44%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	0.00%	55.56%	44.44%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	12.50%	18.75%	50.00%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



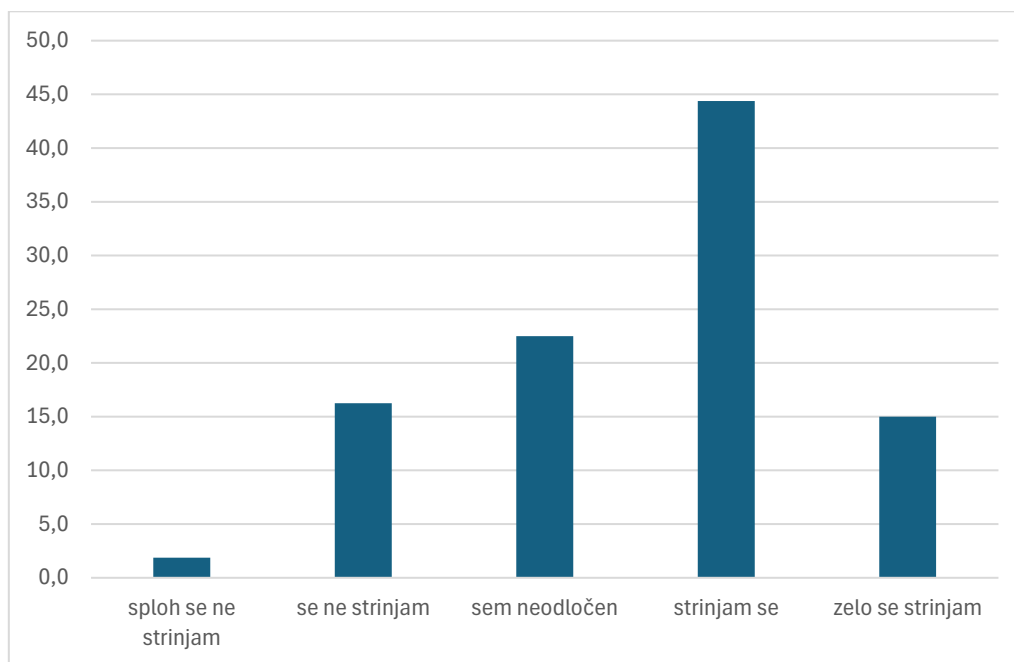
Slika 26 - Q5az – Vodstvo dobro opravlja svoje delo.

Tabela - Q5az – Vodstvo dobro opravlja svoje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		3	8	15	15	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	1	3	7	18	13		42
Dom starejših občanov - zasebni		1		5	3		9
Posebni zavodi – javni		3	6	4	3		16
Posebni zavodi - koncesija			1				1

Tabela - Q5az – Vodstvo dobro opravlja svoje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	7.14%	19.05%	35.71%	35.71%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	7.14%	16.67%	42.86%	30.95%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	0.00%	55.56%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	18.75%	37.50%	25.00%	18.75%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



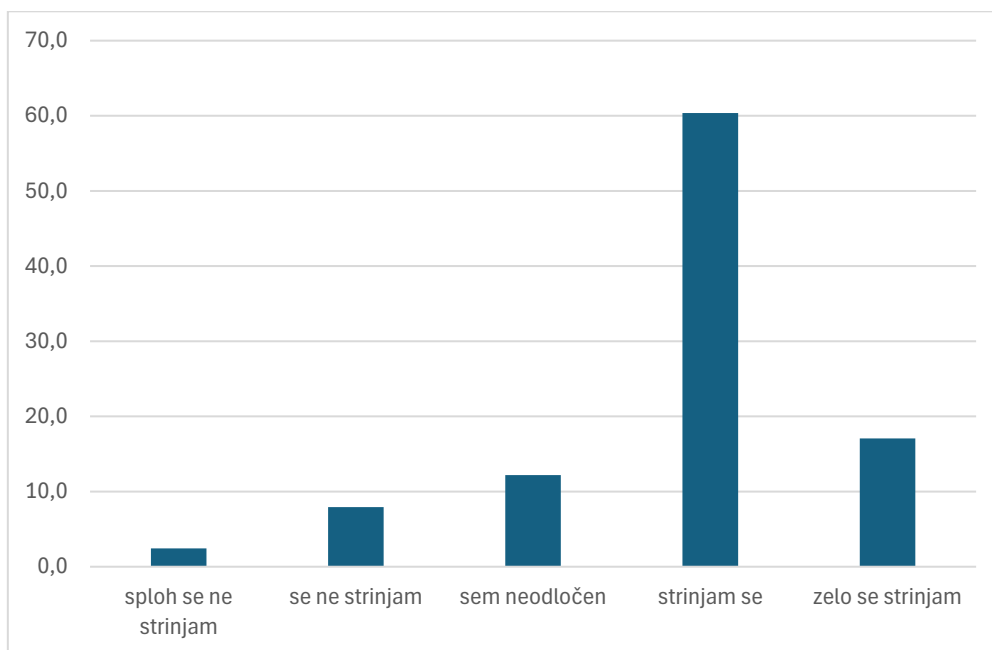
Slika 27 - Q5ba – Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.

Tabela - Q5ba – Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	6	10	16	6	1	40
Dom starejših občanov - koncesija		5	11	20	6		42
Dom starejših občanov - zasebni			4	3	1	1	9
Posebni zavodi – javni		5	5	4		1	15
Posebni zavodi - koncesija			1				1

Tabela - Q5ba – Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.50%	15.00%	25.00%	40.00%	15.00%	2.50%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	11.90%	26.19%	47.62%	14.29%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	44.44%	33.33%	11.11%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	33.33%	33.33%	26.67%	0.00%	6.67%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



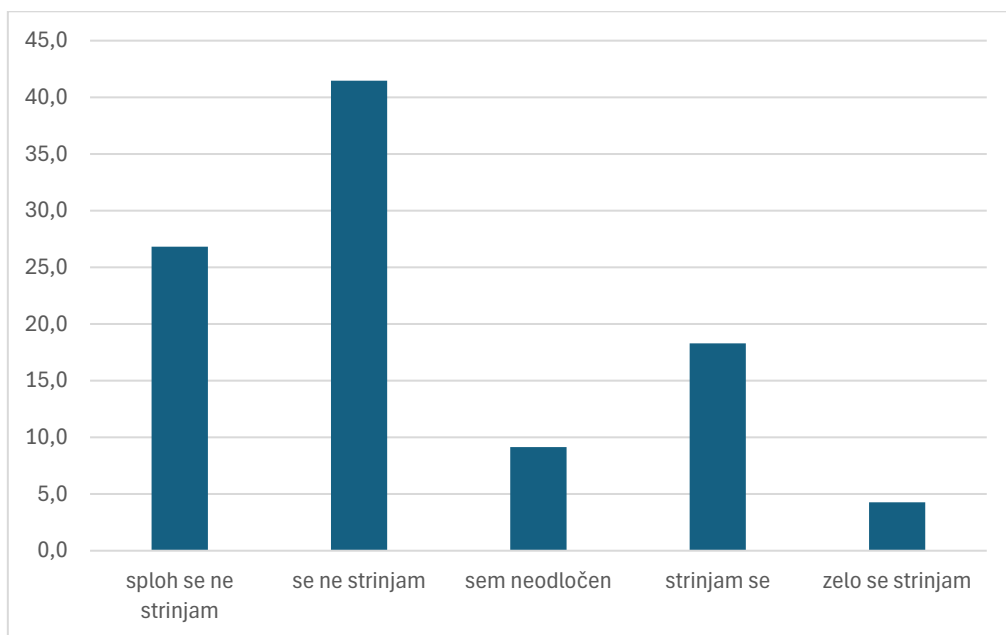
Slika 28 - Q5bb – Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.

Tabela - Q5bb – Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	3	5	27	6		42
Dom starejših občanov - koncesija	1	1	6	23	11		42
Dom starejših občanov - zasebni		1	1	4	2	1	9
Posebni zavodi – javni	1	4	4	6	1		16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5bb – Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.38%	7.14%	11.90%	64.29%	14.29%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	2.38%	14.29%	54.76%	26.19%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	11.11%	44.44%	22.22%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	25.00%	25.00%	37.50%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



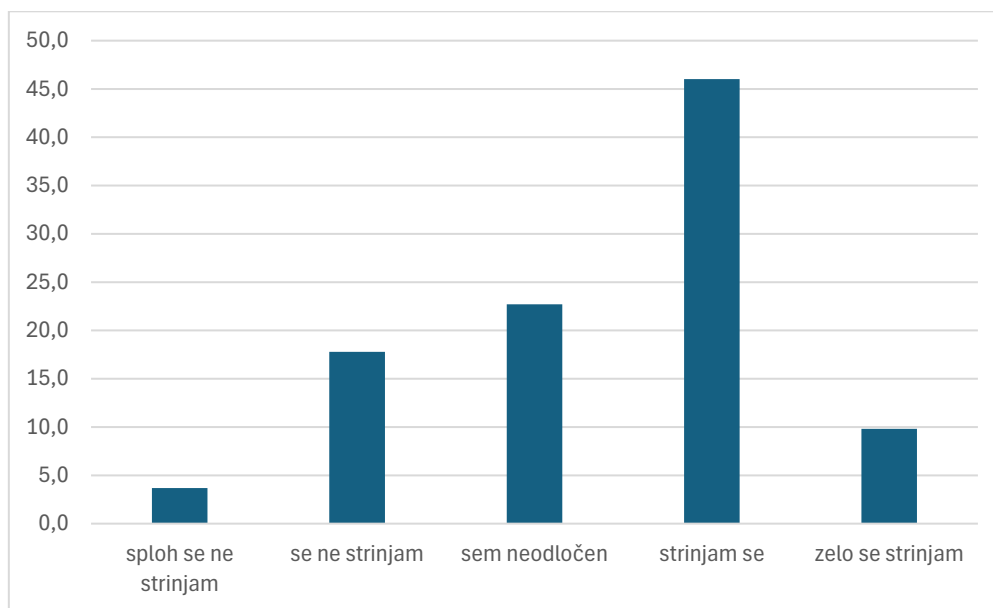
Slika 29 - Q5bc – Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.

Tabela - Q5bc – Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	11	18	5	5	2	1	42
Dom starejših občanov - koncesija	7	23	2	7	2	1	42
Dom starejših občanov - zasebni	3	2	1	2	1		9
Posebni zavodi – javni	4	8	2	2			16
Posebni zavodi - koncesija	1						1

Tabela - Q5bc – Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	26.19%	42.86%	11.90%	11.90%	4.76%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	16.67%	54.76%	4.76%	16.67%	4.76%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	33.33%	22.22%	11.11%	22.22%	11.11%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	25.00%	50.00%	12.50%	12.50%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



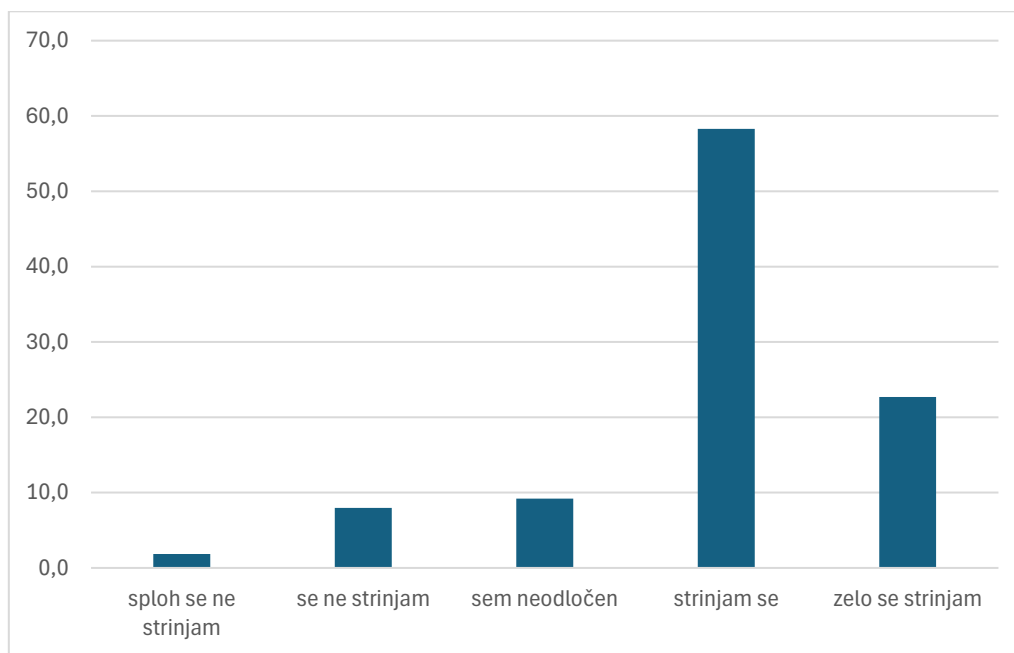
Slika 30 - Q5bd – V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.

Tabela - Q5bd – V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	3	8	6	20	5		42
Dom starejših občanov - koncesija	1	6	11	18	4	2	42
Dom starejših občanov - zasebni		1	2	6			9
Posebni zavodi – javni		7	5	3	1		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5bd – V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	7.14%	19.05%	14.29%	47.62%	11.90%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	14.29%	26.19%	42.86%	9.52%	4.76%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	22.22%	66.67%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	43.75%	31.25%	18.75%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



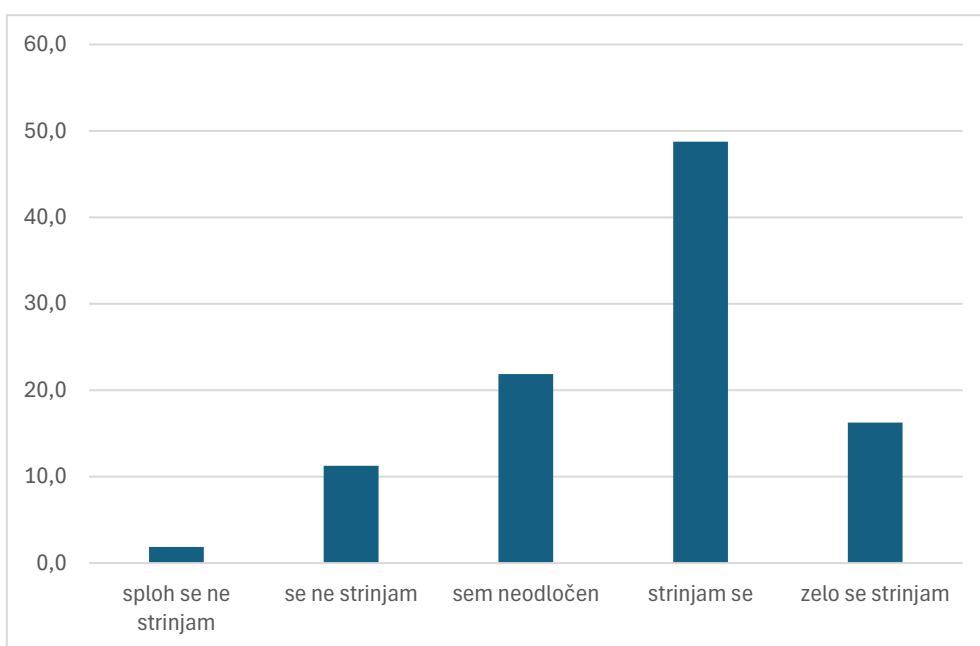
Slika 31 - Q5be – Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovanca so mi redno na voljo.

Tabela - Q5be – Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovanca so mi redno na voljo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	4	6	20	11		42
Dom starejših občanov - koncesija		3	1	28	9	1	42
Dom starejših občanov - zasebni			1	5	3		9
Posebni zavodi – javni	1	4	3	7	1		16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5be – Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovanca so mi redno na voljo.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.38%	9.52%	14.29%	47.62%	26.19%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	7.14%	2.38%	66.67%	21.43%	2.38%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	11.11%	55.56%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	25.00%	18.75%	43.75%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



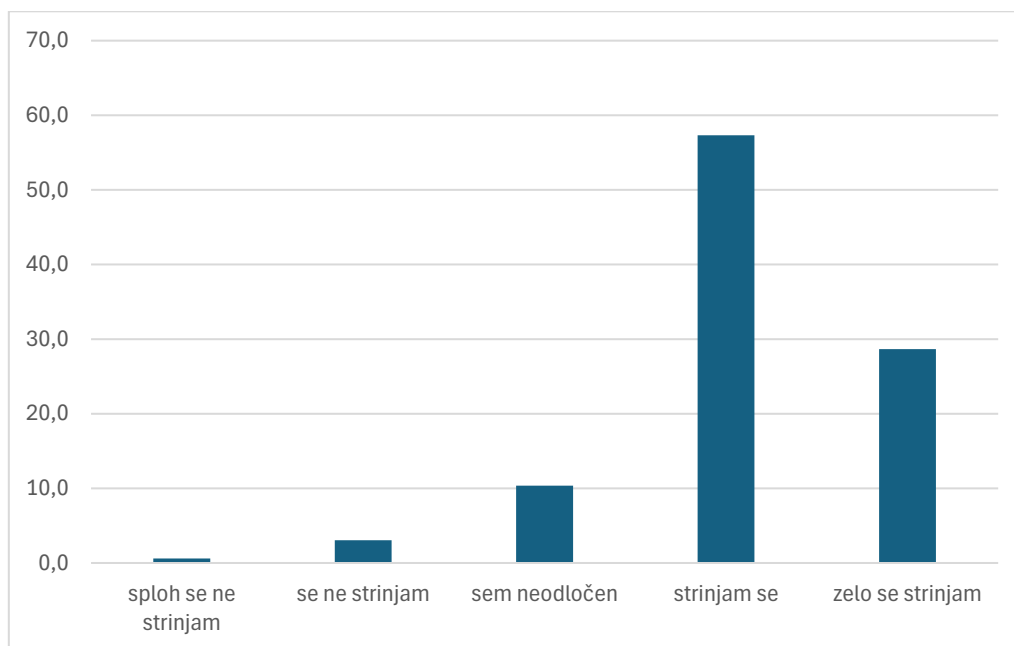
Slika 32 - Q5bf – Specializanti oz. učeče se osebe so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.

Tabela - Q5bf – Specializanti oz. učeče se osebe so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	3	9	22	4	2	41
Dom starejših občanov - koncesija	1	7	10	14	8	2	42
Dom starejših občanov - zasebni	1		1	7			9
Posebni zavodi – javni		3	7	5	1		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5bf – Specializanti oz. učeče se osebe so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.44%	7.32%	21.95%	53.66%	9.76%	4.88%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.38%	16.67%	23.81%	33.33%	19.05%	4.76%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	11.11%	0.00%	11.11%	77.78%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	18.75%	43.75%	31.25%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



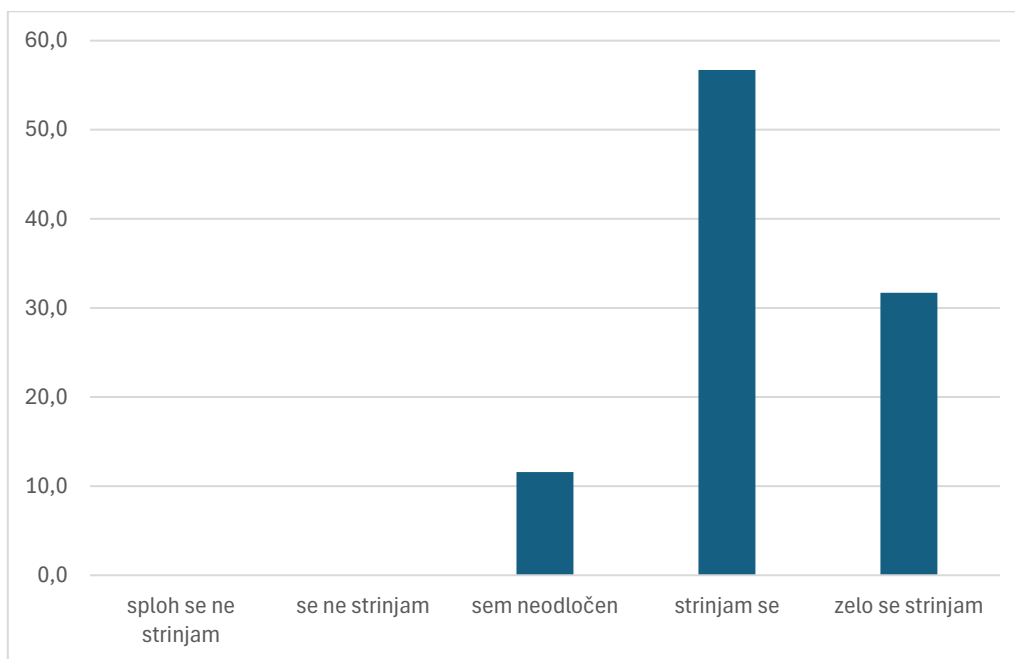
Slika 33 - Q5bg – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.

Tabela - Q5bg – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni			4	23	14		41
Dom starejših občanov - koncesija		1	6	20	14		41
Dom starejših občanov - zasebni			1	5	3		9
Posebni zavodi – javni	1		2	12	1		16
Posebni zavodi - koncesija		1					1

Tabela - Q5bg – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	9.76%	56.10%	34.15%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	2.44%	14.63%	48.78%	34.15%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	11.11%	55.56%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	0.00%	12.50%	75.00%	6.25%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%



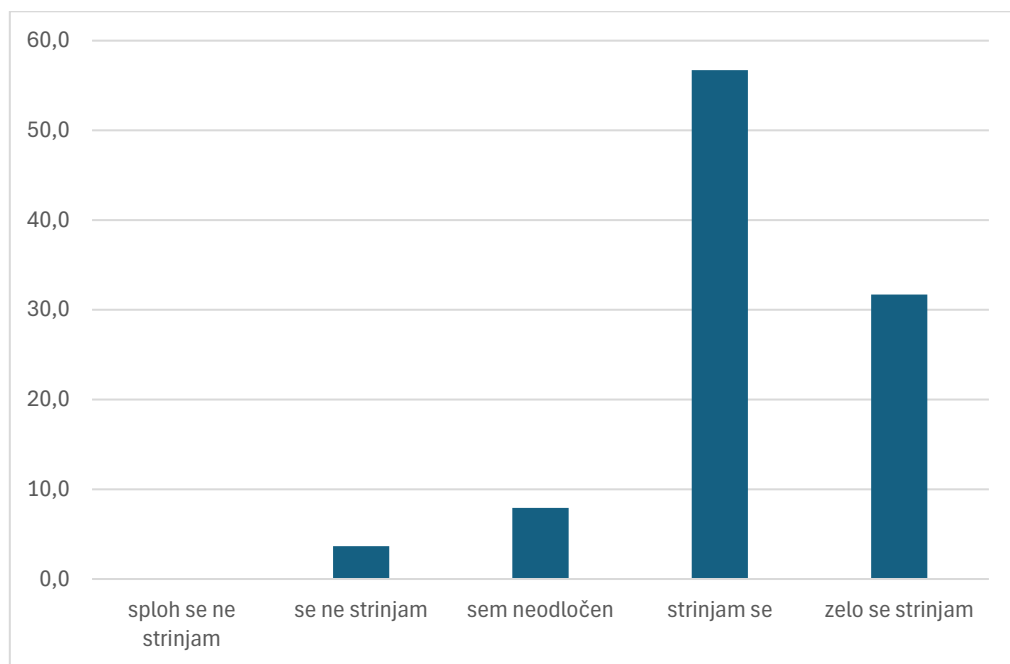
Slika 34 - Q5bh – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.

Tabela - Q5bh – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni			4	22	16		42
Dom starejših občanov - koncesija			7	18	15	1	41
Dom starejših občanov - zasebni			2	4	3		9
Posebni zavodi – javni			2	12	2		16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5bh – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	0.00%	9.52%	52.38%	38.10%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	0.00%	17.07%	43.90%	36.59%	2.44%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	0.00%	22.22%	44.44%	33.33%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	0.00%	12.50%	75.00%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



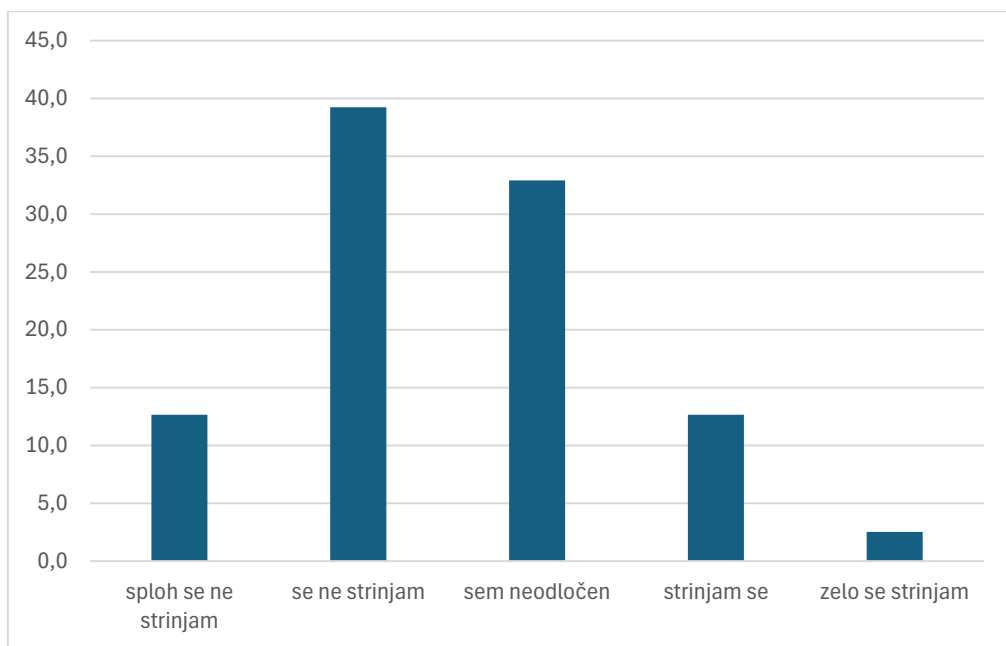
Slika 35 - Q5bi – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.

Tabela - Q5bi – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni		1	3	24	14		42
Dom starejših občanov - koncesija		2	2	21	16		41
Dom starejših občanov - zasebni		1	1	2	5		9
Posebni zavodi – javni		2	4	8	2		16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5bi – V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	0.00%	2.38%	7.14%	57.14%	33.33%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	0.00%	4.88%	4.88%	51.22%	39.02%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	11.11%	11.11%	22.22%	55.56%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	0.00%	12.50%	25.00%	50.00%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%



Slika 36 - Q5bj – Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.

Tabela - Q5bj – Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	5	18	15	3	1		42
Dom starejših občanov - koncesija	4	15	15	2	2	3	41
Dom starejših občanov - zasebni		4	4			1	9
Posebni zavodi – javni	1	6	5	4			16
Posebni zavodi - koncesija				1			1

Tabela - Q5bj – Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.

Delavno okolje	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Zelo se strinjam	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	11.90%	42.86%	35.71%	7.14%	2.38%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	9.76%	36.59%	36.59%	4.88%	4.88%	7.32%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	44.44%	44.44%	0.00%	0.00%	11.11%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	37.50%	31.25%	25.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Tabela 16: Deleži pozitivnih in negativnih ocen trditev o utrujenosti, vodstvu in sporazumevanju v SVZ.

Trditev	Ocena	Odstotek ocen
---------	-------	---------------

	1	2	3	4	5	Skupaj	1 in 2	3	4 in 5
Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.	14	24	13	78	33	162	23,5	8,0	68,5
Obstaja verjetnost ,da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.	25	40	26	50	18	159	40,9	16,4	42,8
Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj)	28	57	27	31	9	152	55,9	17,8	26,3
Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	12	27	34	62	25	160	24,4	21,3	54,4
Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.	3	9	11	73	66	162	7,4	6,8	85,8
Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	2	14	35	62	51	164	9,8	21,3	68,9
Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	3	26	36	71	24	160	18,1	22,5	59,4
Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivali na moje delo.	4	13	20	99	28	164	10,4	12,2	77,4
Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo oskrbovancev.	44	68	15	30	7	164	68,3	9,1	22,6
V našem okolju se nov kader dobro usposobi.	6	29	37	75	16	163	21,5	22,7	55,8
Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovanca so mi redno na voljo.	3	13	15	95	37	163	9,8	9,2	81,0
Specializanti oz. učeče se osebje so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	3	18	35	78	26	160	13,1	21,9	65,0
V našem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.	1	5	17	94	47	164	3,7	10,4	86,0
V našem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.	0	0	19	93	52	164	0,0	11,6	88,4
V našem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.	0	6	13	93	52	164	3,7	7,9	88,4
Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih so za- mud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.	20	62	52	20	4	158	51,9	32,9	15,2

4.2 Statistika odgovorov iz sekcije B: Ocena trditev o dokumentiranju napak

V sekciji B je bilo dvoje vprašanj, ki so jih anketiranci ocenjevali z ocenami od 1 do 5, z naslednjim naborom možnih odgovorov:

Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem
1	2	3	4	5	6

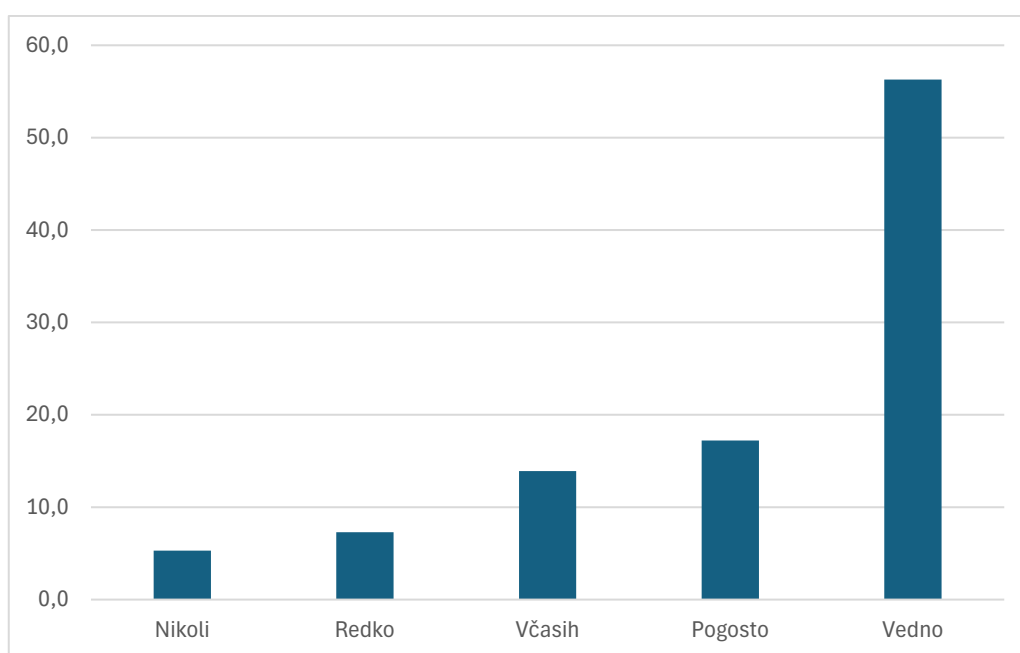
Rezultati ankete so podani v tabeli 17, struktura glede na pozitivne in negativne odgovore pa je razvidna iz tabele 18. V tabeli 18 je z rdečo barvo označen odstotek zelo kritičnih odgovorov.

Tabela 17: Sekcija B, ocene trditev Q6a in Q6b – Ocene dokumentiranja napak v SVZ.

Q6		RAZDELEK B: Dokumentiranje napak Kako pogosto dokumentirate (pisno ali elektronsko) naslednje vrste napak										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon	
		Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj				
Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	8 (5%)	11 (7%)	21 (13%)	26 (16%)	85 (52%)	12 (7%)	163 (100%)	163	523	4,3	1,3
Q6b	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?	9 (6%)	12 (7%)	27 (17%)	28 (17%)	73 (45%)	14 (9%)	163 (100%)	163	523	4,1	1,3

Tabela 18: Skupina B, deleži pozitivnih in negativnih ocen trditev o dokumentiranju napak

Opis vprašanja	Pogostost						Odstotek pogostosti		
	1	2	3	4	5	Skupaj	1 in 2	3,0	4 in 5
Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	8	11	21	26	85	151	12,6	13,9	73,5
Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?	9	12	27	28	73	149	14,1	18,1	67,8



Slika 37 – Q6a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

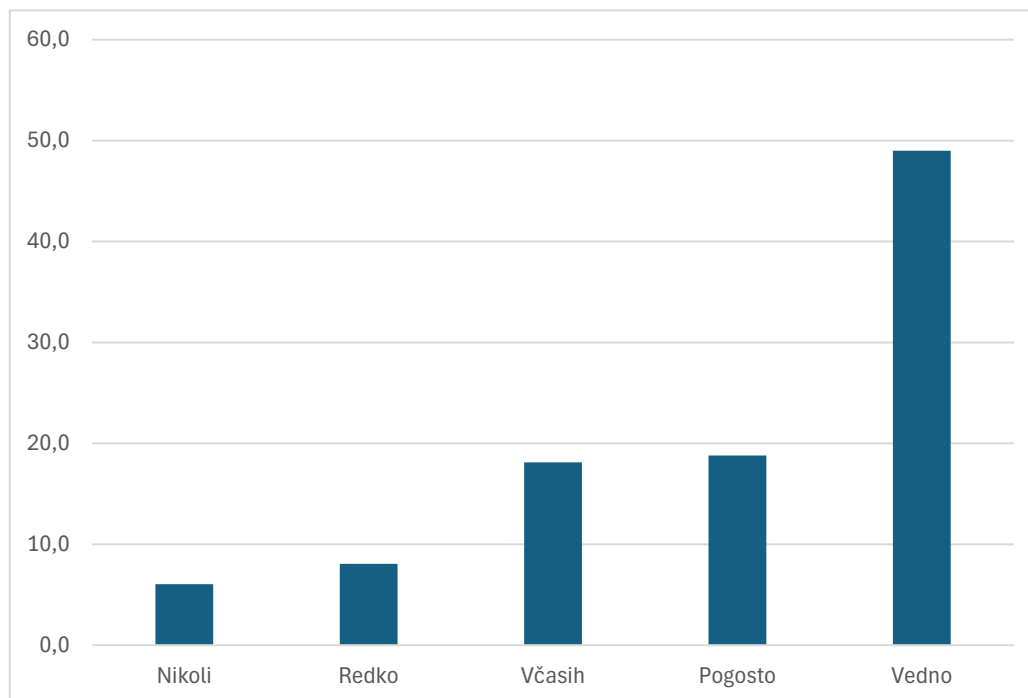
Tabela – Q6a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	1	4	9	24	2	41
Dom starejših občanov - koncesija	1	1	7	5	24	3	41
Dom starejših občanov - zasebni		1	1		3	3	8
Posebni zavodi – javni	1	3	1	4	5	2	16
Posebni zavodi - koncesija					1		1

Tabela – Q6a - Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.44%	2.44%	9.76%	21.95%	58.54%	4.88%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	2.44%	2.44%	17.07%	12.20%	58.54%	7.32%	100.00%
Dom starejših občanov - zasebni	0.00%	12.50%	12.50%	0.00%	37.50%	37.50%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	18.75%	6.25%	25.00%	31.25%	12.50%	100.00%

Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%
----------------------------	-------	-------	-------	-------	---------	-------	---------



Slika 38 – Q6b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Tabela – Q6b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	1	3	3	10	22	2	41
Dom starejših občanov - koncesija	2	3	7	5	20	4	41
Dom starejših občanov -zasebni		1	2		2	3	8
Posebni zavodi – javni	1	1	4	5	3	2	16
Posebni zavodi - koncesija			1				1

Tabela – Q6b - Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Ne pride v poštev ali ne vem	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	2.44%	7.32%	7.32%	24.39%	53.66%	4.88%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	4.88%	7.32%	17.07%	12.20%	48.78%	9.76%	100.00%
Dom starejših občanov -zasebni	0.00%	12.50%	25.00%	0.00%	25.00%	37.50%	100.00%

Posebni zavodi – javni	6.25%	6.25%	25.00%	31.25%	18.75%	12.50%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%

Statistika odgovorov iz sekcije C: Skupna subjektivna ocene varnosti oskrbovancev

V sekciji C je le eno vprašanje in sicer o vseobsegajoči oceni posameznih anketirancev glede varnosti pacientov. Možni odgovori so bili:

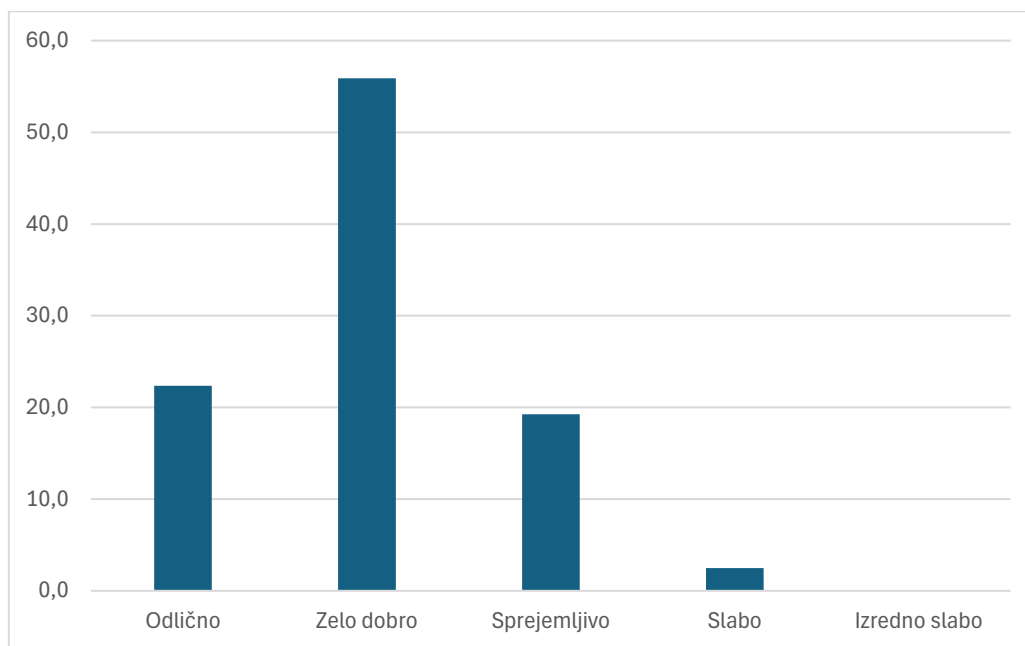
Odlično	Zelo dobro	Sprejemljivo	Slabo	Izredno slabo
5	4	3	2	1

Tabela 15: Sekcija C, skupna subjektivna ocene varnosti oskrbovancev v SVZ.

Q7	RAZDELEK C: Ocena varnosti pacientov (stanovalcev)										
	Podvprašanja	Odgovori						Veljavni	Št. enot	Povprečje	Std. odklon
		Odlično (5)	Zelo dobro (4)	Sprejemljivo (3)	Slabo (2)	Izredno slabo (1)	Skupaj				
Q7a	Prosim vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanovi. Označite samo EN odgovor	36 (22%)	90 (56%)	31 (19%)	4 (2%)	0 (0%)	161 (100%)	161	523	2,0	0,7

Tabela 16: Sekcija C, Struktura skupnih subjektivnih ocen varnosti oskrbovancev v SVZ.

Opis vprašanja	Pogostost						Odstotek		
	5	4	3	2	1	Skupaj	4 in 5	3,0	2 in 1
Prosim vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanovi.	36	90	31	4	0	161	78,3	19,3	2,5



Slika 39 – Q7 - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanov.

Tabela – Q7 - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanov.

	Odlično (5)	Zelo dobro (4)	Sprejemljivo (3)	Slabo (2)	Izredno slabo (1)	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	8	29	3			40
Dom starejših občanov - koncesija	6	22	12	1		41
Dom starejših občanov -zasebni	4	2	2			8
Posebni zavodi – javni	1	5	8	2		16
Posebni zavodi - koncesija				1		1

Tabela – Q7 - Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanov.

	Odlično (5)	Zelo dobro (4)	Sprejemljivo (3)	Slabo (2)	Izredno slabo (1)	Skupaj
Dom starejših občanov - javni	20.00%	72.50%	7.50%	0.00%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov - koncesija	14.63%	53.66%	29.27%	2.44%	0.00%	100.00%
Dom starejših občanov -zasebni	50.00%	25.00%	25.00%	0.00%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi – javni	6.25%	31.25%	50.00%	12.50%	0.00%	100.00%
Posebni zavodi - koncesija	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	100.00%

Tabela 17: Kvalitativne ocene varnosti oskrbovancev

Vaši komentarji: Prosimo napišite kaj si mislite o varnosti pacientov (stanovalcev), napakah in o sporočanju napak v vaši delovni organizaciji
naši procesi dela od nas zahtevajo nadzor nad napakami in beleženje le teh, da lahko ukrepamo in preprečimo posledice oz. zagotovimo, da se v čim manjši meri ponavljajo.
na splošno se mi zdi, da je v naši organizaciji za varnost naših stanovalcev dobro poskrbljeno.
ni dovolj jasno določeno, kako ravnati v primeru napak, o njih je potrebno govoriti, ne z namenom kaznovanja, temveč odpravljanja pomanjkljivosti na delovnem mestu, negativci imajo preveč moči, zato si marsikdo ne upa spregovoriti
za varnost pacientov oz. stanovalcev je z strani zaposlenih dobro poskrbljeno, do problema pride, ko potrebujemo zdravnico, ki pacientov ne pogleda in ne obravnava tako, kot jo prosimo.
varnost pacientov je na prvem mestu. če pride do napak se o njih pogovorimo in evalviramo, da se ne ponavljajo. rešujemo jih sprotno.
za varnost je dobro poskrbljeno. zapišejo se vsi neželjeni dogodki. organizirajo se družinski sestanki.
mislim, da je na splošno dobro poskrbljeno za varnost, vendar je s financami to tudi odvratno. stanovalcev. je pa dejstvo, da se vedno najdejo še rezerve, ki bi varnost povečale in stanovalce obvarovale.
zelo dobro urejeno, napake se dokumentira redno in dosledno.
stanovniki, ki so begavci, so nameščeni na stanovanjski del doma namesti na oddelek primeren zanje, da so pod stalnim nadzorom, večkrat odidejo iz doma, nevedoč kam gredo. ali reorganizirati oddelke, kar je vedno več stanovalcev, ki potrebujejo stalni nadzor.
mislim, da se napake ne smejo dogajati, a kdor dela, kdaj naredi napako nihota
če bi bilo zaposlenega več kadra, bi bili tudi stanovalci bolj varni.
za paciente je v organizaciji dobro poskrbljeno, vsaka napaka se prizna in popravi
/
vsak, ki dela, lahko dela napake. tisti, ki ne dela, ne more delati napak. ko pride do napak je prav, da so dokumentirane. če se o napakah ne pogovarjamo, se lahko že s tem izognemo ponovitvi ponovne napake.
težko je posploševati, saj ima vsak oskrbovavec svoje specifične potrebe glede varnosti, vendar se poskušamo prilagajati vsak dan znova
potrebno bi bilo posodobiti sistem beleženja napak, organizirati delavnice o sporočanju napak in varnosti stanovalcev v obliki igr vlog.
arhitekturne ovire, ki ovirajo mobilnost in večjo samostojnost stanovalcev.
mislim da je v našem zavodu za varnost pacientov dobro poskrbljeno.
problem delo zdravnice ki ne pogleda pacientov
sroti odpravljamo napake, so o njih pogovarjamo in ne iščemo krivca temveč vzrok zakaj je do napake prišlo in kako lahko popravimo.
varnost stanovalcev je v neposredni zvezi s kadrovskimi razmerami v sektorju. dokler bo na trgu dela primanjkovalo ustreznega kadra in se bodo v domovih zaposlovali le tisti, ki se drugje ne morejo, bo varnost omejena. zato je zagotavljanje varnosti v domovih primarno naloga države, ki naj s sistemskimi ukrepi urodi razmere na trgu dela. prelaganje odgovornosti za varnost stanovalcev na ramena ...
pri nas so pacienti varni.
varnost je dobra
ne glede na število kadra, usposobljenost in pripravljenost kadra, nikoli ne bomo preprecili vseh napak in tveganj pri obravnavi ter preprečevanju varnosti. to nam naj bo v vodilo, da nenehno strmimo k izboljševanju ter izobraževanju.
premalo komuniciranja glede sprememb pri pacientih. vodni delci prevec razlik med zaposlenimi in stanovalci kdor jim je vsec. imajo vse privilegije. vodilni ne prisluhne nikogar-mur,
premalo zaposlenih
domovi smo postali negovalne bolnišnice, 80% varovancev je v oskrbi IIIa
nimam komentarja
v našem domu imamo protokol, da se vsaka napaka ustrezno dokumentira na predpisan obrazec. prav tako se zabeleži pod opažanja pri samem stanovalcu.
v primeru incidenta imamo varnostno vizito
mislim da je za stanovalce dobro preskrbljeno
napake se dosledno dokumentirajo in poročajo.
kadar se napaka opazi se jo timsko poskuša v najkrajšem možnem času poskuša poiskati rešitev
pomembno je delati na preventivi, izdelovati analize tveganja, prej opozarjati, ozaveščati. vsak dogodek je nujno beležiti, analizirati, iskati izboljšavo. pometanje pod preprogo je slaba odločitev, ki lahko dolgoročno škoduje organizaciji in zaposlenim. sem za konstruktivno in ažurno reševanje. delo z ljudmi, institucije... so živa stvar in vedno je kaj za reševati, urejati in ...
vsekakor je premalo timskih sestankov, kjer bi se lahko konkretno in osebno pogovorili, reševali težave in sodelovali kot uspešen tim. dokler tega ne bo, bo kakovost, varnost, kvaliteta oskrbe omejena.
dobro

5 ZGORNJA MEJA ODSOTKA NEGATIVNIH OCEN V VSEH ANKETNIH VPRAŠANJIH VSEM ZAPOSLENIM V SVZ SLOVENIJE

V nadaljevanju ocenjujemo zgornjo mejo odstotkov negativnih odgovorov na trditve za vse SVZ. Kritične meje za odstotke negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili tudi z Agresti-Caffo oceno s tveganjem 0,025 in 0,01, kar pomeni, da na 100 zaposlenih v slovenskih SVZ je lahko ta odstotek presežen le v 2,5 oziroma enem primeru. Pri oceni zgornje meje odstotkov negativnih ocen smo upoštevali, da se posteriorna porazdelitev odstotka p_i negativnih ocen i -te ambulate s frekvenco negativnih odgovorov X_i porazdeljuje v beta porazdelitvi s povprečjem ACp :

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

in varianco $\sigma^2(ACp)$

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

kjer je n_i število vseh odgovorov pri posameznih vprašanjih. Standardno deviacijo ocen znižuje tudi končno število osnovne populacije, vendar v našem primeru za manj kot 1%. V tabeli 18 so podane zgornje meje odstotkov slabih ocen trditev pri tveganju 0,025 in 0,01 v skupini A.

Tabela 18: Zgornja meja odstotka negativnih trdite skupine A pri tveganju 0,025 in 0,01.

Koda	Trditev	X	n	ACp	SE(ACp)	$\epsilon(0,025)$	$\epsilon(0,01)$	% ACp+ +zSE(0,025)	% ACp+ +zSE(0,01)
Q5aa	Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.	13	168	0,082	0,021	0,041	0,049	12,4	13,1
Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev.	31	167	0,189	0,030	0,059	0,070	24,8	25,9
Q5ac	V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo.	17	168	0,106	0,024	0,046	0,055	15,2	16,1
Q5ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev.	10	167	0,065	0,019	0,037	0,044	10,2	10,9
Q5ae	Zaposleni lahko brez težav	5	166	0,036	0,014	0,028	0,033	6,4	6,9

	vprašajo, kadar česa ne razumejo.								
Q5af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	21	164	0,133	0,026	0,051	0,061	18,4	19,4
Q5ag	Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.	14	166	0,089	0,022	0,043	0,051	13,2	14,0
Q5ah	Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo.	15	165	0,096	0,023	0,045	0,053	14,0	14,9
Q5ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev.	9	164	0,060	0,018	0,036	0,043	9,6	10,3
Q5aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	24	166	0,149	0,027	0,054	0,064	20,2	21,3
Q5ak	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	29	165	0,180	0,030	0,058	0,069	23,8	24,9
Q5al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev.	9	164	0,060	0,018	0,036	0,043	9,6	10,3
Q5am	Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	20	166	0,125	0,025	0,050	0,059	17,5	18,4
Q5an	Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	16	161	0,104	0,024	0,047	0,056	15,1	16,0
Q5ao	Rad/-a imam svoje delo.	0	157	0,006	0,006	0,012	0,015	1,9	2,1
Q5ap	V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	15	165	0,096	0,023	0,045	0,053	14,0	14,9
Q5aq	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	27	166	0,167	0,029	0,056	0,067	22,3	23,3

Q5ar	Ponosn/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.	8	165	0,054	0,017	0,034	0,041	8,8	9,4
Q5as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.	20	164	0,127	0,026	0,050	0,060	17,7	18,6
Q5at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	51	162	0,317	0,036	0,071	0,084	38,8	40,1
Q5au	Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.	38	162	0,238	0,033	0,065	0,077	30,3	31,5
Q5av	Obstaja verjetnost ,da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.	65	159	0,410	0,039	0,076	0,090	48,6	50,0
Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj)	85	152	0,558	0,040	0,078	0,093	63,7	65,1
Q5ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	39	160	0,247	0,034	0,066	0,079	31,3	32,6
Q5ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.	12	162	0,079	0,021	0,041	0,049	12,0	12,8
Q5az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	16	164	0,102	0,023	0,046	0,055	14,8	15,7
Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	29	160	0,185	0,030	0,060	0,071	24,5	25,6
Q5bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.	17	164	0,108	0,024	0,047	0,056	15,6	16,4
Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.	112	164	0,681	0,036	0,071	0,084	75,1	76,5
Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	35	163	0,218	0,032	0,063	0,075	28,1	29,3

Q5be	Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovanca so mi redno na voljo.	16	163	0,103	0,024	0,046	0,055	14,9	15,8
Q5bf	Specializanti oz. učeče se osebje so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	21	160	0,136	0,027	0,053	0,063	18,8	19,8
Q5bg	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.	6	164	0,042	0,016	0,030	0,036	7,3	7,8
Q5bh	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.	0	164	0,006	0,006	0,012	0,014	1,8	2,0
Q5bi	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.	6	164	0,042	0,016	0,030	0,036	7,3	7,8
Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.	24	158	0,156	0,029	0,056	0,067	21,2	22,3

Tabela 19: Zgornja meja odstotka negativnih ocen v skupinah B in C pri tveganju 0,025 in 0,01.

	Q6							%	%
	Opis vprašanja	X	n	ACp	SE(ACp)	e(0,025)	e(0,01)	ACp+ +zSE(0,025)	ACp+ +zSE(0,01)
Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	19	151	0,131	0,027	0,053	0,063	18,4	19,4
Q6b	Ko napaka doseže	21	149	0,146	0,029	0,056	0,067	20,2	21,2

	pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?								
	Q7							%	%
	Opis vprašanja	X	n	ACp	SE(ACp)	e(0,025)	e(0,01)	ACp+ +zSE(0,025)	ACp+ +zSE(0,01)
Q7	Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanov.	4	161	0,031	0,013	0,026	0,031	5,7	6,2

6 TESTIRANJE RAZLIK MED JAVNIM IN ZASEBNIM V SVZ

Tabela 20: χ^2 test razlik med javnimi in zasebnimi SVZ-ji v Sloveniji.

Koda	Trditev- vprašanje	n	Št. negativnih ocen		Hi-kvadrat Test alfa
			X (javni)	X (zasebni)	
Q5aa	Poklic , ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.	168	2	3	(0,66)
Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev.	167	6	10	0,13
Q5ac	V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo.	168	6	5	0,87
Q5ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo oskrbovancev.	167	2	6	(0,27)
Q5ae	Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	166	4	3	(0,03)
Q5af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	164	6	11	0,26
Q5ag	Kot pacient ali stanovalac v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.	166	4	7	0,56
Q5ah	Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo.	165	4	7	(0,72)
Q5ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti oskrbovancev.	164	4	8	(0,26)

Q5aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	166	10	7	0,80
Q5ak	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	165	10	10	0,21
Q5al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti oskrbovancev.	164	5	3	(0,45)
Q5am	Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	166	8	4	(0,13)
Q5an	Moji predlogi glede varnosti bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	161	5	5	0,999
Q5ao	Rad/-a imam svoje delo.	157	0	0	ni
Q5ap	V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	165	3	5	(0,22)
Q5aq	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	166	12	7	0,22
Q5ar	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.	165	2	3	(0,79)
Q5as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.	164	7	5	0,90
Q5at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	162	16	13	0,85
Q5au	Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.	162	0	0	ni
Q5av	Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/a napake.	159	17	23	0,04
Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih	152	19	12	0,26
Q5ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	160	13	7	0,74
Q5ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti oskrbovancev.	162	5	4	(0,40)
Q5az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	164	6	5	0,65
Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	160	12	5	0,57
Q5bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.	164	9	3	(0,39)
Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.	164	41	36	0,83
Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	163	18	9	0,68
Q5be	Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo oskrbovancev, mi redno na voljo.	163	10	3	(0,39)
Q5bf	Specializanti oz. učeče se osebje so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	160	7	10	0,27
Q5bg	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi.	164	1	2	(0,04)
Q5bh	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.	164	0	0	ni
Q5bi	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdravstvenim osebjem.	164	3	3	(0,63)
Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.	158	8	5	0,66
Q6a	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	151	6	3	0,38

Q6b	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivalo na moje delo.	149	2	2	
7	Prosim vas, da ocenite stanje varnosti pacientov (stanovalcev) v vaši ustanov.	161	2	2	

Le v dveh primerih so se razlike v deležu negativnih ocen med javnim in zasebnim pokazale značilne, če vnaprej zahtevamo 5% tveganje ali manj, in sicer:

Q5ae Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo: $\alpha = 0,0244$

in

Q5bg V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi: $\alpha = 0,0312$.

vendar pa se pri teh primerih ne moremo zanesti na hi-kvadrat test, ker je število negativnih ocen ali v javnem ali v zasebnem sektorju manjše od 5 v vsakem od teh primerov.

7 SKLEP

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

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

Iz odgovorov in ocen zastavljenih trditev sledi, da je kadrovska problematika, predvsem pomanjkanje kadra v SZV-jih največji problem. Za ilustracijo: med ponavljanjem stotih naključno izbranih SZV-jih se bo odstotek negativnih ocen te problematike gibal na intervalu med 59,7% in 76,5% kar v 98 vseh primerov ter med 61% in 75,1% kar v 95 primerih, kot je

razvidno iz tabele 20 (dvostranska ocena pri $z(0,01)$). Takšno stanje pa povzroča utrujenost, ki poslabšuje delovno uspešnost v 48% do 63,7% z verjetnostjo 0,95, kot je razvidno iz tabele 21.

Tabela 21: Intervalna ocena odstotka negativnih ocen v skupinah B in C pri tveganju 0,025 in 0,01.

Koda	Opis vprašanja	X	n	ACp- zSE(0,025)	ACp- - zSE(0,01)	ACp+ +zSE(0,025)	ACp+ +zSE(0,01)
Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila oskrbovancev.	112	164	61	59,7	75,1	76,5
Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj)	85	152	48	46,5	63,7	65,1

Negativne ocene, ki sledijo iz tabele 21, pa je smiselno povezovati s trditvami Q5bc in Q5aw. Velik del zaposlenih se niti ne zaveda, da z utrujenostjo zaradi prevelike delovne obremenitve znižujejo učinkovitost, delovno uspešnost in zvišujejo verjetnost napak. Da preobremenitev ne vpliva na njihovo delovno uspešnost, ki bi škodile oskrbovancem, ocenjuje med 23% in 40,1% oskrbovalcev (s tveganjem 0,02), vpliv samih napak v sovražnih situacijah pa se ne zaveda med 32% in 50% vseh zaposlenih, kar tudi lahko trdimo s tveganjem manjšim od 0,02. natančneje nam to podaja tabela 22.

Tabela 22: Intervalna ocena odstotka negativnih ocen varnosti pacientov v primeru prevelikih delovnih obremenitev in s tem utrujenosti pri tveganju 0,025 in 0,01.

Koda	Opis trditve	X	n	ACp	ACp- zSE(0,025)	ACp- zSE(0,01)	ACp+ +zSE(0,025)	ACp+ +zSE(0,01)
Q5at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	51	162	0,32	24	23	38,8	40,1
Q5au	Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu.	38	162	0,24	17	16	30,3	31,5
Q5av	Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah	65	159	0,41	33	32	48,6	50,0

	delal/a napake.							
--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--

Zato čudi vsesplošna ocena varnosti oskrbovancev, po kateri manj kot 6,2 odstotka vseh slovenskih oskrbovalcev v SVZ-jih meni, da je nezadostna (glej tabelo 19!), kar lahko trdimo s tveganjem manjšim od 0,01.

Vsekakor pa ni podcenjevati še naslednjih ocen trditev, ki so razvidne iz tabele 23.

Tabela 23: Trditve, pri katerih bi bilo v slučajnem izboru stotih delavcev v SVZ več kot 20 odgovorov negativnih s tveganjem 0,01.

Koda	Opis trditve ali vprašanja			%
		X	n	ACp+ +zSE(0,01)
Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev.	31	167	25,9
Q5aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	24	166	21,3
Q5ak	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	29	165	24,9
Q5aq	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	27	166	23,3
Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	29	160	25,6
Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	35	163	29,3
Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste.	24	158	22,3
Q6b	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?	21	149	21,2

OPOMBA: NEGATIVNE TRDITVE SO OBARVANE RDEČE.

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

Iz tabele 23 sledijo priporočila za druge nujnejše ukrepe, ko rešimo probleme kadrovskega pomanjkanja in s tem povezane utrujenosti oskrbovalcev:

- Poskrbeti je potrebno za izboljšanje usposabljanja novega kadra.
- Omogočimo svobodnejši pogovor o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev in pri zaznanih napakah.
- Poskrbimo za konstruktivno obravnavo težavnih oseb.
- Izboljšati je potrebno delovne pogoje.
- Odpraviti je potrebno motnje v sporazumevanju, ki vodijo do zamud pri obravnavi oskrbovancev.
- Pogostejše je potrebno poskrbeti tudi za povratne informacije o uspešnosti dela oskrbovalcev.

- Dokumentirati je smiselno tudi napake, ki imajo manjši potencial, da bi škodile oskrbovancu.

8 POVZETEK MNENJA RECENZENTOV

Pričujoča monografija je ena od knjig, ki so rezultat raziskave o kulturi varnosti pacientov (V3-2245: Kultura varnosti pacientov), ki jih je sofinancirala 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.

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

Ta monografija obravnava kulturo varnosti oskrbovancev v domovih starejših občanov. Monografija je sestavljena iz 7 poglavij:

- SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU
- TESTIRANJE RAZLIK V PORAZDELITVAH
- VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI
- STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODIH
- ZGORNJA MEJA ODSOTKA NEGATIVNIH OCEN V VSEH ANKETNIH VPRAŠANJIH VSEM ZAPOSLENIM V SVZ SLOVENIJE
- TESTIRANJE RAZLIK MED JAVNIM IN ZASEBNIM V SVZ in
- SKLEP

V Sklepu so nanizani najpogostejše zaznani izzivi v kulturi varnosti pacientov in priporočila, ki se glede na pogostost negativnih ocen razvrščajo v naslednjo ranžirno vrsto: (1) Poskrbeti je potrebno za izboljšanje usposabljanja novega kadra; (2) Omogočiti je potrebno svobodnejši pogovor o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev in pri zaznanih napakah; (3) Poskrbeti je potrebno za konstruktivno obravnavo težavnih oseb; (4) Izboljšati je potrebno delovne pogoje; (5) Odpraviti je potrebno motnje v sporazumevanju, ki vodijo do zamud pri obravnavi oskrbovancev; (6) Pogostejše je potrebno poskrbeti tudi za povratne informacije o uspešnosti dela oskrbovalcev; (7) Dokumentirati je smiselno tudi napake, ki imajo manjši potencial, da bi škodile oskrbovancu.

Iz seznama uporabljene literature sledi, da študija temelji ne samo na anketah in izkušnjah raziskovalcev, ampak tudi na ugotovitvah v 166 bibliografskih enotah.

Iz podrobnejše analize in primerjave med vrstami institucij v Sloveniji sledi, da je pri vseh še posebej zaskrbljujoča kadrovska zasedba delovnih mest po institucijah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in neželenih dogodkov, ki zaradi tega ves čas 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, zato jo priporočamo vsem deležnikom v primarnem zdravstvu.

Monografija s svojo vsebino na 122 straneh jasno sporoča, da kulture varnosti pacientov ni mogoče vzpostaviti z enkratnimi ukrepi, pravilniki ali kampanjami. Gre za dolgotrajen proces, ki zahteva zavzetost vodstva, aktivno vključevanje vseh zaposlenih, odprto in nekaznovalno poročanje o napakah ter nenehno učenje in prilagajanje. Priporočamo jo tako osebju v domovih starejših občanov kot tudi študentom Socialne gerontologije. Ker pa je temeljni problem, zaznan v DSO-jih pomanjkanje usposobljenega kadra, je monografija še posebej priporočljiva, da jo vzamejo v roke odgovorni za načrtovanje dolgotrajne oskrbe in Ministrstvo za finance.

doc.dr. Marta Kavšek

doc.dr. Valerija Rogelj

LITERATURA

Temeljni viri

1. Priročnik za ocenjevanje varnosti pacientov - Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), dostop 1. aprila 2025, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363992/9789290223221-eng.pdf?sequence=1>.
2. Priročnik za ocenjevanje varnosti pacientov - Prijava, dostopno 1. aprila 2025, <https://applications.emro.who.int/docs/9789290223221-eng.pdf>
3. Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: A Scoping Review - MDPI, dostop 1. aprila 2025, <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/20/2075>
4. www.performancehealthus.com, dostop 1. aprila 2025, <https://www.performancehealthus.com/blog/enhancing-patient-safety-risk-assessment-tools-healthcare#:~:text=These%20tools%20utilize%20a%20combination,occurring%20and%20tailor%20interventions%20accordingly>.
5. Povečanje varnosti pacientov: Uporaba orodij za oceno tveganja v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.performancehealthus.com/blog/enhancing-patient-safety-risk-assessment-tools-healthcare>
6. Orodje za samoocenjevanje: A National Action Plan to Advance Patient Safety, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ihl.org/self-assessment-tool-national-action-plan-advance-patient-safety>
7. AHRQ's Surveys on Patient Safety Culture® for New Users - Westat, dostopno 1. aprila 2025, <https://events.westat.com/sops/img/SOPS%20101%20Slides%20for%20xD%20FINAL%20SLIDES%201-14-2025.pdf>.
8. Orodje za oceno varnosti pacientov (PSAT), dostop 1. aprila 2025, <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/onthejob/assessment.asp>.
9. Ankete SOPS - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/index.html>
10. Ankete o kulturi varnosti pacientov | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/topics/surveys-patient-safety-culture.html>
11. Ankete o kulturi varnosti pacientov (SOPS) | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>.
12. Kaj je kultura varnosti pacientov? | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
13. Pogosto zastavljena vprašanja v programu Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®), dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/about/faq/index.html>.
14. Razkrivanje prednosti raziskav varnostne kulture | ADN - American Data Network, dostop 1. aprila 2025, <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/revealing-the-advantages-of-safety-culture-surveys/>

15. Vodnik po raziskavi bolnišnic o kulturi varnosti pacientov | ADN - American Data Network, dostop 1. aprila 2025, <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/a-comprehensive-guide-to-the-hospital-survey-on-patient-safety-culture/>
16. AHRQ Patient Safety Tools and Resources, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/patient-safety-tools-pamphlet.pdf>.
17. Standardi za varnost pacientov - CMS, dostop 1. aprila 2025, <https://www.cms.gov/medicare/quality-initiatives-patient-assessment-instruments/qualityinitiativesgeninfo/aca-mqi/patient-safety/mqi-patient-safety>
18. Ankete o kulturi varnosti pacientov (AHRQ) - SurveyMonkey, dostop 1. aprila 2025, <https://www.surveymonkey.com/mp/patient-safety-culture-surveys-ahrq/>.
19. Uporaba raziskave AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture kot intervencijskega orodja za regionalne kolaborative za klinično izboljšanje - NCBI, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43728/>.
20. Uporaba imena SOPS® - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/about/using-sops.html>
21. Raziskava SOPS o zdravniških pisarnah - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>.
22. Raziskava SOPS o bolnišnicah | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
23. pregled rezultatov raziskave o kulturi varnosti pacientov v podjetju Primary Health Care Corporation Qatar, dostopno 1. aprila 2025, <https://academic.oup.com/ijcoms/article/4/2/lyae003/7829105>.
24. Raziskave o kulturi varnosti: QuestionPro, dostopno 1. aprila 2025, <https://www.questionpro.com/blog/culture-of-safety-surveys/>
25. Kontrolni seznam za varnost v kirurgiji, dostop 1. aprila 2025, <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598590-eng-checklist.pdf>.
26. Kontrolni seznam programa varnega ravnanja s pacienti - OSHA, dostop 1. aprila 2025, https://www.osha.gov/sites/default/files/3.2_SPH_checklist_508.pdf.
27. Orodje: Kontrolni seznam I'M SAFE - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/situation/tools/safe.html>
28. Kontrolni sezname za izboljšanje varnosti pacientov | AHA - American Hospital Association, dostop 1. aprila 2025, <https://www.aha.org/aharet-guides/2013-07-10-checklists-improve-patient-safety>
29. Kontrolni seznam in primer varnosti pacientov | Brezplačen prenos PDF - Carepatron, dostop 1. aprila 2025, <https://www.carepatron.com/templates/patient-safety-checklist>
30. Kontrolni seznam SZO za varnost pri kirurških posegih - Fundacija Lifebox, dostop 1. aprila 2025, <https://www.lifebox.org/our-work/strengthening-surgical-teamwork/surgical-safety-checklist/>.
31. Kontrolni seznam SZO za varno kirurgijo: ovire za splošno sprejetje - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5885453/>
32. Varna operacija: Orodje in viri - Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), dostop 1. aprila 2025, <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient->

- [safety/research/safe-surgery/tool-and-resources](#)
33. Kontrolni seznam SZO za varnost v kirurgiji - Wikipedija, dostop 1. aprila 2025, https://en.wikipedia.org/wiki/WHO_Surgical_Safety_Checklist.
 34. Izvajanje varnostnega kontrolnega seznama za kirurgijo: Vpliv na stališča kirurške ekipe - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3776503/>
 35. Vloga kirurških kontrolnih seznamov SZO pri zmanjševanju pooperativnih neželenih izidov: Sistemski pregled | Cureus, dostop 1. aprila 2025, <https://www.cureus.com/articles/171582-the-role-of-who-surgical-checklists-in-reducing-postoperative-adverse-outcomes-a-systematic-review>
 36. Preverjanje zanesljivosti WHOBARS: orodja za merjenje kakovosti izvajanja kontrolnega seznama SZO za varnost v kirurgiji z uporabo teorije posploševanja s kirurškimi ekipami iz treh novozelandskih bolnišnic | BMJ Open, dostop 1. aprila 2025, <https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e022625>
 37. Izboljšanje izpisa iz kontrolnega seznama SZO za varnost v kirurgiji | BJS Open - Oxford Academic, dostop 1. aprila 2025, <https://academic.oup.com/bjsopen/article/5/3/zrab028/6271349>
 38. Varna kirurgija: potrditev predoperativnih in pooperativnih kontrolnih seznamov - SciELO, dostop 1. aprila 2025, <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jSgwyvYvV8VmWVKws/>
 39. Kontrolni sezname varnosti, ki jih izpolnijo pacienti, kot orodje za opolnomočenje pacientov pri vključevanju v varnost pacientov: koncepti, premisleki in priporočila - PubMed Central, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8651309/>.
 40. Sistematični pregled varnostnih kontrolnih seznamov za uporabo s strani zdravstvenih timov v akutnih bolnišnicah - omejeni dokazi o učinkovitosti - PubMed Central, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3176176/>.
 41. 5 prednosti kontrolnih seznamov za varnost pacientov, dostop 1. aprila 2025, <https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/EJC-c4cefe543>.
 42. Kontrolni sezname | PSNet - Patient Safety Network - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/primer/checklists>
 43. Učinki varnostnih kontrolnih seznamov v medicini: A systematic review - ResearchGate, dostop 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/257750074_The_effects_of_safety_checklists_in_medicine_A_systematic_review
 44. Kaj je treba iskati v kontrolnem seznamu za varnost pacientov - Performance Health Partners, dostopno 1. aprila 2025, <https://www.performancehealthus.com/blog/what-to-look-for-in-a-safety-checklist>.
 45. Strategije za obvladovanje tveganj v ambulantnem okolju: Klinična tveganja in tveganja za varnost pacientov, dostop 1. aprila 2025, <https://www.hpso.com/Resources/Managing-a-Business/Clinical-and-Patient-Safety-Risks>
 46. Sistemi za upravljanje varnosti pacientov - kontrolni seznam, dostop 1. aprila 2025, <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/patntsafemgmt.pdf>
 47. Kontrolni sezname za varnost pacientov | County Health Rankings & Roadmaps, dostop 1. aprila 2025, <https://www.countyhealthrankings.org/strategies-and-solutions/what-works-for-health/strategies/patient-safety-checklists>

48. Prepoznavanje in ocenjevanje nevarnosti | Uprava za varnost in zdravje pri delu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.osha.gov/safety-management/hazard-identification>
49. Ponovna uvedba kontrolnega seznama za varnost v kirurgiji izboljša izide zdravljenja - Ariadne Labs, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ariadnelabs.org/2024/01/09/surgical-safety-checklist-reimplementation-improves-patient-outcomes/>.
50. vpliv uvedbe kontrolnega seznama kirurške varnosti v bolnišnici: pregled literature, dostop 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/369108023_IMPACT_OF_IMPLEMENTING_A_SURGICAL_SAFETY_CHECKLIST_IN_HOSPITAL_LITERATURE_REVIEW.
51. Orodje: SBAR - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html>
52. Orodja in viri za varnost pacientov: Preventing Self Harm and Ligature Risks - ASHE, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ashe.org/patientsafety>
53. Development of the Surgical Patient safety Observation Tool (SPOT) - Oxford Academic, dostop 1. aprila 2025, <https://academic.oup.com/bjsopen/article/2/3/119/6043499>.
54. Organiziranje raziskav o varnosti bolnikov za prepoznavanje tveganj in nevarnosti, dostopno 1. aprila 2025, https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii2.full.pdf?frame=header.
55. Opazovanje varnosti proti ugotavljanju nevarnosti - SafetyIQ, dostop 1. aprila 2025, <https://safetyiq.com/insight/safety-observations-vs-hazard-identification/>.
56. Spremljanje nadzora za izboljšanje varnosti pacientov v enotah akutne bolnišnične oskrbe | PSNet, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/perspective/surveillance-monitoring-improve-patient-safety-acute-hospital-care-units>
57. Vpliv elektronskega sistema za opazovanje in predajo pacienta ob postelji na klinično prakso: JMIR Medical Informatics, dostop 1. aprila 2025, <https://medinform.jmir.org/2019/1/e11678/>
58. Razvoj orodja za opazovanje varnosti kirurških bolnikov (SPOT) - ResearchGate, dostop 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/324174748_Development_of_the_Surgical_Patient_safety_Observation_Tool_SPOT.
59. Učinki zdravstvene informacijske tehnologije na izide zdravljenja: sistematični pregled - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6375119/>.
60. 9 Essential Patient Safety Tools For Quality Improvement in Healthcare - QUASR, dostop 1. aprila 2025, <https://www.quasrapp.com/blog/patient-safety-tools/>.
61. Zbirka orodij za osnove varnosti pacientov - Inštitut za izboljšanje zdravstvenega varstva, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ihl.org/resources/tools/patient-safety-essentials-toolkit>.
62. Orodja za varnost pacientov v osnovnem zdravstvu | AAFP, dostop 1. aprila 2025, <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2023/0300/patient-safety.html>
63. Vprašalnik za samooceno sistema upravljanja varnosti in zdravja v bolnišnicah - OSHA, dostop 1. aprila 2025, https://www.osha.gov/sites/default/files/2.3_assessment_tool_508.pdf.

64. Ocena varnostne kulture: Orodje za izboljšanje varnosti pacientov v zdravstvenih organizacijah, dostopno 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/8984623_Safety_culture_assessment_A_tool_for_improving_patient_safety_in_healthcare_organizations
65. Raziskava bolnišnic o kulturi varnosti pacientov - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospappb.pdf>.
66. Raziskava AHRQ o kulturi varnosti pacientov v bolnišnicah: Orodje za načrtovanje in vrednotenje programov za varnost pacientov - NCBI, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
67. Ali izboljšanje varnostne kulture vpliva na izide zdravljenja bolnikov? - The Health Foundation, dostop 1. aprila 2025, <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
68. Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: A Scoping Review - PubMed, dostop 1. aprila 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39451490/>
69. (PDF) Instruments for Patient Safety Assessment: a scoping review - ResearchGate, dostop 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/377295306_Instruments_for_Patient_Safety_Assessment_a_scoping_review
70. Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: A Scoping Review - ResearchGate, dostop 1. aprila 2025, https://www.researchgate.net/publication/385045069_Instruments_for_Patient_Safety_Assessment_A_Scoping_Review
71. Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: A Scoping Review - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11508098/>
72. Odkrivanje varnostnih tveganj | PSNet, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/primer/detection-safety-hazards>
73. Merjenje varnosti pacientov | PSNet, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/primer/measurement-patient-safety>
74. Orodja za varnost pacientov: Njihove prednosti in omejitve | Institute for Healthcare Improvement, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ihl.org/insights/patient-safety-tools-their-benefits-and-limitations>
75. Raziskave o kulturi varnosti v zdravstvu: Feedtrail, dostop 1. aprila 2025, <https://www.feedtrail.com/healthcare-culture-of-safety-surveys/>
76. Vpliv kulture varnosti pacientov na zamujeno zdravstveno nego in neželene dogodke pri pacientih - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6561834/>.
77. Raziskava bolnišnic o kulturi varnosti pacientov - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>.
78. Varnost pacientov - Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), dostop 1. aprila 2025, <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>.
79. Varnost pacientov - Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), dostop 1. aprila 2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

80. Kultura varnosti pacientov v centrih osnovnega zdravstvenega varstva | RMHP - Dove Medical Press, dostop 1. aprila 2025, <https://www.dovepress.com/patient-safety-culture-in-primary-healthcare-centers-in-the-eastern-pr-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>
81. [www.ahrq.gov](https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html#:~:text=Patient%20safety%20culture%20is%20the,influence%20their%20actions%20and%20behaviors.), dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html#:~:text=Patient%20safety%20culture%20is%20the,influence%20their%20actions%20and%20behaviors.>
82. Kaj je kultura varnosti pacientov? | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
83. Kultura varnosti | PSNet - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
84. Raziskava AHRQ o kulturi varnosti pacientov v bolnišnicah: Orodje za načrtovanje in vrednotenje programov za varnost pacientov - NCBI, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
85. Varnost pacientov in varnostna kultura v primarnem zdravstvu: sistematični pregled - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6026504/>.
86. Pet ključnih elementov močne kulture varnosti pacientov - DataGen's Healthcare Blog, dostopno 1. aprila 2025, <https://news.datagen.info/2024/09/five-key-components-patient-safety-culture.html>.
87. Primeri opredelitve varnostne kulture in prekrivanje z varnostno klimo - CDC, dostop 1. aprila 2025, <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-1/4.html>.
88. Raziskava o kulturi varnosti bolnikov v zdravniških ordinacijah: Ozadje in informacije za prevajalce - | Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/resources/infotransMOSOPS.pdf>
89. Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review ..., dostop 1. aprila 2025, <https://bmjopenquality.bmj.com/content/12/4/e002310>
90. Povezava med kulturo varnosti pacientov in izkušnjami pacientov v bolnišnicah: protokol pregleda obsega | BMJ Open, dostop 1. aprila 2025, <https://bmjopen.bmj.com/content/11/5/e049873>
91. Kultura varnosti - BMJ Quality & Safety, dostop 1. aprila 2025, <https://qualitysafety.bmj.com/content/12/4/318.2>.
92. Kultura varnosti v zdravstvu: pregled konceptov, dimenzij, ukrepov in napredka, dostop 1. aprila 2025, <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2011/02/07/bmjqs.2010.040964.full.pdf?frame=sidebar>.
93. Krepitev kulture varnosti pacientov v bolnišnicah - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10811440/>.
94. Ali izboljšanje kulture varnosti vpliva na izide zdravljenja bolnikov? - The Health Foundation, dostop 1. aprila 2025,

- <https://www.health.org.uk/sites/default/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf>
95. Kako spodbujati kulturo varnosti v zdravstvu in zdravstveni negi: 4 nasveti, dostop 1. aprila 2025, <https://peacefulleadersacademy.com/blog/how-to-promote-a-culture-of-safety-healthcare-nursing/>
 96. Kakšne so prednosti kulture varnosti pacientov? - Verita, dostop 1. aprila 2025, <https://www.verita.net/blogs/benefits-of-creating-a-patient-safety-culture/>
 97. Ustvarjanje kulture varnosti v zdravstvu: Ključna načela in prakse, dostop 1. aprila 2025, <https://www.performancehealthus.com/blog/culture-of-safety-in-healthcare>
 98. Kultura varnosti pacientov: A Guide to Improvement | ADN, dostop 1. aprila 2025, <https://www.americandatanetwork.com/patient-safety/patient-safety-culture-a-comprehensive-guide-to-implementation-and-improvement/>
 99. Zagotavljanje kulture varnosti pacientov in zaposlenih v zdravstvu | PSNet, dostop 1. aprila 2025, <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ensuring-patient-and-workforce-safety-culture-healthcare>
 100. pregled rezultatov raziskave o kulturi varnosti pacientov v podjetju Primary Health Care Corporation Qatar, dostopno 1. aprila 2025, <https://academic.oup.com/ijcoms/article/4/2/lyae003/7829105>.
 101. Vpliv kulture varnosti pacientov na zamujeno zdravstveno nego in neželene dogodke pri pacientih - PMC, dostop 1. aprila 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6561834/>.
 102. Zakaj je kultura varnosti pomembna - CDC, dostop 1. aprila 2025, <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-1/2.html>
 103. Učinek ukrepov za izboljšanje varnostne kulture na zdravstvene delavce v bolnišnicah: sistematični pregled mednarodne literature | BMJ Open Quality, dostop 1. aprila 2025, <https://bmjopenquality.bmj.com/content/13/2/e002506>
 104. O kulturi varnosti pacientov, dostop 1. aprila 2025, <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/patient-safety-culture/about-patient-safety-culture>.
 105. Zdravstveno varstvo - organizacijska varnostna kultura - razširjena različica | Occupational Safety and Health Administration, dostop 1. aprila 2025, <https://www.osha.gov/healthcare/safety-culture-full>
 106. Agencija za raziskave in kakovost v zdravstvu (AHRQ) Raziskava bolnišnic o kulturi varnosti pacientov Ozadje in informacije za prevajalce, dostop 1. aprila 2025, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/infotranshsops.pdf>.
 107. Ocenjevanje kulture varnosti pacientov in poročanja o neželenih dogodkih med medicinskimi sestrami: A Cross-Sectional Study in Ghana - Allen Press, dostop 1. aprila 2025, <https://meridian.allenpress.com/innovationsjournals-JQSH/article/8/1/27/504242/Assessing-Patient-Safety-Culture-and-Adverse>
 108. Povezava med kulturo varnosti pacientov in neželenimi dogodki - pregled obsega -

PMC - PubMed Central, dostop 1. aprila 2025.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10053753/>

109. Povezava med kulturo varnosti pacientov in neželenimi dogodki - pregled obsega, dostop 1. aprila 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36991426/>

Drugs reference

1. Albaalharith, T., & A'aqoulah, A. (2023). Level of Patient Safety Culture Awareness Among Healthcare Workers. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (p. 321). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s376623>
2. AL-Dossary, R. (2022). The effects of nursing work environment on patient safety in Saudi Arabian hospitals. *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: A Rapid Review [Review of Leadership Style and Quality of Care for Nursing: A Rapid Review]. *Revista de Gestão Social e Ambiental*, 18(7). Centro Universitario da 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. In *Risk Management and Healthcare Policy* (p. 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. 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). Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand? 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). Leveraging predictive analytics to reduce influenza and COVID-19-related adverse events. 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: 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., & Clarke, S. P. (2017). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. In *Nursing Outlook* (Vol. 66, Issue 2, p. 180). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
10. Bourgeault, I. L., Daly, T., Aubrecht, K., Armstrong, P., Armstrong, H., & Braedley, S. (2021). Leadership for quality in long-term care. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 35, Issue 1, p. 5). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/08404704211040747>
11. Brakovich, B., & Bonham, E. (2012). Solving the Retention Puzzle: Let's Begin with Nursing Orientation. In *Nurse Leader* (Vol. 10, Issue 5, p. 50). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2012.03.010>
12. Callan, J. R., & Kobus, D. A. (2000). Misadventures of Medical Labeling: Lessons Learned. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 44, Issue 28, p. 541). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/154193120004402834>
13. Chisolm, D. J., Dugan, J., Figueroa, J. F., Lane-Fall, M. B., Roby, D. H., Rodríguez, H. P., & Ortega, A. N. (2023). Improving health equity through health care systems research. *Health Services Research*, 58, 289. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14192>

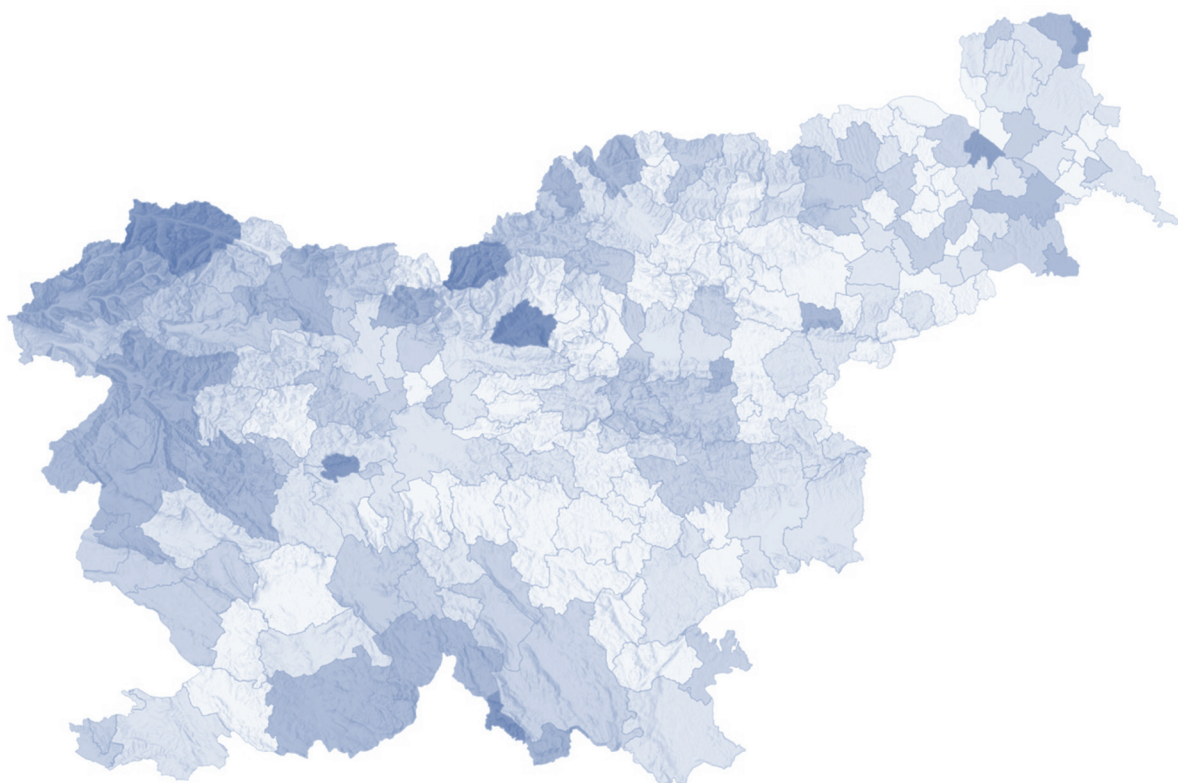
14. Collins, A. S. (2008). Preventing Health Care–Associated Infections. <https://europepmc.org/article/MED/21328782>
15. El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N. A., Jamal, D., & Abdo, A. A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. In *BMC Health Services Research* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-122>
16. Fulop, N., & Ramsay, A. (2019). How organisations contribute to improving the quality of healthcare. In *BMJ*. BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1773>
17. Gantz, N. R., Sorenson, L., & Howard, R. L. (2003). A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement [Review of A Collaborative Perspective on Nursing Leadership in Quality Improvement]. *Nursing Administration Quarterly*, 27(4), 324. Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00006216-200310000-00010>
18. Gibson, R., Armstrong, A., Till, A., & McKimm, J. (2017). Learning from error: leading a culture of safety. In *British Journal of Hospital Medicine* (Vol. 78, Issue 7, p. 402). MA Healthcare. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.7.402>
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 [Review of The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review]. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>
20. Hariyati, R. T. S., & Nurdiana, N. (2019). Retention Strategy to Minimize Nurse Turnover: A Systematic Review [Review of Retention Strategy to Minimize Nurse Turnover: A Systematic Review]. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 1(2), 99. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.47>
21. Hazazi, M. A., & Qattan, A. M. N. (2020). Exploring Strength Areas of Patient Safety Culture Improvement in KAMC, Makkah, Saudi Arabia. In *American journal of nursing research* (Vol. 9, Issue 1, p. 20). <https://doi.org/10.12691/ajnr-9-1-4>
22. Hooge, L. E. den B., Os-Medendorp, H. van, & Hafsteinsdóttir, T. B. (2021). Is leadership of nurses associated with nurse-reported quality of care? A cross-sectional survey. In *Journal of research in nursing* (Vol. 26, p. 118). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/1744987120976176>
23. Iqbal, K., Fatima, T., & Naveed, M. (2019). The Impact of Transformational Leadership on Nurses' Organizational Commitment: A Multiple Mediation Model. In *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education* (Vol. 10, Issue 1, p. 262). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010021>
24. Kazandjian, V. A. (2018). Voluntary Reporting of Performance Data. In *International Journal of Big Data and Analytics in Healthcare* (Vol. 3, Issue 1, p. 27). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/ijbdah.2018010103>
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 [Review of Defining attributes of patient safety through a concept analysis]. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2490. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12715>
26. Kiwanuka, F., Nanyonga, R. C., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P. A., & Kvist, T. (2020). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review [Review of Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review]. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133. Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13151>

27. Kohnen, D., Witte, H. D., Schaufeli, W. B., Dello, S., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2024). Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study. In *Human Resources for Health* (Vol. 22, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00886-6>
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: The mediating role of nurses' safety actions. In *Journal of Nursing Management* (Vol. 29, Issue 7, p. 2152). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jonm.13356>
29. Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions [Review of Patient Safety Movement: History and Future Directions]. *The Journal Of Hand Surgery*, 43(2), 174. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>
30. Leonard, M. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. In *BMJ Quality & Safety* (Vol. 13). BMJ. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
31. Lievens, I., & Vlerick, P. (2013). Transformational leadership and safety performance among nurses: the mediating role of knowledge-related job characteristics. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 70, Issue 3, p. 651). Wiley. <https://doi.org/10.1111/jan.12229>
32. Maamoun, J. (2009). An Introduction to Patient Safety. In *Journal of medical imaging and radiation sciences* (Vol. 40, Issue 3, p. 123). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2009.06.002>
33. Malinowska-Lipień, I., Micek, A., Gabryś, T., Kózka, M., Gajda, K., Gniadek, A., Brzostek, T., Fletcher, J., & Squires, A. (2021). The impact of the work environment of nurses on patients safety. *Research Square* (Research Square). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-293880/v1>
34. McFadden, K. L., Henagan, S. C., & Gowen, C. R. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management*, 27(5), 390. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2009.01.001>
35. Moura, A. A. de, Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Dessotte, C. A. M., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2020). Leadership and job satisfaction in the Mobile Emergency Care Service context. In *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (Vol. 28). University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3455.3260>
36. mousavi, E., & Imani, B. (2020). Patient Safety Culture and Spiritual Health in the Operating Room: A Qualitative Study. In *Research Square* (Research Square). Research Square (United States). <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-27496/v1>
37. O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration.
38. Pattali, S., Sankar, J. P., Qahtani, H. A., Menon, N., & Faizal, S. (2024). Effect of leadership styles on turnover intention among staff nurses in private hospitals: the moderating effect of perceived organizational support. In *BMC Health Services Research* (Vol. 24, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10674-0>
39. Ree, E., & Wiig, S. (2019). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256. <https://doi.org/10.1002/nop2.386>
40. Reinhardt, A. C., Leon, T. G., & Summers, L. (2022). The Transformational Leader in Nursing Practice – an approach to retain nursing staff. In *Administrative Issues Journal Education Practice and Research* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.5929/2022.12.1.1>

41. Rich, S. (2008). How human factors lead to medical device adverse events. *Nursing*, 38(6), 62. <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000320363.32444.d8>
42. Schwartz, D. B., Spencer, T., Wilson, B., & Wood, K. (2011). Transformational Leadership: Implications for Nursing Leaders in Facilities Seeking Magnet Designation. In *AORN Journal* (Vol. 93, Issue 6, p. 737). Wiley. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.09.032>
43. Shostek, K. (2007). Developing a Culture of Safety in Ambulatory Care Settings. In *Journal of Ambulatory Care Management* (Vol. 30, Issue 2, p. 105). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/01.jac.0000264598.34876.b5>
44. Smith, A. (2017). Trade mandated ratios for collaboration. 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). Are you a transformational leader? 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). The Swiss cheese model of adverse event occurrence—Closing the holes. In *Seminars in Pediatric Surgery* (Vol. 24, Issue 6, p. 278). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.08.003>
47. The essential role of leadership in developing a safety culture. (2017). In *PubMed* (Issue 57, p. 1). National Institutes of Health. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28353329>
48. Thompson, E. M. (2011). Defining a culture of safety. In *OR nurse* (Vol. 5, Issue 1, p. 3). <https://doi.org/10.1097/01.orn.0000390911.73366.72>
49. Titi, M. A., Baksh, M. M., Zubairi, B., Abdalla, R. A. M., Alsaif, F. A., Amer, Y. S., Jamal, D., & El-Jardali, F. (2021). Staying ahead of the curve: Navigating changes and maintaining gains in patient safety culture - a mixed-methods study. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 3). BMJ. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044116>
50. Tran, L. H., Thanh, P. Q., Nguyen, D. H., Tran, T. N. H., & Ha, B. T. T. (2021). Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. In *Health Services Insights* (Vol. 14). SAGE Publishing. <https://doi.org/10.1177/11786329211036313>
51. Tsapnidou, E., Kelesi, M., Rovithis, M., Katharakis, G., Gerogianni, G., Dafogianni, C., Toyli, G., Fasoi, G., & Stavropoulou, A. (2024). Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review [Review of Transformational Leadership—Quality Achievements and Benefits for the Healthcare Organizations: A Scoping Review]. *Hospitals*, 1(1), 87. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010008>
52. Valle, R. B. L. R. do, Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H., & Gasparino, R. C. (2021). The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review [Review of The relationship between the authentic leadership of nurses and structural empowerment: a systematic review]. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. University of São Paulo. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019029003667>
53. Wakefield, M. (2008). The Quality Chasm Series: Implications for Nursing. <https://europepmc.org/article/MED/21328776>
54. Walker, J. (2001). Developing a Shared Leadership Model at the Unit Level. In *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* (Vol. 15, Issue 1, p. 26). Lippincott Williams & Wilkins. <https://doi.org/10.1097/00005237-200106000-00005>

55. West, M. (2013). Creating a culture of high-quality care in health services. In *Global Economics and Management Review* (Vol. 18, Issue 2, p. 40). Elsevier BV.
[https://doi.org/10.1016/s2340-1540\(13\)70007-0](https://doi.org/10.1016/s2340-1540(13)70007-0)
56. Whittington, R., Piotrowski, M. M., Angood, P., Griswold, P., Saint, S., & Shojania, K. G. (2009). National Patient Safety Goals. In *Journal of PeriAnesthesia Nursing* (Vol. 24, Issue 3). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2009.05.071>
57. Zhang, L., & Lu, C. (2018). How leadership within an organization influences a quality service. In *MOJ Gerontology & Geriatrics* (Vol. 3, Issue 2). MedCrave Group.
<https://doi.org/10.15406/mojgg.2018.03.00113>

**KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – DOMOVI STAREJŠIH OBČANOV
(MEORL 53)**



ALMA MATER
— PRESS —