



ALMA MATER
EUROPAEA
UNIVERZA

KULTURA VARNOSTI PACIENTOV – LEKARNE

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



Kultura varnosti pacientov

Lekarne

Patient safety culture – Pharmacies

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

Maribor, Trebnje, 2025

Naslov: **Kultura varnosti pacientov- Lekarne**
Patient safety culture – Pharmacies

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. 52

Urednica: prof. dr. Marija Bogataj, CERRISK-INRISK

Tehnično urejanje: Suzana Mežnarec Novosel, M. A.

Recenzenta: doc. dr. Valerija Rogelj, Agencija za raziskovalno in inovacijsko dejavnost Slovenije - ARIS
prof. dr. Alenka Temeljotov Salaj, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

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

614.253:615.12(0.034.2)

KULTURA varnosti pacientov [Elektronski vir] = Kultura varnosti pacientov : lekarne = pharmacies : [znanstvena monografija] / David Bogataj ... [et al.]. - E-knjiga. - Maribor : Univerza Alma Mater Europaea, Alma Mater Press ; Trebnje : Zavod INRISK, 2025. - (Matematična ekonomika, operacijske raziskave in logistika (MEORL) ; serijska št. 52)

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

ISBN 978-961-7183-71-9 (PDF)
COBISS.SI-ID 231321091

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

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

Povzetek

Namen raziskave je bil razviti instrument v obliki vprašalnika za merjenje zaznavanja kulture varnosti v lekarnah 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 lekarnam 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 lekarnah 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 v lekarnah določen z Z+4 testom pri tveganju $\alpha=0,025$ za lekarne 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 lekarnah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in nevarnosti, ki zaradi tega ves čas prežijo nad pacienti). Uvedba predlaganih anket kot obveznega orodja v institucijah slovenske zdravstvene mreže bi pomagala na lokalnem in državnem nivoju dvigniti kulturo varnosti pacientov.

KAZALO VSEBINE

Povzetek	3
1 SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V LEKARNAH.....	6
1.1 Uvod.....	6
1.2 Opredelitev kulture varnosti lekarnah.....	7
1.2.1 Iz mednarodnih dokumentov	7
1.2.2 Iz znanstvene literature	9
1.3 Ključna vloga kulture varnosti pacientov pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov za lekarne.....	16
1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v lekarnah.....	18
2 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v lekarnah.....	21
2.1 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v lekarnah	24
2.2 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v lekarnah	26
2.3 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti stanovalcev lekarnah.....	29
2.4 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti v lekarnah.....	31
2.5 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo.....	32
2.5.1 Uvod.....	32
2.5.2 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	33
2.5.3 Opredelitev instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov.....	34
2.5.4 Druge ustrezne kategorizacije - Primeri posebnih instrumentov za ocenjevanje varnosti pacientov	35
2.5.5 Orodja za opazovanje.....	37
2.6 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost	38
2.6.1 Ankete (osredotočene na AHRQ SOPS).....	38
2.6.2 Kontrolni seznam (s poudarkom na kontrolnem seznamu SZO za varnost v kirurgiji)	38
2.6.3 Orodja za opazovanje (s poudarkom na SBAR)	39
2.7 Prednosti in omejitve različnih instrumentov	41
2.7.1 Ankete	41
2.7.2 Kontrolni seznam	41
2.7.3 Orodja za opazovanje.....	42
2.7.4 Uporaba instrumentov za ugotavljanje, spremljanje in izboljševanje tveganj.....	43

2.8	Vpliv na izide zdravljenja in kakovost zdravstvenega varstva	44
2.9	Priporočila.....	45
3	VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI.....	47
4	SKLEP	119
5	LITERATURA.....	121
	Temeljni viri	121
	Druge reference.....	128

1 SPODBUJANJE KULTURE VARNOSTI PACIENTOV V LEKARNAH

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 lekarniških storitev.¹ Na svetovni ravni je obseg škode, ki jo je mogoče preprečiti, velik, saj statistični podatki kažejo na razširjenost neželenih dogodkov v sistemih zdravstvenega varstva.² 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.² V tem kontekstu je koncept kulture varnosti pacientov postal pomemben kot ključni dejavnik varnosti in kakovosti v zdravstvenih organizacijah⁽⁴⁾. Predstavlja skupne vrednote, prepričanja in norme, ki oblikujejo odnos in vedenje zdravstvenih delavcev in osebja glede varnosti pacientov⁽⁴⁾.

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.³ Pomembne publikacije, kot je poročilo Inštituta za medicino "To Err is Human", so bile ključne pri poudarjanju systemske narave številnih zdravniških napak in zagotavljanju kulture, ki daje prednost izboljšanju sistema pred krivdo posameznika.³ 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 lekarnah.³ Primarno zdravstveno varstvo je začetna in najpogostejša točka stika za posameznike, ki iščejo zdravstveno oskrbo, in obsega širok spekter storitev, namenjenih krepitvi zdravja, preprečevanju bolezni in obvladovanju različnih zdravstvenih stanj.⁸ Glede na velik obseg in raznolikost interakcij s pacienti v lekarnah je spodbujanje močne kulture varnosti na tem področju izrednega pomena. Na učinkovitost celotnega zdravstvenega 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 lekarnah

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⁽⁵⁾. 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⁽⁸⁾, vendar poudarja oblikovanje kulture, procesov, postopkov, vedenja, tehnologij in okolja, ki dosledno zmanjšujejo tveganja in škodo⁽¹⁾, 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⁽⁹⁾. 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⁽³⁾. 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.¹¹ 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.⁵ To poudarja razumevanje, da so temeljna načela kulture varnosti pacientov sicer univerzalna, vendar lahko njihova manifestacija in merjenje v primarnem zdravstvenem varstvu v primerjavi z drugimi zdravstvenimi okolji, kot so bolnišnice, zahtevata orodja in

pristope, ki so specifični za določen kontekst.

Tabela 0.1: Primerjava opredelitev kulture varnosti pacientov iz ključnih organizacij

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

Pomembno je tudi razlikovati med varnostno kulturo in varnostno klimo.⁶ 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.⁽¹⁰⁾ 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.⁽¹⁰⁾ 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.⁵ 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.¹⁴ 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" ³ Ta pristop priznava, da so napake v zdravstvu pogosto posledica zapletenih sistemskih napak in ne izključno malomarnosti posameznikov ³ 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. ³ Priznava, da je učenje iz napak bistveno za preprečevanje škode v prihodnosti in izboljšanje varnosti pacientov. ³ Vendar pa pravična kultura poudarja tudi odgovornost in razlikuje med različnimi vrstami vedenja, ki prispevajo k napakam ⁽⁶⁾ 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. ⁶ S spodbujanjem ravnovesja med odgovornostjo in nekaznovalnim pristopom k poročanju o napakah pravična kultura spodbuja preglednost in olajšuje organizacijsko učenje, kar je bistvenega pomena za izboljšanje varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu.

1.2.2 Iz znanstvene literature

Celovit pregled obstoječe znanstvene literature o kulturi varnosti pacientov 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.⁸⁹ V latinskoameriških bolnišnicah je bilo preučeno stanje kulture varnosti pacientov, pri čemer se je pokazalo, da sta organizacijsko učenje in timsko delo v enotah pogosto zaznana kot prednosti, medtem ko sta nekaznovalni odziv na napake in kadrovska zasedba pogosto opredeljena kot slabosti s splošno nizko pozitivno percepcijo.⁹¹ Podobno je bilo pri pregledu zaznav zdravstvenih delavcev v bolnišnicah v ZDA ugotovljeno, da je timsko delo v enotah najbolje ocenjena razsežnost, nekaznovalni odziv na napake in predaja/prehodi pa najslabše, kar kaže na potrebo po izboljšavah na več področjih.⁹³ Raziskave v državah v razvoju kažejo na slabo ozaveščenost o kulturi varnosti pacientov, vendar kažejo, da izboljšave kulture vodijo k boljšim izidom za paciente ⁴⁰ 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 (38).

Vzpostavitev in vzdrževanje trdne kulture varnosti bolnikov v ustanovah primarnega zdravstvenega varstva je ključni vidik sodobnega zdravstvenega varstva, ki zahteva večplasten pristop, ki vključuje organizacijsko vodenje, medpoklicno sodelovanje in pobude za nenehno izboljševanje kakovosti. Kultura varnosti pacientov je opredeljena kot skupne vrednote, prepričanja in norme o varnosti, ki prevladujejo v organizaciji ter vplivajo na vedenje in odnos zdravstvenih delavcev do prepoznavanja, preprečevanja in zmanjševanja morebitnih tveganj za paciente (Alotaibi et al., 2020; mousavi & Imani, 2020). Gojenje takšne kulture ni le etični imperativ, temveč tudi pragmatična strategija za izboljšanje izidov zdravljenja pacientov, zmanjšanje stroškov zdravstvenega varstva ter spodbujanje odpornejšega in zanesljivejšega zdravstvenega sistema. Zdravstvene organizacije po vsem svetu dajejo vse večji poudarek ocenjevanju in krepitvi kulture varnosti pacientov, ne glede na njihov ekonomski položaj (Titi et al., 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 et al., 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 et al., 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 lekarn je še ena ključna sestavina celovite strategije za varnost pacientov. Inženiring človeških dejavnikov se osredotoča na optimizacijo interakcije med ljudmi in sistemi, v katerih delajo, ob upoštevanju kognitivnih, fizičnih in organizacijskih dejavnikov, ki lahko vplivajo na delovanje. Z uporabo načel človeških dejavnikov pri načrtovanju procesov, delovnih postopkov in tehnologij v zdravstvu je mogoče zmanjšati verjetnost napak, izboljšati učinkovitost in povečati varnost pacientov. To vključuje skrbno upoštevanje dejavnikov, kot so delovna obremenitev, zahtevnost nalog, zasnova uporabniškega vmesnika in okoljski pogoji, da se čim bolj zmanjša možnost človeških napak (Maamoun, 2009). Poleg tega bi morale zdravstvene organizacije vlagati v programe usposabljanja, ki zdravstvene delavce opremijo z znanjem in veščinami, potrebnimi za uporabo načel človeških dejavnikov v vsakodnevni praksi. Kadar se napake, povezane z medicinskimi pripomočki, večkrat ponovijo, ljudje običajno krivijo uporabnike namesto pravega krivca, ki je pogosto slabo zasnovan vmesnik med medicinskim pripomočkom in uporabnikom (Rich, 2008).

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

Timsko delo in komunikacija sta bistvenega pomena za zagotavljanje varne in učinkovite zdravstvene nege v lekarnah, 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 lekarnah je najpomembnejše trdno klinično vodstvo, ki vključuje dejavno spodbujanje varnosti kot temeljne vrednote, dodeljevanje sredstev za podporo pobudam za varnost in odgovornost posameznikov za njihov prispevek k varnosti pacientov. Klinični vodje bi morali biti tudi vzorniki varnega vedenja, saj bi morali pokazati zavezanost k nenehnemu učenju, odprti komunikaciji in timskega delu. Poleg tega imajo klinični vodje ključno vlogo pri ustvarjanju podpornega okolja, v katerem se zdravstveni delavci počutijo pooblašeni za poročanje o napakah, sodelovanje pri dejavnostih za izboljšanje varnosti in zagovarjanje varnosti pacientov. Odpravljanje napak v komunikaciji, ki vplivajo na sodelovanje, izmenjavo informacij, razumevanje vlog in odgovornosti ter neposredno odgovornost za oskrbo bolnikov, so ključne sestavine vsakega programa za varnost bolnikov (O'Daniel 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 2003). Za doseganje kulture varnosti medicinske sestre potrebujejo močno vodstvo, ki jih navdihuje in motivira (Hooge et al., 2021; Labrague et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 2017). Poleg tega se mora predanost zdravstvene organizacije izboljšanju kakovosti in varnosti odražati v njenih politikah, postopkih in dodeljevanju virov.

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

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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 (Kiwunuka et al., 2020; Tsapnidou et al., 2024). Transformacijski vodje lahko svoje ekipe navdihujejo za doseganje skupnih ciljev in spodbujajo kulturo nenehnih izboljšav (Schwartz et al., 2011). Svoje ekipe lahko navdihujejo in spodbujajo kulturo stalnega razvoja (Reinhardt et al., 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 et al., 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 lekarnah 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 et al., 2019). Na fluktuacijo zaposlenih medicinskih sester pomembno vplivata transformacijsko in avtentično vodenje (Pattali et al., 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 et al., 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 et al., 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 et al., 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 pooblašeni, 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 lekarne

Trdna kultura varnosti pacientov ima ključno vlogo pri izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva in izidov, ki jih doživljajo stanovalci lekarn.³ Dokazi, ki povezujejo pozitivno kulturo varnosti z boljšimi izidi za paciente, so prepričljivi na različnih področjih zdravstvenega varstva.⁵ Čeprav so se številne študije osredotočile na okolje akutne oskrbe, so temeljna načela, na katerih temeljijo te ugotovitve, neposredno uporabna v lekarnah. V bolnišničnem okolju je močna varnostna kultura povezana z zmanjšanjem neželenih dogodkov, kot so razjede zaradi pritiska, padci in okužbe.⁽⁵⁾ V lekarnah 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.¹⁸ Poleg tega stanovalci poročajo o bolj pozitivnih izkušnjah in večjem zadovoljstvu z oskrbo, kadar v lekarnah zaznavajo velik poudarek na varnosti.⁵ To poudarja, da zavezanost varnosti ne izboljšuje le kliničnih rezultatov, temveč izboljšuje tudi splošno izkušnjo pacientov in krepi zaupanje v lekarniško dejavnost.

Poleg neposrednih rezultatov za paciente je pozitivna varnostna kultura sestavni del širšega izboljšanja kakovosti zdravstvenega varstva.³ Spodbuja proaktiven pristop k prepoznavanju in zmanjševanju tveganj, kar omogoča, da lekarniška dejavnost predvidi in prepreči morebitna varnostna tveganja, preden povzročijo škodo.¹⁹ Kultura, ki ceni odprto komunikacijo, spodbuja poročanje o napakah in skorajšnjih napakah ter spodbuja okolje brez kaznovanja, olajšuje organizacijsko učenje in nenehne izboljšave.⁽⁵⁾ Z obravnavanjem napak kot priložnosti za učenje in izpopolnjevanje sistema, ne pa kot posameznih napak, lahko prakse lekarniške dejavnosti izvajajo z dokazi podprte spremembe in optimizirajo svoje procese za zagotavljanje varnejše in učinkovitejše oskrbe. Ta zavezanost k nenehnemu učenju in izboljševanju je značilnost visokokakovostnega zdravstvenega varstva.

Vpliv kulture varnosti bolnikov presega bolnike in pomembno vpliva tudi na dobro počutje in zadovoljstvo z delom zdravstvenih delavcev, ki delajo v lekarnah.¹² 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.¹² To pa lahko vodi k večjemu zadovoljstvu pri delu, boljšemu ohranjanju zaposlenih ter stabilnejši in bolj zavzeti delovni sili.¹⁸ Dobro počutje zdravstvenih delavcev je neločljivo povezano z njihovo sposobnostjo zagotavljanja varne in kakovostne oskrbe, kar ustvarja pozitiven krog, v katerem močna kultura varnosti koristi tako pacientom kot osebju.

Poleg tega lahko gojenje trdne kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu prinese pomembne ekonomske koristi.⁽¹⁹⁾ 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.⁽¹⁹⁾ Finančno breme zdravstvenih napak za zdravstveni sistem je veliko.⁽²⁰⁾ 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 lekarne ne le etično nujno, temveč tudi ekonomsko upravičeno.

1.4 Ključni elementi in razsežnosti pozitivne kulture varnosti pacientov v lekarnah

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

obravnavne varnosti v praksi primarnega zdravstvenega varstva.⁶ Vodstvo mora aktivno pokazati svojo zavezanost varnosti z vidnim sodelovanjem pri varnostnih pobudah, dodeljevanjem potrebnih virov ter jasnim sporočanjem varnostnih ciljev in pričakovanj.⁹ Njihova dejanja in stališča pomembno vplivajo na doseganje 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.⁵ Učinkovito sodelovanje in komunikacija med zdravniki, medicinskimi sestrami, administrativnim osebjem in drugimi zdravstvenimi delavci zagotavlja 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.⁽³⁾ Osebe se mora počutiti udobno, ko govori o morebitnih varnostnih tveganjih, napakah in skorajšnjih nesrečah brez strahu pred kaznovanjem.⁽⁹⁾ 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.⁽³⁾ Čeprav je odgovornost za nepremišljeno ravnanje še vedno pomembna, osredotočenost na učenje iz napak in ne na pripisovanje krivde spodbuja osebe k odkritemu poročanju o napakah, kar je bistvenega pomena za izboljšanje celotnega sistema.

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

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

Element/razsežnost	Opis	Podporni utrinki
Zavezanost in podpora vodstva	Aktivno dokazovanje, da vodje dajejo prednost	6

	varnosti z ukrepi, dodeljevanjem virov in komunikacijo.	
Timsko delo in sodelovanje	Učinkovita komunikacija in sodelovanje med vsemi člani ekipe za osnovno zdravstveno varstvo.	5
Odprta komunikacija in povratne informacije	Okolje, v katerem osebje brez strahu govori o varnostnih težavah, napakah in skorajšnjih nesrečah.	3
Učenje iz napak in nenehno izboljševanje	obravnavanje napak kot priložnosti za učenje in izboljšanje sistema s poročanjem in analizo.	3
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.	3
Opolnomočenje in sodelovanje osebja	vključevanje vseh zaposlenih v varnostne pobude in procese odločanja.	9
Vključevanje bolnikov in družin	Aktivno vključevanje bolnikov in njihovih družin v njihovo lastno varnost s komunikacijo in povratnimi informacijami.	2
Delovni pritisk in tempo	Prepoznavanje in obravnavanje vpliva delovne obremenitve, osebja in časovnih omejitev na varnost.	5

Vedno večje priznavanje pomena **vključevanja bolnikov in družin v** lastno varnost je še en ključni vidik pozitivne varnostne kulture.² Praksa lekarniške dejavnosti 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.⁵ Velike delovne obremenitve, neustrezna raven osebja in prevelike časovne omejitve lahko negativno vplivajo na dobro počutje osebja in povečajo tveganje za napake. Obravnavanje teh dejavnikov je ključna za spodbujanje okolja, v katerem je varnost lahko prednostna naloga.

2 Metode in orodja za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v lekarnah

Ocenjevanje kulture varnosti pacientov je ključni začetni korak za lekarne, ki želi izboljšati varnost in kakovost oskrbe, ki jo zagotavlja.² 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.⁽⁹⁾ 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 lekarne.⁵ 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.⁵ Te ankete so standardizirane ter so bile strogo razvite in preizkušene, zato so zanesljiva in veljavna orodja za merjenje kulture varnosti pacientov.⁵ AHRQ zagotavlja tudi primerjalne podatke, s katerimi lahko lekarne primerjajo svoje rezultate z nacionalnimi povprečji in ugotovijo, na katerih področjih so morda uspešne ali jih je treba izboljšati ⁽⁶⁾.

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)⁽⁶⁾. SAQ ocenjuje različne vidike varnostne kulture, vključno s klimo za timsko delo, varnostno klimo, dojemanjem vodstva, delovnimi pogoji, zadovoljstvom pri delu in prepoznavanjem stresa.²⁶ Izbor ocenjevalnega orodja mora temeljiti na specifičnih ciljih prakse lekarniške dejavnosti in dimenzijah varnostne kulture, ki jo želijo oceniti ⁽¹²⁾.

Poleg kvantitativnih raziskav lahko tudi kvalitativne metode ocenjevanja zagotovijo dragocen dopolnilni vpogled v kulturo varnosti pacientov v osnovnem zdravstvenem varstvu.¹⁴ 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:⁽¹¹⁾ 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.²³⁾ V manjših praksah lahko sama anketa celo služi kot katalizator za odprte razprave o varnosti pacientov med timom.¹¹⁾ 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 0.3: Primerjava orodij za ocenjevanje kulture varnosti pacientov v osnovnem zdravstvu

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

2.1 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in vzdrževanje kulture varnosti pacientov v lekarnah

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

Pomembno vlogo imajo **organizacijska struktura in značilnosti** 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.⁵ 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.⁶ 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.⁽⁶⁾ 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.³ Jasna, pravočasna in spoštljiva komunikacija med vsemi člani zdravstvenega tima ter z bolniki in njihovimi družinami je bistvena za zagotavljanje, da se ključne informacije delijo natančno in da se po njih ukrepa. K varnejšemu okolju prispevajo strukturirano posredovanje, redni sestanki tima in odprti kanali za izražanje skrbi.

Usposabljanje in izobraževanje imata ključno vlogo pri spodbujanju ozaveščenosti o varnosti, znanja in veščin med vsemi člani osebja v osnovni zdravstveni dejavnosti.⁶ Stalno usposabljanje o načelih varnosti pacientov, postopkih poročanja o napakah, tinskem delu, komunikaciji in posebnih varnostnih protokolih zagotavlja, da je osebje usposobljeno za varno opravljanje svojih nalog in prispeva h kulturi varnosti.

Pomemben dejavnik, ki vpliva na varnostno kulturo, je **organizacijska sposobnost učenja v organizaciji**, njena sposobnost učenja iz preteklih izkušenj, vključno z napakami in skorajšnjimi napakami, ter izvajanje sprememb na podlagi tega učenja.³ 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 lekarnah lahko vplivajo tudi **zunanji dejavniki**, kot so regulativne zahteve, akreditacijski standardi in strokovne smernice.² 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.

2.2 Na dokazih temelječe strategije in intervencije za gojenje kulture varnosti v lekarnah

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 ⁽⁶⁾. 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 ⁶. Ti programi se lahko osredotočijo na izboljšanje bistvenih veščin timskega dela, kar vodi v učinkovitejše usklajevanje in varnejšo oskrbo z zdravili.

Vzpostavitev in nenehno izboljševanje **sistemov poročanja o incidentih** je ključnega pomena za zajemanje informacij o napakah in skorajšnjih nesrečah v lekarnah ². 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 ⁽⁷⁾.

Uporaba **podatkov o oceni kulture varnosti**, kot so rezultati raziskav AHRQ SOPS, je bistvenega pomena za opredelitev posebnih močnih in šibkih področij v praksi lekarniške dejavnosti ³. 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 lekarnah ¹⁹. To lahko vključuje kontrolne sezname za pogoste postopke, usklajevanje zdravil in predajo bolnika.

Aktivno **vključevanje bolnikov in družin** v njihovo varnost z zagotavljanjem jasnih informacij, spodbujanjem vprašanj in vključevanjem njihovih povratnih informacij lahko pomembno prispeva k varnejšemu okolju lekarn ⁽²⁾.

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

Strategija/intervencija	Opis	Podporni utrinki	Potencialni učinek
Vodstveni sprehodi	Vodje redno sodelujejo z osebjem, ki dela na terenu, in se pogovarjajo o varnostnih vprašanjih ter opazujejo prakse.	6	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.	6	Izboljšana komunikacija, usklajevanje in skupno odločanje.
Sistemi za poročanje o incidentih	Uporabniku prijazni in zaupni sistemi za poročanje o napakah in skorajšnjih napakah.	2	prepoznavanje sistemskih vprašanj, priložnosti za učenje in izboljšave.
Varnostni sestanki	Redni kratki sestanki za razpravo o morebitnih varnostnih vprašanjih in usklajevanje prednostnih nalog.	7	Okrepljena komunikacija, proaktivno prepoznavanje tveganj.
Uporaba podatkov o ocenjevanju	uporaba rezultatov raziskav o kulturi varnosti za opredelitev področij za izboljšanje in prilagoditev ukrepov.	3	Ciljno usmerjena prizadevanja za izboljšanje, spremljanje napredka v daljšem časovnem obdobju.
Kontrolni sezname in standardizirani protokoli	izvajanje kontrolnih seznamov in standardiziranih postopkov za ključne naloge.	19	Zmanjšanje števila napak, večja doslednost pri zagotavljanju oskrbe.
Vključevanje bolnikov in družin	Strategije za vključevanje bolnikov in družin v njihovo oskrbo za večjo varnost.	2	Večja ozaveščenost bolnikov, prepoznavanje morebitnih težav.

Človeški dejavniki in ergonomija	Oblikovanje sistemov in delovnih prostorov, ki so uporabniku prijazni in zmanjšujejo tveganje napak.	2	Manj napak, večja varnost osebja in bolnikov.
----------------------------------	--	---	---

Če se pri načrtovanju sistemov in procesov lekarniških storitev osredotočimo **na človeške dejavnike in ergonomijo**, lahko zmanjšamo tveganje napak z ustvarjanjem varnejšega in uporabniku prijaznejšega okolja tako za osebje kot za paciente ⁽²⁾.

2.3 Premagovanje izzivov in ovir pri uvajanju in ohranjanju kulture varnosti stanovalcev lekarnah

Kljub priznanemu pomenu kulture varnosti pacientov se v lekarniški 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.²¹ 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 lekarne.**⁵ 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**.² 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 lekarnah lahko ovirajo odprto komunikacijo in poročanje o napakah.⁽⁶⁾ 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.⁽³⁾ 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.⁽¹⁴⁾ 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.⁽⁶⁾

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.

2.4 Prihodnje usmeritve in novi trendi na področju raziskav in prakse kulture varnosti v lekarnah

Področje kulture varnosti v lekarnah 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 lekarnah.² 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 krepitevi kulture varnosti bolnikov v osnovnem zdravstvenem varstvu.² 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.¹² 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 lekarn⁽³⁾.

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⁽¹⁰⁾.

Uporaba načel **organizacij z visoko zanesljivostjo (HRO)** v lekarnah se bo verjetno še naprej raziskovala⁽⁶⁾, da bi se vzpostavili bolj odporni sistemi, ki lahko dosledno zagotavljajo varno oskrbo.

Končno, še naprej je potrebno več raziskav, ki bi kulturo varnosti pacientov neposredno povezale s **specifičnimi izidi zdravljenja** v primarnem zdravstvenem varstvu, da bi zagotovili trdnejše dokaze o njenem vplivu⁽¹⁷⁾.

2.5 Instrumenti za ocenjevanje varnosti pacientov: Izčrpen pregled in poročilo

2.5.1 Uvod

Varnost pacientov je temeljno načelo visokokakovostnega zdravstvenega varstva, ki ga poudarjajo različne svetovne zdravstvene agende ⁽¹⁾ 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 ⁽²⁾. 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 ⁽³⁾. 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 ⁽⁴⁾. 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. ⁵ 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.⁴⁾ 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.⁽³⁾ 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.⁽⁶⁾ Ta stalni cikel ocenjevanja in izpopolnjevanja je bistven za doseganje trajnih izboljšav na področju varnosti pacientov. Proaktivno prepoznavanje in zmanjševanje tveganj, ki ga omogočajo ti sistematični postopki ocenjevanja, pomeni ključni premik h kulturi varnosti, ki daje prednost preprečevanju in nenehnemu izboljševanju.

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

2.5.2 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 neželjenih dogodkov.⁴ 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.⁸ 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.⁽⁷⁾

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.⁽⁵⁾ To razumevanje omogoča pravočasno izvajanje usmerjenih preventivnih ukrepov za zmanjšanje teh tveganj. Ta orodja so bistvena tudi za temeljito razumevanje in učinkovito obvladovanje številnih potencialnih tveganj, ki so značilna za zapleteno zdravstveno okolje.⁵ Pomagajo pri odkrivanju vzrokov teh tveganj ter izbiri najprimernejših politik in postopkov ukrepanja za njihovo odpravo. Ključni cilj teh instrumentov je preprečevanje zapletov pri oskrbi, ki se jim je mogoče izogniti, v celotnem spektru zdravstvenih ustanov, od bolnišnic za akutno oskrbo in urgentnih oddelkov do ustanov za dolgotrajno oskrbo in ambulant.⁽¹⁶⁾ 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.⁽¹⁷⁾ 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.⁽³⁾

2.5.3 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.⁽⁷⁾ 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⁽⁹⁾.

- **Kontrolni sezname:** To so strukturirani sezname določenih dejanj, postopkov ali elementov, ki jih je treba preveriti ali izpolniti, da se zagotovi upoštevanje uveljavljenih varnostnih protokolov in smernic.⁽²⁵⁾ 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.⁽²⁵⁾
- **Orodja za opazovanje:** Orodja, kot je SBAR (situacija - ozadje - ocena - priporočilo), zagotavljajo strukturiran okvir za sporočanje ključnih informacij o pacientu med opazovanjem in predajo ⁽⁵¹⁾.

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 ⁽⁹⁾.
- **Orodja za oceno tveganja:** Ta kategorija zajema instrumente, vključno s kontrolnimi seznamami in strukturiranimi protokoli opazovanja, ki se osredotočajo na prepoznavanje in količinsko opredelitev posebnih tveganj za varnost pacientov, kot so padci, napake pri zdravljenju ali okužbe ⁽⁴⁾.
- **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.

2.5.4 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 ^{7,9} 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.⁷ 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.⁷ 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⁽⁷⁾.

- **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 ⁶³. 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 ⁽³⁰⁾: 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⁽²⁷⁾ 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.

2.5.5 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 ⁵². Ta orodja poudarjajo tristopenjski pristop k obvladovanju tveganj za vezi: prvič, prepoznajte bolnike, pri katerih obstaja tveganje za namerno samopoškodovanje; drugič, zagotovite stalno vizualno opazovanje teh bolnikov, kadar koli je to izvedljivo; in tretjič, v primerih, ko stalno opazovanje ni mogoče, odstranite ali klinično ublažite vsa okoljska tveganja, ki bi jih lahko uporabili za samopoškodovanje.

2.6 Razvoj, potrjevanje in zanesljivost

2.6.1 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 2001.⁷ 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.⁷ 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⁽⁷⁾.

Da bi zagotovili veljavnost in zanesljivost anket SOPS, jih je treba temeljito preizkusiti in ovrednotiti.⁽⁷⁾ To vključuje pilotno testiranje na velikih in različnih vzorcih zdravstvenih delavcev, da bi ocenili jasnost, razumljivost in psihometrične lastnosti anketnih postavk.⁽¹²⁾ 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.¹³ 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.⁽²⁰⁾ Raziskave so javno dostopne, da jih lahko zdravstvene organizacije uporabljajo brezplačno⁹, 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⁽⁷⁾.

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

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je v okviru programa "Varna kirurgija rešuje življenja", ki se je začel leta 2007 in katerega glavni cilj je bil zmanjšati zaskrbljujoče visoko število smrtnih primerov in zapletov pri kirurških posegih, o katerih poročajo po vsem svetu, pripravila pomembno pobudo.³¹ Pri oblikovanju kontrolnega seznama so sodelovali številni kirurški strokovnjaki, anesteziologi, medicinske sestre in strokovnjaki za varnost pacientov z vsega sveta.³² 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⁽³²⁾ 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).²⁵

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.⁽³¹⁾ Rezultati te prve študije so pokazali izjemno zmanjšanje števila okužb na kirurškem mestu in splošne umrljivosti po uvedbi kontrolnega seznama.⁽³¹⁾ 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.³² 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.³² 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⁽³⁶⁾.

2.6.3 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.⁵¹ 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.⁵¹ Osnovni elementi SBAR so bili zasnovani tako, da zagotavljajo jasno in jedrnatu 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⁽⁵¹⁾.

Čeprav je SBAR splošno priznan in se izvaja kot najboljša praksa za izboljšanje komunikacije v zdravstvu, so formalne psihometrične validacijske študije, posebej osredotočene na njegovo zanesljivost in veljavnost kot neposredno "orodje za opazovanje", morda manj pogoste v primerjavi s standardiziranimi anketami ali kontrolnimi seznamami. Vendar je bila učinkovitost SBAR pri izboljšanju komunikacije, izboljšanju zavedanja o razmerah in na koncu prispevala k

boljšim rezultatom glede varnosti pacientov obsežno dokumentirana s številnimi pobudami za izboljšanje kakovosti, študijami primerov in raziskovalnimi projekti.⁽⁵¹⁾ 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.⁵¹ 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.

2.7 Prednosti in omejitve različnih instrumentov

2.7.1 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 ⁽²⁴⁾, kar omogoča celovito oceno temeljnih stališč, prepričanj in vrednot, ki skupaj oblikujejo kulturo varnosti v organizaciji ¹² Z ugotavljanjem področij, kjer je dojemanje varnosti manj pozitivno, lahko ankete natančno določijo posebna področja, ki zahtevajo usmerjena prizadevanja za izboljšanje na organizacijski ravni.⁷ Poleg tega ponavljajoče se izvajanje anket sčasoma organizacijam omogoča, da spremljajo spremembe v svoji kulturi varnosti in ocenjujejo učinek izvedenih pobud za varnost.⁷ 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⁽¹⁰⁾.

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.²⁴ 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 ⁽²⁴⁾. Poleg tega lahko na reprezentativnost in splošno veljavnost zbranih podatkov vplivata tudi možnost utrujenosti zaradi anket in nizka stopnja udeležbe ¹⁴.

2.7.2 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⁽³¹⁾ 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.³⁰ 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⁽³⁰⁾ 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⁽³⁰⁾.

Kljub prednostim imajo kontrolni sezname tudi omejitve. Nekateri zdravstveni delavci jih lahko dojemajo kot preveč poenostavljene, odvečne ali kot potencialno ogrožajoče njihovo strokovno znanje in klinično presojo v zapletenih situacijah.⁽³⁴⁾ 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.³⁰ Kontrolni sezname so običajno zasnovani za obravnavo specifičnih, natančno opredeljenih tveganj in morda niso dovolj obsežni, da bi zajeli vsa potencialna tveganja ali nianse zapletenih, nerutinskih kliničnih scenarijev. Učinkovitost kontrolnih seznamov se lahko razlikuje tudi glede na specifično klinično okolje, v katerem se uporabljajo, in glede na to, kako dobro so prilagojeni edinstvenim potrebam in delovnim procesom določenega zdravstvenega okolja.³¹ 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.⁽⁴⁰⁾

2.7.3 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 ⁽⁵⁵⁾, kar omogoča takojšnje prepoznavanje morebitnih varnostnih tveganj v okolju oskrbe pacienta ali med izvajanjem oskrbe in takojšnje ukrepanje ⁵ 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.⁽³³⁾ 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.⁽⁵⁾

Vendar ima uporaba orodij za opazovanje tudi nekatere omejitve. Izvajanje sistematičnih opazovanj je lahko zelo zahtevno, saj pogosto zahteva posebno osebje in veliko časa.⁷³ 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 ⁽⁷³⁾.

2.7.4 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.⁷ 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⁽⁷⁾ 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.¹⁴

Kontrolni sezname se neposredno uporabljajo pri prepoznavanju tveganj, saj zagotavljajo, da zdravstveni delavci dosledno upoštevajo uveljavljene varnostne protokole in z dokazi podprte smernice, s čimer proaktivno preprečujejo napake zaradi opustitve, ki bi lahko škodovala pacientom⁽³⁹⁾ 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.³⁶ 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 oskrbe⁴⁷ 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⁽⁵⁾ Z neposrednim opazovanjem kliničnih praks lahko zdravstveni delavci spremljajo učinkovitost komunikacije in timskega dela med člani zdravstvenega tima ter ugotavljajo morebitne okvare ali vrzeli, ki bi lahko ogrozile varnost bolnikov.³³ Bogate kvalitativne in kvantitativne podatke, pridobljene s sistematičnim opazovanjem, je nato mogoče uporabiti pri razvoju in izvajanju ciljno usmerjenih ukrepov, izboljšanju obstoječih kliničnih procesov in na koncu pri nenehnem izboljševanju rezultatov na področju varnosti pacientov⁽⁵⁾. 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.

2.8 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 ⁽¹⁰⁾. Natančneje, bolnišnične enote z bolj pozitivnimi ocenami kulture varnosti so povezane z manjšo pojavnostjo bolnišničnih stanj, kot so razjede zaradi pritiska in padci pacientov ⁽¹²⁾, ter z manjšo stopnjo okužb kirurškega mesta.⁷ Poleg tega je v bolnišnicah z močnejšo splošno varnostno kulturo običajno manj zapletov v bolnišnici ali drugih neželenih dogodkov⁷, pacienti pa poročajo o bolj pozitivnih splošnih izkušnjah z oskrbo, ki so je deležni.⁽⁷⁾ Nekatere študije so pokazale tudi povezavo med bolj pozitivno varnostno klimo v zdravstveni organizaciji in nižjo stopnjo ponovnih sprejemov pacientov zaradi določenih zdravstvenih stanj ⁽⁶⁷⁾.

Izvajanje in dosledna uporaba kontrolnih seznamov za varnost pacientov, zlasti pri kirurških posegih, sta pokazala, da lahko bistveno izboljšata izide zdravljenja pacientov³⁹ 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.³⁰ Poleg tega je bila uporaba teh kontrolnih seznamov povezana z zmanjšanjem pojavnosti okužb na kirurškem mestu³¹, skrajšanjem povprečne dolžine hospitalizacije kirurških bolnikov in nižjo stopnjo ponovnih sprejemov po kirurških posegih.⁽⁴⁷⁾ 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⁽⁴⁷⁾

Strateška uporaba orodij za opazovanje varnosti pacientov lahko privede do opaznega izboljšanja izidov za paciente in splošne kakovosti zdravstvenih storitev ⁽⁵⁶⁾ 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".⁵⁶ 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.⁵³ 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 ⁽⁵¹⁾.

2.9 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.

3 VPRAŠALNIK IN POROČEVALCI

Sodelujoče lekarne

V anketi so sodelovale naslednje lekarne (Q1a):

Lekarna na Vidmu -Krško,

Lekarna na Vidmu,

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik,

Lekarna Sevnica,

Lekarna Vrščaj,

Lekarna Mengeš,

Bolnišnična lekarna, Duplica,

Lekarna E. Leclerc,

Služba za trženje Lekarne Maribor¹,

Lekarna SG,

Lekarna Tezno,

Lekarna Lenart,

Galenski laboratorij,

Lekarna UKC Ljubljana,

Lekarniška podružnica Lovrenc,

Lekarna Pobrežje,

Lekarna Univerzitetni klinični center Ljubljana,

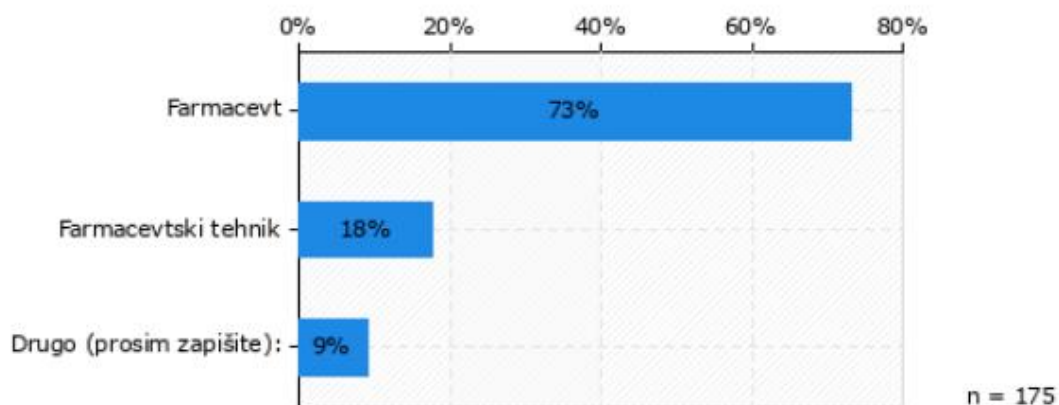
Lekarna Radvanje,

Lekarna Drive in Trebnje,

Lekarna Center, Trbovlje.

Za štiri anketirance nismo dobili informacije o tem, v kateri lekarni so zaposleni.

Glede na delovno mesto anketiranca v lekarni smo dobili naslednje odgovore:

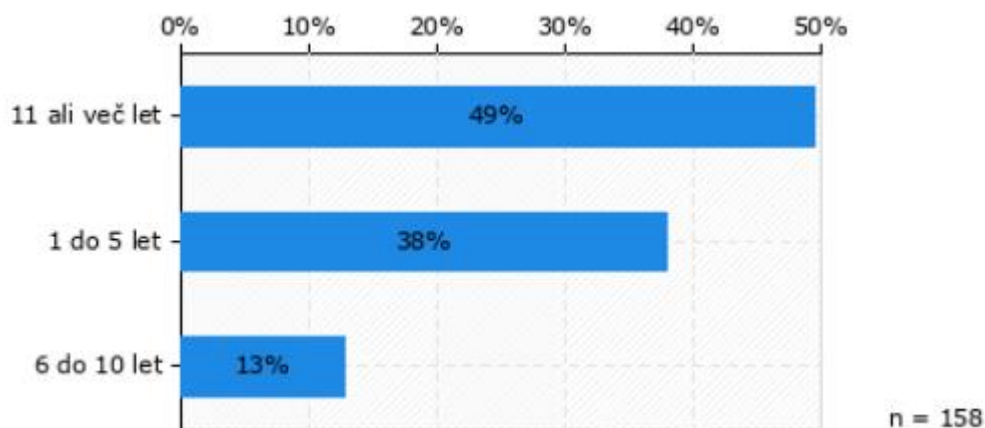


Graf 3.1: Struktura anketirancev v slovenskih lekarnah

Pod »drugo« so se vpisali naslednji profili:

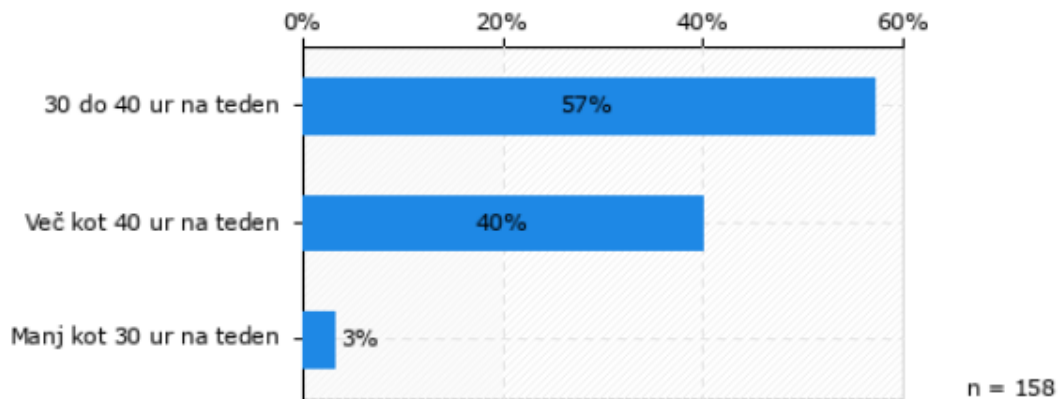
koncesionar... ..trije anketiranci
 vodja lekarne-mag. farm. spec. eden anketiranec
 vodja lekarne.....pet anketirancev
 direktor/ica lekarne.....trije anketiranci
 v. d. vodje.....eden anketiranec

Stož dela v isti lekarni in tedenska obremenitev



Graf 1.1 Stož dela v isti lekarni

Skoraj polovica anketirancev dela v isti lekarni 11 ali več let.



Graf 1. Tedenska obremenitev anketirancev.

40% anketirancev dela več kot 40 ur na teden.

Nabor vprašanj oziroma trditvev

Anketirancem smo postavili naslednja vprašanja oziroma trditve, za ka tere smo jih prosili, da jih ocenijo. Grupirane so v tematske sklope.

O organizaciji dela v lekarni:

Q3a: Ta lekarna je dobro organizirana.

Q3b: Zaposleni se spoštljivo obnašajo drug do drugega.

Q3c: Farmacevtski tehniki v tej lekarni so deležni usposabljanja, ki ga potrebujejo za svoje delo.

Q3d: Osebe jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.

Q3e: Lekarna je urejena in pospravljena.

Q3f: Osebe v tej lekarni ima veščine, ki so potrebne, da dobro opravi svoje delo.

Q3g: Fizična razporeditev prostorov in opreme v tej lekarni podpira dober potek dela.

Q3h: Novo osebe v tej lekarni je deležno ustreznega uvajanja.

Q3i: Osebe dela kot uspešen tim.

Q3j: Osebe ima dovolj priložnosti za usposabljanje.

Glede komunikacije in poteka dela:

Q4a: Ideje in predlogi osebja se v tej lekarni cenijo.

Q4b: Spodbujamo paciente, da se pogovorijo s farmacevtom o svojih zdravilih.

Q4c: Osebe ima med izmenami zadosten odmor.

Q4d: Imamo jasna pričakovanja o izmenjavi pomembnih informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.

Q4e: Osebe nima zadržkov, da vpraša če o čem ni gotovo.

Q4f: Imamo standardni postopek za predajo informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.

Q4g: Naši farmacevti si vzamejo dovolj časa za pogovor s pacientom o uporabi prejetih zdravil.

Q4h: Osebe se v tej lekarni pogovori o napakah.

Q4i: Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte.

Q4j: Osebe v tej lekarni z lahkoto spregovori o problemih varnosti pacientov s svojim nadrejenim.

Q4k: Naši farmacevti posredujejo pacientom pomembne informacije o njihovih novih predpisanih zdravilih.

Q4l: Imamo dovolj osebja da obvladamo delovne obremenitve.

Q4m: Kadar pride do problema varnosti pacientov, se o tem pogovorimo.

Q4n: O stanju problematičnih receptov se med izmenami dobro obveščamo.

Q4o: V tej lekarni se pogovorimo o tem kako napake preprečiti v prihodnje.

Q4p: Prekinitve in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebe pri delu.

Glede varnosti pacientov in napak:

Q5a: Z osebjem se postopa pravično, ko pride do napake.

Q5b: Ko pride do napake skušamo ugotoviti kateri problemi v delovnem procesu so pripeljali do napake.

Q5c: Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na varnosti pacientov.

Q5d: Ta lekarna pomaga osebju pri učenju iz napak in jih ne kaznuje.

Q5e: Če se enaka napaka ponavlja, spremenimo način dela.

Q5f: Ta lekarna deluje dobro pri preprečevanju napak.

Q5g: Opazujemo delo osebja in način kako tukaj delamo, da bi razumeli zakaj prihaja do napak v tej lekarni.

Q5h: Osebje ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim.

Q5i: Način dela v tej lekarni kaže na močno osredotočenost na varnost pacientov.

Q5j: Odzivi na napake so pripeljale do pozitivnih sprememb v tej lekarni.

Glede dokumentiranja napak:

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

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

Celostna ocena varnosti pacientov:

Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši lekarni? Označite samo EN odgovor

Razdelek F: Druge informacije

Kako dolgo delate v tej lekarni?

Koliko ur na teden delate v tej lekarni?

POVPREČNE OCENE ODGOVOROV IN NJIHOVO RANGIRANJE

Lekarnam smo poslali naslednja vprašanja (trditve), grupirane v skupine A, B, C in D, katerih range podajajo tabele 1.1, 1.2, 1.3 IN 1.4..

V skupini A je 10 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:

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

Seznam trditev v ranžirni vrsti od najvišje do najnižje ocenjene trditve je podan v tabeli 1.1, povprečna ocena za posamezne trditve pa v grafu 1.2.

Tabela 3.1: Vprašanja skupine A anketirancem, zaposlenim v lekarnah glede dela v lekarni in ranga ocen.

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivno	Q3f	Osebj v tej lekarni ima veščine, ki so potrebne, da dobro opravi svoje delo.
pozitivno	Q3j	Osebj dela kot uspešen tim.
pozitivno	Q3e	Lekarna je urejena in pospravljena.
pozitivno	Q3b	Zaposleni se spoštljivo obnašajo drug do drugega.
pozitivno	Q3h	Novo osebj v tej lekarni je deležno ustreznega uvajanja.
pozitivno	Q3i	Osebj ima dovolj priložnosti za usposabljanje.
pozitivno	Q3c	Farmacevtski tehniki v tej lekarni so deležni usposabljanja, ki ga potrebujejo za svoje delo.
pozitivno	Q3a	Ta lekarna je dobro organizirana.
pozitivno	Q3d	Osebj jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.
pozitivno	Q3g	Fizična razporeditev prostorov in opreme v tej lekarni podpira dober potek dela.

Iz grafa 1.2 razberemo, da anketiranci visoko ocenjujejo organizacijo dela v svoji lekarni, saj se povsod, razen pri zadnji trditvi, ocene gibljejo med 4 in 5. Še najslabše ocenjujejo fizično razporeditev prostorov in opreme, kar zmanjšuje kakovost poteka dela.

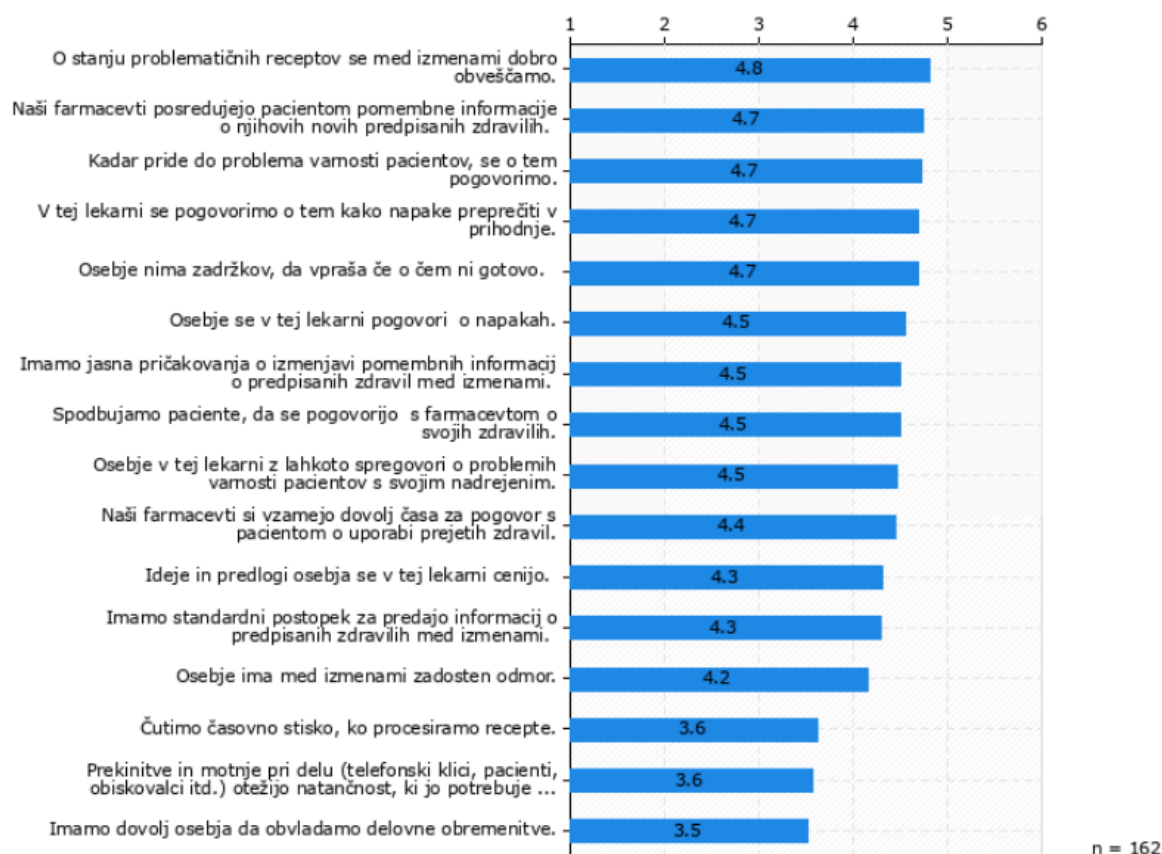


Graf 3.2: Povprečna ocena trditev glede dela v lekarni.

V skupini B je 16 trditve, 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:

Tabela 3.2: Vprašanja skupine B anketirancem, zaposlenim v lekarnah glede komunikacije in poteka dela in ranžirna vrsta ocen trditve

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivno	Q4n	O stanju problematičnih receptov se med izmenami dobro obveščamo.
pozitivno	Q4k	Naši farmacevti posredujejo pacientom pomembne informacije o njihovih novih predpisanih zdravilih.
pozitivno	Q4m	Kadar pride do problema varnosti pacientov, se o tem pogovorimo.
pozitivno	Q4o	V tej lekarni se pogovorimo o tem kako napake preprečiti v prihodnje.
pozitivno	Q4e	Osebjem nima zadržkov, da vpraša če o čem ni gotovo.
pozitivno	Q4h	Osebjem se v tej lekarni pogovori o napakah.
pozitivno	Q4d	Imamo jasna pričakovanja o izmenjavi pomembnih informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.
pozitivno	Q4b	Spodbujamo paciente, da se pogovorijo s farmacevtom o svojih zdravilih.
pozitivno	Q4j	Osebjem v tej lekarni z lahkoto spregovori o problemih varnosti pacientov s svojim nadrejenim.
pozitivno	Q4g	Naši farmacevti si vzamejo dovolj časa za pogovor s pacientom o uporabi prejetih zdravil.
pozitivno	Q4a	Ideje in predlogi osebja se v tej lekarni cenijo.
pozitivno	Q4f	Imamo standardni postopek za predajo informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.
pozitivno	Q4c	Osebjem ima med izmenami zadosten odmor.
negativno	Q4i	Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte.
pozitivno	Q4p	Prekinitve in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebjem pri delu.
pozitivno	Q4l	Imamo dovolj osebja da obvladamo delovne obremenitve.



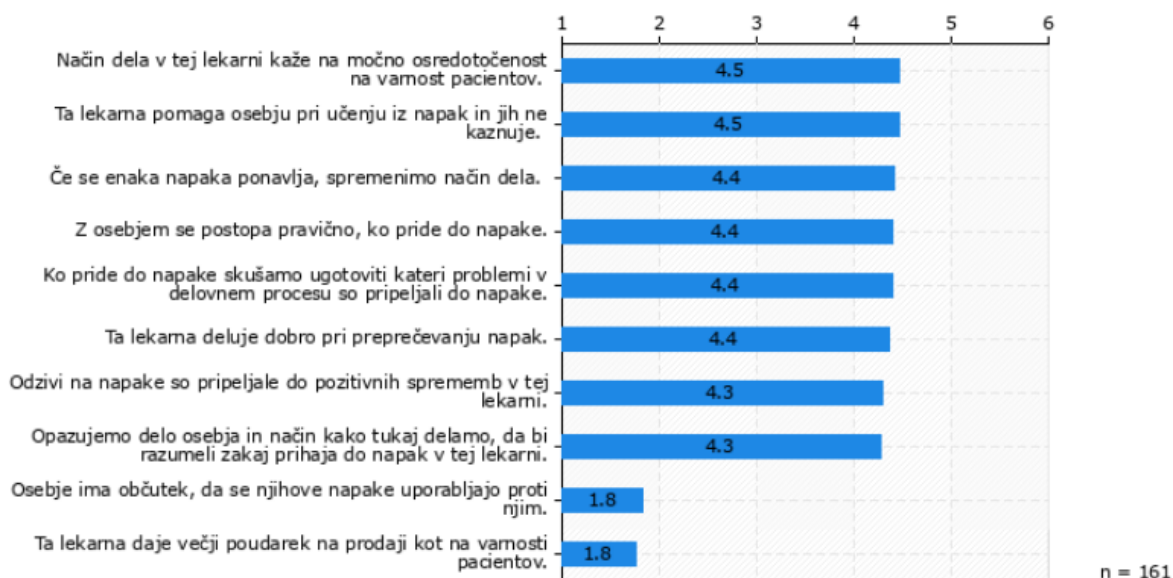
Graf 3.3: Povprečna ocena trditev glede komunikacije in poteka dela.

V skupini Q5 (sekcija C) so anketiranci podali splošno oceno varnosti njihovih strank in odnos do pojavljanja napak. Na Likertovi lestvici pomeni 1 poročevalec se sploh ne strinja, da je varno, 2 se ne strinja, 3 je neodločen, 4 se strinja 5 poročevalec se s trditvijo zelo strinja. 6 pa pomeni, da ne ve odgovora. Trditve so nanizane v tabeli 1.3.

Tabela 3.3: Vprašanja skupine C anketirancem, zaposlenim v lekarnah glede varnosti njihovih strank in odnosa do pojavljanja napak ter ranžirna vrsta ocen trditev.

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivno	Q5i	Način dela v tej lekarni kaže na močno osredotočenost na varnost pacientov.
pozitivno	Q5d	Ta lekarna pomaga osebju pri učenju iz napak in jih ne kaznuje.
pozitivno	Q5e	Če se enaka napaka ponavlja, spremenimo način dela.
pozitivno	Q5a	Z osebjem se postopa pravično, ko pride do napake.
pozitivno	Q5b	Ko pride do napake skušamo ugotoviti kateri problemi v delovnem procesu so pripeljali do napake.

pozitivno	Q5f	Ta lekarna deluje dobro pri preprečevanju napak.
pozitivno	Q5j	Odzivi na napake so pripeljali do pozitivnih sprememb v tej lekarni.
pozitivno	Q5g	Opazujemo delo osebja in način kako tukaj delamo, da bi razumeli zakaj prihaja do napak v tej lekarni.
pozitivno	Q5h	Osebjem ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim.
pozitivno	Q5c	Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na varnosti pacientov.



Graf 3.4: Povprečna ocena trditev glede varnosti njihovih strank in odnosa do pojavljanja napak.

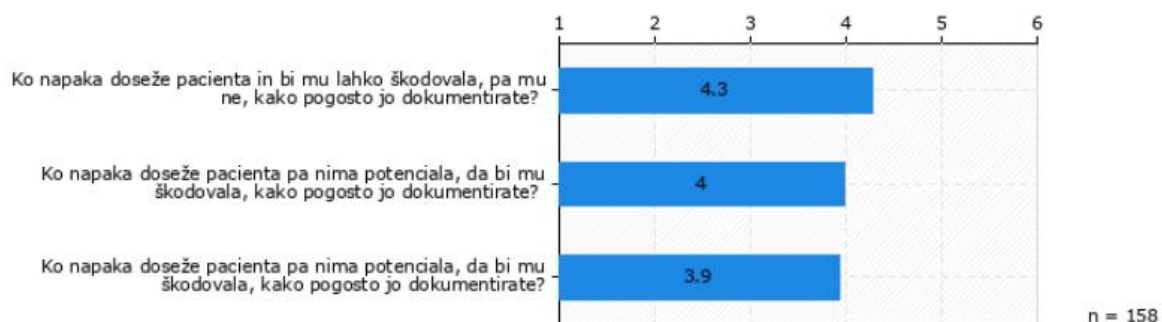
V skupini Q6 (sekcija D) so anketiranci podali oceno načina dokumentiranja napak. Na Likertovi lestvici pomeni

Trditve so nanizane v tabeli 1.4.

Tabela 3.4: Vprašanja skupine D anketirancem, zaposlenim v lekarnah glede dokumentiranja napak in ranžirna vrsta ocen trditev

Značaj trditve	Koda	Opis trditve
pozitivno	Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
pozitivno	Q6b	Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

- Q6a: Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
- Q6b: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?



Čiščenje podatkov

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

prazen anketni list ali povsod »Ne pride v poštev ali ne vem« ;

da anketiranec verjetno ni pozorno prebral trditve. Odgovori tako verjetno niso veljavni.

Konsistentnost odgovorov vprašalnika za bolnišnice

Za vse odgovore smo dobili naslednje statistike:

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

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

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.

Odprta vprašanja/komentarji

Odprta vprašanja in komentarji so razvidni iz priloge 1KA.

STATISTIČNA ANALIZA ODGOVOROV PO LEKARNAH

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

Da bi si rezultate lažje ogledali ljudje, ki bodo prejeli poročilo, smo jih po skupinah in posameznih trditvah/vprašanjih prikazali tudi grafično in z združevanjem pozitivnih in negativnih odgovorov ocenili odstotek negativnih odgovorov. Ocenili smo odstotke negativnih ocen ter zgornjo mejo v celotni populaciji lekarn s tveganjem 0.025.

Statistika odgovorov iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditev o delu v lekarni

V sekciji A nam osnovna statistika vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 5 da naslednje vrednosti, kot jih prikazujejo tabele in grafi od Q3a do Q3j. Na tej lestvici pomeni 1 - sploh ne strinjanje, 2 - ne strinjanje, 3 - neodločnost, 4 - strinjanje, 5 - poročevalec se s trditvijo zelo strinja.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 177 anketirancev. Poglejmo porazdelitev odgovorov na trditve!

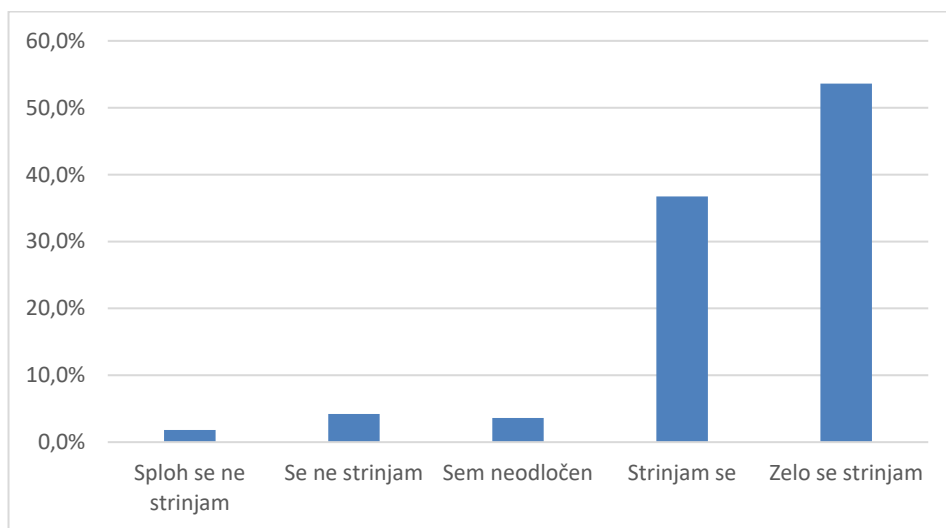
Tabela Q3a Ta lekarna je dobro organizirana.

Oznake vrstic	Štetje od Q3a
-3	8
-1	3
1	3
2	7
3	6
4	61
5	89
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,8%	3
2	Se ne strinjam	4,2%	7
3	Sem neodločen	3,6%	6
4	Strinjam se	36,7%	61
5	Zelo se strinjam	53,6%	89

N=

166

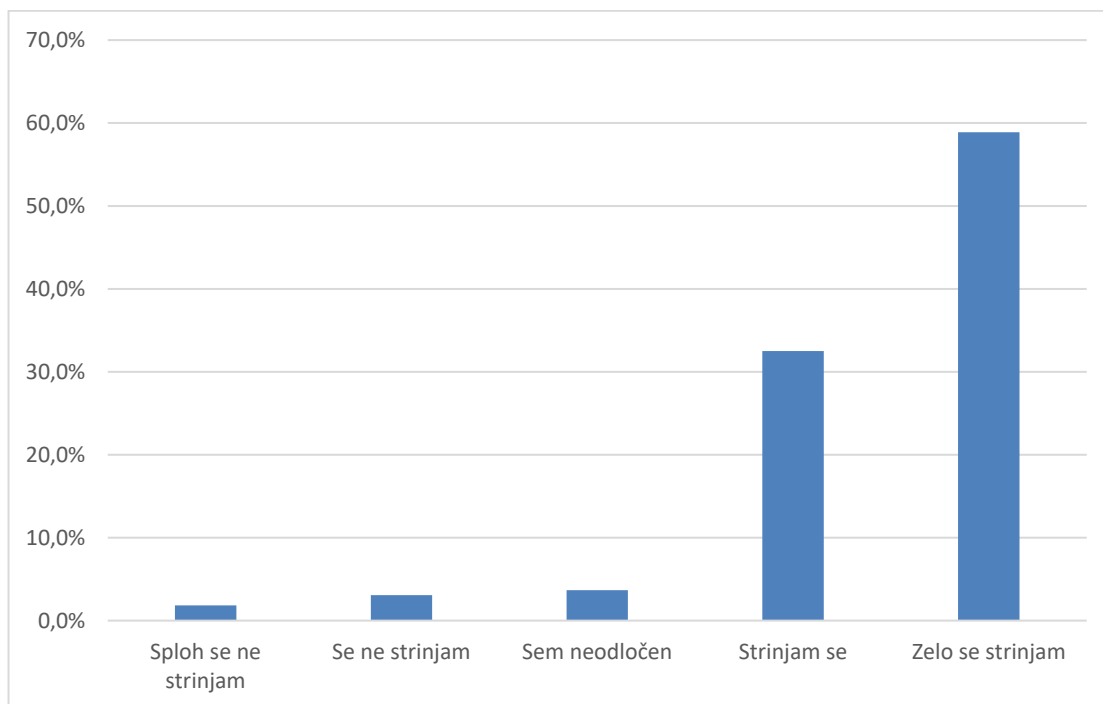


Graf 3.1: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ta lekarna je dobro organizirana.

Tabela Q3b Zaposleni se spoštljivo obnašajo drug do drugega.

Oznake vrstic	Štetje Q3b
-3	8
-1	5
1	3
2	5
3	6
4	53
5	96
6	1
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,8%	3
2	Se ne strinjam	3,1%	5
3	Sem neodločen	3,7%	6
4	Strinjam se	32,5%	53
5	Zelo se strinjam	58,9%	96
		N=	163



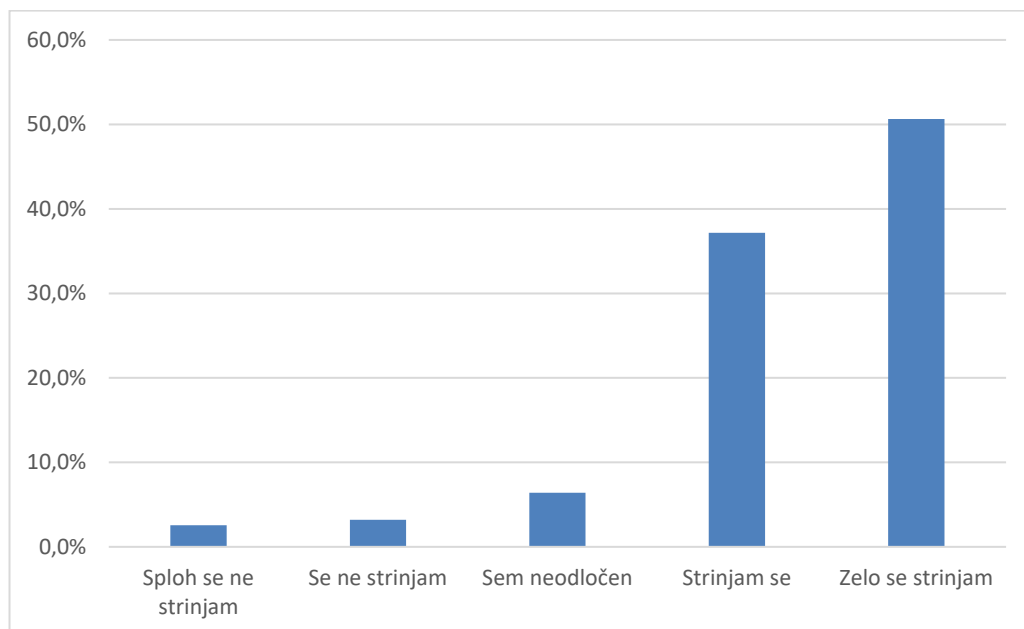
Graf 3.2: Porazdelitev odgovorov na trditev: Zaposleni se spoštljivo obnašajo drug do drugega.

Tabela Q3c Farmaceutski tehniki v tej lekarni so deležni usposabljanja, ki ga potrebujejo za svoje delo.

Oznake vrstic	Štetje Q3c
------------------	---------------

-3	8
-1	5
1	4
2	5
3	10
4	58
5	79
6	8
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	2,6%	4
2	Se ne strinjam	3,2%	5
3	Sem neodločen	6,4%	10
4	Strinjam se	37,2%	58
5	Zelo se strinjam	50,6%	79
		100,0%	
N=		156	

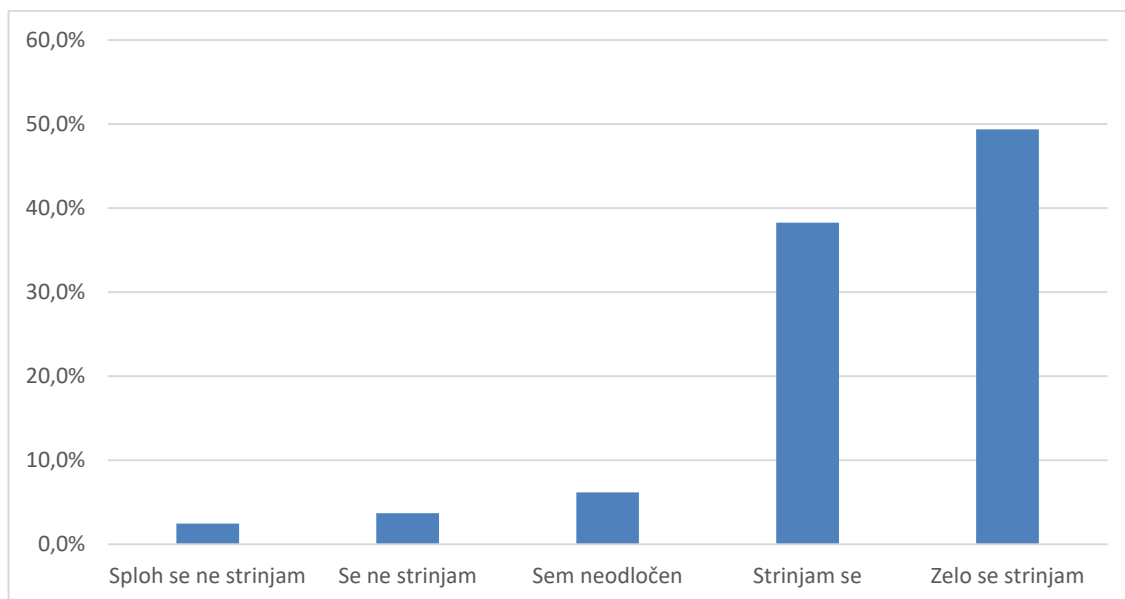


Graf 3.3: Porazdelitev odgovorov na trditev: Farmacevtski tehniki v tej lekarni so deležni usposabljanja, ki ga potrebujejo za svoje delo.

Tabela Q3d Osebjje jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.

Oznake vrstic	Štetje Q3d				
-3	8				
-1	6				
1	4				
2	6				
3	10				
4	62				
5	80				
6	1				
Skupna vsota	177				

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	2,5%	4
2	Se ne strinjam	3,7%	6
3	Sem neodločen	6,2%	10
4	Strinjam se	38,3%	62
5	Zelo se strinjam	49,4%	80
		100,0%	
		N=162	

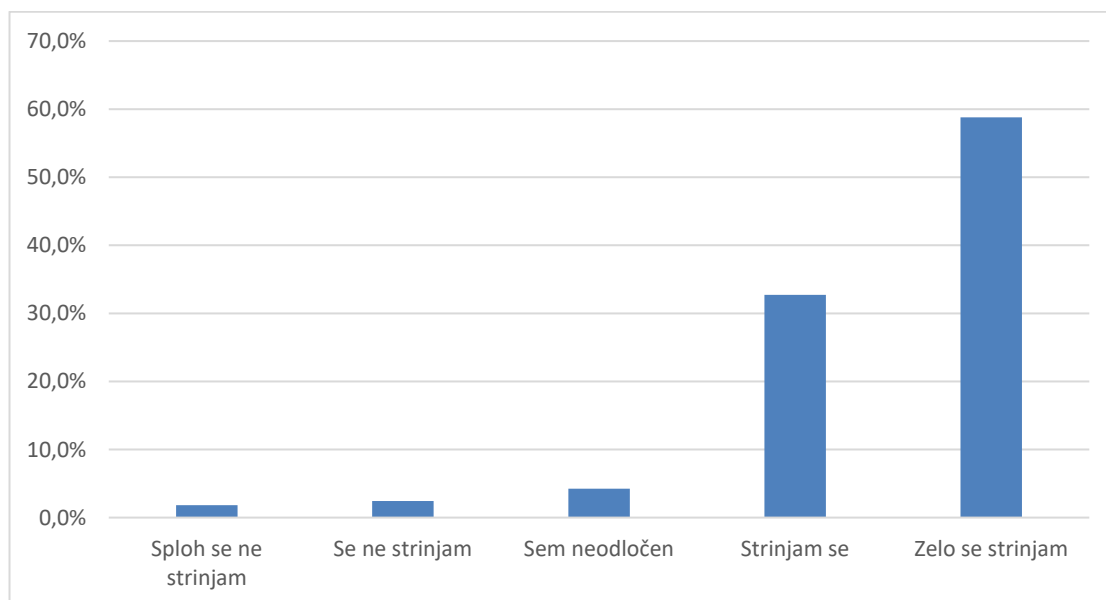


Graf 3.4: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebje jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.

Tabela Q3e Lekarna je urejena in pospravljena.

Oznake vrstic	Štetje Q3e				
-3	8				
-1	3				
1	3	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
2	4	1	Sploh se ne strinjam	1,8%	3
		2	Se ne strinjam	2,4%	4

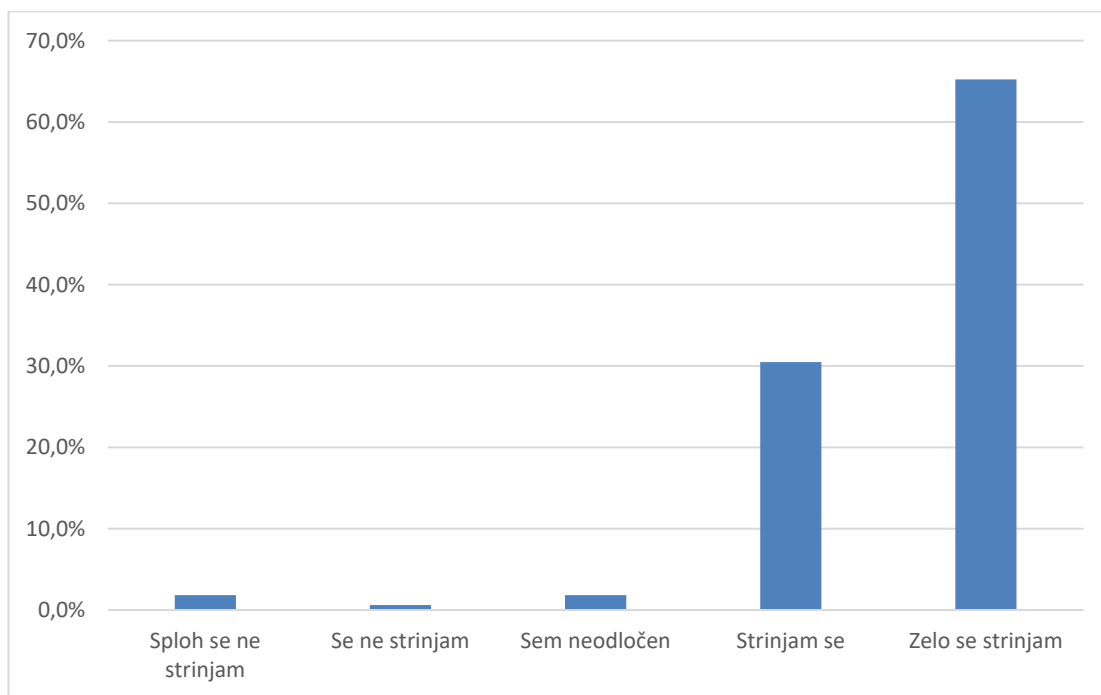
3	7	3	Sem neodločen	4,2%	7
4	54	4	Strinjam se	32,7%	54
5	97	5	Zelo se strinjam	58,8%	97
6	1			100,0%	
Skupna vsota	177		N=		165



Graf 3.5: Porazdelitev odgovorov na trditev: Lekarna je urejena in pospravljena.

Tabela Q3f Osebe v tej lekarni ima veščine, ki so potrebne, da dobro opravi svoje delo.

Oznake vrstic	Štetje Q3f				
-3	8				
-1	3				
1	3	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
2	1	1	Sploh se ne strinjam	1,8%	3
3	3	2	Se ne strinjam	0,6%	1
4	50	3	Sem neodločen	1,8%	3
5	107	4	Strinjam se	30,5%	50
6	2	5	Zelo se strinjam	65,2%	107
				100,0%	
Skupna vsota	177			N=164	



Graf 3.6: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebe v tej lekarni ima veščine, ki so potrebne, da dobro opravi svoje delo.

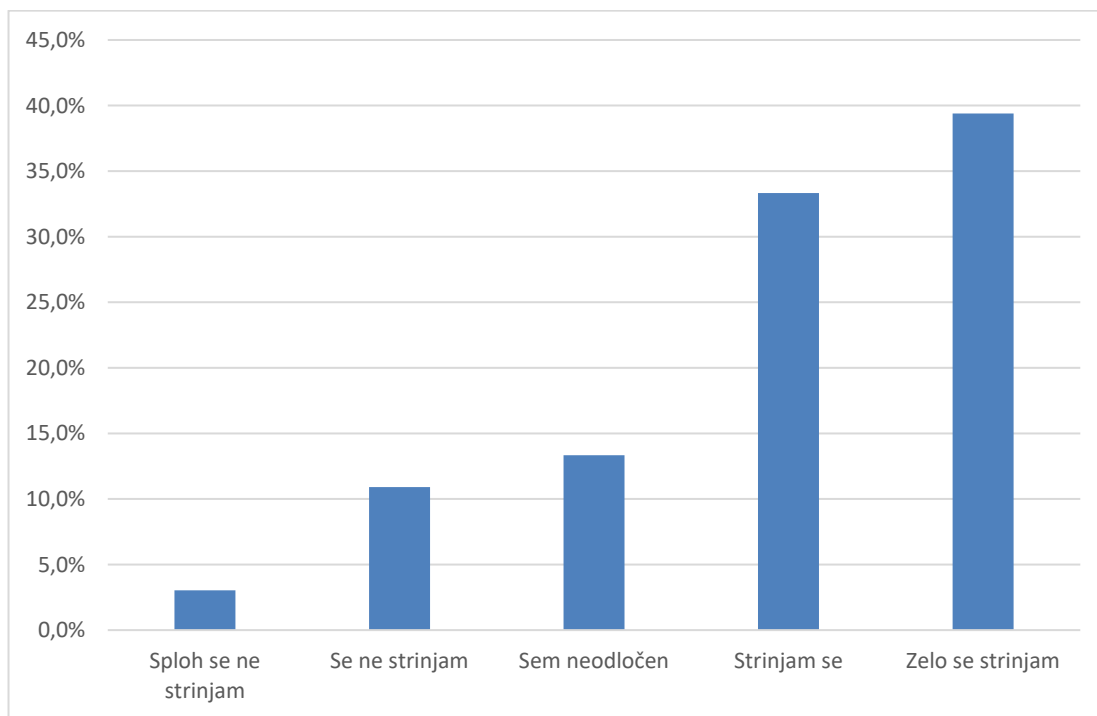
Tabela Q3g Fizična razporeditev prostorov in opreme v tej lekarni podpira dober potek dela.

Oznake vrstic	Štetje Q3g
-3	8
-1	4
1	5
2	18
3	22
4	55
5	65
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	3,0%	5
2	Se ne strinjam	10,9%	18
3	Sem neodločen	13,3%	22
4	Strinjam se	33,3%	55
5	Zelo se strinjam	39,4%	65

100,0%

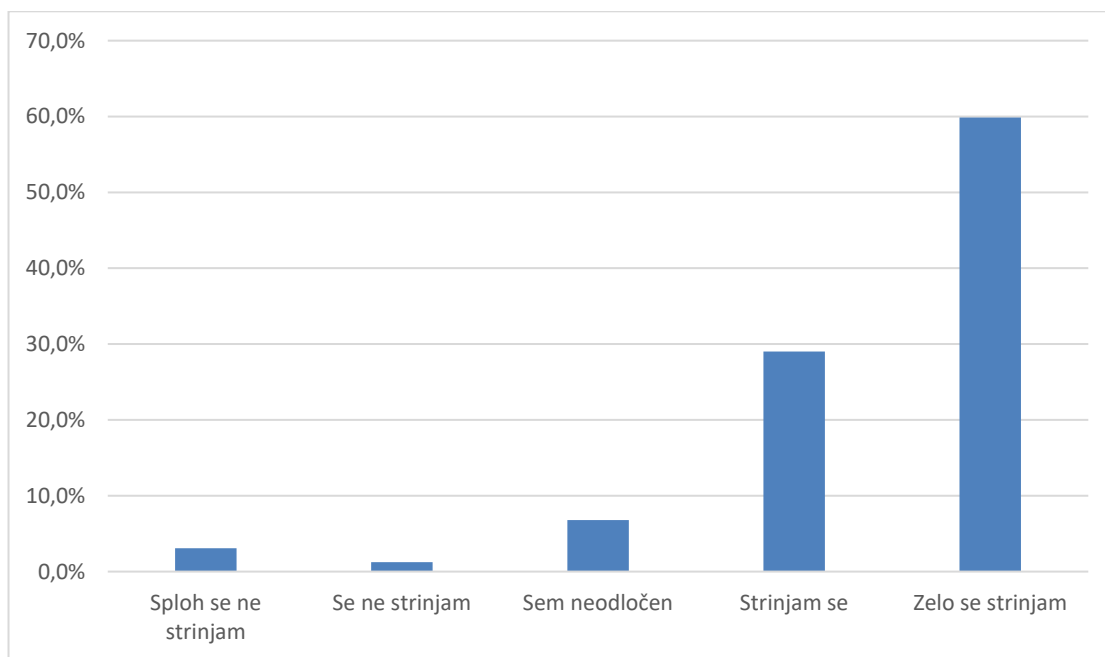
N=165



Graf 3.7: Porazdelitev odgovorov na trditev: Fizična razporeditev prostorov in opreme v tej lekarni podpira dober potek dela.

Tabela Q3h Novo osebje v tej lekarni je deležno ustreznega uvajanja.			
Oznake vrstic	Štetje Q3h		
-3	8		
-1	5		
1	5		
2	2		
3	11		
4	47		
5	97		
6	2		
Skupna vsota	177		

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	3,1%	5
2	Se ne strinjam	1,2%	2
3	Sem neodločen	6,8%	11
4	Strinjam se	29,0%	47
5	Zelo se strinjam	59,9%	97
		100,0%	
		162	



Graf 3.8: Porazdelitev odgovorov na trditev: Novo osebje v tej lekarni je deležno ustreznega uvajanja.

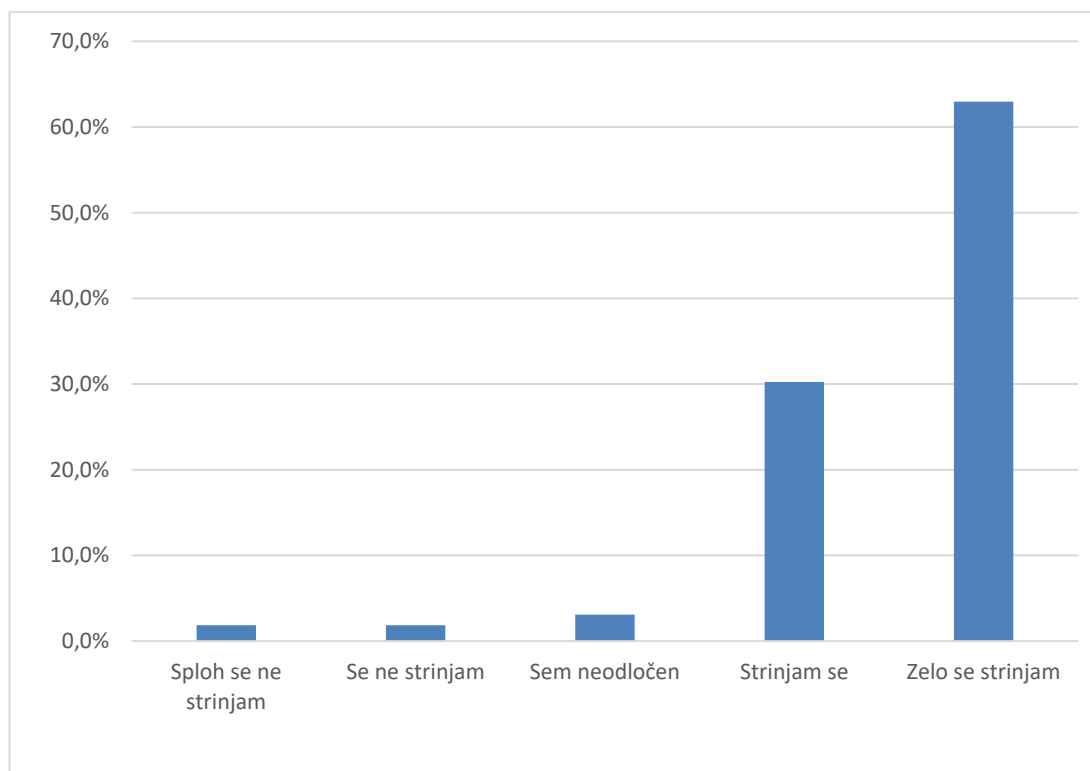
Tabela Q3i Osebje dela kot uspešen tim.

Oznake vrstic	Štetje Q3i
-3	8
-1	6
1	3

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,9%	3

2	3
3	5
4	49
5	102
6	1
Skupna vsota	177

2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	Sem neodločen	3,1%	5
4	Strinjam se	30,2%	49
5	Zelo se strinjam	63,0%	102
		100,0%	
		162	

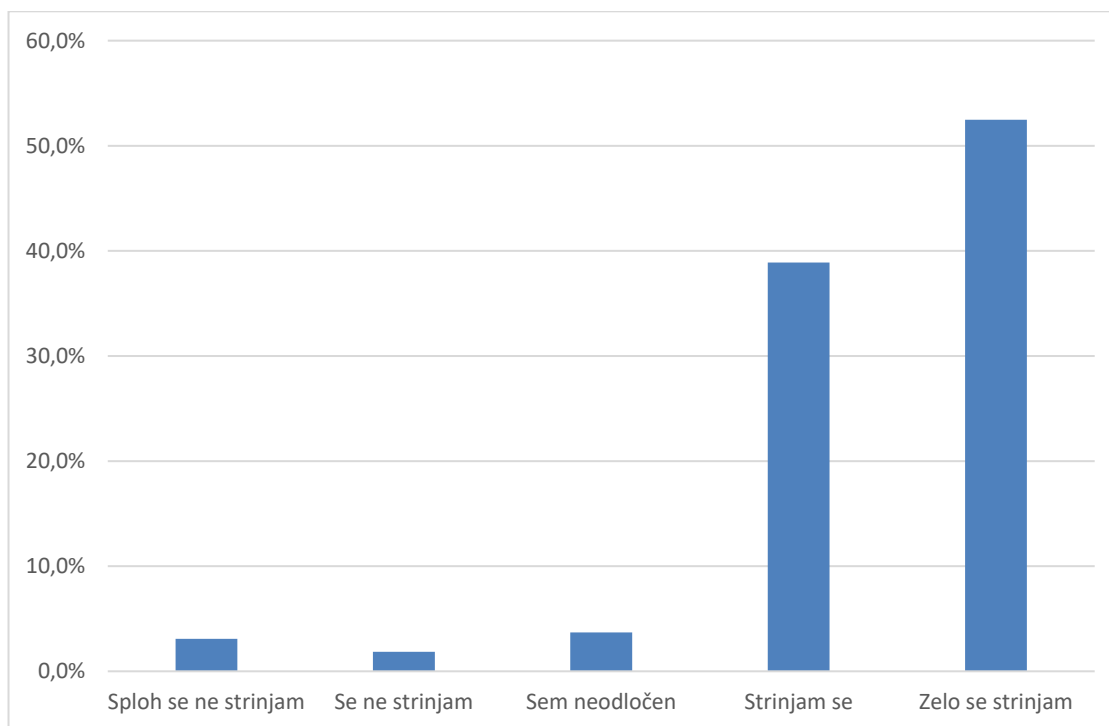


Graf 3.9: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebjem dela kot uspešen tim.

Tabela Q3j Osebe ima dovolj priložnosti za usposabljanje.

Oznake vrstic	Štetje Q3j
-3	8
-1	4
1	5
2	3
3	6
4	63
5	85
6	3
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	3,1%	5
2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	Sem neodločen	3,7%	6
4	Strinjam se	38,9%	63
5	Zelo se strinjam	52,5%	85
		100,0%	
		162	



Graf 3.10: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebjem ima dovolj priložnosti za usposabljanje.

Zgornja meja odstotka negativnih ocen v vseh anketnih vprašanjih iz sekcije A: Soglašanje ali zavrnitev trditve o delu v lekarni z z+4 intervalno oceno odstotka negativnih odgovorov

V nadaljevanju ocenjujemo zgornjo mejo in intervalno oceno odstotkov negativnih odgovorov na trditve za trditve skupine A.

Kritične meje za odstotke negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili z Agresti-Caffovo oceno¹ s tveganjem 0,025 oziroma s 5% tveganjem določitve kritičnih meja pri intervalni oceni.

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

$$p'_i = (n_i + 1)/(N_i + 2) \quad (1)$$

¹ Agresti, A. and Caffo, B. (2000). Simple and effective confidence intervals for proportions and differences of proportions result from adding two successes and two failures. AMERICAN STATISTICIAN 54 (4), pp. 280-288.

in varianco

$$SE_i^2 = p'_i(1 - p'_i)/(N_i + 3) \quad (2)$$

kjer je n_i število vseh negativnih odgovorov na i – to trditev in N_i vsota vseh odgovorov na to trditev.

Tabela Q3k: Celostni pregled deleža negativnih ocen v skupini A z z+4 intervalno oceno

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q3a	6%	3,6%	90,4%	0,065	0,019	0,037	0,028	0,103
Q3b	4,9%	3,7%	91,4%	0,055	0,018	0,035	0,020	0,089
Q3c	5,8%	6,4%	87,8%	0,063	0,141	0,276	0	0,339
Q3d	6,2%	6,2%	87,6%	0,067	0,144	0,283	0	0,350
Q3e	4,2%	4,2%	91,5%	0,048	0,016	0,032	0,016	0,080
Q3f	2,4%	1,8%	95,7%	0,030	0,013	0,026	0,004	0,056
Q3g	13,9%	13,3%	72,7%	0,144	0,027	0,053	0,091	0,197
Q3h	4,3%	6,8%	88,9%	0,049	0,017	0,033	0,016	0,082
Q3i	3,7%	3,1%	93,2%	0,043	0,117	0,229	0	0,271
Q3j	4,9%	3,7%	91,4%	0,055	0,131	0,258	0	0,313

Zgornja meja najvišjega ocenjenega odstotka negativnih ocen kulture varnosti pacientov glede na delovanje lekarn v Sloveniji je 35% in pripada trditvi »Osebe jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti«,

Statistika odgovorov iz sekcije B: Soglašanje ali zavrnitev trditev glede komunikacije in poteka dela

V sekciji B nam osnovna statistika vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 5 da naslednje vrednosti, kot jih prikazujejo tabele in grafi od Q4a do Q4p. Na tej lestvici pomeni 1 - nikoli, 2 - redko, 3 - včasih, 4 - pogosto, 5 - zmeraj.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 177 anketirancev, relevantne odgovore pa je dalo tudi nekaj manj anketirancev. Poglejmo porazdelitev odgovorov na trditve!

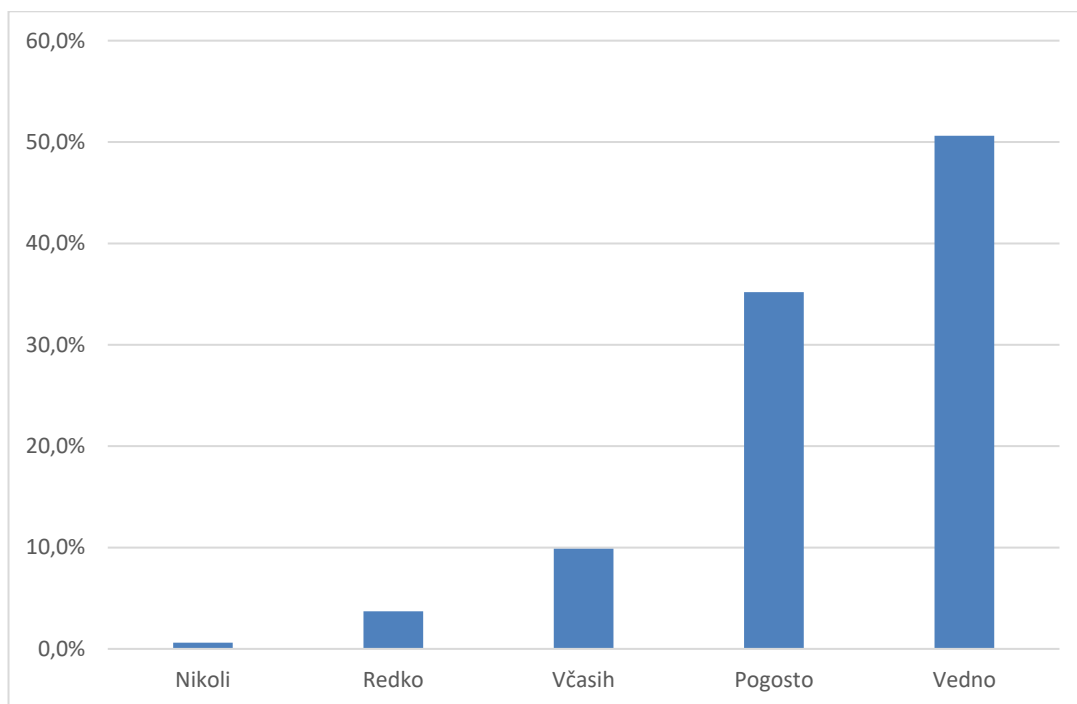
Tabela Q4a Ideje in predlogi osebja se v tej lekarni cenijo.

Oznake vrstic	Štetje Q4a
-3	11
-1	4
1	1
2	6
3	16
4	57
5	82
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	0,6%	1
2	Redko	3,7%	6
3	Včasih	9,9%	16
4	Pogosto	35,2%	57
5	Vedno	50,6%	82

100,0%

162



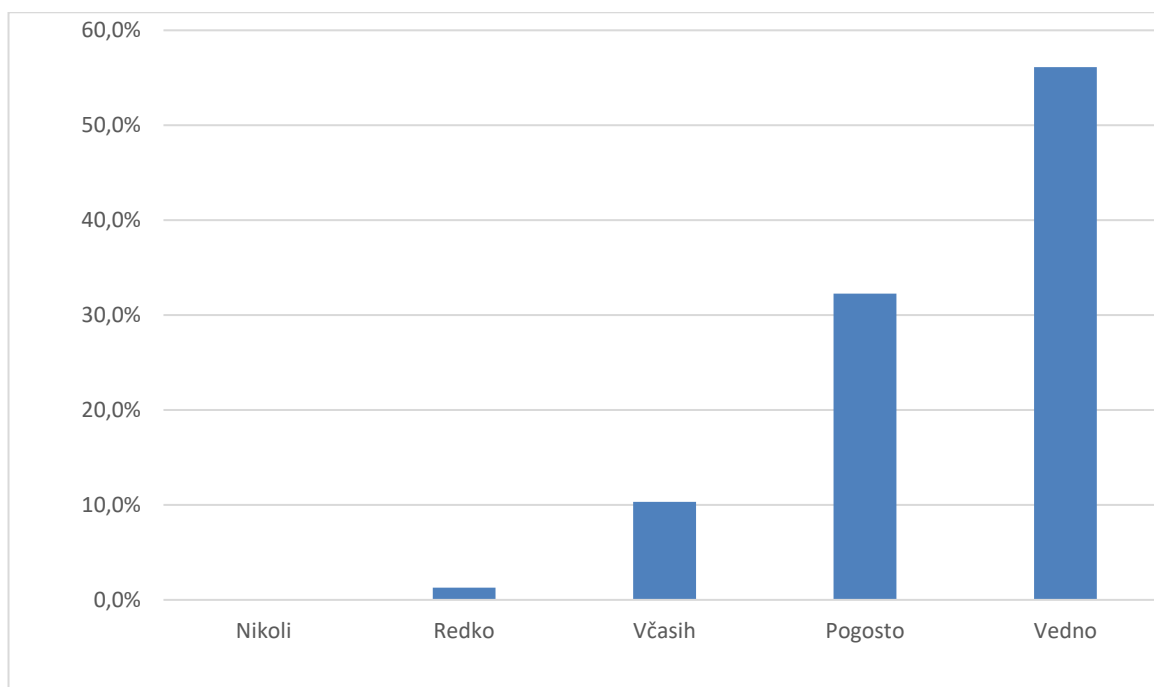
Graf 4.1: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ideje in predlogi osebja se v tej lekarni cenijo.

Tabela Q4b Spodbujamo paciente, da se pogovorijo s farmacevtom o svojih zdravilih.

Oznake vrstic	Štetje Q4b	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-3	11	1	Nikoli	0,0%	0
-1	5	2	Redko	1,3%	2
2	2	3	Včasih	10,3%	16
3	16	4	Pogosto	32,3%	50
4	50	5	Vedno	56,1%	87
5	87				
6	6			100,0%	

Skupna vsota	177
-----------------	-----

155

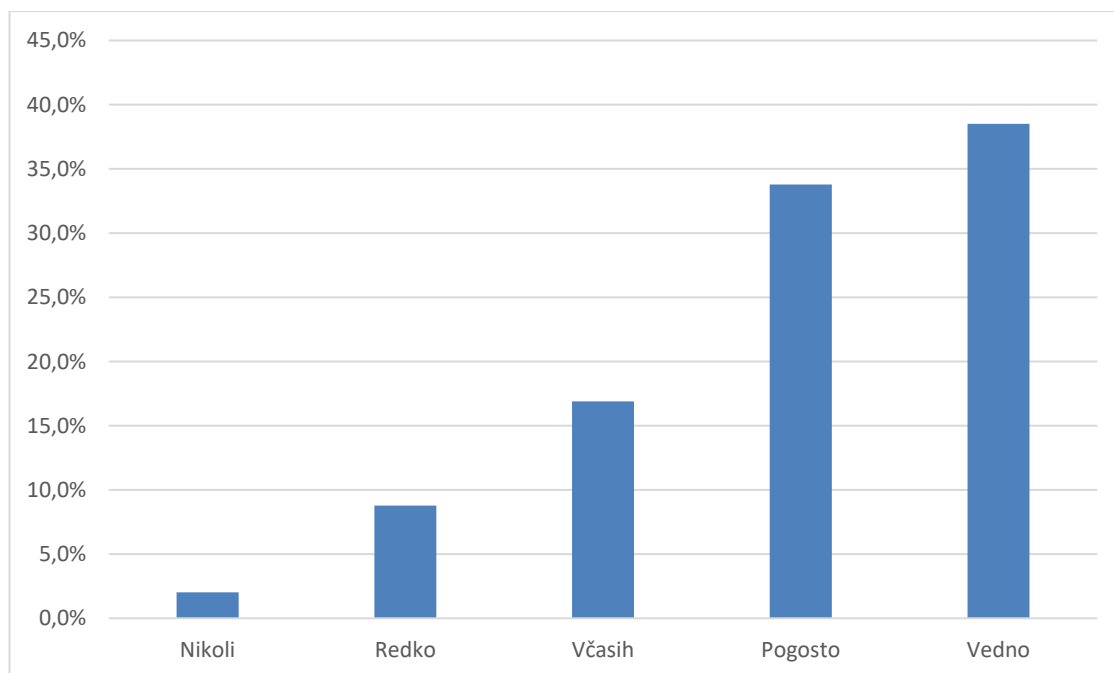


Graf 4.2: Porazdelitev odgovorov na trditev: Spodbujamo paciente, da se pogovorijo s farmacevtom o svojih zdravilih.

Tabela Q4c Osebjje ima med izmenami zadosten odmor.

Oznake vrstic	Štetje Q4c
-3	11
-1	4
1	3
2	13
3	25
4	50
5	57
6	14
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	2,0%	3
2	Redko	8,8%	13
3	Včasih	16,9%	25
4	Pogosto	33,8%	50
5	Vedno	38,5%	57
		100,0%	
		148	

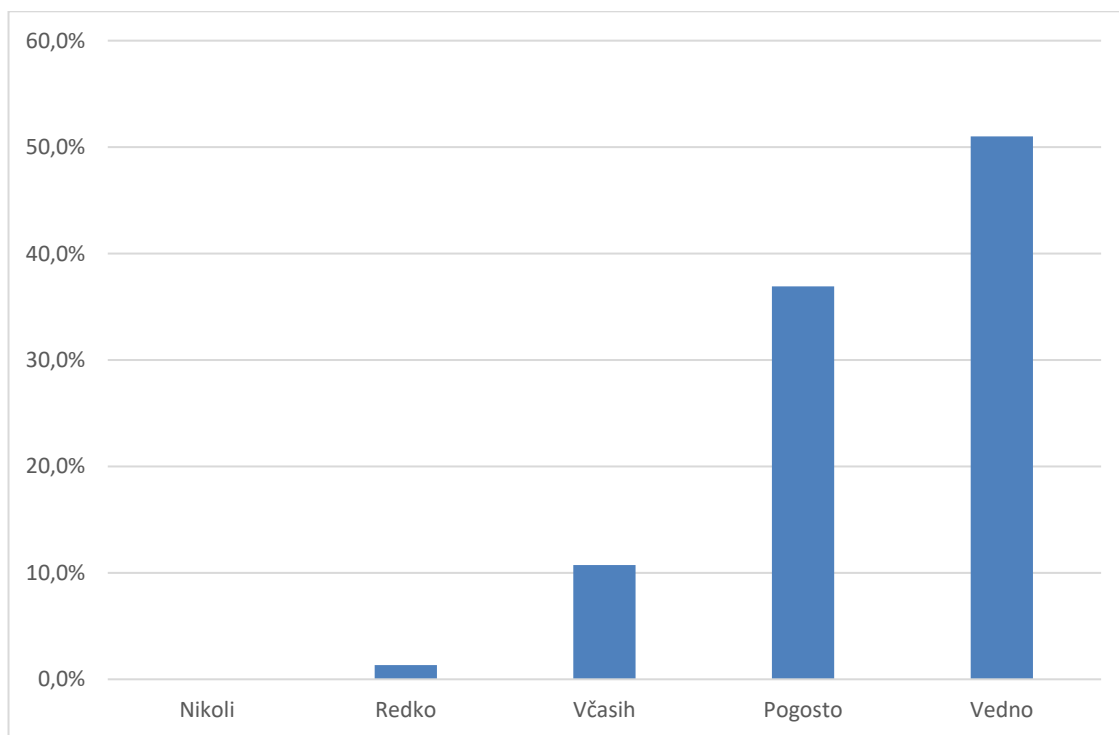


Graf 4.3: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebe ima med izmenami zadosten odmor.

Tabela Q4d

Imamo jasna pričakovanja o izmenjavi pomembnih informacij o predpisanih zdravil med izmenami.

Oznake vrstic	Štetje Q4d				
-3	11	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-1	5	1	Nikoli	0,0%	0
2	2	2	Redko	1,3%	2
3	16	3	Včasih	10,7%	16
4	55	4	Pogosto	36,9%	55
5	76	5	Vedno	51,0%	76
6	12			100,0%	
Skupna vsota	177			149	



Graf 4.4: Porazdelitev odgovorov na trditev: Imamo jasna pričakovanja o izmenjavi pomembnih informacij o predpisanih zdravil med izmenami.

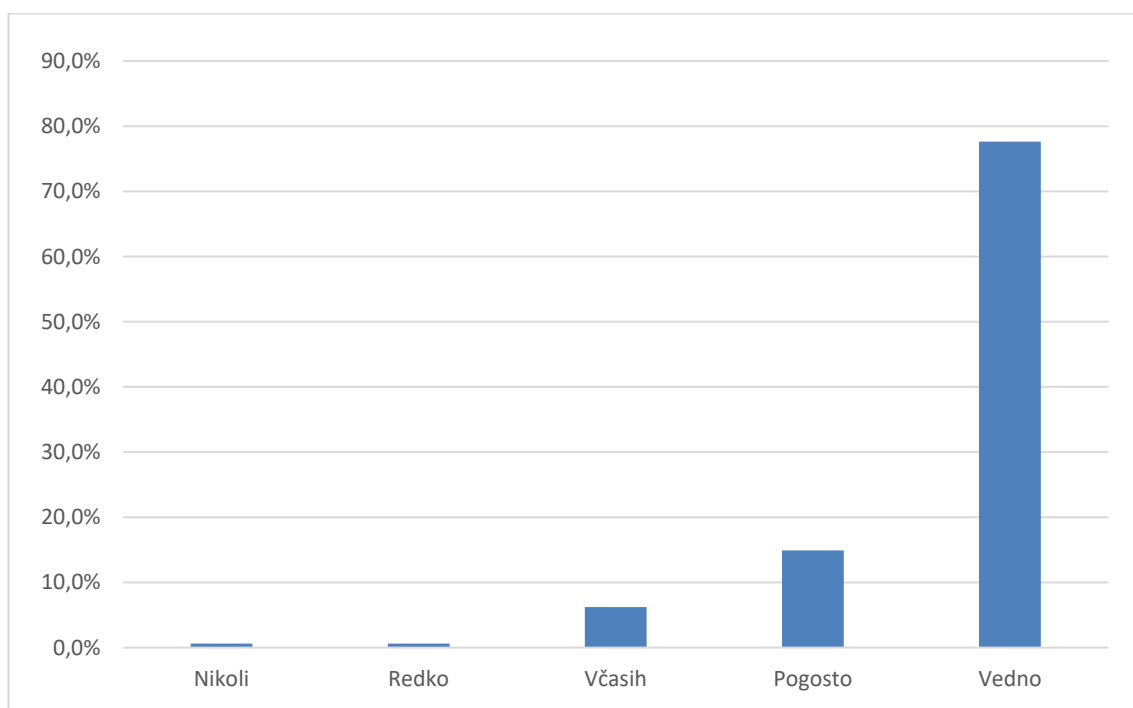
Tabela Q4e

Osebjem nima zadržkov, da vpraša če o čem ni gotovo.

Oznake vrstic	Štetje Q4e
-3	11
-1	5
1	1
2	1
3	10
4	24

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	0,6%	1
2	Redko	0,6%	1
3	Včasih	6,2%	10
4	Pogosto	14,9%	24

5	125	5	Vedno	77,6%	125
Skupna vsota	177			100,0%	
				N=161	



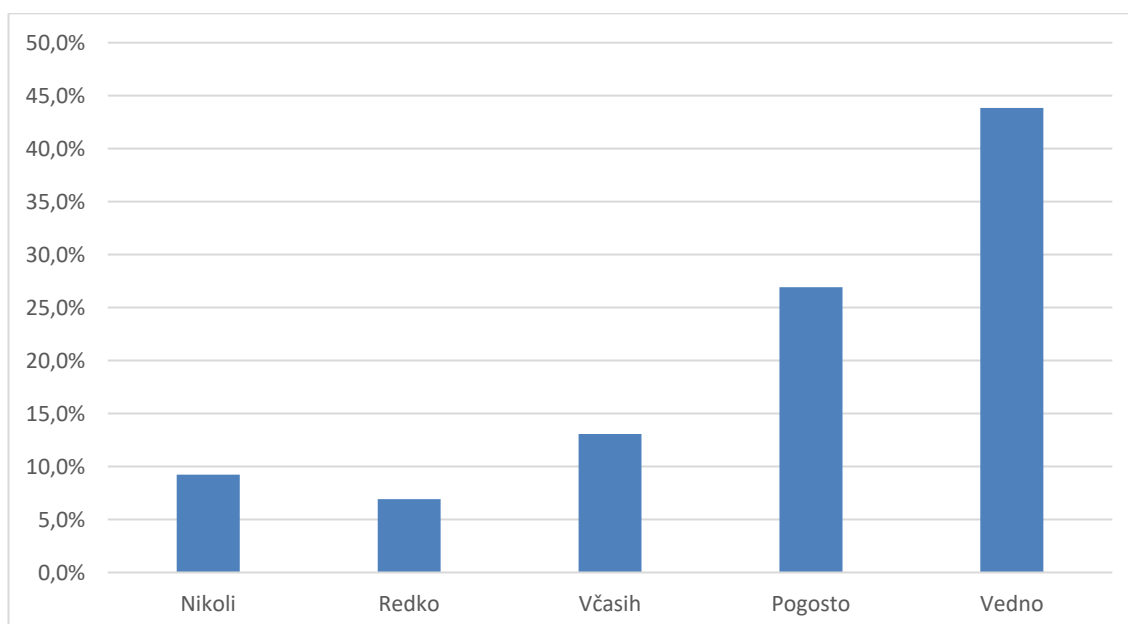
Graf 4.5: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebe nima zadržkov, da vpraša če o čem ni gotovo.

Tabela Q4f

Imamo standardni postopek za predajo informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.

Oznake vrstic	Štetje Q4f
-3	11
-1	6
1	12
2	9
3	17
4	35
5	57
6	30
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	9,2%	12
2	Redko	6,9%	9
3	Včasih	13,1%	17
4	Pogosto	26,9%	35
5	Vedno	43,8%	57
		100,0%	
		130	

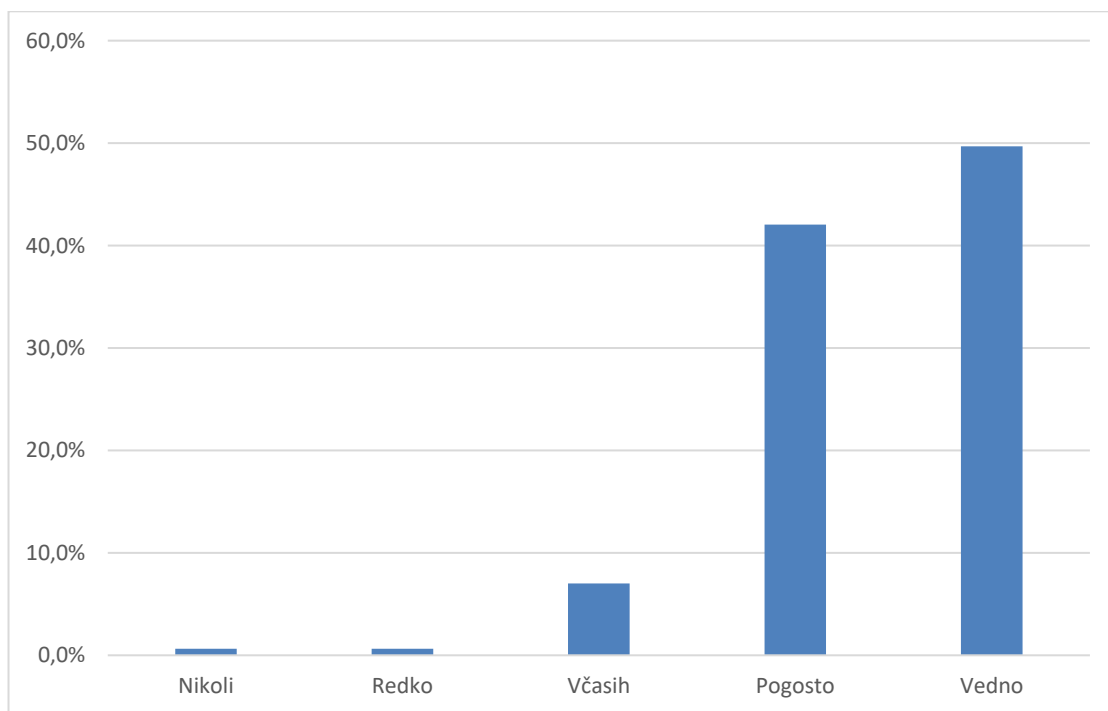


Graf 4.6: Porazdelitev odgovorov na trditev: Imamo standardni postopek za predajo informacij o predpisanih zdravilih med izmenami.

Tabela Q4g Naši farmacevti si vzamejo dovolj časa za pogovor s pacientom o uporabi prejetih zdravil.

Oznake vrstic	Štetje Q4g
-3	11
-1	4
1	1
2	1
3	11
4	66
5	78
6	5
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	0,6%	1
2	Redko	0,6%	1
3	Včasih	7,0%	11
4	Pogosto	42,0%	66
5	Vedno	49,7%	78
			100,0%
			N=157



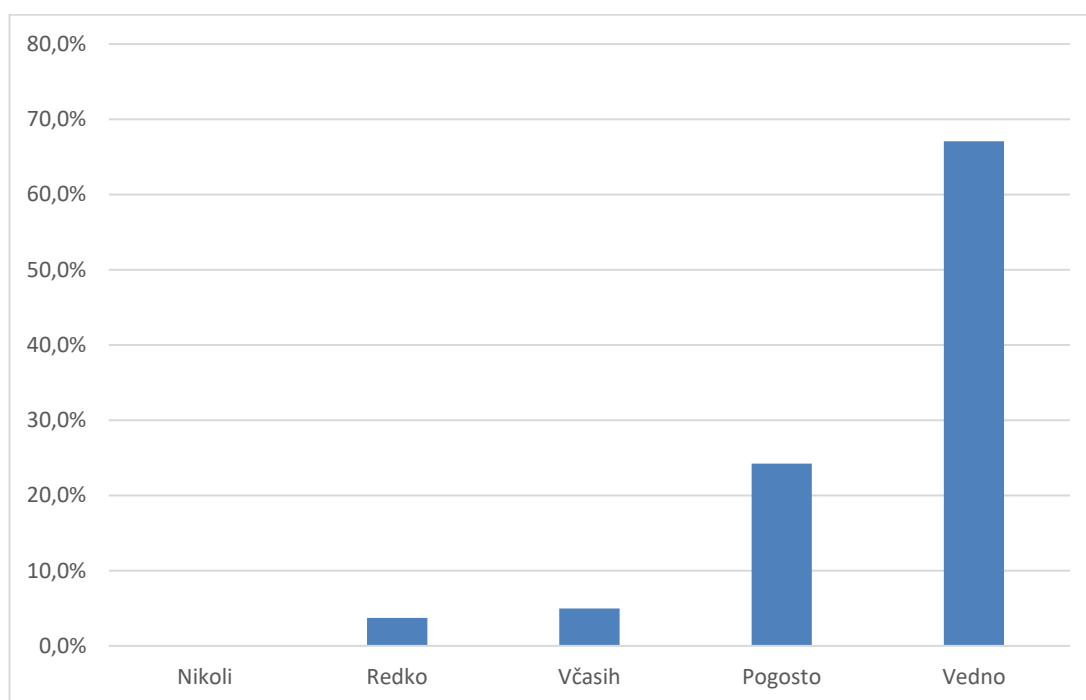
Graf 4.7: Porazdelitev odgovorov na trditev: Naši farmacevti si vzamejo dovolj časa za pogovor s pacientom o uporabi prejetih zdravil.

Tabela Q4h Osebj se v tej lekarni pogovori o napakah.

Oznake vrstic	Štetje Q4h			
-3	11	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek
-1	5	1	Nikoli	0,0%
2	6	2	Redko	3,7%
3	8	3	Včasih	5,0%
				Število

4	39	4	Pogosto	24,2%	39
5	108	5	Vedno	67,1%	108
Skupna vsota				100,0%	

N=161



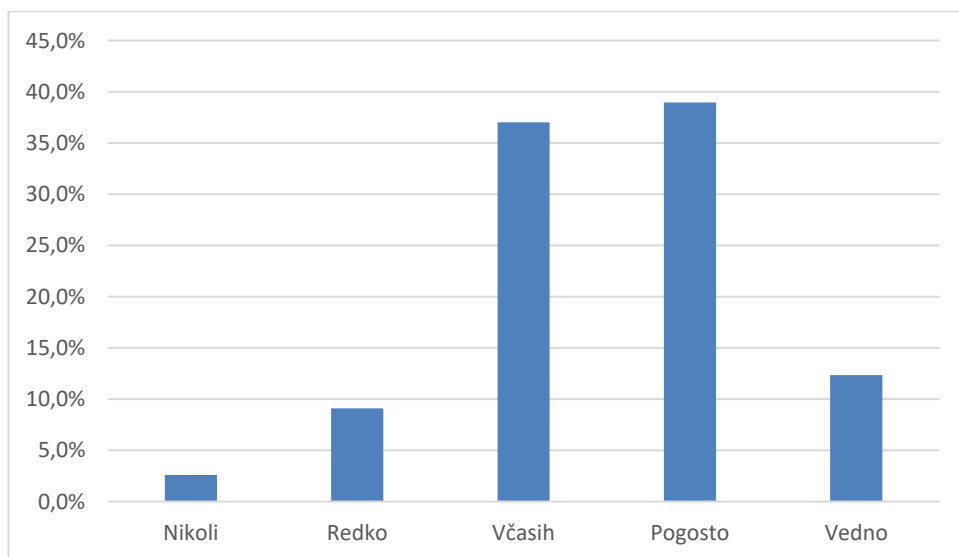
Graf 4.8: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebjje se v tej lekarni pogovori o napakah.

Tabela Q4i Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte.

Oznake vrstic	Štetje Q4i
-3	11
-1	4
1	4
2	14
3	57
4	60
5	19
6	8
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	2,6%	4
2	Redko	9,1%	14
3	Včasih	37,0%	57
4	Pogosto	39,0%	60
5	Vedno	12,3%	19
		100,0%	

N=154



Graf 4.9: Porazdelitev odgovorov na trditev: Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte.

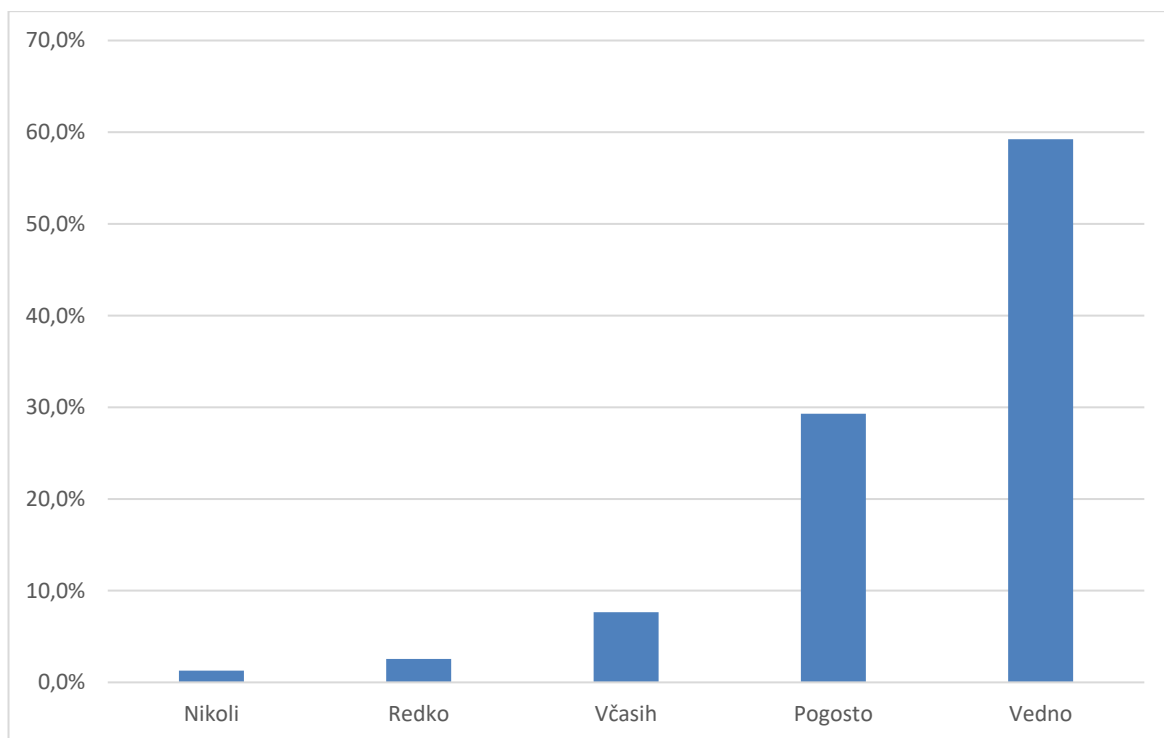
Tabela Q4j

Osebe v tej lekarni z lahkoto spregovori o problemih varnosti pacientov s svojim nadrejenim.

Oznake vrstic	Štetje Q4j
-3	11
-1	6
1	2
2	4
3	12
4	46
5	93
6	3
Skupna vsota	177

Ozna ka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	1,3%	2
2	Redko	2,5%	4
3	Včasih	7,6%	12
4	Pogosto	29,3%	46
5	Vedno	59,2%	93
			100,0%

N=157

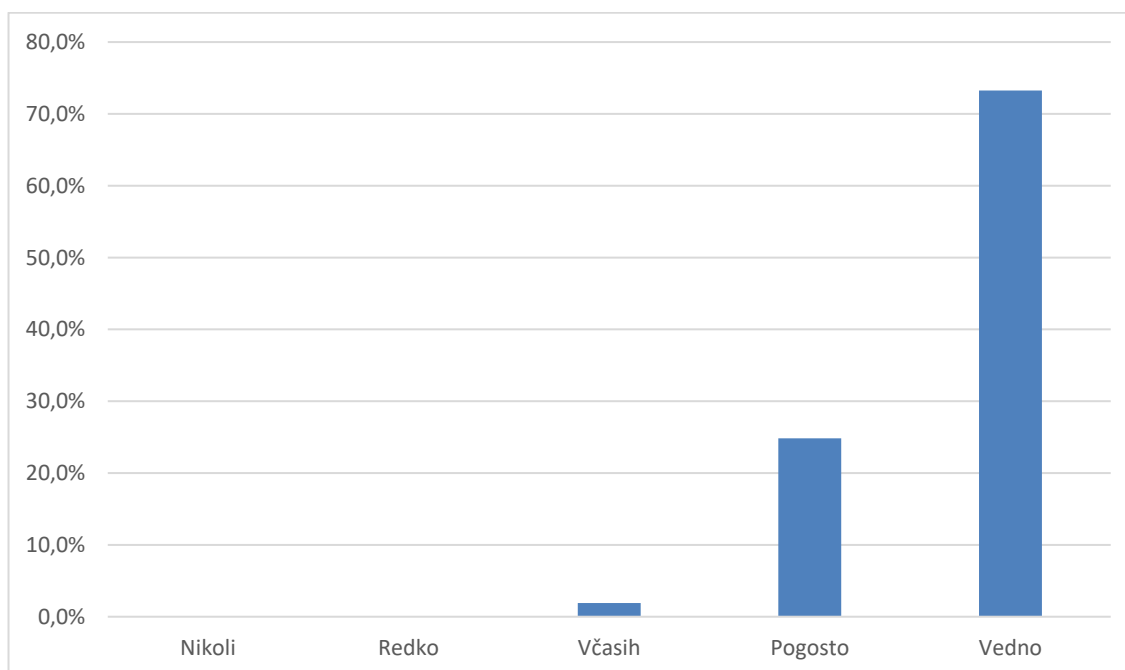


Graf 4.10: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebe v tej lekarni z lahkoto spregovori o problemih varnosti pacientov s svojim nadrejenim.

Q4	k	Naši farmacevti posredujejo pacientom pomembne informacije o njihovih novih predpisanih zdravilih.
----	---	--

Oznake vrstic	Štetje Q4k	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-3	11	1	Nikoli	0,0%	0
-1	5	2	Redko	0,0%	0
3	3	3	Včasih	1,9%	3

4	39	4	Pogosto	24,8%	39
5	115	5	Vedno	73,2%	115
				100,0%	
6	4			N=157	
Skupna vsota	177				



Graf 4.11: Porazdelitev odgovorov na trditev: Naši farmacevti posredujejo pacientom pomembne informacije o njihovih novih predpisanih zdravilih.

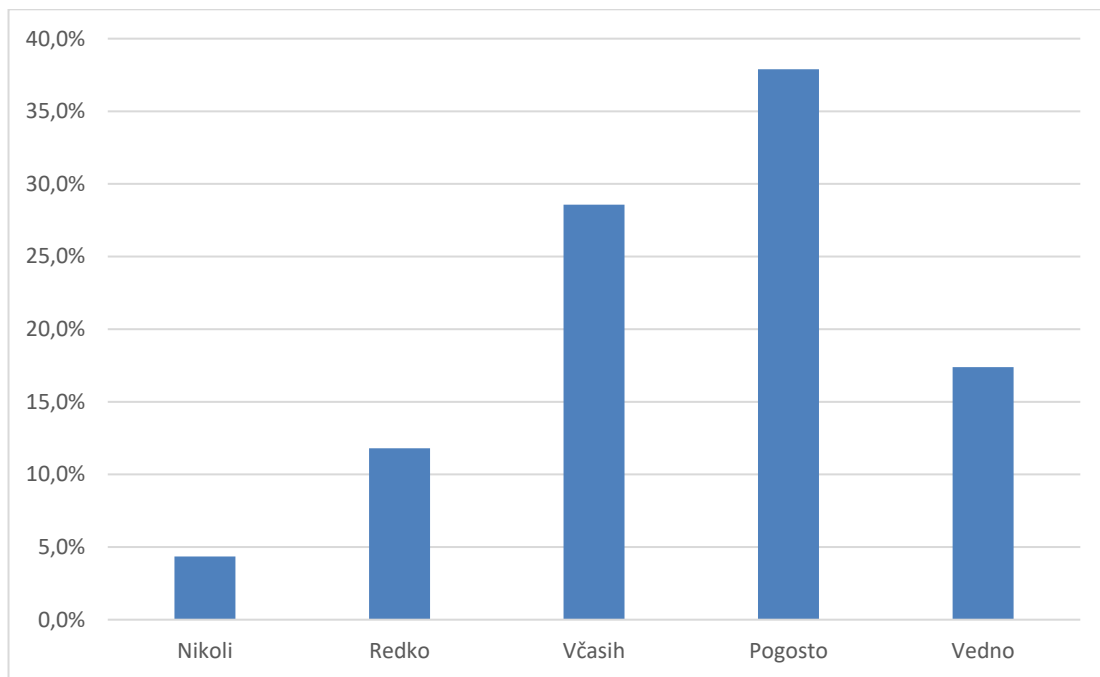
Tabela Q4 1 Imamo dovolj osebja da obvladamo delovne obremenitve.

Oznake vrstic	Štetje Q4l
-3	11
-1	5
1	7
2	19
3	46
4	61
5	28
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	4,3%	7
2	Redko	11,8%	19
3	Včasih	28,6%	46
4	Pogosto	37,9%	61
5	Vedno	17,4%	28

100,0%

161

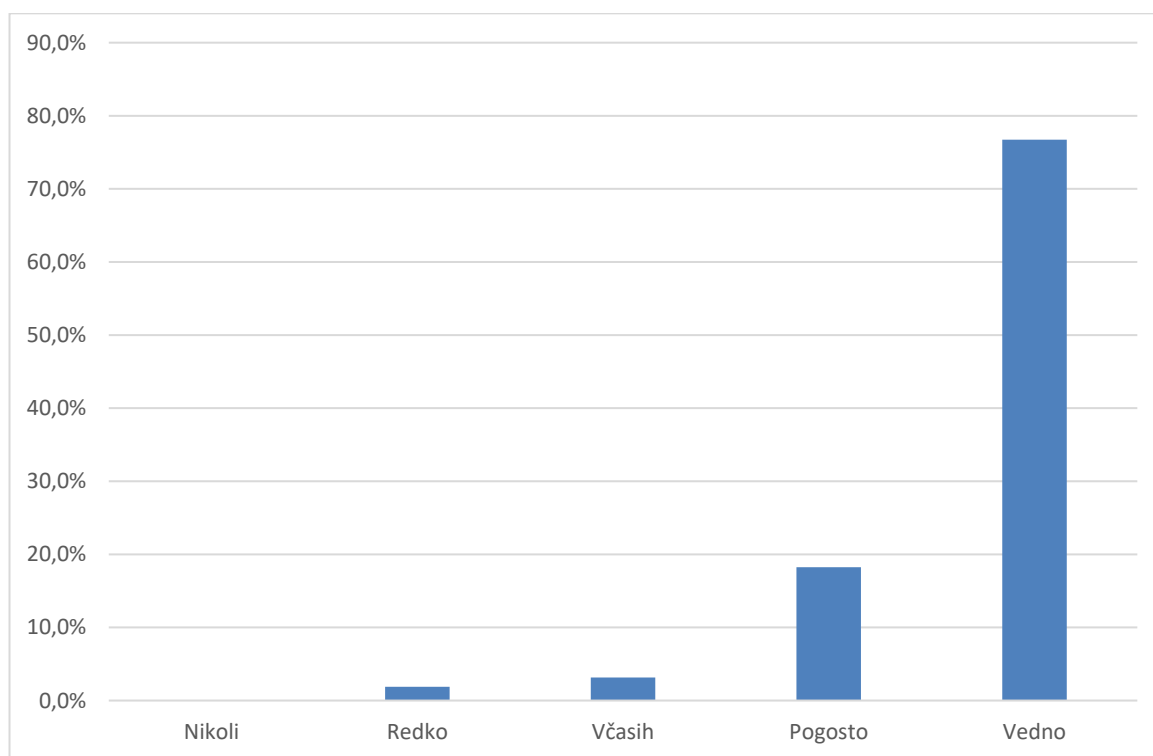


Graf 4.12: Porazdelitev odgovorov na trditev: Imamo dovolj osebja da obvladamo delovne obremenitve.

Tabela Q4 m Kadar pride do problema varnosti pacientov, se o tem pogovorimo.

Oznake vrstic	Štetje Q4m	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-3	11	1	Nikoli	0,0%	0
-1	5				

2	3	2	Redko	1,9%	3
3	5	3	Včasih	3,1%	5
4	29	4	Pogosto	18,2%	29
5	122	5	Vedno	76,7%	122
6	2			100,0%	
Skupna vsota	177			N=159	

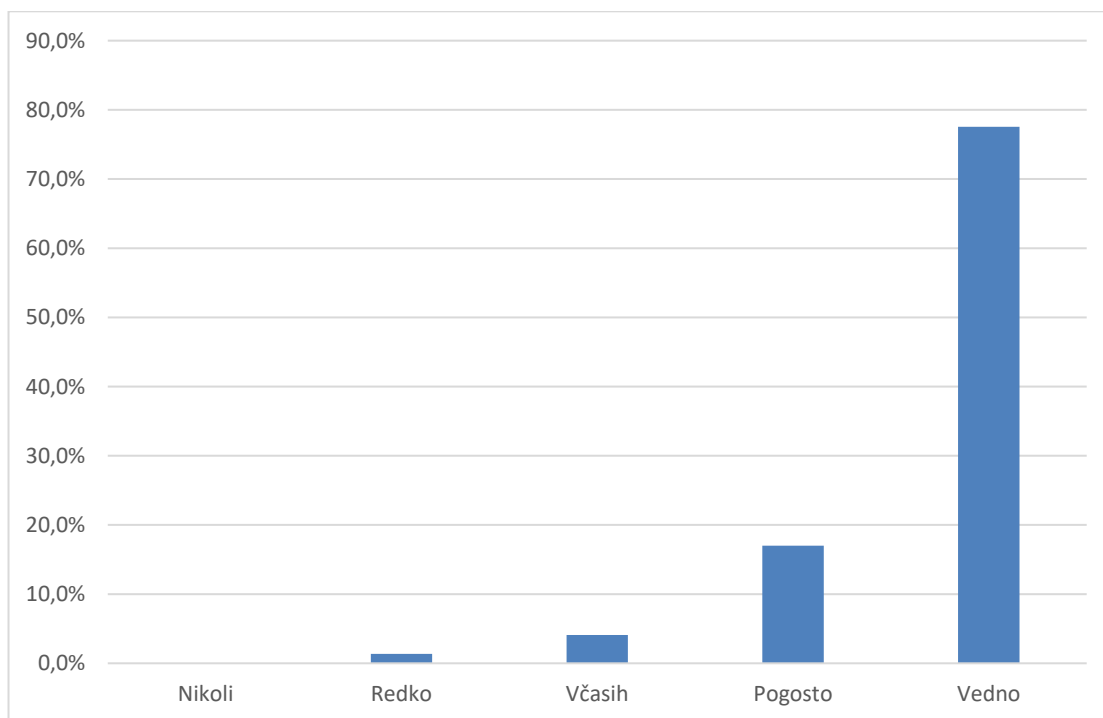


Graf 4.13: Porazdelitev odgovorov na trditev: Kadar pride do problema varnosti pacientov, se o tem pogovorimo.

Tabela Q4 n O stanju problematičnih receptov se med izmenami dobro obveščamo.

Oznake vrstic	Štetje Q4n
-3	11
-1	6
2	2
3	6
4	25
5	114
6	13
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	0,0%	0
2	Redko	1,4%	2
3	Včasih	4,1%	6
4	Pogosto	17,0%	25
5	Vedno	77,6%	114
		100,0%	
		N=147	



Graf 4.14: Porazdelitev odgovorov na trditev: O stanju problematičnih receptov se med izmenami dobro obveščamo.

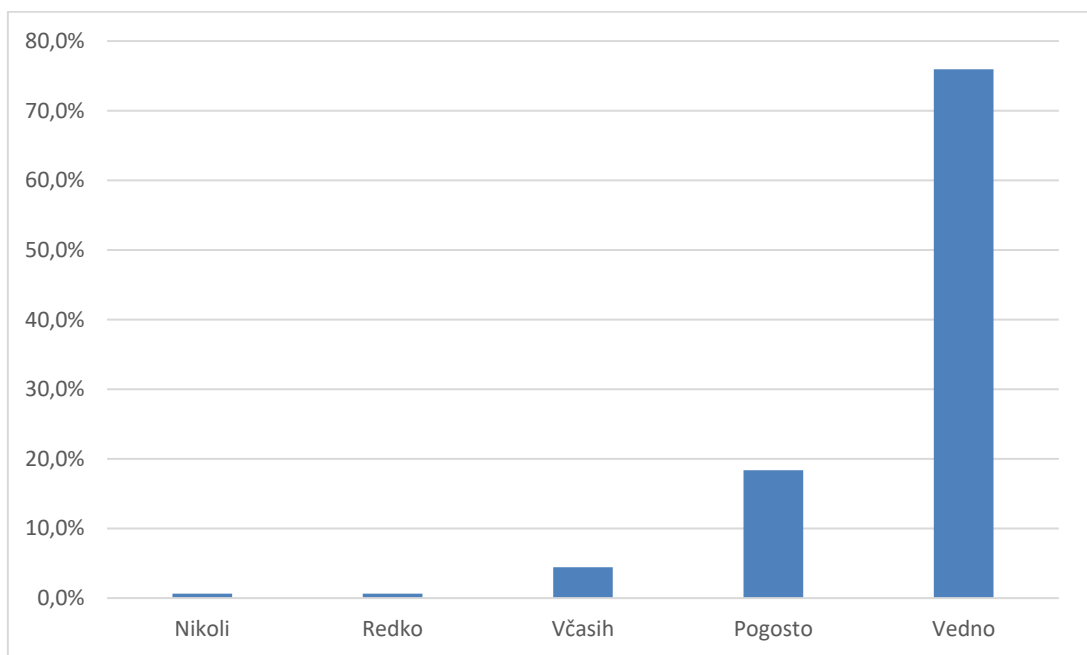
Tabela Q4 o V tej lekarni se pogovorimo o tem kako napake preprečiti v prihodnje.

Oznake vrstic	Štetje Q4o
-3	11
-1	8
1	1
2	1

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	0,6%	1
2	Redko	0,6%	1

3	7	3	Včasih	4,4%	7
4	29	4	Pogosto	18,4%	29
5	120	5	Vedno	75,9%	120
Skupna vsota	177			100,0%	

N=158



Graf 4.15: Porazdelitev odgovorov na trditev: V tej lekarni se pogovorimo o tem kako napake preprečiti v prihodnje.

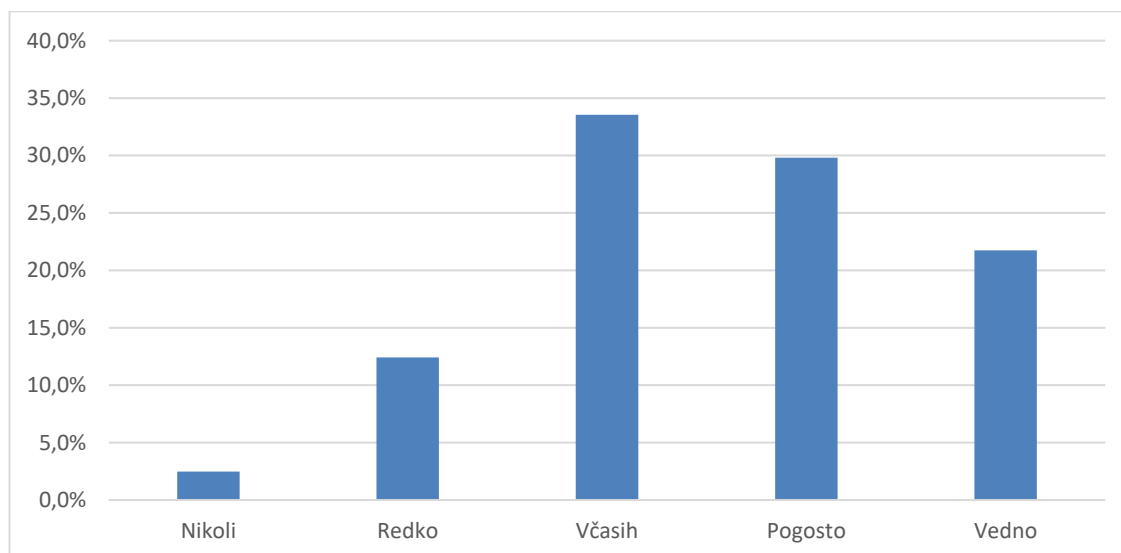
Tabela Q4	p	Prekinitve in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebje pri delu.
--------------	---	---

Oznake vrstic	Štetje Q4p
-3	11
-1	5
1	4
2	20
3	54
4	48
5	35
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	2,5%	4
2	Redko	12,4%	20
3	Včasih	33,5%	54
4	Pogosto	29,8%	48
5	Vedno	21,7%	35

100,0%

N=161



Graf 4.16: Porazdelitev odgovorov na trditev: Prekinitve in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebje pri delu.

Tabela Q4r: Celostni pregled deleža negativnih ocen v skupini B z z+4 intervalno oceno.

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q4a	4,32%	9,88%	85,80%	0,049	0,017	0,033	0,016	0,082
Q4b	1,3%	10,3%	88,4%	0,019	0,011	0,021	0	0,040
Q4c	10,8%	16,9%	72,3%	0,113	0,026	0,051	0,063	0,164
Q4d	1,3%	10,7%	87,9%	0,020	0,011	0,022	0	0,042
Q4e	1,2%	6,2%	92,6%	0,018	0,010	0,021	0	0,039
Q4f	16,1%	13,1%	70,8%	0,167	0,032	0,063	0,103	0,230
Q4g	1,3%	7,0%	91,7%	0,019	0,011	0,021	0	0,040

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q4h	3,7%	5,0%	91,3%	0,043	0,016	0,031	0,012	0,074
Q4i	51,3%	37,0%	11,7%	0,513	0,040	0,078	0,435	0,591
Q4j	3,8%	7,6%	88,5%	0,044	0,016	0,032	0,012	0,076
Q4k	0,0%	1,9%	98,1%	0,006	0,006	0,012	0	0,019
Q4l	16,1%	28,6%	55,3%	0,166	0,029	0,057	0,109	0,223
Q4m	1,9%	3,1%	95,0%	0,025	0,012	0,024	0,001	0,049
Q4n	1,4%	4,1%	94,6%	0,020	0,011	0,022	0	0,043
Q4o	1,3%	4,4%	94,3%	0,019	0,011	0,021	0	0,040
Q4p	14,9%	33,5%	51,6%	0,153	0,028	0,055	0,098	0,209

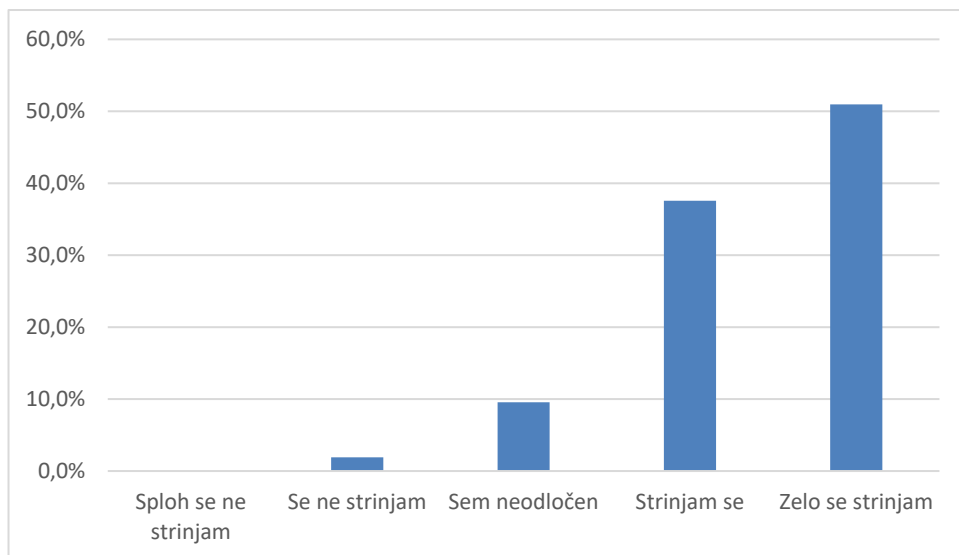
Zgornja meja najvišjega ocenjenega odstotka negativnih ocen kulture varnosti pacientov glede komunikacije in poteka dela v lekarnah v Sloveniji je 59,1% in pripada trditvi »Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte«. Druge kritične meje so mnogo nižje.

Statistika odgovorov iz sekcije C: Sporočanje o varnostnih incidentih v lekarni – postopanju ob napakah

V sekciji C nam osnovna statistika vrednosti odgovorov po Likertovi lestvici od 1 do 5 da naslednje vrednosti, kot jih prikazujejo tabele in grafi od Q5a do Q5j. Na tej lestvici pomeni 1- sploh ne strinjanje, 2 - ne strinjanje, 3 - neodločnost, 4 - strinjanje, 5 - poročevalec se s trditvijo zelo strinja.

Na to skupino trditev je odgovarjalo 177 anketirancev. Poglejmo porazdelitev odgovorov na trditve!

Tabela Q5 a		Z osebjem se postopa pravično, ko pride do napake.			
Oznake vrstic	Štetje Q5a				
-3	13	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-1	5	1	Sploh se ne strinjam	0,0%	0
2	3	2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	15	3	Sem neodločen	9,6%	15
4	59	4	Strinjam se	37,6%	59
5	80	5	Zelo se strinjam	51,0%	80
6	2			100,0%	
Skupna vsota	177			N=157	



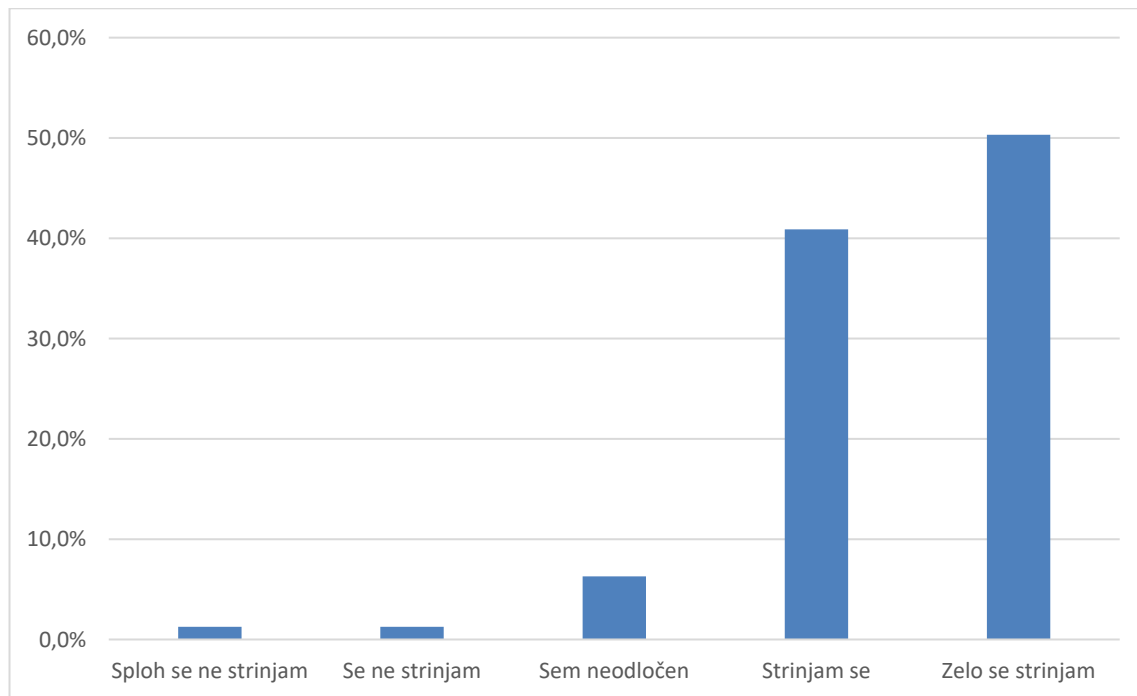
Graf 5.1: Porazdelitev odgovorov na trditev: Z osebjem se postopa pravično, ko pride do napake.

Tabela Q5 b Ko pride do napake skušamo ugotoviti kateri problemi v delovnem procesu so pripeljali do napake.

Oznake vrstic	Štetje Q5b
-3	13

-1	4
1	2
2	2
3	10
4	65
5	80
6	1
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,3%	2
2	Se ne strinjam	1,3%	2
3	Sem neodločen	6,3%	10
4	Strinjam se	40,9%	65
5	Zelo se strinjam	50,3%	80
		100,0%	
		159	

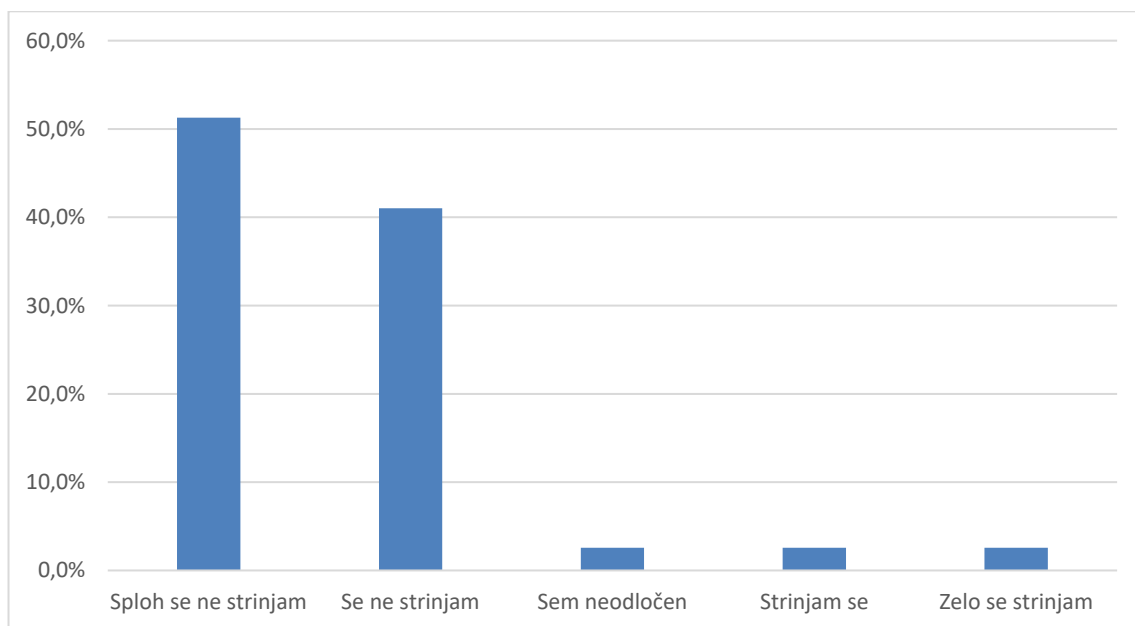


Graf 5.2: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ko pride do napake skušamo ugotoviti kateri problemi v delovnem procesu so pripeljali do napake.

Tabela Q5c	Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na varnosti pacientov.
------------	--

Oznake vrstic	Štetje Q5c
-3	13
-1	4
1	80
2	64
3	4
4	4
5	4
6	4
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	51,3%	80
2	Se ne strinjam	41,0%	64
3	Sem neodločen	2,6%	4
4	Strinjam se	2,6%	4
5	Zelo se strinjam	2,6%	4
		100,0%	
		N=156	



Graf 5.3: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na varnosti pacientov.

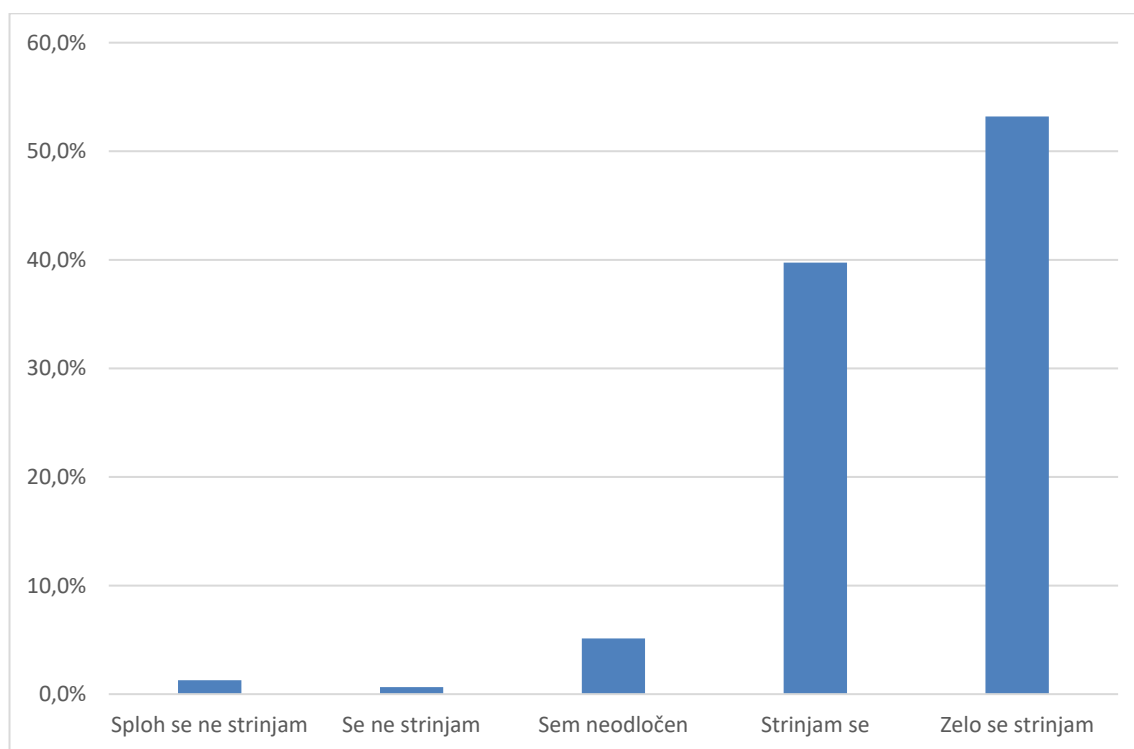
Tabela Q5d Ta lekarna pomaga osebju pri učenju iz napak in jih ne kaznuje.

Oznake vrstic	Štetje Q5d
-3	13
-1	5
1	2

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,3%	2

2	1
3	8
4	62
5	83
6	3
Skupna vsota	177

2	Se ne strinjam	0,6%	1
3	Sem neodločen	5,1%	8
4	Strinjam se	39,7%	62
5	Zelo se strinjam	53,2%	83
		100,0%	
		N=156	

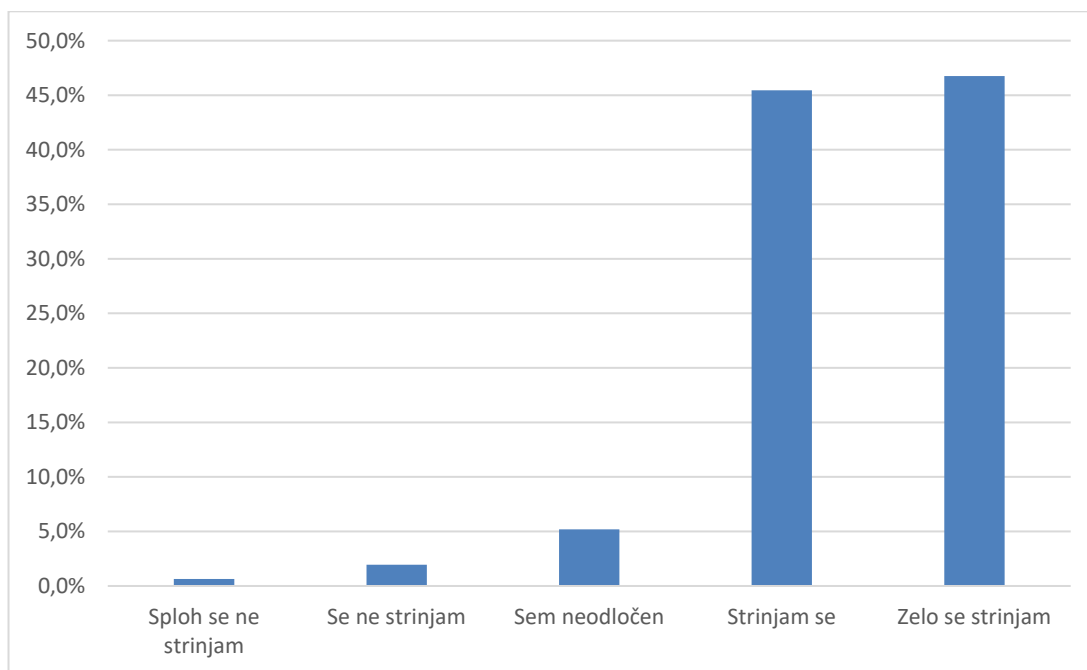


Graf 5.4: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ta lekarna pomaga osebju pri učenju iz napak in jih ne kaznuje.

Tabela Q5 e Če se enaka napaka ponavlja, spremenimo način dela.

Oznake vrstic	Štetje Q5e
-3	13
-1	5
1	1
2	3
3	8
4	70
5	72
6	5
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	0,6%	1
2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	Sem neodločen	5,2%	8
4	Strinjam se	45,5%	70
5	Zelo se strinjam	46,8%	72
		100,0%	
		154	



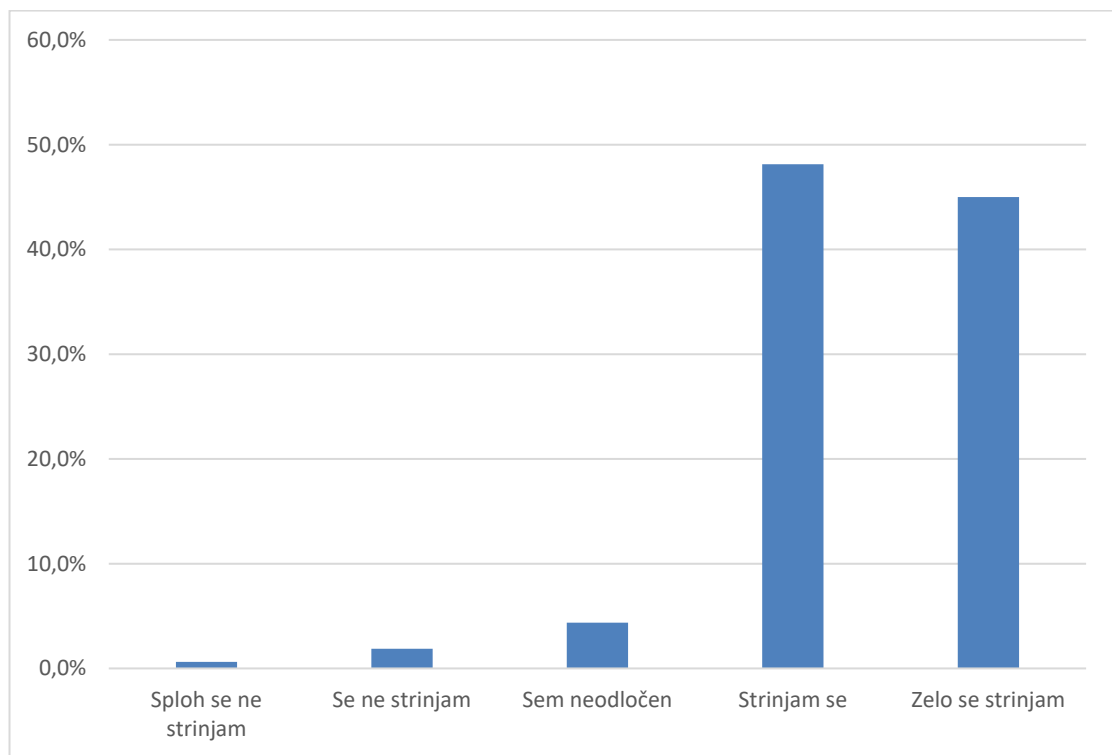
Graf 5.5: Porazdelitev odgovorov na trditev: Če se enaka napaka ponavlja, spremenimo način dela.

Tabela Q5 f Ta lekarna deluje dobro pri preprečevanju napak.

Oznake vrstic	Štetje Q5f
-3	13
-1	4

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
--------	---------------------	----------	---------

1	1	1	Sploh se ne strinjam	0,6%	1
2	3	2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	7	3	Sem neodločen	4,4%	7
4	77	4	Strinjam se	48,1%	77
5	72	5	Zelo se strinjam	45,0%	72
Skupna vsota				100,0%	
				N=160	

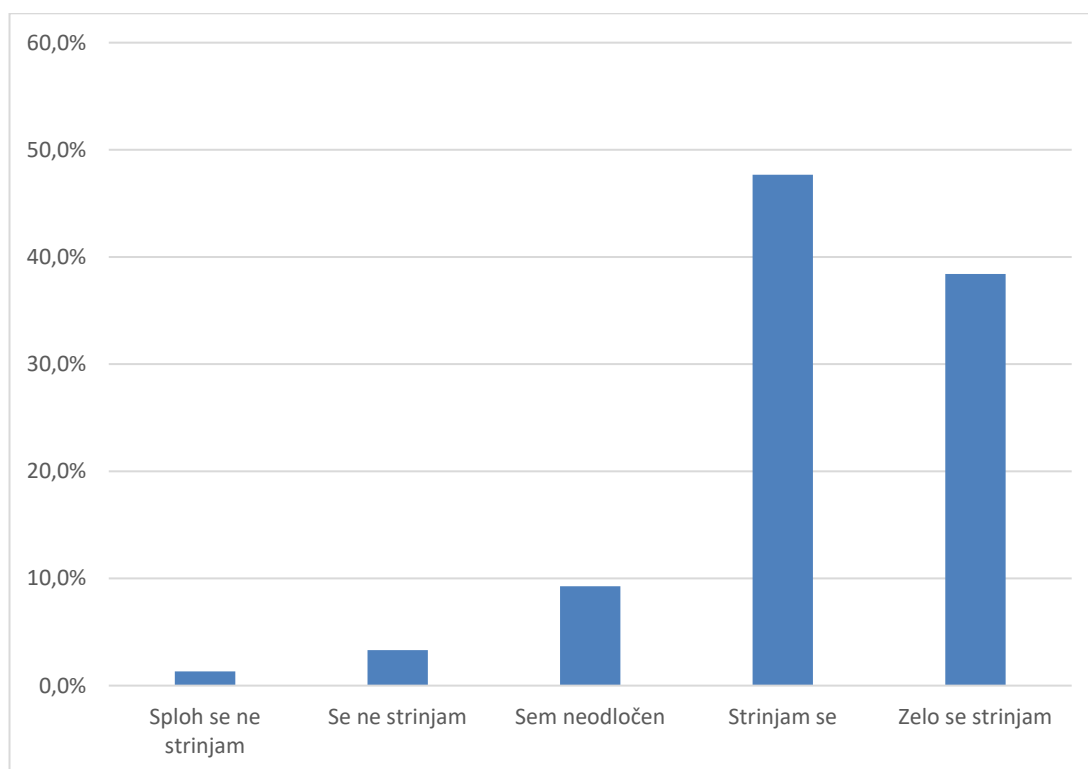


Graf 5.6: Porazdelitev odgovorov na trditev: Ta lekarna deluje dobro pri preprečevanju napak.

Tabela Q5g	Opazujemo delo osebja in način kako tukaj delamo, da bi razumeli zakaj prihaja do napak v tej lekarni.
------------	--

Oznake vrstic	Štetje Q5g
-3	13
-1	6
1	2
2	5
3	14
4	72
5	58
6	7
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	1,3%	2
2	Se ne strinjam	3,3%	5
3	Sem neodločen	9,3%	14
4	Strinjam se	47,7%	72
5	Zelo se strinjam	38,4%	58
		100,0%	
		N=151	



Graf 5.7: Porazdelitev odgovorov na trditev: Opazujemo delo osebja in način kako tukaj delamo, da bi razumeli zakaj prihaja do napak v tej lekarni.

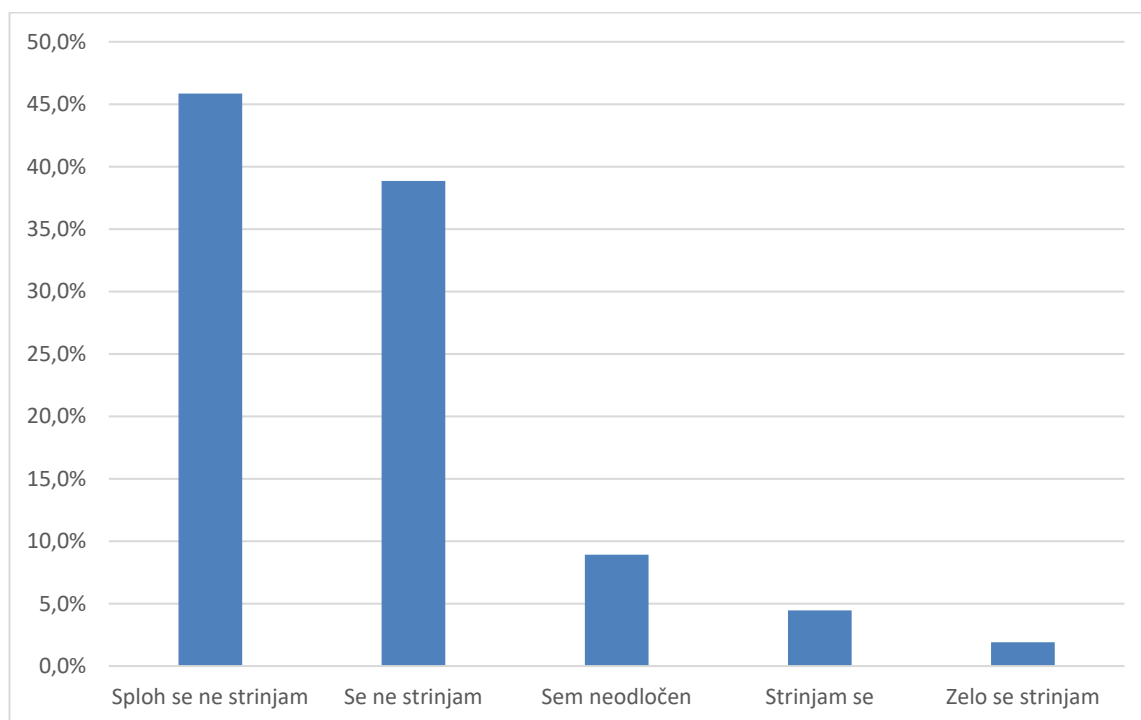
Tabela Q5 h Osebje ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim.

Oznake vrstic	Štetje Q5h	Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
-3	13				
-1	5				
1	72	1	Sploh se ne strinjam	45,9%	72
2	61	2	Se ne strinjam	38,9%	61
3	14	3	Sem neodločen	8,9%	14
4	7	4	Strinjam se	4,5%	7
5	3	5	Zelo se strinjam	1,9%	3

6	2
Skupna vsota	177

100,0%

N=157



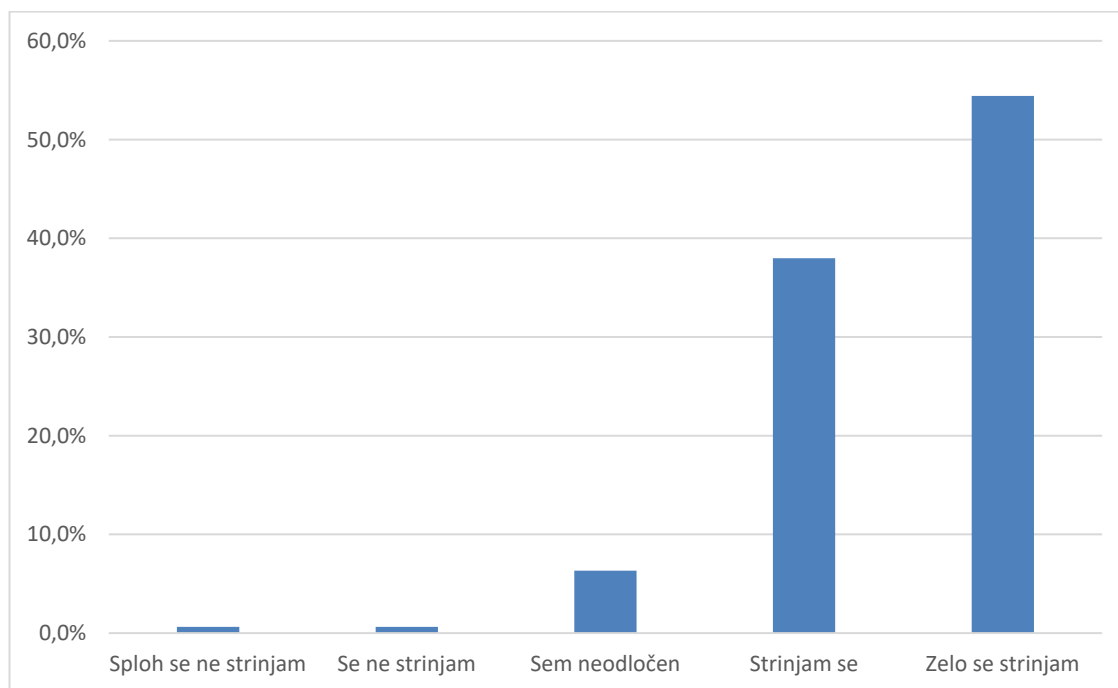
Graf 5.8: Porazdelitev odgovorov na trditev: Osebje ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim.

Tabela Q5 i Način dela v tej lekarni kaže na močno osredotočenost na varnost pacientov.

Oznake vrstic	Štetje Q5i
---------------	------------

-3	13
-1	4
1	1
2	1
3	10
4	60
5	86
6	2
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	0,6%	1
2	Se ne strinjam	0,6%	1
3	Sem neodločen	6,3%	10
4	Strinjam se	38,0%	60
5	Zelo se strinjam	54,4%	86
		100,0%	
		N=158	



Graf 5.9: Porazdelitev odgovorov na trditev: Način dela v tej lekarni kaže na močno osredotočenost na varnost pacientov.

Tabela

Q5

j

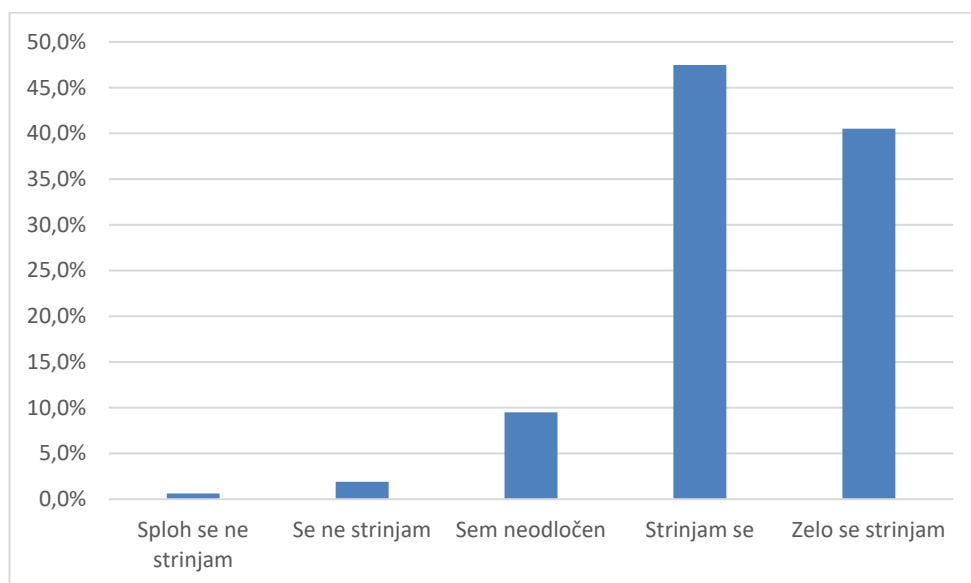
Odzivi na napake so pripeljale do pozitivnih sprememb v tej lekarni.

Oznake vrstic	Štetje Q5j
-3	13
-1	3
1	1
2	3
3	15
4	75
5	64
6	3
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Sploh se ne strinjam	0,6%	1
2	Se ne strinjam	1,9%	3
3	Sem neodločen	9,5%	15
4	Strinjam se	47,5%	75
5	Zelo se strinjam	40,5%	64

100,0%

N=158



Graf 5.10: Porazdelitev odgovorov na trditev: Odzivi na napake so pripeljale do pozitivnih sprememb v tej lekarni.

Tabela Q5k: Celostni pregled deleža negativnih ocen v skupini C z z+4 intervalno oceno.

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q5a	1,9%	9,6%	88,5%	0,025	0,012	0,024	0,001	0,049
Q5b	2,5%	6,3%	91,2%	0,031	0,014	0,027	0,004	0,058
Q5c	5,1%	2,6%	92,3%	0,057	0,018	0,036	0,021	0,093
Q5d	1,9%	5,1%	92,9%	0,025	0,012	0,024	0,001	0,050
Q5e	2,6%	5,2%	92,2%	0,032	0,014	0,028	0,004	0,060
Q5f	2,5%	4,4%	93,1%	0,031	0,014	0,027	0,004	0,057
Q5g	4,6%	9,3%	86,1%	0,052	0,018	0,035	0,017	0,087
Q5h	6,4%	8,9%	84,7%	0,069	0,020	0,039	0,030	0,109
Q5i	1,3%	6,3%	92,4%	0,019	0,011	0,021	-0,002	0,040
Q5j	2,5%	9,5%	88,0%	0,031	0,014	0,027	0,004	0,058

Statistika odgovorov iz sekcije D: Soglašanje ali zavrnitev trditev glede dokumentiranja napak v lekarni

V sekciji D smo preverjali mnenje zaposlenih glede dokumentiranja napak, pri čemer smo postavili dve vprašanji:

- Q6a: Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?
- Q6b: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Mnenja smo zbrali po petih možnih odgovorih:

- 1 Nikoli
- 2 Redko
- 3 Včasih
- 4 Pogosto
- 5 Vedno

Na to skupino trditev je odgovarjalo 177 anketirancev, pri čemer nekateri niso izbrali nobenega od teh možnih odgovorov.

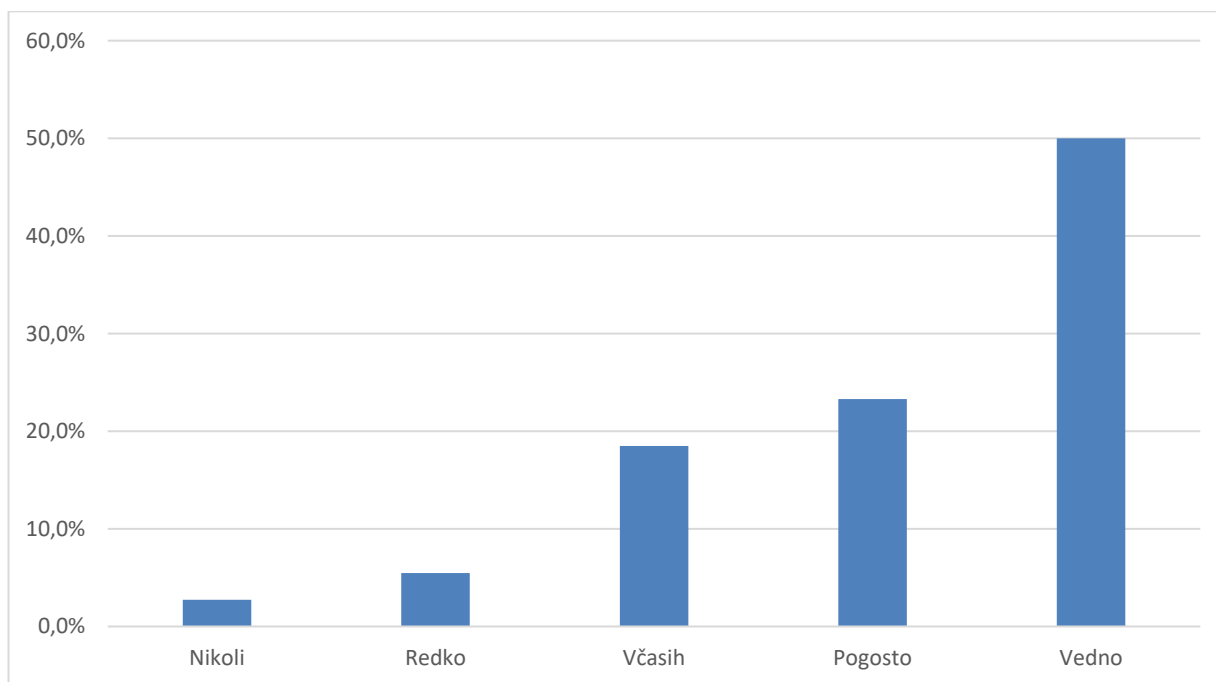
Poglejmo porazdelitev odgovorov na vprašanja!

Vprašanje Q6 a

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

Oznake vrstic	Štetje Q6a
-3	16
-1	3
1	4
2	8
3	27
4	34
5	73
6	12
Skupna vsota	177

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	2,7%	4
2	Redko	5,5%	8
3	Včasih	18,5%	27
4	Pogosto	23,3%	34
5	Vedno	50,0%	73
		100,0%	
		N=146	



Graf 6.1: Porazdelitev odgovorov na vprašanje: Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?

Vprašanje

Q6

b

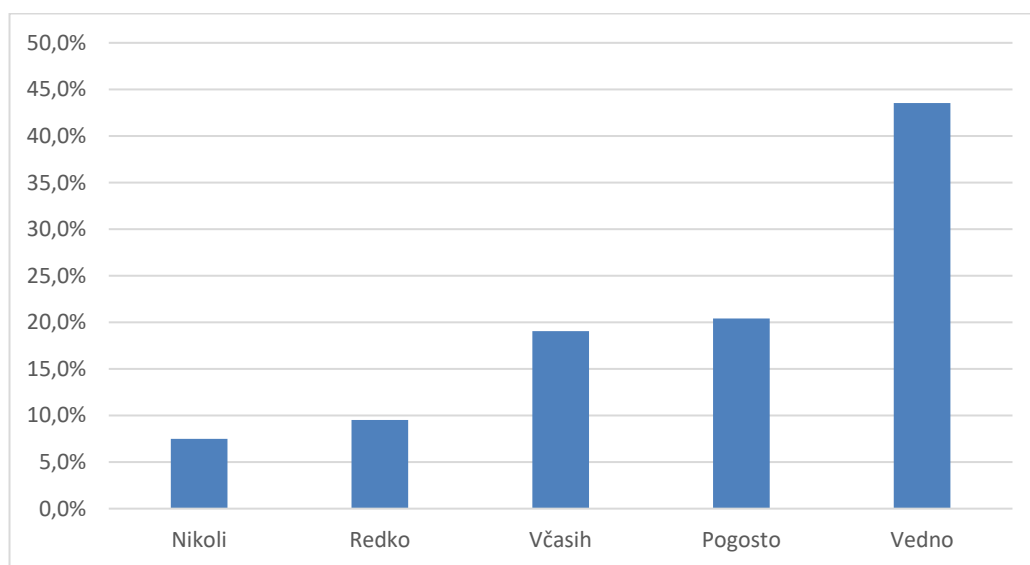
Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Oznake vrstic	Štetje Q6b
-3	16
-1	3
1	11
2	14

Oznaka	Mnenje anketirancev	Odstotek	Število
1	Nikoli	7,5%	11
2	Redko	9,5%	14

3	28
4	30
5	64
6	11
Skupna vsota	177

3	Včasih	19,0%	28
4	Pogosto	20,4%	30
5	Vedno	43,5%	64
		100,0%	
N=147			



Graf 6.2: Porazdelitev odgovorov na vprašanje: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

Tabela Q6c: Celostni pregled deleža negativnih ocen v skupini D z z+4 intervalno oceno.

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q6a	8,2%	18,5%	73,3%	0,088	0,023	0,045	0,042	0,133
Q6b	17,0%	19,0%	63,9%	0,174	0,031	0,061	0,114	0,235

Statistika splošne ocene kulture varnosti v slovenskih lekarnah

V nadaljevanju so odgovori na zastavljeno vprašanje, pri čemer se za negativno oceno opredeljuje ocena slabo (2) in izredno slabo (1).

Tabela Q7

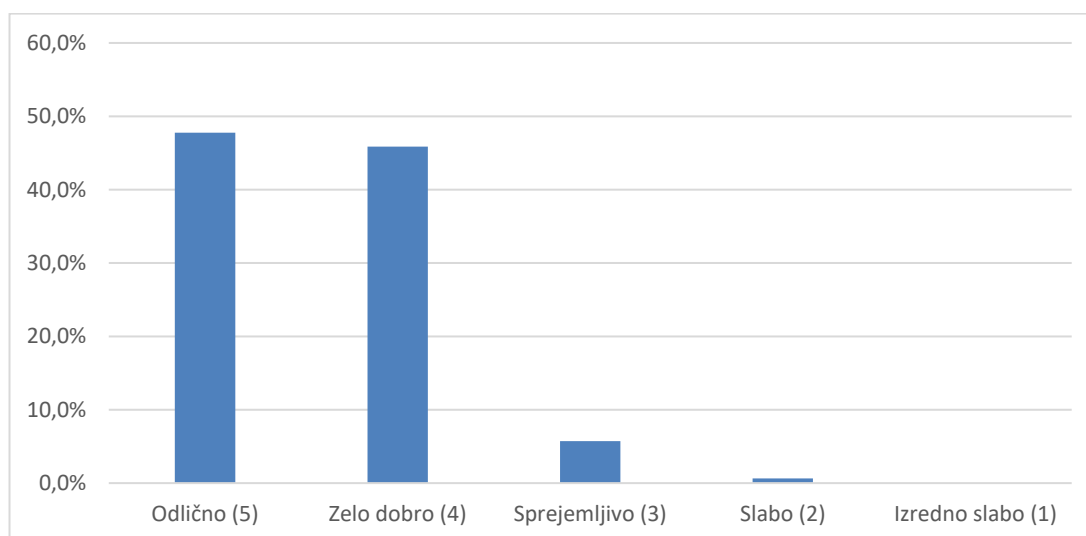
Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši lekarni?

Oznake vrstic	Štetje Q7a
-3	16
-1	4
1	75
2	72
3	9
4	1
Skupna vsota	177

Oznaka	Ocena anketirancev	Odstotek	Število
1	Odlično (5)	47,8%	75
2	Zelo dobro (4)	45,9%	72
3	Sprejemljivo (3)	5,7%	9
4	Slabo (2)	0,6%	1
5	Izredno slabo (1)	0,0%	0

100,0%

N=157



Graf: Porazdelitev odgovorov na vprašanje: Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov v vaši lekarni?

Tabela Q7b: Delež negativnih ocen splošne ocene varnosti z z+4 intervalno oceno.

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q7	0,6%	5,7%	93,6%	0,013	0,009	0,017	-0,005	0,030

S tvegan

jem manjšim od 0,025 lahko trdimo, da oceno slabo ali zelo slabo ocenjuje manj kot 3% zaposlenih v slovenskih lekarnah.

4 SKLEP

Iz tabel Q3k, Q4r, Q5k in Q6c lahko razberemo najvišje verjetnosti negativnih ocen po posameznih skupinah vprašanj in trditve. Ranžirna vrsta odstotkov negativnih ocen se razlikuje od ranžirne vrste vrednosti, ki jih preseže le 2,5% zaposlenih v lekarnah Slovenije.

V ranžirni vrsti ocen organizacije dela v slovenskih lekarnah se največji problemi kažejo glede na vprašanja oziroma trditve:

Q3d: Osebje jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.

Q3e: Lekarna je urejena in pospravljena.

Q3j: Osebje ima dovolj priložnosti za usposabljanje.

Zato velja opozoriti lekarne na našete tri probleme in poiskati rešitve za izboljšanje stanja.

Glede komunikacije in poteka dela so posebej kritične ocene

– Q4i: Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte,

sledijo pa slabše ocene tudi za trditve:

– Q4f: Imamo standardni postopek za predajo informacij o predpisanih zdravilih med izmenami,

– Q4l: Imamo dovolj osebja da obvladamo delovne obremenitve in

– Q4p: Prekinitve in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebje pri delu.

Kritične meje ob tveganju 0,025 so za Q4i enaka 0,591, kar pomeni, da več kot 59 odstotkov zaposlenih v lekarnah Slovenije meni, da imajo časovno stisko ob procesiranju receptov. Očitno je to eden največjih problemov pri delu v lekarnah.

Za Q4f je kritična meja pri 2,5% tveganju enaka 0,23, za Q4l znaša 0,22 in za Q4p skoraj 0,21.

Glede ocenjevanja postopanja ob napakah so ocene boljše. Najbolj kritični sta oceni Q5h in Q5c;

Q5h: Osebje ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim, s kritično vrednostjo odstotka pri 2,5% tveganju enako 0,109

in

Q5c: Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na varnosti pacientov, s kritično vrednostjo odstotka pri 2,5% tveganju enako 0,093.

Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, se to redko ali nikoli ne registrira v manj kot 14% primerov (Za slovenijo to trdimo s tveganjem manjšim od 0,025)m medtem ko se ob manj škodljivih napakah registrira redko ali nikoli v manj kot 24% primerov s tveganjem 9,925.

Sicer pa je bila splošna ocena varnosti pacientov glede na ravnanje slovenskih lekarn ocenjena negativno (ocena 1 ali 2) v 0,6%, zakar v skladu z z+4 testom lahko zaključimo, da je v Sloveniji odstotek teh ocen kvečjemu 3%, pri čemer tvegamo manj kot 2,5%.

5 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/fag/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/iSgwvyQJpGvyYvV8VmWVKws/>
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, 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

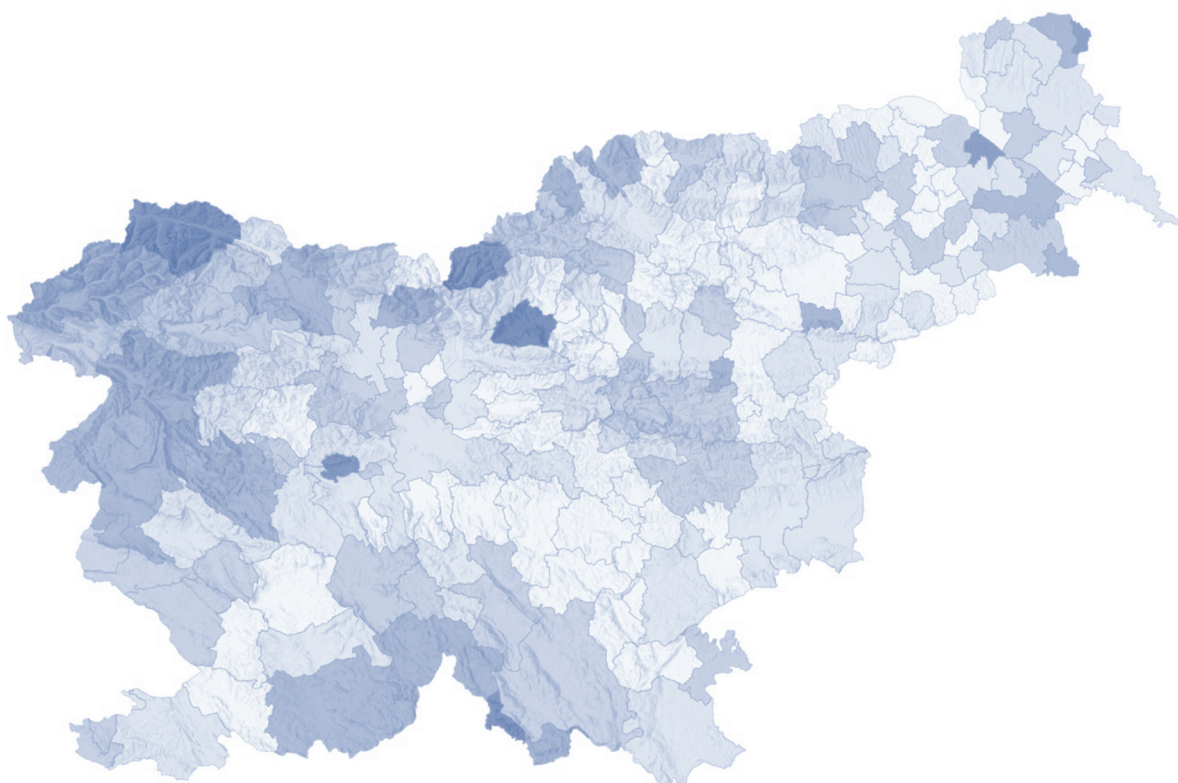
1. Albaalharith, T., & A'aqoulah, A. (2023). Level of Patient Safety Culture Awareness Among Healthcare Workers. In *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (p. 321). Dove Medical Press. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s376623>
2. AL-Dossary, R. (2022). The effects of nursing work environment on patient 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, Rr. 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., Toylia, G., Fasoï, 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 – LEKARNE
(MEORL 52)**



ALMA MATER
— PRESS —