

Končno poročilo raziskave

»Kultura varnosti pacientov«

Zaznavanje kulture varnosti osebja v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, specialističnih ambulantah, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih

Projekt	Zaznavanje kulture varnosti pacientov
Številka projekta	V3-2245 Kultura varnosti pacientov
Število strani	43 in priloge 232
Tip dokumenta	Končno poročilo
Izvajalec	Alma Mater Europaea University in Splošna bolnišnica Murska Sobota
Namen projekta in cilji	Namen projekta je pripraviti standardiziran vprašalnik za merjenje zaznavanja kulture varnosti v zdravstvu. 1. Izmeriti zaznavanje kulture varnosti na vzorcu bolnišnic in specialističnih ambulant (terciarna in sekundarna raven), zdravstvenih domov (primarna raven), lekarn v skupnosti in v socialnovarstvenih zavodih; 2. Predlagati možne ukrepe za izboljšave kulture varnosti za upravljalca kakovosti in varnosti na nacionalni ravni; 3. Predlagati ukrepe na vseh ravneh izvajalcev zdravstvene dejavnosti.
Dodana vrednost projekta	1. Podlaga za uvedbo sistemskega spremljanja kulture varnosti omogoča prepoznavanje področji, na katerih je potrebno uvesti ukrepe za povečanje varnosti pacientov; 2. Uvedba priznanega in strokovno oblikovanega vprašalnika s pripadajočo metodologijo omogoča večjo mero zanesljivosti z namenom, da se vprašalnik ne bo radikalno spremenil v kratkem času zaradi njegove neustreznosti. Omenjeno dejstvo pomeni, da bo verjetno mogoče spremljati spremembo kulture varnosti skozi daljši časovni horizont; 3. Oblikovanje nacionalnega vprašalnika preprečuje podvajanje dela med bolnišnicami in omogoča primerljivost med posameznimi nivoji in zdravstvenimi organizacijami; 4. Merjenje oz. spremljanje kulture varnosti prispeva k povečanju ozaveščenosti zdravstvenih delavcev o pomenu varnosti pacientov in posledično večjo varnost za paciente.
Financiranje projekta	Projekt sta sofinancirala Ministrstvo za zdravje in ARIS v okviru projekta V3-2245 Kultura varnosti pacientov.
Raziskovalci (po abecedi)	David Bogataj (vodenje projekta in statistični izračuni s sklepi, pisanje prilog 6-10, dopnila končnega poročila), Daniel Grabar (sodelovanje z SB Murska Sobota in kontaktiranje zdravstvenih organizacij), Andrej Robida (koncept raziskave, pisanje dela končnega poročila), Barbara Toplak Perovič (koordinacija projekta in sodelovanje pri končnem poročilu), Svetovanje: Nataša Kreft, Bojana Jerebic
Tehnična pomoč	Anja Inkret

Kazalo

Povzetek	3
1. Uvod	4
2. Izhodišča	6
2.1. Opredelitev problema	6
2.2. Merjenje kulture varnosti	7
2.3. Metode	9
2.3.1. Oblikovanje raziskave	9
2.3.2. Instrument	10
2.4. Opis poteka raziskave	12
2.5. Obdelava podatkov	13
3. Rezultati	13
3.1. Bolnišnice	13
3.2. Primarno zdravstvo	16
3.3. Lekarne	19
3.4. Socialnovarstveni zavodi	22
3.5. Primerjava subjektivne ocene splošne vseobsežne kulture varnosti med posameznimi vrstami zavodov	25
3.6. Primerjava odgovorov v primarnem zdravstvu in socialno-varstvenih zavodih	30
4. Priporočila	37
5. Zaključek	38
6. Literatura	40

Povzetek

Namen raziskave je bil razviti instrument v obliki vprašalnika za merjenje zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih s ciljem doseganja večje varnosti pacientov, kar pomeni izboljšanje njihove varnosti zdravstvene obravnave z zmanjševanjem preprečljivih škodljivih dogodkov v času, ko so pacienti v stiku zdravstvenim sistemom. Merjenje zaznavanja kulture varnosti pacientov je ključnega pomena, ker pomaga zdravstvenim organizacijam prepoznati prednosti, slabosti in 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 bolnišnicah, specialističnih ambulantah, zdravstvenih domovih, lekarnah v skupnosti, ter socialno varstvenih zavodih na temelju anket z zaprtim vprašalnikom in dodatkom odprtih vsebin izvedli statistiko porazdelitev ocen situacij, ki lahko pripeljejo do neželenih dogodkov. Za testiranje odstotka negativnih ocen ter razlik v teh odstotkih med vrstami institucij smo uporabili pretežno hi-kvadrat in Agresti-Caffov Z+4 test. Statistična analiza je pokazala, da je kritična zgornja meja za odstotek negativnih ocen kulture varnosti v vsej slovenski populaciji zaposlenih po institucijah zdravstva oziroma posebej socialnega varstva določen z Z+4 testom pri tveganju $\alpha=0,025$ za bolnišnice 8,2%, za ostale vrste institucij pa mnogo manjša (primarno zdravstvo: 1,1%; lekarne: 1,2%; socialno varstveni zavodi: 3,7%). Poglobljene študije so v prilogah 1-10, ki se obvezno berejo skupaj s poročilom. Iz podrobnejše analize in primerjave med vrstami institucij sledi, da je pri vseh še posebej zaskrbljujoča kadrovska zasedba delovnih mest po institucijah (pomanjkanje kadra, kar vodi do presežnih obremenitev, preutrujenosti delavcev in nevarnosti, ki zaradi tega ves čas 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.

1. Uvod

Zdravstvena obravnava je dejavnost s pogosto tveganimi izidi. Vendar pa je mogoče številne varnostne incidente preprečiti z boljšo varnostno kulturo za ustvarjanje okolja, ki je sposobno in motivirano za izboljšave (1,2).

Cilj varnosti pacientov je izboljšanje njihove varnosti zdravstvene obravnave z zmanjševanjem preprečljivih škodljivih dogodkov in opozorilnih nevarnih dogodkov v času, ko so pacienti v stiku zdravstvenim sistemom. Slednji je tudi eden izmed ciljev zapisan v zahtevah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). V njihovem dokumentu je zapisan naslednji citat: » Ne narediti pacientom škode, ki se ji je mogoče izogniti, je stanje duha in pravilo sodelovanja pri načrtovanju in zagotavljanju zdravstvene oskrbe povsod« (1) in v projektu izboljševanja varnosti pacientov in kulture varnosti pacientov (2).

Kultura varnosti v kritičnih dejavnostih se je začela uveljavljati po Černobilski nuklearni nesreči leta 1986. Kultura varnosti pacientov se ponekod šele uveljavlja. To so vrednote, prepričanja in odnos, ki ga imajo zdravstvene organizacije in zaposleni v povezavi z varnostjo, kar vpliva na njihovo zavzetost za varnost (3). Pomeni tudi zaznavanje, kompetence in vzorce obnašanja osebja neke organizacije. To je kultura, kjer se vsakdo aktivno zaveda svojega prispevka k delovanju celotne organizacije, tima ali oddelka in zavedanja, da gredo stvari lahko narobe (4).

Kultura varnosti je vidik nacionalne in organizacijske kulture, ki se nanaša na dejstvo kako na varnost gleda in z njo ravna organizacija (5).

Kultura varnosti predstavlja strukturo treh plasti: osnovne predpostavke, vrednote in norme ter vidne stvari kot so procesi, nadzori, opomniki itd. (6). Obstajajo štiri prekrivajoča se področja kulture: nacionalna kultura, področna kultura, organizacijska kultura in profesionalna kultura. Tako na varnostno kulturo profesionalnih skupin v zdravstvu vpliva organizacijska kultura (npr. Bolnišnice) in tudi nacionalna kultura (7).

S kulturo varnosti je povezan pojem varnostna klima, ki pomeni odnos in zaznavanje osebja v nekem času in prostoru. Velikokrat se oba pojma, varnostna kultura in varnostna klima uporabljata izmenično (8). Kultura varnosti določa stopnjo s katerim se posamezniki v organizaciji zavezujejo, da jim bo varnost prva prioriteta. Pomeni njihovo odločenost, da si prizadevajo za varnost in pripravljenost za sporočanje varnostnih incidentov poročanje napak, ki so dosegle pacienta, a mu niso škodovala ter skorajšnjih napak. Odraža tudi sposobnost posameznikov in organizacije za obravnavanje tveganj in nevarnosti (9).

Izboljševanje kulture varnosti je temeljna sestavina varnosti pacientov in kakovosti zdravstvene obravnave (10). Pri doseganju cilja varnosti pacientov je eden izmed

glavnih dejavnikov izboljšave kultura varnosti pacientov. Kulturo varnosti pacientov je mogoče uresničevati, če vsi deležniki in posamezniki v zdravstvu delujejo skupaj z namenom nenehnega izboljševanja, in z odgovornostjo za varnost zdravstvene obravnave. Spremembo kulture ni mogoče določiti s strategijo, temveč s sistematičnim pristopom k njenim sestavnim delom. Pozitivno varnostno kulturo je mogoče razviti, če so vsi v zdravstvu usposobljeni za varno opravljanje svojega dela, s proaktivnim iskanjem nevarnosti ter sporočanjem o varnostnih incidentih. Na tak način se lahko približamo ravni varnosti, ki temelji na odgovornosti in pozitivnem obnašanju deležnikov v zdravstvu in tudi izven njega.

Vodje morajo redno s svojim zgledom aktivno prikazovati vse sestavine pozitivne varnostne kulture, z namenom, da bi sodelavce spodbudili k sodelovanju za doseganju varnosti in ničelnih preprečljivih škodljivih dogodkov.

Kulturo varnosti sestavljajo kultura znanja, kultura sporočanja, kultura učenja, kultura prožnosti in pravična kultura (11).

Po objavi dela »Motiti se je človeško« (12), je varnost pacientov postala široko priznana kot etični, gospodarski in javno zdravstveni problem, ki zahteva raziskovanje in izboljševanje varnosti pacientov.

V zadnjem času je kultura varnosti pacientov vse bolj priznana kot temeljna sestavina pri ustvarjanju in ohranjanju varnih sistemov zdravstvenega varstva in eden izmed ciljev za izboljšanje varnosti pacientov. Številne varnostne incidente je mogoče preprečiti z boljšo varnostno kulturo za ustvarjanje okolja, ki je sposobno in motivirano za izboljšave (13). Kultura varnosti pacientov, kot jo opredeljuje Evropsko društvo za kakovost v zdravstvu, pomeni vzorec individualnega in organizacijskega vedenja, ki temelji na skupnih prepričanjih in vrednotah, ki si nenehno prizadevajo zmanjšati škodo pacientom, ki lahko nastane pri procesih zdravstvene obravnave (14).

Kakovost in trajnost upravljanja varnosti pacientov temeljita na močni varnostni kulturi v zdravstvenih organizacijah, nacionalnih politikah in regulativnih standardih, stalnem izobraževanju osebja in smiselni pristopi k vključevanju pacientov (15).

Varnost pacientov je velik javnozdravstveni problem, saj vsak deseti pacient doživi škodljivi dogodek v bolnišnici in posledično zaradi tega lahko tudi umre. Z ustreznimi orodji in metodami ter visoko kulturo varnosti, bi se jih dalo polovico preprečiti. Kultura varnosti pacientov ima zelo pomemben vpliv tako na varnost pacientov kot tudi zaposlenih, zato jo je treba obdobjno meriti. Namen raziskave je bil razviti instrument v obliki vprašalnika za merjenje zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialnovarstvenih zavodih.

Cilj varnosti pacientov je izboljšanje njihove varnosti zdravstvene obravnave z zmanjševanjem preprečljivih škodljivih dogodkov časa, ko so pacienti v stiku zdravstvenim sistemom. Slednji je tudi eden izmed ciljev zapisan v zahtevah Svetovne zdravstvene organizacije, kjer zapisan naslednji citat: »... Ne narediti pacientom škode, ki se ji je mogoče izogniti, je stanje duha in pravilo sodelovanja pri načrtovanju in zagotavljanju zdravstvene oskrbe povsod« Akcijski načrt globalnega izboljševanja varnosti pacientov in kulture varnosti pacientov je pripravljen tako globalno kot tudi v Sloveniji, a ga bo treba šele uresničevati.

Študija sestoji iz šestih poglavij, kjer uvodu in izhodiščem, ki vključujejo tudi opis metod dela, sledijo rezultati po vrstah zdravstvenih institucij in sicer v naslednjem vrstnem redu: bolnišnice, primarno zdravstvo, lekarne in socialno varstveni zavodi. V vsaki skupini je izpostavljen tudi nabor najnižje ocenjenih trditev iz anket in iz tega sledeča poročila o nujnosti takojšnjih ukrepov. Sledi zaključek s primerjavo skupnih ocen med institucijami in skupna priporočila.

2. Izhodišča

2.1. Opredelitev problema

Varnost pacientov je v svetu in pri nas predolgo zanemarjena znanost in praksa. Škoda, ki jo doživijo pacienti zaradi napak, dosega epidemiološke razsežnosti, saj so študije pokazale, da v državah z visokim dohodkom v povprečju vsak deseti pacient, ki se zdravi v bolnišnici, doživi škodo za zdravje in pomeni globalno breme bolezni (16-18).

V Sloveniji hospitaliziramo okrog 330.000 pacientov na leto, 10% jih po OECD raziskavi doživi škodljivi dogodek (13). To pomeni, da v Republiki Sloveniji pričakovano kar okrog 33 tisoč pacientov doživi škodljivi dogodek. Če izhajamo iz poročila OECD, potem približno 0,1 % do 0,2 % pacientov, ki se zdravijo v bolnišnicah tudi umre. Polovico teh dogodkov se da preprečiti, ker nastanejo zaradi napak in nekaterih kršitev zdravstvenega oziroma socialno varstvenega osebja. Govorimo o preprečljivih škodljivih dogodkih. Raziskave prevalence ali incidence preprečljivih škodljivih dogodkov v Sloveniji nimamo, ker je bila prekinjena.

V primarnem zdravstvu v Sloveniji nimamo podatkov koliko je teh dogodkov, a tuje raziskave so pokazale, da v primarnem in ambulantnem zdravstvu doživi škodljivi dogodek 20 do 25 odstotkov ljudi v razvitih deželah in deželah v razvoju.

Napake v lekarnah v skupnosti so najpogostejše pri predpisovanju zdravil in razdeljevanju zdravil. Podatkov za Slovenijo ni. Poleg trpljenja pacientov in njihovih bližnjih, vpletenih v napako, izgub ugleda zdravstvene organizacije in njihovih

bližnjih, je škoda tudi ekonomska. Ekonomsko breme je za Slovenijo za preprečljive škodljive dogodke visoko kar 200 milijonov evrov in 240 milijonov evrov, ki jih terjajo ukrepi za neposredno popravo škode glede na podatke Evropske komisije in Organization for Economic Cooperation and Development (13).

Razlika med bolnišnicami, primarnim zdravstvom, lekarnami in socialno varstvenimi zavodi je, da v domovih starejših občanov (SVZ) ljudje stanujejo. Podrobnejši problemi z varnostjo stanovalcev/pacientov v SVZ oziroma odstotki negativnih ocen posameznih faktorjev, ki vplivajo na varnost oskrbovancev, so opisani v poglavju o zaznavanju kulture varnosti v socialno varstvenih zavodih (Priloga 10).

Znanost o varnosti pacientov in tuja zakonodaja poudarjata, da je primarna odgovornost za varnost pacientov na vladi vsake države. Zunanje okolje, ki škodljivo vpliva na njihovo varnost in obnašanje zdravstvenega osebja je pogojeno z ravnanjem v pravosodnem sistemu in praksi sodišč, kjer se na podlagi kazenskega zakonika človeška napaka kriminalizira. Tožba za krivdno odškodnino je velikokrat neuspešna za pacienta oz. izredno dolgotrajna in draga ter zahteva dokaz krivde posameznika.

Zaradi kulture strahu zdravniki skrivajo napake ali jih pripisujejo komplikacijam, prav tako se skušajo izogniti nekaterim posegom in izvajajo defenzivno medicino. To zadnje pomeni, da prekomerno naročajo ali delajo prenekatero preiskavo, ki za zdravstveno stanje pacienta niso pomembne, a so izvedene samo za zaščito zdravnika v primeru, če bi prišlo do tožbe. Defenzivna medicina tako prinaša nepotrebne stroške za zdravstveni sistem.

2.2. Merjenje kulture varnosti

Merjenje zaznavanja kulture varnosti pacientov je ključnega pomena, ker pomaga zdravstvenim organizacijam prepoznati prednosti, slabosti in vrzeli ravnanja ter področja za izboljšave. Psihološki pristop z anketiranjem zdravstvenega osebja je najpogostejši način merjenja kulture varnosti pacientov. Zdravstveno osebje je pogosto prvo, ki opazi vzorce prakse, ki ni varna, in pogoje, ki povečujejo ali zmanjšujejo verjetnost takšne prakse, zato je ta pristop najpogostejše uporabljen.

Izboljšanje kulture varnosti pacientov (KVP) je pomembna prednostna naloga za države OECD, Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in predvsem pacientov ter vseh ljudi (12,13).

KVP je način za izboljšanje izidov za paciente in uspešnosti zdravstvenega sistema. Kulture varnosti ni moč izboljšati samo s strategijami pravili in pravilniki.

Moramo jo izmeriti. Merjenje KVP na vseh ravneh zdravstva lahko izboljša stanje varnosti pacientov, zmanjša trpljenje pacientov in njihovih bližnjih in zmanjša stroške.

Merjenje in analiziranje kulture varnosti pacientov v zdravstvenih ustanovah igra pomembno vlogo, saj opredeljuje prednosti in slabosti organizacij v zvezi z vprašanji o varnosti pacientov. Ocena varnostne kulture omogoča institucijam, da vzpostavijo referenčno točko za izhodiščne podatke pred začetkom intervencij, prednostno razvrstijo področja za prizadevanja za varnost pacientov in spremljajo spremembe v kulturi varnosti pacientov po izvedenih ukrepih za izboljšave.

Kulturo varnosti pacientov je možno raziskovati z različnimi pristopi in orodji (27). Akademska ali antropološka metodologija samo opisuje kulturo ter je ne ocenjuje, zato kot taka ni ustrezna za primerjave (28).

KVP se lahko meri s psihološkim pristopom z anketami zdravstvenega osebja (29, 4), kvalitativnim merjenjem (fokusne skupine, intervjuji, etnografsko raziskavo (30) in pristopom, ki temelji na izkušnjah (31) ali kombinaciji le-teh.

Psihološki pristop z anketiranjem zdravstvenega osebja je najpogostejši način merjenja KVP. Zdravstveni delavci so pogosto prvi, ki opazijo vzorce prakse, ki ni varna in pogoje, ki povečujejo ali zmanjšujejo verjetnost takšne prakse, zato je ta pristop najpogosteje uporabljen.. Številne države EU so s svojimi aktivnostmi prispevale k pomenu KVP za izboljšanje varnosti pacientov in osebja (Avstrija , Belgija, Češka, Danska, Finska, Irska, Luksemburg, Malta, Nizozemska, Portugalska, Romunija, Slovenija, Španija, Švedska) (13).

Ankete o kulturi varnosti pacientov v zdravstvu ocenjujejo zaznavanje postopkov in vedenja zaposlenih v njihovem delovnem okolju in kažejo na prednostne naloge za udejanjanje varnosti. Korist anket o kulturi varnosti pacientov je v pospeševanju drugačnega razmišljanja o varnosti in razumevanje sprememb potrebnih za izboljšave.

Metode za merjenje varnosti pacientov vključujejo strukturo, procese in meritve rezultatov, varnostni odnos in ankete o stanju na terenu, oblikovanje fokusne skupine, pripovedovanje zgodb in zunanje preglede. Mi se v tej študiji osredotočamo predvsem na vprašanje kako oblikovati vprašalnike, ki bodo prilagojeni slovenskemu okolju za vsako vrsto zdravstvenih institucij posebej. Na velikem vzorcu pa smo pokazali, kaj lahko pričakujemo tedaj, ko se uvedba takih anket uveljavi in bomo dobili totalni popis mnenj izvajalcev v zdravstveni mreži Slovenije.

V idealnem primeru bi morali biti ukrepi za varnost pacientov smiselni, znanstveno utemeljeni, psihometrično zanesljivi in izvedljivi. Natančne in pravočasne povratne

informacije zdravstvenemu osebju in drugim negovalcem so ključnega pomena za izvedbo potrebnih sprememb. Zajemanja podatkov o uravnoveženem nizu ukrepov za varnost pacientov omogoča prejemanje dragocenih podatkov za usmerjanje prizadevanj za izboljšanje varnosti pacientov.

S to študijo se vključujemo v napore Svetovnega združenja za varnost pacientov, ki je bilo ustanovljeno za pospešitev napredka raziskav v smeri merljivega izboljšanja varnosti pacientov. Čeprav so stopnje neželenih dogodkov proučevali v industrializiranih državah, je le malo znanega o stopnjah neželenih dogodkov v državah v razvoju in državah v vzponu, pa tudi v Sloveniji smo na repu teh raziskav.

Prvi podrobnejši pregled literature o vprašanjih varnosti pacientov v državah v razvoju in državah v vzponu podajajo Carpenter in drugi v letu 2010 (62). Ti opredeljujejo ukrepe za varnost pacientov, ki se trenutno uporabljajo v teh državah, in predlagajo metodo za merljivo izboljšanje merjenja varnosti pacientov v teh državah. Zato tudi v Sloveniji velja sicer pregledati vsaj nekaj od preko osem tisoč člankov v Web of Science o merjenju kulture varnosti pacientov, ki govorijo predvsem o teh merjenjih v razvitih državah, velja pa pogledati tudi članek avtorjev Carpenter in drugi, ki se osredotoča prav na države v gospodarskem vzponu, upoštevajoč zbirko podatkov Medline za leta 1998 do 2007 (glej 26!). Ti so identificirali in pregledali 23 člankov v angleškem jeziku, ki so preučevali merjenje varnosti pacientov v državah v razvoju in državah v vzponu. Preiskave varnosti pacientov v državah v razvoju in državah v vzponu so bile redke in omejenega obsega. Ti avtorji poudarjajo, kako je vzpostavitev temeljnih varnih praks za paciente, vključevanje teh procesov v rutinsko zagotavljanje zdravstvenih storitev in razvijanje pričakovanj pacientov, da so takšni procesi prisotni, nujni predpogoj za uspešno merjenje in spremljanje napredka pri varni oskrbi pacientov.

2.3. Metode

2.3.1. Oblikovanje raziskave

Izvedli smo presečno raziskavo zaznavanja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah, specialističnih ambulantah, zdravstvenih domovih, lekarnah v skupnosti, ter socialno varstvenih zavodih na temelju anket z zaprtim vprašalnikom in odgovori po Likertovi lestvici ter dodatkom odprtih vsebin.

2.3.2. Instrument

Za **bolnišnice** smo uporabili verzijo 2.0 vprašalnika, za **lekarne** v skupnosti pa verzijo 1.0, ki jih je razvila Agency for Healthcare Research and Quality (prevod: Agencija za zdravstvene raziskave in kakovost) (38). Vprašalnik smo prevedli iz angleškega v slovenski jezik in nazaj iz slovenskega jezika v angleški (dvojezični prevajalec). Izvedli smo predhodno vsebinsko veljavnost z izračunom indeksa vsebinske veljavnosti. Za **primarno zdravstvo** in **socialno varstvene zavode** je bilo slovensko verzijo vprašalnika ustrezno prilagoditi. Pri prireditvi vprašalnika okolju, ki mu je bil namenjen, je bilo še posebej potrebno razmisliti o demografskih podatkih.

2.3.2.1. Vprašalnik za bolnišnice

Za bolnišnice in lekarne v skupnosti smo uporabili anketne vprašalnike ki jih je razvila Agencija za zdravstvene raziskave in kakovost (38, 39).

AHRQ vprašalnik je bil razvit na podlagi pregleda literature, ki se nanaša na

- varnost,
- napake in nesreče in
- sporočanje o napakah;
- na pregledu obstoječih raziskav varnostne kulture;
- intervjujev z zaposlenimi in vodstvom bolnišnic in lekarn v skupnosti.

Za bolnišnice je bila razvita nova različica vprašalnika 2.0 z enakimi sklopi zaznavanja kulture varnosti pacientov in spremenjeno besedilo trditev, ki so bile v verziji 1.0 prepoznane kot težko razumljive z dodano možnostjo odgovora »Ne pride v poštev ali ne vem« ter trditev »pravične kulture« kot odgovor na napako (38).

Vprašalnik smo prevedli iz angleškega v slovenski jezik in nazaj iz slovenskega jezika v angleški (dvojezični prevajalec). Sestavlja ga 5 sklopov in 32 trditev:

A: Način, obseg dela in napake na oddelku kjer osebe dela 14 trditev;

B: Nadrejeni in varnost pacientov – 3 trditve;

C: Komunikacija - 7 trditev;

D: Sporočanje napak v zadnjih 12 mesecih - 2 trditvi;

E: Ocena varnosti pacientov;

F: Premeščanje in predaja pacienta ter odnos vodstva do varnosti pacientov –6 trditev;

G: Demografski podatki predstavljajo ime bolnišnice, oddelok, poklicni položaj, enoto, kjer respondent dela največ delovnega časa, čas dela v bolnišnici, čas dela na sedanjem oddelku, tedenska urna obremenitev in neposreden stik s pacienti.

Vprašalnik je omogočal tudi komentarje respondentov. Naredili smo predhodno vsebinsko veljavnost z izračunom indeksa vsebinske veljavnosti. Pet vprašalnikov za

bolnišnice smo razdelili 5 zdravnikom in 5 medicinskim sestram. Ocene glede razumljivosti so bile pri vseh naključno izbranih zdravnikih in medicinskih sestrah ocenjene kot razumljive (CVI indeks 100%). Prireditve vprašalnika smo izvedli samo za demografske podatke, različne poklicne skupine in oddelke. Anketa je bila anonimna glede posameznega respondenta. Za ocenjevanje so respondenti odgovarjali z Likertovo lestvico od 1 do 6 (»sploh se ne strinjam-1« do »zelo se strinjam-5« in »nikoli-1« do »vedno-5« in 6 »ne pride v poštev ali ne vem«). Pri obratnih trditvah je 1 pomenilo » zelo se strinjam in »vedno«, 5 pa »sploh se ne strinjam » in »nikoli«.

(priloga 1 – vprašalnik za bolnišnice)

2.3.2.2. *Vprašalnik za lekarne v skupnosti*

Ta vprašalnik ima 12 področij in 39 postavk: komunikacija o napakah - 3, komunikacija o receptih med izmenami - 3, odprtost komunikacij - 3, učeča se organizacija - nenehno izboljševanje - 3, dokumentacija napak, svetovanje pacientom - 3, fizično okolje - 3, odgovor na napake - 4, usposabljanje osebja - 4, osebje in delovne obremenitve - 4, timsko delo - 3, splošno zaznavanje varnosti pacientov - 3. Poleg tega je še ena enojna postavka: ocena varnosti pacientov. Vprašalnik omogoča tudi komentarje respondentov. Demografski podatki obsegajo: ime lekarne, število zaposlenih, poklicni položaj v lekarni, čas dela v lekarni in tedenska urna obremenitev

Za ocenjevanje so respondenti odgovarjali z Likertovo lestvico od 1 do 5 (»sploh se ne strinjam« do »zelo se strinjam« in »nikoli« do »vedno« ter tudi »ne pride v poštev ali ne vem«).

Vprašalnika za bolnišnice in lekarne v skupnosti smo prevedli iz angleškega v slovenski jezik in nazaj iz slovenskega jezika v angleški (dvojezični prevajalec). Pred uporabo vprašalnikov smo naredili predhodno vsebinsko veljavnost z izračunom indeksa vsebinske veljavnosti. Pet vprašalnikov za bolnišnice smo razdelili 5 zdravnikom in 5 medicinskim sestram. Ocene glede razumljivosti so bile pri vseh naključno izbranih zdravnikih in medicinskih sestrah ocenjene kot razumljive (CVI indeks 100%). Vprašalnik za lekarne glede vsebinske veljavnosti so ocenili 4 farmacevti (CVI indeks 100%) n 5 farmacevtskih tehnikov CVI 80%). Prireditve vprašalnika smo izvedli samo za demografske podatke, različne poklicne skupine in oddelke.

(priloga 2 – vprašalnik za lekarne v skupnosti)

2.3.2.3. Vprašalnik za primarno zdravstvo, specialistične ambulante in socialno varstvene zavode.

Za primarno zdravstvo, specialistične ambulante ter socialno varstvene zavode smo uporabili vprašalnik, o odnosu do varnosti pacientov, ki ga je razvil Sexton (4) katerega kratka verzija je bila že uporabljena v Sloveniji ter je bil vprašalnik tudi psihometrično testiran z eksploratorno in konfirmatorno faktorsko analizo (40-42).

Vprašalnik omogoča tudi komentarje respondentov. Demografski podatki obsegajo: ime ustanove in ambulante, poklicni položaj, čas dela in tedenska urno obremenitev.

Za ocenjevanje so respondenti odgovarjali z Likertovo lestvico od 1 do 5 (»sploh se ne strinjam« do »zelo se strinjam« in »nikoli« do »vedno« ter tudi »ne pride v poštev ali ne vem«).

(priloga 3 – vprašalnik za primarno zdravstvo; priloga 4 - vprašalnik za socialno varstvene zavode)

2.4. Opis poteka raziskave

V raziskavo smo povabili javne in zasebne izvajalce, vključno z bolnišnicami, lekarnami v skupnosti, primarnim zdravstvom (družinska medicina, pediatrija, ginekologija, zobozdravstvo), specialističnimi ambulantami ter socialno varstvenimi zavodi.

Vodstva in koordinatorji v posameznih ustanovah ter individualni zdravstveni delavci so prejeli povabilo k sodelovanju v raziskavi. Želeli smo, da bi sodelovali vsi zaposleni (cenzus) s predlogom zaželenosti okrog 85%. Za dosego želene odzivnosti smo trikrat zaporedoma poslali povabila v razmaku dveh tednov. Poleg tega smo uporabili telefonska zaprosila in se obrnili na Ministrstvo za zdravje za pomoč pri ponovnem povabilu, v primeru, da nismo prejeli dovolj odgovorov glede na velikost potrebnega vzorca. V socialno varstvene zavode smo poslali osebe, ki so anketirale zaposlene, da smo dobili dovolj odgovorov, ankete je socialno varstvenim zavodom pošiljala tudi Socialna Zbornica. Doseči željeno odzivnost je bilo izredno zahtevno, kar kaže na nizko zainteresiranost za obravnavano temo.

Vprašalniki so bili v elektronski obliki, zdravstvene organizacije pa so prejele povezavo do anonimne ankete (1KA), kar je zagotavljalo varnost in zaupnost podatkov posameznih udeležencev.

2.5. Obdelava podatkov

Velikost vzorca je bila po vrstah institucij različna od preko 1600 veljavnih odgovorov po bolnišnicah do nekaj nad 150 veljavnih odgovorov v socialno zdravstvenih zavodih, odstotek negativnih ocen pa smo določili točkovno in z zgornjo mejo ob kritični meji pri tveganju 0,025.

Uporabili smo statistični programom Excel 365. Za ocenjevanje so respondenti odgovarjali z Likertovo lestvico od 1 do 6 (»sploh se ne strinjam-1« do »zelo se strinjam-5« in »nikoli-1« do »vedno-5« in uporabili 6 za »ne pride v poštev ali ne vem«. Pri obratnih (negativno usmerjenih) trditvah je 1 pomenilo » zelo se strinjam in »vedno«, 5 pa »sploh se ne strinjam » in »nikoli«.

Odstotke odgovorov smo prikazali v treh razredih – pozitivno (združena ocena 4 in 5 oz. 1 in 2 pri obratnih trditvah; ne); negativno (združena ocena 1 in 2 oz. 4 in 5 pri obratnih trditvah); nevtrarno z oceno 3.

Rezultate vzorca smo prikazali z izračunom odstotka odgovorov za vsako trditev in vsak sklop. Notranjo konsistenco smo preverjali s Cronbachovim koeficientom α . Zaznavanje varnosti pacientov smo šteli za dobro, če so respondenti pozitivno odgovorili v obsegu 75 % ali več in posebej izpostavili tudi kritične meje, ki jih ne presega polovica zaposlenih v zdravstvu v Sloveniji s tveganjem manjšim od 0,025. Za prednostne priložnosti za izboljšave smo vzeli tiste odgovore, ki bi jih je pozitivno ocenilo 50 % vseh zaposlenih ali manj s tveganjem, manjšim od 0,025. Za drug način priporočila bolnišnicam smo potrebovali kritično razliko višin odstotkov negativnih ocen s χ^2 testom razlik med večjimi bolnišnicami in vrstami ambulant v primarnem zdravstvu. Kritične meje za odstotke negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili tudi z Agresti & Caffovim Z+4 testom s tveganjem 0,025.

(Priloga 5 - povabila koordinatorjem, vodstvu in anketirancem)

3. Rezultati

3.1. Bolnišnice

Vzorec: Sodelovalo je 10 od vseh 27 (37%) bolnišnic. Število respondentov, ki so označili bolnišnico je bilo naslednje

• Splošna bolnišnica Brežice.....	63
• Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.....	33
• Splošna bolnišnica Jesenice.....	50
• Splošna bolnišnica Murska Sobota.....	38
• Onkološki inštitut Ljubljana.....	118
• Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	107
• Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica.....	123
• Bolnišnica Topolšica.....	52
• Univerzitetni klinični center Ljubljana.....	149
• Psihiatrična klinika Ljubljana.....	10

Odgovarjalo je 1.674 anketirancev, od katerih je bilo 35 % diplomiranih/višjih medicinskih sester, 17 % srednješolsko izobraženih medicinskih sester, 11 % zdravnikov specialistov, 8 % administratork, 3 % zdravnikov specializantov in 3 % fizioterapevtov, ostalih pa je bilo po 2 % ali manj. Največ respondentov je zaposlenih v bolnišnici 11 let in več (57%); 6 % je zaposlenih manj kot eno leto, 22 % eno do 5 let, 15 % 6 do 10 let. Na istem oddelku kjer delajo sedaj jih 8 % dela manj kot eno leto, 29 % eno do pet let, 17 % šest do deset let in 46 % dlje. Glede števila ur na teden jih 2 % dela manj kot 30 ur tedensko, 36 % od 30 do 40 ur, 62 % pa jih dela več kot 40 ur na teden. V neposrednem stiku s pacienti je 85 % respondentov.

Rezultati so podrobneje prikazani za vse bolnišnice skupaj in za 4 bolnišnice z dovolj velikim številom respondentov posebej tako, da smo lahko ocenili razlike med njimi, v Prilogi 6, ki je sestavni del tega poročila.

Obdelava podatkov. Upoštevali smo respondente štirih bolnišnic, kjer je bil odstotek odgovorov med naj višjimi (Onkološki inštitut v Ljubljani, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Splošna bolnišnica dr Franca Derganca Nova Gorica in Univerzitetni klinični center Ljubljana).

Odstotki razporeditve respondentov, ki so navedli ime bolnišnice med bolnišnicami so vidni na grafu 1.7 priloge.

Pri prikazu rezultatov smo uvrstili odgovore v 3 razrede mere: pozitivno, nevtrarno in negativno. Pozitivno je pomenilo odstotek odgovorov, ki so bili ocenjeni s 4 ali 5 oz. 1 in 2 pri obratnih trditvah; nevtrarno je pomenilo odstotek odgovorov ocenjenih s 3, negativno pa 1 ali 2 oz. 4 ali 5 pri obratnih trditvah. Izračun stopnje odgovarjanja je bil izveden kot število vrnjenih anket minus neveljavne ulomljeno s številom vseh sodelujočih. Neveljavne ankete pomenijo prazne ankete ali povsod odgovor »Ne pride v poštev ali ne vem«. Končna stopnja odgovorov je podana za vsako trditev posebej.

Vzorčne rezultate smo prikazali z izračunom odstotka odgovorov za vsako trditev in vsak sklop ter povprečja in standardnega odklona. Notranjo konsistenco vsakega od štirih sklopov smo preverjali s Cronbachovim koeficientom α . Prikazali smo kontingenco med porazdelitvami ocen med štirimi bolnišnicami (χ^2 test). Zaznavanje varnosti pacientov smo šteli za dobro, če so respondenti pozitivno odgovorili v obsegu 75 % ali več. Za prednostne priložnosti za izboljšave smo vzeli tiste odgovore, ki jih je pozitivno ocenilo 50 % respondentov ali manj (34). Za drug način priporočila bolnišnicam smo potrebovali kritično višino odstotkov negativnih ocen s χ^2 testom razlik med bolnišnicami. Kritične meje za odstotke negativnih ocen po posameznih trditvah smo cenili tudi z Agresti & Caffo (32) oceno s tveganjem 0,025. Smiselne komentarje je posredovalo 27 respondentov.

Uporabili smo statistični program Excel . Iz priloge 6 lahko razberemo visoko konsistenco tudi po posameznih sklopih vprašanj, kot sledi iz Cronbachovih vrednosti α :

vse trditve - 0,96 (visoka); način, obseg dela in napake na oddelku kjer osebje dela – 0,64 (sprejemljiva); nadrejeni in varnost pacientov – 0,87 (dobra); komunikacija – 0,87 (dobra) in premeščanje in predaja pacienta ter odnos vodstva do varnosti pacientov -0,87 (dobra).

Tabela 1: Nujni ukrepi, ki jih po naši oceni zaznava več kot 50% zaposlenih zdravstvenih delavcev v Slovenskih bolnišnicah s tveganjem manjšim od 0,025.

OPIS UKREPA	Kritična meja ocenjenega odstotka % neg. ($\alpha=0,025$)
Povečati zaposlovanje, da bo dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmorejo delovne obremenitve.	60,5
Zmanjšati je potrebno nadure v enoti bolnišnic.	52,5
Bolj redno je potrebno pregledovati delovne procese, da se ugotovi ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti (preseženo v Šempetru pri Gorici).	53
Potrebno je obravnavati probleme in ne samo osebe, ki so z njimi povezane (preseženo v Šempetru pri Gorici in Onkološkem inštitutu LJ). .	55,8 in 50,9
Lotiti se je potrebno problema z nespoštljivim vedenjem zaposlenih (preseženo v Šempetru pri Gorici).	50,8
Umiriti je potrebno hitrost dela v enotah bolnišnice, ki negativno vpliva na varnost pacientov. (preseženo v UKC LJ in Onkološkem inštitutu LJ). .	52,7 in 55,2

Dvigniti je potrebno podporo osebju, ki je bilo vpleteno v napaki varnosti pacientov. (preseženo v Šempetru pri Gorici in Onkološkem inštitutu LJ). .	50,5 in 52,4
Vodstvo bolnišnice naj ne zanima varnost pacientov samo takrat, ko pride do preprečljivega škodljivega dogodka.	57,1

Pri sporočanju napak ena tretjina anketirancev v zadnjih 12 meseci ni sporočila nobene napake. Pogostnost sporočanja napak med bolnišnicami se razlikuje ($p < 0,043$ za skorajšnje napake in $p < 0,016$, za napake, ki dosežejo pacienta, a mu ne škodujejo). Pri splošni oceni stanja varnosti pacientov v enoti respondenta je modus pri »zelo dobro«. Med nujne ukrepe, ki jih po naši oceni zaznava več kot 50% zaposlenih zdravstvenih delavcev v Slovenskih bolnišnicah s tveganjem manjšim od 0,025 so podani v tabeli 1.

Podrobnosti so predstavljene v Prilogi 6. S študijem kontingence med porazdelitvami ocen med štirimi bolnišnicami lahko zaključimo, da se ocene med posameznimi bolnišnicami razlikujejo skoraj pri polovici trditev s tveganjem, ki je manjše od 0,025.

3.2. Primarno zdravstvo

Rezultati so prikazani za vse ambulate skupaj in za 3 vrste ambulant (pediatrične, zobozdravstvene in ambulate družinske medicine), kjer smo dobili z dovolj respondentov ter ugotavljali razlike med njimi. Vnaprej smo ocenjevali kljub neznani varianci pričakovanih odgovorov, da bo zadostoval že vzorec 200 veljavno izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Vendar smo dobili od 658 do 749 veljavnih odgovorov na posamezne trditve ali vprašanja, za katera smo dobili kritične odgovore.

Sodelovalo je 26 zdravstvenih domov od vseh 63 (41%). Odgovarjalo je 931 anketirancev – veljavne anketni listi (pediatrične ambulate 397 odgovorov, ambulate družinske medicine 374 odgovorov, ginekološko-porodniške 62 odgovorov in zobozdravstvene ambulate 161 odgovorov). Največ je bilo diplomiranih/višjih medicinskih sester ali zdravstvenih tehnikov. Skoraj polovica jih dela 11 let in več. Večina respondentov je v neposrednem stiku s pacienti.

Notranja konzistenca za vse trditve v vprašalniku je bila visoka (0,98). Dobra kultura varnosti (ocena 75% ali več) je bila ocenjena pri 13 trditvah od 26 (A1 do A26) in kot prioriteta za izboljšave (ocena 50% ali manj) pri 2 trditvah.

Pozitivna ocena kulture varnosti (trditve A1 do A23) je pri največ trditvah slabše ocenjena v zobozdravstvenih ambulantah. Izjema je zavest o nevarnosti za paciente, ko so delavci preutrujeni, tu namreč zobozdravstvene ambulate celo malo prednjačijo. Kljub temu, da je bila morala v opazovanem delovnem okolju nadpovprečno visoko ocenjena, pa skrbi trditev, da prihaja do slabše delovne uspešnosti, ko prihaja do preobremenitev (26 % negativno ocenjenih stanj), kar je še posebej zaskrbljujoče, ko prihaja do preutrujenosti v obdelavi nujnih primerov (36 % negativnih odgovorov).

Pri ocenjevanju odnosa vodstva do varnosti pacientov (A24-A26) so rezultati v vseh treh vrstah ambulant pokazali dobro oceno.

Pri trditvah od A27 do A36 – sporazumevanje in usposabljanje so štiri trditve ocenjene pozitivno 75% ali več in 2 trditvi manj kot 50% pozitivno »Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov« in »Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste«, kar zahteva hitro ukrepanje.

Tudi vse tri vrste ambulant ocenjujejo, da so pogoste motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov,.

Sporočanje napak. Raziskava je pokazala, da v približno 16 % primerov, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, le-ta ni dokumentirana ali se dokumentira redko. Poleg tega se v najmanj 21 % primerov, ko napaka doseže pacienta, vendar nima potenciala za škodo, prav tako ne dokumentira. To kaže na pomanjkljivosti v procesu sporočanja in dokumentiranja napak v zdravstvenem sistemu.

Ocena splošne varnosti. Modus ocen je pri »zelo dobro«. Ta rezultat nakazuje, da prevladujejo pozitivni občutki in prepričanja o varnostnih praksah v obravnavanem okolju.

Značilne razlike (tveganje, da obstajajo razlike v porazdelitvah ocen med slovenskimi ambulantami iste vrste je večje od 0,05) pri 23 trditvah. Podrobnosti glej v Prilogi 8!

Tabela 2 podaja ranžirno vrsto desetih najbolj kritičnih odgovorov v primarnem zdravstvu. Podrobnosti so na voljo v Prilogi 8, kjer je mogoče tudi ugotoviti, kakšne

so kritične meje teh odstotkov negativnih ocen s tveganjem 0,025 med zaposlenimi v primarnem zdravstvu Slovenije.

Iz tabele 2 sledijo najpomembnejši ukrepi, ki se jih je potrebno lotiti v primarnem zdravstvu. Glede na ranžirno vrsto odstotka negativnih ocen trditev v anketi, bi bilo potrebno čimprej poskrbeti za naslednje ukrepe, ki jih bomo tudi tu nanizali glede na ranžirno vrsto od najbolj perečega problema, do zadnjega, ki je še vedno nad povprečjem vseh negativnih ocen.

Ranžirna vrsta nujnih ukrepov od najbolj perečega dalje je:

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

Tabela 2: Ranžirna vrsta desetih trditev z nadpovprečnim odstotkom negativnih odgovorov.

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

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

Podrobnosti glej v Prilogi 8.

3.3. Lekarne

Rezultati so prikazani za vse lekarnе skupaj.

V Sloveniji je skupaj 351 lekarniških enot v skupnosti v katerih je zaposleno 1964 osebja. Raziskava je bila namenjena vsem lekarnam v skupnosti v Sloveniji. Kljub temu, da pri zastavljeni natančnosti in zanesljivosti stanj v lekarnah Slovenije ne bi potrebovali več kot 100 enot v vzorcu, je bilo število teh večje.

Odgovarjalo je 175 anketirancev, od katerih je bilo 73 % farmacevtov, 18 % farmacevtskih tehnikov, 9 % drugih. Skoraj polovica respondentov je zaposlenih v isti lekarni 11 let in 40% jih dela več kot 40 ur na teden. Notranja konsistenca za vse trditve v vprašalniku je bila visoka ($Cronbach\ \alpha = 0,97$).

Sklop A 10 trditev - delo v lekarni. Od 10 trditev je pozitivno ocenjenih 75% primerov ali več; na nobeno trditev nismo prejeli več kot 50% negativnih odgovorov.

Sklop B 16 trditev - komunikacija in potek dela. Od 16 ocen jih je 11 s 75% pozitivnih odgovorov. Ena ocena je v manj kot 50% odgovorov pozitivna in sicer: »Čutimo časovno stisko, ko procesiramo recepte«.

Sklop C 10 trditev - Varnost pacientov in napake. Vse trditve so ocenjene z več kot 75% pozitivnih soglasij. Trditvi »Ta lekarna daje večji poudarek na prodaji kot na

varnosti pacientov« in »Osebjem ima občutek, da se njihove napake uporabljajo proti njim« sta ocenjeni z oceno 1 in 2, a to pravzaprav pomeni pozitivno oceno.

Sklop D ima 3 trditve – dokumentacija napak. Trditev »Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?« je v 8% ocenjenih redko ali nikoli. Na trditev »Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?« smo v 17% dobili odgovor da redko ali nikoli.

Tretja trditev: »Ko se napaka, ki bi lahko škodovala pacientu popravi PREDEN gre zdravilo iz lekarne, kako pogosti jo dokumentirate?« je ocenjena nikoli ali redko v 18% vseh anketirancev.

Ocena stanja varnosti. Modus ocen je pri oceni »odlično«.

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

Q3d: Osebjem jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti.

Q3e: Lekarna je urejena in pospravljena.

Q3j: Osebjem 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.

To opozarja na dejstvo pomanjkanja kadra.

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: Prekinitev in motnje pri delu (telefonski klici, pacienti, obiskovalci itd.) otežijo natančnost, ki jo potrebuje osebjem pri delu.

Kritične meje odstotkov negativnih ocen za slovenske lekarne 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. To so kritične meje odstotkov negativnih ocen za slovenske lekarne ob tveganju 0,025. 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), medtem ko se ob manj škodljivih napakah registrira redko ali nikoli v manj kot 24% primerov s tveganjem 0,1. Sicer pa je bila splošna ocena varnosti pacientov glede na ravnanje slovenskih lekarn ocenjena negativno (ocena 1 ali 2) v 0,6%, za kar v skladu z z+4 testom lahko zaključimo, da je v Sloveniji odstotek teh ocen kvečjemu 3%, pri čemer tvegamo manj kot 2,5%.

Tabela 3: 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 »Osebje jasno razume svoje dolžnosti in odgovornosti«.

Tabela 4: 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

Koda	p(neg.) [%]	p(neodl.) [%]	p(pozit.) [%]	p'(neg.)	SE	1,96*SE	min(p)	max(p)
Q4g	1,3%	7,0%	91,7%	0,019	0,011	0,021	0	0,040
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.

Tabela 5: 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

Zgornja meja najvišjega ocenjenega odstotka negativnih ocen kulture varnosti pacientov glede skupine C v Sloveniji je 10,9%. Sploh so celo kritične meje v tej skupini izredno nizke.

Podrobnosti so na voljo v Prilogi 9.

3.4. Socialnovarstveni zavodi

Skupaj je odgovarjalo 222 anketirancev, od katerih je bilo več kot 50 % zaposlenih v javnih domovih starejših občanov (DSO) in drugih socialno varstvenih zavodih (SVZ), preko 24% anketirancev je bilo zaposlenih v SVZ-jih s koncesijo, 14% v zasebnih SVZ-jih brez koncesije, ostali anketiranci pa so bili zaposleni v posebnih zavodih. Veljavnih je bilo 211 anket. Poklicni položaj anketirancev v socialno varstvenem zavodu je razviden v tabeli 5, stran 3. poročila, ki je v prilogi 10.

Vrednost Cronbachovega alfa je bila 0,93. Kljub temu, da bi zadostovala velikost vzorca 100 enot, če hočemo imeti 10% natančnost in 5% tveganje pri ocenah odstotkov, smo skupaj prejeli odgovore od 222 anketirancev.

Prva podskupina sklopa A- ocena delovnega okolja

V prvi podskupini je 8 trditev. 7 trditev je ocenjenih pozitivno, od teh 2 ne dosejata meje 75%.

Ena ocena je negativna: »V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi pacientov - oskrbovancev« Trditev je ocenjena v 69 odstotkih negativno.

Druga podskupina sklopa A – ocena delovnega okolja in jaz

V drugi podskupini je 12 trditev. 11 trditev je pozitivnih od teh 5 ne dosega meje 75%.

Ena trditev je ocenjena negativno » V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah«. Trditev je ocenjena v 64 odstotkih negativno.

Če sledimo trditvi v »Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša« vidimo, da se 31,5 % anketirancev ne zaveda, da to vpliva na varnost pacientov.

Tretja podskupina sklopa A – utrujenost, vodstvo in komunikacija

V tretji podskupini je 16 trditev 12 trditev je pozitivnih od tega 4 ne dosega meje 75%.

Šest trditev je ocenjeno negativno:

»Kadar sem preutrujen/a, sem manj učinkovit/a pri svojem delu« (69 %).

»Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/a napake« (43 %)".

»Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih« (56 %)".

»Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo oskrbovancev« (23 %).

»Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi oskrbovancev, so pogoste« (52 %).

»Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih, ki bi lahko vplivali na moje delo« (77 %).

Sklop B – Dokumentiranje napak

Tukaj sta predstavljeni dve trditvi o sporočanju napak. Med odgovori anketirancev se pojavlja trditev, da v 13 % primerov, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, vendar mu ne, te napake ne dokumentirajo ali jih dokumentirajo le redko.

Med izpolnjenimi odgovori se pojavlja trditev, da se v primeru, ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, le-te ne dokumentirajo v 14 % vseh primerov poročanja v anketi.

Sklop C – Ocena splošne varnosti pacientov/stanovalcev

V 78 % primerov je varnost pacientov oziroma stanovalcev ocenjena pozitivno (odlična, zelo dobra ali vsaj sprejemljiva). Le 3 % anketirancev meni, da je varnost slaba ali izredno slaba. Modus ocene je "zelo dobra".

Zato čudi vsesplošna ocena varnosti oskrbovancev, po kateri manj kot 6,2 odstotka vseh slovenskih oskrbovalcev v SVZ-jih meni, da je nezadostna (glej tabelo 19 Priloge 10), kar lahko trdimo s tveganjem manjšim od 0,01.

Vsekakor pa ni podcenjevati še naslednjih ocen trditev, ki so razvidne iz tabele 6.

Tabela 6: Kritične meje odstotkov trditev, pri katerih bi bilo v slučajnem izboru stotih delavcev v SVZ več kot 20 odgovorov negativnih s tveganjem 0,01.

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

OPOMBA: NEGATIVNE TRDITVE SO OBARVANE RDEČE.

Iz tabele 6 sledijo priporočila za druge nujnejše ukrepe, ko rešimo probleme kadrovskega pomanjkanja in s tem povezane utrujenosti oskrbovalcev:

- Poskrbeti je potrebno za izboljšanje usposabljanja novega kadra.
- Omogočimo svobodnejši pogovor o zaznanih težavah pri obravnavi oskrbovancev in pri zaznanih napakah.
- Poskrbimo za konstruktivno obravnavo težavnih oseb.

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

- Izboljšati je potrebno delovne pogoje.
- Odpraviti je potrebno motnje v sporazumevanju, ki vodijo do zamud pri obravnavi oskrbovancev.
- Pogosteje je potrebno poskrbeti tudi za povratne informacije o uspešnosti dela oskrbovalcev.
- Dokumentirati je smiselno tudi napake, ki imajo manjši potencial, da bi škodile oskrbovancu.

3.5. Primerjava subjektivne ocene splošne vseobsežne kulture varnosti med posameznimi vrstami zavodov

V nadaljevanju je podana primerjava kulture varnosti med bolnišnicami, primarnim zdravstvom, lekarnami in socialno varstvenimi zavodi (tabela 7).

Ker se vprašanja oziroma trditve po vrstah institucij razlikujejo, ker se razlikujejo delovna mesta, opravila po teh delovnih mestih, kakor tudi okolja in teže posledic, so v tujini uveljavljeni vprašalniki različni po vrstah institucij, čemur smo kljub prilagajanju morali slediti tudi v tej raziskavi. Ni mogoče direktno primerjati odgovore na vse trditve in vprašanja med vsemi vrstami zavodov. Najlažje smo našli podobne trditve med primarnim zdravstvom in socialno varstvenimi zavodi. Pri tem se je pokazalo presenetljivo dejstvo, da so povsod, kjer so se pokazale značilne razlike, ocene v primarnem zdravstvu boljše od ocen v socialno varstvenih zavodih. Primerjava odgovorov v primarnem zdravstvu in SVZ-jih. V 16 negativnih ocenah trditev od 37 trditev, ki smo jih testirali, je s tveganjem, ki je manjše od 0,05 ugotovljeno, da je odstotek negativnih ocen trditev delavcev v primarnem zdravstvu manjši od odstotka negativnih ocen v socialno varstvenih zavodih, medtem ko se obratno razmerje ni pokazalo značilno pri nobeni trditvi. Značilne razlike so označene na desnem robu Priloge 12, kjer so te primerjave porazdelitev podane skupaj s tveganjem ob trditvi, da so porazdelitve ocen podobne (z vrednostjo α , ki sledi iz $h_i - \text{kvadrat testa}$).

Primerjamo pa lahko vsesplošno oceno, ki je podana v tabeli, kjer je kritična meja za odstotek negativnih ocen v vsej slovenski populaciji zaposlenih po institucijah zdravstva oziroma posebej socialnega varstva določen z Z+4 testom:

Tabela 7: Odstotek negativnih ocen splošne varnosti pacientov po slovenskih institucijah z zgornjo mejo po Z+4 testu.

Q7	Podvprašanja	Odgovori:						Agresti-Caffo		
		Odlično (5)	Zelo dobro	Sprejemljivo	Slabo (2)	Izredno slabo	Skupaj	p	se	1,96*se
Bolnišnice	Ocena splošne varnosti	182	528	318	56	14	1098	0,0645	0,0074	0,0145
Primarno zdravstvo		283	347	93	3	1	727	0,0069	0,0031	0,0060
SVZ		36	90	31	4	0	161	0,0307	0,0135	0,0264
Lekarne		75	72	9	1	0	157	0,0126	0,0088	0,0173
Skupaj		576	1037	451	64	15	2143	0,0373	0,0041	0,0080

V tabelah 7a, 8a in 9a do v prvi matriki podane razlike odstotkov negativnih ocen kulture varnosti med vrsto institucij po vrstici in vrsto institucij po stolpcu. V drugi matriki so podane standardne napake ocen teh razlik. V tretji matriki so navedene spodnje meje teh vrednosti, ki ne padejo pod to vrednost s tveganjem, manjšim od 0,025, v četrti matriki pa zgornje meje teh razlik, ki niso presežene s tveganjem 0,025, ko gre za vse slovenske institucije te vrste. Zadnja matrika podaja intervalne ocene absolutnih razlik odstotkov negativnih ocen, na katerem ležijo vrednosti za Slovenijo z verjetnostjo 0,95. Pri tem pomeni: B=bolnišnice; PZ=primarno zdravstvo; SVZ=socialno-varstveni zavodi; L=lekarnе. Najbolj kritični so bili delavci v bolnišnicah.

Tabela 7a: Intervalne ocene razlik v negativnih odgovorih pri $\alpha=0,05$.

		B	PZ	SVZ	L
Razlike i-j	B	0,0000	0,0577	0,0339	0,0520
	PZ	-0,0577	0,0000	-0,0238	-0,0057
	SVZ	-0,0339	0,0238	0,0000	0,0181
	L	-0,0520	0,0057	-0,0181	0,0000
Standardna napaka ocene razlik	B	0,00	0,01	0,02	0,01
	PZ	0,01	0,00	0,01	0,01
	SVZ	0,02	0,01	0,00	0,02
	L	0,01	0,01	0,02	0,00
Spodnja meja razlik v odstotkih pri $\alpha=0,025$	B	0,00	0,04	0,00	0,03
	PZ	-0,07	0,00	-0,05	-0,02
	SVZ	-0,06	0,00	0,00	-0,01
	L	-0,07	-0,01	-0,05	0,00
Zgornja meja razlik v odstotkih pri $\alpha=0,025$	B	0,00	0,07	0,06	0,07
	PZ	-0,04	0,00	0,00	0,01
	SVZ	0,00	0,05	0,00	0,05
	L	-0,03	0,02	0,01	0,00
Meje absolutnih razlik v odstotkih pri $\alpha=0,05$	B	0	(0,04; 0,07)	(0,00; 0,06)	(0,03; 0,07)
	PZ	(0,04; 0,07)	0	(0,00; 0,05)	(-0,01; 0,02)
	SVZ	(0,00; 0,06)	(0,00; 0,05)	0	(-0,01; 0,05)
	L	(0,03; 0,07)	(-0,01; 0,02)	(-0,01; 0,05)	0

Prav tako je dokaj primerljivo vprašanje glede poročanja o potencialnih in dejanskih incidentih. Rezultati so razvidni iz tabel 8, 8a, 9 in 9a.

Tabela 8: Odstotek negativnih ocen sporočanja (dokumentiranja) incidenta, ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, po slovenskih institucijah z zgornjo mejo po Z+4 testu pri $\alpha = 0,025$.

	Vprašanje	Odgovori						Agresti-Caffo		
		Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Skupaj	$\hat{p}$	se	1,96 *se
Bolnišnice Q7b	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo sporočite?	33	85	152	310	522	1102	10,78	0,93	1,83
Primarno zdravstvo Q8a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	26	64	77	112	308	587	15,45	1,49	2,92
SVZ Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	8	11	21	26	85	151	13,07	2,72	5,33
Lekarne Q6a	Ko napaka doseže pacienta in bi mu lahko škodovala, pa mu ne, kako pogosto jo dokumentirate?	4	8	27	34	73	146	8,78	2,32	4,55
Skupaj	vsa vprašanja	71	168	277	482	988	1986	12,07	0,73	1,43

Najvišji odstotek negativnih ocen je v primarnem zdravstvu.

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

Tabela 8a: Intervalne ocene razlik v negativnih odgovorih pri $\alpha=0,05$.

Razlike i-j	B	PZ	SVZ	L
B	0	-4,67	-2,29	2
PZ	4,67	0	2,38	6,67
SVZ	2,29	-2,38	0	4,29
L	-2	-6,67	-4,29	0
Standardna napaka ocene razlik	B	PZ	SVZ	L
B	0,00	1,76	2,87	2,50
PZ	1,76	0,00	3,10	2,76
SVZ	2,87	3,10	0,00	3,58
L	2,50	2,76	3,58	0,00
Spodnja meja razlik v odstotkih pri $\alpha=0,025$	B	PZ	SVZ	L
B	0,00	-8,11	-7,92	-2,90
PZ	1,23	0,00	-3,70	1,27
SVZ	-3,34	-8,46	0,00	-2,72
L	-6,90	-12,07	-11,30	0,00
Zgornja meja razlik v odstotkih pri $\alpha=0,025$	B	PZ	SVZ	L
B	0,00	-1,23	3,34	6,90
PZ	8,11	0,00	8,46	12,07
SVZ	7,92	3,70	0,00	11,30
L	2,90	-1,27	2,72	0,00
Meje absolutnih razlik v odstotkih pri $\alpha=0,05$	B	PZ	SVZ	L
B	0	(1,22; 8,12)	(-3,34; 7,93)	(-2,89; 6,90)
PZ	(1,22; 8,12)	0	(-3,69; 8,46)	(1,26; 12,08)
SVZ	(-3,34; 7,93)	(-3,69; 8,46)	0	(-2,71; 11,30)
L	(-2,89; 6,90)	(1,26; 12,08)	(-2,71; 11,30)	0

B=bolnišnice; PZ=primarno zdravstvo; SVZ=socialno-varstveni zavodi; L=lekarnе

Tabela 9: Porazdelitev ocen: Ko napaka doseže pacienta pa nima potenciala, da bi mu škodovala, kako pogosto jo dokumentirate?

	Odgovori:						Agresti-Caffo		
	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Vedno	Skupaj	$\hat{p}$	se	1,96*se
Bolnišnice	36	135	207	291	450	1119	0,6619	0,0141	0,0277
Primarno zdravstvo	41	81	90	119	252	583	0,6359	0,0199	0,0390
SVZ	9	12	27	28	73	149	0,6755	0,0380	0,0744
Lekarne	11	14	28	30	64	147	0,6376	0,0392	0,0769
Skupaj	97	242	352	468	839	1998	0,6540	0,0106	0,0208

Iz tabele 9 vidimo, da je točkovna ocena odstotka negativnih ocen za Slovenijo pri vseh vrstah zavodov večja od 63%. Ocena razlik pa sledi v tabeli 9a. Najnižjo oceno varnosti zasledimo pri SVZ, vendar so razlike zelo majhne.

Tabela 9a: Intervalne ocene razlik v negativnih odgovorih pri $\alpha=0,05$.

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

			B	PZ	SVZ	L
Razlike i-j		B	0,0000	0,0260	-0,0136	0,0243
		PZ	-0,0260	0,0000	-0,0396	-0,0017
		SVZ	0,0136	0,0396	0,0000	0,0379
		L	-0,0243	0,0017	-0,0379	0,0000
Standardna napaka ocene razlik			B	PZ	SVZ	L
		B	0,00	0,02	0,04	0,04
		PZ	0,02	0,00	0,04	0,04
		SVZ	0,04	0,04	0,00	0,05
		L	0,04	0,04	0,05	0,00
Spodnja meja razlik v odstotkih pri alfa=0,025			B	PZ	SVZ	L
		B	0,00	-0,02	-0,09	-0,06
		PZ	-0,07	0,00	-0,12	-0,09
		SVZ	-0,07	-0,04	0,00	-0,07
		L	-0,11	-0,08	-0,14	0,00
Zgornja meja razlik v odstotkih pri alfa=0,025			B	PZ	SVZ	L
		B	0,00	0,07	0,07	0,11
		PZ	0,02	0,00	0,04	0,08
		SVZ	0,09	0,12	0,00	0,14
		L	0,06	0,09	0,07	0,00
Meje absolutnih razlik v odstotkih pri alfa=0,05			B	PZ	SVZ	L
		B	0	(0,04; 0,07)	(0,00; 0,06)	(0,03; 0,07)
		PZ	(0,04; 0,07)	0	(0,00; 0,05)	(-0,01; 0,02)
		SVZ	(0,00; 0,06)	(0,00; 0,05)	0	(-0,01; 0,05)
		L	(0,03; 0,07)	(-0,01; 0,02)	(-0,01; 0,05)	0

Za izboljšave je potrebno odlično upravljanje in ravnanje s kakovostjo na nacionalni in lokalni ravni z uvedbo izčrpnega sistema varnosti pacientov in obvezno usposabljanje s praktičnim treningom za varnost pacientov v vseh zdravstvenih organizacijah, javnih in zasebnih z vključitvijo vsega osebja in preverjanjem kompetenc.

Glede na prejšnjo raziskavo zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah brez ustreznih akcijskih načrtov za izboljšave, njihovega uvajanja v vsakdanjo prakso in preverjanja izboljšav bo ta raziskava ostala le na papirju, ker ni računati na notranjo motivacijo v sistemu zdravstva. Ta se ni dobro izkazala, saj je bilo število odgovorov izvajalcev in zaposlenih znotraj njih šibko. Še posebej je zaskrbljujoča vsesplošna ocena kulture varnosti glede na mnogo slabše ocene posameznih trditev, kar najdemo v sklepnih poglavjih Priloge 6, Priloge 8, Priloge 9 in Priloge 10.

Iz teh namreč sledi, da sta še posebej kritični dve skupini odgovorov, ki narekujejo naslednje ukrepe, ki jih podaja tabela 10.

Tabela 10: Primerjava med vrstami zdravstvenih institucij dveh skupin zelo kritičnih odgovorov z zgornjo mejo odstotka negativnih ocen, ki ne bodo v slovenski populaciji zaposlenih v zdravstvu presežene s tveganjem 0,025.

Št	Nujni ukrepi	Bolnišnice	Primarno zdravstvo	Lekarne	SVZ
1	Povečati zaposlovanje, da bo dovolj potrebnega osebja vseh profilov, da zmorejo delovne obremenitve in s tem zmanjšati nadure in utrujenost. Umiriti je potrebno hitrost dela in sploh časovno stisko, kar zdaj negativno vpliva na varnost pacientov.	60,5	40,4	59,1	38,8
2	Bolj redno je potrebno pregledovati delovne procese, da se ugotovi ali so potrebne spremembe za izboljšanje varnosti in zmanjšanje motenj v procesu.	53	60,8	<20	<20

Ta raziskava je pogled na zaznavanje kulture varnosti pri zaposlenih v zdravstvenih institucijah. Nadaljnje raziskave bi se morale osredotočiti tudi na specifične probleme zaznavanja kulture varnosti pacientov/stanovalcev ter poglobljeno merjenje incidentov vseh vrst.

3.6 Primerjava odgovorov v primarnem zdravstvu in socialno-varstvenih zavodih

V 16 negativnih ocenah trditev je s tveganjem, ki je manjše od 0,05 ugotovljeno, da je odstotek negativnih trditev delavcev v primarnem zdravstvu manjši od odstotka negativnih ocen v socialno varstvenih zavodih, medtem ko se obratno razmerje ni pokazalo značilno pri nobeni trditvi. Značilne razlike so označene na desnem robu.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7aa	Delo medicinskih sester je tukaj dobro sprejeto.	Primarno zdravstvo	44	68	623	735
Q5aa	Poklic, ki ga opravljam v naši delovni organizaciji je tukaj dobro sprejet.	Socialnovarstveni zavod	13	15	140	168
		Skupaj	57	83	763	903
					Hi-kvadrat alpha:	0,7000

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ab	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri oskrbi pacientov.	Primarno zdravstvo	436	111	196	743
Q5ab	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o zaznanih težavah pri obravnavi pacientov (stanovalcev).	Socialnovarstveni zavod	115	21	31	167
		Skupaj	551	132	227	910
		Hi-kvadrat alpha:				0,0451

PZ<SV

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ac	V tem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta).	Primarno zdravstvo	73	94	586	753
Q5ac	V našem delovnem okolju se nesoglasja ustrezno rešujejo (ne kdo ima prav, ampak kaj je najbolje za pacienta, stanovalca).	Socialnovarstveni zavod	17	11	140	168
		Skupaj	90	105	726	921
		Hi-kvadrat alpha				0,0907

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za oskrbo pacientov.	Primarno zdravstvo	27	42	674	743
Q5ad	Sodelavci mi dajejo podporo, ki jo potrebujem za obravnavo pacientov (stanovalcev).	Socialnovarstveni zavod	10	16	141	167
		Skupaj	37	58	815	910
		Hi-kvadrat alpha				0,0561

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ae	Zaposleni v tem delovnem okolju lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	Primarno zdravstvo	30	40	681	751
Q5ae	Zaposleni lahko brez težav vprašajo, kadar česa ne razumejo.	Socialnovarstveni zavod	5	7	154	166
		Skupaj	35	47	835	917
		Hi-kvadrat alpha				0,6922

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	Primarno zdravstvo	41	76	578	695
Q5af	Zdravniki in sestre tukaj delajo skupaj kot dobro usklajen tim.	Socialnovarstveni zavod	21	23	120	164
		Skupaj	62	99	698	859
		Hi-kvadrat alpha				0,0032

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ag	Če bi se tukaj zdravil kot pacient, bi se počutil varno.	Primarno zdravstvo	12	68	664	744
Q5ag	Kot pacient ali stanovalec v našem zavodu bi se tudi sam počutil varno.	Socialnovarstveni zavod	14	28	124	166
		Skupaj	26	96	788	910
		Hi-kvadrat alpha				6E-08

PZ<SVZ

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ah	Napake se v tem delovnem okolju ustrezno obravnavajo.	Primarno zdravstvo	35	89	612	736
Q5ah	Napake se v našem zavodu ustrezno obravnavajo.	Socialnovarstveni zavod	15	21	129	165
		Skupaj	50	110	741	901
		Hi-kvadrat alpha				0,0815

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov v tem delovnem okolju.	Primarno zdravstvo	24	84	631	739
Q5ai	Poznam primerne poti za naslavljanje vprašanj glede varnosti pacientov in oskrbovancev v našem zavodu.	Socialnovarstveni zavod	9	15	140	164
		Skupaj	33	99	771	903
		Hi-kvadrat alpha				0,2943

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	Primarno zdravstvo	65	135	554	754
Q5aj	O uspešnosti svojega dela prejemam ustrezne povratne informacije.	Socialnovarstveni zavod	24	21	121	166
		Skupaj	89	156	675	920
		Hi-kvadrat alpha				0,0300

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ak	V tem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	Primarno zdravstvo	430	153	167	750
Q5ak	V našem delovnem okolju je težko spregovoriti o napakah.	Socialnovarstveni zavod	105	31	29	165
		Skupaj	535	184	196	915
		Hi-kvadrat alpha				0,2889

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov.	Primarno zdravstvo	57	120	561	738
Q5al	Sodelavci me spodbujajo, da sporočim svoje morebitne skrbi glede varnosti pacientov (stanovalcev).	Socialnovarstveni zavod	9	21	134	164
		Skupaj	66	141	695	902
		Hi-kvadrat alpha				0,2857

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7am	Zaradi ozračja v tem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	Primarno zdravstvo	65	136	525	726
Q5am	Zaradi ozračja v našem delovnem okolju se lahko učim iz napak drugih.	Socialnovarstveni zavod	20	15	131	166
		Skupaj	85	151	656	892
		Hi-kvadrat alpha				0,0080

PZ<SV

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7an	Moji predlogi glede varnosti v tem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	Primarno zdravstvo	87	168	473	728
Q5an	Moji predlogi glede varnosti v našem delovnem okolju bi bili upoštevani, če bi jih sporočil/a vodstvu.	Socialnovarstveni zavod	16	33	112	161
		Skupaj	103	201	585	889
		Hi-kvadrat alpha				0,5295

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ao	Rad/-a imam svoje delo.	Primarno zdravstvo	9	24	704	737
Q5ao	Rad/-a imam svoje delo.	Socialnovarstveni zavod	0	2	155	157
		Skupaj	9	26	859	894
		Hi-kvadrat alpha				0,1492

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ap	Ko delam v tem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	Primarno zdravstvo	71	114	559	744
Q5ap	V našem delovnem okolju, se počutim kot del velike družine.	Socialnovarstveni zavod	15	25	125	165
		Skupaj	86	139	684	909
		Hi-kvadrat alpha				0,9808

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7aq	To delovno okolje zagotavlja dobro delovno mesto.	Primarno zdravstvo	51	95	600	746
Q5aq	V našem delovnem okolju so zagotovljeni dobri delovni pogoji.	Socialnovarstveni zavod	27	19	120	166
		Skupaj	78	114	720	912
		Hi-kvadrat alpha				0,0004

PZ<SV

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ar	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.	Primarno zdravstvo	41	100	605	746
Q5ar	Ponosen/-a sem, da delam v tem delovnem okolju.	Socialnovarstveni zavod	8	26	131	165
		Skupaj	49	126	736	911
		Hi-kvadrat alpha				0,7066

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.	Primarno zdravstvo	74	145	524	743
Q5as	Morala je v tem delovnem okolju visoka.	Socialnovarstveni zavod	20	41	103	164
		Skupaj	94	186	627	907
		Hi-kvadrat alpha				0,1513

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	Primarno zdravstvo	192	135	410	737
Q5at	Pri preveliki delovni obremenitvi je moja delovna uspešnost slabša.	Socialnovarstveni zavod	51	20	91	162
		Skupaj	243	155	501	899
		Hi-kvadrat alpha				0,1223

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7au	Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.	Primarno zdravstvo	147	96	500	743
Q5au	Kadar sem preutrujen/-a, sem manj učinkovit/-a pri svojem delu.	Socialnovarstveni zavod	38	13	111	162
		Skupaj	185	109	611	905
		Hi-kvadrat alpha				0,1692

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7av	Verjetneje je, da bom v napetih in sovražnih situacijah delal/-a napake.	Primarno zdravstvo	134	117	484	735
Q5av	Obstaja verjetnost, da bom v sovražnih situacijah delal/-a napake.	Socialnovarstveni zavod	65	26	68	159
		Skupaj	199	143	552	894
		Hi-kvadrat alpha				1E-09

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj).	Primarno zdravstvo	226	131	302	659
Q5aw	Utrujenost poslabša mojo delovno uspešnost v nujnih primerih (npr. srčni zastoj pri pacientu ali stanovalcu).	Socialnovarstveni zavod	85	27	40	152
		Skupaj	311	158	342	811
		Hi-kvadrat alpha				2E-06

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	Primarno zdravstvo	136	227	361	724
Q5ax	Vodstvo podpira moje vsakodnevne napore.	Socialnovarstveni zavod	39	34	87	160
		Skupaj	175	261	448	884
		Hi-kvadrat alpha				0,0284

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov.	Primarno zdravstvo	32	98	579	709
Q5ay	Vodstvo zavestno ne ogroža varnosti pacientov (stanovalcev).	Socialnovarstveni zavod	12	11	139	162
		Skupaj	44	109	718	871
		Hi-kvadrat alpha				0,0216

PZ<SVZ

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	Primarno zdravstvo	74	171	481	726
Q5az	Vodstvo dobro opravlja svoje delo.	Socialnovarstveni zavod	16	35	113	164
		Skupaj	90	206	594	890
		Hi-kvadrat alpha				0,799

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7ba	Ta oddelek konstruktivno obravnava težavno osebje.	Primarno zdravstvo	123	184	379	686
Q5ba	Ta delovna organizacija konstruktivno obravnava težavno osebje.	Socialnovarstveni zavod	29	36	95	160
		Skupaj	152	220	474	846
		Hi-kvadrat alpha				0,5145

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.	Primarno zdravstvo	78	133	536	747
Q5bb	Pridobivam ustrezne in pravočasne informacije o dogodkih v tem delovnem okolju, ki bi lahko vplivali na moje delo.	Socialnovarstveni zavod	17	20	127	164
		Skupaj	95	153	663	911
		Hi-kvadrat alpha				0,2104

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bc	Kadrovska struktura v tem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov.	Primarno zdravstvo	296	135	310	741
Q5bc	Kadrovska struktura v našem delovnem okolju je zadostna za obravnavo števila pacientov (stanovalcev).	Socialnovarstveni zavod	112	15	37	164
		Skupaj	408	150	347	905
		Hi-kvadrat alpha				3E-10

PZ<SV

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bd	V tem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	Primarno zdravstvo	70	119	548	737
Q5bd	V našem delovnem okolju se nov kader dobro usposobi.	Socialnovarstveni zavod	35	37	91	163
		Skupaj	105	156	639	900
		Hi-kvadrat alpha				2E-06

PZ<SV

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7be	Vse potrebne informacije za odločitve glede diagnoze in zdravljenja so mi redno na voljo.	Primarno zdravstvo	44	109	536	689
Q5be	Vse potrebne informacije, ki jih potrebujem za obravnavo pacienta (stanovalca) so mi redno na voljo.	Socialnovarstveni zavod	16	15	132	163
		Skupaj	60	124	668	852
		Hi-kvadrat alpha				0,0420

PZ<SVZ

Raziskava zaznavanja kulture varnosti v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah v skupnosti in socialno varstvenih zavodih.

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bf	Specializanti oz. učeče se osebje so v tem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	Primarno zdravstvo	43	108	534	685
Q5bf	Specializanti oz. učeče se osebje so v našem delovnem okolju pod primernim nadzorom.	Socialnovarstveni zavod	21	35	104	160
		Skupaj	64	143	638	845
		Hi-kvadrat alpha				0,0010

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bg	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z medicinskimi sestrami in tehnikami.	Primarno zdravstvo	24	46	645	715
Q5bg	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z drugimi zaposlenimi	Socialnovarstveni zavod	6	17	141	164
		Skupaj	30	63	786	879
		Hi-kvadrat alpha				0,204

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bh	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravniki.	Primarno zdravstvo	24	88	613	725
Q5bh	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z zdravstvenim osebjem.	Socialnovarstveni zavod	0	19	145	164
		Skupaj	24	107	758	889
		Hi-kvadrat alpha				0,0579

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bi	V tem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem s farmacevti.	Primarno zdravstvo	26	137	422	585
Q5bi	V našem delovnem okolju imam dobre izkušnje s sodelovanjem z nezdavstvenim osebjem .	Socialnovarstveni zavod	6	13	145	164
		Skupaj	32	150	567	749
		Hi-kvadrat alpha				0,0000

PZ<SVZ

		Odgovori	Se ne strinjam	Sem neodločen	Strinjam se	Skupaj
Q7bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri oskrbi pacientov, so pogoste.	Primarno zdravstvo	433	156	124	713
Q5bj	Motnje v sporazumevanju, zaradi katerih prihaja do zamud pri obravnavi pacientov (stanovalcev), so pogoste.	Socialnovarstveni zavod	82	52	24	158
		Skupaj	515	208	148	871
		Hi-kvadrat alpha				0,0131

PZ<SVZ

4. Priporočila

Z raziskavo smo ugotovili, da so vprašalniki za anketiranje zaznavanja varnosti pacientov zanesljivi z visoko notranja konsistenco in primerni za rutinsko uporabo v Sloveniji. Za izboljšave, ki so se izkazale kot kritične s to raziskavo, je potreben sistematičen nacionalni pristopom na ravni države, zdravstvenih organizacij, oddelkov in enot, ki bo pospešil zavedanje in aktivnosti za varnost pacientov s podporo pri izpolnjevanju sporočenih pričakovanj.

Priporočila, za izboljšanje varnosti pacientov na nacionalni ravni zdravstvenega sistema

Priporočilo 1: Uvesti obvezno redno obdobjno merjenje zaznavanja kulture varnosti pacientov v celotnem zdravstvenem sistemu.

Priporočilo 2: Vpeljati obvezno vzpostavitev izčrpnega sistema varnosti v celotnem zdravstvenem sistemu.

Priporočilo 3: Obvezno usposabljanje s praktičnim treningom za varnost pacientov v vseh zdravstvenih organizacijah, javnih in zasebnih z vključitvijo vsega osebja.

Priporočila, za izboljšanje varnosti pacientov, ki izhajajo iz te raziskave za sodelujoče za bolnišnice, primarno zdravstvo, lekarne v skupnosti in socialnovarstvene zavode.

Priporočilo 1: Pri izboljšavah priporočamo osredotočenje na področja z največjim vplivom, obvezno obdobjno uporabo vprašalnika za vse bolnišnice, javne in zasebne, za primarno zdravstvo, javno in zasebno, in prav tako za lekarne v skupnosti in socialno varstvene zavode. Sem spadajo tudi časovne primerjave rezultatov anket (analiza časovnih vrst).

Glede na rezultate je skupaj 27 priporočil, za bolnišnice, primarno zdravstvo, lekarne v skupnosti, in socialno varstvene zavode, kje so pozitivne ocene s kritično mejo $p = 50\%$ ali manj.

Priporočilo 2: Preden se zdravstvene organizacije lotijo strategije in načrta dvigovanja nivoja varnosti pacientov naj pregledajo in razložijo zaposlenim rezultate ankete. Izboljševanja se je treba lotiti sistematično, najbolje z vpeljavo procesov za

merjenje varnosti. Potrebna je vpeljava izčrpnega sistema varnosti pacientov. Ne zanašajmo se na regulatorje, ampak to storiti v svojem delovnem okolju tudi samoiniciativno.

5. Zaključek

Na podlagi izoblikovanega vprašalnika je raziskava merila zaznavanje kulture varnosti pri zaposlenih v bolnišnicah, primarnem zdravstvu, lekarnah in socialno varstvenih zavodih. Politično in strokovno vodstvo s svojim odnosom do varnosti pacientov in tudi varnostna kultura pri drugih zdravstvenih delavcih sta ključna elementa za zmanjšanje preprečljivih škodljivih dogodkov za paciente, pri čemer je treba opozoriti, da je učinkovito upravljanje varnosti pacientov mogoče ohraniti le, če se na vseh ravneh upravljanja zdravstvenega varstva sprejme kultura, ki daje prednost varnosti (44). Šibke točke pri zagotavljanju varnosti pacientov se kažejo v odstotkih negativnih ocen posameznih stanj. Ti narekujejo dinamiko ukrepov glede na razpoložljiva finančna sredstva tudi za zaposlovanje in še prej izobraževanje kadra, ki se je v teh anketah pokazalo najbolj kritično. To velja za vse štiri vrste institucij.

Namen raziskave je bil oblikovati orodja (vprašalnik) za merjenje kulture varnosti pacientov, ki bi lahko periodično (na dve leti ali drugače) merilo stanje in spremembe na področju kulture varnosti med zdravstvenimi delavci, farmacevti in oskrbovalci. Vprašalniki so pokazali visoko notranjo konsistentnost in zanesljivost in so primerni za periodično uporabo. Obdobno ponavljanje merjenja bo omogočilo tudi spremljanje napredka v posamezni enoti v bolnišnicah, ambulantih, lekarni ali zavodu.

Poleg priprav vprašalnikov smo ugotavljali dobro in slabo zaznavanje kulture varnosti s statistično analizo odgovorov anketirancev. Rezultati med posameznimi zavodi se razlikujejo, na kar vpliva narava dela in morebitno poznavanje problemov varnosti pacientov/stanovalcev. Rezultati med bolnišnicami, primarnim zdravstvom, lekarnami in socialno varstvenimi zavodi se razlikujejo, kot kažejo zadnje tabele primerjav med vrstami zavodov. Vsekakor je najbolj kritično ocenjeno stanje v bolnišnicah. Pri lekarnah ni bilo ugotoviti hudo kritičnih stanj.

Raziskava o zaznavanju kulture varnosti pacientov je pokazala ne samo visoko zanesljivost vprašalnikov, ampak tudi dokaj nizko variabilnost ocen, kar nam je omogočilo poiskati kritične meje ocen odstotkov in razlik v odstotkih z visoko zanesljivostjo. Zato so ti vprašalniki v slovenskem prostoru uporabni za obvezno

obdobno ponavljanje merjenja, da se vidi časovni napredek v posamezni bolnišnični enoti, ambulantni, lekarni ali zavodu.

Ta raziskava daje pogled na zaznavanje kulture varnosti pri zaposlenih. Nadaljnje raziskave bi morale ovrednotiti tudi zaznavanje kulture varnosti pacientov/stanovalcev ter merjenje varnostnih incidentov vseh vrst. V kolikor bo ostalo pri tej raziskavi in ne bo sledil vseslovenski akcijski načrt za izboljšave, bo varnost pacientov ostala nedorečena. Dobro je vedeti, da s to raziskavo ni konca delovanja na področju študij varnosti pacientov in prenosa rezultatov v delovanje zdravstvene mreže Slovenije, saj brez akcijskega načrta, izvajanja nadzora in poglobitve posameznih področij vprašanja varnosti pacientov potrebnih izboljšav varnosti pacientov spet ne bo.

Za izboljšave je torej potrebno odlično upravljanje in ravnanje s kakovostjo na nacionalni in lokalni ravni z uvedbo izčrpnega sistema varnosti pacientov in obvezno usposabljanje s praktičnim treningom za varnost pacientov v vseh zdravstvenih organizacijah, javnih in zasebnih z vključitvijo vsega osebja in preverjanjem kompetenc. Temu pa mora slediti tudi sistem nadzora in pravnih aktov za primerno zaščito izvajalcev in pacientov.

To poročilo vključuje priloge, ki podajajo vso statistično analizo, rangiranje negativnih ocen in predloge za izboljšave kulture varnosti po posameznih vrstah institucij v zdravstveni mreži Slovenije.

Priloge

Priloga 1 – Vprašalnik za bolnišnice)

Priloga 2 – Vprašalnik za lekarne v skupnosti)

Priloga 3 – Vprašalnik za primarno zdravstvo

Priloga 4 - Vprašalnik za socialno varstvene zavode

Priloga 5 - Povabila koordinatorjem, vodstvu in anketirancem

Priloga 6 – Rezultati za bolnišnice

Priloga 7 – Komentarji respondentov - bolnišnice

Priloga 8 – Rezultati za primarno zdravstvo

Priloga 9 – Rezultati za lekarne v skupnosti

Priloga 10 - Rezultati za socialno varstveni zavodi

Priloga 11 - Komentarji respondentov – socialno varstveni zavodi

Priloga 12- Primerjava odgovorov v primarnem zdravstvu in SVZ-jih

6. Literatura

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards Zero Patient Harm in Health Care. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Robida A et al. Improve patient safety and patient safety culture. Phase 3 and 4. Support for improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia. Ljubljana: RFS REFORM/SC2020/021: AARC – Consortium, 2022
3. Guldemund WF. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000; 34 (1): 215-25.
4. Sexton JBS, et al. The <safety Attitude Questionnaire.: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*. 2006; 3:44.
5. Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Kowalski C, Ommen O. Safety culture: definition, model and design. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2009;103(8):, 493-7.
6. Shein EH. 1992. Organizational culture and leadership. San Francisco: Jossey-Bass, 1992
7. Helmreich RL, Meritt AC. 1998. Culture at work in aviation and medicine. National and professional influences. Aldershot: Ashgate, 1988
8. Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. *Safety Science*. 2000; 34 (1-39): 177-192.
9. Mahrous MS. Patient safety culture as a quality indicator for a safe health system: experience from Almadinah Almunawwarah, KSA. *J Taibah Univ Med Sci*. 2018; 13(4):377–83.
10. Sherwood G. Perspectives: Nurses' expanding role in developing safety culture: quality and safety education for nurses—Competencies in action. *J Res Nurs*. 2015; 20(8):734–40.
11. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress*. 1998; 12 (3): 293–306.
12. Donaldson MJ, Corrigan JM, Kohn L. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academies Press, 2000.
13. de Bienassis K. et al. Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries, OECD Health Working Papers, No. 119, Paris: OECD Publishing, 2020.
14. Kristensen S, Bartels P. Use of patient safety culture instruments and recommendations, 2010. <http://www.esqh.net> (dostop on 3. April, 2023).
15. Hibbert PD, Stewart S, Wiles LK, Braithwaite J, Runciman WB, Thomas MJW. Improving patient safety governance and systems through learning from successes and failures: qualitative surveys and interviews with international experts. *International Journal for Quality in Health Care*. 2023;35 (4): 1-11.
16. Panagioti M, Khan K, Keers RN et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2019;366:l4185.
17. Hogan H, Zipfel R, Neuburger J et al. Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. *BMJ* 2015;351:h3239.
18. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Report No.: Licence: CC BY-NC-SA 3.0. Geneva: IGO. 2021.
19. Robida A. Ali res umre v Sloveniji vsako leto 1000 bolnikov zaradi napak? *ISIS*. 2015; (8-9): 38-41.

20. Pleterski-Rigler D, Mlakar J. Učna delavnica Svetovne zdravstvene organizacije in Ministrstva za zdravje o raziskavi varnosti zdravstvene oskrbe in izkušnje v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana v januarju 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011; 33-37.
21. Michel P, Bami J, Chanelière M, Kret M, Mosnier A, Dupie I, et al Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey PLoS One. 2017;12:e0165455
22. Knudsen P, Herborg H, Mortensen AR, et al. Preventing medication errors in community pharmacy: frequency and seriousness of medication errors. BMJ Quality & Safety 2007;16:291-296.
23. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017
24. Ministrstvo za zdravje. 2019 Projekt Sen Sy (<https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/projekt-sensys/> dostop 28.april 2024).
25. Ministrstvo za zdravje. Support for improving quality of healthcare and patient safety in Slovenia.RFS REFORM/SC2020/021: AARC – Consortium. (<https://www.gov.si/en/registries/projects/support-for-improving-quality-of-healthcare-and-patient-safety-in-slovenia/> (dostop 28. april 2024).
26. Robida A. Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu. ISIS. 2012;2:17-23.
27. Waterson P. (ed). 2024.Patient safety Culture. Farnham: Ashgate, 2014
28. Creswell JV. Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions. Thousand Oaks: Sage publication, 2007
29. Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: AHRQ Publication No. 04-004, 2004.
30. Guldenmund FW. Understanding and exploring safety culture. Oisterwijk: Uitgeverij BOXPress, 2010.
31. Parker D et al. A framework for understanding the development of organizational safety culture. Safety Science. 2006;44:551-62.
32. Agresti A, Caffo B. Simple and effective confidence intervals for proportions and differences of proportions result from adding two successes and two failures. The American Statistician. 2000;54: 280-288.
33. Waterson P et al.Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC): a systematic review of the psychometric properties of 62 international studies. BMJ Open. 2019;9:e026896.
34. Robida A. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation.International Journal for Quality in Health Care. 2013a; 24: 469–475.
35. Robida A. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. Zdrav Vestn 2013b 82 (10), 648–60.
36. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. Int J Qual Health Care 2013a 25 (4); 469–7.
37. Rašić J. Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Magistrsko delo: Jesenic: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2019.
38. AHRQ. New SOPS Hospital Survey 2.0. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2023 in Franklin M, Sorra J. Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture: user's guide Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
39. AHRQ: Community Pharmacy Survey on Patient Safety Culture.Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2023.

40. Klemenc-Ketis Z, Deilkas ET, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in Slovenian out-of-hours primary care clinics. *Zdr Varst.* 2017;56:203-10.
41. Klemenc-Ketiš Z, Poplas Susič A. Safety culture at primary healthcare level: A cross-sectional study among employees with a leadership role. *Zdr Varst.* 2020;59(1):42-6.
42. Klemenc-Ketis Z, Makivic I, Poplas-Susic A. Safety culture in the primary health care settings based on workers with a leadership role: the psychometric properties of the Slovenian-language version of the safety attitudes questionnaire - short form. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:767.
43. de Bienassis K, Klazinga NS. S. Developing International Benchmarks of Patient Safety Culture in Hospital Care. Paris: OECD, 2022.
44. Aaraen A, Saar K, Klazinga N. System governance towards improved patient safety: Key functions, approaches and pathways to implementation. Paris: OECD, 2020
45. Fowler FJ: Survey research methods. London: SAGE publication, 2009.
46. de Bienassis K, Klazinga N. Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries. Paris: OECD, 2024.
47. Brubakk K, et al., (2021). Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One*, 2021; 16: e0258471. doi: 10.1371/journal.pone.0258471
48. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Heal Care.* 2018;30(9):660–77.
49. Robida A (ed). National policy for the development of quality in healthcare. Ljubljana: Ministry of Health, 2006.
50. The Council of the European Union, Council Recommendation (2009 C 151/01) of 9 June 2009 on PS, including the prevention and control of healthcare-associated infections (OJ C 151, 3.7.2009).
51. Report from the commission to the council. The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on PS, including the prevention and control of HAI. Brussels, 19.6.2014. COM(2014) 371 final.
52. Patient safety. World Health Organization. 2019. [https:// www. who. int/patient safety/ en/](https://www.who.int/patient-safety/en/).
53. Buljac-Samardzic M, van Wijngaarden JDH, Dekker-van Doorn CM. Safety culture in long-term care: a cross-sectional analysis of the Safety Attitudes Questionnaire in nursing and residential homes in the Netherlands. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(6):424–31.
54. Olesen AE, Juhl MH, Deilkås ET, Kristensen S. Review: application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care - a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units. *BMC Prim Care.* 2024 ;25(1):37. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02273-z>
55. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Baker LC. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care.* 2008;46(11):1149–56.
56. Van de Mortel TF. Faking it: social desirability response bias in selfreport research. *Aust J Adv Nurs.* 2008; 25: 40–8.
57. Dankelman J, Grimbergen CA. Systems approach to reduce errors in surgery. *Surg Endosc.* 2005; 19: 1017–21.

58. Radwan L, Pascale Salameh P: Evaluation of patient safety culture in community pharmacies. *Explor Res Clin Soc Pharm.* 2023 [10.1016/j.rcsop.2023.100260](https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100260)
59. Kyoung-Eun. Status of Patient Safety Culture in Community Pharmacy Settings: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety.* 2023; 19 (6): 353-361.
60. Rand S, et al. Measuring safety in older adult care homes: a scoping review of the international literature. *BMJ Open* 2021;11:e043206. doi:10.1136/bmjopen-2020-043206
61. Gartshore et al. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research* (2017) 17:752. DOI 10.1186/s12913-017-2713-2
62. Carpenter, KB; Duevel, MA; (...); Weeks, WB. (2010). Measures of patient safety in developing and emerging countries: a review of the literature. *QUALITY & SAFETY IN HEALTH CARE* 19 (1) , pp.48-54