



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS IN ZNANJE ZDRAVSTVENEGA
OSEBJA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU
GORENJSKE O VARNOSTI PACIENTOV**

**ATTITUDES AND KNOWLEDGE OF
HEALTHCARE PROVIDERS WORKING IN
THE PRIMARY HEALTH CARE OF
GORENJSKA REGION ON PATIENT SAFETY**

Magistrsko delo

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Robida

Kandidatka: Nuša Bajda

Ljubljana, februar, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju izr. prof. dr. Andreju Robidi, za strokovne nasvete pri nastajanju, vodenju in usmerjanju magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem doc. dr. Saši Kadivec in doc. dr. Branku Gabrovcu za recenzijo magistrskega dela.

Najlepša hvala vsem zdravstvenim domovom v Osnovnem zdravstvu Gorenjeske, ki so sodelovali v raziskavi in vsem anketirancem, ki so si vzeli čas in odgovorili na vprašalnik.

Prav tako se zahvaljujem Maticu Noču za pomoč pri obdelavi statističnih podatkov in mag. Zorici Zaklan za lektoriranje magistrske naloge.

Največja hvala mojemu sinu in možu za razumevanje, potrpežljivost in vse spodbude v času študija. Posebej se zahvaljujem svojemu očetu, ki mi je sploh omogočil študij.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Škodljivi dogodki imajo razsežne posledice, ki jih utrpijo pacienti, zato je pomembno, da ima zdravstveno osebje veliko znanja o zagotavljanju in izboljšanju varnosti pacientov. Namen raziskave je bilo raziskati znanje in odnos, zdravstvenega osebja do varnosti pacientov.

Cilj: Raziskati odnos in znanje zdravstvenega osebja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske o varnosti pacientov.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda dela. Statistično populacijo je predstavljalo zdravstveno osebje Osnovnega zdravstva Gorenjske. Odzivnost je bila 31,33 % (n=209). Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov. Podatke smo obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 22.0. Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani z bivariantno in multivariantno analizo.

Rezultati: V sklopu osebnega odnosa do varnosti pacientov je raziskava pokazala pozitiven odnos. Pri ocenjevanju desetih tem o znanju varnosti pacientov, smo ugotovili, da je povprečno znanje zaposlenih 33,94 %. Zaznati ni bilo pomembnih razlik med trajanjem dela v sedanjem poklicu in oceno lastnega znanja o varnosti pacientov. Ugotovili smo, da imajo mlajši s krajšo delovno dobo več znanja, vendar je povezava šibka ($p=0,004$). V povprečju imajo poklicne skupine z univerzitetno izobrazbo višje znanje kot poklicne skupine brez univerzitetne izobrazbe ($p=0,001$). Tisti, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov imajo bolj pozitiven odnos do varnosti pacienta od tistih, ki se izobraževanja še niso udeležili ($t=2,296$; $p=0,23$).

Razprava: Raziskava pokaže, da je pomanjkljivo znanje pri vseh poklicnih skupinah zdravstvenega osebja. Zaposleni imajo pozitiven odnos do varnosti pacientov. Zavedajo se, pomena lastnih dolžnosti do varnost pacientov. Potrebno je kontinuirano izobraževanja zaposlenih, vzpostavitev varnostne kulture v organizacijah in uvedba orodij in tehnike, ki se osredotočajo na pacienta in so ključnega pomena za zagotavljanje in izboljšanje varnosti pacientov.

Ključne besede: varnost pacientov, znanje, odnos, zdravstveni delavci, kultura varnosti pacientov, primarno zdravstveno varstvo

SUMMARY

Background: Adverse events have serious consequences for patients, so it is important for healthcare workers to have a high level of knowledge about ensuring and improving of patient safety. The purpose of the research was to investigate the knowledge and attitude of the healthcare workers towards patient safety.

Aims: To investigate the attitude and knowledge of healthcare workers in the primary healthcare of Gorenjska region on patient safety.

Method: A quantitative non-experimental work method was used. The statistical population included healthcare workers of the primary healthcare of Gorenjska region. The response rate was 31.33 % (n = 209). Data were collected using a structured questionnaire consisting of four question sets. Data were processed using SPSS, version 22.0. The quantitative data obtained were processed using bivariate and multivariate analysis.

Results: A positive personal attitude of the healthcare workers towards patient safety has been observed. When assessing ten topics on the knowledge of patient safety, the employees' average knowledge rating was 33.94 %. We did not observe significant differences between the duration of working in the current profession and the self-assessment of knowledge of patient safety. On the contrary, we found out that younger workers with less years of service had more knowledge, however, the relationship was weak ($p = 0.004$). On average, professional groups with a university degree have more knowledge than professional groups without a university degree ($p = 0.001$). Those who have already attended patient safety training have a more positive attitude toward patient safety than those who have not yet attended the training ($t = 2,296$; $p = 0.23$).

Discussion: Our research shows that all professional groups of healthcare workers are lacking in knowledge. Employees have a positive attitude towards patient safety. They are aware of the importance of meeting their own patient safety duties. Continuous employee training is needed, as well as establishing a safety culture within organizations, and introducing patient-centered tools and techniques that are vital to ensuring and improving for patient safety.

Key words: patient safety, knowledge, attitude, healthcare workers, patient safety

culture, primary healthcare

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	VARNOST PACIENTOV	3
2.2	PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO	5
2.3	KULTURA VARNOSTI PACIENTOV	6
2.4	ODNOS IN ZNANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA O VARNOSTI PACIENTOV.....	8
2.5	ERGONOMIJA - ČLOVEŠKI DEJAVNIKI PRI VARNOSTI PACIENTOV.....	9
2.6	RAZUMEVANJE NAPAK IN UČENJE IZ NAPAK.....	10
2.7	RAZUMEVANJE IN OBVLADOVANJE KLINIČNEGA TVEGANJA ..	11
2.8	IZBOLJŠEVANJE USPEŠNOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE	12
2.9	SODELOVANJE S PACIENTI.....	13
3	EMPIRIČNI DEL.....	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	15
3.3	METODE RAZISKOVANJA.....	16
3.3.1	Dizajn raziskave.....	16
3.3.2	Instrument raziskave.....	16
3.3.3	Udeleženci raziskave	18
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	22
3.3.5	Obdelava podatkov	22
3.4	REZULTATI.....	23
3.5	RAZPRAVA	43
4	ZAKLJUČEK	52
5	LITERATURA.....	54
6	PRILOGE.....	63
6.1	Instrument.....	63
6.2	Matrika podatkov	77

KAZALO SLIK

Slika 1: Porazdelitev ocen vseh 10 sklopov znanja o varnosti pacientov in pripadajoča Gaussova krivulja	26
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih	18
Tabela 2: Spol.....	19
Tabela 3: Starost – povprečje in standardni odklon	19
Tabela 4: Starost po skupinah.....	19
Tabela 5: Delovna doba.....	20
Tabela 6: Poklicna skupina.....	21
Tabela 7: Delovišče	21
Tabela 8: Izobraževanje o varnosti pacientov	22
Tabela 9: Znanje zaposlenih o varnosti pacientov po sklopih.....	25
Tabela 10: Povprečno znanje o varnosti pacientov	26
Tabela 11: Enovzročni t-test.....	27
Tabela 12: Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov.....	28
Tabela 13: Matrika komponent za prvi sklop.....	29
Tabela 14: Pearsonov korelacijski test	29
Tabela 15: Ocena varnosti zdravstvenega sistema	30
Tabela 16: Zarotirana matrika komponent za drugi sklop.....	31
Tabela 17: Pearsonov korelacijski test – povezava med oceno varnosti zdravstvenega sistema in delovno dobo.....	31
Tabela 18: Ocena vpliva posameznika na varnost pacientov	32
Tabela 19: Zarotirana matrika komponent za tretji sklop.....	33
Tabela 20: Pearsonov korelacijski test - vpliv delovne dobe na vse tri faktorje	34
Tabela 21: Osebni odnos do varnosti pacientov	35
Tabela 22: Matrika komponent za četrti sklop	35
Tabela 23: Pearsonov korelacijski test – povezava med osebnim odnosom do varnosti pacientov	36

Tabela 24: Pearsonov korelacijski test med delovno dobo in znanjem zaposlenih o varnosti pacientov.....	36
Tabela 25: T-test udeležba izobraževanja in osebni odnos do varnosti pacientov	37
Tabela 26: T-test udeležba izobraževanja in vidiki osebnega odnosa do varnosti pacientov	38
Tabela 27: T-test udeležba izobraževanja in povprečno znanje o varnosti pacientov....	39
Tabela 28: T-test poklicna skupina in povprečno znanje o varnosti pacientov.....	40
Tabela 29: ANOVA - Povprečno znanje o varnosti pacientov glede na ostale poklicne skupine.....	41
Tabela 30: t-test poklicna skupina in vidiki osebnega odnosa o varnosti pacientov	42
Tabela 31: Hi-kvadrat test – obravnava pritožb in udeležba izobraževanja.....	42

SEZNAM OKRAJŠAV

OZG - Osnovno zdravstvo Gorenjske

WHO - World Health Organization

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija

1 UVOD

Zdravstvo je storitvena dejavnost, ki deluje v okolju in se vedno znova spreminja. Z okoljem pa se spreminja tudi način dela oz. zdravstvena oskrba. Zdravstvena oskrba opredeljuje dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem pacientov, z namenom doseči večjo korist zanje in za družbo (Agrež, 2014). Zdravstveno varstvo je kompleksna dejavnost, ki poteka aktivno, neprekinjeno, 24 ur dnevno, vse dni v letu. Razvoj znanosti je pripeljal do zapletenih sklopov aktivnosti na področjih diagnostike, zdravljenja, zdravstvene in babiške nege, preprečevanja bolezni, krepitve zdravja ter na ostalih področjih obravnave pacienta. Zato se, kljub vedno večji uspešnosti zdravljenja, povečuje tveganje za napake, ki prinesejo tako škodo za zdravje pacienta kot tudi nezadovoljivo izrabo virov (Kiauta, et al., 2010).

Delovna skupina za pripravo tez za Zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnosti pacientov in osredotočenju na paciente in njihove svojce (Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25, 2015), je zapisala, da je področje varnosti pacientov zdravstvene obravnave, v primerjavi z drugimi državami Evropske unije pri nas eno od najbolj zanemarjenih področij. Slovenija je, tudi sicer na podlagi lastnih dokumentov, naredila na področju kakovosti, varnosti pacientov in osredotočenja na pacienta praktično zelo malo. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu iz leta 2006 so več ali manj ostale na papirju in prav tako Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu. Zelo daleč je država od šestih načel kakovosti v zdravstvu: varnosti pacientov, osredotočenju na pacienta, enakopravnosti, uspešnosti, učinkovitosti in pravočasnosti. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu ni bila vpeljana v vsakdanje življenje (Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25, 2015). Ministrstvo za zdravje (2010b) navaja, da je potrebno sistem vodenja kakovosti in varnosti snovati usklajeno na vseh ravneh izvajanja zdravstvene oskrbe. V sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanovah so za izboljšanje kakovosti odgovorni vsi vodilni. Za uspeh izboljševanja kakovosti so ključni vsi izvajalci oziroma zdravstveno osebje. Pri vzpostavljanju ter vzdrževanju sistemov kakovosti zdravstvene

oskrbe in varnosti pacientov je potrebno tesno sodelovanje vseh udeležencev. Sodelovanje, spodbujanje timskega dela in povezovanje zdravstvenih delavcev s pacienti, je temelj zagotavljanja kakovosti v zdravstvu. Na ta način je dosežena strokovna in učinkovita obravnava.

V celotni nalogi smo uporabljali koncept »varnost pacientov«, kar pomeni zagotavljanje in izboljševanje varnosti pacientov.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 VARNOST PACIENTOV

Robida (2013) opisuje, da je varnost pacientov v svetu in pri nas predolgo zanemarjena znanost in praksa. Škoda, ki jo doživijo pacienti zaradi napak, dosega epidemiološke razsežnosti, saj so raziskave pokazale, da v povprečju vsak deseti pacient, ki se zdravi v bolnišnici, doživi škodo za zdravje zaradi napake in ne zaradi narave svoje bolezni ali zapleta, in okrog 0,1 % do 0,2 % jih zaradi napak tudi umre. Opisuje, da je pristop k napakam pri nas zastarel, ker ne upošteva znanosti o varnosti pacientov. V raziskavi Robida (2013) ugotavlja, da zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah, ni dobro. Na vseh izmerjenih področjih, so potrebne izboljšave. Posebej slabo je zaznavanje na področjih nekaznovanega odziva na napake in pri pogostnosti sporočanja dogodkov.

Hee-Eun s sodelavci (2017), opisuje varnost pacientov kot temelj visokokakovostnega zdravstvenega varstva. Škodljive dogodke opredeljujejo kot poškodbe, ki nastanejo med zdravstveno oskrbo in so glavni vir obolevnosti in smrtnosti po vsem svetu. Navajajo, da je pomembno, da ugotovimo in razumemo škodljive dogodke, da razvijemo politiko, ki bi zmanjšala storjeno škodo, ki nastane. Stalno izboljševanje zdravstvene oskrbe mora biti glavna prioriteta zdravstvenih ustanov. Pacientova varnost je pomemben aspekt zagotavljanja kakovosti in napredka v zdravstveni oskrbi. V zadnjih letih je prišlo do razvoja koncepta pacientove varnosti. Klemenc – Ketiš s sodelavci (2017) ugotavlja, da je zagotavljanje in izboljšanje varnosti pacientov timska obravnava in ne samo vsakega posameznika. Kramarjeva (2014) navaja, da mora biti prioriteta vsakega zaposlenega v zdravstvu, ki se srečuje z zdravstveno oskrbo pacientov, ne glede na poklicno skupino in nivo delovanja.

Vincent (2010, p. 31) navaja, da danes na vsakem koraku slišimo, da je varnost pacientov prioriteta zdravstvene obravnave. Po mnenju avtorja je prednostna naloga v zdravstvu zagotavljanje zdravstvenih storitev, ne pa varnost pacientov. Ko pride do

konflikta med varnostjo in izvajanjem zdravstvene storitve, mora varnost skoraj vedno biti na prvem mestu, torej pred ostalimi cilji. Varnost je tako eden izmed najpomembnejših ciljev v zdravstvu. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2017) opisuje, da je v nekaterih bolnišnicah varnost pacientov prednostna naloga. Celotni zdravstveni tim skrbi za zmanjševanje okužb povezanih z zdravstvom, izvaja preventivne ukrepe za preprečevanje napak in zagotavlja močne komunikacijske vezi med zdravstvenim osebjem, pacienti in družinami. Toda nekatere bolnišnice nimajo skupin, ki bi skupaj delovale, ali dobrega vodstva, ki bi zagotovilo, da je varnost pacientov prva prednostna naloga.

V poročilu Robide in Simčičeve (2011), je zdravstvena dejavnost opredeljena kot »ena izmed najbolj kompleksnih človeških dejavnosti in zaradi tega tudi visoko tvegana«. Varnost pacientov, je po mnenju Robide (2013), v svetu ter tudi pri nas znanost in praksa, ki je predolgo zanemarjena. Robida in Simčičeva (2011) pišeta, da je razlog za zanemarjanje varnosti pacientov, kot znanosti in prakse, predvsem verovanje, da so visoko izobraženi strokovnjaki dolžni biti skrbni, da so nezmotljivi, »neraztreseni«, vedno pazljivi ter pozorni. Tako naj bi se ustvaril mit o perfektnosti zdravstvenih poklicev, predvsem zdravnikov in medicinskih sester.

Šuklar (2018) navaja, da Poročilo Sveta 2009/C 151/01 o varnosti pacientov (Uradni list Evropske unije, 2019), vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo, poziva, da se uvede izboljševanje varnosti pacientov in se s tem preprečijo varnostni zapleti, predvsem okužbe, ki so povezane z zdravstveno oskrbo. Poudarek daje na razvijanju učinkovitejših sistemov in procesov ter orodij za varno zdravstveno oskrbo. Potreben je poseben pristop, s katerim dosežemo spodbujanje varnih praks in posledično prepečitev najpogostejših varnostnih zapletov, ki so povezani z zdravili, kirurškimi posegi in okužbami v zdravstveni oskrbi. Pacientom mora biti omogočeno, da pridobijo osnovno znanje o varnosti pacientov. Potrebno bi bilo načrtovati takšne sisteme, ki bi spodbujali zdravstvene delavce, da bi poročali o vseh varnostnih zapletih. Ker so zdravstveni delavci tisti, ki imajo pomembno vlogo pri izboljševanju varnosti pacientov, morajo imeti usposabljanja in izobraževanja na to temo. Potrebna je vključitev izobraževanja s področja pacientov v dodiplomskem in

podiplomskem izobraževalnem programu za zdravstvene delavce. Prav tako je pomembna vključitev v kontinuirano usposabljanje in izpopolnjevanje na delovnih mestih. Zdravstvene delavce je potrebno seznaniti z obstoječimi tveganji in varnostnimi ukrepi in spremljati razvoj opredeljenih in primerljivih kazalnikov kakovosti.

Pristop k napakam v slovenskem zdravstvu je zastarel in sloni na »osebni modelu obtoževanja posameznega zdravstvenega strokovnjaka«. To se ne dogaja samo v sodstvu zaradi zastarele zakonodaje, pač pa tudi v zdravstvenih ustanovah in stanovskih organizacijah. Še vedno mislimo, da napake nastanejo zaradi pozabljivosti, nepozornosti, raztresenosti, nesposobnosti itd. posameznika in napačno domnevamo, da bomo s kaznovanjem dosegli boljšo varnost pacientov. Pri tem pozabljamo, da ima tak način obravnave napak nasprotni in škodljiv učinek. Osebe napake skriva ali jih pripisuje komplikacijam pacientove bolezni ali postopkov, zdravniki pa se vedno bolj poslužujejo defenzivne medicine, kar ustavi učenje in zato tudi preprečevanje napak (Robida, 2012 cited in Robida, 2013).

2.2 PRIMARNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

Primarna zdravstvena dejavnost je definirana kot tista, ki je v bližini doma pacienta in je prva raven dostopa do zdravstvene oskrbe. Vključuje preventivo z zdravstveno vzgojo in kurativo (Schafer et al., 2013 cited in Šuklar, 2018). Šuklar (2018) navaja, da primarna zdravstvena oskrba zagotavlja dostopno, celovito oskrbo v ambulantni, s kontinuirano in usklajeno oskrbo, ki jo podpira ustrezno upravljanje zdravstvenega varstva in dovolj razvita delovna sila v primarnem zdravstvenem varstvu. Na spletni strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije (2018), je zapisano, da je primarno zdravstveno varstvo za naš zdravstveni sistem pomembno tudi zato, ker odločilno vpliva tudi na racionalnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah, poleg tega pa ne opredeljuje le ponudbene strani v našem zdravstvu. Pomembno je, da so zdravstveni domovi geografsko dobro razporejeni, da so čim bližje prebivalstvu, saj se s tem omogoča hitra in enostavna dostopnost, poleg tega pa je omogočena boljša razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezna časovna dostopnost

zdravstvene službe. Primarno raven sestavljajo zdravstvene službe splošne medicine – specialisti splošne in družinske medicine, pediatrije (zdravstveno varstvo otrok in mladine), ginekologije (zdravstveno varstvo žensk) ter zobozdravstvo.

Primarno osnovno zdravstvo omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje in zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja in zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, svetovanje in vzgojo pacientov (Republika Slovenija, Portal gov.si, 2019). Primarno zdravstveno varstvo je temelj sistemov zdravstvenega varstva v mnogih delih sveta, družinski zdravniki pa ključni pri zagotavljanju nacionalnega zdravja s pomočjo primarne zdravstvene oskrbe (Rotar Pavlič, et al., 2015 cited in Šuklar, 2018). Primarna raven zdravstva bi morala biti bolj odzivna na potrebe prebivalstva, saj z vsemi svojimi dejavnostmi vpliva na delovanje vseh ostalih nivojev zdravstva. Ob tem je pomembno usklajeno delovanje vseh ravni zdravstvene dejavnosti, saj ima le tako pacient možnost dobrega izida zdravljenja, kar je pomemben kazalnik kakovosti zdravstvenih storitev (Šuklar, 2018).

2.3 KULTURA VARNOSTI PACIENTOV

Kultura varnosti pacientov je v Konceptualnem okviru za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2010a) definirana kot »posledica vrednot posameznika in skupine, odnosov, zaznav in vzorcev vedenja, ki določajo zavzetost za varnost, način, ter znanje o menedžmentu varnosti in zdravja same organizacije«. Zdravstveni strokovnjaki si pri vzpostavitvi močnega sistema kakovosti prizadevajo za naslednjih pet značilnosti, ki kažejo na kulturo varnosti:

1. vsi zaposleni (osebje prve linije, zdravniki ter tudi sam menedžment zdravstvene ustanove) sprejemajo odgovornost za varnost vseh zaposlenih, njih samih, obiskovalcev ter seveda pacientov;
2. varnost je postavljena pred finančne ter delovne cilje;
3. vzpodbujevanje in nagrajevanje prepoznavanja, reševanja ter sporočanja varnostnih problemov;
4. v zdravstveni ustanovi je omogočeno učenje iz napak;

5. priskrbitev primernih virov, strukture ter odgovornosti za vzdrževanje uspešnih sistemov v varnosti (Ministrstvo za zdravje, 2010a, p. 108).

Kultura varnosti je koncept, ki opisuje, kako odnosi med vodstvom in osebjem, njihova stališča, postopki in praksa varujejo bolnike pred škodljivimi dogodki, zaradi napake v zdravstvu (Klemenc - Ketiš, et al., 2017). Varnostno kulturo je treba obravnavati kot nekaj, kar organizacija je (prepričanja, stališča in vrednote njenih članov glede doseganja varnosti), in nekaj, kar organizacija ima (struktura, praksa, nadzor in politika, ki so namenjene povečanju varnosti). Kljub temu da je oboje bistvenega pomena za doseganje učinkovite varnostne kulture, pa je na drugo veliko lažje vplivati kot na prvo (Levovnik & Molan, 2012).

Koraki v razvoju kulture varnosti pacientov:

- definicija sedanjega stanja varnostne kulture sistema,
- močno vodstvo, načrtovanje in spremljanje,
- osredotočanje na varnost pacientov se mora oblikovati v celotnem zdravstvenem sistemu,
- zavzetost za kakovost in varnost na vseh ravneh,
- zagotovitev potrebnih finančnih in drugih virov,
- nekaznovalna politika v primeru samoporočanja,
- sistemski pristop in obvladovanje tveganja,
- na ravni zdravstvenega zavoda mora vrhnje vodstvo uveljaviti tako okolje, v katerem se celotna ustanova uči iz varnostnih zapletov in v katerem se zaposlene spodbuja k takojšnjemu sporočanju tveganja in varnostnih zapletih,
- vzpostavitev sistema analize varnostnih zapletov in uvedba sistemskih rešitev/ukrepov v vsakodnevno delovanje (Tušar, 2010 cited in Dobnikar, 2013).

Robida (2010), navaja da kultura varnosti pacientov pomeni, da zdravstveno osebje, oddelki in zdravstvene ustanove vedno delujejo po vpeljanem sistemu varnosti pacientov. Z upoštevanjem postavljenih smernic zagotovijo varno zdravstveno obravnavo. To je kultura, pri kateri se vsakdo nenehno in dejavno zaveda svojega prispevka k delovanju ustanove in možnosti, da gredo stvari lahko narobe. Gre za kulturo poročanja, pravičnosti, prožnosti in kulturo učenja. Več let se je varnost

pacientov raziskovala večinoma v hospitalnem okolju, v zadnjih letih pa se je preusmeril interes raziskovanja na primarni nivo zdravstva, saj večina pacientov prejme zdravstveno oskrbo v primarnih ustanovah, še posebej v državah z močnim zdravstvenim sistemom na primarni ravni.

Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov (Kramar, 2014). Pri uvajanju je ključnega pomena preusmeritev filozofije, ki zahteva popolnost in zmanjšanje napak, k filozofiji, ki podpira takojšen dostop organizacij do informacij in učenje iz izkušenj oziroma škodljivih dogodkov. Izogibati se je potrebno kulturi obtoževanja in namesto tega je potrebno napake pravočasno prepoznati (Balažic, 2019).

Varnostno kulturo sestavljajo kultura učenja, kultura prožnosti, kultura znanja, kultura sporočanja napak in pravična kultura. Pravična kultura je kultura zaupanja, kjer so ljudje spodbujeni za sporočanje napak in možnih tveganj zanje in kjer vedo, da bo domnevna napaka analizirana po sodobnih načelih znanosti o varnosti. V primeru človeške napake ne bo obtoževanja vpletenih (Robida, 2018). Tušar (2010) navaja, da mora biti sam sistem poročanja napak prostovoljen, anonimen in zaupen in nekaznovalen do poročevalcev.

2.4 ODNOS IN ZNANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA O VARNOSTI PACIENTOV

Zdravstveni delavci morajo imeti znanje in sposobnosti za prepoznavanje napak in za ustrezno ukrepanje, v kolikor se napake zgodijo, oziroma za njihovo pravočasno preprečevanje (Campos de Oliveira, et al., 2017). Brasaite (2017) s sodelavci v raziskavi ugotavlja, pozitiven odnos do varnosti pacientov, vendar precej nizko stopnjo znanja o varnosti pacientov. Ugotavljajo nižje znanje pri medicinskih sestrah, kot pri zdravnikih. Nižjo stopnjo znanja povezujejo z manjšo odgovornostjo., medtem ko višjo stopnjo znanja povezujejo s starostjo, izobrazbo, delovnim položajem in delovno dobo. Pozitiven odnos pri zdravstvenem osebju ugotavlja tudi Bottcher s sodelavci (2018).

Navajajo, da bi se bodoča izobraževanja o varnosti bolnikov morala osredotočiti na povečevanje razumevanja napak v zdravstvu. Vsako izobraževanje bi moralo biti za zdravstvene delavce spodbudno in smiselno ter prikazati, kako pomembno je za stalno strokovno učenje. V Sloveniji je Robida (2014b) izvedel raziskavo, katere namen je bilo ugotoviti odnos in znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih Fakultete za zdravstvo Jesenice. Ugotovil je da je pomanjkljivo znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih zdravstvene nege in je potrebno usposabljanje s področja varnosti pacientov. Prav tako je ugotovil, da se bo v Sloveniji stanje na področju študija o varnosti pacientov izboljšalo takrat, ko bo študij »uveden« na vse zdravstvene šole in fakultete v dodiplomski študij, po možnosti z interdisciplinarnim študijem in ko bodo znanja in veščine pridobili tudi tisti, ki v praksi učijo študente medicine in študente zdravstvenih šol.

2.5 ERGONOMIJA - ČLOVEŠKI DEJAVNIKI PRI VARNOSTI PACIENTOV

Mednarodna zveza za ergonomijo definira ergonomijo kot znanstveno disciplino, ki se ukvarja z razumevanjem medsebojnega delovanja, ljudi in drugih sestavnih delov sistema, in kot stroko, ki uporablja teorijo, načela, podatke in metode oblikovanja za optimizacijo dobrega počutja ljudi in uspešnost celotnega sistema. Strokovnjaki za ergonomijo prispevajo k oblikovanju in ocenjevanju nalog, delovnih mest, proizvodov in storitev, okolja in sistemov zaradi skladnosti s potrebami, zmožnostmi in omejitvami ljudi (International Ergonomics Association, 2019).

Ti dejavniki so lahko naslednji:

- Fizične sposobnosti - pomeni vpliv elementov okolja: razporeditev prostorov, hrup, osvetlitev, temperatura in vlažnost in oblikovanje delovnega mesta, odzivi na utrujenost, učinki izmenskega dela, učinki stresa, ravnanje s pacienti ...
- Zaznavne sposobnosti – prepoznavanje in posredovanje informacij, reakcije na opozorilne alarme in efekti svetlobe in hrupa.

- Kognitivne sposobnosti – se nanaša na ljudi in pomeni njihove kompetence, motivacijo in potrebe ter fizične in psihološke značilnosti. Pričakovanja, kako naj bi stvari delovale, koliko informacije si lahko zapomnimo, kaj vpliva na naše odločanje, odzivni čas, vrste storjenih napak in katere ukrepe prednostno sprejemamo glede na pogovore.
- Družbene in medosebne značilnosti – kako delujemo v skupininah, naš odziv na pravila in našo pripravljenost na tveganje (Norris, et al., 2012).

Eggertson (2014) opisuje, da celoten zdravstveni sistem temelji na povezavi različnih sistemov, v in sicer fizičnega stanja zaposlenega, organizacije, drugih članov delovne skupine, opreme ter tehnologije, ki se pri delu uporablja. Preučevanje interakcije ljudi v teh sistemih in povezavah ter preučevanje samega vpliva na zdravje in varnost pacientov, pa imenujemo človeški dejavniki pri varnosti pacientov.

2.6 RAZUMEVANJE NAPAK IN UČENJE IZ NAPAK

Napaka je pomanjkljivost izvedbe načrtovanega dejanja ali uporaba nepravilnega načrta. Napake se lahko pokažejo bodisi pri izvajanju napačnih stvari (to so napake izvedbe) bodisi kot pomanjkljivost delati prave stvari (to je napaka opustitve) v fazi načrtovanja ali v fazi izvedbe (Department of Health, 2002 cited in Ministrstvo za zdravje, 2010a; National Quality Forum, 2002 cited in Ministrstvo za zdravje, 2010a, p. 17). Škodljivi dogodek je nepričakovan, neprijeten dogodek, ki prekine normalni potek dela ali potek neke dejavnosti (Zupančič Knavs, 2011 cited in Stražišar & Stražišar, 2017). Napake, škode in škodljivi dogodki v zdravstvu se dogajajo in s seboj prinesejo določene posledice. Te posledice v največji meri utrpijo pacienti. Zato sta nujno potrebna izobraževanje in ozaveščanje (Kovač, 2015).

Pogosto so napake posledica neustreznega delovanja procesa. Sistem mora biti oblikovan tako, da če se napaka zgodi, ne škoduje pacientu. Vsako napako je treba analizirati, da vemo kam jo uvrstiti in da se iz nje lahko tudi česa naučimo. Tako lahko delovni proces izboljšamo in napako v prihodnje preprečimo (Vrankar, 2013 cited in

Kapetanović, 2015). Napake v zdravstvenih ustanovah in izzivi osebja, ki izhajajo iz njih, lahko škodijo uporabnikom storitev oziroma pacientov, porabijo čas in denar. Vendar pa lahko z učenjem teh napak in reševanjem teh izzivov zdravstveno osebje in management izboljša kakovost ponujene oskrbe (Brady, 2013).

Škodljivi dogodki zaradi napake morajo postati priložnost za učenje, prav tako tudi skorajšnje napake in napake, ki dosežejo pacienta, a mu ne škodujejo. Tako bomo največkrat ugotovili, da so vzroki za napake v sistemih in procesih, ne pa pri ljudeh, ki delajo v takih nepopolnih sistemih (Vincent, 2010 cited in Kramar, 2014).

Tudi bolniki sami bi lahko bili bolj vključeni v preprečevanje varnostnih vprašanj in škodljivih dogodkov. Vloge za paciente vključujejo poročanje škodljivih dogodkov, obveščanja ali zaslišanja zdravstvenih delavcev, v primeru kakršnih koli pomislekov in zagotavljanja ustreznih informacij o njihovih zdravlilih ali zdravstvenemu stanju (Phipps, et al., 2018)

Plank (2010) meni, da bi izobraženi zdravstveni delavci morali pravočasno in pravilno prepoznati rizične dejavnike, ki bi lahko privedli do napake. S svojim znanjem ter sposobnostjo opazovanja kot tudi s sposobnostjo takojšnjega ukrepanja, je lahko napaka predvidljiva oziroma do nje sploh ne pride.

2.7 RAZUMEVANJE IN OBVLADOVANJE KLINIČNEGA TVEGANJA

Klinično tveganje je vsaka nevarnost, ki ogroža učinkovito in uspešno zdravljenje pacientov v okviru procesa zdravljenja. Vključuje vsa tveganja, ki se nanašajo na kakovost izvajane oskrbe ter varnost pacientov v procesih zdravljenja (Grabar, 2017).

Pri razumevanju in obvladovanju kliničnega tveganja gre predvsem za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev z ugotavljanjem okoliščin in priložnosti, ki ogrožajo bolnike, nato pa ukrepajo za preprečevanje ali nadzor nad temi tveganji (WHO, 2019). Tudi Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V, (2017) podaja informacijo, da upravljanje s kliničnim tveganjem v bolnišnicah in rehabilitacijskih ambulantah vključuje celoto uporabljenih strategij, struktur, procesov, metod, instrumentov in

dejavnosti pri preventivi, diagnostiki, terapiji in zdravstveni negi, ki podpira osebe na vseh ravneh, funkcijah in poklicih pri prepoznavanju, analiziranju, ocenjevanju in ravnanju s tveganji v oskrbi pacientov. Na ta način se varnost pacientov in same organizacije še poveča.

Za obvladovanje kliničnih tveganj se običajno uporablja preprost štiristopenjski postopek (WHO, 2019):

1. prepoznati tveganje;
2. oceniti pogostost in resnost tveganja;
3. zmanjšati ali odpraviti tveganje;
4. oceniti prihranjene stroške z zmanjšanjem tveganja ali pa stroški, če tveganje nastopi.

2.8 IZBOLJŠEVANJE USPEŠNOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE

Vodstvo zdravstvenih ustanov iz različnih nivojev zdravstvene dejavnosti nosi odgovornost do pacienta, zaposlenih, ustanoviteljev in plačnikov. Zato vodje teh ustanov nosijo tudi odgovornost za uvajanje metod in orodij kakovosti in varnosti v zdravstvu (Šuklar, 2018). Izboljševanje kakovosti, temelji na sistemu podajanja predlogov, izboljšav, z namenom nenehnega izboljševanja (Gorše, 2015). Za vzpostavitev in vzdrževanje sistemov, ki izboljšujejo kakovost in varnost pacientov, morajo biti vključeni vsi udeleženci zdravstvenega varstva. Temelj izboljševanja kakovosti, je sodelovanje vseh multidisciplinarnih znanj, samo povezovanje s pacienti in spodbujanje timskega dela. Samo tako dosežemo učinkovito in strokovno preverljivo obravnavo (Kiauta, et al., 2010).

Kakovost zdravstvene obravnave se kaže na uspešnosti zdravljenja. Zdravstveno varstvo je usmerjeno k izboljševanju zdravstvenega stanja in je ključni del zdravstvenega sistema. Če želimo zadostiti pričakovani učinkovitosti, zanesljivosti in varnosti zdravstvenega sistema, je potrebno poskrbeti za primerne kakovostne zdravstvene storitve (Pribaković Brinovec, et al., 2010 cited in Javoršek, 2017). Kakovost in varnost

obravnavе pacientov morata biti rezultat načrtovanja, izvajanja postopkov in nadzora in ne smeta biti prepuščena naključju (Košnik, 2012).

Nenehno izboljševanje kakovosti zahteva kakovostno in varno kulturo organizacije, ki deluje skladno s šetimi načeli kakovosti (Robida, 2006 cited in Agrež, 2014). V nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu je definirano področje kakovosti, ki je podano v šestih načelih kakovosti:

1. **»uspešnost** - zdravstvena obravnava je uspešna, ko dosežemo želeni izid zdravljenja, kar pomeni, da se je zdravstveno stanje pacienta izboljšalo;
2. **varnost** – dosežemo takrat, ko zmanjšamo zaplete med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, rehabilitacijo na minimum in ne škodimo pacientu;
3. **pravočasnost** – je primeren čas dosegljivosti storitev, ki jih pacient potrebuje;
4. **učinkovitost** – je razmerje med izidi zdravljenja in uporabljenimi viri;
5. **enakopravnost**– je nediskriminatorna obravnava vsakega pacienta, glede na spol, starost, socialni status ...;
6. **osredotočenje na pacienta** - na prvo mesto postavimo pacienta in mu zagotavljamo spoštovanje njegovih vrednot, upoštevamo izražene potrebe, zagotavljamo nepretrgano zdravstveno oskrbo, stik z izbranimi osebami, če to ni proti interesom zdravstvene obravnave » (Robida, et al., 2006, p. 21).

2.9 SODELOVANJE S PACIENTI

Za doseganje dobrega zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev moramo skrbeti za ustrezno zdravstveno obravnavo po visokih standardih, ob pravem času in na ustrezni lokaciji. Zavedati se je treba, da so uporabniki zdravstvenih storitev vse bolj zahtevni v pričakovanju kakovosti (Repolusk, 2013 cited in Butinar, 2016).

Temeljni pravici pacienta sta kakovostna in varna zdravstvena obravnava, ki sodita med osnovne človekove pravice. Vse druge pravice pacientov izhajajo iz teh dveh temeljnih pravic (Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25, 2015).

Cilji osredotočenja na paciente so: spoštovanje pacientovih vrednot, izraženih potreb in možnosti izbire, koordinacija in integracija zdravstvene obravnave, obveščenost in zdravstvena vzgoja, dobro fizično počutje, emocionalna podpora in zmanjševanje strahu in zaskrbljenosti, sodelovanje svojcev in prijateljev, nepretrgana zdravstvena obravnava in dostopnost do zdravstvene oskrbe (Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25, 2015).

Hanefeld, s sodelavci (2017) pišejo, da se klinična kakovost oskrbe nanaša na interakcijo med zdravstvenim delavcem oziroma izvajalcem oskrbe ter samim pacientom. Zagotovljena oskrba mora biti učinkovita in temeljiti na dokazih.

Pri sporočanju informacij bolnikom, je pomembno, da so informacije razumne. Samo osebe pa mora biti tudi pripravljeno na vprašanja ter na podajanje povratnih informacij. Vloga interakcije med samim zdravstvenim osebjem in bolnikom je izredno pomembna ter mora biti dvosmerna. Interakcije vključujejo določitev skupnih ciljev, vrednot ter samih pričakovanj. Poleg medsebojne interakcije je pomembno ustvariti zaupanje ter odnos, ki vodi do večje stopnje odprtosti, pogajanj ter uspešnega spoštovanja strategij zdravstvene oskrbe (Morley & Cashell, 2017).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je raziskati odnos, razumevanje in znanje zdravstvenega osebja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske o varnosti pacientov.

Raziskovalni cilji magistrskega dela so:

C1: Pri respondentih ovrednotiti njihov odnos in izmeriti znanje o napakah in varnosti pacientov.

C2: Pri respondentih ovrednotiti odnos in izmeriti znanje o varnosti zdravstvenega sistema.

C3: Pri respondentih raziskati mišljenje o vplivu kompetenc posameznika na varnost pacientov.

C4: Pri respondentih raziskati osebni odnos do varnosti pacientov.

C5: Objektivno izmeriti znanje o varnosti pacientov, z oceno odgovorov na teme o varnosti pacientov, ki so pomembne v osnovnem zdravstvu.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1: Znanje zaposlenih v osnovnem zdravstvu preiskovane zdravstvene regije o varnosti pacientov je v povprečju 75 % ali več.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika med trajanjem dela v sedanjem poklicu in oceno lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov (H2a), oceno varnosti zdravstvenega sistema (H2b), oceno vpliva posameznika na varnost pacientov (H2c) in osebnega odnosa do varnosti pacientov (H2d).

H3: Zaposleni z daljšo delovno dobo imajo več znanja o varnosti pacientov.

H4: Obstaja statistično pomembna povezava med zaposlenimi, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov in odnosom do varnosti pacientov.

H5: Zaposleni, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov imajo v povprečju boljše znanje o varnosti pacientov kot tisti, ki se še niso.

H6: Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, imajo v povprečju višje znanje o varnosti pacientov, kot tehnik zdravstvene nege.

H7: Obstaja statistično pomembna razlika v osebnem odnosu do varnosti pacientov med diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom/magistrico zdravstvene nege/magistrom zdravstvene nege in srednjo medicinsko sestro.

H8: Zaposleni, ki so se udeležili izobraževanja o varnosti pacientov, bolje poznajo obravnavanje pritožb pacientov, kot tisti, ki se ga niso udeležili.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Dizajn raziskave

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi dela. V okviru priprav na raziskavo smo v teoretičnem delu naloge uporabili metodo kompilacije, pri kateri gre za uporabo navajanja citatov drugih avtorjev in metodo deskripcije, ki smo jo uporabili za razlago različnih teoretičnih pojmov.

Pri pregledu literature smo uporabili podatke iz različnih knjižnic in podatkovnih baz: CINAHL, COBISS, PubMed, Springerlink, Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru Digitalna knjižnica Univerze v Ljubljani, Science Direct, spletne strani SAGE Publications. Pri iskanju smo uporabili ključne besede: varnost pacientov, znanje, odnos, zdravstveni delavci, kultura varnosti pacientov, primarno zdravstveno varstvo in še ključne besede za iskanje tujih člankov: patient safety, knowledge, attitude, health staff, primary health care, safety culture.

3.3.2 Instrument raziskave

Za izvedbo empiričnega dela kvantitativne raziskave smo uporabili metodo anonimnega anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Uporabljen je bil vprašalnik o

razumevanju varnosti pacientov (Robida, 2014b), za katerega ima licenco Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Sestavljen je iz treh sklopov.

Prvi sklop vsebuje štiri dele vprašanj o oceni lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov, varnosti zdravstvenega sistema, vplivu posameznika na varnost in osebnem odnosu do varnosti pacientov. Uporabljena je bila Likertova lestvica za opredelitev z nivojem od 1 do 5, kjer 1 in 2 pri oceni lastnega znanja pomenita »majhno«, 3 »zmerno«, 4 in 5 pa »veliko«. Pri ostalih treh delih je 1 označevala »sploh se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »sem nevtralen«, 4 »se strinjam« in 5 »zelo se strinjam«.

Drugi sklop vprašalnika sprašuje o razumevanju desetih tem kurikuluma Svetovne zdravstvene organizacije. Izključena je bila tema o varnosti pacientov in invazivnih postopkih, ker vprašanja zajemajo invazivne postopke v kirurgiji in se ne izvajajo na nivoju primarnega varstva. Ostale teme so zajemale splošno znanje o varnosti pacientov, človeških dejavnikih, razumevanje sistemov in učinek kompleksnosti na zdravstveno oskrbo, timsko delo, razumevanje napak in učenje iz napak, razumevanje in obvladovanje kliničnega tveganja, izboljševanje kakovosti do zboljševanje zdravstvene obravnave, sodelovanje s pacienti, preprečevanje in kontrola infekcij, izboljševanje varnosti pri ravnanju z zdravili. Pri ugotavljanju znanja so anketiranci odgovarjali z izbiro enega ali več od naštetih odgovorov. Razumevanje vrednotimo in ocenjujemo s pomočjo točkovanja, kjer je vsak pravilen odgovor vreden 1 točko. Nepravilni, nepopolni ali manjkajoči odgovori so vrednoteni z 0 točkami.

Tretji sklop vprašalnika vsebuje šest vprašanj in je zajemal zbiranje demografskih podatkov; spol, starost, delovna doba, izobrazba, delovno mesto.

Z uporabo metode koeficienta Cronbach alfa smo testirali zanesljivost merskega instrumenta. Vprašalnik je bil sestavljen iz 4 sklopov z Likertovo mersko lestvico, kjer je bilo za vsak sklop posebej potrebno izračunati koeficient Cronbach alfa (tabela 1).

V drugem sklopu smo morali pri vprašanjih »Večina zdravstvenih delavcev dela napake.« in »Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov so zelo pogoste.« obrniti Likertovo lestvico za notranjo konsistentnost vprašalnika, posledično smo uvedli novi nadomestni spremenljivki »Večina zdravstvenih delavcev ne dela napak.« in »Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov so zelo redke.«, ki smo ju uporabili za vse nadaljnje analize (faktorska analiza).

Podobno smo morali pri tretjem sklopu obrniti Likertovo lestvico pri vprašanju »Lažje je nekoga obtožiti, kot pa poiskati vzroke za napako«. Nadomestna spremenljivka je bila »Težje je nekoga obtožiti, kot pa poiskati vzroke za napako«.

Za prvi sklop je stopnja zanesljivosti odlična ($\alpha = 0,901 > 0,9$), za sklop 2 je stopnja zanesljivosti dobra ($\alpha = 0,691$), za sklop 3 je stopnja zanesljivosti sprejemljiva ($\alpha = 0,622$), za sklop 4 pa je stopnja zanesljivosti dobra ($\alpha = 0,703$).

Zanesljivost merskega instrumenta je za prvi in četrti sklop presegla dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca, katere prag je v strokovni literaturi enak 0,7 (Field, 2009). Za drugi in tretji sklop pa je zanesljivost slabša, a še vedno sprejemljiva (Field, 2009).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih

Sklop	Število trditev	Cronbachov alfa koeficient
Napake in varnost pacientov	7	0,901
Varnost zdravstvenega sistema	5	0,691
Vpliv posameznika na varnost	7	0,622
Osebni odnos do varnosti pacientov	3	0,703

3.3.3 Udeleženci raziskave

Statistično populacijo je predstavljalo zdravstveno osebje Osnovnega zdravstva Gorenjske. Raziskavo smo izvedli na podlagi cenusa zdravstvenega osebja, ki so

zaposleni na delovnih mestih ambulantna dejavnost – družinska medicina, ambulantna dejavnost-pediatrija, ambulantna dejavnost-ginekologija in porodništvo, fizioterapija, patronažna služba, zdravstvena vzgoja, zobozdravstvo, služba nujne medicinske pomoči in dispanzer za medicino dela. Osnovno zdravstvo Gorenjske predstavlja 7 zdravstvenih domov (N = 7). V raziskavi je sodelovalo vseh sedem. Poslanih je bilo 667 vprašalnikov (N = 667), kar predstavlja vse zaposlene v ciljni populaciji. Vrnjenih je bilo 209 vprašalnikov (N = 209), kar predstavlja 31,33 % realizacijo vzorca. Sodelovalo je 182 žensk (87,10 %) in 27 moških (12,90 %). Vzorec je predstavljen v tabeli 2.

Tabela 2: Spol

Spol	N	%
Ženski	182	87,1
Moški	27	12,9
Skupaj	209	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Iz tabele 3 je razvidna povprečna starost anketirancev, ki je 43,83 let. Najmlajši anketiranec je star 22 let, najstarejši pa 66 let.

Največ anketirancev je bilo starih od 40 do 49 let (31,6 %), najmanj pa jih sodi v starostno skupino 60 in več let (10 %), kar je razvidno iz tabel 4. Tabel 5 prikazuje, da je največ anketirancev z delovno dobo 20 do 29 let, najmanj pa z delovno dobo 40 in več let.

Tabela 3: Starost – povprečje in standardni odklon

Starost – povprečje in standardni odklon	n	Min	Max	PV	SO
Starost	209	22	66	43,83	10,65

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

Tabela 4: Starost po skupinah

Starostna skupina	N	%
Do 29 let	26	12,4
30 do 39 let	48	23,0
40 do 49 let	66	31,6
50 do 59 let	48	23,0
60 in več let	21	10,0
Skupaj	209	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Tabela 5: Delovna doba

Delovna doba	N	%
Do 9 let	40	19,1
10 do 19 let	44	21,1
20 do 29 let	67	32,1
30 do 39 let	53	25,4
40 in več let	5	2,4
Skupaj	209	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Razlike v porazdelitvi med vzorcem anketiranih zaposlenih in celotno populacijo, glede na poklicne skupine, smo preverili s testom hi-kvadrat - z ničelno hipotezo, da med vzorcem in populacijo ni statistično značilnih razlik v porazdelitvi strukture zaposlenih. Za opis populacije smo uporabili uradne podatke strukture zaposlenih v Osnovnem zdravstvu Gorenjske, ki smo jih pridobili od vodstva.

Hi-kvadrat test veljavnosti vzorca: $\chi^2 = 9,367$; $p = 0,152 > 0,05$. Stopnja značilnosti je višja od 0,05, zato ničelno hipotezo o enakosti porazdelitve vzorca in populacije po strukturi zaposlenih sprejmemo pri stopnji tveganja 5 %. Opozorimo, da smo pri testu združili skupini zobozdravnik in zobotehnik v eno skupino, saj je pogoj za veljaven hi-kvadrat test, da ima 75 % skupin število odgovorov večje ali enako 5 (manjše od 5 je imela v testu le ena skupina - zdravnik specializant). Porazdelitve izgledajo dovolj podobne in so prikazane v tabeli 6.

Glede na poklicno strukturo anketirancev, je največ anketirancev iz skupine diplomiranih medicinskih sester/diplomirani zdravstvenik in magistrica zdravstvene

nege/magister zdravstvene nege 221 (33,13 %), najmanj pa iz poklicne skupine zobotehnik 3 (0,5 %).

Tabela 6: Poklicna skupina

Poklicna skupina	n - Vzorec	n - Populacija	χ^2
tehniki zdravstvene nege	61 (29,2 %)	184 (27,5 %)	9,367 (p = 0,153)
diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstveniki in magistrice zdravstvene nege / magister zdravstvene nege	78 + 4 (39,2 %)	221 (33,13 %)	
zdravnik specialist	43 (20,1 %)	139 (20,8 %)	
Fizioterapevt	14 (6,7 %)	68 (10,2 %)	
zdravnik specializant	4 (1,9 %)	19 (2,8 %)	
Zobotehnik	1 (0,5 %)	3 (0,5 %)	
Zobozdravnik	4 (1,9 %)	33 (4,9 %)	
Skupaj	209 (100,0 %)	667 (100,0 %)	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež, χ^2 = hi-kvadrat test, p = stopnja značilnosti.

Največji delež odgovorov glede na delovišče smo dobili s strani ambulantne dejavnosti-družinska medicina 45 % (N=94), kar nam prikazuje tabela 7.

Tabela 7: Delovišče

Delovišče	n	%
ambulantna dejavnost – družinska medicina	94	45,0
ambulantna dejavnost-pediatrija	14	6,7
ambulantna dejavnost-ginekologija in porodništvo	11	5,3
Fizioterapija	14	6,7
patronažna služba	27	12,9
Skupaj	209	100,00

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

Tabela 8 prikazuje delež odgovorov ali so se anketiranci že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov. Dobre tri petine 129 (61,7 %) se je že udeležila izobraževanja, malo manj kot polovica 80 (38,3 %) pa se izobraževanja še ni udeležila.

Tabela 8: Izobraževanje o varnosti pacientov

Izobraževanje o varnosti pacientov	n	%
Da	129	61,7
Ne	80	38,3
Skupaj	209	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Vodstvu regije Osnovnega zdravstva Gorenjske smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi z vso potrebno dokumentacijo za pridobitev soglasja za sodelovanje v raziskavi. Vodstvo posameznih zdravstvenih domov (Kranj, Bled, Bohinj, Jesenice, Radovljica, Škofja Loka, Tržič), smo zaprosili za podatke o številu zaposlenih po posameznih poklicnih skupinah. Glede na sporočeno število, smo poslali vprašalnike. Zbiranje podatkov je potekalo anonimno in prostovoljno. Dovoljenja etične komisije nam ni bilo potrebno pridobiti, saj se anketiranje ni izvajalo s pacienti, temveč z zaposlenimi v ustanovah. Izvedba anketiranja je potekala od meseca maja do konca junija 2019.

3.3.5 Obdelava podatkov

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo opisne statistike. Pri spremenljivkah smo uporabili frekvence, odstotke in povprečne vrednosti. Za statistično obdelavo zbranih podatkov smo uporabili statistični program SPSS 22.0. Pomagali smo si tudi s pomočjo računalniškega programa Excel, Microsoft Word 2016. Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične metode: Chronbach alfa, hi-kvadrat test, analiza varianca – ANOVA, t-test za neodvisne vzorce, Pearsonovo korelacijo, s Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo ugotavljali linearno povezanost spremenljivk. Moč

povezanosti smo razdelili glede na vrednost Pearsonovega koeficienta r v naslednje sklope: 0,00 ni povezanosti; 0,01 - 0,19 je neznatna povezanost; 0,20 – 0,39 je nizka/šibka povezanost; 0,40 – 0,69 je srednja/zmerna povezanost; 0,70 – 0,89 je visoka/močna povezanost; 0,90 – 0,99 je zelo visoka/zelo močna povezanost; 1,00 je popolna (funkcijska) povezanost (Field, 2009). Razlike v povprečjih med dvema neodvisnima reprezentativnima vzorcema smo ugotavljali s t -testom. Soodvisnost nominalnih spremenljivk smo preverjali s hi-kvadrat testom. Razlike v povprečjih med tremi ali več neodvisnimi vzorci smo ugotavljali s testom ANOVA. Opravljena je bila eksploratorna faktorska analiza, s katero smo ugotavljali medsebojne odnose med spremenljivkami in določili skupne faktorje.

Pri preverjanju hipotez smo uporabljali p -vrednost ali stopnjo značilnosti. Če so rezultati testa pokazali statistično značilno pomembne razlike pri vrednosti stopnje značilnosti $p \leq 0.05$, lahko zaupamo, da statistično značilne razlike v povprečjih med dvema vzorcema obstajajo, pri stopnji tveganja 5 %. Pri obdelavi podatkov smo upoštevali le veljavne odgovore na zastavljena vprašanja, neveljavne oz. manjkajoče odgovore smo izločili iz statističnih analiz.

Zanesljivost sestavljenih spremenljivk smo preverili z izračunom Cronbach alfa koeficienta, za katerega velja, da naj bi znašal vsaj 0,7, da lahko mersko lestvico označimo kot zanesljivo (Field, 2009).

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati glede na postavljene hipoteze.

H1 - Znanje zaposlenih v osnovnem zdravstvu preiskovane zdravstvene regije o varnosti pacientov je v povprečju 75 % ali več.

Znanje preverimo s pomočjo vprašanj o poznavanju varnosti pacientov, kjer za vsako temo posebej izračunamo deleže pravilnih odgovorov za posamezno temo. Prikažemo tudi število vprašanj pri dani temi (tabela 9).

Ugotovimo, da je pri vseh temah vsaj en anketiranec dosegel 100 % znanje, razen pri temi »2. Pomen upoštevanja človeških dejavnikov za varnost pacientov« (Max= 66,67 % oziroma 2/3 pravilnih odgovorov) in pri temi »5. Razumevanje in učenje iz napak za preprečevanje škode« (Max = 66,67 % oziroma 2/3 pravilnih odgovorov). Najboljše znanje so anketiranci pokazali pri temah »9. Preprečevanje in kontrola okužb« (PV = 54,90 %; SO = 25,18 %), »6. Razumevanje in obvladovanje kliničnega tveganja (PV = 51,44 %; SO = 38,58 %) in »8. Sodelovanje s pacienti in njihovimi oskrbovalci« (PV = 45,45 %; SO = 38,58 %). Iz tabele 9 je razvideno tudi, da je pri vsakem vprašanju vsaj eden dosegel nič točk.

Najmanjše znanje so anketiranci pokazali pri znanju o temi »7. Uporaba metod za izboljševanje kakovosti za izboljševanje zdravstvene obravnave« (PV = 12,20 %; SO = 23,65 %), kar pomeni da je skoraj večina anketirancev na obe 2 vprašanjih sklopa odgovorila napačno.

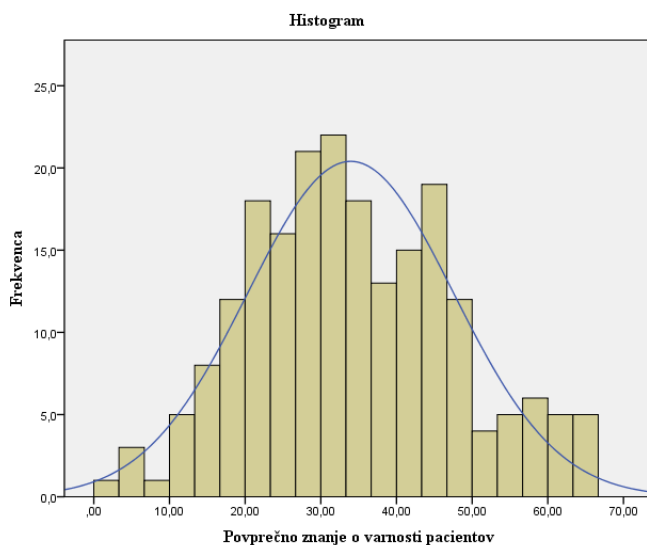
Tabela 9: Znanje zaposlenih o varnosti pacientov po sklopih

Tema	n	Min [%]	Max [%]	PV [%]	SO [%]
1. Varnost pacientov, splošno (2)	209	0,00	100,00	29,19	35,15
2. Pomen upoštevanja človeških dejavnikov za varnost pacientov (3)	209	0,00	66,67	27,43	27,20
3. Razumevanje sistemov in učinek kompleksnosti na zdravstveno oskrbo (3)	209	0,00	100,00	36,36	32,13
4. Biti uspešen član tima (3)	209	0,00	100,00	19,78	24,29
5. Razumevanje in učenje iz napak za preprečevanje škode (3)	209	0,00	66,67	29,51	20,57
6. Razumevanje in obvladovanje kliničnega tveganja (2)	209	0,00	100,00	51,44	38,58
7. Uporaba metod za izboljševanje kakovosti za izboljševanje zdravstvene obravnave (2)	209	0,00	100,00	12,20	23,65
8. Sodelovanje s pacienti in njihovimi oskrbovalci (2)	209	0,00	100,00	45,45	33,12
9. Preprečevanje in kontrola okužb (4)	209	0,00	100,00	54,90	25,18
10. Izboljševanje varnosti pri ravnanju z zdravili (4*)	209	0,00	100,00	33,13	25,94

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost (%) znanja o temi; Max = maksimalna vrednost (%) znanja o temi; PV = povprečna vrednost znanja o temi (%); SO = standardni odklon znanja o temi (%).

Da dobimo znanje o skupni varnosti pacientov za vseh 10 sklopov, preverimo delež pravih odgovorov vseh 10-ih tem (28 vprašanj) – torej preverjamo koliko točk je vsak zaposleni zbral od skupnih 28 točk in prikažemo oceno v %. 28 točk pomeni 100 %.

Na sliki 1 prikažemo porazdelitev ocen, kjer se vidi, da je porazdelitev približno Gaussova krivulja.



Slika 1: Porazdelitev ocen vseh 10 sklopov znanja o varnosti pacientov in pripadajoča Gaussova krivulja

Izračunamo povprečno znanje zaposlenih o varnosti pacientov. Najslabše znanje anketiranca je bilo 2,5 %, najboljše pa 65,83 %. Povprečna vrednost znanja anketirancev je bila 33,94 %; SO = 13,62 % (tabela 10).

Tabela 10: Povprečno znanje o varnosti pacientov

Povprečno znanje o varnosti pacientov	n	Min [%]	Max [%]	PV [%]	SO [%]
Povprečno znanje o varnosti pacientov	209	2,50	65,83	33,94	13,62

Opravimo eno-vzorčni t-test, ki nam primerja povprečje z višino znanja 75 %. Opazimo statistično pomembno razliko med povprečnim znanjem o varnosti pacienta in povprečjem z višino znanja 75 %. Hipotezo o znanju 75 % zavrnemo pri stopnji tveganja 5 %, ker so razlike med povprečjem (PV = 33,94 %) in arbitrarno postavljeno mejo 75 % prevelike ($t = -43,579$, $p = 0,001$) (tabela 11).

Tabela 11: Enovzročni t-test

t-test	n	PV [%]	SO [%]	t	p
Povprečno znanje o varnosti pacientov	209	33,94	13,62	-43,579	0,001

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti.

Hipotezo 1, da je znanje zaposlenih v osnovnem zdravstvu preiskovane zdravstvene regije o varnosti pacientov v povprečju 75 % ali več zavrnemo. Znanje je nižje in v povprečju za dano preverjanje znanja enako 33,94 %.

H2 - Obstaja statistično pomembna razlika med trajanjem dela v sedanjem poklicu in oceno lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov (H2a), oceno varnosti zdravstvenega sistema (H2b), oceno vpliva posameznika na varnost pacientov (H2c) in osebnega odnosa do varnosti pacientov (H2d).

Najprej prikažemo podatke za prvi sklop (H2a) - Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov, pri čemer smo Likertovo lestvico skrčili na 3 mere: majhno (1), zmerno (2) in veliko strinjanje (3). Odgovore, ki so bili ocenjeni z 1 ali 2 smo združili v majhno strinjanje, 3 je pomenilo zmerno strinjanje, 4 ali 5 pa smo združili v veliko strinjanje.

Najvišjo stopnjo znanja so anketiranci pokazali pri poznavanju dejavnikov ki vplivajo na varnost pacientov (PV = 2,46; SO = 0,613) in pri poznavanju dejavnikov ki prispevajo k človeški napaki (PV 2,42; SO = 0,647). Najnižjo stopnjo znanja so pokazali pri poznavanju vloge zdravstvenih ustanov pri sporočanju napak.

Tabela 12: Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov

Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov	n	Min	Max	PV	SO
Različnih vrstah človeških napak pri zdravstveni oskrbi?	209	1	3	2,31	0,623
Dejavnikov, ki prispevajo k človeški napaki?	209	1	3	2,42	0,647
Dejavnikov, ki vplivajo na varnost pacientov?	207	1	3	2,46	0,613
Načinih kako se o napakah spregovori?	209	1	3	2,18	0,761
Kaj naj se bi se zgodilo, če pride do napake?	208	1	3	2,31	0,731
Kako sporočiti napako?	208	1	3	2,41	0,710
Vlogi zdravstvenih ustanov (npr. bolnišnic, primarnega zdravstva) pri sporočanju napak?	209	1	3	2,02	0,790

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica; 1 – majhno strinjanje; 2 – zmerno strinjanje; 3 – veliko strinjanje.

Da odgovorimo na hipotezo, uporabimo metodo redukcije sklopa spremenljivk - Eksploratorno faktorsko analizo. S pomočjo faktorske analize smo ugotavljali, ali so vsi odgovori med seboj povezani in tvorijo eno samo dimenzijo, ali je prisotnih več dimenzij.

Odločimo se, da vsa vprašanja opisuje samo en faktor, ker je skupek pojasnjene variance nad 60 % (66,4 %), lastna vrednost nad 1 (4,647). KMO mera je nad 0,5 (0,890), statistična značilnost Bartlett testa pa je pod 0,05 ($p = 0,001$) (priloga 1). Nobena izmed komponent ne izstopa preveč, uteži so pozitivne in močne ($> 0,7$). Rotacija komponent za en faktor ni potrebna (tabela 13).

Tabela 13: Matrika komponent za prvi sklop

Matrika komponent	
	Faktor
	1
Dejavnih, ki vplivajo na varnost pacientov?	0,853
Kaj naj bi se zgodilo, če pride do napake?	0,835
Kako sporočiti napako?	0,830
Vlogi zdravstvenih ustanov (npr. bolnišnic, primarnega zdravstva) pri sporočanju napak?	0,830
Dejavnih, ki prispevajo k človeški napaki?	0,815
Načinih kako se o napakah spregovori?	0,773
Različnih vrstah človeških napak pri zdravstveni oskrbi?	0,763

Glede na faktorsko analizo prvega sklopa združimo vseh 7 trditev v kompozitno spremenljivko Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov tako, da izračunamo povprečje vseh 7 trditev.

Da preverimo hipotezo, naredimo Pearsonov korelacijski test med trajanjem delovne dobe in oceno lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov. Statistično značilne povezanosti ne zaznamo (tabela 14).

Tabela 14: Pearsonov korelacijski test

Pearsonov korelacijski test		Delovna doba
Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov	r	-0,071
	p	0,309
	n	209

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov;

Zaključek: statistično pomembno razliko pri oceni lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov glede na delovno dobo ne zaznamo. Hipoteza 2a se zavrne.

Drugi sklop (H2b) je sestavljen iz petih trditev ocene varnosti zdravstvenega sistema. Prikažemo povprečje in odstopanje vseh petih trditev (tabela 15).

Anketiranci se najboljše strinjajo s trditvijo, da se redko zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo (PV = 2,46; SO = 0,740) in da imamo v državi varen sistem zdravstvene oskrbe pacientov. Najmanj se strinjajo s trditvijo, da so napake pri zdravstveni obravnavi pacientov zelo pogoste (PV = 1,61; SO = 0,733).

Tabela 15: Ocena varnosti zdravstvenega sistema

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Večina zdravstvenih delavcev dela napake.	209	1	3	2,25	0,896
V moji državi imamo varen sistem zdravstvene oskrbe pacientov.	208	1	3	2,28	0,775
Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov so zelo pogoste.	209	1	3	1,61	0,733
Redko se zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo.	209	1	3	2,46	0,740
Zdravstveno osebje se udeležuje usposabljanja o varnosti pacientov.	209	1	3	2,20	0,823

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica; 1 – Sploh se ne strinjam/se ne strinjam; 2 – Sem nevtralen; 3 – Se strinjam/zelo se strinjam.

S faktorsko analizo preverimo koliko faktorjev opisuje drugi sklop. Odločimo se za dva faktorja. Prvi opisuje 40,741 % celotne variance (lastna vrednost 2,037), drugi pa 21,509 %. (lastna vrednost 1,075). KMO je dovolj visok (0,613, priloga 2), Barlettov test prestan ($p=0,001$).

Izvedli smo pravokotno rotacijo z metodo Varimax in dobimo matriko zarotiranih faktorskih uteži (tabela 16).

Tabela 16: Zarotirana matrika komponent za drugi sklop

Zarotirana matrika komponent za drugi sklop	Faktor	
	1	2
Zdravstveno osebje se udeležuje usposabljanja o varnosti pacientov.	0,795	-0,026
V moji državi imamo varen sistem zdravstvene oskrbe pacientov.	0,783	0,158
Redko se zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo.	0,540	0,271
Večina zdravstvenih delavcev ne dela napak.	0,038	0,853
Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov so zelo redke.	0,238	0,832

Torej, prvi faktor predstavljajo prve tri trditve, ki jih lahko združimo v kompozitno spremenljivko **povprečna ocena varnosti zdravstvenega sistema**, drugi faktor pa **pogostost/redkost napak pri zdravstveni obravnavi**.

Ker nas pri hipotezi zanima, le ocena varnosti zdravstvenega sistema, se odločimo, da korelacijo z delovno dobo izračunamo le za prvi faktor – povprečno oceno varnosti zdravstvenega sistema.

Statistično značilne povezanosti med oceno varnosti zdravstvenega sistema in delovno dobo ne zaznamo ($r = -0,109$, $p = 0,115$) (tabela 17).

Tabela 17: Pearsonov korelacijski test – povezava med oceno varnosti zdravstvenega sistema in delovno dobo

Pearsonov korelacijski test		Delovna doba
Ocena varnosti zdravstvenega sistema	r	-0,109
	p	0,115
	n	208

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov.

Zaključek; statistično pomembno razliko pri oceni varnosti zdravstvenega sistema glede na delovno dobo ne zaznamo. Hipoteza 2b se zavrne.

Tretji sklop (H2c) - Ocena vpliva posameznika na varnost pacientov, je sestavljen iz sedmih trditev, prikažemo povprečje in odstopanja vseh trditev (tabela 18). Anketiranci

se najbolje strinjajo s trditvijo, da so sposobni govoriti o svojih napakah (PV = 2,87; SO = 0,356), sledita jim trditve, da verjamejo, da bo izpolnjevanje obrazcev za sporočanje napak (odklonov) izboljšalo varnost pacientov (PV 2,35; SO = 0,815) in da z lahkoto povejo drugim o napaki, ki so jo naredili (PV = 2,34; SO = 0,800). Najmanj se strinjajo s trditvijo »Ni mi težko govoriti z nekom, ki ga varnost pacientov ne briga« (PV = 1,86; SO = 0,844) in s trditvijo »Vedno lahko zagotovim, da varnost pacientov ni ogrožena« (PV = 1,88; SO = 0,805).

Tabela 18: Ocena vpliva posameznika na varnost pacientov

Ocena vpliva posameznika na varnost pacientov	N	Min	Max	PV	SO
Drugim z lahkoto povem o napaki, ki sem jo naredil.	209	1	3	2,34	0,800
Lažje je nekoga obtožiti, kot pa poiskati vzroke za napako.	208	1	3	2,07	0,943
Ni mi težko govoriti z nekom, ki ga varnost pacientov ne briga.	206	1	3	1,86	0,844
Vem, kako govoriti z ljudmi, ki so naredili napako.	208	1	3	2,23	0,717
Vedno lahko zagotovim, da varnost pacientov ni ogrožena.	208	1	3	1,88	0,805
Verjamem, da bo izpolnjevanje obrazcev za sporočanje napak (odklonov) izboljšalo varnost pacientov.	208	1	3	2,35	0,815
Sposoben sem govoriti o svojih lastnih napakah.	208	1	3	2,87	0,356

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica; 1 – Sploh se ne strinjam/se ne strinjam; 2 – Sem nevtralen; 3 – Se strinjam/zelo se strinjam.

Podobno kot v prvem in drugem sklopu izvedemo faktorško analizo za tretji sklop. Odločimo se za tri faktorje, ki skupaj opisujejo 59,779 % variance. Lastne vrednosti so 1,941; 1,176 in 1,067. KMO mera je 0,610; Bartlettov test je izpolnjen (priloga 3).

Tabela 19: Zarotirana matrika komponent za tretji sklop

Zarotirana matrika komponent za tretji sklop	Faktor		
	1	2	3
Sposoben sem govoriti o svojih lastnih napakah.	0,837	-0,043	-0,075
Drugim z lahkoto povem o napaki, ki sem jo naredil.	0,804	0,125	-0,123
Ni mi težko govoriti z nekom, ki ga varnost pacientov ne briga.	0,570	0,279	0,287
Vem, kako govoriti z ljudmi, ki so naredili napako.	0,096	0,734	-0,078
Vedno lahko zagotovim, da varnost pacientov ni ogrožena.	0,072	0,724	0,065
Verjamem, da bo izpolnjevanje obrazcev za sporočanje napak (odklonov) izboljšalo varnost pacientov.	0,035	0,209	0,797
Lažje je nekoga obtožiti, kot pa poiskati vzroke za napako.	-0,105	-0,338	0,650

Dobimo tri faktorje, ki opisujejo oceno vpliva posameznika na varnost: prvi faktor opisuje odnos posameznika do lastnih napak, drugi faktor opisuje odnos do drugih, ki so naredili napako, tretji faktor pa opisuje možnosti reševanja napak (tabela 19).

S Pearsonovim korelacijskim testom preverimo vpliv delovne dobe na vse tri faktorje in ugotovimo, da obstaja statistično značilna povezava med tretjim faktorjem – Možnosti reševanja napak – in delovno dobo ($r = 0,149$; $p = 0,031$). Povezava je šibka in pozitivna, kar pomeni, da imajo zaposleni z daljšo delovno dobo bolj pozitiven odnos do reševanja napak (tabela 20).

Tabela 20: Pearsonov korelacijski test - vpliv delovne dobe na vse tri faktorje

Pearsonov korelacijski test - vpliv delovne dobe na vse tri faktorje		Delovna doba
Odnos posameznika do lastnih napak	r	-0,079
	p	0,253
	n	209
Odnos do drugih, ki so naredili napako	r	0,030
	p	0,662
	n	208
Možnosti reševanja napak	r	0,149
	p	0,031
	n	209

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov.

Zaključek: Statistično pomembno razliko pri oceni vpliva posameznika na varnost pacientov glede na delovno dobo zaznamo delno in sicer pri oceni možnosti reševanja napak, do katerega odnos z delovno šibko narašča (pozitivna korelacija). Hipoteza 2c se deloma sprejme.

Četrty sklop (H2d), ki sprašuje o osebnem odnosu do varnosti pacientov, je sestavljen iz treh trditev, prikažemo povprečja in odstopanja vseh treh trditev (tabela 21).

Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da k varnosti pacientov lahko prispevajo tako, da se osredotočajo na vzroke incidentov (PV = 2,95; SO = 0,248), najmanj pa s trditvijo: Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela (PV = 2,89; SO 0,407).

Tabela 21: Osebni odnos do varnosti pacientov

Osebni odnos do varnosti pacientov	n	Min	Max	PV	SO
K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov.	202	1	3	2,95	0,248
Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim	205	1	3	2,91	0,379
Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela.	204	1	3	2,89	0,407

Legenda: n = število odgovorov; Min = minimalna vrednost odgovora; Max = maksimalna vrednost odgovora; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica; 1 – Sploh se ne strinjam/se ne strinjam; 2 – Sem nevtralen; 3 – Se strinjam/zelo se strinjam.

S faktorsko analizo še za zadnji sklop preverimo ali vsa tri vprašanja opisujejo osebni odnos do varnosti pacientov. Odločimo se za le en faktor, ki opisuje 65,525 % skupne variabilnosti (lastna vrednost 1,966). KMO je visok (0,636), Barlett prestan ($p=0,001$). Faktorske uteži so visoke ($>0,7$).

Tabela 22: Matrika komponent za četrti sklop

Matrika komponent za četrti sklop	Faktor
	1
Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim	0,866
Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela.	0,848
K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov.	0,704

Faktor opisuje osebni odnos do varnosti pacientov (tabela 23). S Pearsonovim korelacijskim testom preverimo, ali obstaja statistično pomembna povezava z delovno dobo. Ker je vrednost $p = 0,111 > 0,05$ ugotovimo, da povezava ni statistično pomembna.

Tabela 23: Pearsonov korelacijski test – povezava med osebnim odnosom do varnosti pacientov

Pearsonov korelacijski test – povezava med osebnim odnosom do varnosti pacientov		Delovna doba
Osebni odnos do varnosti pacientov	r	-0,112
	p	0,111
	n	205

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov.

Zaključek: Statistično pomembno razliko v osebnem odnosu do varnosti pacientov glede na delovno dobo ne zaznamo. Hipotezo 2d zavrnamo.

H3: Zaposleni z daljšo delovno dobo imajo več znanja o varnosti pacientov.

Uporabimo Pearsonov korelacijski test za iskanje moči povezanosti med delovno dobo in znanjem zaposlenih o varnosti pacientov. Ugotovimo, da je povezava statistično pomembna, in sicer je povezanost med delovno dobo in povprečnim znanjem nizka in negativna, kar pomeni, da so tisti z daljšo delovno dobo imeli slabše znanje o varnosti pacientov (tabela 24).

Tabela 24: Pearsonov korelacijski test med delovno dobo in znanjem zaposlenih o varnosti pacientov

Pearsonov korelacijski test		Delovna doba
Povprečno znanje o varnosti pacientov	r	-0,196
	p	0,004
	n	209

Legenda: r = Pearsonov koeficient korelacije; p = stopnja značilnosti; n = število odgovorov.

Zaključek: Hipotezo 3 zavrnamo in sprejmemo alternativno hipotezo, ki pravi, da imajo zaposleni s krajšo delovno dobo več znanja o varnosti pacientov, povezanost pa je šibka.

H4: Obstaja statistično pomembna povezava med zaposlenimi, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov in odnosom do varnosti pacientov.

S t-testom preverimo, ali obstaja statistično pomembna povezava med zaposlenimi, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov in odnosom do varnosti pacientov. Odnos do varnosti pacientov opisuje faktor iz poglavja 4.2.4, ki je sestavljen iz povprečja vseh treh vprašanj četrtega sklopa – »Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim«, »Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela« in »K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov«.

Z Levenovim testom smo ugotavljali homogenost varianc, ki je zadostna ($L = 8,623$, $p = 0,41$). Ugotovimo, da obstaja statistično pomembna povezava v osebni odnosu do varnosti pacientov ($t=2,296$; $p=0,023 < 0,05$), in sicer imajo tisti, ki so se izobraževanja udeležili, bolj pozitiven odnos do varnosti pacientov ($PV=2,95$; $SO=0,275$) od tistih, ki se izobraževanja niso udeležili ($PV=2,86$; $SO=0,365$) (tabela 25).

Tabela 25: T-test udeležba izobraževanja in osebni odnos do varnosti pacientov

t-test	Ali ste se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov	n	PV	SO	t	L
Osebni odnos do varnosti pacientov	Da	125	2,95	0,275	2,296 (p=0,023)	8,623 (p = 0,41)
	Ne	80	2,86	0,362		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti; L = Levenov test homogenosti varianc.

Ker nas zanima, kateri vidik osebnega odnosa do varnosti pacientov ima najvišje odstopanje zaradi udeležbe izobraževanja, naredimo t-test za vse tri trditve posebej. Ugotovimo, da statistično pomembna povezava v odnosu do varnosti pacientov obstaja pri trditvah »Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim« ($t = 2,129$, $p = 0,034 < 0,05$) in »K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov« ($t = 2,268$, $p = 0,024 < 0,05$).

Pri trditvi »Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela« pa statistično pomembne povezave ni ($t = 0,978$, $p = 0,329 > 0,05$).

Tabela 26: T-test udeležba izobraževanja in vidiki osebnega odnosa do varnosti pacientov

t-test	Ali ste se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov	n	PV	SO	t	L
K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov.	Da	122	2,98	0,355	2,129 (p=0,034)	14,049 (p = 0,001)
	Ne	80	2,90	0,341		
Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim	Da	125	2,93	0,340	0,978 (p=0,329)	3,633 (p = 0,058)
	Ne	80	2,88	0,432		
Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela.	Da	124	2,94	0,264	2,268 (p = 0,024)	12,175 (p = 0,001)
	Ne	80	2,81	0,353		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti; L = Levenov test homogenosti varianc.

Zaključek: Pri dveh od treh vidikov in pri skupnem odnosu imajo tisti, ki so se udeležili izobraževanja bolj pozitiven osebni odnos do varnosti pacientov.

Hipotezo 4, da obstaja statistično pomembna povezava med zaposlenimi, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov in odnosom do varnosti pacientov sprejmemo pri stopnji tveganja 5 %.

H5: Zaposleni, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov, imajo v povprečju boljše znanje o varnosti pacientov kot tisti, ki se še niso.

Uporabimo t-test. Z Levenovim testom preverjamo homogenost varianc ($L = 0,450$; $p = 0,326$). Razlike v povprečjih znanja med tistimi, ki so se izobraževanja že udeležili in tistimi, ki se izobraževanja še niso udeležili, pri našem vzorcu sicer zaznamo ($PV=34,63\%$ za DA, $PV=32,82\%$ za NE). Hipotezo preverjamo s t-testom. Statistično značilne razlike v povprečjih nismo ugotovili ($t=0,933$; $p=0,352$), kar pomeni, da se znanje tistih, ki so se udeležili izobraževanja in tistih, ki se izobraževanja niso udeležili, v povprečju ne razlikuje dovolj (tabela 27).

Tabela 27: T-test udeležba izobraževanja in povprečno znanje o varnosti pacientov

t-test	Ali ste se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov	n	PV	SO	t	L
Povprečno znanje o varnosti pacientov	Da	129	34,63	13,06	0,933 (p = 0,352)	0,450 (p = 0,326)
	Ne	80	32,82	14,49		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti; L = Levenov test homogenosti varianc.

Zaključek: Statistično značilne razlike v povprečjih znanja med tistimi, ki so se udeležili izobraževanja, tistimi, ki se ga niso, nismo zaznali. Hipoteza 5 se zavrne, pri stopnji tveganja 5 %.

H6: Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenih/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, imajo v povprečju višje znanje o varnosti pacientov, kot tehnik zdravstvene nege.

S t-testom preverimo, ali obstaja statistično značilna razlika v povprečjih med poklicnima skupinama tehnik zdravstvene nege in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege.

Z Levenovim testom smo preverili homogenost varianc, vrednost p je bila enaka $p = 0,767 > 0,05$ (tabela 28).

Ugotovili smo statistično značilno razliko v povprečjih (tabela 28), in sicer se znanje medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, ki imajo univerzitetno izobrazbo, v povprečju statistično razlikuje od znanja tistih s srednješolsko izobrazbo ($t=-3,433$; $p=0,001$). Povprečno znanje srednjih medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov (PV= 28,29 %; SO=12,589 %) je približno 7 % nižje od znanja diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov/magistic zdravstvene nege/magistrov zdravstvene nege (PV=35,42 %; SO=12,129 %).

Tabela 28: T-test poklicna skupina in povprečno znanje o varnosti pacientov

t-test	Poklicna skupina	n	PV	SO	t	L
Povprečno znanje o varnosti pacientov	Tehnik zdravstvene nege	62	28,29	12,589	-3,433 (p=0,001)	0,150 (p = 0,767)
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege	82	35,42	12,129		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti; L = Levenov test homogenosti varianc.

Zaključek: Znanje medicinskih sester z univerzitetno izobrazbo je v povprečju na višjem nivoju, kot znanje medicinskih sester s srednješolsko izobrazbo. Hipoteza 6 se sprejme pri stopnji tveganja 5 %.

Opazimo, da so imeli najvišje povprečno znanje mag. zdravstvene nege (45,2 %) in zdravniki specializanti (46,04 %), zdravniki specialisti (41,52 %) in zobozdravniki (38,12 %) – torej kader z univerzitetno izobrazbo. Najnižje povprečno znanje so imeli fizioterapevti (24,58 %) in tehnik zdravstvene nege (27,67 %).

S testom ANOVA (tabela 29) preverimo ali so razlike v povprečjih statistično pomembne. Opozorimo, da je za analizo zobotehnikov premalo, zato ga izločimo iz

analize. Razlike v povprečjih znanja med poklicnimi skupinami se statistično razlikujejo v povprečnem znanju ($F=5,967$; $p=0,001 < 0,05$). V povprečju imajo poklici z univerzitetno izobrazbo višje znanje, kot poklicne skupine brez univerzitetne izobrazbe.

Tabela 29: ANOVA - Povprečno znanje o varnosti pacientov glede na ostale poklicne skupine

Poklicna skupina	n	PV	SO	F
tehniki zdravstvene nege	61	27,67	11,71	5,967 (p = 0,001)
diplomirana medicinska sestra/ diplomirani zdravstveniki	78	34,91	12,02	
magistrica zdravstvene nege/ magister zdravstvene nege	4	45,20	11,35	
zdravnik specialist	42	41,52	14,90	
Fizioterapevt	14	24,58	9,73	
zdravnik specializant	4	46,04	13,71	
Zobotehnik	1	32,50	/	
Zobozdravnik	4	38,12	13,52	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; F – ANOVA statistika; p - stopnja značilnosti

Zaključek: Ugotovimo, da obstajajo statistično pomembne razlike v znanju o varnosti pacientov tudi med ostalimi poklicnimi skupinami.

H7: Obstaja statistično pomembna razlika v osebnem odnosu do varnosti pacientov med diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom/magistrico zdravstvene nege/magistrom zdravstvene nege in tehnikom zdravstvene nege.

S t-testom preverimo (tabela 30), ali obstaja statistično pomembna razlika v osebnem odnosu do varnosti pacientov med poklicnima skupinama Tehnik zdravstvene nege in Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstveniki/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege. Z Levenovim testom smo preverili homogenost varianc, vrednost p je bila enaka $p = 0,343 > 0,05$.

Ugotovili nismo nobene statistično značilne razlike v povprečjih, in sicer se osebni odnos do varnosti pacientov medicinskih sester/zdravstvenih tehnikov, ki imajo

univerzitetno izobrazbo (PV = 2,94; SO = 0,184), v povprečjih statistično ne razlikuje od znanja tistih s srednješolsko izobrazbo (PV=2,96; SO=0,198); ($t=-0,555$; $p=0,580$).

Tabela 30: t-test poklicna skupina in vidiki osebnega odnosa o varnosti pacientov

t-test	Poklicna skupina	n	PV	SO	t	L
Osebni odnos do varnosti pacientov	Tehnik zdravstvene nege	60	2,96	0,198	-0,555 ($p=0,580$)	0,906 ($p = 0,343$)
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik/magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege	80	2,94	0,184		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = t-test; p = stopnja značilnosti; L = Levenov test homogenosti varianc.

Zaključek: Osebni odnos je za obe poklicni skupini podoben. Statistično značilnih razlik v povprečjih ne zaznamo. Hipoteze 7 ne sprejmemo, pri stopnji tveganja 5 %.

H8: Zaposleni, ki so se udeležili izobraževanja o varnosti pacientov, bolje poznajo obravnavanje pritožb pacientov, kot tisti, ki se ga niso udeležili.

S Hi kvadrat testom preverimo statistično pomembnost povezave med udeležbo izobraževanja o varnosti pacientov in znanjem o obravnavanju pritožb pacientov (tabela 31). Statistično pomembnih razlik med tistimi, ki so se udeležili izobraževanja in tistimi, ki se izobraževanja ni udeležili, ne zaznamo ($\chi^2 = 1,638$; $p = 0,201 > 0,05$).

Tabela 31: Hi-kvadrat test – obravnava pritožb in udeležba izobraževanja

		Ali ste se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov		χ^2
		Da	Ne	
Kako naj bi obravnavali pritožbe pacientov?	Nepravilni odgovor	56	42	1,638 ($p = 0,201$)
	Pravilni odgovor	73	38	
Skupaj		129	80	

Legenda: χ^2 = hi-kvadrat test, p = stopnja značilnosti.

Zaključek: Statistično pomembnih razlik pri poznavanju obravnave pritožb pacientov med tistimi, ki so se udeležili izobraževanja in tistimi, ki se izobraževanja niso udeležili, ne zaznamo. Hipotezo 8 zavrnamo pri stopnji tveganja 5 %.

3.5 RAZPRAVA

V magistrskem delu smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos in kakšno je znanje zdravstvenega osebja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske o varnosti pacientov.

Pri pregledu literature smo ugotovili, da je na temo raziskovanja odnosa in znanja zdravstvenega osebja o varnosti pacientov zelo malo raziskav. Prva raziskava je bila opravljena leta 2011, ko je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razvijala kurikulum in so v ta namen razvili vprašalnik. Na vprašanja so študentje odgovarjali pred izvedbo izobraževanja in po končanem izobraževanju. V Sloveniji sta bili opravljeni dve raziskavi, pri katerih je bil uporabljen preveden vprašalnik SZO. Ena raziskava je bila izvedena pri študentih podiplomskega študija na Visoki šoli za zdravstvo Jesenice (Robida, 2014a), druga pa pri kliničnih mentorjih zdravstvene nege (Robida, 2014b). Ne zasledimo pa opravljenih raziskav, ki bi raziskovale odnos in znanje o varnosti pacientov pri zdravstvenem osebju na nivoju primarnega zdravstva. Pri primerjavi naših rezultatov z rezultati raziskave SZO (WHO, 2015) in raziskave izvedene pri študentih podiplomskega študija (Robida, 2014a), smo upoštevali pridobljene rezultate, ki so bili izvedeni pred izvedenim izobraževanjem.

V sklopu zaznavanja ocene lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov, smo prišli do spoznanj, da zaposleni ocenjujejo stopnjo svojega znanja kot zmerno. Največ znanja ocenjujejo, da imajo pri poznavanju dejavnikov, ki vplivajo na varnost pacientov in pri poznavanju dejavnikov, ki prispevajo k človeški napaki. Robida (2018) navaja, da so človeške napake nenamerne in da jih posameznik ne more vnaprej preprečevati, lahko pa se v sistemih in procesih ustvarijo varovala, ki napake v prihodnje ali popolnoma preprečijo ali ublažijo. V naši raziskavi zaznamo, da zaposleni ocenjujejo, da imajo najmanj znanja pri poznavanju vloge zdravstvenih ustanov pri sporočanju napak.

Do enakih rezultatov je prišel tudi Robida v raziskavi pri podiplomskih študentih (2014a) in pri kliničnih mentorjih (2014b), medtem ko SZO (WHO, 2015) ugotavlja, da študentje ocenjujejo majhno znanje in sicer najvišjo stopnjo znanja ocenjujejo ravno tako pri poznavanju dejavnikov, ki vplivajo na varnost, najmanj pa pri načinih, kako naj o napakah spregovorijo. Robida (2018) piše, da ko gre za človeško napako, gre za sistemski problem in za preprečevanje napak je potrebno izboljšati sistem. Znanost o varnosti govori o tem, da je treba popraviti sistem, kar bistva človeških možganov ne more izboljšati. Znanost je jasno dokazala, da s spremembami v delovnih sistemih in procesih napake in škodljive dogodke zaradi napak in nezavednih kršitev lahko zmanjšamo (Robida, 2018).

V sklopu zaznavanja ocene varnosti zdravstvenega sistema, zaznamo v naši raziskavi nevtralnno mnenje o varnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Najbolj blizu pozitivnemu strinjanju so se zaposleni usmerili pri trditvi, da se zelo redko zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo, ne strinjajo se pa, da so napake pri zdravstveni obravnavi pogoste. V raziskavi Robida (2014b) ugotavlja, da so klinični mentorji mnenja, da večina zdravstvenih delavcev dela napake (72 % pozitivno strinjanje), medtem ko SZO (WHO, 2015) ugotavlja, da so študentje mnenja, da se zelo redko zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo. Robida (2014b) ugotavlja, da mišljenja kliničnih mentorjev in študentov podiplomskega študija kažejo, da je veliko problemov na področju varnosti pacientov, tudi v samem sistemu zdravstva.

Zelo pozitivno naravnost zaznamo pri oceni vpliva posameznika na varnost, kjer se zaposleni strinjajo, da s tem, ko govorijo o svojih lastnih napakah in nimajo zadržkov spregovoriti z nekom, ki ga varnost pacientov ne briga, imajo vpliv kot posameznik na varnost pacientov. Navajajo pa, da ne morejo vedno zagotoviti, da varnost pacientov ni ogrožena. Do enakih zaključkov je prišel tudi Robida (2014b), v raziskavi pri kliničnih mentorjih. Medtem ko SZO (WHO, 2015), ugotavlja, da se študentje najbolj strinjajo s trditvijo, da bo izpopolnjevanje obrazcev za sporočanje napak, izboljšalo varnost pacientov.

V vseh treh sklopih (ocena lastnega znanja o varnosti pacientov, varnost zdravstvenega sistema, vpliv posameznika na varnost) ne zaznamo ravni znanja, ki bi zagotavljala dobro varnost pacientov. Enako ugotavlja pri kliničnih mentorji tudi Robida (2014b). V svoji raziskavi navaja, da ni systemskega razmišljanja o pristopu k varnosti pacientov in da polovica postavk teh sklopov predstavlja prioriteto priložnost za izboljšave in nobena ne dosega dobre ocene. Do enakih spoznanj prihaja tudi Robida pri podiplomskih študentih (Robida, 2014a) in pri SZO (WHO, 2015).

V sklopu zaznavanja osebnega odnosa do varnosti pacientov, smo zaznali pozitiven odnos. Zaposleni se zavedajo, da kot vsak posameznik lahko prispevajo k varnosti pacientov tako, da se osredotočajo na vzroke incidentov in da z učenjem iz svojih napak lahko incidente preprečijo. Strinjajo se, da je priznavanje in obvladovanje njihovih napak pomemben del njihovega dela. Podobne rezultate v svoji raziskavi, ugotavlja tudi Robida (2014b), in sicer, da se klinični mentorji dobro zavedajo pomena lastnih dolžnosti za izboljšane varnosti pacientov. Tudi v raziskavi, izvedeni na podiplomskih študentih, Robida (2014a) zaznava pozitivni odnos. Enako je s strani Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2015).

Ugotovili smo, da obstaja statistično pomembna povezava v osebnem odnosu do varnosti pacientov, in sicer imajo tisti, ki so se že udeležili izobraževanja bolj pozitiven odnos do varnosti pacienta od tistih, ki se izobraževanja še niso udeležili. Ker nas je še zanimalo, kateri vidik osebnega odnosa do varnosti pacienta ima najvišje odstopanje zaradi udeležbe izobraževanja, smo ugotovili, da obstaja povezava v odnosu pri trditvah zaposlenih, da z učenjem iz lastnih napak incidente lahko preprečijo in da k varnosti pacientov lahko prispevajo tako, da se osredotočijo na vzroke incidentov. Pri trditvi, da „Priznavanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela“, pa nismo zaznali pomembnih povezav.

Ugotavljamo, da pri dveh od treh vidikov in pri skupnem odnosu imajo tisti, ki so se udeležili izobraževanja bolj pozitiven odnos do varnosti pacientov. Tudi SZO (WHO, 2015) ugotavlja, da je samo usposabljanje dvignilo dojemanje in odnos študentov do pomena varnosti pacientov in dviga njihove sposobnosti vpliva na to. Rezultati na

področju zaznavanja odnosa do varnosti pacientov, varnosti zdravstvenega sistema, vpliva posameznika na varnost pacientov in osebnega odnosa do varnosti pacientov, se je znatno povečal. Tudi Rojko (2019), v svoji raziskavi ugotavlja pozitiven odnos diplomiranih medicinskih sester in zdravnikov do kulture varnosti. Ugotavlja, da če bi bili zaposleni sami v vlogi pacientov, bi imeli občutek varnosti.

Razlik v osebnem odnosu do varnosti pacientov med diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom/magistrico zdravstvene nege, magistrdom zdravstvene nege in srednjo medicinsko sestro nismo našli. Osebni odnos je za obe poklicni skupini podoben. Medtem ko Rašić (2019) v svoji raziskavi ugotavlja, da tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre boljše ocenjujejo varnost pacientov, kot zdravniki in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki.

Statistično pomembnih razlik med trajanjem dela v sedanjem poklicu in oceno lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov ter oceno znanja o varnosti zdravstvenega sistema nismo zaznali. Delno razliko smo zaznali v povezavi med trajanjem dela v sedanjem poklicu in oceno vpliva posameznika na varnost pacientov, in sicer pri poznavanju možnosti reševanja napak, do katerega odnos z delovno dobo šibko narašča. Ravno tako nismo zaznali razlik v osebnem odnosu do varnosti pacientov v povezavi glede na delovno dobo. Tudi Robida (2014b), ugotavlja, da delovna doba v sedanjem poklicu nima vpliva na rezultate znanja. Navaja, da bi bilo za delovno dobo to razumljivo, saj se navade z leti težko spreminjajo, če za to ni formalnih ali regulatornih zahtev.

Pri ocenjevanju vseh desetih tem kurikuluma varnosti pacienta, smo ocenili, da je povprečno znanje zaposlenih 33,94 %. Najslabše znanje je bilo 2,5 % in najvišje 65,83 %.

Do nizkih rezultatov znanja so prišli tudi pri raziskavi izvedeni pri študentih podiplomskega študija (Robida, 2014a), in sicer so izmerili 23,1 % pravilnih odgovorov. SZO (2015) je izmerila še nižje vrednosti znanja in sicer samo 10,7 %.

(Javoršek, 2017) navaja, da je eno najbolj pomembnih področij v središču kakovostne in varne zdravstvene obravnave, preprečevanje in obvladovanje okužb povezanih z zdravstvom. Predstavlja enega izmed najpomembnejših kazalcev kakovosti zdravstvene oskrbe. Zaposleni v naši raziskavi se zavedajo pomembnosti preprečevanja in obvladovanja okužb, saj so pokazali največ znanja pri teh temah, kako preprečujemo in izvajamo kontrolo nad infekcijami pri zdravstveni obravnavi, ter pri razumevanju kliničnega tveganja zdravstvenih obravnav. Pri slednjem so največ znanja izmerili tudi pri ostalih treh raziskavah. Tudi Damjan (2012) v svoji raziskavi ugotavlja, da zdravstveni delavci dobro poznajo ukrepe za preprečevanje in obvladovanje okužb.

Obvladovanje kakovosti v zdravstveni oskrbi pomeni upoštevanje zakonskih predpisov, smernic, standardov, načel kakovosti in številnih drugih aktivnosti, ki zagotavljajo varno zdravstveno oskrbo in zadovoljstvo pacientov (Cimerman Kac, 2014). Najmanj znanja so v naši raziskavi zaposleni pokazali pri uporabi metod, ki izboljšujejo kakovost do izboljševanja zdravstvene obravnave. Predvidevamo, da imajo zaposleni v zdravstvenih ustanovah, ki imajo uveden standard kakovosti, več znanja pri uporabi metod za izboljševanje kakovosti. Ravno tako Robida (2013) v svoji raziskavi ugotavlja, da osebje ne pozna dovolj metod in orodij za izboljševanje varnosti pacientov. Opozarja, da je potrebno usposabljanje vodstva in zaposlenih o metodah in orodjih za izboljševanje varnosti pacientov. Zmerno znanje so zaposleni pokazali tudi pri pomembnosti sodelovanja s pacienti in svojci. Pri tej temi, smo pričakovali višje znanje. Mikolič (2017) piše, da je ustrezna komunikacija izrednega pomena za zadovoljstvo bolnikov. Bolniki pogosto večjo pozornost posvečajo temu, kako so bili obravnavani in kako so medicinske sestre komunicirale z njimi. Ravno tako Ocepek (2016) piše, da je komunikacija pomembna veščina zdravstvenih delavcev. Ljudje smo celostna bitja, ki smo najbolj ranljivi na čustvenem področju, ne glede na stanje fizične prizadetosti. Pacienti želijo zaupanje zdravstvenih delavcev, empatijo in strokovnost, ki jih spremlja od začetka do konca njihovega zdravljenja oziroma diagnostičnih obravnav.

Hitro spreminjajoče se okolje zahteva od vsakega zaposlenega pridobivanje novega znanja, kajti znanje, katerega smo si pridobili skozi formalno izobraževanje, ne zadošča

vsem novostim in spremembam današnjega časa (Lambić, 2018). V raziskavi ugotovimo, da je povezanost med delovno dobo in povprečnim znanjem nizka in negativna. Tisti z daljšo delovno dobo imajo slabše znanje o varnosti pacientov, kot tisti s krajšo delovno dobo. Domnevamo, da se zaposleni z daljšo delovno dobo manj izobražujejo ali pa svoje delo opravljajo bolj rutinsko, medtem ko imajo mlajši več znanja, ki so si ga pridobili v času šolanja in imajo več delovne energije.

Ravno tako Damjan (2012) ugotavlja, da mlajši prinašajo v zdravstvene ustanove več sodobnega znanja, motivacije in zagnanosti za delo. Bolje so seznanjeni z novostmi, upoštevajo sodobna navodila in sledijo novejšim standardom dela. Bitežnik (2018) v svoji raziskavi o pomenu izobraževanja in usposabljanja po zaključnem formalnem izobraževanju ugotavlja, da pridobivanje znanja po končani formalni izobrazbi, v večji meri omogoča mlajšim osebam, oziroma osebam s krajšo delovno dobo, da učinkoviteje opazijo pacientove potrebe, bolje razvijejo sposobnosti, znanja in sposobnosti za vodenje in lažje organizirajo svoje delo, kot pa starejše osebe oziroma osebe z več let delovnih izkušenj.

Razlik v povprečju znanja o varnosti pacientov med zaposlenimi, ki so se že udeležili izobraževanja o varnosti pacientov in tistimi, ki ne, ne zaznamo. Tudi Robida (2014b) navaja, da število ur formalnega izobraževanja o varnosti pacientov nima vpliva na rezultate znanja o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih. Ravno tako v raziskavi ne zaznamo, da bi že opravljeno izobraževanje o varnosti pacientov vplivalo na boljše poznavanje obravnavanja pritožb. Mohorič-Kenda (2018) navaja, da obravnavanje pritožb pacientov, njihovo proučevanje in pravilna interpretacija kazalnikov pritožb pacientov, predstavljajo izjemen potencial za izboljševanje pacientove varnosti in za spodbujanje kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev.

Ugotovili smo, značilno razliko v povprečjih znanja o varnosti pacientov med diplomirano medicinsko sestro/diplomiranim zdravstvenikom/magistrico zdravstvene nege/magistrom zdravstvene nege (univerzitetna izobrazba), in znanjem medicinski sester/tehnikov z univerzitetno izobrazbo. Povprečno znanje s srednješolsko izobrazbo je približno 7 % nižje od znanja medicinskih sester/tehnikov z univerzitetno izobrazbo.

Bitežnikova (2018) v raziskavi ugotavlja, da so diplomirane medicinske sestre/zdravstvenik bolj motivirani za pridobivanje znanja, ker menijo da je to odgovornost vsakega posameznika in s pridobivanjem znanja nadaljujejo zaradi osebnih in poklicnih interesov ter poklicnega napredovanja. Domnevamo, da ima vpliv na znanje tudi potrebna pridobitev licence pri višji oziroma visokošolski izobrazbi. Namreč izvajalci zdravstvene ali babiške nege z višjo oziroma visokošolsko izobrazbo, morajo poleg vpisa v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege, imeti tudi veljavno licenco. Za podelitev oziroma podaljšanje licence mora zbrati 70 licenčnih točk in imeti opravljene obvezne vsebine stalnega izpopolnjevanja. Ena od obveznih vsebin je tudi kakovost in varnost v zdravstvu. Tehniki zdravstvene nege po končanem šolanju se samo vpišejo v register in ne potrebujejo licence (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2019). Pomembnost izobrazbe, se zaveda tudi Aiken s sodelavci (2017 cited in Rašić 2019), ki v svoji raziskavi dokazuje pomen izobrazbe. Navaja, da je višja izobrazba povezana z boljšim zdravstvenim izidom za pacienta in da imajo višje izobraženi bolj kritično razmišljanje.

Zanimalo nas je še, kakšno je znanje v ostalih poklicnih skupinah. Najvišje znanje smo zaznali pri zdravnikih specializantih, sledijo jim magistricе zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik. Najmanj znanja so pokazali fizioterapevti in tehnik zdravstvene nege. V povprečju imajo poklicne skupine z univerzitetno izobrazbo višji nivo znanja kot poklicne skupine brez univerzitetne izobrazbe. Ugotavljamo, da obstajajo statistično pomembne razlike v znanju o varnosti pacientov tudi med ostalimi poklicnimi skupinami.

Robida, et al. (2016) v raziskavi o izobraževanju za pridobitev kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov ugotavljajo, da imajo predmet z vsebinami v zdravstvu vsi visokošolski zavodi, ki so sodelovali v raziskavi (od 11 jih je sodelovalo 8). Vsebina je oblikovana v samostojni predmet pri nekaterih v študijskem programu prve stopnje in pri nekaterih na drugostopenjskem študiju v obliki strokovnega magisterija. Druge strokovnega ali znanstvenega magistrskega študija s preučevanega področja nimajo. Rezultati anketne raziskave kažejo, da so kakovost in varnost resneje

vzeli visokošolski zavodi, ki izobražujejo druge zdravstvene poklice, in ne tisti, ki izobražujejo zdravnike. Raziskava je bila omejena samo na visokošolsko izobraževanje in ne na srednješolsko izobraževanje zdravstvenih smeri.

Povratne informacije zaposlenih v naši raziskavi so bile, da je sam vprašalnik zelo težak in predolg. Enake ugotovitve navaja tudi SZO (WHO, 2015). Navajajo, da so bila vprašanja precej težavna in da se to kaže v nizkih odstotkih pravilno rešenih vprašanj. Vprašanja in pravilne odgovore je razvilo osebje SZO, in sicer vodilni avtor Kurikuluma po učnih načrtih in izobraževalna skupina za varnost pacientov pri SZO. Pri študentih SZO je učenje o varnosti pacientov pripomoglo k izboljšanju znanja, in sicer se je znanje celo podvojilo. Po opravljenih tečajih, so študentje poznali teme varnosti pacientov in pokazali znatno in statistično pomembne izboljšave (WHO, 2015).

Omejitve raziskave

Raziskava, ki smo jo izvedli na primarnem nivoju osnovnega zdravstva, je prva raziskava v Sloveniji. Za primerjavo, kjer je bil uporabljen enak raziskovalni instrument, smo imeli samo preiskavo, izvedeno na kliničnih mentorjih zdravstvene nege (Robida, 2014b). Raziskava izvedena v Sloveniji pri študentih podiplomskega študija Visoke šole za zdravstvo Jesenice (Robida, 2014a) in izvedena s strani Svetovne zdravstvene organizacije (2015), je bila raziskava z enakim raziskovalnim instrumentom, vendar izvedena pred izvedbo kurikuluma o varnosti pacientov in po končanem izobraževanju.

Naslednja omejitev raziskave je, da rezultate lahko apliciramo samo na nivo primarnega zdravstva Gorenjske. Dobrodošlo bi bilo, če bi se raziskava izvedla tudi v ostalih regijah Slovenije.

Sam vprašalnik je bil po povratnih informacijah vodstva zdravstvenih domov zelo težak in obsežen. Kot omejitev smo zaznali neodzivnost zaposlenih k raziskavi. Realizacija vzorca je bila samo 31,33 %. Na anketne vprašalnike so zaposleni pisali razne

komentarje glede njihove časovne stiske in kako so take raziskave nepotrebne. Že pri samih demografskih podatkih niso želeli vpisovati podatkov, saj so mnenja da pri manjši ustanovi potem anonimnost ni zagotovljena. S takšnimi odločitvami se jasno pokaže stanje organizacijske kulture in njihova lastna negotovost.

4 ZAKLJUČEK

Naš končni cilj magistrskega dela je bil, da pridemo do spoznanj, na podlagi katerih bomo vodstvu Osnovnega zdravstva Gorenjske prikazali, da je zaposlene potrebno izobraževati in informirati glede varnosti pacientov. Z našo raziskavo smo ugotovili pomanjkljivo znanje, vendar pozitiven odnos zaposlenih do varnosti pacientov. Zaposleni se zavedajo, pomena lastnih dolžnosti, da imajo kot posamezniki velik vpliv na varnost. Zavedajo se, da imajo premalo znanja, da se napake in škodljivi dogodki v zdravstvu dogajajo in da prinesejo določene posledice.

Mišljenje zaposlenih kaže, da je veliko problemov na področju varnosti pacientov tudi v samem sistemu zdravstva. Premalo znanja ocenjujejo pri poznavanju vloge zdravstvene ustanove pri načinu sporočanja napak. Menimo, da ustanova nima uvedenega sistema, ali pa ga zaposleni ne poznajo, oz. ne poročajo, ker se bojijo obtoževanja, kaznovanja. Zaposlene je potrebno spodbujati k poročanju napak brez strahu. Mnenja drugih lahko ponudijo različne poglede na povzročeno napako. Potrebno je poiskati širši pogled na problem. Zaposlene je potrebno spodbujati k razpravi, da se poveča zavedanje o možnih tveganjih, da se ustvari delovno okolje, kjer se pogovarjamo o varnostnih problemih brez strahu kakšne bodo posledice. Pomembno je, da se v ustanovi vpelje vedenje, ki zagotavlja varnost in visok nivo kulture varnosti.

Varnost pacientov je problem v zdravstvenih ustanovah. Ne zadostno znanje dokazuje, da je nujno potrebno izobraževanje zdravstvenega osebja in ne samo na univerzitetni ravni. Potrebno je začeti izobraževati že v srednješolskem programu. V raziskavi smo dokazali, da imajo zaposleni z univerzitetno izobrazbo višje znanje. Potrebno je, da zaposleni pridobijo kompetence s področja varnosti pacientov, da se vzpostavi varnostna kultura v zdravstvenih organizacijah, da zaposleni ne bodo oblikovali individualne odgovornosti za napake in varnost pacientov.

V raziskavi izvedeni s strani SZO, ugotavljajo, da se je znanje študentov po izvedenem izobraževanju o varnosti pacientov celo podvojilo. Ni se izboljšalo samo znanje, dvignilo se je tudi dojemanje in sam odnos do varnosti pacientov.

Naša raziskava kaže, da je pomanjkljivo znanje pri vseh poklicnih skupinah zdravstvenega osebja. Ugotavljamo, da zaposleni, ki so se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov, ne pokažejo višjega znanja, imajo pa bolj pozitiven odnos do varnosti pacientov in večje zavedanje, da z učenjem iz lastnih napak lahko incidente preprečijo. Zato spodbujamo vodstvo, da izvede načrt za kontinuirano izobraževanja zaposlenih o varnosti pacientov na vseh poklicnih nivojih, da vzpostavijo varnostno kulturo v organizacijah in uvedejo orodja in tehnike, ki se osredotočajo na pacienta in so ključnega pomena za varnost. S tem bodo pri zaposlenih spodbudili potrebne spremembe v razmišljanju. Predlagamo, da bi se v organizacijah izmerila kultura varnosti, saj dobra varnostna kultura in, zadostno zanje o varnosti pacientov zagotavljata kakovosten in izboljššan zdravstveni sistem in hkrati varno in prijetno delovno okolje, ki je osnovni predpogoj za vsako uspešno organizacijo.

5 LITERATURA

Agrež, M., 2014. Uvajanje sistema vodenja kakovosti v bolnišnici. In: D. Del Fabro, ed. *Ekonomija in management za novo razvojno obdobje: Zbornik 11. festivala raziskovanja ekonomije in managementa. Koper, 29. marec 2014.* Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 47-53.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., 2017. *Requirements on Clinical Risk Management Systems in Hospitals.* [pdf] RheinMain University of Applied Sciences. Available at: <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2017/03/Clinical-Risk-Management-Systems-1.pdf> [Accessed 6 September 2019].

Balažic, K., 2019. *Varnostna kultura kot kazalnik kakovosti zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Bottcher, B., Abu-El-Noor, N., Abuowda, Y., Alfaqawi, M., Alaloul, E., El-Hout, S., Al-Najjar, I. & Abu-El-Noor, M., 2018. Attitudes of doctors and nurses to patient safety and errors in medical practice in the Gaza-Strip: a crosssectional study. *BMJ Open*, 2019, 9, e 026788.

Bitežnik, N., 2018. *Pomen izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi po zaključnem formalnem izobraževanju: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Brady, M., 2013. How to improve patient care by learning from mistakes. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(9), pp. 32-35.

Brasaite, I., Kaunonen, M., Martinkenas, A. & Suominen, T., 2017. Health Care Professionals' Knowledge Regarding Patient Safety. *Clinical Nursing Research*, 26(3), pp. 285-300.

Butinar, S., 2016. *Zadovoljstvo pacientov z zdravstvom v občini Žalec: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Campos de Oliveira, J., Viana da Silva, S., Pamela Regina dos Santos, Misue Matsuda, L., Salete Tonini, N. & Anair Lazzari, N., 2017. Patient safety: knowledge between multiprofessional residents. *Universidade Estadual do Oeste do Paraná*, 15(1):50-57.

Cimerman Kac, R., 2014. *Vloga in pomen procesov managementa znanja za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in oskrbe v bolnišnici x: magistrska naloga*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.

Damjan, D., 2012. *Čiste roke kot ključni dejavnik preprečevanja bolnišničnih okužb: diplomsko delo*. Maribor: Univerza za zdravstvene vede.

Dobnikar, M., 2013. *Management kakovosti v bolnišnici: dejavniki varnosti pacientov pri preprečevanju padcev: magistrska naloga*. Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za management.

Eggertson, L., 2014. How studying Human Factors Improves Patient Safety. Going back to the system to discover the cause of errors. *Canadian Nurse*, 110(2), pp. 25-29.

Field, A., 2009. *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Gorše, A., 2015. Stalno izboljševanje kakovosti kot pomemben dejavnik strategij inovativnosti in vitkosti. *Revija za univerzalno odličnost*, 4(3), pp. 79-91.

Grabar, D., 2017. Obvladovanje tveganj v zdravstvu kot vzvod za zagotavljanje kakovostne in varne oskrbe pacientov. In: D. Zavec Pavlinić, ed. *23. letna konferenca: Obvladovanje tveganj: zbornik referatov. Murska Sobota, 23.november 2017.* Murska Sobota: Pomursko društvo za kakovost, pp. 39-44.

Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D., 2017. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), pp. 368-374.

Hee-Eun, J., Yeongsuk, S. & Hee-Eun, K., 2017. Nurses Perception of Patient Safety Coulture and safety Control in patient safety Management Activities. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 23(4), pp. 450-459.

International Ergonomics Association, 2019. *Definition and Domains of Ergonomics.* [online] Available at: <https://www.iea.cc/whats/index.html>. [Accessed 18 December 2019].

Javoršek, J., 2017. *Uvajanje sistema kakovosti na področju preprečevanja okužb, povezanih z zdravstvom: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kapetanović, A., 2015. *Zagotavljanje varnosti pri razdeljevanju zdravil: diplomsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simčič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015).* Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Klemenc Ketiš, Z., Tvester Deilkas, E., Hofoss, D. & Tschudi Bondevik, G., 2017a. Patient safety culture in Slovenian out-of hours primary care clinics. *Zdravniški vestnik*, 56(4), pp. 203-210.

Klemenc Ketiš, Z., Maletic, M., Stropnik, V., Tvetter Deilkas, E., Hofoss, D. & Tschudi Bondevik, G., 2017b. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Slovenian version for the out-of-hours primary care setting. *BMC Health Services Research*, 17(36).

Košnik, M., 2012. Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj. Golnik, 30. marec 2012*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, p. 1.

Kovač, P., 2015. *Poučenost študentov zdravstvene nege o varnem delu s pacienti; magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kramar, Z., 2014. *Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v splošni bolnišnici Jesenic: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lambič, A., 2018. *Motivacija za izobraževanje starejših zaposlenih z višjo izobrazbo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Levovnik, D. & Molan, M., 2012. Postopek oblikovanja varnostne kulture-poti in pasti. *Razvoj in znanost*, (4), pp. 44-51.

Mikolič, S., 2017. *Pomen komunikacije za zadovoljstvo bolnikov: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ministrstvo za zdravje, 2010a. *Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov, Verzija 1.1*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/varnost_pac_kultura/Mednarodna_klasifikacija_-_okvir_1.1.pdf [Accessed 24 November 2018].

Ministrstvo za zdravje, 2010b. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/52484025.pdf> [Accessed 18 September 2019].

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2018. *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/javna_mreza_primarne_zdravstvene_dejavnosti/ [Accessed 10 December 2018].

Mohorič-Kenda, A., 2018. *Stalno izboljševanje modela kazalnikov kakovosti zdravstva s povratno informacijo sistema e-pritožb: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Morley, L. & Cashell, A., 2017. Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 2017(48), pp. 207-216.

Nacionalna mreža NVO s področja javnega zdravja 25 x 25, 2015. *Teze za zakon o kakovosti zdravstvene obravnave, varnost pacientov in osredotočenje na pacienta in njihove svojce*. [pdf] Nacionalna mreža s področja javnega zdravja. Available at: http://ss1.spletnik.si/4_4/000/000/45e/f63/TEZE--ZA--ZAKON-O-KAKOVOSTI-ZDRAVSTVENE-OBRAVNAVE-Sprejeto-.pdf [Accessed 2 July 2019].

Norris, B., Currie, L. & Lecko, C., 2012. The importance of applying human factors to nursing practice. *Nursing Standard*, 26(32), pp. 36-40.

Ocepek, J., 2016. *Komunikacija in zadovoljstvo pacientov v specialistični ambulantni dejavnosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Phipps, D.L., Giles, S., Lewis, P.J., Marsden, K.S., Salema, N., Jeffries, M., Avery, A.J. & Ashcroft, D.M., 2018. Mindful organizing in patients contributions to primary care medication safety. *Health Expect*, 21(6), pp. 964-972.

Plank, D., 2010. *Izobraževanje medicinskih sester za varno in kakovostno zdravstveno nego. 1. stiki zdravstvene nege - zdravstvena nega v okolju, ki zagotavlja varno in kakovostno obravnavo bolnika.* [pdf] Visoka zdravstvena šola Celje. Available at: <http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/konference/Zbornik%202010%201.pdf> [Accessed 10 February 2020].

Rašić, J., 2019. *Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah: magistrsko delo.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Republika Slovenija, Portal gov.si., 2019. *Primarna raven.* [online] Available at: <https://www.gov.si teme/mreza-javne-zdravstvene-sluzbe/> [Accesses 17 November 2019].

Robida, A., 2010. Kako priti do večje varnosti pacientov. In Z. Kramar, & A. Kraiger, eds. *3. dnevi Angele Boškin - Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 46-54.

Robida, A., 2013. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. *Zdravniški Vestnik*, (82), pp. 648-660.

Robida, A., 2014a. Ocena več poklicnega kurikulumu o varnosti pacientov študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in študentov šestih regij Svetovne zdravstvene organizacije. In: B. Skela savič & S. Hvalič Touzery, eds. *7. mednarodna znanstvena konferenca: Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege. Bled, 12-13. junij, 2014.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 150-155.

Robida, A., 2014b. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220-226.

Robida, A., 2018. Pravična kultura obravnave škodljivih dogodkov v zdravstvu. In S. sterile & M. Cimperman, eds. *Zbornik predavanj in referatov 10. posveta „Etika v belem“*, z naslovom *Napake in malomarnost v zdravstvu ter defenzivna medicina*. Ljubljana, marec 2018. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije, pp. 23-28.

Robida, A. & Simčič, B., 2011. *Zaznavanje kulture varnosti pacientov v splošnih bolnišnicah*. Poročilo Ministrstva za zdravje za vse splošne bolnišnice. [online] Ministrstvo za zdravje. Available at: <https://www.gov.si/drzavni-organi/ministrstva/ministrstvo-za-zdravje/o-ministrstvu/direktorat-za-zdravstveno-varstvo/sektor-za-varnost-kakovost-in-ucinkovitost-v-zdravstvu/> [Accessed 29 November 2018].

Robida, A., Simčič, B., Skela Savič, B. & Klemenc Ketiš, Z., 2016. Nacionalna anketa o izobraževanju za pridobivanje kompetenc s področja kakovosti v zdravstvu in varnosti pacientov. *Revija ISIS, Glasilo Zdravniške zbornice Slovenija*, (11), pp. 38-40.

Robida, A., Yazbeck, A.M., Kociper, B., Mate, T. & Marušič, D., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Rojko, H., 2019. *Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov za boljšo kulturo varnosti pacientov: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Stražišar, B. & Stražišar, B., 2017. Neželeni dogodek v zdravstveni dejavnosti – kako naprej? *Zdravniški Vestnik*, 87(5-6), pp. 257-268.

Šuklar, S., 2018. Sistemi vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti. *Izzivi prihodnosti*, 3(1), pp. 21-53.

Tušar, S., 2010. Učenje skozi obravnavo opozorilnih nevarnih dogodkov. In: Z. Kramar & A. Kraiger, eds. *3. dnevi Angele Boškin - Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010.* Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 121-127.

Uradni list Evropske unije, 2019. *Priporočilo sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo.*2009/C 151/01. [online] Available at: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=celex:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=celex:32009H0703(01)) [Accessed 14 December 2019].

Vincent, C., 2010. Chapter 3 – Integrating safety and quality. In: C. Vincent, ed. *Patient Safety.* 2nd ed. Chicester, United Kingdom: Wiley-Blackwell, pp. 30-46.

World Health Organization (WHO), 2015. *Field Test of the World Health Organization Mult-Professional Patient Safety Curriculum Guide.* [pdf] World Health Organization. Available at:

https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/curriculum_final_report.pdf [Accessed 24 October 2019].

World Health Organization (WHO), 2017. *Patient Making health care safer.* [pdf] World Health Organization. Available at:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11%20eng.pdf;jsessionid=714036F2522E50F098F051317CE98CAE?sequence=1> [Accessed 1 December 2018].

World Health Organization (WHO), 2019. *Understanding and managing clinical risk. Patient Safety Curriculum Guide.* [pdf] World Health Organization. Available at:

https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/PSP_mpc_topic-06.pdf [Accessed 6 August 2019].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, 2019. *Register izvajalcev zdravstvene in babiške nege in licenca*. [online] Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/register-licence-javna-pooblastila/register/> [Accessed 28 October 2019].

6 PRILOGE

6.1 Instrument

Spoštovani!

Sem Nuša Bajda, absolventka magistrskega podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam magistrsko nalogo z naslovom **ODNOS IN ZNANJE ZDRAVSTVENEGA OSEBJA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU GORENJSKE O VARNOSTI PACIENTOV**, pod mentorstvom izr. prof. dr. Andreja Robida.

Vprašalnik je oblikovan tako, da se oceni zavedanje in znanje o problemih varnosti pacientov v zdravstvenem sistemu.

Prosim Vas, da odgovorite na vprašanja, oziroma se opredelite do navedenih trditev. Vprašalnik je anonimen in prostovoljen. Za izpolnitev vprašalnika bo potrebnih približno 10–15 minut vašega časa. Če na določeno vprašanje ne želite odgovoriti, pustite prostor prazen. Rezultati bodo uporabljeni za namen raziskovalnega magistrskega dela in predlogov za izboljšave varnosti pacientov in zaposlenih.

Za vaše odgovore in sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

S spoštovanjem, Nuša Bajda, dipl. m. s.

Za vprašanja v 1. delu obkrožite najustreznejšo številko glede na pet točkovno lestvico, ki najbolje prikazuje stopnjo vaše znanja za vsako točko:

1. Kakšno je vaše znanje o	Nezadostno	Zadostno	Zmerno	Dobro	Odlično
1.1 Različnih vrstah človeških napak pri zdravstveni oskrbi?	1	2	3	4	5
1.2 Dejavnih, ki prispevajo k človeški napaki?	1	2	3	4	5
1.3 Dejavnih, ki vplivajo na varnost pacientov?	1	2	3	4	5
1.4 Načinov kako se o napakah spregovori?	1	2	3	4	5
1.5 Kaj naj se bi se zgodilo, če pride do napake?	1	2	3	4	5
1.6 Kako sporočiti napako?	1	2	3	4	5
1.7 Vlogi zdravstvenih ustanov (npr. bolnišnic, primarnega zdravstva) pri sporočanju napak?	1	2	3	4	5

Za vprašanja od 2. do 4. dela obkrožite najustreznejšo številko na pet točkovno lestvico:

1= sploh se ne strinjam, 2= se ne strinjam, 3= sem nevtralen. 4= se strinjam in 5= zelo se strinjam

Obkrožite številko, ki najbolje odraža raven v strinjanja z vsako trditvijo.

2. Varnost zdravstvenega sistema	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	zelo se strinjam
2.1 Večina zdravstvenih delavcev dela napake.	1	2	3	4	5
2.2 V moji državi imamo varen sistem zdravstvene oskrbe pacientov.	1	2	3	4	5
2.3 Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov so zelo pogoste.	1	2	3	4	5
2.4 Redko se zgodi, da pacient dobi napačno zdravilo.	1	2	3	4	5
2.5 Zdravstveno osebje se udeležuje usposabljanja o varnosti pacientov.	1	2	3	4	5

Ko razmišljate o vaši lastni zmožnosti, da vplivate na varnost pacientov, obkrožite številko, ki najbolje odraža vaše mnenje za vsako trditev.

3. Vpliv posameznika na varnost	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	zelo se strinjam
3.1 Drugim z lahkoto povem o napaki, ki sem jo naredil.	1	2	3	4	5
3.2 Lažje je nekoga obtožiti, kot pa poiskati vzroke za napako.	1	2	3	4	5
3.3 Ni mi težko govoriti z nekom, ki ga varnost pacientov ne briga.	1	2	3	4	5
3.4 Vem, kako govoriti z ljudmi, ki so naredili napako.	1	2	3	4	5
3.5 Vedno lahko zagotovim, da varnost pacientov ni ogrožena.	1	2	3	4	5
3.6 Verjamem, da bo izpolnjevanje obrazcev za sporočanje napak (odklonov) izboljšalo varnost pacientov.	1	2	3	4	5
3.7 Sposoben sem govoriti o svojih lastnih napakah.	1	2	3	4	5

Ko razmišljate o vašem osebnem odnosu glede varnosti pacienta, obkrožite številko, ki najbolje odraža vaše mnenje za vsako trditev.

4. Osebni odnos do varnosti pacientov	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Sem nevtralen	Se strinjam	zelo se strinjam
4.1 K varnosti pacientov lahko prispevam tako, da se osredotočam na vzroke incidentov.	1	2	3	4	5
4.2 Z učenjem iz svojih napak, incidente lahko preprečim.	1	2	3	4	5
4.3 Priznanje in obvladovanje mojih napak bo pomemben del mojega dela.	1	2	3	4	5

Vprašanja o poznavanju varnosti pacientov

Obkrožite črko, za katero mislite, da je pravilen odgovor na vprašanje.

5. Kateri so dejavniki, ki vodijo do zdravstvene oskrbe, ki ni varna (možnih je več odgovorov)

- a) Latentni dejavniki: organizacijski proces, velika delovna obremenitev, pomanjkanje vodenja itd.
- b) Raziskovalni dejavniki; merjenje uspešnosti kliničnih protokolov, randomizirane kontrolirane študije
- c) Dejavniki zaradi katerih pride do napak: veliko dela v ambulanti, oddelku, slabi postopki itd.
- d) Pomanjkljivosti: pomanjkanje nadzora mlajšega osebja, težave pri komuniciranju, itd.
- e) Varovala; manjkajoča anamneza

6. Zdravnik si ne umiva rok med posameznimi pacienti, ker misli, da je preveč zaposlen, čeprav je na razpolago alkoholno razkužilo. To je primer (možnih je več odgovorov):

- a) pomanjkljivosti za varnost pacienta
- b) obnašanja, ki se ga v ambulanti tolerira
- c) rutinska kršitev
- d) pomanjkljivost nadzora

7. Kateri človeški dejavniki lahko prispevajo k temu, da zdravstveni delavci naredijo napake (možnih je več odgovorov):

- a) omejen spomin
- b) utrujenost
- c) stres
- d) pomanjkljivo usposabljanje
- e) lakota
- f) bolezen
- g) kulturni/jezikovni dejavniki
- h) tvegano obnašanje

8. Kako naj bi uporabili razmišljanje o človeških dejavnikih v zdravstvu (možnih je več odgovorov) ?

- a) izogibanje zanašanju na spomin
- b) narediti stvari vidne: uporaba opomnikov, zapiski, opozorila, itd.
- c) rutinska uporaba opomnikov/standardiziranih postopkov
- d) izboljšanje znanja in veščin posameznika
- e) zmanjšanje zanašanja na pazljivost; zavedanje potencialnih napak

9. Sandri so med porodom naredili epiziotomijo. Zaradi vaginalnega izcedka je obiskala svojega porodničarja 10 dni po porodu. Zdravnik je sumil na infekcijo urotrakta in ji je predpisal antibiotik. Sandra ga je ponovno obiskala zaradi istih simptomov čez en teden. Potem ko je preveril zapiske o poteku poroda in ni našel

nobnih napak, ji je predpisal dodatno kuro z antibiotiki. Ker simptomi niso prenehali, je Sandra obiskala drugega ginekologa, ki je našel tampon, ki so ga pozabili pri tamponiranju epiziotomijske rane.

Določite človeške dejavnike, ki so lahko prispevali k temu, da so pozabili tampon (možnih je več odgovorov):

- a) zanašanje na spomin pri štetju tamponov
- b) nesledenje standardizirani proceduri pri epiziotomiji
- c) neizkušeni zdravstveni delavci
- d) napačen recept porodničarja
- e) utrujenost ali stres pri zdravstvenih delavcih
- f) neustrezno preverjanje s strani druge medicinske sestre ali porodničarja

10. Kateri so elementi varnega sistema izvajanja zdravstvene oskrbe (možnih je več odgovorov) ?

- a) dobro usposobljeni zdravstveni delavci
- b) priznavanje možnosti za »neuspeh«
- c) iskanje »tveganj« in njihovo omejevanje preden pride do škode
- d) osebna odgovornost
- e) spodbujanje in vzdrževanje kulture varnosti
- f) vključevanje pacienta v zdravstveno oskrbo

11. Naredite povzetek elementov za »sistemsko razmišljanje« pri obravnavi škodljivih dogodkov (možnih je več odgovorov):

- a) vključeni so pacient in zdravstveni delavci
- b) uporabljajo se tehnologija in orodja
- c) pravila, navodila, usmeritve v ustanovi
- d) komunikacije v timu
- e) pripisovanje krivde in sramotenje zdravstvenih delavcev
- f) organizacijski dejavniki: potek dela, časovni pritisk, delovna obremenitev zdravstvenih delavcev

12. Kateri so spodaj navedenih modelov najboljše opiše sistemski pristop pri obravnavanju škodljivih dogodkov v okoljih, kjer se izvaja zdravstvena oskrba (možen je en pravilen odgovor).

- a) model zaznav in prepričanj o zdravju
- b) model švicarskega sira
- c) model spreminjanja po stopnjah
- d) model perfektnosti

13. Program Timski KORAKI prepoznava številne različne, vendar medsebojno odvisne vrste timov, ki podpirajo in izvajajo zdravstveno oskrbo. V kateri tip tima, ki so spodaj naštetih, spadajo timi, ki so oblikovani za nujne ali specifične dogodke (možen je en pravilen odgovor):

- a) osnovni tim
- b) tim za koordinacijo
- c) začasni tim
- d) administracija
- e) podporne službe

14. Za oblikovanje tima so potrebne štiri stopnje. Odprta komunikacija med člani tima se oblikuje v stopnji (možen je en pravilen odgovor):

- a) oblikovanja
- b) nasprotovanja
- c) postavljanja pravil
- d) delovanja

15. Kot zdravstvenega delavca so vas povabili, da prisostvujete zamenjavi kolena pri starejši ženski. Dan pred operacijo ste govorili s pacientko in si zapomnili, da vam je rekla, da zaradi težav z levim kolenom ne more hoditi in da se veseli, da ji

ga bodo zamenjali. V operacijski slišite, kako kirurg reče svojemu asistentu, da bo operacija na desnem kolenu.

Kaj naj bi Vi pri tem naredili (možen je en pravilen odgovor)?

- a) ničesar, ker ste morda zamenjali tega pacienta z drugim
- b) poiskali in pregledali zdravstveno dokumentacijo, da se prepričate na kateri strani je potrebna zamenjava kolena
- c) ne rečete ničesar, ker se v bolnišnici nikdar ne zmotijo in ste morda napačno slišali
- d) rečete kirurgu, da ste mislili, da bo imel pacient zamenjano levo koleno
- e) ostanete tiho, ker kirurg verjetno ve kaj dela

16. Napačna diagnoza vodi v neustrezen načrt zdravljenja. Kakšne vrste napaka je to (možnih je več odgovorov):

- a) spodrsaljaji in lapsusi na osnovi veščin
- b) kršitve
- c) napake na osnovi pravil
- d) napake na osnovi znanja

17. Pacient se zdravi zaradi non-Hodgkinovega limfoma. Brizgalko z vinkristinom za drugega pacienta so pomotoma prinesli k pacientovi postelji. Zdravnik je injiciral vinkristin v spinalni kanal, ker je mislil, da je drugo zdravilo. Napake niso odkrili in pacient je tri dni kasneje umrl. Kateri so najpomembnejši dejavniki, ki so v tem primeru povzročili napako (možnih je več odgovorov):

- a) neizkušenosť
- b) slabi postopki
- c) neustrezno preverjanje in identifikacija pacienta
- d) neustrezne informacije

18. Kateri so najboljši načini za učenje iz napak (možnih je več odgovorov)?

- a) kritiziranje zdravstvenih delavcev, ki so bili vpleteni v incident
- b) vzpostavitev sistema za sporočanje in spremljanje
- c) nesporočanje skorajšnjih napak, ker ne povzročijo nobene škode

- d) omejevanje sporočanja škodljivih dogodkov, da se prepreči obdolževanje zdravstvenih delavcev in objava njihovih imen
- e) za presojo opozorilnih nevarnih dogodkov se lahko izvaja sistematična analiza globljih vzrokov

19. Prezgodaj rojenemu otroku v dihalni stiski, zaradi katere je potreboval ventilacijo, so zaradi težke infekcije predpisali intravenozni gentamicin. Medicinska sestra in zdravnik v intenzivni enoti sta imela zelo veliko dela. Zdravilo je bilo dano 90 minut kasneje, kot je bilo predpisano. Na srečo je novorojenček preživel in se pozdravil.

19.1 Ali naj bi ta incident sporočili?

- a) DA
- b) NE

19.2 Če da, katero metodo bi uporabili za sporočanje incidenta (možnih je več odgovorov)?

- a) razpravljanje kot stalno točko na tedenskih sestankih osebja (varnostni pogovor)
- b) razpravljanje o dejstvih incidenta in potrebno sledenje, ki ga opravi tim
- c) razprava se osredotoči na pripisovanje krivde
- d) odkrivanje sistemskih problemov, ki so bili vpleteni v incident

20. Kako naj bi obravnavali pritožbe pacientov (možnih je več odgovorov)?

- a) o pritožbah se odkrito pogovorite s pacienti in njihovimi svojci
- b) krivdo se pripiše in se graja zdravstvenega delavca, na katerega se pritožba nanaša
- c) nujne izjave o dejstvih
- d) obstajajo pravila za ravnanje s pritožbami

21. Meritve so bistvene za izboljševanje kakovosti. Katere so glavne vrste meritev (možnih je več odgovorov):

- a) meritve izidov
- b) demografske meritve

- c) meritve procesa
- d) uravnotežene meritve

22. Izboljševanje kliničnega dela služi za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Za uspešno izboljševanje kliničnega dela je potrebnih pet faz. V kateri fazi bo tim zbral čim več informacij o problemu in se odločil, kako bo meril izboljšavo (možen je en pravilen odgovor)?

- a) fazi načrtovanja
- b) fazi diagnosticiranja
- c) fazi intervencije
- d) fazi učinkovanja in vpeljave
- e) fazi vzdrževanja in izboljševanja

23. Katere so glavne faze za pridobitev privolitve po pojasnilu (možnih je več odgovorov)?

- a) razkritje informacij s strani zdravstvenih delavcev
- b) usposobljenost zdravstvenih delavcev
- c) svobodna in prosta izbira, ki jo imajo pacienti
- d) odgovornost zdravstvenih delavcev in ustanove
- e) čas, ki je pacientu na voljo za razumevanje pojasnil in posvetovanje s svojci/skrbniki
- f) pacientovo razumevanje informacij

24. Kateri so bistveni principi poštenega razkritja (možnih je več odgovorov)?

- a) odkrita in pravočasna komunikacija
- b) podpora osebja
- c) kaznovanje in kompenzacija
- d) priznanje incidenta
- e) zaupnost
- f) sprejetje odgovornosti

25. Naštejte pet ključnih momentov pri izvajanju higiene rok (možnih je več odgovorov).

- a) pred vstopom na oddelek
- b) pred stikom s pacientom
- c) pred čistim/aseptičnim postopkom
- d) po stiku s telesno tekočino
- e) po dotiku pacienta
- f) po dotikanju pacientove okolice

26. Katere so glavne vrste okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (možnih je več odgovorov)?

- a) okužbe urotrakta, ponavadi zaradi katetrov
- b) kirurške okužbe
- c) okužbe s hrano
- d) okužbe krvi zaradi uporabe intravaskularnih pripomočkov
- e) pljučnica zaradi priklopite na respirator

27. Kateri so glavni načini prenosa okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo (možnih je več odgovorov)?

- a) prenos z neposrednim in posrednim stikom
- b) prenos s hrano
- c) kapljični prenos
- d) prenos po zraku

28. Kako naj varno odstranjujemo ostre predmete (možnih je več odgovorov)?

- a) po uporabi vsako iglo odvržemo tam, kjer smo jo uporabili v koš za ostre predmete
- b) ne odlagajmo ostrih predmetov v že poln koš
- c) po uporabi iglo pokrij s pokrovčkom, jo zvij ali zlomi
- d) koš z ostrimi predmeti naj ne bo na dosegu za otroke

29. Pri uporabljanju zdravil so potrebni štirje koraki: predpisovanje, priprava, dajanje, in opazovanje

29.1 Določite dejavnike za napake pri predpisovanju (možnih je več odgovorov):

- a) upoštevanje pacientovih individualnih dejavnikov, kot so alergije, nosečnost, druge bolezni, druga zdravila
- b) napačen pacient, napačen odmerek, napačen čas, napačno zdravilo, napačen način
- c) zdravila, ki izgledajo podobno ali imajo podobno ime
- d) neustrezna komunikacija (pisna, ustna)
- e) problemi zaradi dokumentacije, kot so nečitljiva, nepopolna, nejasna dokumentacija
- f) matematična napaka pri računanju doze

29.2 Določite dejavnike za napake pri spremljanju (možnih je več odgovorov).

- a) pomanjkljivo opazovanje stranskih učinkov
- b) zdravilo se ne ukine, če ne učinkuje, ali ko je zdravljenje končano
- c) napačen pacient, napačen odmerek, napačen čas, napačno zdravilo, napačen način
- d) ni meritev nivoja zdravila, ali pa se ne spremlja
- e) pomanjkljiva dokumentacija

30. Katere od spodaj naštetih metod prispevajo k varnejši uporabi zdravil (možnih je več odgovorov)?

- a) uporaba tovarniških imen za zdravila, ker jih pacienti tako bolje poznajo
- b) vzpodbujanje pacientov, da so aktivno vključeni
- c) je odvisno od vašega spomina, ko predpisujete zdravilo
- d) prilagojeno predpisovanje za posameznega pacienta
- e) jasno komuniciranje
- f) nikdar se ne uporabijo zdravila, ki so visoko tvegana

31. Starejši moški pride k zdravniku zaradi pojavitve stabilne angine pektoris. Pri anamnezi o jemanju zdravil je zdravnik ugotovil, da je bil pacient do sedaj zdrav in da vzame vsak dan samo zdravilo proti glavobolu. Ker se pacient ni mogel

spomniti imena zdravila, je zdravnik predvideval, da je to protibolečinsko zdravilo. A zdravilo je v resnici beta – blokator. Zdravnik mu je predpisal aspirin in drug beta blokator za prsno bolečino. Zaradi tega je prišlo pri pacientu do bradikardije in posturalne hipotenzije.

Kaj naj bi naredili za preprečitev take napake (možnih je več odgovorov)?

- a) zagotovili, da dobite popolno in točno anamnezo o jemanju zdravil
- b) nikoli ne predvidevajte
- c) ni potrebe, da bi seznanili pacienta o njegovih/njenih zdravilih
- d) zaupali pacientu o zdravilih, ki jih jemlje, tudi če nimate seznama zdravil
- e) opozorili pacienta o možnih stranskih učinkih in kaj naj naredi, če se pojavijo

Demografski podatki

Prosim Vas, da na spodnja vprašanja odgovorite tako, da obkrožite ustrezno črko pred ustreznim odgovorom ali dopišite odgovor.

32. Vaš spol:

- a) moški
- b) ženska

33. Vaša starost (v letih): _____

34. Delovna doba (v letih): _____

35. Ali ste se že kdaj udeležili izobraževanja o varnosti pacientov

- a) da
- b) ne

36. Poklicna skupina:

- a) srednja medicinska sestra /zdravstveni tehnik
- b) diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- c) magistrica zdravstvene nege / magister zdravstvene nege
- d) zdravnik specialist

- e) fizioterapevt
- f) drugo (prosim navedite): _____

37. Vaše delovišče:

- a) ambulantna dejavnost – družinska medicina
- b) ambulantna dejavnost-pediatrija
- c) ambulantna dejavnost-ginekologija in porodništvo
- d) fizioterapija
- e) patronažna služba
- f) zdravstvena vzgoja
- g) zobozdravstvo
- h) služba nujne medicinske pomoči
- i) dispanzer za medicino dela

Zahvaljujem se vam za izpolnitev vprašalnika!

6.2 Matrika podatkov

Priloga 1: KMO, Bartlettov test in skupna variabilnost za prvi sklop faktorске analize

KMO in Bartlettov Test		
Kaiser-Meyer-Olkin-ova mera		0,890
Bartlettov Test	K	976,325
	Df	21
	P	0,001

Tabela: Lastne vrednosti in % pojasnjene variance

Faktor	Mere		
	Lastna vrednost	% Variance	Kumulativni % Variance
1	4,647	66,391	66,391
2	0,837	11,959	78,351
3	0,449	6,409	84,760
4	0,335	4,791	89,551
5	0,320	4,569	94,120
6	0,209	2,980	97,099
7	0,203	2,901	100,000

Priloga 2: KMO, Bartlettov test in skupna variabilnost za drugi sklop faktorске analize

KMO in Bartlettov Test		
Kaiser-Meyer-Olkin-ova mera		0,613
Bartlettov Test	K	144,724
	Df	10
	P	0,001

Tabela: Lastne vrednosti in % pojasnjene variance

Component	Mere		
	Lastna vrednost	% Variance	Kumulativni % Variance
1	2,037	40,741	40,741
2	1,075	21,509	62,251
3	0,831	16,628	78,878
4	0,619	12,381	91,259
5	0,437	8,741	100,000

Priloga 3: KMO, Bartlettov test in skupna variabilnost za tretji sklop faktorске analize

KMO in Bartlettov Test

Kaiser-Meyer-Olkin-ova mera		0,610
Bartlettov Test	K	123,622
	Df	21
	p	0,001

Tabela: Lastne vrednosti in % pojasnjene variance

Faktor	Mere		
	Lastna vrednost	% Variance	Kumulativni % Variance
1	1,941	27,734	27,734
2	1,176	16,805	44,538
3	1,067	15,241	59,779
4	0,864	12,339	72,119
5	0,807	11,527	83,645
6	0,670	9,564	93,210
7	0,475	6,790	100,000

Priloga 4: KMO, Bartlettov test in skupna variabilnost za četrti sklop faktorске analize

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin-ova mera		0,636
Bartlettov Test	K	147,064
	Df	3
	p	0,001

Tabela: Lastne vrednosti in % pojasnjene variance

Faktor	Mere		
	Lastna vrednost	% Variance	Kumulativni % Variance
1	1,966	65,525	65,525
2	0,676	22,532	88,056
3	0,358	11,944	100,000