



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMOČ DRUGI ŽRTVI OB NASTANKU
VARNOSTNIH ODKLONOV V TERCIARNI
ZDRAVSTVENI USTANOVNI – ŠTUDIJA
PRIMERA ENE ORGANIZACIJE**

**HELPING THE SECOND VICTIM OF AN
ADVERSE EVENT IN A TERTIARY
HEALTHCARE INSTITUTION: A CASE
STUDY OF ONE ORGANIZATION**

Mentorica: doc. dr. Saša Kadivec

Kandidat: Gregor Zihlerl

Ljubljana, maj, 2024

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Saši Kadivec za strokovno vodenje, svetovanje in pomoč pri nastajanju magistrskega dela.

Zahvaljujem se izr. prof. dr. Mirni Macur in doc. dr. Sedinu Kalender Smajlović za recenzijo magistrskega dela.

Zahvaljujem se kolegiju Službe za zdravstveno nego in oskrbo terciarne ustanove za odobritev raziskave. Hvala vsem, ki so sodelovali v kvantitativnem in kvalitativnem delu raziskave.

Zahvaljujem se Poloni Černič za pomoč pri statistični obdelavi podatkov in Ani Horvat, prof. slov. za lektoriranje magistrskega dela.

Posebna zahvala pa gre moji družini, prijateljem in sodelavcem za vso pomoč ter podporo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave je prednostna naloga zdravstvenih organizacij. Ob tem je vzpostavitev kulture varnosti eden od bistvenih pogojev. Posledice varnostnega odklona prizadenejo pacienta. Občutijo jih tudi zdravstveni delavci, ki tako postanejo druga žrtev varnostnega odklona.

Cilj: Glavni cilj magistrskega dela je ugotoviti, kakšne občutke doživljajo zdravstveni delavci v terciarni ustanovi ob nastanku varnostnega odklona, kako se soočajo s tem, kakšno pomoč potrebujejo in kakšne pomoči so po varnostnem odklonu deležni.

Metode: Uporabili smo mešane metode raziskovanja. V kvantitativnem delu raziskave smo pri 173 zdravstvenih delavcih uporabili strukturiran vprašalnik za ocenjevanje bolnišnične kulture varnosti in dobljene pomoči. Zaposleni, ki v zadnjem letu niso bili udeleženi v varnostnem odklonu, so bili iz analize nekaterih sklopov vprašanj izključeni. Kvalitativna raziskava je bila izvedena med 8 zdravstvenimi delavci z uporabo individualnega intervjuja. Potekala je po metodi kvalitativne vsebinske analize.

Rezultati: Zdravstveni delavci, ki bolje poznajo varnostno kulturo, so bolj naravnani k poročanju varnostnih odklonov ($p = 0,001$, $r = 0,361$). Izobrazba ($p = 0,575$) in dolžina delovne dobe ($p = 0,257$) ne vplivata na uspešnejše prilagajanje po nastalem varnostnem odklonu. Pomoč sodelavcev po varnostnem odklonu vpliva na zmanjšanje psihološke ($p = 0,003$, $r = 0,259$) ter fizične stiske ($p = 0,001$, $r = 0,481$) zaposlenih. Z analizo pomoči neposrednih vodij ($p = 0,718$, $r = 0,032$) in terciarne ustanove ($p = 0,386$, $r = -0,079$) ne ugotavljamo statistično pomembnih povezav.

Razprava: Raziskava kaže dobro poznavanje varnostne kulture v terciarni ustanovi in zavedanje pomena pomoči zaposlenih in zdravstvene organizacije. Za preprečitev ali zmanjšanje posledic drugim žrtvam ob nastanku varnostnih odklonov priporočamo ozaveščanje o vrstah pomoči v ustanovi in vključitev ustreznih strokovnjakov.

Ključne besede: kultura varnosti, zdravstveni delavci, neželeni dogodek, bolnišnica

SUMMARY

Background: Ensuring quality and safe health care is a priority for healthcare organizations. Establishing a culture of safety is essential in this regard. Safety lapses can leave lasting consequences for patients and for the healthcare workers involved, who are referred to as second victims of safety lapses.

Goals: The primary aim of the master's thesis is to investigate the emotions experienced by healthcare workers in a tertiary institution after a safety lapse, their coping mechanisms, required assistance, and the post-incident support provided.

Methods: Mixed research methods were utilized. In the quantitative part of the study, a structured questionnaire evaluating hospital safety culture and assistance received was distributed to 173 healthcare workers. Employees who hadn't been involved in a safety incident within the past year were excluded from the analyses of specific questions. Additionally, 8 healthcare workers participated in a qualitative study through individual interviews, employing the qualitative content analysis method.

Results: Healthcare workers who are more familiar with safety culture are more likely to report safety lapses ($p = 0.001$, $r = 0.361$). Education ($p = 0.575$) and length of service ($p = 0.257$) do not influence the success of adjustment after a safety lapse. Assistance from colleagues following a safety lapse reduces psychological ($p = 0.003$, $r = 0.259$) and physical distress ($p = 0.001$, $r = 0.481$). No statistically significant associations were found with the analysis of assistance from direct supervisors ($p = 0.718$, $r = 0.032$) and tertiary institutions ($p = 0.386$, $r = -0.079$).

Discussion: The findings indicate a good understanding of safety culture in the tertiary institution and awareness of the importance of assistance from colleagues and healthcare organizations. To prevent or mitigate the consequences for second victims of safety lapses, awareness of the types of assistance available within the institution and the involvement of appropriate experts is recommended.

Keywords: safety culture, healthcare workers, adverse event, hospital

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
2.1	ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V ZDRAVSTVU	4
2.2	KULTURA VARNOSTI V KLINIČNEM OKOLJU.....	5
2.3	VARNOSTNI ODKLONI	9
2.4	POROČANJE VARNOSTNIH ODKLONOV	11
2.5	ŽRTVE VARNOSTNIH ODKLONOV	13
2.5.1	Sindrom druge žrtve	14
2.5.2	Pomoč drugi žrtvi	16
3	EMPIRIČNI DEL.....	19
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA/RAZISKOVALNE HIPOTEZE	19
3.3	METODE RAZISKOVANJA.....	20
3.3.1	Dizajn raziskave	20
3.3.2	Instrument raziskave.....	22
3.3.3	Udeleženci raziskave	24
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	26
3.3.5	Obdelave podatkov	27
3.4	REZULTATI.....	29
3.4.1	Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah.....	29
3.4.2	Preverjanje hipotez	36
3.4.3	Kvalitativna raziskava	42
3.5	RAZPRAVA	46
3.5.1	Omejitve raziskave	59
4	ZAKLJUČEK	60
5	LITERATURA	62
6	PRILOGE	
6.1	MERSKI INSTRUMENT	
6.2	MERSKI INSTRUMENT 2	
6.2.1	Vodilo za intervju	

KAZALO SLIK

Slika 1: Model varnostne kulture.....	7
Slika 2: Model švicarskega sira zdravstvenih napak.....	11

KAZALO TABEL

Tabela 1: Vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa.....	23
Tabela 2: Socio-demografske značilnosti anketirancev v kvantitativni raziskavi.....	25
Tabela 3: Demografski podatki intervjuvancev v kvalitativni raziskavi.....	26
Tabela 4: Trditve anketirancev glede ocene kulture varnosti.....	29
Tabela 5: Trditve anketirancev glede poročanja varnostnih odklonov.....	30
Tabela 6: Frekvenčna porazdelitev dveh trditvev iz vsebinskega sklopa »Trditve anketirancev glede poročanja varnostnih odklonov«	30
Tabela 7: Trditve anketirancev glede prisotnosti psihološke stiske	31
Tabela 8: Trditve anketirancev glede prisotnosti fizične stiske	31
Tabela 9: Trditve anketirancev glede podpore sodelavcev	32
Tabela 10: Mnenje anketirancev o zagotavljanju podpore nadrejenih	32
Tabela 11: Trditve anketirancev glede podpore organizacije.....	33
Tabela 12: Trditve anketirancev glede strokovne samoučinkovitosti	33
Tabela 13: Trditve anketirancev glede razmišljanja o zamenjavi delovnega mesta.....	34
Tabela 14: Trditve anketirancev glede prisotnosti absentizma	34
Tabela 15: Trditve anketirancev glede rezultatov uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu	35
Tabela 16: Trditve anketirancev glede zaželenosti podpore drugi žrtvi.....	35
Tabela 17: Povezanost med poznavanjem kulture varnosti in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov zdravstvenih delavcev v terciarni zdravstveni ustanovi.....	36
Tabela 18: Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu v povezavi z daljšo delovno dobo.....	37
Tabela 19: Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s stopnjo izobrazbe	38

Tabela 20: Strokovna samoučinkovitost v povezavi z razmišljanjem o zamenjavi delovnega mesta	38
Tabela 21: Nastanek psihološke stiske po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije	40
Tabela 22: Nastanek fizične stiske po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije	41
Tabela 23: Povezanost med psihološkim in fizičnim doživljanjem stisk zdravstvenih delavcev in strokovno pomočjo terciarne zdravstvene ustanove.....	42
Tabela 24: Občutki zdravstvenih delavcev ob soočenju z varnostnim odklonom	43
Tabela 25: Počutje zdravstvenih delavcev ob soočenju z varnostnim odklonom	44
Tabela 26: Pričakovana pomoč zdravstvenih delavcev, vpletenih v varnostni odklon..	45
Tabela 27: Vrsta prejete pomoči zdravstvenih delavcev ob nastanku varnostnega odklona	46

SEZNAM KRAJŠAV

AACI	American Accreditation Commission International
SPSS	Statistical Package for Social Sciences oziroma slovensko Statistični program za družboslovne znanosti
SVEST	Second Victim Experience and Support Tool
SVEST-R	Second Victim Experience and Support Tool-Revised
WHO	World Health Organization
ZDA	Združene države Amerike

1 UVOD

V kliničnem okolju se na področju varnosti pacientov in sistema kakovosti nekateri avtorji (Guttman, et al., 2021; Torres, et al., 2022) zgledujejo po letalski industriji, za katero sta značilna sistemski in procesni način dela ter visoka raven zagotavljanja varnosti. Zarbo (2022) navaja, da v današnjem svetu zdravstvena obravnava pacientov postaja vedno višja prioriteta, zato se pojavljajo težnje po sistematičnem pristopu k zagotavljanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave. Z namenom nenehnega izboljševanja kakovosti in zagotavljanja varnosti ter hkrati obvladovanja vseh procesov so se izoblikovali nekateri sistemi in orodja, ki so na tem področju v pomoč. Po navedbi Fadda (2018) se kakovost zdravstvene obravnave običajno meri po zadovoljstvu pacienta, torej boljša je zdravstvena obravnava bolj so pacienti zadovoljni. Vendar je kakovost zdravstvene obravnave veliko več kot le zadovoljstvo pacienta in izvedba intervencije zdravstvene obravnave. Kakovost nas pravzaprav spodbuja k merjenju in nenehnemu izboljševanju prakse zdravstvene obravnave ter sistema varnosti (MacGillivray, 2020). Po Donabedianovi klasifikaciji lahko kakovost ocenjujemo s pomočjo treh glavnih komponent: strukture, procesa in rezultatov. Struktura je povezana s fizičnim okoljem, vključno z gradbeno zasnovo, tehnologijo, opremo in številom ter strukturo kadra. Povezana je tudi s kompetencami in poklicnimi kvalifikacijami zdravstvenih delavcev. Struktura se nanaša tudi na organizacijske dejavnike, ki definirajo zdravstveni sistem znotraj bolnišnice. Proces je povezan z zagotavljanjem učinkovitosti zdravstvenega varstva, z upoštevanjem varnosti pacientov, vključevanjem nadzora nad okužbami v povezavi z zdravstvom, zmanjšanjem napak in rezultati zdravstvene obravnave v zdravstveni oskrbi (Rodziewicz, et al., 2023).

Področje kulture varnosti pacientov je ključni in sestavni del sistema kakovosti in je osnova zdravstvene politike stalnega izboljševanja kakovosti. Varnost pacientov je prvi pogoj za kakovost zdravstvene obravnave in oskrbe (Kramar, 2022). Kulturo varnosti tvorijo izogibanje, preprečevanje in izboljšanje škodljivih izidov ali poškodb, ki izhajajo iz procesa zdravstvene obravnave in oskrbe, oziroma prepoznavanje, poročanje napak in oblikovanje ustreznih ukrepov, da se naslednjič napake ne ponovijo. Varnostni odklon pri pacientu je dogodek, ki nastane nenamerno in nepričakovano, je že ali bi lahko povzročil

škodo pacientu v okviru zdravstvene oskrbe in največkrat ni posledica bolezenskega stanja. Nastane lahko s storitvijo ali opustitvijo (npr. padec pacienta, okužba v času zdravstvene obravnave, zamenjava zdravil, izguba zdravstvene dokumentacije, neustrezna obravnava, uničenje vzorca krvi zaradi poškodbe epruvete pri padcu na tla itd.). Varnostne odklone moramo razlikovati od zapleta zdravljenja, ki pomeni nenameren in neželen izid zdravljenja že prisotne bolezni. V določenih okoliščinah se ga ne da preprečiti (Kramar, 2022; Rodziewicz, et al., 2023). S poročanjem varnostnih odklonov lahko veliko pripomoremo k zagotavljanju varne zdravstvene obravnave. Pomembno je, da imajo klinična okolja postavljen sistem poročanja, ki ne sme biti kaznovalnega značaja, ampak mora zaposlenemu nuditi ustrezno podporo ob takšnih dogodkih. Na osnovi tega lahko oblikujemo skrbno delovno okolje, kjer bodo zaposleni poročali o varnostnih odklonih in sodelovali pri analizi vzrokov ter vzpostavljanju ukrepov za preprečitev, da bi se takšni dogodki ponovili (Škrab & Mlinar, 2021).

Zaznavanje kulture varnosti pacientov v kliničnem okolju je izredno pomembno. Bardossy, et al. (2016) so ugotovili, da je pri letno opravljenih 421 milijonih hospitalizacij po vsem svetu 42,7 milijona takšnih pacientov, ki so izpostavljeni ali povezani z različnimi varnostnimi odkloni v zdravstvenem sistemu. Prav tako tudi Evropska komisija (European Commission, 2014) ocenjuje, da se pri približno 8–12 % pacientov pojavijo varnostni odkloni med bivanjem v kliničnem okolju. Okužbe, povezane z zdravstvom, predstavljajo približno 25 % škodljivih dogodkov, sledijo varnostni odkloni, ki so povezani z zdravili, kirurške napake, padci, nepravilnosti pri medicinskih pripomočkih, napake, povezane z diagnozo pacienta ter nepravilna obravnava glede na izid preiskav. Ocenjeno je, da ima približno 4,1 milijona pacientov na letni ravni v Evropski uniji izkušnjo z okužbo, povezano z zdravstveno obravnavo, približno 37.000 jih tudi umre (Resolucija Evropskega parlamenta z dne 13. septembra 2018 o Evropskem akcijskem načrtu eno zdravje zoper odpornost proti antimikrobikom, 2018).

Varnostni odkloni pa ne škodujejo samo pacientu ali njihovim svojcem, ki jih imenujemo prva žrtev, ampak lahko pustijo posledice tudi pri zaposlenih, vpletenih v varnostni odklon. Te osebe stroka poimenuje druga žrtev ter doživljajo psihološke in fizične stiske (Ozeke, et al., 2019). Drugih žrtev je v zdravstvenem sistemu vedno več, zato bi morale

organizacije več pozornosti nameniti pomoči zaposlenim za okrevanje po varnostnih odklonih (Shuangjiang, et al., 2022). Obstajajo nekatere oblike pomoči, kot na primer psihološka podpora, ki jo zdravstveni delavci opisujejo za učinkovito, med učinkovitejše pa spada tudi možnost pogovora s sodelavcem (Huang, et al., 2022).

Dolžnost zdravstvenih delavcev je zagotoviti čim večjo varnost za paciente, vendar se moramo zavedati, da tudi izvajalci zdravstvene obravnave lahko postanejo druge žrtve, zato je izjemno pomemben odziv okolice, tako sodelavcev kot vodstva, v smislu zagotavljanja pomoči drugi žrtvi. Obenem sta potrebni večja ozaveščenost in usposobljenost zaposlenih v zdravstvu za pravilno ukrepanje v primeru odklonov od pričakovanega (Mohd Kamaruzaman, et al., 2022).

Na osnovi pridobljenih spoznanj se bomo osredotočili na podrobnejšo analizo intervencij, ki spodbujajo kulturo varnosti, poročanje zaposlenih o varnostnih odklonih in zagotavljajo ustrezno pomoč zaposlenim v zdravstvu, ki jo potrebujejo ob takšnih dogodkih.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI V ZDRAVSTVU

Zdravstveno varstvo je kompleksna storitvena dejavnost, ki deluje 24 ur na dan. Deluje v stalno spreminjajočem se okolju, kar posledično pomeni tudi stalno spreminjanje načina dela in prilagajanje zdravstvenih delavcev. Na osnovi tega se spreminjata tudi kakovost in varnost zdravstvene obravnave (Kramar, 2022). Zagotavljanje kakovosti in varnosti je ključna pomena v zdravstvu, z nenehno težnjo po stalnem izboljševanju. Varnost v zdravstvu je pomemben element kakovosti. Nanaša se na odsotnost kakršnih koli posledic za paciente, zaposlene in druge zaradi varnostnih odklonov. V Sloveniji preiskovanje varnostnih incidentov ni sistematično urejeno. Trenutno obstaja več mehanizmov za merjenje, preverjanje in nadzorovanje kakovosti, kot so sistem pritožb po Zakonu o pacientovih pravicah, sistem nadzorov na osnovi Zakona o zdravstveni dejavnosti ter postopki akreditacije in certificiranja. Tako se pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti za zagotavljanje zakonitosti, strokovnosti, kakovosti in varnosti dela opravljajo različne vrste nadzora, in sicer notranji nadzor, strokovni nadzor s svetovanjem, upravni nadzor, sistemski nadzor, nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije nad izpolnjevanjem pogodb z izvajalci zdravstvene dejavnosti in inšpekcijski nadzor (Ministrstvo za zdravje, 2022). Zagotavljanje varnosti pacientov je dolžnost vsakega zdravstvenega delavca in hkrati cilj zdravstvenih organizacij. Zaradi narave dela imajo medicinske sestre ključno vlogo pri ohranjanju in spodbujanju varnosti pacientov (Diz & Lucas, 2022).

Varnost je ena od šestih načel nacionalnih usmeritev za razvoj kakovosti. Bistvo načela varnosti je zmanjševanje napak med diagnostičnimi postopki, zdravljenjem, zdravstveno nego, rehabilitacijo, preventivo in krepitvijo zdravja. Gre za preprečevanje zdravstvene škode pacientu zaradi napak v zdravstveni obravnavi, ki naj bi mu pomagala (Rozman, et al., 2019). Za vzpostavitev varnosti v zdravstvu je odgovornih veliko več deležnikov tega sistema, kot so načrtovalci, izobraževalci, plačniki, raziskovalci, zdravstvene organizacije, zdravstveni strokovnjaki, drugo osebje in pacienti sami. Vsak je seveda odgovoren v svojem deležu in le tako se lahko uvedejo spremembe, ki bodo pripomogle

k izboljševanju varnosti pacientov, ker je občutek varnosti ena največjih potreb pacientov (Robida, 2018a).

Zagotavljanje varnosti pacientov, profesionalno in strokovno izvajanje vseh aktivnosti in intervencij, dobra komunikacija ter izboljševanje delovnih pogojev morajo biti del vsake zdravstvene obravnave. Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da mora biti varna zdravstvena obravnava pacientov prioriteta vsakega vodstva bolnišnic in zdravstvenega sistema (World Health Organization (WHO), 2016). Varnost pacienta je predvsem usmerjena v prepoznavanje in poročanje napak, analiziranje in ukrepanje, izogibanje, preprečevanje in izboljševanje posledic varnostnih odklonov. Zato je zagotavljanje varnosti eden najpomembnejših izzivov današnjega časa (Brasaitte, et al., 2016). Do varnostnih odklonov pride zaradi neustrezne zdravstvene obravnave pacienta (Liukka, et al., 2020). Milijone ljudi po svetu trpi za posledicami varnostnih odklonov, ki se kažejo kot invalidnost, poškodbe ali celo smrt (Al Lawati, et al., 2019).

Varnost pomeni, da preprečimo dejavnike, ki bi povečali možnost poškodbe ali celo povzročili smrt. Z zagotavljanjem varnosti pacientov zmanjšamo zdravstvene napake, povečamo zanesljivost ter zagotovimo čim bolj varen zdravstveni sistem, s katerim se povečuje tudi kakovost zdravstvenih obravnav (Marx, 2019; Vaismoradi, et al., 2020). K preprečevanju napak in izboljšanju varnosti zdravstvene obravnave bistveno pripomore dobro razvita kultura varnosti (Rodziewicz, et al., 2023).

Predpostavke o tem, kdaj je pacient varen, so pri nas pogosto napačne, zastarele in škodljive, zato so nujne spremembe, da se vzpostavi pravična kultura in z njo večja varnost pacientov ter zaposlenih v zdravstvu (Robida, 2018b).

2.2 KULTURA VARNOSTI V KLINIČNEM OKOLJU

Kramar (2022) trdi, da v kulturi varnosti vsak zdravstveni delavec ve, da prispeva k možnosti nastanka napake. Za kulturo varnosti je značilno, da je vzpostavljeno vzdušje, kjer zdravstveni strokovnjaki poročajo o teh napakah in tudi poiščejo ustrezne ukrepe. To vodi v stalno izboljševanje kakovosti in varnosti ter učinkovito obvladovanje napak. Gre

za ustvarjanje pravične kulture in kulture 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 (Robida, 2018b).

Kulturo varnosti sestavljajo naslednji elementi:

- kultura prožnosti,
- kultura pravičnosti,
- kultura informiranja,
- kultura učenja in
- kultura sporočanja (Lubi & Roj, 2019).

Kultura pravičnosti zahteva nepristransko metodo presojanja človeških napak in je zasnovana tako, da razvije zaupanje v organizacijo, da se varnostni odkloni poročajo in popravijo, preden se združijo z drugimi in povzročijo poškodbe ali celo smrt. Da bi pravilno uvedli kulturo pravičnosti in tako povečali organizacijsko varnost, morajo izvajalci razumeti njeno vlogo pri omogočanju poročanja o napakah (Marx, 2019).

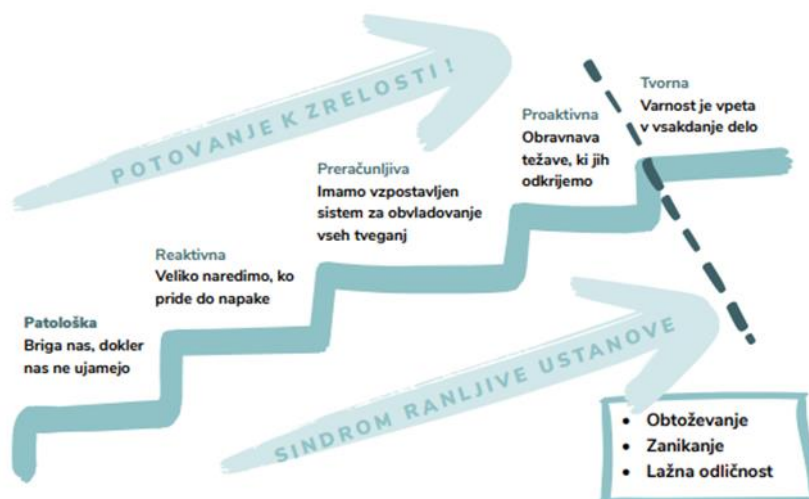
Kultura poročanja temelji na dejanskem izvajanju procesa poročanja in obvladovanju napak v zdravstvenih in socialnovarstvenih zavodih. Ob tem še vedno pogosto naletimo na ovire, kot so strah zaposlenih, pomanjkanje povratnih informacij o izvedbi ukrepov glede na napako, posredovanje celotnega poročila o napakah in občutek zaposlenih, da ni vidnih sistemskih sprememb (Kramar, 2022).

Pri kulturi učenja iz napak imata pomembno vlogo izobraževanje in usposabljanje zaposlenih. Zaposlene je treba opolnomočiti in motivirati za sodelovanje pri sistemskih spremembah. V današnjem času še vedno primanjkuje preventivnih ukrepov in prepoznavanja tveganj za nastanek varnostnega odklona. Po podatkih British Medical Journal so zdravniške napake na 3. mestu najpogostejših vzrokov smrti v ZDA. Raziskave kažejo, da je vzrok za varnostne odklone predvsem izgorelost zdravstvenega osebja zaradi prevelikega števila birokratskih nalog. Preprečevanje varnostnih odklonov bi moralo postati del kulture razmišljanja v zdravstvu, saj le s pomočjo prepoznavanj potencialnih tveganj in z evidentiranjem dejanskih napak lahko predvidimo in preprečimo posledice

ter tako zmanjšamo škodo za pacienta in znižamo stroške v zdravstvu (Dotan & Koski, 2017).

V slovenskem prostoru je še vedno prisotna metoda obtoževanja in iskanja krivde posameznih zdravstvenih delavcev. Gre za neučinkovit sistem obvladovanja varnostnih odklonov. Učinkoviti sistemi so tisti, ki se osredotočajo na sisteme z napakami, ne pa na posameznega zdravstvenega delavca (Robida, 2012 cited in Kramar, 2022, p. 50).

Pogoj za preprečevanje napak je dobra kultura varnosti, ki si je želi vsaka organizacija (Camacho-Rodríguez, et al., 2022). Kultura varnosti pacientov je v tesni povezavi s kulturo organizacije in je plod evolucijskega razvoja, ki poteka od stopnje nevarnega do stopnje varnega. Kultura varnosti je koncept, ki opisuje, kako dobri odnosi med zdravstvenimi delavci, njihovimi sodelavci in nadrejenimi, njihova stališča, postopki in praksa vplivajo na nižjo pojavnost varnostnih odklonov (Klemenc Ketiš, et al., 2017). Za posamezno organizacijo lahko trdimo, da ima vpeljšano kulturo varnosti in jo opisuje v petih razvojnih fazah, ki si sledijo od patološke, reaktivne, preračunljive, proaktivne do tvorne faze (slika 1) (Kramar, 2022).



Slika 1: Model varnostne kulture

(Kramar, 2022)

Vzpostavitev in izvajanje kulture varnosti sta pomembna ukrepa pri zmanjševanju varnostnih odklonov, ki naj bi bila standardni del v zdravstvenem sistemu vsakega

kliničnega okolja (American Accreditation Commission International (AACI), 2018; Camacho-Rodríguez, et al., 2022). Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov. Zajema razumevanje vrednot, prepričanij in standardov v zvezi s tem, kaj je pomembno v organizaciji. Prvi pogoj pa je, da ustanova pripravi strategijo in program varnosti pacientov, ki je zaposlenim vodilo za poročanje in ukrepanje ob takšnih dogodkih (Robida, 2018b; Guttman, et al., 2021). Azyabi, et al. (2022) navajajo, da delovno mesto zdravstvenih delavcev in geografska regija vplivata na kulturo varnosti, splošno dožemanje varnosti pacientov ter pogostost poročanja in preprečevanja varnostnih odklonov, večinoma v bolnišničnih okoljih.

Področje vzpostavljanja kulture varnosti predvsem v okoljih socialnega varstva ostaja veliko manj razvito kot v kliničnem okolju (Gartshore, et al., 2017).

K vzpostavitvi kulture varnosti pripomorejo tudi orodja za zagotavljanje varnosti: varnostni pogovor, varnostne vizite, vzročno-posledična analiza, morbiditetna in mortalitetna konferenca, preventivni in korektivni ukrepi in analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajočih dejavnikov. Z njimi se ugotavljajo tveganja za nastanek varnostnih odklonov, sistemske nepravilnosti in ukrepi, s katerimi se lahko prepreči ponovitev enakih ali podobnih varnostnih odklonov (Kadivec, 2019b; Kramar, 2022). Varnostni pogovori so za zaposlene ena izmed boljših priložnosti, da se pogovarjajo in iščejo rešitve za nastale varnostne odklone. Vse to pa mora biti prostovoljne narave v sproščenem okolju, ki zaposlenim omogoča odprte pogovore z namenom iskanja rešitev, da se v prihodnje takšni dogodki ne ponovijo (Kadivec, 2019a). Abdulla, et al. (2023) v prispevku opisujejo močne elemente kulture varnosti: timsko delo v enoti, učenje in nenehno izboljševanje kakovosti. Kot šibke dimenzije pa navajajo nekaznovalni odziv na napake, kadrovanje in timsko delo med enotami. Pozitivna kultura varnosti pacientov ima pomembno vlogo pri učinkovitosti zdravstvenih delavcev. Poleg tega sta razumevanje in dožemanje zdravstvenih delavcev kulture varnosti pacientov in učinkovitih dejavnikov varnosti pacientov prvi korak k izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave (Azyabi, et al., 2022).

Kulturo varnosti, odporno na napake, je mogoče doseči le s proaktivnim kliničnim obvladovanjem tveganja. Dolgoročno je to mogoče doseči le tako, da pozitivno vplivamo na kulturo varnosti in s tem na stališča ter motive vseh zaposlenih. Obvladovanje kliničnega tveganja se mora osredotočiti na preprečevanje tako imenovanih opozorilnih dogodkov na eni strani in na zmanjšanje pogostih zapletov, ki se jim je mogoče izogniti, na drugi strani. S tem ne izboljšamo le varnosti pacientov, ampak tudi zaščitimo zaposlene pred negativnimi posledicami (Euteneier, 2020).

Zaposleni se morajo zavedati, kako lahko pripomorejo, da ne pride do napak. Učenje in nenehno izboljševanje, podpora vodstva bolnišnice, pričakovanja nadrejenega/vodje, dobra komunikacija med timom in o napakah, povratne informacije in timsko delo ter predaja službe v bolnišnici so glavni napovedovalci kulture varnosti pacientov (Vaismoradi, et al., 2020). Pomembno je, da zaposleni poznajo sistem ustanove glede poročanja in analiziranja varnostnih odklonov. Tveganja v zdravstvenem sistemu so sestavni del našega vsakdana ne glede na to, ali na nekatere dejavnike želimo vplivati. Pri oceni tveganja vedno ločimo dve komponenti, in sicer verjetnost, da do nekega dogodka ali okoliščine pride in vpliv, če do tega dogodka oziroma okoliščine pride. Upravljanje s tveganji se lahko opredeli kot zmanjševanje vplivov tveganj. Uspešno in učinkovito obvladovanje tveganj temelji na prepoznavi in opisu tveganja, ki vsebuje vzroke za nastanek, posledice in raven tveganja. Pri vsakem tveganju moramo opredeliti korektivne ukrepe, časovnico in odgovorno osebo, določiti moramo tudi način preverjanja ustreznosti in učinkovitosti ukrepov (Liu, et al., 2020; Kramar, 2022).

2.3 VARNOSTNI ODKLONI

Varnostni odklon je vsako odstopanje v zdravstveni obravnavi pacienta, ki je ali bi lahko pri pacientu škodoval in povzročil posledice na zdravje in vzrok za nastanek ni bolezensko stanje. Varnostni odklon pa lahko povzroči posledice tudi zaposlenim in svojcem pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2022). Varnostni odklon je izkušnja, ki pri posamezniku pusti trajen pečat ali celo spremeni življenje, ne glede na spol, poklic in delovno dobo (McDaniel & Morris, 2020). Varnost pacientov lahko izboljšamo s prepoznavanjem varnostnih odklonov, pogovorom in hkrati s poučevanjem o varnostnih

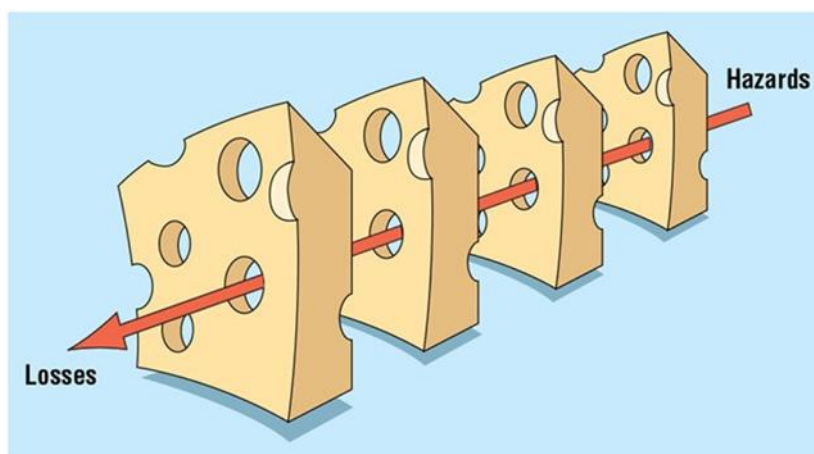
odklonih in prizadevanjem za njihovo preprečevanje (Rodziewicz, et al., 2023). Zdravstveni delavci pogosto delajo v stresnih delovnih okoljih, v katerih nastajajo neželeni varnostni odkloni, ki so včasih neizogibni. Z natančno in visoko disciplinirano delovno etiko je mogoče pojavnost varnostnih odklonov pacientov zmanjšati, vendar se jim ni mogoče povsem izogniti. Pomembno je, da odkrijemo vzrok za nastanek in v nadaljevanju zagotovimo izvedljivo rešitev, ki zmanjšuje možnost ponavljajočih se dogodkov (Mohd Kamaruzaman, et al., 2022; Rodziewicz, et al., 2023). Schwendimann, et al. (2018) navajajo, da je na svetovni ravni v času zdravstvene obravnave približno 10 % pacientov deležnih vsaj enega varnostnega odklona. V Združenih državah Amerike letno zaradi posledic varnostnih odklonov umre več kot 250.000 pacientov (Skelly, et al., 2023). Stopnja pojavnosti varnostnih odklonov v Združenem kraljestvu med letoma 1990 in 2013 pa je bila od 175 do 176 odklonov na 100.000 hospitaliziranih moških in od 173 do 174 primerov na 10.000 hospitaliziranih žensk (Lunevicius & Haagsma, 2018). Pooperativne okužbe in druge okužbe, povezane z zdravstvom so med najpogostejšimi varnostnimi odkloni, ki povzročajo škodo pacientom. Varnostni odkloni ostajajo tretji najpogostejši vzrok smrti v bolnišnicah, takoj za boleznimi srca in rakom, vendar se o njih še vedno premalo poroča (Haque, et al., 2018; Falcone, et al., 2022). Na sam vrh pa sodijo varnostni odkloni, ki so povezani z zdravili (Beger, et al., 2023). Aljuaid, et al. (2021) ugotavljajo, da so vzroki za najpogostejše napake pri zdravljenju z zdravili nočno delo, premalo delovnih izkušenj, premalo usposabljanja na delovnem mestu in motnje zdravstvenih delavcev pri pripravi in aplikaciji zdravil.

Reason je leta 1990 na modelu švicarskega sira (slika 2) prikazal možnosti tveganja za napake. Vsako luknjo v rezini sira primerja s prikrito, neaktivno sistemsko napako. Torej poznamo aktivne napake, ki so dejanja, ki niso varna in jih storijo tisti, ki so v neposrednem stiku s sistemom ali procesom. Druga vrsta so latentne napake, ki so vrzeli v varovalih in so ustvarjene nezavedno, so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulacijskih teles in managerjev v sistemu (Vernaz, et al., 2020; Rodziewicz, et al., 2023). Vsaka rezina sira predstavlja zaščito, ki preprečuje napake. Pri modelu švicarskega sira se morajo luknje pokriti, sicer pride do varnostnega odklona. Podobno kot požarni zidovi in protivirusni programi tudi model švicarskega sira običajno omogoča sprejem

razumnih odločitev, blokira ali preprečuje pa nezdrave odločitve (Wiegmann, et al., 2022).

Posebna kategorija so opozorilni nevarni dogodki, kar je kateri koli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje trajne izgube telesne ali duševne funkcije in ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Izvajalci zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh morajo obvezno anonimizirano poročati o sedmih vrstah najhujših opozorilnih nevarnih dogodkov, ki so: nepričakovana smrt pacienta, večja stalna izguba telesne funkcije pacienta, samomor pacienta v zdravstveni ustanovi, zamenjava novorojenčka, hemolitična transfuzijska reakcija po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin, kirurški poseg na napačnem pacientu ali napačnem delu telesa in sum kaznivega dejanja (Ministrstvo za zdravje, 2022).

Skorajšnja napaka je dogodek, pri kateri škoda za pacienta ne nastane, saj je bila napaka ugotovljena pravočasno (Robida, 2018a; Kramar, 2022).



Slika 2: Model švicarskega sira zdravstvenih napak

(Reason, 2000)

2.4 POROČANJE VARNOSTNIH ODKLONOV

Poročanje o varnostnih odklonih v zdravstveni obravnavi je pomemben del varnostnega programa, ki temelji na internem in nacionalnem sistemu sporočanja, spremljanja in učenja iz odklonov in tveganj v zdravstvu (Wiegmann, et al., 2022). Poročanje varnostnih

odklonov je ključnega pomena za zagotavljanje varne zdravstvene obravnave pacientov. Le na osnovi poročanja lahko primerno ukrepamo in izvedemo izboljšave (Hessels, et al., 2019). Za ukrepanje po nastalih varnostnih odklonih primanjkuje celovitih modelov, ki bi razjasnili pojav odklona in nakazali možnosti obvladovanja varnostnih odklonov (Vaismoradi, et al., 2020).

Najpomembnejši korak k premagovanju ovir, ki zdravstvenim delavcem preprečujejo poročanje o varnostnih odklonih, bi bil razvoj delovnega okolja za poročanje, v katerem bi zdravstveni delavci lahko prosto in brez strahu poročali o varnostnih odklonih in vzrokih, ki so privedli do njihovega nastanka (Mansouri, et al., 2019). Večina zdravstvenih delavcev je skrbna in nikoli ne želi namerno poškodovati drugega. Ko pride do napake, se morajo zdravstveni delavci spomniti, da ena napaka ne sme pustiti posledic na njihovem kariernem razvoju (Robertson & Long, 2018). Zdravstveni delavci velikokrat ne poročajo o varnostnih odklonih zaradi občutka krivde, možnosti kaznovalnih ukrepov, izgube poklicnega ugleda, nezmožnosti napredovanja, nesporočene povratne informacije glede reševanja varnostnega odklona, lahko pa tudi zaradi neznanja in premalo strokovnih izkušenj (Asgarian, et al., 2020; McDaniel & Morris, 2020). Alsulami, et al. (2019) ugotavljajo, da imajo zdravstveni delavci sicer dovolj znanja za poročanje varnostnih odklonov, a je kljub temu poročanje neredno. Medicinske sestre veliko več poročajo o teh dogodkih kot zdravniki. Slednji kot vzrok navajajo premalo znanja za poročanje in strah pred občutkom krivde. Avtorji (Hong & Li., 2017; Asgarian, et al., 2020) poročajo, da bi bilo treba pridobivanje znanja s tega področja vključiti že v učne načrte izobraževalnih programov. Prav tako Zhao, et al. (2022) ugotavljajo, da so medicinske sestre v terciarnih bolnišnicah bolj naklonjene poročanju o varnostnih odklonih. Večja kot je ozaveščenost o poročanju o varnostnih odklonih ali manj kot je zaznanih ovir za poročanje, močnejša je namera medicinskih sester, da poročajo. Vodstva bolnišnic bi morala izvajati izobraževanje in usposabljanje vseh zdravstvenih delavcev o kulturi varnosti pacientov, da bi povečali njihovo ozaveščenost o prepoznavanju ter poročanju in zmanjšali zaznane ovire pri poročanju ter izboljšali njihovo kulturo poročanja o varnostnih odklonih. Hkrati bi morale imeti zdravstvene ustanove vzpostavljeno strategijo za poročanje in reševanje varnostnih odklonov, ker medicinske sestre navajajo, da so dosti bolj sproščene po poročanju varnostnih odklonov in na osnovi

tega lažje iščejo ter izvajajo preventivne in korektivne ukrepe z namenom preprečevanja ponovitve varnostnega odklona ali preprečitve nadaljnjih zapletov (Zupanc, et al., 2018; Lv, et al., 2022). Ministrstvo za zdravje stremi k nacionalnemu poročanju sedmih vrst najhujših opozorilnih nevarnih dogodkov, zato so bila za zdravstvene delavce izdana navodila za sporočanje opozorilnih nevarnih dogodkov. Teh sedem vrst najhujših opozorilnih nevarnih dogodkov se sporoča na nacionalni ravni (Ministrstvo za zdravje, 2022).

2.5 ŽRTVE VARNOSTNIH ODKLONOV

Identificiramo lahko tri vrste žrtev varnostnih odklonov, povezanih s pacientom. Med prve žrtve sodijo pacienti in njihove družine, med druge žrtve spadajo zdravstveni delavci, ki so bili vpleteni v varnostnem odklonu in doživljajo stiske na čustvenem, kognitivnem ter vedenjskem področju, v tretjo pa zdravstvene organizacije, v katerih pride do varnostnega odklona (Vanhaecht, et al., 2022). Tudi ustanova sama lahko trpi ugled, pogosto pa utрпи celo finančno škodo (Ozeke, et al., 2019). Tretje žrtve doživijo psihosocialno škodo in niso neposredno vpletene v varnostni odklon. Navadno se to zgodi v okviru vodenja na srednji ravni, saj je neposredno odgovorna za zaposlene in paciente, psihosocialna škoda pa nastane predvsem zaradi sodelovanja pri dejavnostih izboljšanja varnostne kulture (Holden & Card, 2019). Praksa kliničnih okolij pogosto kaže na premajhno pozornost pomoči potrebnim zdravstvenim delavcem in nerazumevanje ob nastanku teh dogodkov. Imeti bi morali več podpore ostalih zaposlenih in vodstva (Robertson & Long., 2018; Choi, et al., 2022).

Izraz »druga žrtev« je leta 2000 predstavil Wu, ki pravi, da so to vsi strokovnjaki, izvajalci zdravstvenih storitev, ki so vpleteni v varnostni odklon pacienta, zdravniško napako ali s pacientom povezano poškodbo, ki je bila nepričakovana in jih spremeni v žrtev. Čeprav gre za razmeroma nov opisani problem, je to v zadnjih letih vzbudilo veliko zanimanja (Santana-Domínguez, et al., 2021).

Kljub pogostosti pojava sindroma druge žrtve je še vedno premalo poznan. Vpliv pojava je heterogen in se spreminja na osnovi izkušenj in odgovornosti (Magaldi, et al., 2021).

Obstaja nekaj orodij za prepoznavanje in podporo drugi žrtvi. Eden od teh je tudi vprašalnik Second Victim Experience and Support Tool-Revised (SVEST-R), ki je ključno in svetovno priznано orodje za ocenjevanje pojava druge žrtve v zdravstvenih ustanovah (Mohd Kamaruzaman, et al., 2022).

Raziskave kažejo, da bo polovica vseh zdravstvenih delavcev vsaj enkrat v svoji karieri utrpela pojav druge žrtve (White & Delacroix, 2020). Med najbolj izpostavljenimi zdravstvenimi delavci, ki imajo veliko verjetnost, da bodo travmatizirani zaradi sindroma druge žrtve, so tisti, ki so zaposleni na oddelkih za intenzivno nego in terapijo. Izpostavljeni so namreč številnim težkim in zapletenim situacijam (Ganahl, et al., 2022).

Pacient ob nastanku varnostnega odklona običajno dobi ustrezno pomoč oziroma podporo, medtem ko so zdravstveni delavci v večini primerov prepuščeni sami sebi (Marran, 2019). Etična dolžnost vseh, ki delajo v zdravstvu, je, da podprejo žrtve varnostnih odklonov ter hkrati zagotavljajo podporno kulturo okolja, v katerem pride do takšnih situacij (Coughlan, et al., 2017). Zdravstvene ustanove so zaradi prepoznave vseh treh žrtev začele spreminjati paradigmo od krivde k pravičnosti, imenovano »kultura pravičnosti«. »Kultura pravičnosti« bolje zagotavlja uravnotežen, odgovoren pristop tako za zdravstvene izvajalce, ki storijo napako kot za zdravstvene organizacije, v katerih opravljajo dejavnost in preusmerja fokus na oblikovanje izboljšanih sistemov na delovnem mestu (White & Delacroix, 2020).

2.5.1 Sindrom druge žrtve

Van der Velden, et al. (2020) ugotavljajo, da varnostni odkloni povzročajo fizične in psihološke stiske, ker zdravstveni delavci niso bili deležni ustrezne podpore. Če simptomi niso odpravljani, se lahko pokažejo večje posledice pri posamezniku, kar vodi v manjšo klinično učinkovitost (Hauk, 2018a). Ti učinki so opisani kot psihološki, fizični, vedenjski in kognitivni. Žrtve doživljajo različne simptome, vključno z žalostjo, težavami s koncentracijo, pomanjkanjem angažiranosti, depresijo, tesnobo in celo samomorilnostjo ter posttravmatsko stresno motnjo (Hauk, 2018b). Zaposleni se po dogodku lahko soočajo z znižano samozavestjo pri opravljanju dela, ob čemer prihaja do različnih dojemanj

strokovne samoučinkovitosti, ki predstavlja prepričanja o njihovih lastnih sposobnostih izvajanja nadzora nad osebnim delovanjem in dogodki (Yan, et al., 2021). Pogosto posledice odklona vplivajo na njihovo življenje. Simptomi se običajno kažejo s strahom, občutkom krivde in sramu, jezo, pogosto dvomijo vase ter so razočarani nad seboj (McDaniel & Morris, 2020; Mathebul, et al., 2022). Stehman, et al. (2019) navajajo, da imajo druge žrtve zmanjšano kakovost življenja, s čimer se poveča tveganje za izgorelost. Lahko pride tudi do povečanega uživanja alkohola in drugih prepovedanih substanc. Prav tako se lahko pojavijo fizični simptomi, kot so glavobol, prekomerna utrujenost, mišična napetost, slabost, motnje v prehranjevanju in težave s spanjem. Pojavljajo se dvomi v pravilnost odločitve glede obveščanja pacientov, sodelavcev in nadrejenih o tem, kaj se je zgodilo (Mousa, et al., 2023). Posledice, ki jih doživljajo zdravstveni delavci kot morebitne druge žrtve, izzovejo močno čustveno stisko, slabše poklicne rezultate in imajo lahko hude dolgoročne posledice (Reis, et al., 2018). V raziskavi so Ganahl, et al. (2022) ugotovili, da se težave pravzaprav pojavljajo na vseh področjih in tudi v vsakdanjem življenju, torej v domačem okolju. Druge žrtve se bojijo tudi pravnih posledic in škode za njihov ugled oziroma izgubo položaja. Poročali so, da lahko ti učinki trajajo od več mesecev do več let, pri čemer nekateri zdravstveni delavci nikoli v celoti ne okrevajo. Vanhaecht, et al. (2019) so v raziskavi nizozemskih bolnišnic ugotovili, da simptomi druge žrtve v večini trajajo več kot en mesec, medtem ko napetost oziroma posledice celo več kot šest mesecev. Če ni zagotovljeno ustrezno psihološko in fizično zdravljenje druge žrtve, je lahko zaradi tega ogrožena tudi pacientova varnost (Hauk, 2018a).

Avtorji (Quillivan, et al., 2016) navajajo, da nekateri zdravstveni delavci zaradi prizadetosti, neustrezne pomoči ob varnostnem odklonu razmišljajo o menjavi delovnega mesta ali celo zamenjajo svoj poklic, ker jim ta dogodek pusti trajne posledice. To so potrdili tudi Mok, et al. (2019) v raziskavi med medicinskimi sestrami, ki delajo v Singapurju in so bile vpletene v varnostni odklon. Ugotovili so, da je kar 31 % sodelujočih izrazilo željo po menjavi službe. Slabih 10 % je moralo zaradi varnostnega odklona vzeti prost dan. Mlajše in manj izkušene medicinske sestre so bolj dovzetne, da doživijo sindrom druge žrtve.

Večina drugih žrtev se izolira, tako osebno kot poklicno. Nekateri stremijo k absentizmu, kar posledično lahko pomeni tudi daljšo odsotnost z dela. To ima negativen vpliv na njihove sodelavce, paciente in na ostali del delovne organizacije (Kowalczyk, et al., 2020; Thompson, et al., 2022). Vpleteni v varnostne odklone pogosto kot strategijo obvladovanja sindroma druge žrtve navajajo pogovor in telesno aktivnost (Ganahl, et al., 2022). Vodstva v zdravstvenih ustanovah se morajo zavedati visoke razširjenosti druge žrtve in bi morala zagotoviti podporne intervencije po varnostnih odklonih (Ozeke, et al., 2019).

2.5.2 Pomoč drugi žrtvi

Izkušnja sindroma druge žrtve po varnostnem odklonu igra pomembno vlogo pri dobrem počutju zdravstvenih delavcev. Lahko pa povzroči resno škodo tem žrtvam in njihovim družinam, pacientom, zdravstveni ustanovi in družbi ali pa pride celo do izgube visoko specializiranih kadrov. Da bi preprečili fluktuacijo zdravstvenih izvajalcev zaradi posledic varnostnih odklonov, je neizogibno vseživljenjsko učenje, od vsakega posameznika in njegove učne motivacije pa je odvisno, v kolikšni meri bo znanje pridobival (Bushuven, et al., 2022).

Druge žrtve doživljajo velik psihološki vpliv, ki ga je mogoče ublažiti s podpornim okoljem. Vloga predvsem zdravstvenega managementa kot pomoč drugim žrtvam je pri vzpostavitvi organizacijskih in podpornih struktur (Reis, et al., 2018). Podpora se izvaja v obliki svetovanja ali pogovora po varnostnem odklonu, lahko s psihologom, nadrejenim ali s strokovnim sodelavcem (Marran, 2019). Shuangjiang, et al. (2022) ugotavljajo, da imajo medicinske sestre, ki so imele izkušnjo z drugo žrtvijo, željo po podpori. Kot najbolj zaželeno navajajo možnost pridobitve napotkov in predlogov za nadaljnje delo. Prav bi bilo, da bi imela zdravstvena ustanova zaposleno osebo, ki bi nudila pomoč zaposlenim ob takšnih situacijah (Choi, et al., 2022). Vodstva bolnišnic bi moralo nameniti čas in prostor, kjer bi se lahko poročalo o varnostnih odklonih in bi prizadeti lahko delili svoja čustva, kar bi privedlo tudi do uspešnejšega prilagajanja zaposlenih po takšnih dogodkih (Xu, et al., 2022; Rodziejewicz, et al., 2023). Številni dejavniki, povezani z izboljšanim obvladovanjem posledic po vpletenosti v varnostni odklon pacientov, so

tudi sestavni deli močne kulture varnosti pacientov, tako da lahko podporne kulture varnosti pacientov zmanjšajo ali celo preprečijo posledice, povezane z drugo žrtvijo (Quillivan, et al., 2016). Zagotovljena podpora in kultura podpore zmanjšata psihološki vpliv, medtem ko kultura obtoževanja poveča psihološki vpliv na drugo žrtev. Prav tako je psihološki vpliv večji, ko je stopnja prizadetosti pacienta višja in se zdravstveni delavci čutijo odgovorne za nastali dogodek, medtem ko je pri manj dovzetnih zdravstvenih izvajalcih za psihološke stiske psihološki vpliv manjši (Sun, et al., 2023). Zmanjšanje kaznovalnih odzivov na napake in podpora sodelavcev, nadrejenih in delovne organizacije sta lahko koristni strategiji za obvladovanje resnosti izkušenj druge žrtve (Liukka, et al., 2020). Pri podpori drugi žrtvi pa se pojavljajo tudi ovire, kot so: pomanjkanje uporabe podpornih storitev zaradi pomanjkanja ozaveščenosti ali razumevanja možnosti pomoči, pomanjkanje časa, pomisleki glede zaupnosti ali mnenj sodelavcev ter pomisleki žrtev, da storitev morda ne bo učinkovita (Hauk, 2018a).

Rinaldi, et al. (2016) so v raziskavi ugotavljali postopek okrevanja in ugotovili, da čeprav ima vsaka druga žrtev edinstven pogled in potrebe, se večina odzove na varnostni odklon tako, da gre skozi šeststopenjski proces, vendar ni nujno, da v navedenem zaporedju:

- Odziv na kaos in nesrečo: Takoj po pojavu varnostnega odklona žrtve začnejo razmišljati o dogodku in lahko doživijo notranji nemir;
- Vsiljivo razmišljanje: Žrtve ponovijo dogodek in lahko doživijo nelagodne občutke;
- Obnovitev osebne integritete: Žrtve iščejo podporo pri nekom, ki mu zaupajo in lahko že dvomijo o svoji karieri;
- Negativno izpraševanje: Žrtve začnejo skrbeti odzivi njihove organizacije in morebitne posledice;
- Pridobivanje prve čustvene pomoči: Žrtve iščejo čustveno podporo in so pogosto zaskrbljene, komu se je varno zaupati;
- Naprej: Žrtve bodo dogodek pustile za seboj, tako da bodo opustile (npr. zamenjale službo) ali pa bodo po varnostnem odklonu okrevale in prevzele pozitivne izkušnje (Rinaldi, et al., 2016).

Strokovnjaki s področja obravnave druge žrtve varnostnih odklonov spodbujajo k temu, da bi se izdelalo čim več sistemov za podporo zdravstvenim delavcem ob fizičnih in psiholoških stiskah po varnostnem odklonu, vendar veliko zdravstvenih organizacij še ni naklonjeno temu (Lee, et al., 2019; Kappes, et al., 2021). Toda tudi, ko je podpora na voljo, se ponudniki zdravstvenih storitev soočajo s stigmo in drugimi ovirami pri dostopu do nje. Prihodnja prizadevanja bi morala oceniti potrebo po programih za druge žrtve z vidika drugih žrtev samih, da bi prepoznale ovire in izboljšale sprejemanje potrebne podpore (Edrees & Wu, 2017). Še vedno nekoliko več podpore prejmejo zdravstveni delavci v bolnišnicah kot tisti na primarni ravni (Ferrús, et al., 2021). Tudi študenti zdravstvene nege in medicine med klinično prakso lahko postanejo druga žrtev varnostnih odklonov. Zato morajo izobraževalne zdravstvene ustanove razviti podporne strategije, da bi tudi študentom pomagale pri soočanju s pojavom druge žrtve (Choi, et al., 2021).

Organizacijska podpora se lahko poveča z izboljšavami kulture varnosti pacientov. Potrebne so strategije za vzpostavitev okolja, kjer je mogoče zagotoviti sodelovalne odnose med vsemi zaposlenimi v zdravstvenih organizacijah (Zhang, et al., 2019). Dojemanje drugih žrtev glede organizacijske in vrstniške podpore je del »kulture pravičnosti«. Okrepljena podpora drugim žrtvam lahko izboljša kakovost zdravstvene obravnave, okrepi čustveno podporo zdravstvenih delavcev in vzpostavi odnose med zdravstvenimi ustanovami in osebjem (White & Delacroix, 2020).

Na osnovi teoretičnih spoznanj o kulturi varnosti, poročanju varnostnih odklonov in sindromu druge žrtve smo izvedli raziskavo s tega področja v terciarni ustanovi. V naslednjem poglavju podajamo ugotovitve.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je bil ugotoviti, kako zdravstveni delavci zaznavajo kulturo varnosti, kako se soočajo z varnostnimi odkloni, ali poročajo o njih, kakšne stiske doživljajo ob nastanku varnostnega odklona, v katerega so vključeni in ali imajo ob tem na voljo kakšno pomoč oziroma podporo sodelavcev, nadrejenega oziroma ustanove.

Cilji magistrskega dela so bili:

C1: Ugotoviti zaznavanje kulture varnosti in naravnost k poročanju varnostnih odklonov med zdravstvenimi delavci.

C2: Ugotoviti pomen dejavnikov, ki vplivajo na soočanje zdravstvenih delavcev z varnostnim odklonom (delovna doba, stopnja izobrazbe, strokovna samoučinkovitost, podpora sodelavcev, nadrejenih in ustanove).

C3: Ugotoviti podporo in vrsto pomoči, ki so jo zdravstveni delavci deležni od sodelavcev, nadrejenih in zdravstvene ustanove ob nastanku varnostnih odklonov v terciarni zdravstveni ustanovi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA/RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1: Obstaja pozitivna povezava med poznavanjem varnostne kulture pri zdravstvenih delavcih in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov v terciarni ustanovi.

H2: Obstaja pozitivna povezava med delovno dobo in izobrazbo zdravstvenega delavca in uspešnejšim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zaposleni.

H2a: Daljša delovna doba je povezana z uspešnim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

H2b: Višja stopnja izobrazbe je povezana z uspešnim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

H3: Obstaja negativna povezava med samoučinkovitostjo in razmišljanjem o zamenjavi delovnega mesta.

H4a: Obstaja negativna povezava med podporo sodelavcev, nadrejenega ter organizacije in psihološko stisko po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

H4b: Obstaja negativna povezava med podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije in fizično stisko po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

H5: Obstaja pozitivna povezanost med psihološkim in fizičnim doživljanjem stisk zdravstvenih delavcev ob nastanku varnostnega odklona in strokovno pomočjo terciarne zdravstvene ustanove.

Za kvalitativno razumevanje pojava druge žrtve, doživljanja stisk, ocene podpore sodelavcev, nadrejenega in ustanove so bila postavljena tri raziskovalna vprašanja:

RV 1: S kakšnimi občutki in počutjem so se soočali zdravstveni delavci, ki so bili vpleteni v varnostni odklon?

RV 2: Kašno pomoč so pričakovali in potrebovali zdravstveni delavci, vpleteni v varnostni odklon?

RV 3: Kakšno vrsto pomoči so zdravstveni delavci dejansko prejeli ob nastanku varnostnega odklona?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabljena je bila mešana raziskovalna zasnova, ki jo uporabimo, kadar želimo povečati verodostojnost svojih ugotovitev oziroma rezultatov (Vrbnjak & Pajnkihar, 2015). Izvedli smo študijo primera, ki je v prvem delu temeljila na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi dela, medtem ko smo v drugem delu raziskave skušali dopolniti razumevanje in doživljanje zdravstvenih delavcev ob nastanku varnostnega odklona.

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretičnem delu magistrskega dela je bila uporabljena deskriptivna metoda s pregledom strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku s področja kulture varnosti, poročanja o varnostnih odklonih, doživljanja stiske, podpore

sodelavcev, nadrejenih in ustanove in ozaveščenosti o pridobivanju pomoči v primeru druge žrtve. Podatke v slovenščini smo zbirali s podatkovnima bazama Google učenjak in Cobiss s predvidenimi ključnimi besedami: varnostni odklon, druga žrtev, zagotavljanje podpore, kultura varnosti. Pri pridobivanju tuje literature pa smo uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest, PubMed, Medline in Research Gate. Pri iskanju tujih podatkov smo v vseh bazah uporabili Boolov operator »and« (slovensko in), s katerim smo povezali predvidene ključne besede: Risk management AND Nurses AND Patient safety AND Adverse events AND Second victim.

Pregled literature smo izvajali od januarja do maja 2023. Pri iskanju smo se osredotočili na starost literature do 10 let (2014–2024), prosto dostopnost celotnega članka v slovenskem in angleškem jeziku, doktorske disertacije, znanstvene članke in tematsko ustreznost. Vključili smo članke, ki so zajemali zdravstvene delavce, ki so poročali o varnostnih odklonih in soočanju z njimi. Pri iskanju ustrezne literature smo pregledali izvlečke in odstranili neuporabne članke, ki niso dovolj dobro opredelili našega problema oziroma besedila, ki niso znanstvene narave. Nato smo izbrano literaturo in članke pregledali v celoti ter izbrali najbolj relevantno literaturo.

V empiričnem delu je bil uporabljen mešan raziskovalni dizajn. Najprej smo izvedli kvantitativno neeksperimentalno opisno raziskavo med zaposlenimi zdravstvenimi delavci v terciarni zdravstveni ustanovi. Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik za ocenjevanje bolnišnične kulture varnosti in dobljene pomoči drugih žrtev ob nastanku varnostnih odklonov (vprašalniki so predstavljeni v poglavju 3.3.2.).

V kvalitativnem delu smo z uporabo polstrukturiranega intervjuja podrobneje raziskali pojav druge žrtve, in sicer nas je zanimalo, kakšni so bili njihovo počutje in občutki, kakšne pomoči so uporabljali in ali so imeli na voljo pomoč ob pojavu druge žrtve ter kakšno pomoč bi si želeli. Vprašanja so bila oblikovana po pridobljenih rezultatih izvedene kvantitativne raziskave in na osnovi postavljenih raziskovalnih vprašanj.

3.3.2 Instrument raziskave

Kvantitativni instrument

Za zbiranje podatkov smo pripravili spletni anketni vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik je vseboval tri vsebinsko ločene sklope vprašanj:

- Prvi del vprašalnika je zajemal socio-demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovno mesto in delovna doba);
- V drugi del smo po pregledani literaturi vključili 14 trditve, ki smo jih povzeli iz vprašalnika Hospital Survey on Patient Safety (Sorra, et al., 2018). Trditve smo neodvisno prevedli iz angleškega jezika v slovenski jezik (prevod sta izvedli magistrica zdravstvene nege in doktorica psihologije, specialistka klinične psihologije). Prevoda smo združili in naredili konsenz. Vprašalnik se uporablja za ocenjevanje bolnišnične kulture varnosti. Zajema področja varnosti pacientov, napake in poročanje varnostnih odklonov. Za prvih 10 trditve je bil porabljen petstopenjska Likertova lestvica od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam. Druge štiri trditve o poročanju varnostnih odklonov pa so vsebovale petstopenjsko Likertovo lestvico: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – vedno;
- Za tretji del vprašalnika smo uporabili standardiziran, revidiran anketni vprašalnik o drugi žrtvi Second Victim Experience and Support Tool-Revised (SVEST-R), ki so ga validirali Winning, et al. (2021). Vprašalnik se uporablja kot orodje za ocenjevanje izkušenj drugih žrtev in organizacijam pomaga pri izvajanju in sledenju učinkovitosti virov za pomoč drugim žrtvam. Za uporabo vprašalnika v naši raziskavi smo zaprosili go. Jenno Merandi, doktorico farmacije, ki je zaposlena na Oddelku za farmacijo v Nationwide Children's Hospital in je korespondentka tega vprašalnika. Uporaba vprašalnika je bila odobrena. Tudi ta vprašalnik smo neodvisno prevedli iz angleškega jezika v slovenski jezik (prevod sta izvedli magistrica zdravstvene nege in doktorica psihologije, specialistka klinične psihologije). Prevoda smo združili in naredili konsenz. Sledil je še obratni prevod strokovnjakinje, ki dela v zdravstveni negi v Angliji, nazaj v angleščino.

Na osnovi tega prevoda smo z originalom prilagodili trditve našega vprašalnika. Popravili smo pet trditev. Pri šestih izvajalcih zdravstvene nege smo testirali razumljivost celotnega vprašalnika. Po prejetih pripombah smo na trditvah izvedli tehnične popravke za boljšo razumljivost, da bo uporaben in razumljiv za slovenski prostor, saj gre za prvo uporabo v slovenskem prostoru. Vprašalnik je zajemal dva sklopa, in sicer 1A ter 2B. Sklop 1A je vseboval 35 trditev, ki so bile razdeljene v devet podsklopov, in sicer: psihološka stiska, fizična stiska, podpora sodelavcev, podpora nadrejenega, institucionalna podpora, poklicna samoučinkovitost, namere menjave službe, absentizem, rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu. Drugi sklop 2B je zajemal sedem trditev, vezanih na možnosti za podporo drugi žrtvi oziroma na predloge zdravstvenih delavcev o tem, kaj bi morala organizacija ponuditi, ko se zaposleni znajde v takšni situaciji. Na trditve je bilo možno odgovarjati s petstopenjsko Likertovo lestvico od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – delno se strinjam, 3 – niti da niti ne, 4 – večinoma se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Zanesljivost instrumenta smo testirali s koeficientom Cronbach alfa. Čim bližje je koeficient Cronbach α 1, večja je zanesljivost vprašalnika; zanesljivost je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več, zmerna, če je vrednost od 0,60 do 0,80 in slaba, če je vrednost koeficienta manj kot 0,60 oziroma če ni podatka o zanesljivosti (Sullivan, 2011).

Preverjanje zanesljivosti je bilo izvedeno s koeficientom Cronbach alfa. Za celoten merski instrument znaša 0,920, kar predstavlja zelo dobro zanesljivost. Zanesljivost smo preverili še po posameznih sklopih vprašalnika in pri vseh je bila vrednost Cronbach α več kot 0,80, kar predstavlja zelo dobro zanesljivost. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa

	Število trditev	Cronbachov alfa koeficient
Celoten merski instrument	65	0,920
Sklop o bolnišnični kulturi	14	0,873
Sklop vprašalnika Svest-R	35	0,922
Sklop o podpori drugi žrtvi	7	0,836

Kvalitativni instrument

Za drugi del raziskave smo uporabili kvalitativno tehniko zbiranja podatkov. Izvedli smo osem individualnih intervjujev, ki smo jih izvedli s posameznimi zdravstvenimi delavci; vključene so bile medicinske sestre in zdravniki.

V intervjujih smo postavljali polstrukturirana vprašanja, ki smo jih oblikovali na osnovi pridobljenih rezultatov kvantitativne raziskave:

Intervjuvancem smo zastavili štiri glavna vprašanja, ki so bila oblikovana s pomočjo zastavljenih ciljev in že pridobljenih rezultatov kvantitativne raziskave. Vprašanja so bila pripravljena vnaprej in usmerjena v globlje razumevanje doživljanja občutkov zdravstvenih delavcev, ki so bili vpleteni v varnostni odklon in razumevanja rezultatov, ki smo jih pridobili v prvem delu raziskave:

- V kateri poklicni skupini mislite, da je najbolj in v kateri najmanj razširjena kultura varnosti? Zakaj?
- S kakšnimi občutki ste se soočali, ko ste bili vpleteni v varnostni odklon in kakšno je bilo vaše počutje?
- Kakšno pomoč ste pričakovali in potrebovali po nastalem varnostnem odklonu, v katerega ste bili vpleteni?
- Kakšno pomoč ste dejansko prejeli po nastalem varnostnem odklonu, v katerega ste bili vpleteni?

3.3.3 Udeleženci raziskave

Statistično populacijo so predstavljali zaposleni zdravniki in medicinske sestre v terciarni zdravstveni ustanovi, ne glede na spol, starost, delovno dobo ali izobrazbo. Za sodelovanje v prvem delu raziskave smo zaprosili 236 zdravstvenih delavcev. Od tega je po podatkih Službe za razvoj ljudi in dela na dan 22. 3. 2023 181 zaposlenih v zdravstveni negi in 55 zdravnikov, skupaj 236 zaposlenih, ki niso bili odsotni z dela zaradi dolgotrajnega bolniškega staleža ali porodniškega dopusta. Iz tabele 2 so razvidni demografski podatki vzorca. Od 225 rešenih vprašalnikov smo jih 52 izločili, ker je bila

rešena samo prva stran. V celoti je na anketo odgovorilo 173 zdravstvenih delavcev, kar predstavlja 73 % realizacijo vzorca. Anketirani so imeli od 0 do 42 let delovne dobe (PV = 15,4, SO = 11,282). Povprečna starost je bila 38,4 leta (SO = 10,565), in sicer od 21 do 62 let. V raziskavi so v večini sodelovale diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki (n = 79; 45,9 %), nato tehniki zdravstvene nege (n = 57; 33,1 %) in zdravniki specialisti (n = 16; 9,3 %). Večina je bila zaposlena na bolniških oddelkih (n = 94; 55 %), nato na oddelku za intenzivno nego in terapijo (n = 29; 17 %) in v specialističnih ambulantah (n = 23; 13,5 %).

Tabela 2: Socio-demografske značilnosti anketirancev v kvantitativni raziskavi

Socio-demografski podatki		n	%	PV
Starost	Starost v letih	173		38,4
Delovna doba	Delovna doba v letih	172		15,4
Poklic	Tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra	57	33,1	
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	79	45,9	
	Magister zdravstvene nege	8	4,7	
	Zdravnik specializant	12	7,0	
	Zdravnik specialist	16	9,3	
Delovno mesto	Bolniški oddelek	94	55,0	
	Oddelek za intenzivno nego in terapijo	29	17,0	
	Urgentna ambulanta	12	7,0	
	Specialistična ambulanta	23	13,5	
	Diagnostična enota	13	7,6	

Legenda: n = število odgovorov, % = delež, PV = povprečna vrednost

Za individualne intervjuje smo izbrali namenski, homogeni vzorec. Pri izboru smo upoštevali število izvajalcev v zdravstveni negi in medicini (181 : 55), zato so bili vabljeni v razmerju 3 : 1. Skupino smo uravnotežili po spolu in starosti. K sodelovanju smo povabili tiste zdravstvene delavce, ki v terciarni zdravstveni ustanovi sodelujejo pri razvoju varnostne kulture in poročanja varnostnih odklonov ter hkrati poznajo sistem kakovosti v zdravstvenih ustanovah in za katere smo sklepali, da bomo od njih pridobili največ podatkov. Izvedli smo toliko intervjujev, da smo dosegli zasičenost podatkov. Izvedli smo osem intervjujev, odzivnost je bila 100 %.

Zagotovljena je bila anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika oziroma sodelovanju pri raziskavi in obdelavi podatkov. V kvantitativnem delu je bil vprašalnik posredovan preko spletne ankete Ika in tako smo zagotovili najboljšo anonimnost, saj nismo vedeli, kdo je vprašalnik izpolnjeval. V kvalitativnem delu raziskave pa je bila zagotovljena anonimnost z uporabo kratic in z individualnimi dogovori za izvedbo intervjuja. S tem smo zagotovili, da se intervjuvanci ob tem niso srečali.

Tabela 3: Demografski podatki intervjuvancev v kvalitativni raziskavi

	Povprečna vrednost (v letih)
Starost	42,6
Delovna doba	20,3
Poklicna skupina	Število anketirancev
Zdravnik	2
Medicinska sestra	6

Podrobnejši opis vzorca kvalitativne raziskave: MS1: medicinska sestra, starost 48 let, delovna doba 32 let; MS2: medicinska sestra, starost 40 let, delovna doba 19 let; MS3: medicinska sestra, starost 41 let, delovna doba 20 let; MS4: diplomirani zdravstvenik, starost 39 let, delovna doba 12 let; MS5: medicinska sestra, starost 42 let, delovna doba 19 let; MS6: medicinska sestra, starost 45 let, delovna doba 24 let; ZDR1: zdravnica, starost 45 let, delovna doba 21 let; ZDR2: zdravnica, starost 41 let, delovna doba 15 let.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Raziskavo smo izvajali v marcu in aprilu 2023, po odobritvi dispozicije magistrskega dela na Komisiji za magistrske zadeve in Senatu Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in po pridobitvi soglasja Kolegija službe za zdravstveno nego terciarne zdravstvene ustanove. Raziskava je potekala v dveh delih, in sicer je prvi del zajemal kvantitativni del, drugi del pa kvalitativni del raziskave. Za soglasje o izvedbi raziskave smo zaprosili vodstvo terciarne zdravstvene ustanove oziroma kolegij službe za zdravstveno nego. Soglasje Komisije za etično medicine ni bilo potrebno, ker je bil vključen vzorec raziskave zdravstvenih delavcev, ki prostovoljno odločajo o sodelovanju v raziskavi. Vsem 236 vključenim zdravstvenim delavcem je bila poslana povezava do spletnega vprašalnika. Anketirane smo po posredovanju elektronski pošti in v uvodnem nagovoru izvajalca seznanili z vsebino in namenom raziskave. Strinjanje je bilo zagotovljeno s prostovoljnim

sodelovanjem v raziskavi, zagotovljena je bila tudi anonimnost. Vprašalnik je bil izdelan preko spletne strani www.1ka.si. Raziskava je bila izvedena v skladu z etičnimi načeli, sprejetimi v Etičnem kodeksu za raziskovalce in z Evropskim kodeksom integritete v raziskovanju (All European Academies (ALLEA), 2023).

Po pridobitvi podatkov smo jih zbrali in najprej statistično obdelali.

Rezultati in ugotovitve kvantitativnega dela so bili naše vodilo za pripravo vprašanj kvalitativnega dela raziskave. Osnovali smo raziskovalna vprašanja, na katera smo poskušali odgovoriti z intervjuji. Intervjuvance smo seznanili z namenom in vsebino raziskave, posredovali smo jim tudi nabor okvirnih vprašanj. Zagotovljena je bila anonimnost, saj smo intervjuje izvajali individualno in so bili glasovno posneti, za kar so sodelujoči podpisali soglasje. Intervjuje je izvajal avtor magistrskega dela, in sicer v časovnem okvirju od 22. 6. 2023 do 5. 7. 2023. Izvedba je bila v večini izven delovnega časa v prostorih terciarne zdravstvene ustanove. Tudi v tem delu smo k sodelovanju povabili zaposlene v zdravstveni negi in zdravnike. Izbranim smo področje raziskovanja predstavili in se osebno dogovorili za termin. Intervjuji so trajali od 20 do 30 minut.

3.3.5 Obdelave podatkov

Podatki so bili analizirani s programom SPSS, verzija 23.0. Za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko, izračunali smo frekvence (število), odstotke, srednje vrednosti, povprečne vrednosti in standardni odklon (σ). Oblikovali smo vsebinske dimenzije, ki že predhodno izhajajo iz testiranega in kvalificiranega mednarodnega anketnega vprašalnika, ki smo ga podrobneje že opisali v enem izmed predhodnih poglavij. Dimenzije smo oblikovali z izračunavanjem povprečne vrednosti vseh vključenih trditev. Pri ugotavljanju korelacije med poznavanjem varnostne kulture pri zdravstvenih delavcih in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov v terciarni ustanovi smo s Pearsonovim korelacijskim koeficientom ugotavljali linearno povezanost spremenljivk. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost. Prav tako smo s Pearsonovim korelacijskim koeficientom analizirali korelacije med samoučinkovitostjo in razmišljanjem o zamenjavi delovnega mesta, med podporo sodelavcev, nadrejenih in

delovne ustanove in nastankom fizične in psihološke stiske pri zaposlenem po varnostnem odklonu ter nudenjem strokovne pomoči in doživljanjem stiske po varnostnem odklonu. Pri hipotezah smo trditve sklopov združili, jih oblikovali, sešteli in nato izračunali povprečno vrednost skupne dimenzije posameznega sklopa. Z binarno regresijsko analizo smo analizirali korelacijo med delovno dobo, izobrazbo zdravstvenega delavca in uspešnejšim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu. Zbrani podatki so prikazani tabelarično. Tiste anketirance, ki v zadnjem letu niso bili vključeni v varnostni odklon, smo iz sklopov vprašanj 1A in 2B izključili, torej je tam vzorec manjši.

Kvalitativne podatke, pridobljene s polstrukturiranim intervjujem, smo kvalitativno analizirali. Analiza pridobljenih podatkov je potekala po metodi kvalitativne vsebinske analize. Temeljila je na načelu selekcije in razčlenjevanja prepisanega besedila na sestavne dele (Vogrinc, 2008). Po prepisu besedila smo tega še večkrat dodatno prebrali in identificirali zanimive teme. S tem smo določili podobne vsebinske sklope prepisa. Nato smo zbrane podatke kodirali in jih razvrstili v kategorije. Osrednji del je predstavljal proces kodiranja, ki pomeni interpretacijo analiziranega besedila (ključnih besed, pojmov, kod), posameznih delov besedila. Za proces kodiranja smo uporabili odprto kodiranje, in sicer induktivni pristop odprtega kodiranja, kar pomeni, da smo kode določali med analizo besedil. Analiza gradiva je potekala od določitev enot kodiranja, preko zapisa pojmov, ki so po naši presoji ustrezali, in analiziranja značilnosti teh pojmov do formuliranja pravilnosti in na koncu razlage (Vogrinc, 2008). Vključili smo tudi posamezne citate, ki so najboljše opisali določene kode in kategorije. Vsak transkript smo šifrirali na način MS1 ali ZDR2, da smo s tem zakrili identiteto udeleženca intervjuja. Kratica MS je predstavljala medicinsko sestro ali kratica ZDR zdravnika. Številka pa je predstavljala zaporedje vključenih oseb.

Postopek analize je bil izveden v šestih korakih, ki so: urejanje gradiva, določitev kod kodiranja, kodiranje, oblikovanje kategorij, definiranje kategorij, oblikovanje končne teoretične formulacije (Vogrinc, 2008). Analizo smo zaključili s povzetkom trenutnega stanja.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki smo jih pridobili na osnovi vprašalnika.

3.4.1 Opisna statistika vprašalnika po posameznih trditvah

V tabeli 4 so prikazane trditve sklopa kulture varnosti. Anketiranci se najbolj strinjajo z naslednjimi trditvami:

- »Aktivno izvajamo postopke za zagotavljanje višje varnosti pacientov« (PV = 4,2, SO = 0,735).
- »V naši delovni enoti razpravljamo o možnostih preprečevanja napak, da ne bi prišlo do novega varnostnega odklona« (PV = 4,2, SO = 0,747).
- »Aktivno izvajamo postopke za zagotavljanje višje varnosti pacientov« (PV = 4,2, SO = 0,735).
- »O varnostnih odklonih, ki se zgodijo v naši delovni enoti, odkrito poročamo« (PV = 4,1, SO = 0,919) in »Ukrepi vodstva klinike po nastalem varnostnem odklonu kažejo, da je varna zdravstvena obravnava pacientov prednostna naloga klinike« (PV = 4,1, SO = 0,760).
- Najmanj pa se strinjajo s trditvijo: »O storjeni napaki, ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne, se pogosto poroča« (PV = 3,8, SO = 0,960).

Tabela 4: Trditve anketirancev glede ocene kulture varnosti

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Vodstvo klinike zagotavlja delovno klimo, ki spodbuja varno zdravstveno obravnavo pacientov.	173	2	5	4,0	0,765
Vodstvo upošteva predloge zdravstvenih delavcev za izboljšanje varnosti pacientov.	173	2	5	4,0	0,715
Aktivno izvajamo postopke za zagotavljanje višje varnosti pacientov.	173	2	5	4,2	0,735
O varnostnih odklonih, ki se zgodijo v naši delovni enoti, odkrito poročamo.	172	1	5	4,1	0,919
O storjeni napaki, ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne, se pogosto poroča.	173	1	5	3,8	0,960
Postopki in sistemi za preprečevanje varnostnih odklonov na naši kliniki so dobri.	172	1	5	3,9	0,849
O varnostnih odklonih, ki se zgodijo v naši delovni enoti, smo obveščeni.	173	1	5	4,0	0,967
V naši delovni enoti razpravljamo o možnostih preprečevanja napak, da ne bi prišlo do novega varnostnega odklona.	173	1	5	4,2	0,747

Trditvev	n	Min	Max	PV	SO
Dobimo povratno informacijo o uvedenih spremembah po varnostnem odklonu, v katerega smo bili vpleteni.	173	1	5	4,0	0,969
Ukrepi vodstva klinike po nastalem varnostnem odklonu kažejo, da je varna zdravstvena obravnava pacientov prednostna naloga klinike.	173	1	5	4,1	0,760

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 5 so prikazane trditve o pojavnosti in poročanju varnostnih odklonov. Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvama, da se občasno oziroma pogosto (PV = 3,6, SO = 1,024) poroča o napaki oziroma varnostnem odklonu, preden vpliva na pacienta in da se poroča o napaki, ki je storjena, vendar ne škoduje pacientu (PV = 3,6, SO = 0,978). Anketiranci se niso strinjali s trditvijo: »V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon« (PV = 2,5, SO = 1,236) in prav tako ne s trditvijo: »V zadnjem letu sem poročal o varnostnem odklonu« (PV = 2,6, SO = 1,400).

Tabela 5: Trditve anketirancev glede poročanja varnostnih odklonov

Trditvi in vprašanja	n	Min	Max	PV	SO
V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon.	173	1	5	2,5	1,236
V zadnjem letu sem poročal o varnostnem odklonu.	173	1	5	2,6	1,400
Kako pogosto se poroča, ko je napaka storjena, vendar je ugotovljena in popravljena, preden vpliva na pacienta?	173	1	5	3,6	1,024
Kako pogosto se poroča, ko je storjena napaka, vendar ni možnosti, da bi škodovala pacientu?	173	1	5	3,6	0,978

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – vedno), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 6 dodatno prikazujemo še frekvenčno porazdelitev dveh trditvev iz sklopa »Trditve anketirancev glede poročanja varnostnih odklonov«. Iz nadaljnje analize smo izločili anketirance, ki so pri trditvi: »V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon« izbrali odgovor nikoli. Teh je bilo 42 ali 24,3 odstotka.

Tabela 6: Frekvenčna porazdelitev dveh trditvev iz vsebinskega sklopa »Trditve anketirancev glede poročanja varnostnih odklonov«

	V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon.		V zadnjem letu sem poročal o varnostnem odklonu.	
	Frekvenca (n)	Odstotek (%)	Frekvenca (n)	Odstotek (%)
Nikoli	42	24,3	50	28,9
Redko	61	35,3	42	24,3

	V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon.		V zadnjem letu sem poročal o varnostnem odklonu.	
	Frekvenca (n)	Odstotek (%)	Frekvenca (n)	Odstotek (%)
Občasno	38	22,0	31	17,9
Pogosto	14	8,1	26	15,0
Vedno	18	10,4	24	13,9
Skupaj	173	100,0	173	100,0

V tabeli 7 je razvidno, da se anketiranci najpogosteje ob vpletenosti v varnostni odklon srečujejo z zadrego (PV = 3,4, SO = 1,135), ob čemer tudi čutijo krivdo oziroma obžalovanje (PV = 3,4, SO = 1,110) ter se počutijo nesrečne (PV = 3,4, SO = 1,147).

Tabela 7: Trditve anketirancev glede prisotnosti psihološke stiske

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Vpletenost v varnostni odklon me je spravila v zadrego.	131	1	5	3,4	1,135
Zaradi vpletenosti v varnostni odklon se bojim, da bi se mi zgodil nov varnostni odklon.	131	1	5	3,0	1,206
Zaradi izkušenj z varnostnim odklonom sem se počutil nesrečno.	131	1	5	3,4	1,147
Zaradi varnostnega odklona v preteklosti čutim krivdo/obžalovanje.	131	1	5	3,4	1,110

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 8 je razvidno, da anketiranci niso odločeni glede strinjanja s trditvijo: »Misel na varnostni odklon me fizično bremeni« (PV = 3,0, SO = 1,157), najmanj pa se strinjajo s trditvijo: »Zaradi doživljanja v zvezi z varnostnim odklonom imam težave s prehranjevanjem« (PV = 1,8, SO = 1,044).

Tabela 8: Trditve anketirancev glede prisotnosti fizične stiske

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Misel na varnostni odklon me fizično bremeni.	131	1	5	3,0	1,157
Zaradi doživljanja varnostnega odklona imam težave s spanjem.	131	1	5	2,2	1,092
Zaradi varnostnega odklona se ponoči pogosto zbujam.	131	1	5	2,1	1,149
Zaradi doživljanja v zvezi z varnostnim odklonom imam težave s prehranjevanjem.	131	1	5	1,8	1,044
Zaradi stresa, ki ga povzroči varnostni odklon, se počutim slabo.	131	1	5	2,8	1,264

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

Anketiranci so navedli, da se strinjajo (PV = 4,0; SO = 0,968) s tem, da jim sodelavci dajejo občutek, da so še vedno dobri zdravstveni delavci kljub varnostnemu odklonu, ki se jim je zgodil. Najmanj se strinjajo s trditvijo, da jim sodelavci ne zaupajo več (PV = 1,9, SO = 0,927) (tabela 9).

Tabela 9: Trditve anketirancev glede podpore sodelavcev

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Sodelavci so ravnodušni do tega, kako je varnostni odklon vplival name.	131	2	5	2,6	1,009
Zaradi varnostnega odklona je moj poklicni ugled okrnjen.	131	1	5	2,4	1,075
Sodelavci mi ne zaupajo več.	131	1	5	1,9	0,927
Sodelavci mi dajejo občutek, da sem še vedno dober zdravstveni delavec kljub varnostnemu odklonu, ki se mi je zgodil.	131	1	5	4,0	0,968

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da so odzivi nadrejenega ob nastanku varnostnega odklona pošteni (PV = 4,1, SO = 0,666), najmanj pa s trditvijo, da nadrejeni ob nastanku varnostnega odklona išče krivdo pri posamezniku (PV = 2,4, SO = 1,130) (tabela 10).

Tabela 10: Mnenje anketirancev o zagotavljanju podpore nadrejenih

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Odzivi nadrejenega ob nastanku varnostnega odklona so pošteni.	131	2	5	4,1	0,666
Moj nadrejeni v primeru varnostnega odklona upošteva zapletenost postopkov zdravstvene obravnave pacientov.	131	1	5	4,0	0,718
Nadrejeni ob nastanku varnostnega odklona išče krivdo pri posamezniku.	131	1	5	2,4	1,130

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 11 je razvidno, da anketiranci najpogosteje izražajo strinjanje pri trditvi: »Na naši kliniki se razume, da bodo vpleteni v varnostni odklon morda potrebovali pomoč pri obravnavi in reševanju posledic, ki bi jih lahko imeli ob nastanku varnostnega odklona« (PV = 3,4, SO = 0,950), najmanj pa s trditvijo: »Skrb za dobro počutje vpletenih v varnostne odklone na naši kliniki ni prisotna« (PV = 2,9, SO = 1,000).

Tabela 11: Trditve anketirancev glede podpore organizacije

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Na naši kliniki se razume, da bodo vpleteni v varnostni odklon morda potrebovali pomoč pri obravnavi in reševanju posledic, ki bi jih lahko imeli ob nastanku varnostnega odklona.	131	1	5	3,4	0,950
Naša klinika ponuja različne vire pomoči pri premagovanju posledic vpletenosti v varnostni odklon.	131	1	5	3,3	0,976
Skrb za dobro počutje vpletenih v varnostne odklone na naši kliniki ni prisotna.	131	1	5	2,9	1,000

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 12 je prikazano strinjanje oziroma nestrinjanje glede strokovne samoučinkovitosti. Anketiranci se najbolj strinjajo s trditvijo, da jih je po varnostnem odklonu strah izvajati postopke z visokim tveganjem (PV = 2,5, SO = 1,050), najmanj pa s trditvijo: »Izkušnja z varnostnim odklonom je negativno vplivala na mojo uspešnost pri delu s pacienti« (PV = 2,1, SO = 0,978).

Tabela 12: Trditve anketirancev glede strokovne samoučinkovitosti

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Zaradi svoje izkušnje z varnostnim odklonom se sprašujem, ali sem še dober zdravstveni delavec.	131	1	5	2,4	1,126
Po varnostnem odklonu me je strah izvajati postopke z visokim tveganjem.	131	1	5	2,5	1,105
Izkušnja z varnostnim odklonom je negativno vplivala na mojo uspešnost pri delu s pacienti.	131	1	5	2,1	0,978

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 13 je prikazano razmišljanje o zamenjavi delovnega mesta zaposlenih ob pojavu varnostnega odklona. Večina anketirancev je izrazila nizko strinjanje s trditvijo, da so po varnostnem odklonu občutili stres in želijo, da bi imeli drug poklic (PV = 2,2, SO = 1,071), hkrati se niso strinjali tudi s trditvijo, da nameravajo zaradi varnostnega odklona v naslednjih šestih mesecih zamenjati delovno mesto (PV = 1,8, SO = 0,953).

Tabela 13: Trditve anketirancev glede razmišljanja o zamenjavi delovnega mesta

Sklop/vprašanje	n	Min	Max	PV	SO
Po izkušnji z varnostnim odklonom sem razmišljal o spremembi delovnega mesta.	131	1	5	2,1	1,159
Po varnostnem odklonu sem občutil stres in želim, da bi imel drug poklic.	131	1	5	2,3	1,071
Po varnostnem odklonu sem začel razmišljati o drugih zaposlitvenih možnostih.	131	1	5	2,1	1,063
Zaradi varnostnega odklona nameravam v naslednjih šestih mesecih zamenjati delovno mesto.	131	1	5	1,8	0,953

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

Večina anketirancev se ne strinja, da so si zaradi varnostnega odklona vzeli dopust (PV = 1,8, SO = 0,951) ali prosti dan za duševno zdravje (PV = 1,8, SO = 0,985) in da se zaradi vpletenosti v varnostni odklon težko osredotočijo na delo in niso miselno prisotni (PV = 2,0, SO = 0,968) (tabela 14).

Tabela 14: Trditve anketirancev glede prisotnosti absentizma

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Moja izkušnja z varnostnim odklonom je privedla do tega, da sem si vzel prosti dan za duševno zdravje.	131	1	5	1,8	0,985
Zaradi izkušnje z varnostnim odklonom sem si vzel dopust.	131	1	5	1,8	0,951
Zaradi vpletenosti v varnostni odklon se pri delu težko osredotočim in nisem miselno v celoti prisoten.	131	1	5	2,0	0,968

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 15 je prikazan rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu. Večina anketirancev se strinja s trditvami: »Zaradi vpletenosti v varnostni odklon sem postal bolj pozoren pri svojem delu« (PV = 4,3, SO = 0,686), »Zaradi izkušnje z varnostnim odklonom sem izboljšal kakovost zdravstvene obravnave pacientov« (PV = 4,1, SO = 0,710), »Izkušnja z varnostnim odklonom je privedla do pozitivnih sprememb pri zdravstveni obravnavi pacientov v naši enoti« (PV = 3,9, SO = 0,717) in »Zaradi varnostnega odklona sem se strokovno razvil« (PV = 3,9, SO = 0,779).

Tabela 15: Trditve anketirancev glede rezultatov uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Zaradi vpletenosti v varnostni odklon sem postal bolj pozoren pri svojem delu.	131	2	5	4,3	0,686
Zaradi izkušnje z varnostnim odklonom sem izboljšal kakovost zdravstvene obravnave pacientov.	131	2	5	4,1	0,710
Izkušnja z varnostnim odklonom je privedla do pozitivnih sprememb pri zdravstveni obravnavi pacientov v naši enoti.	131	2	5	3,9	0,717
Zaradi varnostnega odklona sem se strokovno razvil.	131	2	5	3,9	0,779

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

V tabeli 16 je razvidno, da se anketiranci najbolj strinjajo s trditvama: »Na voljo imam sodelavca, s katerim se lahko pogovorim o podrobnostih varnostnega odklona« (PV = 4,2, SO = 0,725) in »Pogovor o varnostnem odklonu z mojim nadrejenim« (PV = 4,1, SO = 0,745). Najmanj pa se strinjajo s trditvijo: »Vzpostavljen 24-urni sistem, ki omogoča zaupne stike z nekom, s katerim se lahko pogovorim o tem, kako je varnostni odklon vplival name« (PV = 2,9, SO = 1,149).

Tabela 16: Trditve anketirancev glede zaželene podpore drugi žrtvi

Trditev	n	Min	Max	PV	SO
Možnost, da se lahko takoj za nekaj časa umaknem iz svoje delovne enote.	131	1	5	3,0	1,157
Za ta namen na voljo določena mirna lokacija, ki omogoča okrevanje po varnostnem odklonu in možnost rehabilitacije za vrnitev na delo.	131	1	5	3,0	1,167
Pogovor o varnostnem odklonu z nadrejenim.	131	1	5	4,1	0,745
Na voljo imam sodelavca, s katerim se lahko pogovorim o podrobnostih varnostnega odklona.	131	2	5	4,2	0,725
Možnost, da se dogovorim za čas s svetovalcem v kliniki za pogovor o varnostnem odklonu.	131	1	5	3,8	0,980
Vzpostavljen 24-urni sistem, ki omogoča zaupne stike z nekom, s katerim se lahko pogovorim o tem, kako je varnostni odklon vplival name.	131	1	5	2,9	1,149
Program pomoči zdravstvenim delavcem, ki jim zagotovi brezplačno svetovanje izven delovnega mesta.	131	1	5	3,3	1,109

Legenda: n = število odgovorov, PV = povprečna vrednost (5-stopenjska Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, Min = minimum, Max = maksimum.

3.4.2 Preverjanje hipotez

H1: Obstaja pozitivna povezava med poznavanjem varnostne kulture pri zdravstvenih delavcih in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov v terciarni ustanovi.

Zanimalo nas je, ali obstaja pozitivna povezava med poznavanjem varnostne kulture pri zdravstvenih delavcih in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov v terciarni ustanovi. Za analizo smo uporabili trditve iz sklopov »Kultura varnosti« in »Poročanje varnostnih odklonov«, ki smo jih oblikovali, sešteli in nato izračunali povprečno vrednost skupne dimenzije posameznega sklopa. Za analizo je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient.

Rezultati korelacijske analize (tabela 17) so pokazali, da je med sklopom trditev »Kultura varnosti« in sklopom trditev »Poročanje varnostnih odklonov« statistično značilna pozitivna in šibka povezanost ($r = 0,361$, $p = 0,001$).

Tabela 17: Povezanost med poznavanjem kulture varnosti in naravnostjo do poročanja varnostnih odklonov zdravstvenih delavcev v terciarni zdravstveni ustanovi

		Varnostni odkloni	
Pearsonov korelacijski koeficient	Kultura varnosti	r	0,361**
		p	0,001
		n	173

Legenda: n = število odgovorov, p = stopnja značilnosti ($p \leq 0,005$), r = Pearsonov koeficient korelacije, ** korelacija je statistično značilna na ravni 0,001, * korelacija je statistično značilna na ravni 0,005

Hipotezo 1 smo potrdili. Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko trdimo, da so tisti zdravstveni delavci, ki bolj poznajo varnostno kulturo, bolj naravnani k poročanju varnostnih odklonov.

H2: Obstaja pozitivna povezava med delovno dobo in izobrazbo zdravstvenega delavca in uspešnejšim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zaposleni.

H2a: Daljša delovna doba je povezana z uspešnim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

Pri hipotezi 2a nas je zanimalo, ali daljša delovna doba, ki je v analizi nastopala kot neodvisna spremenljivka, vpliva na sklop trditev »Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu«, ki nastopa kot odvisna spremenljivka. Za analizo smo uporabili binarno logistično regresijsko analizo. Spremenljivko delovna doba smo preoblikovali iz številske v nominalno spremenljivko z dvema kategorijama: do 15 let delovna doba (krajša delovna doba), nad 16 let delovne doba (daljša delovna doba).

Rezultat analize (tabela 18) pokaže, da vpliv ni statistično značilen ($p = 0,257$).

Tabela 18: Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu v povezavi z daljšo delovno dobo

»Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu«				
Neodvisna spremenljivka	b	SE	β	p
Delovna doba	-0,199	0,176	1,286	0,257

Legenda: b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; * = statistično značilna korelacija $p < 0,05$

Hipotezo 2a smo zavrnili in lahko trdimo, da daljša delovna doba ne vpliva na rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu.

H2b: Višja stopnja izobrazbe je povezana z uspešnim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

Pri hipotezi 2b nas je zanimalo, ali stopnja izobrazbe, ki je v analizi nastopala kot neodvisna spremenljivka, vpliva na sklop trditev »Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu«, ki nastopa kot odvisna spremenljivka. Za analizo smo uporabili binarno logistično regresijsko analizo. Spremenljivko izobrazba smo preoblikovali v dve kategoriji: nižja stopnja izobrazbe (tehnik zdravstvene nege) in višja stopnja izobrazba (vse ostale izobrazbene strukture).

Rezultat analize (tabela 19) pokaže, da vpliv ni statistično značilen ($p = 0,575$).

Tabela 19: Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s stopnjo izobrazbe

»Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu«				
Neodvisna spremenljivka	b	SE	β	p
Stopnja izobrazbe	-0,176	0,314	0,315	0,575

Legenda: b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; * = statistično značilna korelacija $p < 0,05$

Na osnovi predstavljenih rezultatov hipotezo 2b zavrnamo. Ne moremo trditi, da stopnja izobrazbe vpliva na uspešnejše prilagajanje po nastalem varnostnem odklonu.

H3: Obstaja negativna povezava med samoučinkovitostjo in razmišljanjem o zamenjavi delovnega mesta.

Hipotezo 3 smo preverjali med dvema sklopoma trditev, in sicer »Strokovna samoučinkovitost« in »Razmišljanje o zamenjavi delovnega mesta«. Pri analizi je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient. Ugotovljeni sta bili statistično pomembna razlika ($p = 0,001$) in močna povezanost med sklopoma trditev ($r = 0,721$) (tabela 20).

Pri analizi rezultatov pomeni, da tisti, ki višje vrednotijo strokovno samoučinkovitost, manj razmišljajo o zamenjavi delovnega mesta oziroma tisti, ki nižje vrednotijo strokovno samoučinkovitost, več razmišljajo o zamenjavi delovnega mesta.

Tabela 20: Strokovna samoučinkovitost v povezavi z razmišljanjem o zamenjavi delovnega mesta

		Razmišljanje o zamenjavi delovnega mesta	
Pearsonov korelacijski koeficient	Strokovna samoučinkovitost	r	0,721**
		p	0,001
		n	131

Legenda: n = število odgovorov, p = stopnja značilnosti ($p \leq 0,005$), r = Pearsonov koeficient korelacije, ** korelacija je statistično značilna na ravni 0,001, * korelacija je statistično značilna na ravni 0,005

Hipotezo 3 smo potrdili in lahko trdimo, da tisti zaposleni, ki čutijo strokovno samoučinkovitost, ne razmišljajo o zamenjavi delovnega mesta.

H4a: Obstaja negativna povezava med podporo sodelavcev, nadrejenega ter organizacije in psihološko stisko po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

Pri hipotezi 4a nas je zanimalo, ali obstaja statistično pomembna razlika med nastankom psihološke stiske pri zdravstvenih delavcih po nastalem varnostnem odklonu, kjer so bile zajete naslednje trditve: »Vpletenost v varnostni odklon me je spravila v zadrego«, »Zaradi vpletenosti v varnostni odklon se bojim, da bi se mi zgodil nov varnostni odklon«, »Zaradi izkušenj z varnostnim odklonom sem se počutil nesrečno«, »Zaradi varnostnega odklona v preteklosti čutim krivdo/obžalovanje«, in podporo sodelavcev, ki smo jo ocenjevali s pomočjo trditvev: »Sodelavci so ravnodušni do tega, kako je varnostni odklon vplival name«, »Zaradi varnostnega odklona je moj poklicni ugled okrnjen«, »Sodelavci mi ne zaupajo več« in »Sodelavci mi dajejo občutek, da sem še vedno dober zdravstveni delavec kljub varnostnemu odklonu, ki se mi je zgodil«, nadrejenega: »Menim, da nadrejeni po nastanku varnostnega odklona z mano ravna ustrezno«, »Odzivi nadrejenega ob nastanku varnostnega odklona so pošteni«, »Moj nadrejeni v primeru varnostnega odklona upošteva zapletenost postopkov zdravstvene obravnave pacientov«, »Nadrejeni ob nastanku varnostnega odklona išče krivdo pri posamezniku« ter organizacije »Na naši kliniki se razume, da bodo vpleteni v varnostni odklon morda potrebovali pomoč pri obravnavi in reševanju posledic, ki bi jih lahko imeli ob nastanku varnostnega odklona«, »Naša klinika ponuja različne vire pomoči pri premagovanju posledic vpletenosti v varnostni odklon«, »Skrb za dobro počutje vpletenih v varnostne odklone na naši kliniki ni prisotna«. Pri vrednotenju rezultatov večja vrednost pomeni manj podpore oziroma manjša vrednost pomeni, da je podpora večja. Za analizo je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient. Rezultat analize pokaže (tabela 21), da je povezava med sklopoma trditvev »Podporo sodelavcev« in »Psihološka stiska« statistično značilna ($r = 0,295$, $p = 0,003$). Ugotovljena je bila pozitivna in šibka povezanost. Med ostalimi sklopi trditvev ni bila ugotovljena statistično pomembna razlika.

Tabela 21: Nastanek psihološke stiske po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije

		Psihološka stiska	
Pearsonov korelacijski koeficient	Podpora sodelavcev	r	0,259**
		p	0,003
		n	131
	Podpora nadrejenega	r	0,032
		p	0,718
		n	131
	Podpora organizacije	r	-0,079
		p	0,368
		n	131

Legenda: n = število odgovorov, p = stopnja značilnosti ($p \leq 0,005$), r = Pearsonov koeficient korelacije, ** korelacija je statistično značilna na ravni 0,001, * korelacija je statistično značilna na ravni 0,005

Hipotezo 4a smo delno potrdili. Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko trdimo, da imajo zdravstveni delavci manj psiholoških stisk po nastalem varnostnem odklonu, kadar prejmejo podporo sodelavcev, česar za podporo nadrejenih in organizacije ne moremo trditi.

H4b: Obstaja negativna povezava med podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije ter fizično stisko po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni zdravstveni delavci.

Pri hipotezi 4b nas je zanimalo, ali obstaja statistično pomembna razlika med nastankom fizične stiske po nastalem varnostnem odklonu, na osnovi trditev: »Misel na varnostni odklon me fizično obremeni«, »Zaradi mojega doživljanja varnostnega odklona imam težave s spanjem«, »Zaradi varnostnega odklona se ponoči pogosto zbujam«, »Zaradi mojega doživljanja v zvezi z varnostnim odklonom imam težave s prehranjevanjem«, »Zaradi stresa, ki ga povzroči varnostni odklon, se počutim slabo«, in podporo sodelavcev, ki smo jo ocenjevali s pomočjo trditev: »Sodelavci so ravnodušni do tega, kako je varnostni odklon vplival name«, »Zaradi varnostnega odklona je moj poklicni ugled okrnjen«, »Sodelavci mi ne zaupajo več« in »Sodelavci mi dajejo občutek, da sem še vedno dober zdravstveni delavec, kljub varnostnemu odklonu, ki se mi je zgodil«, nadrejenega: »Menim, da nadrejeni po nastanku varnostnega odklona z mano ravna ustrezno«, »Odzivi nadrejenega ob nastanku varnostnega odklona so pošteni«, »Moj nadrejeni v primeru varnostnega odklona upošteva zapletenost postopkov zdravstvene obravnave pacientov«, »Nadrejeni ob nastanku varnostnega odklona išče krivdo pri

posamezniku«, ter organizacije: »Na naši kliniki se razume, da bodo vpleteni v varnostni odklon morda potrebovali pomoč pri obravnavi in reševanju posledic, ki bi jih lahko imeli ob nastanku varnostnega odklona«, »Naša klinika ponuja različne vire pomoči pri premagovanju posledic vpletenosti v varnostni odklon«, »Skrb za dobro počutje vpletenih v varnostne odklone na naši kliniki ni prisotna«. Prav tako kot v hipotezi 4a pri vrednotenju rezultatov večja vrednost pomeni manj podpore oziroma manjša vrednost pomeni, da je podpora večja. Za analizo je bil prav tako uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient. Rezultat analize pokaže (tabela 22), da je povezava med sklopoma trditev »Podpora sodelavcev« in »Fizična stiska« statistično značilna ($r = 0,481$, $p = 0,001$). Ugotovljena je bila pozitivna in zmerna povezanost. Med ostalimi sklopi trditev ni bila ugotovljena statistično pomembna razlika.

Tabela 22: Nastanek fizične stiske po nastalem varnostnem odklonu v povezavi s podporo sodelavcev, nadrejenega in organizacije

		Fizična stiska	
Pearsonov korelacijski koeficient	Podpora sodelavcev	r	0,481**
		p	0,001
		n	131
	Podpora nadrejenega	r	0,093
		p	0,291
		n	131
	Podpora organizacije	r	0,069
		p	0,433
		n	131

Legenda: n = število odgovorov, p = stopnja značilnosti ($p \leq 0,005$), r = Pearsonov koeficient korelacije, ** korelacija je statistično značilna na ravni 0,001, * korelacija je statistično značilna na ravni 0,005

Hipotezo 4b smo delno potrdili. Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko trdimo, da imajo zdravstveni delavci manj fizičnih stisk po nastalem varnostnem odklonu, kadar prejmejo podporo sodelavcev, česar za podporo nadrejenih in organizacije ne moremo trditi.

H5: Obstaja pozitivna povezanost med psihološkim in fizičnim doživljanjem stisk zdravstvenih delavcev ob nastanku varnostnega odklona in strokovno pomočjo terciarne zdravstvene ustanove.

Hipotezo 5 smo preverjali med tremi sklopi trditev, in sicer »Psihološka stiska«, »Fizična stiska« in »Podpora drugi žrtvi«. Tudi v tej analizi je bil uporabljen Pearsonov korelacijski koeficient. Med sklopoma trditev »Psihološka stiska« in »Podpora drugi

žrtvi« je bila povezanost statistično značilna. Ugotovljena je bila šibka povezanost med sklopoma ($r = 0,282$, $p = 0,001$). Prav tako je bila med sklopoma trditev »Fizična stiska« in »Podpora drugi žrtvi« ugotovljena statistična značilnost in šibka povezanost ($r = 0,235$, $p = 0,001$) (tabela 23).

Tabela 23: Povezanost med psihološkim in fizičnim doživljanjem stisk zdravstvenih delavcev in strokovno pomočjo terciarne zdravstvene ustanove

			Psihološka stiska	Fizična stiska
Pearsonov korelacijski koeficient	Podpora drugi žrtvi	r	0,282**	0,235**
		p	0,001	0,000
		n	131	131

Legenda: n = število odgovorov, p = stopnja značilnosti ($p \leq 0,005$), r = Pearsonov koeficient korelacije, ** korelacija je statistično značilna na ravni 0,001, * korelacija je statistično značilna na ravni 0,005

Hipotezo 5 smo potrdili, torej lahko trdimo, da imajo tisti zdravstveni delavci, ki prejmejo strokovno pomoč terciarne ustanove, manj posledic psihološke in fizične stiske po nastalem varnostnem odklonu.

3.4.3 Kvalitativna raziskava

Z vsebinsko analizo dobesednih prepisov pogovorov z zdravstvenimi delavci terciarne ustanove gradiva smo določili kategorije, s katerimi smo lahko odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja. Intervjujem smo oblikovali 21 kod in 4 kategorije. To so: občutki zdravstvenih delavcev, simptomi zdravstvenih delavcev, pričakovana pomoč ob varnostnem odklonu, vrsta prejete pomoči ob varnostnem odklonu. Glede na kategorije smo določili kode, ki jih je bilo skupno 21.

RV 1: S kakšnimi občutki in počutjem so se soočali zdravstveni delavci, ki so bili vpleteni v varnostni odklon?

Na osnovi opravljenih intervjujev z zdravstvenimi delavci smo v okviru kategorije »Občutki zdravstvenih delavcev« pridobili naslednje kode: krivda, nesposobnost, nelagodni občutek, razočaranje, zaskrbljenost, pritisk, odgovornost, nemoč. Rezultati so prikazani v tabeli 24.

Večina zdravstvenih delavcev se je soočala z negativnimi občutki ob pojavu varnostnega odklona, nekateri zdravstveni delavci so se srečevali z občutkom krivde, kar navaja MS1: *»Z groznimi občutki, počutila sem se krivo, nesposobno, sekirala sem se za vsako stvar.«* MS3 navaja zaskrbljenost za pacienta: *»In jaz osebno sem bila, na primer, bolj zaskrbljena, kaj se bo s pacientom naredilo kot pa z menoj.«* Splošno zaskrbljenost pa navajata MS4: *»Kakor koli se trudimo, da niso osebni, čutim neki pritisk, odgovornost. Mešanica občutkov, kot so skrb, občutek krivde, zaskrbljenost.«* in MS5: *»V začetku slabo počutje, nelagodje, nemoč, zaskrbljenost, tudi 'vrtenje filma nazaj', da se spomniš, kaj je bilo. Tudi občutek krivde je bil prisoten.«* Razočaranje nad samim seboj in nemočjo je v intervjuju navedla oseba ZDR2: *»Ja, razočaranje. Pa predvsem nad tem, ker dejansko ni bilo zaključka tega. Prepirali smo se, zadevo še bolj razburkali.«*

Vse te kode oziroma občutke pri zdravstvenih delavcih lahko povežemo s psihološko stisko po nastalem varnostnem odklonu.

Tabela 24: Občutki zdravstvenih delavcev ob soočenju z varnostnim odklonom

Kategorija	Kode
Občutki zdravstvenih delavcev	Krivda – nesposobnost – nelagoden občutek – razočaranje – zaskrbljenost – pritisk, odgovornost – nemoč
n	7

Legenda: n = število kod

Pri kategoriji *»Simptomi zdravstvenih delavcev«* (tabela 25) smo prepoznali 6 kod, in sicer: nespečnost in utrujenost, kar navaja MS1: *»Imela sem zelo hudo stisko. Zaradi te stiske so se začenjale napake kar vrstiti ena za drugo. Ponoči nisem spala, ker sem razmišljala o sankcijah. V službo sem hodila utrujena in z odporom.«*

Nižjo samozavest in anksioznost omenja MS2: *»Počutila sem se krivo in za kratek čas malo nesamozavestno ob opravljanju svojega dela. Anksiozno ob ponovnem izvajanju tega posega, občutek, da se ne bo spet kaj podobnega zgodilo.«*

S stresom se je srečevala oseba MS4: *»Lahko bi rekel, da so imele take izkušnje dvojni vpliv. Po eni strani so bile stres, po drugi strani pa so povzročile večjo odgovornost in*

doslednost.« Da je bil prisoten strah, je navajala MS5: »*Kot strah pred posledicami tako za pacienta kot tudi zase.*«

Rezultati so prikazani v tabeli 25.

Večina kod predstavlja simptome fizične stiske pri zaposlenih zdravstvenih delavcih. Nespečnost in utrujenost lahko kasneje privedeta do nižje samozavesti pri delu zdravstvenega delavca, prisotnega strahu in stresa ob prihodu na delovno mesto.

Tabela 25: Počutje zdravstvenih delavcev ob soočenju z varnostnim odklonom

Kategorija	Kode
Simptomi zdravstvenih delavcev	Nespečnost – utrujenost – nižja samozavest – anksioznost – stres – strah
n	6

Legenda: n = število kod

RV 2: Kašno pomoč so pričakovali in potrebovali zdravstveni delavci, vpleteni v varnostni odklon?

V tabeli 26 je prikazano, da smo v kategoriji »Pričakovana pomoč ob varnostnem odklonu« prepoznali 3 kode: pogovor, ki ga omenja MS1: »*Od samega začetka nisem nič pričakovala, ker nisem vedela, da obstaja kakšna pomoč. Moja pomoč so bile sodelavke, s katerimi sem se lahko pogovorila.*« Psihološko pomoč omenjajo ZDR1: »*Nadrejeni bi moral vedeti, da obstaja možnost, da se, ko gre za resnejšo stvar, lahko oseba obrne na nekoga, ki bi znal pomagati, npr. psiholog ali kdo drug, tudi na kliniki ali zunaj nje.*«, MS4: »*Po samem odklonu ne, mislim pa, da bi zaposleni to potrebovali. Kako se tega lotiti, je druga zadeva. Treba je več govoriti o tem, mogoče celo s psihologi.*« in MS6, ki omenja tako psihološko pomoč kot pogovor: »*Bi pa bila mogoče pri tistih, ki se jim zgodi težji dogodek, na mestu recimo tudi psihološka podpora. Ampak jaz mislim, da je to odvisno od vsakega posameznika, koliko je sposoben to prenesti, predelati. Nekomu zadostuje pogovor, nekdo pa potrebuje mogoče še malo več.*«

Mediacija, ki jo omenja ZDR2: »*Nisem pričakovala pomoči. Bolj sem pričakovala nekoga, ki bi se vpletel v smislu mediacije med eno in drugo osebo, se pravi med menoj in med tisto, ki je prijavila. Resno sem razmišljala o tem, da bi šla delat na drug oddelek, ker je težko potem delati s takim človekom.*«

Večina zdravstvenih delavcev je ob nastanku varnostnega odklona pričakovala pogovor s sodelavcem ali nadrejenim. Menijo, da je to najboljši in najlažji način zmanjševanja stiske, saj imajo tako sodelavci in nadrejeni lahko podoben pogled na nastanek varnostnega odklona in jih ob tem razumejo, jih spodbujajo v pogovor ali izražanje svojih čustev. Navajajo tudi, da bi bilo smiselno, če bi bila na voljo psihološka pomoč, namenjena zdravstvenim delavcem, tako na kliniki ali zunaj nje. V primeru, da pride do spora zdravstvenih delavcev ob pojavu varnostnega odklona, zdravstveni delavci kot primerno pomoč navajajo tudi mediacijo. Je pa iz odgovora ZDR2 zaznati kulturo obtoževanja oziroma iskanja krivde, saj je nastal spor med tistim, ki je poročal o napaki in osebo, ki je bila v odklon vpletena.

Tabela 26: Pričakovana pomoč zdravstvenih delavcev, vpletenih v varnostni odklon

Kategorija	Kode
Pričakovana pomoč ob varnostnem odklonu	Pogovor – psihološka pomoč – mediacija – način poročanja
n	3

Legenda: n = število kod

RV 3: Kakšno vrsto pomoči so zdravstveni delavci dejansko prejeli ob nastanku varnostnega odklona?

Pri kategoriji »Vrsta prejete pomoči ob varnostnem odklonu« smo pridobili 5 kod, in sicer: podpora nadrejenega, varnostni pogovor, psihološka podpora, podpora sodelavcev, timsko reševanje. Kode in kategorije so prikazane v tabeli 27.

Zanimalo nas je predvsem, kakšno vrsto pomoči so prejeli zdravstveni delavci ob nastanku varnostnega odklona. V intervjujih smo ugotovili, da so ob nastanku varnostnega odklona kot pomoč prejeli pogovor s sodelavcem, ki ga navajata MS2: *»Pogovor s sodelavci je bila zelo dobra podpora in terapija. Pogovor s sodelavci, več ni bilo potrebno. Tudi zdravnica me je poklicala po zaključeni izmeni, da sva se pogovorili, ker so sodelavci videli, da me pač nekaj teži. Takoj je bolje, če se lahko z nekom o tej zadevi pogovoriš.«* in MS5: *»Pogovor s sodelavci in timsko reševanje se mi zdita najbolj primerna.«* ali nadrejenim, ki ga omenjata MS1: *»To je bolj kakšen pogovor z nadrejenim ali pa pogovor o varnosti. To se je izkazalo za dobro. Se počutiš bolje, ko se lahko pogovoriš o tem. Ena sodelavka je imela tudi psihološko podporo in je rekla, da ji je zelo*

pomagalo.« in ZDR1: »Dobro bi bilo, da bi nadrejeni tudi podprl takega delavca, da bi se pomenil, ampak v konstruktivnem smislu.« in se je izkazal kot učinkovit za preprečitev nadaljnjih stisk pri zdravstvenem delavcu. ZDR2 omenja tudi varnostni pogovor: »Tukaj so varnostni pogovori, ko se pogovoriš o tem, poskušaš najti rešitev, da se zadeva ne bi ponovila oziroma način izboljšanja, način za izboljšave. Zdi se mi prav, da je to v sklopu oddelka, kjer se je dogodek zgodil, podpiram tudi izobraževanja.«, prav tako varnostni pogovor omenja MS5: »Pa tudi pogovori o varnosti, da skupaj najdemo rešitev in da do ponovitve tovrstnih dogodkov ne bi prišlo več.«, v smislu, da takšne vrste varnostnega odklona v nadaljnje lahko preprečijo.

Zdravstveni delavci so ob nastanku varnostnega odklona prejeli podporo nadrejenega in sodelavcev, vključeni so bili v varnostni pogovor z namenom timskega reševanja preprečitve ponovnega nastanka varnostnega odklona. Prav tako so imeli možnost psihološke pomoči, sicer ne v velikem številu, vendar navajajo, da jim je bila v pomoč. Nekateri zaposleni zdravstveni delavci podpirajo tudi izobraževanja na področju, kjer se je zgodil varnostni odklon, z namenom, da se vse zaposlene na oddelku pouči o nevarnostih nastanka varnostnega odklona in da se preprečijo nadaljnji dogodki.

Tabela 27: Vrsta prejete pomoči zdravstvenih delavcev ob nastanku varnostnega odklona

Kategorija	Kode
Vrsta prejete pomoči ob varnostnem odklonu	Podpora nadrejenega – varnostni pogovor – psihološka podpora – podpora sodelavcev – timsko reševanje
n	5

Legenda: n = število kod

3.5 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil ugotoviti zaznavanje kulture varnosti zdravstvenih delavcev, njihove naravnosti do poročanja varnostnih odklonov in ugotoviti pomen dejavnikov, ki vplivajo na soočenja zdravstvenih delavcev z njimi, ter ugotoviti podporo, ki so je zdravstveni delavci deležni ob tem.

Raziskava je bila izvedena v eni od terciarnih zdravstvenih ustanov.

V prvi hipotezi smo se spraševali, ali sta poznavanje varnostne kulture pri zdravstvenih delavcih in naravnost do poročanja varnostnih odklonov povezana. Ugotovili smo statistično značilno in šibko povezanost. Z raziskavo smo potrdili, da so tisti zdravstveni delavci, ki bolje poznajo varnostno kulturo, bolj naravnani k poročanju varnostnih odklonov. V raziskavi so zaposleni zdravstveni delavci ocenili, da so bili v zadnjem letu redko vpleteni v varnostni odklon, zato so o njem redko poročali. V primeru, da je bila napaka storjena, zdravstveni delavci menijo, da se občasno oziroma pogosto poroča o napaki, preden bi vplivala na pacienta, tudi v primeru, če napaka ne bi škodovala pacientu. Alsulami, et al. (2019) v svoji raziskavi navajajo, da je poročanje o varnostnih odklonih odvisno od znanja in da imajo zaposleni zdravstveni delavci v bolnišnicah dovolj znanja za poročanje o varnostnih odklonih. Kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah je ključna za ustvarjanje okolja, v katerem zaposleni brez strahu poročajo o varnostnih odklonih. Vodstva in managerje v zdravstvu se spodbuja, da razvijajo varnostno kulturo, ki spodbuja zaupanje in pravičnost ter omogoča zaposlenim, da so odkriti glede svojih napak brez kaznovanih posledic. Naloga vodstev in managerjev je tudi, da prepoznajo in poročajo napake ter kulturo varnosti opredelijo kot kulturo pravičnosti, kulturo učenja in kulturo poročanja, ki pripomorejo k višji stopnji poročanja varnostnih odklonov (Albaalharith & A'aqoulah, 2023). To lahko potrdimo v naši raziskavi, saj so se zaposleni v večini strinjali, da vodstvo zagotavlja delovno klimo, ki spodbuja varno zdravstveno obravnavo pacientov in upošteva predloge zaposlenih glede izboljšav za varnost pacientov. Vendar je mogoče v kvalitativnem delu iz odgovora zdravnika razbrati, da je poročanje o odklonu povzročilo spor med zaposlenima, kar vodi v ugotovitev, da se poročanje ne razume kot način učenja iz napak in izboljševanja kakovosti in varnosti ali pa je poročanje sredstvo za kazanje in opozarjanje, usmerjeno na iskanje in izpostavljanje krivca, in ne na dogodek.

Spodbujanje kulture varnosti je najboljši način za premagovanje izzivov poročanja o varnostnih odklonih, s čimer se kakovost zdravstvenega varstva in varnost pacientov lahko izboljšata ob ustreznih pogojih timskega dela, učinkovite komunikacije in kulture brez obtoževanja (Abuosi, et al., 2022). V naši raziskavi znanja po poklicnih skupinah nismo ugotavljali, smo pa ugotovili, da zaposleni zdravstveni delavci aktivno izvajajo postopke za zagotavljanje višje varnosti pacientov. Večina zaposlenih meni tudi, da v

njihovi delovni enoti razpravljajo o možnostih preprečevanja napak, da ne bi prišlo do novega varnostnega odklona. Pomembno je, da so zaposleni ozaveščeni in seznanjeni, kako zelo pomembna je kultura varnosti pacientov, ker imajo varnostni odkloni lahko škodljive učinke za pacienta, svojce in zaposlene (Danielsson, et al., 2017). Povratne informacije o varnostnih odklonih so prav tako zelo pomemben glasnik, saj zaključijo in ponovno odprejo Demingov PDCA krog (P – plan/načrtuj, D – do/naredi, A – act/ukrepaj, C – check/preveri), zaposleni pa iščejo aktivne rešitve pri preprečevanju napak (Vlayen, et al., 2015). Vzroki za neporočanje varnostnih odklonov so različni: najpomembnejši je v vzpostavljeni kulturi varnosti, kjer je zdravstveni delavec, ki poroča o varnostnih odklonih, deležen disciplinskih ukrepov (McDaniel & Morris, 2020). V raziskavi (Toyabe, 2016) so ugotovili 25 % neevidentiranih poročil padcev pacientov. Največ je bilo neevidentiranih padcev, ki so se zgodili moškimi, kjer ni bilo priče v času padca in padcev, ki so nastali v času praznikov.

Raziskave kažejo, da se pojavnost napak pri dajanju zdravil giblje med 4,8 % in 5,3 % vseh obravnav. Veliko napak se ne poroča (Stariha, 2018). Vsak se mora zavedati, da s sporočanjem omogočimo analiziranje vzrokov napak, preprečevanje in odpravljanje sistemskih problemov, zato pred sporočanjem napak ne smemo imeti strahu. Na osnovi poročil o varnostnih odklonih in nadzorov načrtujemo ter uvajamo izboljšave (Perme, 2019). Shanks, et al. (2015) so v raziskavi ugotovili, da se poročanje o varnostnih odklonih povečuje. Ukrepi za povečanje poročanja varnostnih odklonov so bili predvsem izobraževanje zdravstvenih delavcev o varnostni kulturi, uvedba anonimnega poročanja varnostnih odklonov in kultura neobtoževanja. Največ varnostnih odklonov so poročale medicinske sestre, ki so stalno prisotne ob pacientu (Alsulami, et al., 2019).

V drugi hipotezi smo se spraševali, ali obstaja pozitivna povezava med delovno dobo in izobrazbo zdravstvenega delavca in uspešnim prilagajanjem po nastalem varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni. V raziskavi smo ugotovili, da izobrazba in delovna doba ne vplivata na uspešnejše prilagajanje po nastalem varnostnem odklonu. Medtem ko Rašič (2019) v svoji raziskavi ugotavlja ravno nasprotno, in sicer da izobrazba vpliva na oceno varnosti. Tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre bolj ocenjujejo varnost pacientov kot zdravniki in diplomirane medicinske sestre/diplomirani

zdravstveniki. Medtem ko Bajda (2020) v svoji raziskavi ugotavlja, da ni statistično pomembnih razlik med delovno dobo in oceno lastne prilagoditve po nastalem varnostnem odklonu ter znanjem o varnostnih odklonih in varnosti pacientov. V naši raziskavi smo zaznali minimalno razliko v povezavi med delovno dobo v sedanjem poklicu in uspešnostjo prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu. Tudi Robida (2014) ugotavlja, da delovna doba v poklicu nima posebnega vpliva na prilagoditev po nastalem varnostnem odklonu ter znanje zaposlenih o zagotavljanju varnosti za paciente. Zaposleni zdravstveni delavci z daljšo delovno dobo imajo določene navade, ki jih težko spreminjajo, če za to nimajo formalnih ali regulatornih zahtev. V raziskavi Bajda (2020) ugotavlja, da je povezanost med delovno dobo in povprečnim znanjem o varnosti nizka in negativna. Tisti z daljšo delovno dobo imajo slabše znanje o varnosti pacientov kot tisti s krajšo delovno dobo in se s tem tudi težje spoprijemajo. Asgarian, et al. (2020) trdijo, da se medicinske sestre tudi več izobražujejo na tem področju in imajo posledično več znanja za poročanje varnostnih odklonov ter se z njimi lažje soočajo. Vendar izjave anketirancev kažejo, da zdravniki premalo sporočajo napake, ki jih naredijo pri svojem delu in da je varnost pacientov in zaposlenih zaskrbljujoča (Rašič, 2019).

Bajda (2020) v raziskavi na področju primarnega zdravstvenega varstva ugotavlja, da obstaja statistično pomembna povezava v pristopu zaposlenih do varnosti pacientov, in sicer imajo tisti, ki so se že udeležili izobraževanja s področja zagotavljanja varnosti pacientov, bolj pozitiven pristop od tistih, ki se izobraževanja še niso udeležili. Avtorica je v raziskavi ugotovila, da obstaja povezava pri trditvah zaposlenih, da z učenjem iz lastnih napak lahko preprečijo varnostne odklone in da k varnosti pacientov lahko prispevajo predvsem z osredotočanjem na vzroke varnostnih odklonov (Bajda, 2020). V strokovni literaturi avtorji (Vanhaecht, et al., 2019; White & Delacroix, 2020) navajajo, da na osnovi varnostnih odklonov pri zaposlenih, ki so bili vpleteni pri tem, pridejo tudi do pozitivnih sprememb, kot so: izboljšanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov, zagotavljanje večje varnosti za paciente, boljše sodelovanje v timih in vzpostavljanje boljše, učinkovitejše komunikacije.

V hipotezi tri nas je zanimala povezava med strokovno samoučinkovitostjo in razmišljanjem zaposlenih o zamenjavi delovnega mesta. Samoučinkovitost predstavlja

prepričanje posameznika o njegovih lastnih sposobnostih pri izvajanju nadzora nad osebnim delovanjem (Ha, et al., 2018). Strokovna samoučinkovitost je tudi prepričanje zdravstvenega delavca o njegovem znanju, uspešnosti pri delu in kariernem razvoju. Nemalokrat se zgodi, da se ob varnostnem odklonu samoučinkovitost zaposlenih zniža, zato začnejo razmišljati o zamenjavi delovnega mesta (Finney, et al., 2021). V naši raziskavi smo ugotovili, da tisti zaposleni, ki čutijo strokovno samoučinkovitost, ne razmišljajo o zamenjavi delovnega mesta. V tem primeru pomembno vlogo odigrajo sodelavci in nadrejeni zdravstvenih delavcev, ki naj ob nastalih varnostnih odklonih nudijo pogovor in prepoznajo potrebe po dodatni pomoči, če je potrebna. Nizka motivacija zaposlenih in nezadovoljstvo pri delu lahko povzročita, da posamezniki ne odražajo svojih znanj in veščin pri uspešnosti ter da zmanjšajo kakovost zdravstvene obravnave. Organizacijska kultura, ki je kaznovalna in ne podpira zdravstvenih delavcev po napakah, lahko vodi v odločitev za opustitev poklica (Mok, et al., 2019).

S trditvami v naši raziskavi, ki so bile povezane z zamenjavo delovnega mesta, se večina zdravstvenih delavcev ni strinjala in tudi ni razmišljala o tem. Enako lahko trdimo za misel: »Zaradi svoje izkušnje z varnostnim odklonom se sprašujem, ali sem še dober zdravstveni delavec«. V večini se s tem niso strinjali in prav tako se niso strinjali, da jih je po varnostnem odklonu strah izvajati postopke z visokim tveganjem. Prav tako se niso strinjali, da je varnostni odklon vplival na njihovo uspešnost pri delu. Vse to kaže, da večina anketiranih zdravstvenih delavcev v terciarni zdravstveni ustanovi, kljub vpletenosti v varnostni odklon, ne čuti dvoma glede svoje strokovne samoučinkovitosti. Ta pa se lahko zniža ob doživljanju psihološke in fizične stiske, kar smo kasneje ugotovili v kvalitativnem delu raziskave, kjer so zaposleni ugotavljali in opisovali občutke po tem, ko so poseg po dogodku ponovno izvajali. Mok, et al. (2019) so v raziskavi z vprašalnikom SVEST v singapurskih bolnišnicah ugotovili, da so manj izkušene medicinske sestre bolj dovzetne za napake, kar lahko vodi v dvom o lastni poklicni sposobnosti. Posledično to pomeni, da so tudi bolj nagnjene k večjemu odzivu na travmo druge žrtve. Raven samoučinkovitosti vpliva na sposobnost spoprijemanja s težavnimi situacijami in regulacijo čustvenih stanj. Poleg tega se je izkazalo, da samoučinkovitost vpliva na izločanje kateholamina (hormon nadledvične žleze, ki se izloča v času izrazitega fizičnega ali/in psihičnega stresa), ki ima pomemben vpliv na stres in depresijo. V skladu

s socialno kognitivno teorijo lahko posamezniki z nekaterimi aktivnostmi, ki vključujejo različne psihološke tehnike, povečajo raven lastne učinkovitosti (Morley, 2018). Pomembno je ugotoviti, kaj lahko storimo za izboljšanje kakovosti življenja zaposlenih, da bi tako spodbudili dobro počutje in izboljšali njihovo uspešnost pri delu, vsi ti ukrepi pa se kasneje lahko uskladijo s samoučinkovitostjo (Yan, et al., 2021). Te trditve lahko povežemo tudi s prepričanjem, da imajo zaposleni zdravstveni delavci, ki imajo dobro razvito lastno motivacijo, tudi višjo stopnjo prepričanja o lastni samoučinkovitosti (Chauhan, et al., 2017). Med vsemi zdravstvenimi delavci so medicinske sestre največja poklicna skupina, ki ima vsakodnevne tesne osebne stike s pacienti in njihovimi svojci. Zato neposredno vplivajo na kakovost in varnost zdravstvene obravnave, vendar pri tem postanejo ranljive za delovni stres in zmanjšano delovno motivacijo, kar vključuje tveganje za slabo delovno uspešnost in odpovedovanje delovnemu mestu (Vaismoradi, et al., 2020; Diz & Lucas, 2022; Shao, et al., 2023). Ta pojav je večplasten, saj ne pomeni le negativne posledice za psihološko zdravje prizadetih zdravstvenih delavcev, ampak vpliva tudi na druge pomembne vidike, kot sta absentizem in opuščanje poklica, kar ima ekonomske in organizacijske posledice za zdravstvene sisteme (Santana-Domínguez, et al., 2021). Halldorsdottir, et al. (2018) navajajo, da je zdravstvene delavce treba motivirati za delo, saj se le na ta način lahko ustvari organizacijska zavezanost za paciente in zdravstveno ustanovo. Končni cilj je ohraniti zdravstvene delavce v svojem poklicu, za katerega so se izobraževali. Za zdravstvene sisteme je bistvenega pomena, da so zdravstveni delavci pripravljeni ostati zavzeti za zagotavljanje kakovostnih storitev (Halldorsdottir, et al., 2018).

V hipotezi 4 smo se spraševali, ali obstaja povezava med podporo sodelavcev, nadrejenih in organizacije ter fizično in psihično stisko zaposlenih, ki so bili vpleteni v varnostni odklon. Sindrom druge žrtve ima lahko za zaposlenega zdravstvenega delavca fizične, psihološke in psihosocialne posledice, ki lahko krajši ali daljši čas negativno vplivajo na njegovo osebno in poklicno življenje. Ko zdravstveni delavci doživijo varnostni odklon, lahko doživijo občutek krivde, sramu, obtoževanja, zadrege, nemoči in brezupa ter tako postanejo druga žrtev. Po varnostnem odklonu zaposleni, ki postanejo druga žrtev, doživijo različne stopnje okrevanja, ki vplivajo tudi na poznejšo poklicno pot in osebno počutje. Vse to štejemo pod psihološke stiske. Enako se lahko pojavijo tudi fizične stike,

kot so nespečnost, motnje v prehranjevanju, samoizolacija in slabo počutje (Nydo, et al., 2020). V naši raziskavi smo ugotovili šibko pozitivno povezavo med podporo sodelavcev in vplivom psihološke oziroma zmerno povezavo med fizično stisko in podporo sodelavcev, česar pa ne moremo trditi za podporo nadrejenega in organizacije. Zaposleni doživljajo manj psiholoških stisk, kadar prejmejo podporo ožjih sodelavcev/kolegov, tistih, s katerimi delajo vsakodnevno na/v bolniških oddelkih/enotah. Psihološke stiske pa se v večini ne zmanjšajo v primerih, ko gre za podporo nadrejenih ali delovne organizacije. Enako lahko trdimo za nastanek fizičnih stisk, in sicer, če imajo zdravstveni delavci podporo sodelavcev/kolegov, imajo manj fizičnih stisk, medtem ko podpora nadrejenega in organizacije bistveno ne vpliva na zmanjšanje fizičnih stisk. Finney, et al. (2021) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je najbolj zaželena podpora drugi žrtvi podpora prizadetih ob nastanku varnostnega odklona ter podpora sodelavcev/kolegov, s katerimi lahko razpravlja o podrobnostih dogodka. Kot pomoč vidijo programe vrstniške podpore, ki nudijo zdravstvenim delavcem priložnost za pogovor z vrstniki, ki lahko ponudijo skupne izkušnje in pomagajo normalizirati čustvene posledice travmatičnega dogodka. Gre za pogovore takoj po varnostnem odklonu, kar jim daje prednost pred pomočjo organizacije, ki je v večini primerov odložena na kasnejši čas. Pomembno pa je, da ob varnostnem odklonu prejmejo podporo tako sodelavcev kot tudi nadrejenih oziroma organizacije.

V raziskavi ugotavljamo, da se zaposleni ob nastanku varnostnega odklona najpogosteje srečujejo z zadrego in z občutkom krivde oziroma obžalujejo dogodek. Enako so v raziskavi o drugi žrtvi ugotovili tudi Busch, et al. (2020), ki kot najpogostejše psihološke stiske pri vpletenih v varnostne odklone navajajo zaskrbljenost, občutek krivde, obžalovanje in strah pred tem, da bi se jim zgodil ponovni varnostni odklon. Kot edini fizični simptom Busch, et al. (2020) ugotavljajo težave s spanjem. Enako v raziskavi ugotavljajo Leinweber, et al. (2017), ki poleg spanja omenjajo še motnje v prehranjevanju in motnje v koncentraciji. V naši raziskavi pa se zaposleni ne strinjajo s trditvama, da imajo po varnostnem odklonu težave s prehranjevanjem in prav tako nimajo težav s spanjem. Lahko se pojavi tudi večja potreba po alkoholu in drogah, kar navajajo Awan, et al. (2021). To lahko kasneje vodi do poskusov samomora ali pa se pojavljajo postravmatske stresne motnje.

V peti hipotezi nas je zanimala povezanost med psihološkim in fizičnim doživljanjem stisk zdravstvenih delavcev ob varnostnem odklonu ter strokovno pomočjo, ki so jo pričakovali in prejeli od terciarne zdravstvene ustanove. Organizacijska podpora je izjemnega pomena za drugo žrtev, saj ji pomaga pri učinkovitem soočanju s posledicami varnostnega odklona. Povečuje tudi verjetnost, da se bo zaposleni lahko vrnil k svojim običajnim kliničnim dolžnostim ter hkrati prispeva k preventivnim strategijam za varnostne odklone pri pacientih (Yan, et al., 2021). Učinkovita in trajnostna organizacijska podpora lahko pomaga zagotoviti, da zdravstveni delavci niso sami, če pride do varnostnega odklona, in tako ne postanejo druge žrtve (Stone, 2020a; Yan, et al., 2021). Druge žrtve doživljajo velik psihološki vpliv, ki ga je mogoče ublažiti s podpornim okoljem. Predvsem je tu vloga zdravstvenega managementa, da vzpostavi organizacijske podporne programe za zaposlene zdravstvene delavce, ki so prepoznani kot druge žrtve varnostnega odklona (Kappes, et al., 2021).

V naši raziskavi smo preverjali povezavo sklopov »Psihološka stiska«, »Fizična stiska« in »Podpora drugi žrtvi«. Med sklopoma trditev »Psihološka stiska« in »Podpora drugi žrtvi« je bila povezanost statistično značilna. Ugotovljena je bila šibka povezanost med spremenljivkama. Prav tako je bila statistično značilna povezanost med sklopoma trditev »Fizična stiska« in »Podpora drugi žrtvi«. Torej lahko trdimo, da imajo tisti zdravstveni delavci, ki so prejeli strokovno pomoč terciarne ustanove, manj psiholoških in fizičnih stisk po nastalem varnostnem odklonu. Choi, et al. (2022) so v raziskavi ugotovili, da so zdravstveni delavci, ki doživljajo večje fizične in psihološke stiske, tudi bolj naklonjeni podpornim sistemom za pomoč ob takšnih dogodkih v primerjavi s tistimi, ki večjih travm niso doživeli. Psihološko podporo ocenjuje kot zelo dobro in učinkovito pri premagovanju psiholoških in fizičnih stisk. Enako navajajo tudi Huang, et al. (2022), da je med zdravstvenimi delavci, vpletenimi v varnostni odklon, najbolj zaželena oblika pomoči v obliki psihološke podpore. Do podobnih ugotovitev so v raziskavi prišli tudi Sun, et al. (2022), ki navajajo, da je ob varnostnih odklonih nujna psihološka podpora in da zdravstveni delavci lahko razpravljajo o dogodku, ki se jim je zgodil. Vpliv varnostnega odklona na zdravstvene delavce je širok in raznolik. Zato je treba podporne programe organizirati na vsaj petih ravneh. Začeti moramo izvajati preventivne ukrepe, ki jim sledijo samooskrba, podpora vrstnikov, strukturirana strokovna podpora in klinična

podpora (Seys, et al., 2023). Stone (2020b) predlaga, da organizacije usposobijo vodje in vrstnike/sodelavce za zagotavljanje takojšnje podpore tistim, ki jo potrebujejo, pri čemer naj bi bil prvi korak ozaveščanje in izobraževanje vseh zaposlenih o pojavu sindroma druge žrtve. Do podobnih ugotovitev smo prišli tudi v naši raziskavi, saj so se zdravstveni delavci najbolj strinjali s trditvami o tem, da imajo na voljo sodelavca, s katerim lahko razpravljajo o varnostnem odklonu ali pa ta pogovor opravijo s svojim nadrejenim. Najmanj pa so se strinjali s podporo vzpostavljenega 24-urnega sistema pomoči, da se lahko pogovorijo z nekom o dogodku, in z možnostjo, da se lahko takoj umaknejo za nekaj časa s svoje delovne enote. Ravno nasprotno je Stone (2020b) v svoji raziskavi ugotovil, da si zdravstveni delavci želijo 24-urne vrstniške podpore, priložnost za razmislek o varnostnem odklonu in možnost, da se za nekaj časa umaknejo iz svoje delovne enote oziroma si lahko vzamejo prosti dan. Zelo zaželeno je tudi podpora vodstva organizacije ali neposrednega vodje. Neft, et al. (2022) ugotavljajo, da je zdravstvenim delavcem ob nastanku varnostnega odklona najpomembnejše, da imajo ob sebi zaupanja vrednega sodelavca. Nekatere organizacije razvijajo programe podpore drugi žrtvi, ki jih zdravstveni delavci koristijo in dobro ocenjujejo. Spet druge zdravstvene organizacije teh programov pomoči nimajo, vendar zaposleni navajajo, da bi jih uporabili, če bi jim bili na voljo. Ti programi so predstavljeni kot učinkoviti in skrbijo za dobro počutje zaposlenih (Cohen, et al., 2023). Organizacije morajo zaposlenim, vpletenim v varnostni odklon, ponuditi podporno okolje, da se lahko spoprimejo s svojimi čustvenimi stiskami in pravočasno pridobijo podporo v zaupnem okolju brez obsojanja (Stone, 2020a). Izobraževanje, ki spodbuja ozaveščenost o drugi žrtvi, pa je prvi korak v podpori zdravstvenim delavcem, udeležnim v varnostnih odklonih, da se na ta način lažje soočajo z njimi (Ozeke, et al., 2019). Posledično se zmanjša fluktuacija kadra, odsotnosti z dela in predvsem se zaposlenim zagotovi čustvena stabilnost. Ustrezna organizacijska podpora pa ni bistvena samo takoj po nastanku varnostnega odklona, ampak jo je treba obravnavati kot del splošne organizacijske politike za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientov (Cohen, et al., 2023).

Ugotavljamo, da zdravstveni delavci v terciarni zdravstveni ustanovi varnostne odklone dobro prepoznajo ter jih tudi poročajo. V kvalitativnem delu pa smo želeli izvedeti več o občutkih in pomoči zdravstvenim delavcem ob vpletenosti v varnostni odklon. Pridobili

smo podrobnejše odgovore na raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili po analizi rezultatov kvantitativne raziskave.

V prvem raziskovalnem vprašanju so nas zanimali občutki in počutje zdravstvenih delavcev, vpletenih v varnostni odklon. V raziskavi smo ugotovili, da se je večina zdravstvenih delavcev soočala z negativnimi občutki ob vpletenosti v varnostni odklon. Rezultate v kvantitativnem delu smo dopolnili s podobnim vprašanjem v kvalitativni raziskavi, kjer je bilo ugotovljeno, da zaposleni zdravstveni delavci ob nastanku varnostnega odklona občutijo krivdo, nesposobnost, imajo ob tem nelagodni občutek, so zaskrbljeni, čutijo nemoč in odgovornost. Vse trditve skupaj predstavljajo občutke, ki jih lahko povežemo v psihološko stisko zdravstvenih delavcev. Navajali so tudi zaskrbljenost za pacienta, kaj se bo z njim zgodilo po nastalem varnostnem odklonu. Ob tem se lahko zniža samoučinkovitost zdravstvenega delavca. Eden izmed zdravstvenih delavcev navaja tudi razočaranje nad samim seboj in omenja prepire v zdravstvenem timu, ki so njegovo stisko še poslabšali. Tudi Lee, et al. (2019) so prišli do podobnih ugotovitev med zdravstvenimi delavci, ki so bili vpleteni v varnostni odklon. Udeleženci raziskave so doživeli različne občutke in najpogosteje so navajali občutek krivde, obžalovanja, sramu, zaskrbljenosti za pacienta in zaskrbljenosti za svoj lastni ugled pred svojimi sodelavci. Zdravstvene delavce v naši raziskavi smo povprašali tudi o njihovem počutju in prisotnosti znakov ter simptomov po varnostnem odklonu, v katerega so bili vpleteni. Opisovali so hudo stisko, zaradi katere nekateri niso spali in na delo prihajali z odporom ter utrujeni. Posledično so navajali nižjo samozavest pri opravljanju dela, anksioznost in strah pred ponovitvijo dogodka, ki se jim je zgodil. Podobno ugotavljajo Naya, et al. (2023), ki navajajo, da se zdravstveni delavci, prepoznani kot druge žrtve, pogosto soočajo z izgubo samozavesti in z anksioznostjo, ki posledično vodi v nespečnost ter utrujenost. Kultura obtoževanja vpliva na zaznavanje psiholoških, fizičnih in profesionalnih motenj, kar lahko kaže na pomanjkanje podpore zdravstvene organizacije. Pravična kultura s podporo sodelavcev, vodij in organizacije je uporabna strategija za obvladovanje resnosti izkušenj druge žrtve (Stone, 2020a).

V drugem raziskovalnem vprašanju smo zaposlene vprašali, kakšno pomoč so pričakovali in potrebovali ob vpletenosti v varnostni odklon. Večina zdravstvenih delavcev je kot

najbolj zaželeno pomoč ob nastanku varnostnega odklona navajala pogovor s sodelavcem in neposredno nadrejenim. Menili so, da je to najboljši način oziroma pomoč pri zmanjševanju fizične in psihološke stike ob soočanju s takšnimi dogodki. Navajali so, da so le oni tisti, ki jim najboljše znajo prisluhniti v takšnih situacijah in tudi najbolj razumejo njihove stiske. Podobno sta v svoji raziskavi ugotovila Edrees in Wu (2017) – v intervjujih so zdravstveni delavci navajali, da je najbolj koristna vrstniška pomoč, ki so je v večini deležni pred pomočjo organizacije, ki pogosto zamuja. V naši raziskavi so zdravstveni delavci omenjali še psihološko pomoč, ki je na razpolago. Povedali so, da je premalo promovirana ali je zaposleni znotraj organizacije ne upajo/ne želijo uporabiti. Zato so izpostavili potrebo po psihološki pomoči zunaj terciarne ustanove. Eden od intervjuvancev je navedel tudi potrebo po mediaciji oziroma reševanju zapletov z vsemi vpletenimi zdravstvenimi delavci po nastalem varnostnem odklonu. Gre za sodelovanje vseh vpletenih in ne obtoževanje posameznika ter s tem opravičevanje sebe. Quillivan, et al. (2016) so v raziskavi ugotovili, da rezultati analize mediacije kažejo, da je takšno stisko v veliki meri mogoče pojasniti z zaznanim pomanjkanjem organizacijske podpore, ki je ključna pri odnosih med nekaznovano kulturo in fizično ter poklicno stisko. To nakazuje, da kultura nekaznovanja ustvarja okolje, v katerem je podpora učinkovita pri zmanjševanju fizične in poklicne stiske druge žrtve ter s tem pri ohranjanju dobrih medsebojnih odnosov zaposlenih. Mediatorji lahko v takšnih situacijah pripomorejo pri zmanjšanju tako fizičnih kot psihičnih stisk zdravstvenih delavcev, vpletenih v varnostni odklon (Mohd Kamaruzaman, et al., 2022). V današnjih razmerah zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene oskrbe morajo biti zaposleni, vodje in managerji sposobni analizirati veliko informacij za reševanje kompleksnih problemov, ki se pojavljajo v zdravstvenem sistemu. Če tim, ki analizira napako, ne pozna vpletenih, je analiza napake slaba ali nemogoča, učenje pa onemogočeno. Učenje je povezano s pravično kulturo. Če je ni, ne moremo govoriti o sistemu poročanja. Pri učenju iz napak pomaga več orodij: strokovni nadzori, notranje presoje, vzročno-posledične analize, tudi mortalitetne in morbiditetne konference (Rozman, et al., 2019).

V zadnjem, tretjem raziskovalnem vprašanju pa nas je zanimalo, kakšno vrsto pomoči so zdravstveni delavci dejansko prejeli ob nastanku varnostnega odklona. Navajali so, da so največ pomoči prejeli od nadrejenega in sodelavcev. To pomoč navajajo v obliki

pogovorov, kjer ocenjujejo, da je zelo dobra podpora, ko jih nekdo razume in podpira ter se ob tem takoj bolje počutijo. Ugotovili smo, da jim je v večini zelo koristil pogovor z vodjo njihove enote, saj so bile s tem zmanjšane njihove stiske in so lažje opravljali nadaljnje delo. To so raziskavi potrdili tudi Koyle, et al. (2021), ki ugotavljajo, da je medvrstniška podpora zelo zaželeno pri okrevanju zdravstvenih delavcev, tako ob izgorelosti kot ob pomoči drugi žrtvi varnostnega odklona. V naši raziskavi smo ugotovili, da zdravstveni delavci kot obliko pomoči pogosto navajajo tudi timske pogovore v okviru oddelka, ki jih imenujejo varnostni pogovori o dogodku. Kot pomembno so navedli, da se ne izpostavlja posameznika, ampak skupaj iščejo rešitve, da se tovrstni varnostni odkloni ne bi ponovili. Zelo podpirajo tudi skupne pogovore o varnosti, ki jih vodi koordinator za kakovost, kjer lahko razpravljajo o določenem varnostnem odklonu ter iščejo korektivne ukrepe in možnosti za izboljšave v določenih procesih dela. Pogovori o varnosti so usmerjeni v sistemsko iskanje rešitev, kjer je predvsem želja preprečiti ponovitev enakih ali podobnih varnostnih odklonov. Na takšnih pogovorih sodelujejo vsi prisotni, saj je tako lažje razjasni vzroke dogodkov ter poiskati skupne korektivne ukrepe (Kadivec, 2018). Z našimi ugotovitvami pa se ne strinjajo Van Gerven, et al. (2016). V kvalitativni raziskavi so namreč ugotovili, da zdravstveni delavci v okoljih, kjer je slabo razvita kultura varnosti, ne želijo odprto razpravljati o varnostnih odklonih pri pacientih. Kultura varnosti je kultura, v kateri vsaka oseba v zavodu priznava svojo odgovornost glede varnosti pacientov in si prizadeva izboljšati oskrbo, ki jo zagotavlja, poleg priznanja, da se lahko zgodijo varnostni odkloni in da zdravstvena oskrba ni brez tveganj. Kultura odprtosti in pravičnosti pa je kultura, v kateri se vsakdo zaveda svojega prispevka k varnosti posamezne zdravstvene obravnave. Varnostnega zapleta ne moremo vedno enačiti z napako in krivdo, temveč je pomembnejše, da se izvede vzročno-posledična analiza, zagotovi učenje in uvedejo preventivni ukrepi za zmanjševanje ponovnega pojavljanja enakih ali podobnih varnostnih odklonov in napak (Farkaš Lainščak, et al., 2022). Več zdravstvenih delavcev, vključenih v našo raziskavo, omenja tudi izobraževanja s področja zagotavljanja varnosti pacientov, saj lahko pripomorejo pri zmanjševanju pojavnosti varnostnih odklonov. Vsako izobraževanje bi moralo biti za zdravstvene delavce spodbudno in smiselno ter pomembno za stalno strokovno učenje in razumevanje zagotavljanja varne zdravstvene obravnave pacientov (Bottcher, et al., 2018). Lubi (2022) navaja, da lahko zdravstveni delavec največ na

področju izboljševanja kakovosti naredi s tem, da se stalno izobražuje. Čeprav si z izkušnjami v kliničnih okoljih naberemo izkušnje, moramo znanje nadgraditi in obnavljati s teoretičnim znanjem, s čimer zagotovimo kakovostno in varno delo. Osnova v kakovosti je torej tisto, kar odgovarja na vrsto vprašanj, s katerimi se ob vsakodnevnem delu srečujemo zdravstveni delavci. Sem štejemo številna vprašanja, ki se nanašajo na poklic posamezne stroke, njene cilje, odnose med izvajalci zdravstvene dejavnosti in pacienti, na management v zdravstvu, na sodelovanje v timih in na izobraževanje kadrov (Lubi, 2022).

Mnenje udeležencev v naši raziskavi je, da v terciarni zdravstveni ustanovi varnostne odklone dobro prepoznavajo ter jih tudi poročajo. Po analizi kvantitativnega dela raziskave smo trditve preverili še z intervjuji posameznikov, ki v terciarni ustanovi sodelujejo pri razvoju varnostne kulture. Ugotovili smo, da se zaposleni srečujejo z različnimi negativnimi občutki, ko so vpleteni v varnostni odklon in tudi uporabljajo pomoč, ki jim je na voljo. Seveda pa navajajo določene oblike pomoči, ki bi si jih še dodatno želeli ob vpletenosti v varnostni odklon. Do podrobnih ugotovitev smo prišli z intervjuji, kjer smo zaposlene lahko bolj usmerjeno povprašali o stvareh, ki smo jih želeli dodatno pojasniti. Naloga managementa v zdravstvu in zdravstveni negi je zagotavljati varno in kakovostno zdravstveno oskrbo. V zdravstveni oskrbi in na področju izboljševanja kakovosti in varnosti imamo dobre možnosti, predvsem ko želimo kompetentne zaposlene. V pomoč so nam matrike znanja in strokovno usposabljanje, v okviru katerega izvajalec zdravstvene nege pridobi ustrezne veščine in prakso za kakovostno in varno delo (Kadivec, 2022). Management zdravstvene prakse ne velja samo za vrhnji management, temveč tudi za srednji management ter management enot in zdravstvenih timov. V kliničnem okolju vodje pozitivno ali negativno vplivajo na prepričanja in dejanja svojih kolegov. Spremembe bodisi podpirajo ali pa jim nasprotujejo. Nekateri predstavniki managementa, ki jim zaposleni zdravstveni delavci sledijo, lahko prihajajo tudi iz vrhnjega managementa, so spoštovani med zaposlenimi zaradi svojega prispevka k inovacijam ali pa izhajajo iz tima, ki se vztrajno zavzema proti apatiji ali aktivnemu nasprotovanju spremembam (Rozman, et al., 2019). Vloga vodje je v poznavanju tehnik in orodij za izboljševanje kakovosti, znanosti o varnosti pacientov in metod prilagajanja spremembam, nato mora zgraditi zmogljivosti in zmožnosti za

nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov s postavitvijo mreže vodilnih timov za izboljšave v različnih enotah zdravstvene ustanove (Rozman, et al., 2019).

Rezultati naše raziskave so lahko osnova za izdelavo priporočil za vse zdravstvene ustanove v primeru, če se ob pojavu varnostnega odklona srečajo z drugo žrtvijo. V kliničnih okoljih bi predlagali nadaljevanje izobraževanja na področju varnostne kulture in pomena poročanja varnostnih odklonov. Predlagamo nadaljnji razvoj k varnostni kulturi, usmerjen v srednji management, poudarjanje pomena povratnih informacij ob varnostnem odklonu, v smislu preventivno korektivnih ukrepov ter nudenje pogovora s psihologom ali pomoči zaposlenim zdravstvenim delavcem v ustanovi oziroma izven nje.

3.5.1 Omejitve raziskave

V raziskavo sta bili vključeni dve poklicni skupini zdravstvenih delavcev, in sicer zaposleni v zdravstveni negi in zdravniki, nismo pa vključili ostalih zdravstvenih sodelavcev oziroma strokovnjakov, ki se vključujejo v proces dela (fizioterapevti, farmacevti, psihologi). V raziskavo je bila vključena le ena terciarna ustanova, v prihodnosti pa bi bilo smiselno izvesti še primerjavo med drugimi zdravstvenimi ustanovami. Varnostnih odklonov ne bo mogoče povsem preprečiti, zato bo raziskovanje ključnega pomena pri razvoju sistemov za poročanja teh in seveda razvijanje sistemov za preprečevanje napak. Z raziskovanjem bi lahko pripomogli tudi pri razvoju ustreznih programov pomoči zdravstvenim delavcem, ki so žrtve varnostnih odklonov. V slovenskem prostoru je področje sindroma druge žrtve neraziskano oziroma je zelo malo zapisanega o tem, zato bo v prihodnosti treba to še dodatno raziskati.

4 ZAKLJUČEK

Glavni cilj magistrskega dela je bil ugotoviti, kako razvita je kultura varnosti v terciarni zdravstveni ustanovi, kako varnostni odkloni vplivajo na zaposlene zdravstvene delavce, ki se z njimi soočajo, kakšno pomoč uporabljajo ob tem in kakšno pomoč potrebujejo.

Ugotovili smo, da zaposleni zdravstveni delavci v terciarni zdravstveni ustanovi varnostne odklone dobro prepoznajo in jih tudi poročajo. Pri tem se terciarna ustanova srečuje z izzivi, kako pri vseh profesionalnih skupinah zagotoviti, da poročanje vidijo kot način učenja in izboljševanja kakovosti in varnosti. Pogosto se po varnostnem odklonu srečajo z različnimi negativnimi občutki, kot so: krivda, obžalovanje, sram, zaskrbljenost za pacienta in zaskrbljenost za lasten ugled pred svojimi sodelavci, nekateri so navajali tudi nespečnost in posledično so na delo prihajali utrujeni in z odporom.

Zaposleni se veliko lažje odločijo za podporo sodelavcev kot za podporo nadrejenih in terciarne ustanove. Dejstvo narekuje nov izziv terciarni ustanovi, in sicer krepi podporno vedenje med zaposlenimi. V praksi podporno vedenje pomeni način in obseg, v kolikšni meri si člani delovnega tima medsebojno pomagajo pri opravljanju svojih vlog in doseganju ciljev, kot jih opredeljuje njihova vloga v timu. V trenutnih pogojih, ko vlada veliko pomanjkanje zdravstvenih delavcev, je to še posebej pomembna naloga, ki pred management postavlja izziv. Veliko pozornosti bo moral nameniti temu, kako so delovni timi sestavljeni, kako so člani tima usposobljeni ter kako si lahko med seboj pomagajo pri izvajanju nalog. S tem se kaže priložnost za novo raziskavo o načinu delovanja v delovnih timih, s ciljem zagotoviti pomoč posameznim članom in hkrati prispevati k uspešnosti tima kot celote. Druga priložnost je v zagotavljanju ustrezne pomoči po nastanku varnostnih odklonov, predvsem v smislu vključevanja ustreznih strokovnjakov, tj. psihologov, v reševanje težav in stisk, ki se pojavijo po nastanku napake ali varnostnega odklona. S tem bi lahko znatno zmanjšali številne stiske ter hkrati izboljšali samoučinkovitost in samopodobo zaposlenih in verjetno tudi preprečili odhode na druga delovna mesta.

Naslednja priložnost terciarne ustanove je nadaljevati širjenje kulture varnosti med vsemi zdravstvenimi profili. Pomembno je širjenje pravične kulture, take, kjer ljudje lahko sporočajo napake brez posledic in kjer je poročanje pomembno za učenje iz napak ter za krepitev sistema kakovosti in varnosti.

Glede na to, da je področje sindroma druge žrtve varnostnih odklonov v slovenskem prostoru neraziskano, bi mu morali nameniti več pozornosti. Podobne raziskave bi bilo smiselno izvesti tudi v preostalih zdravstvenih ustanovah in rezultate primerjati med seboj. S tem bi pripomogli k preprečevanju in prepoznavanju pojava sindroma druge žrtve ter k ozaveščanju in nudenju različnih pomoči v primeru, ko zdravstveni delavci postanejo druga žrtev varnostnega odklona. Pomembno je, da se zdravstveni delavci na področju varnosti pacientov pogosto in redno izobražujejo, s čimer bomo dosegli, da se bodo varnostni odkloni poročali in posledično sprejemali ustrezni učinkoviti ukrepi. Tako bomo zaposlenim olajšali številne stiske in jim predvsem zagotovili delovno okolje z manj stresa, kar je danes za bolnišnična klinična okolja še posebej pomembno, saj si želimo zadržati kader in mu omogočiti, da se v svojem okolju dobro počuti.

5 LITERATURA

Abdulla, M.A., Habas, E., Al Halabi, A., Hassan, M., Sohail, F., Alajmi, J. & Ghazouan, H., 2023. An Evaluation of Healthcare Safety Culture Among Healthcare Professionals in Secondary and Tertiary Public Hospitals in the Middle East Region. *Cureus*, 15(2), pp. 1-19. 10.7759/cureus.35299.

Abuosi, A.A., Poku, C.A., Attafuah, P.Y.A., Anaba, E.A., Abor, P.A., Setordji, A. & Nketiah-Amponsah E., 2022. Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLoS One*, 17(10), pp. 1-18. 10.1371/journal.pone.0275606.

Al Lawati, M.H., Short, D.S., Abdulhadi Noor, N. & Panchatcharam Murthi, S., 2019. Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire - based survey. *BMC Family Practice*, 50, pp. 1-8. 10.1186/s12875-019-0937-4.

Albaalharith, T. & A'aqoulah, A., 2023. Level of Patient Safety Culture Awareness Among Healthcare Workers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, pp. 321-332. 10.2147/JMDH.S376623.

Aljuaid, M., Alajman, N., Alsafadi, A., Alnajjar, F. & and Alshaikh, M., 2021. Medication Error During the Day and Night Shift on Weekdays and Weekends: A Single Teaching Hospital Experience in Riyadh, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, pp. 2571-2578. 10.2147/RMHP.S311638.

All European Academies, 2023. *The European Code of Conduct for Research Integrity – Revised Edition 2023*. [pdf] All European Academies. Available at: <https://allea.org/wp-content/uploads/2023/06/European-Code-of-Conduct-Revised-Edition-2023.pdf> [Accessed 3 March 2024].

Alsulami, S.L., Sardidi, H.O., Almuzaini, S.R., Alsaif, M.A., Almuzaini, H.S., Moukaddem, M.S., & Kharal, M.S., 2019. Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 40(3), pp. 246-251. 10.15537/smj.2019.3.23960.

American Accreditation Commission International, 2018. *Certification*. [online] Available at: <http://aacihealthcare.com/services/certification/> [Accessed 8 January 2023].

Asgarian, A., Mahjour, P., Hamidreza, H., Khademi, N., Ghassami, K. & Mohammadbeigi, A., 2020. Barriers and Facilities in Reporting Medical Errors A Systematic Review Study. *Advances in Human Biology*, 11(1), pp. 17-25. 10.4103/AIHB.AIHB_80_20.

Awan, S., Diwan, M.N., Aamir, A., Allahuddin, Z., Irfan, M., Carano, A., Vellante, F., Ventriglio, A., Fornaro, M. Valchera, A., Pettoruso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., Ullah, I. & De Berardiscorresponding, D., 2021. Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, pp. 1-7. 10.3389/fpsy.2021.792925.

Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T.T.H. & Elshennawy, A., 2022. Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), p. 2353. 10.3390/ijerph19042353.

Bajda, N., 2020. *Odnos in znanje zdravstvenega osebja v Osnovnem zdravstvu Gorenjske o varnosti pacientov: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Bardossy, A.C., Zervos, J. & Zervos, 2016. Preventing Hospital-acquired Infections in Low-income and Middle-income Countries: Impact, Gaps, and Opportunities. *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3), pp. 805-815. 10.1016/j.idc.2016.04.006.

Beger, C., Boehmer, A.M., Mussawy, B., Redeker, L., Matthies, F., Schäfermeier, R., Härdtlein, A., Dreischulte, T., Neumann, D. & Uciteli, A., 2023. Modelling Adverse

Events with the TOP Phenotyping Framework. *Studies in Health Technology and Informatics*, 307, pp. 69-77. 10.3233/SHTI230695.

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*, 9(8), pp. 1-9. 10.1136/bmjopen-2018-026788.

Brasaitė, I., Kaunonen, M., Martinkenas, A. & Suominen, T., 2016. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), pp. 30-50. 10.1111/scs.12136.

Busch, I.M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A.W. & Rimondini, M., 2020. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 16(2), pp. 61-74. 10.1097/PTS.0000000000000589.

Bushuven, S., Trifunovic-Koenig, M., Bentele, M., Bentele, S., Strametz, R., Klemm, V. & Raspe, M., 2022. Self-Assessment and Learning Motivation in the Second Victim Phenomenon. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), pp. 2-21. 10.3390/ijerph192316016.

Camacho-Rodríguez, D.E., Carrasquilla-Baza, D.A., Dominguez-Cancino, K.A. & Palmieri, P.A., 2022. Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), pp. 1-23. 10.3390/ijerph192114380.

Chauhan, B.F., Jeyaraman, M., Mann, A.S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K.M., About Setta, A. & Zarychanski, R., 2017. Behaviour change interventions and policies influencing primary healthcare professionals practice: An overview of reviews. *Implementation science*, 12(1), pp. 1-16. 10.1186/s13012-016-0538-8.

Choi, E.Y., Pyo, J., Ock, M. & Lee, H., 2021. Second victim phenomenon after patient safety incidents among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 107, pp. 1-8. 10.1016/j.nedt.2021.105115.

Choi, E.Y., Pyo, J., Ock, M. & Lee, H., 2022. Profiles of second victim symptoms and desired support strategies among Korean nurses: A latent profile analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(9), pp. 2872-2883. 10.1111/jan.15221.

Cohen, R., Sela, Y., Halevi Hochwald, I. & Nissanholz-Gannot, R., 2023. Nurses' Silence: Understanding the Impacts of Second Victim Phenomenon among Israeli Nurses. *Healthcare (Basel)*, 11(13), pp. 1-14. 10.3390/healthcare11131961.

Coughlan, B., Powellb, D. & Higginsc, M.F., 2017. The Second Victim: a Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 212, pp. 11-16. 10.1016/j.ejogrb.2017.04.002.

Danielsson, M., Nilsson, P., Rutberg, H. & Arestedt, K., 2017. A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Journal of patient safety*, 15(4), pp. 328-333. 10.1097/PTS.0000000000000369.

Diz, A.B.M. & Lucas, P.R.M.B., 2022. Hospital patient safety at the emergency department - a systematic review. *Cien Saude Colet*, 27(5), pp. 1803-1812. 10.1590/1413-81232022275.22742021.

Dotan, D.B. & Koski, K.J., 2017. *How Predictive Analytics Will Prevent the Cost of Harm: A Practical Approach for Hospital Management Systems*. [pdf] Available at: <https://www.pegwin.io/how-predictive-analytics-will-prevent-the-cost-of-harm.pdf> [Accessed 27 September 2023].

Edrees, H.H. & Wu, A.W., 2017. Does One Size Fit All? Assessing the Need for Organizational Second Victim Support Programs. *Journal of Patient Safety*, 17(3), pp. 247-254. 10.1097/PTS.0000000000000321.

European Commission, 2014. *Patient safety: progress made, more needed*. [online] Available at: http://europa.eu/rapid/press-release_IP14-694_sl.htm [Accessed 29 May 2023].

Euteneier, A., 2020. Culture of safety and clinical risk management. *Unfallchirurg*, 123(1), pp. 22-28. 10.1007/s00113-019-00740-2.

Fadda, J., 2018. Quality of Healthcare: A Review of the Impact of the Hospital Physical Environment on Improving Quality of Care. In: A. Sayigh, ed. *Sustainable Building for a Cleaner Environment. Innovative Renewable Energy*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 217-253.

Falcone, M.L., Van Stee, S.K., Tokac, U. & Fish, A.F., 2022. Adverse Event Reporting Priorities: An Integrative Review. *Journal of Patient Safety*, 18(4), pp. 727-740. 10.1097/PTS.0000000000000945.

Farkaš Lainščak, J., Grabar, D., Kobal Straus, K., Marušič, D., Poldrugovac, M. & Simčič, B., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu- priručnik za zdravstvene delavce in sodelavce*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Ferrús, L., Silvestre, C., Olivera, G. & Mira, J.J., 2021. Qualitative Study About the Experiences of Colleagues of Health Professionals Involved in an Adverse Event. *Journal of Patient Safety*, 17(1), pp. 36-43. 10.1097/PTS.0000000000000309.

Finney, R.E., Czinski, S., Fjerstad, K., Arteaga, G.M., Weaver, A.L., Riggan, K.A., Allyse, M.A., Long, M.E., Torbenson, V.E. & Rivera-Chiauszi E.Y., 2021. Evaluation of a Second Victim Peer Support Program on Perceptions of Second Victim Experiences and Supportive Resources in Pediatric Clinical Specialties Using the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST). *Journal of Pediatric Nursing*, 61, pp. 312-317. 10.1016/j.pedn.2021.08.023.

Ganahl, S., Knaus, M., Wiesenhuetter, I., Klemm, V., Jabinger, E.M. & Strametz, R., 2022. Second Victims in Intensive Care-Emotional Stress and Traumatization of Intensive Care Nurses in Western Austria after Adverse Events during the Treatment of Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), pp. 1-9. 10.3390/ijerph19063611.

Gartshore, E., Waring, J. & Timmons, S., 2017. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17, p. 752. 10.1186/s12913-017-2713-2.

Guttman, O.T., Lazzara, E.H., Keebler, J.R., Webster, K.L.W., Gisick, L.M. & Baker, A.L., 2021. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), pp. 1465-1471. 10.1097/PTS.0000000000000541.

Ha, F.J., Hare, D.L., Cameron, J.D. & Toukhsati, S.R., 2018. Heart Failure and Exercise: A Narrative Review of the Role of Self-Efficacy. *Heart, Lung and Circulation*, 27(1), pp. 22-27. 10.1016/j.hlc.2017.08.012.

Halldorsdottir, S., Einarsdottir, E.J. & Runar Edvardson, I., 2018. Effects of cutbacks on motivating factors among nurses in primary healthcare. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), pp. 397-406. 10.1111/scs.12474.

Hauk, L., 2018a. Support strategies for health care professionals who are second victims. *Association of periOperative Registered Nurses*, 107(6), pp. 7-9. 10.1002/aorn.12291.

Hauk, L., 2018b. Understanding the second victim recovery process. *Association of periOperative Registered Nurses*, 107(6), p. 4. 10.1002/aorn.12285.

Haque, M., Sartelli, M., McKimm, J. & Abu Bakar, M., 2018. Health care-associated infections – an overview. *Infect Drug Resist*, 11, pp. 2321-2333. 10.2147/IDR.S177247.

Hessels, A., Paliwal, M., Weaver, S.H., Siddiqui, M.D. & Wurmser, T.A., 2019. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), pp. 287-294. 10.1097/NCQ.0000000000000378.

Holden, J. & Card, A.J., 2019. Patient safety professionals as the third victims of adverse events. *Journal of patient safety and risk management*, 24(4), pp. 166-175. 10.1177/2516043519850914.

Hong, S. & Li, Q., 2017. The reasons for Chinese nursing staff to report adverse events: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*, 25, pp. 231-239. 10.1111/jonm.12461.

Huang, R., Sun, H., Chen, G., Li, Y. & Wang, J., 2022. Second-victim experience and support among nurses in mainland China. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 260-267. 10.1111/jonm.13490.

Kadivec, S., 2018. Pogovori o varnosti v Kliniki Golnik. In: B. Gunčar & G. Žargi, eds. *Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov 27. letne konference Slovenskega združenja za kakovost in odličnost, Portorož, 8. in 9. november 2018*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 131-134.

Kadivec, S., 2019a. Pogovori o varnosti v sistemu izboljševanja kakovosti. In: B. Putar, ed. *1. dan kakovosti BT, Preteklost-sedanost-prihodnost v zdravstvu. Topolšica, 7. junij 2019*. Terme Topolšica: Bolnišnica Topolšica, pp. 44-48.

Kadivec, S., 2019b. Zagotavljanje varnosti v kliničnem okolju. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2019: Akutno poslabšanje kroničnih bolezni: (pljučni rak, astma, intersticijske bolezni); Zbornik predavanj z recenzijo: Program za zdravstveno nego. Bled, 11. in 12. oktober 2019*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 17-23.

Kadivec, S., 2022. Izobraževanje in usposabljanje za kakovostno in varno delo. In: B. Puhar, ed. *2. Dan kakovosti Bolnišnice Topolšica: Educirani, kompetentni, odgovorni zaposleni v sistemu kakovosti; Zbornik predavanj z recenzijo*. Topolšica: Bolnišnica Topolšica, pp. 78-82.

Kappes, K., Romero-García, M. & Delgado-Hito, P., 2021. Coping strategies in health care providers as second victims: A systematic review. *International Nursing Review*, 68(4), pp. 471-481. 10.1111/inr.12694.

Klemenc Ketiš, Z., Tveter Deilkas, E., Hofoss, D. & Tschudi Bondevik, G., 2017. Patient safety culture in Slovenian out-of hours primary care clinics. *Zdravniški vestnik*, 56(4), pp. 203-210. 10.1515/sjph-2017-0028.

Koyle, M.A., Chua, M.E., Kherani, T., Pereira, N. & Heiss, K., 2021. The second victim requires more than *Medice Cura Te Ipsum*. *Canadian Urological Association Journal*, 6(1), pp. 40-42. 10.5489/cuaj.7229.

Kowalczyk, K., Krajewska-Kuľak, E. & Sobolewski, M., 2020. Working Excessively and Burnout Among Nurses in the Context of Sick Leaves. *Frontiers in Psychology*, 11, pp. 1-8. 10.3389/fpsyg.2020.00285.

Kramar, Z., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu: Priročnik*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Lee, W., Pyo, J., Gyeong Jang, S., Choi, J.E. & Ock, M., 2019. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), pp. 1-12. 10.1186/s12913-019-3936-1.

Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H. & Gamble, J., 2017. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women Birth*, 30(1), pp. 40-45. 10.1016/j.wombi.2016.06.006.

Liu, C.H., Zhang, L.J., Ping, Y.J. & Wang, L., 2020. Failure mode and effects analysis for proactive healthcare risk evaluation: A systematic literature review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), pp. 1320-1337. 10.1111/jep.13317.

Liukka, M., Steven, A., Moreno, M.F.V., Sara-Aho, A.M., Khakurel, J., Pearson, P., Turunen, H. & Tella, S., 2020. Action after Adverse Events in Healthcare: An Integrative Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), pp. 1-16. 10.3390/ijerph17134717.

Lubi, T., 2022. Izobraževanje zaposlenih o kakovostni in varni obravnavi pacientov v zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. In: B. Puhar, ed. 2. *Dan kakovosti Bolnišnice Topolšica: Educirani, kompetentni, odgovorni zaposleni v sistemu kakovosti; Zbornik predavanj z recenzijo*. Topolšica: Bolnišnica Topolšica, pp. 48-55.

Lubi, T. & Roj, I.R., 2019. Varnost pacientov kot pomembno načelo v zdravstveni obravnavi- imamo kulturo varnosti ali kulturo strahu? In: S. Jerebic, ed. *Multidisciplinarnost, kompetence, kultura varnosti – Ali je pacient v središču obravnave?: zbornik predavanj. 12. dan Angele Boškin, Bled 11. april 2019*. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 72-75.

Lunevicius, R. & Haagsma, J.A., 2018. Incidence and mortality from adverse effects of medical treatment in the UK, 1990–2013: levels, trends, patterns and comparisons. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(7), pp. 558-564. 10.1093/intqhc/mzy068.

Lv, H., Pan, X., Wang, Y., Liang, H. & Yu, H., 2022. Barriers to healthcare workers reporting adverse events following immunization in Zhejiang province, China. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 18(5), pp. 1-7. 10.1080/21645515.2022.2083865.

MacGillivray, T.E., 2020. Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 16(3), pp. 192-198. 10.14797/mdcj-16-3-192.

Magaldi, M., Perdomo, J.M., López-Baamonde, M., Chanzá, M., Sanchez, D. & Gomar, C., 2021. Second victim phenomenon in a surgical area: Online survey. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 68(9), pp. 504-512. 10.1016/j.redare.2020.11.007.

Mansouri, S.F., Mohammadi, T.K., Adib, M., Lili, E.K. & Soodmand, M., 2019. Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *British Journal of Nursing*, 28(11), pp. 690-695. 10.12968/bjon.2019.28.11.690.

Marran, J.E., 2019. Supporting staff who are second victims after adverse healthcare events. *Nursing Management*, 26(6), pp. 36-43. 10.7748/nm.2019.e1872.

Marx, D., 2019. Patient Safety and the Just Culture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(2), pp. 239-245. 10.1016/j.ogc.2019.01.003.

Mathebul, Le C., Filmalter, C.J., Jordaan, J. & Heyns, T., 2022. Second victim experiences of healthcare providers after adverse events: A cross-sectional study. *Health SA Gesondheid*, 27, pp. 1-6. 10.4102/hsag.v27i0.1858.

McDaniel, L.R. & Morris, C., 2020. The Second Victim Phenomenon: How Are Midwives Affected? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), pp. 503-511. 10.1111/jmwh.13092.

Ministrstvo za zdravje, 2022. *Varnost zdravstvenega varstva*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/varnost-zdravstvenega-varstva/> [Accessed 7 February 2023].

Mohd Kamaruzaman, A.Z., Ibrahim, M.I., Mokhtar, A.M., Mohd Zain, M., Satiman, S.N. & Yaacob, N.M., 2022. Translation and Validation of the Malay Revised Second Victim Experience and Support Tool (M-SVEST-R) among Healthcare Workers in Kelantan, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), pp. 1-16. 10.3390/ijerph19042045.

Mok, W.Q., Chin, G.F., Yap, S.F. & Wang, W., 2019. A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *Journal of Nursing Management*, 28, pp. 286-293. 10.1111/jonm.12920.

Morley, G., 2018. What is 'moral distress' in nursing and how should we respond to It? *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), pp. 3443-3445. 10.1111/jocn.14332.

Mousa, O., Sedeq Alghazal, M., Abdullah AlBather, A.A., Nasser Alhassan, A., Hussain Alamer, K., Taher Alghadeer, Z. & Faye Alasiri, S., 2023. A Study on Patient Safety Incidents and the Second Victim Phenomenon Among Healthcare Providers in Al-Ahsa, Saudi Arabia. *Cureus*, 15(11), pp. 1-16. 10.7759/cureus.49324.

Naya, K., Aikawa, G., Ouchi, A., Ikeda, M., Fukushima, A., Yamada, S., Kamogawa, M., Yoshihara, S. & Sakuramoto, H., 2023. Second victim syndrome in intensive care unit healthcare workers: A systematic review and meta-analysis on types, prevalence, risk factors, and recovery time. *PLoS One*, 18(10), pp. 1-13. 10.1371/journal.pone.0292108.

Neft, M.W., Sekula, K., Zoucha, R., Smith Glasgow, M.E., Van Pelt, M. & Mitchell, A.M., 2022. Support Methods for Healthcare Professionals Who Are Second Victims: An Integrative Review. *Journal of the American Association of Nurse Anesthesiology*, 90(3), pp. 189-196.

Nydoo, P., Pillay, B.J., Naicker, T. & Moodley, J., 2020. The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(6), pp. 626-637. 10.1177/1403494819855506.

Ozeke, O., Ozeke, V., Coskun, O. & Budakoglu, I.I., 2019. Second victims in health care: current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, 10, pp. 593-603. 10.2147/AMEP.S185912.

Quillivan, R.R., Burlison, J.D., Browne, E.K., Scott, S.D. & Hoffman, J.M., 2016. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress

in Nurses. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(8), pp. 377-386. 10.1016/s1553-7250(16)42053-2.

Perme, J., 2019. Kakovost in varnost, novi standardi pri nazogastrični sondi ter aplikacija zdravil. In: V. Jagodic Bašič, ed. *Zdravstvena nega pacienta, ki prejema protimikrobna zdravila. Rimske Toplice, 19. in 20. marec 2019*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 51-54.

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

Reason, J., 2000. Human error: models and management. *The British Medical Journal*, 320, pp. 768-770. 10.1136/bmj.320.7237.768.

Reis, C.T., Paiva, S.G. & Sousa, P., 2018. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), pp. 660-677. 10.1093/intqhc/mzy080.

Resolucija Evropskega parlamenta z dne 13. septembra 2018 o Evropskem akcijskem načrtu eno zdravjezoper odpornost proti antimikrobikom, 2018. Uradni list Evropske unije C 433/153.

Rinaldi, C., Leigheba, F., Vanhaecht, K., Donnarmmaa, C. & Panellaa, M., 2016. Becoming a “second victim” in health care: pathway of recovery after adverse event. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(Suppl. 2), pp. 11-19. 10.1016/j.cali.2016.05.001.

Robertson, J.J. & Long, B., 2018. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(4), pp. 402-409. 10.1016/j.jemermed.2017.12.001.

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

Robida, A., 2018a. Napake v zdravstvu – kako gledamo na napake, poimenovanje napak, kako napake nastanejo. In S. Sterle & 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. 5-10.

Robida, A., 2018b. Pravična kultura obravnave škodljivih dogodkov v zdravstvu. In S. Sterle & 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.

Rodziewicz, T.L., Houseman, B. & Hipskind, J.E., 2023. *Medical Error Reduction and Prevention*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/> [Accessed 28 August 2023].

Rozman, R., Kovač, J., Filej, B. & Robida, A., 2019. *Management v zdravstvenih organizacijah*. Ljubljana: Lexpera, GV Založba.

Santana-Domínguez, I., González-de la Torre, H. & Martín-Martínez, A., 2021. Cross-cultural adaptation to the Spanish context and evaluation of the content validity of the Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E) questionnaire. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 31(6), pp. 334-343. 10.1016/j.enfcle.2020.12.004.

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M. & Ausserhofer, D., 2018. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), p. 521.

Seys, D., Panella, M., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J.J., Van Wilder, A., Godderis, L. & Vanhaecht, K., 2023. In search of an international multidimensional action plan for

second victim support: a narrative review. *BMC Health Services Research*, 23(1), pp. 1-11. 10.1186/s12913-023-09637-8.

Shanks, L., Bil, K. & Fernhout, J., 2015. Learning without Borders: A Review of the Implementation of Medical Error Reporting in Médecins Sans Frontières. *Plos one*, 10(9), pp. 1-14. 10.1371/journal.pone.0137158.

Shao, Y., Li, S., Wei, L., Shan, X., Zhou, D., Zhang, Y. & Wei, H., 2023. Nurses' second victim experience, job insecurity, and turnover intention: A latent profile analysis. *Research in Nursing & Health*, 46(3), pp. 360-373. 10.1002/nur.22313.

Shuangjiang, Z., Huanhuan, H., Ling, X., Qinghua, Z. & Mingzhao, X., 2022. Second victim experience and support desire among nurses working at regional levels in China. *Journal of Nursing Management*, 30(3), pp. 767-776. 10.1111/jonm.13563.

Skelly, C.L., Cassagnol, M. & Munakomi, 2023. *Adverse event*. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/> [Accessed 28 February 2024].

Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N. & Behm, J. 2018. *Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Stariha, E., 2018. Neželeni dogodki pri zdravljenju z zdravili v Kliniki Golnik. In B. Gunčar & G. Žargi, eds. *Skupaj rastemo s kakovostjo – zbornik referatov*. Portorož: Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 151-155.

Stehman, C.R., Testo, Z., Gershaw, R.S. & Kellogg, A.R., 2019. Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 20(3), pp. 485-494. 10.5811/westjem.2019.4.40970.

Stone, M., 2020a. Second Victim Support: Nurses' Perspectives of Organizational Support After an Adverse Event. *Journal of Nursing Management*, 50(10), pp. 521-525. 10.1097/NNA.0000000000000928.

Stone, M., 2020b. Second victim support programs for healthcare organizations. *Nursing Management*, 51(6), pp. 38-45. 10.1097/01.NUMA.0000662664.90688.1d.

Sullivan, G.M., 2011. A Primer on the Validity of Assessment Instruments. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(2), pp. 119-120. 10.4300/JGME-D-11-00075.1.

Sun, L., Deng, J., Xu, J. & Ye, X., 2022. Rumination's Role in Second Victim Nurses' Recovery From Psychological Trauma: A Cross-Sectional Study in China. *Front Psychol. Frontiers in Psychology*, 13, pp. 1-10. 10.3389/fpsyg.2022.860902.

Sun, L., Lu, Q., Gao, W., Li, X., Cheng, J., Liu, D. & Cao, Y., 2023. Study on the influence of patient safety culture on the pain and turnover intention of Chinese nurses in adverse nursing events. *Nursing Open*, 10(10), pp. 6866-6874. 10.1002/nop2.1936.

Škrab, K. & Mlinar, S., 2021. Napake pri ravnanju z zdravili in strategije za njihovo zmanjševanje. *Revija za zdravstvene vede*, 8(2), pp. 44-64.

Thompson, M., Hunnicutt, R., Broadhead, M., Vining, B. & Aroke, E.N., 2022. Implementation of a Certified Registered Nurse Anesthetist Second Victim Peer Support Program. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(2), pp. 167-173. 10.1016/j.jopan.2021.05.005.

Torres, Y., Rodríguez, Y. & Pérez, E., 2022. How to improve the quality of healthcare services and patient safety by adopting strategies from the aviation sector? *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(39), pp. 182-190. 10.1016/j.jhqr.2021.10.009.

Toyabe, S., 2016. Characteristics of inpatient falls not reported in an incident reporting system. *Global Journal of Health Science*, 8(3), pp. 17-25. 10.5539/gjhs.v8n3p17.

Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P.A., Khakurel, J. & Vizcaya-Moreno, F., 2020. Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), p. 2028. 10.3390/ijerph17062028.

Van der Velden, P.G., Contino, C., Akkermans, A.J. & Das, M., 2020. Victims of medical errors and the problems they face: a prospective comparative study among the Dutch population. *European Journal of Public Health*, 30(6), pp. 1062-1066. 10.1093/eurpub/ckaa106.

Van Gerven, E., Bruyneel, L., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W. and Vanhaecht, K., 2016. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open*, 6(8), pp. 1-10. 10.1136/bmjopen-2016-011403.

Vanhaecht, K., Seys, D., Schouten, L., Bruyneel, L., Coeckelberghs, E., Panella, M. & Zeeman, G., 2019. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*, 9(7), pp. 1-9. 10.1136/bmjopen-2019-029923.

Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Sigurgeirsdóttir, S., Wu, A.W., Pölluste, K., Popovici, D.G., Sfetcu, R., Kurt, S. & Panella, M., 2022. An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), pp. 1-10. 10.3390/ijerph192416869.

Vernaz, N., Simona, A. & Samer, C.F., 2020. The Swiss Cheese Prescribing Model for Precision Medicine. *American Journal of Medicine*, 133(11), pp. 1249-1251. 10.1016/j.amjmed.2020.06.001.

Vlayen, A., Hellings, J., Garcia Barrado, L., Haelterman, M., Peleman, H., Schrooten, W. & Claes, N., 2015. Evolution of patient safety culture in Belgian acute, psychiatric and long-term care hospitals. *BMC Safety in Health*, 1(2), pp. 1-15. 10.1186/2056-5917-1-2.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Vrbnjak, D. & Pajnikihar, M., 2015. Raziskave mešanih metod v zdravstveni negi. In: M. Pajnikihar, ed. *Mednarodna konferenca »Znanstveni dokazi za razvoj izobraževanja in prakse v zdravstvu«*. Zbornik predavanj. Maribor, 2. junij 2015. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 30-33.

White, R.M. & Delacroix, R., 2020. Second victim phenomenon: Is 'just culture' a reality? An integrative review. *Applied Nursing Research*, 56, pp. 1-12. 10.1016/j.apnr.2020.151319.

Wiegmann, D.A., Wood, L.J., Cohen, T.N. & Shappell, S.A., 2022. Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *Journal of patient safety*, 18(2), pp. 119-123. 10.1097/PTS.0000000000000810.

Winning, A.M., Merandi, J., Rausch, J.R., Liao, N., Hoffman, J.M., Bn, J.D. & Gerhardt, C.A., 2021. Validation of the Second Victim Experience and Support Tool-Revised in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Patient Safety*, 17(8), pp. 531-540. 10.1097/PTS.0000000000000659.

World Health Organization, 2016. *Patient safety*. Geneva: World Health Organization. [online] Available at: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about> [Accessed 8 January 2023].

Xu, H., Cao, X., Jin, Q.X., Wang, R.S., Zhang, Y.H. & Chen, Z.H., 2022. The impact of the second victim's experience and support on the career success of psychiatric nurses:

The mediating effect of psychological resilience. *Journal of Nursing Management*, 30(6), pp. 1559-1569. 10.1111/jonm.13467.

Yan, L., Tan, J., Chen, H., Yao, L., Li, Y., Zhao, O. & Xiao, M., 2021. Experience and support of Chinese healthcare professionals as second victims of patient safety incidents: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), pp. 733-743. 10.1111/ppc.12843.

Zarbo, R.J., 2022. Management Systems to Structure Continuous Quality Improvement. *American Journal of Clinical Pathology*, 157(2), pp. 159-170. 10.1093/ajcp/aqab109.

Zhang, X., Li, Q., Guo, Y. & Lee, S.Y., 2019. From organisational support to second victim-related distress: Role of patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 27(8), pp. 1818-1825. 10.1111/jonm.12881.

Zhao, X., Shi, C. & Zhao, L., 2022. Nurses' Intentions, Awareness and Barriers in Reporting Adverse Events: A Cross-Sectional Survey in Tertiary Hospitals in China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, pp. 1987-1997. 10.2147/RMHP.S386458.

Zupanc, T., Vrankar, K. & Kadivec, S., 2018. Doživljanje medicinskih sester ob pojavu neželenega dogodka. In: S. Kadivec, ed. *Celostna obravnava bolnika s kronično pljučno boleznijo: zbornik predavanj z recenzijo: program za zdravstveno nego*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 7-11.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

INSTRUMENT ZA KVANTITATIVNO ANALIZO PODATKOV

VPRAŠALNIK

Spoštovani,

sem Gregor Ziherl, študent magistrskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Pod mentorstvom doc. dr. Saše Kadivec pripravljam magistrsko delo z naslovom *Pomoč drugi žrtvi ob nastanku varnostnih odklonov v terciarni zdravstveni ustanovi – študija primera ene organizacije*.

Druga žrtev v zdravstvu je definirana kot zdravstveni delavec, ki je bil vpleten v varnostnem odklonu in zaradi tega doživlja stiske na čustvenem, kognitivnem in vedenjskem področju (Vanhaecht, et al., 2022). Namen raziskave je ugotoviti, kako se zdravstveni delavci soočajo z varnostnimi odkloni in kakšne pomoči so deležni. Gre za prvo raziskavo s področja druge žrtve v slovenskem zdravstvenem prostoru, zato je vaše sodelovanje ključnega pomena. Vprašalnik je popolnoma anonimen in tudi rezultati raziskave bodo anonimno interpretirani. Izpolnjevanje anketnega vprašalnika vam bo vzelo približno 10 minut. Pri vsakem sklopu so navedena navodila za izpolnjevanje, ki jih, prosimo, upoštevajte.

Po analizi pridobljenih rezultatov bomo osnovali še vprašanja za polstrukturiran intervju, h kateremu bomo povabili manjše število posameznikov, za katere ocenjujemo, da na osnovi svojih izkušenj in znanja lahko še bolj poglobljeno prispevajo k boljšemu razumevanju raziskovalnega problema. Končne rezultate bomo prikazali v magistrskem delu.

Za sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Gregor Ziherl

1. DEL: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol:

- Moški
- Ženska

2. Starost (v letih): _____

3. Delovna doba (v letih): _____

4. Delovno mesto:

- Bolniški oddelek
- Oddelek za intenzivno nego in terapijo
- Urgentna ambulanta
- Specialistična ambulanta
- Diagnostična enota

5. Kaj ste po poklicu:

- Tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra
- Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik
- Magister zdravstvene nege/drugi strokovni magisterij
- Zdravnik specializant
- Zdravnik specialist

2. DEL: BOLNIŠNIČNA KULTURA VARNOSTI

Na lestvici od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam, ocenite vaše strinjanje z naslednjimi trditvami. Vaš odgovor označite tako, da obkrožite stopnjo, ki velja za vas.

	1 – sploh se ne strinjam	2 – ne strinjam se	3 – niti se ne strinjam niti se strinjam	4 – strinjam se	5 – popolnoma se strinjam
Kultura varnosti					
1. Vodstvo klinike zagotavlja delovno klimo, ki spodbuja varno zdravstveno obravnavo pacientov.	1	2	3	4	5
2. Vodstvo upošteva predloge zdravstvenih delavcev za izboljšanje varnosti pacientov.	1	2	3	4	5
3. Aktivno izvajamo postopke za zagotavljanje višje varnosti pacientov.	1	2	3	4	5
4. O varnostnih odklonih, ki se zgodijo v naši delovni enoti, odkrito poročamo.	1	2	3	4	5
5. O storjeni napaki, ki bi lahko škodovala pacientu, pa mu ne, se pogosto poroča.	1	2	3	4	5
6. Postopki in sistemi za preprečevanje varnostnih odklonov na naši kliniki so dobri.	1	2	3	4	5
7. O varnostnih odklonih, ki se zgodijo v naši delovni enoti, smo obveščeni.	1	2	3	4	5
8. V naši delovni enoti razpravljamo o možnostih preprečevanja napak, da ne bi prišlo do novega varnostnega odklona.	1	2	3	4	5
9. Dobimo povratno informacijo o uvedenih spremembah po varnostnem odklonu, v katerega smo bili vpleteni.	1	2	3	4	5
10. Ukrepi vodstva klinike po nastalem varnostnem odklonu kažejo, da je varna zdravstvena obravnava pacientov prednostna naloga klinike.	1	2	3	4	5

Na lestvici od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – vedno, ocenite, kako pogosto se to izvaja na vašem oddelku/enoti. Vaš odgovor označite tako, da obkrožite stopnjo, ki velja za vas.

	1 – nikoli	2 – redko	3 – občasno	4 – pogosto	5 – vedno
Poročanje varnostnih odklonov					
1. V zadnjem letu sem bil vključen v varnostni odklon.	1	2	3	4	5
2. V zadnjem letu sem poročal o varnostnem odklonu.	1	2	3	4	5
3. Kako pogosto se poroča, ko je napaka storjena, vendar je ugotovljena in popravljena, preden vpliva na pacienta?	1	2	3	4	5
4. Kako pogosto se poroča, ko je storjena napaka, vendar ni možnosti, da bi škodovala pacientu?	1	2	3	4	5

3. DEL (vprašalnik SVEST-R)

SKLOP 1A: Ta del raziskave se navezuje na vaše izkušnje ob srečanju z varnostnimi odkloni. Ti odkloni so lahko posledica napak ali pa tudi ne. Prav tako lahko vključujejo ali ne vključujejo okoliščin, ki so nastale v pacientovo škodo ali so celo dosegle pacienta.

Na lestvici od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam, ocenite vaše strinjanje z naslednjimi trditvami. Vaš odgovor označite tako, da obkrožite stopnjo, ki velja za vas.

	1 – sploh se ne strinja m	2 – ne strinja m se	3 – niti se ne strinja m niti se strinja m	4 – strinja m se	5 – popoln oma se strinja m
Psihološka stiska					
1. Vpletenost v varnostni odklon me je spravila v zadrego.	1	2	3	4	5
2. Zaradi vpletenosti v varnostni odklon se bojim, da bi se mi zgodil nov varnostni odklon.	1	2	3	4	5
3. Zaradi izkušenj z varnostnim odklonom sem se počutil nesrečno.	1	2	3	4	5
4. Zaradi varnostnega odklona v preteklosti čutim krivdo/obžalovanje.	1	2	3	4	5
Fizična stiska					
5. Misel na varnostni odklon me fizično obremeni.	1	2	3	4	5
6. Zaradi doživljanja varnostnega odklona imam težave s spanjem.	1	2	3	4	5
7. Zaradi varnostnega odklona se ponoči pogosto zbujam.	1	2	3	4	5
8. Zaradi doživljanja v zvezi z varnostnim odklonom imam težave s prehranjevanjem.	1	2	3	4	5
9. Zaradi stresa, ki ga povzroči varnostni odklon, se počutim slabo.	1	2	3	4	5
Podpora sodelavcev					
10. Sodelavci so ravnodušni do tega, kako je varnostni odklon vplival name.	1	2	3	4	5
11. Zaradi varnostnega odklona je moj poklicni ugled okrnjen.	1	2	3	4	5
12. Sodelavci mi ne zaupajo več.	1	2	3	4	5

13. Sodelavci mi dajejo občutek, da sem še vedno dober zdravstveni delavec kljub varnostnemu odklonu, ki se mi je zgodil.	1	2	3	4	5
Podpora nadrejenega					
14. Menim, da nadrejeni po nastanku varnostnega odklona z mano ravna ustrezno.	1	2	3	4	5
15. Odzivi nadrejenega ob nastanku varnostnega odklona so pošteni.	1	2	3	4	5
16. Moj nadrejeni v primeru varnostnega odklona upošteva zapletenost postopkov zdravstvene obravnave pacientov.	1	2	3	4	5
17. Nadrejeni ob nastanku varnostnega odklona išče krivdo pri posamezniku.	1	2	3	4	5
Podpora organizacije					
18. Na naši kliniki se razume, da bodo vpleteni v varnostni odklon morda potrebovali pomoč pri obravnavi in reševanju posledic, ki bi jih lahko imeli ob nastanku varnostnega odklona.	1	2	3	4	5
19. Naša klinika ponuja različne vire pomoči pri premagovanju posledic vpletenosti v varnostni odklon.	1	2	3	4	5
20. Skrb za dobro počutje vpletenih v varnostne odklone na naši kliniki ni prisotna.	1	2	3	4	5
Strokovna samoučinkovitost					
21. Zaradi vpletenosti v varnostni odklon sem doživel občutek nesposobnosti za izvajanje zdravstvene obravnave pacientov.	1	2	3	4	5
22. Zaradi svoje izkušnje z varnostnim odklonom se sprašujem, ali sem še dober zdravstveni delavec.	1	2	3	4	5
23. Po varnostnem odklonu me je strah izvajati postopke z visokim tveganjem.	1	2	3	4	5
24. Izkušnja z varnostnim odklonom je negativno vplivala na mojo uspešnost pri delu s pacienti.	1	2	3	4	5
Razmišljanje o zamenjavi delovnega mesta					
25. Po izkušnji z varnostnim odklonom sem razmišljal o spremembi delovnega mesta.	1	2	3	4	5
26. Po varnostnem odklonu sem občutil stres in želim, da bi imel drug poklic.	1	2	3	4	5
27. Po varnostnem odklonu sem začel razmišljati o drugih zaposlitvenih možnostih.	1	2	3	4	5
28. Zaradi varnostnega odklona nameravam v naslednjih šestih mesecih zamenjati delovno mesto.	1	2	3	4	5
Absentizem					
29. Moja izkušnja z varnostnim odklonom je privedla do tega, da sem si vzel prost dan za duševno zdravje.	1	2	3	4	5
30. Zaradi izkušnje z varnostnim odklonom sem si vzel dopust.	1	2	3	4	5
31. Zaradi vpletenosti v varnostni odklon se pri delu težko osredotočim in nisem miselno v celoti prisoten.	1	2	3	4	5
Rezultat uspešnega prilagajanja po nastalem varnostnem odklonu					
32. Zaradi vpletenosti v varnostni odklon sem postal bolj pozoren pri svojem delu.	1	2	3	4	5

33. Zaradi izkušnje z varnostnim odklonom sem izboljšal kakovost zdravstvene obravnave pacientov.	1	2	3	4	5
34. Izkušnja z varnostnim odklonom je privedla do pozitivnih sprememb pri zdravstveni obravnavi pacientov v naši enoti.	1	2	3	4	5
35. Zaradi varnostnega odklona sem se strokovno razvil.	1	2	3	4	5

SKLOP 2B: Obkrožite svojo stopnjo zaželenosti naslednjih vrst podpore, za katere bi želeli, da jih vaša organizacija ponudi tistim, ki doživijo negativne občutke ob nastanku varnostnega odklona.

Na lestvici od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – strinjam se, 5 – popolnoma se strinjam, ocenite vaše strinjanje z naslednjimi trditvami. Vaš odgovor označite tako, da obkrožite stopnjo, ki velja za vas.

	1 – sploh se ne strinja m	2 – ne strinja m se	3 – niti se ne strinja m niti se strinja m	4 – strinja m se	5 – popoln oma se strinja m
Podpora drugi žrtvi					
1. Možnost, da se lahko takoj za nekaj časa umaknem iz svoje delovne enote.	1	2	3	4	5
2. Na voljo za ta namen določena mirna lokacija, ki omogoča okrevanje po varnostnem odklonu in možnost rehabilitacije za povratek na delo.	1	2	3	4	5
3. Pogovor o varnostnem odklonu z nadrejenim.	1	2	3	4	5
4. Na voljo imam sodelavca, s katerim se lahko pogovorim o podrobnostih varnostnega odklona.	1	2	3	4	5
5. Možnost, da se dogovorim za čas s svetovalcem v moji kliniki za pogovor o varnostnem odklonu.	1	2	3	4	5
6. Vzpostavljen 24-urni sistem, ki omogoča zaupne stike z nekom, s katerim se lahko pogovorim o tem, kako je varnostni odklon vplival name.	1	2	3	4	5
7. Program pomoči zdravstvenim delavcem, ki jim zagotovi brezplačno svetovanje izven delovnega mesta.	1	2	3	4	5

6.2 MERSKI INSTRUMENT 2

6.2.1 Vodilo za intervju

- V kateri poklicni skupini je najbolj in v kateri najmanj razširjena kultura varnosti in zakaj?
- Kdo oziroma katera poklicna skupina najpogosteje poroča o varnostnih odklonih in jih prepozna?
- S kakšnimi občutki ste se soočali, ko ste bili vpleteni v varnostni odklon in kakšno je bilo vaše počutje?
- Kakšno pomoč ste pričakovali in potrebovali po nastalem varnostnem odklonu, v katerega ste bili vpleteni?
- Kakšno pomoč ste dejansko prejeli po nastalem varnostnem odklonu, v katerega ste bili vpleteni?