



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZAZNAVANJE KULTURE VARNOSTI
PACIENTOV MED ZDRAVNIKI IN
ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V
PSIHIATRIČNIH BOLNIŠNICAH**

**PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY
CULTURE AMONG PHYSICIANS AND
NURSING PROFESSIONALS IN
PSYCHIATRIC HOSPITALS**

Magistrsko delo

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Robida
Somentor: doc. dr. Andrej Kastelic

Kandidat: Jure Rašić

Jesenice, junij, 2019

ZAHVALA

Najprej bi se iskreno zahvalil mentorju, izr. prof. dr. Andreju Robida, za strokovne nasvete in usmerjanja pri magistrskem delu.

Zahvaljujem se tudi somentorju, doc. dr. Andreju Kastelicu, za spodbudo in koristne predloge v času nastajanja magistrskega dela.

Prav tako se zahvaljujem recenzentoma, red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet. in doc. dr. Saši Kadivec.

Zahvaljujem se Žigi Škrabl in Ani Herzog pri obdelavi statističnih podatkov in prijazni obrazložitvi števil. Za pomoč pri lektoriranju se zahvaljujem Biserki Flek Mirtič, dipl. prof. slov. jezika in književnosti.

Posebna zahvala vsem psihiatričnim bolnišnicam, vsem zaposlenim in vodstvu, da so si vzeli čas za reševanje anketnih vprašalnikov, za neizmeren doprinos nečesa novega k čudovitim rezultatom raziskave.

Prav tako gre posebna zahvala vsem sodelavkam in sodelavcem, za vsakršno spodbudo in podporo v času raziskave, za njihove vsestranske in strokovne nasvete pri nastajanju magistrskega dela.

Hvala tudi prijateljem, kateri so mi stali ob strani pri nastajanju magistrskega dela.

Posebej iz srca se zahvaljujem svoji družini pri študiju in nastajanju magistrskega dela, ki je verjela vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zaznavanje kulture varnosti poteka v številnih panogah in sistemih. V slovenskih psihiatričnih bolnišnicah to področje ni raziskano.

Cilj: Cilj magistrskega dela je oceniti zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi ter v bolnišnicah in ugotoviti priložnosti za izboljšave.

Metode: Kvantitativno in kvalitativno presečna, neeksperimentalna raziskava je bila izvedena med novembrom in februarjem 2017, kjer je sodelovalo 434 (89,00 %) zaposlenih v zdravstveni negi in 55 (11,00 %) zdravnikov iz šestih psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji. Za merski instrument je bil uporabljena slovenska verzija vprašalnika o bolnišnični kulturi varnosti pacientov ameriške Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko, t-testom, hi-kvadrat testom, test ANOVA, Pearsonove korelacije in multivariatne statistične metode z uporabo regresije. Obdelava kvalitativnih podatkov je temeljila na iskanju kod in vsebinskih kategorij.

Rezultati: Eksploratorna faktorska analiza je pokazala 10 faktorjev s 40 trditvami, pri čemer je povprečna vrednost celokupnega zaznavanja kulture varnosti znašala ($PV = 3,31$, $SO = 0,242$). Razpon posameznih področij zaznavanja kulture varnosti po faktorjih je bil od 2,45 % do 82,00 %. Med tem ko najmanjša ocena razsežnosti »Podora vrhnjega vodstva za varnost pacientov znaša ($PV = 3,042$, $SO = 0,753$), najvišja pa pri »Pogostost poročanja dogodkov« ($PV = 4,113$, $SO = 0,903$). Pri multivariatni analizi varianc imajo kar štiri psihiatrične bolnišnice slabše mnenje glede »Podore vrhnjega vodstva za varnost pacientov« ($F = 4,746$, $p < 0,005$).

Razprava: Z raziskavo smo ugotovili da zaznavanje kulture varnosti pacientov podaja mnogo priložnosti za izboljšave, na vseh razsežnostih. Zaposleni v štirih psihiatričnih bolnišnicah od šestih imajo slabše mnenje glede »Podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov« kar je primerljivo z drugimi raziskavami. Glede na ugotovitve naj se uvedejo izboljšave, nato bi bilo smiselno ponoviti raziskavo in primerjati izboljšave s prejšnjimi rezultati in izboljšavami.

Ključne besede: psihiatrija, zdravnik, medicinska sestra, varnost pacientov

SUMMARY

Theoretical background: The culture of safety is assessed across many different branches and systems. Slovenian psychiatric hospitals have not been researched in this way.

Objective: The aim of the study was to identify the perception of patient safety culture among nurses and physicians working in psychiatric hospitals, and to identify opportunities for improvement.

Methods: A quantitative and qualitative cross-sectional, non-experimental study was carried out between November and February 2017, involving 434 (89%) nursing employees and 55 (11%) doctors from six psychiatric Slovenian hospitals. We used the Slovenian version of the questionnaire on patient safety culture developed by the Agency for Healthcare Research and Quality. The data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Pearson's correlation and multivariate regression analysis. Qualitative data processing was based on code search and substantive categories.

Results: Exploratory factor analysis yielded ten factors with 40 statements, with the average value for patient safety culture being: ($M = 3.31$, $SD = 0.242$). The range for different dimensions in the perception of the patient safety culture was from 2.45 % to 82.00 %. The lowest score was recorded for 'Management Support for Patient Safety' ($M = 3.042$, $SD = 0.753$) and the highest for 'Frequency of Events Reported' ($M = 4.113$, $SD = 0.903$). Multivariate regression analysis revealed that four psychiatric hospitals have a poor opinion on the 'Management Support for Patient Safety' ($F = 4.746$, $p < 0.005$).

Discussion: Study results showed that patient safety culture has many opportunities for improvement in all dimensions. Employees in four psychiatric hospitals out of six have a poorer opinion of the management support for patient safety which is comparable to other study results. In the light of the findings, improvements should be introduced and the survey should consequently be repeated so that obtained results can be compared to previous ones.

Key words: psychiatry, physicians, nurses, patient safety culture

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	5
2.1	NAPAKE V PSIHIATRIJI	5
2.2	ANALIZA NAPAK	8
2.3	SPOROČANJE NAPAK KOT DEL KULTURE VARNOSTI	12
2.4	KOMUNIKACIJA IN TIMSKO DELO	14
2.5	DEJVNIKI ZA NAPAKE.....	16
3	EMPIRIČNI DEL.....	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.1.1	Cilji magistrskega dela	20
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN VPRAŠANJE	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta.....	22
3.3.3	Zanesljivost in veljavnost merskega instrumenta	23
3.3.4	Opis vzorca	30
3.3.5	Opis poteka raziskave in obdelava podatkov	32
3.4	REZULTATI	34
3.5	REZULTATI KVALITATIVNEGA GRADIVA	53
3.6	RAZPRAVA.....	57
3.6.1	Omejitve raziskave	69
3.6.2	Priložnosti za nadaljnje raziskave.....	70
4	ZAKLJUČEK	71
5	LITERATURA	73
6	PRILOGE.....	98
6.1	INSTRUMENT.....	98

KAZALO SLIK

Slika 1: Kultura varnosti.....	8
Slika 2: Model medicinskih / zdravstvenih napak.....	11
Slika 3: PDSA krog nenehnega izboljševanja	14
Slika 4: Sedem korakov za preprečevanje napak v zdravstvu.....	19
Slika 5: Skupna ocena zaznavanje kulture varnosti pacientov po faktorjih	38
Slika 6: Skupna ocena zaznavanje kulture varnosti pacientov glede na pozitivne in negativne ocene faktorjev	39
Slika 7: Število sporočenih dogodkov v zadnjih 12 mesecih	40
Slika 8: Ocena varnosti pacientov	40

KAZALO TABEL

Tabela 1: Klasifikacija izrazov	9
Tabela 2: 12 razsežnosti varnosti pacientov, trditve s Chronbach α zanesljivostjo	25
Tabela 3: Zaznavanje kulture varnosti pacientov po 10-faktorskem modelu.....	27
Tabela 4: Razlaga razsežnosti kulture varnosti pacientov glede na 10-faktorski model	29
Tabela 5: Vzorec razdeljenih vprašalnikov po poklicnih skupinah in bolnišnicah ter kvota vrnjenih vprašalnikov po poklicnih skupinah glede na razdeljene vprašalnike ...	30
Tabela 6: Osnovne značilnosti vzorca	31
Tabela 7: Odvisne in neodvisne spremenljivke pri regresijskem modelu	34
Tabela 8: Prikaz vzorca prejetih vprašalnikov po bolnišnicah glede na poklic.....	35
Tabela 9: Prikaz vzorca prejetih vprašalnikov po bolnišnicah glede na oddelek / enoto	36
Tabela 10: Prikaz dela v bolnišnici, oddelku in delo v urah na tedenski ravni v vseh bolnišnicah.....	36
Tabela 11: Prikaz povprečja delovne dobe, dela na oddelku / enoti, dela v sedanjem poklicu in delovnih ur na teden glede na spol in poklicno skupino v vseh bolnišnicah.	37
Tabela 12: Celokupna ocena varnosti po 40 trditvah	42
Tabela 15: Hi-kvadrat glede na spol, poklic in število sporočenih dogodkov	46
Tabela 16: t-test in ANOVA glede na spol, poklic in Oceno varnosti pacientov.....	47
Tabela 17: t-test za neodvisne vzorce in MANOVA.....	49
Tabela 18: Regresijski model za F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami«.....	51
Tabela 19: Regresijski model za F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«	51
Tabela 20: Regresijski model za F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«	52
Tabela 21: Potrjene in ovržene hipoteze.....	52
Tabela 22: Kategorije in pripadajoče kode.....	57

SEZNAM OKRAJŠAV

AACI	American Accreditation Commission International
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Agenciji za raziskave in kakovost zdravstvene oskrbe)
ANOVA	analiza variance
EU	Evropska unija
F	faktor/razsežnost/dimenzija
HSOPSC	Hospital Survey on Patient Safety Culture (vprašalnik o bolnišnični kulturi varnosti)
IOM	Institute of Medicine (ameriški inštitut za medicino)
ISO	International Organization for Standardization
MZ	Ministrstvo za zdravje
MANOVA	multivariatna analiza variance
PB	psihiatrična bolnišnica
SIQ	Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
UKC Maribor	Univerzitetni klinični center Maribor
UPK Ljubljana	Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

1 UVOD

Za zdravstveni sistem, velja, da je ena največjih, najhitreje in najbolj napredno rastočih panog na svetu (Henry J Kaiser Foundation, 2006; Ridic, et al., 2012; Raghupathi & Raghupathi, 2014), v katerem deluje mnogo zdravstvenih in ne zdravstvenih strokovnjakov, približno 9,17 milijona zdravnikov, 19,37 milijona medicinskih sester in babic ter približno 2,58 milijona farmacevtov (World Health Organization (WHO), 2011). Ameriški Inštitut za medicino – Institute of Medicine (v nadaljevanju IOM), opredeljuje, da kultura varnosti pacientov temelji na medosebnih odnosih, komunikaciji, tehnologiji in informatiki, na sistemu izvajanja zdravstvenega varstva, preprečevanju napak, zmanjševanju tveganja za pacienta in škode kot izid zdravljenja. Iz napak se je potrebno učiti, ko se te pojavijo pa je potrebno zgraditi trdno kulturo varnosti, katera vključuje zdravstvene delavce, delovno organizacijo kot sistem in paciente (Aspden, et al., 2004). Taran (2011) ugotavlja, da je komunikacija eno najmočnejših orodij v zdravstvu, tako močno, da lahko zaradi pomanjkanje komunikacije, privede do napak. Tveganja ali dogodke, ki nastanejo v povezavi s človeškim faktorjem, imenujemo človeška napaka. Slednja je neravnovesje med načrtovano situacijo in neželenim izidom te situacije. Pogosto se napaka pojavi ali jo povzroči pomanjkljiv, okrnjen in ne integrirani delovni sistem (James, 2013; McBride, et al., 2014). Zdravstvena obravnava pacientov je odvisna od več aktivnosti: 1) od sistema, 2) od večšin posameznika, 3) zdravstvenih in drugih strokovnjakov, 4) od pacientov, 5) od orodij in tehnologij, ki so na razpolago in uporabo, 6) delovnega okolja, klime in korelacije med temi aktivnostmi. Torej zdravstvene organizacije niso imune na pojavljanje napak in kot take se lahko srečujejo s človeškimi, sistemskimi in tehničnimi napakami (Robida, 2012). Ocenjevanje bolnišnične kulture varnosti ima pomembne razsežnosti, ki vplivajo na kakovost, varnost in izid zdravljenja v zdravstvenem sistemu (Robida, 2012). Razvoj zdravstvenega sistema, kjer ne bo prihajalo do napak, ne obstaja, a se zdi kot izziv. A kljub temu je mednarodno poročilo IOM pokazalo, kako slaba je bolnišnična kultura varnosti v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) saj ocenjuje, da letno umre približno med 44.000 in 98.000 ljudi zaradi napak v ameriškem zdravstvenem sistemu. Američani so v letu 2008 za napake v zdravstvu porabili kar 19,5 milijarde dolarjev (Andel, et al., 2012). V namen zaježitvi napak v zdravstvu je IOM v letu 1999

namenil vsaj 50 milijonov dolarjev tudi Agenciji za raziskave in kakovost zdravstvene oskrbe – Agency for Healthcare Research and Quality (v nadaljevanju AHRQ) za razvoj orodij, standardov in drugih strategij pri izboljšanju zdravstvenega sistema, tudi za razvoj in nastanek vprašalnika Hospital Survey on Patient Safety Culture (v nadaljevanju HSOPSC), (IOM, 1999 cited in Farley & Battles, 2009 p. 628; Gandhi, et al., 2016).

Kako pomembno je zaznavanje kulture varnosti pacientov nam pove Jha in sodelavci (2013), saj ugotavljajo, da se opravi 421 milijonov hospitalizacij po vsem svetu ter, da je 42,7 milijona takih pacientov, ki so izpostavljeni ali povezani z različnimi škodljivimi dogodki v zdravstvenem sistemu. Te ugotovite kažejo na kritičnost sistema kakovosti in varnost zdravstvene obravnave. Ravno tako tudi European Commission (2014) ocenjuje, da se pri približno 8-12 % pacientov pojavijo škodljivi dogodki med bivanjem v bolnišnici. Bolnišnične okužbe povezane z zdravstveno oskrbo predstavljajo približno 25 % škodljivih dogodkov, sledijo, škodljivi dogodki, ki so povezani z zdravljenjem, kirurške napake, nepravilnosti pri medicinskih pripomočkih, napake povezane z diagnozo pacienta ter nepravilna obravnava glede na izid preiskav. Ugotavljajo, da se približno 4,1 milijona pacientov na letni ravni v Evropski uniji (v nadaljevanju EU) okuži z okužbo, povezano z zdravstveno oskrbo, in jih približno 37,000 tudi umre. Eden od ukrepov je vzpostavitev in izvajanje bolnišnične kulture varnosti pacientov, pri zmanjševanju škodljivih dogodkov, ki naj bi bil standardni del izvajanja kakovosti in varnosti v zdravstvenem sistemu vsake bolnišnice in se nanaša na certifikate kakovosti. Običajno izvedba poteka preko certifikacijskih programov, ki ga izvajajo zato usposobljeni in akreditirani organi, ki skupaj z bolnišnico vzpostavijo sistem vodenja kakovosti in varnosti v skladu s pridobljenim certifikatom (Kadivec, 2009). Bolnišnice skrbijo, da sistem teče nemoteno na vseh procesih dela organizacije v namen izboljšave klinične prakse, organizacijske uspešnosti in varnosti pacientov (npr.: International Organization for Standardization–ISO 9001:2015, American Accreditation Commission International-AACI in drugi), (Kadivec, 2009; Enders, et al., 2017; Slovenski inštitut za kakovost in meroslovje (SIQ), 2018; AACI, 2018). Zato Svetovna zdravstvena organizacija (v nadaljevanju SZO) v svojem dokumentu govori, da varnost pacientov, mora biti prioriteta vsakega managementa/vrhnjega vodstva bolnišnic, zdravstvenega

sistema ali zdravstvenega varstva (WHO, 2016).

Zgodovinsko gledano je 19. stoletje veljalo za znanstveni in tehnološki napredek človeštva. V tem času so se vzpostavile nekatere panoge: vojaška industrija, šolstvo, ladjedelniška industrija in druge (Gulten, et al., 2013). Področje varnosti pacientov je bilo povzeto iz industrijskega inženiringa, za katerega velja sistemski in procesni pristop dela (International Civil Aviation Organization, 2013; Ulrich & Kear, 2014) in temelji na oceni tveganja za preprečevanje škode ali napake (Lele, 2012). V čedalje več delovnih okoljih uvajajo avtomatizirani proces dela, ki pa ni vedno zanesljiv. Eno takih je letalstvo, kjer Kapur s sodelavci (2016) poudarja, da je varnost v letalstvu pogosto primerjana z varnostjo v zdravstvu. Gre za dve področji, kjer so vpleteni človeški faktorji. Statistika gre v prid letalstvu, saj se zgodi manj napak s smrtnim izidom kot v zdravstvu. Po podatkih letalske hiše Boeing Commercial Airlines (2015) se na letni ravni smrtno ponesreči med 250 in 450 ljudi, največ nesreč, kar 38 %, se zgodi pri pristajanju. Med tem Europe Maritime Safety Agency (2018) ocenjuje, da je med letoma 2011 in 2017 v 405 pomorskih nesrečah, življenje izgubilo 683 oseb. V prometni varnosti European Commission (2018) ocenjuje, da se je v letu 2016 v EU zgodilo, kar 23.926 avtomobilskih nesreč s smrtnim izidom, zaradi človeškega faktorja. Kapur s sodelavci (2016) meni, da je potrebno narediti ločnico med avtomatiziranim procesnim sistemom dela in vplivom človeškega faktorja v delovnem sistemu. Sistemski način dela se uporablja v proizvodnjah in storitvenih dejavnostih, kjer upoštevajo različne kriterije: strategije, ocene in analize tveganj, odkrivanje napak, uporaba opomnika (torej ne moremo izpustiti predpisanega postopka v procesu dela), kako izboljšati sistem dela in drugi kriteriji. Za delo v medicini je dolgo veljal linearni potek dela, zdravnik – pacient (Kapur, et al., 2016). Torej zdravniki ponazarjajo avtoriteto, običajno so se ukvarjali s tehničnim izidom zdravljenja in ne s timskim delom in medosebnimi odnosi ali načinom dela, ki pa je bolj značilen za zdravstveno nego (Clarke & Donaldson, 2008; Emanuel, et al., 2008; Ule, 2013; McBride, et al., 2014). Redki in starejši avtorji (Nath & Marcus, 2006) ugotavljajo, da pri zagotavljanju kulture varnosti pacientov v svetu in pri nas (Robida, 2013a) prednjačijo predvsem splošne bolnišnice, področje psihiatrije pa je slabo raziskano. »Psihiatrija je tista veja medicine, ki se ukvarja s preučevanjem duševnih in vedenjskih motenj, zdravljenjem in rehabilitacijo ljudi, ki trpijo zaradi

duševne motnje« (Ziherl, 2013, p. 22). V psihiatričnih ustanovah se zaposleni nemalokrat srečujejo z nasiljem, incidenti in nekaterim drugim škodljivimi dogodki zaradi napak, ki vplivajo na duševno zdravje pacientov, zaposlenih in celotno delovno okolje (Čuk, 2010; Babnik, et al., 2012). Slabo poznavanje duševnih bolezni in negativen odnos do oseb z duševnimi motnjami, ki je razširjena v splošni javnosti, tudi vpliva na zaposlene in so običajno tudi potisnjeni na rob veje medicine zaradi specifičnega dela s psihiatričnimi pacienti (Knez, 2010; Stuber, et al., 2014). Napredek v izvajanju kulture varnosti pacientov in merjenja kakovosti v psihiatriji je počasen proces, ugotavljata (Jayaram, 2008; Hanrahan, et al., 2010). Slovenski avtorji, tudi zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, vidijo možnost izboljšav kakovosti, varnosti in zaznavanja kulture varnosti pacientov v akreditaciji bolnišnic. Ugotavljajo/trdijo, da je akreditacija bolnišnic priložnost, ki pripomore k pozitivnemu odnosu managementa do pacientov, zaposlenih, s tem bi bolnišnice izkazovale vizijo kakovosti, varnosti in vodenja bolnišnic (Kadivec, 2009; Mrak, et al., 2013; Kramar, 2014; Kadivec & Šprajcar, 2014). Seveda je pomembno kako upravljamo s tveganji, ki se pojavljajo v zdravstvenem sistemu in kaj naredimo z njimi (Kadivec, et al., 2013). Robida (2013a) je prvi avtor, ki je izmeril zaznavanje kulture varnosti v splošnih bolnišnicah v Slovenji, nimamo pa izmerjene kulture varnosti v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah.

2 TEORETIČNI DEL

Kultura varnosti pacientov je skupinska odgovornost vseh zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, je osrednjega pomena razumevanja varnosti pacientov in se nanaša na vrednote managementa (Speroff, et al., 2010), zdravstvenega osebja, prepričanja in norme o tem, kakšne vrednote in razumevanja imamo zaposleni v zdravstveni organizaciji (Sorra & Dyer, 2010). Zdravje je postala najdragocenejša in najpomembnejša vrednota. Prav vsak posameznik, ki se kadarkoli sreča z zdravstvenim sistemom, želi in pričakuje varno, kakovostno obravnavo, brez zapletov (Ministrstvo za zdravje, 2015). Zato ni naključje, da morda prav prve natančne izsledke kakovosti v zdravstvu najdemo v letih 1854, ko so se Britanski vojaki borili pri Krimu z Rusi. Takrat je britanska vlada poslala skupino medicinskih sester v Turčijo in v tej skupini je bila Florence Nightingale, katera je postavila zgodovinski mejnik na področju kazalnikov kakovosti. Umrljivost zaradi bolezni je zmanjšala iz 42,7 % na kar 2,2 % zaradi izboljšav higienskih razmer, ki so pred tem vladale v taborih ter tako pokončali veliko število vojakov. S svojim delom je Florence Nightingale bila pionir na področju kakovosti v zdravstvu (Nightingale 1863 cited in Sheingold & Hanah, 2014, p 18). Torej pojem zaznavanje kulture varnosti pacientov ni edinstven samo za zdravstveni sistem, temveč tudi zajema kulturo varnosti v drugih sistemih (The Health Foundation, 2011).

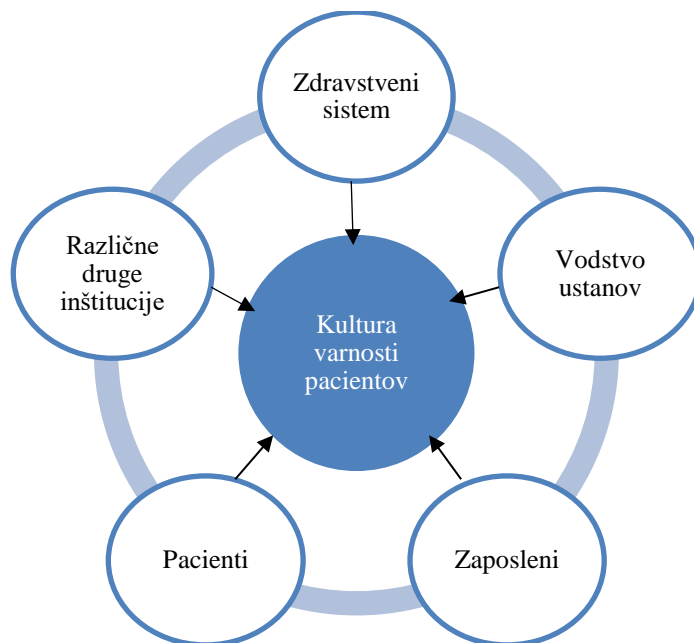
2.1 NAPAKE V PSIHIATRIJI

Pomemben vidik v medicini pri pomenu kakovosti in varnosti je tudi Hipokratova prisega, kjer opredeli vez med zdravnikom in pacientom, slednjega postavi v ospredje dogajanja. Govori o tem, da zdravnik dela v korist pacienta in ga varuje pred škodo, od zdravnika pa zahteva »brezpogojno odličnost in preseganje človeških omejitev« (Močnik Drnovšek, 2008, p 45). Dejstvo je, da se zdravniki in zdravstveni strokovnjaki morajo zavedati omejitev v praksi, negotovih izidov zdravljenja, učinka zdravil in škodljivih dogodkov zaradi napak in da niso vsemogočni. (Močnik Drnovšek, 2008; Sokol, 2013). Pa vendar škodljivi dogodki pri zdravstveni obravnavi v psihiatričnih bolnišnicah predstavljajo resen problem, ki pa ni tako pogosto raziskan (Hanrahan,

et al., 2010). Kar nekaj raziskav, tudi na področju psihiatrije, opisujejo najpogostejše škodljive dogodke: 1) škodljivi dogodki, ki so povezani z zdravili, 2) samopoškodbeno vedenje, 3) padci, 4) nasilje in drugi (Amore, et al., 2008; Mann, et al., 2008; Mills, et al., 2008; Kadivec, 2011; Soerensen, et al., 2013; Johnson, et al., 2016; True, et al., 2017). Kako pomembna je kultura varnosti v psihiatriji, govori tudi Jayaram (2008) in meni, da je potrebno vseskozi izvajati in delati na izboljšavi sistema dela. Pomemben poudarek je na ozaveščanju zaposlenih (Soerensen, et al., 2013), izvajanju natančnih beleženj škodljivih dogodkov, skorajšnjih napak in odklonov, brez kulture obtoževanja (Robida, 2010). Poseben poudarek je potrebno nameniti beleženju napak pri ravnanju z zdravil pri pacientih, saj so ti pogosto spregledani, a hkrati povzročajo resne zaplete pri zdravljenju. Izrednega pomena je, da se tema in pojavnost problema raziskuje, se deli s primerljivimi bolnišnicami in zgradi trdno klinično prakso, kako izboljšati kakovost in varnost na področju psihiatrije (Čuk, 2010; Kanerva, et al., 2013; Ayani, et al., 2016;). Japonska raziskava avtorja Ayani in sodelavcev (2016) o neželenih učinkih zdravil med psihiatričnimi pacienti, ki temelji na retrospektivni analizi podatkov, ugotavlja, da je kar 1234 incidentov povezanih z neželenimi učinki zdravil. Najpogostejše zaplete so predstavljala psihiatrična zdravila, kar v 80,90 %. Kot stranske neželene učinke zdravil opisujejo padce, sedacijo, ekstrapiramidne in druge simptome. V 23 primerih je prišlo do skorajšnje napake pri izdaji zdravil, torej pacient bi lahko prejel zdravilo, ki bi lahko bilo napačno zanj. Isti avtorji (Ayani, et al., 2016) ugotavljajo, da so stranski neželeni učinki zdravil škodljivi dogodki in skorajšnje napake resen in življenjsko ogrožajoč dejavnik za pacienta. A hkrati poudarjajo (Ayani, et al., 2016), da je zelo pomembno, da ločimo neželene učinke zdravil in napake pri ravnanju z zdravili. Pacienti največkrat ne morejo poročati o svojih simptomih, zato je pomembno, da jih zdravnik in drugo zdravstveno osebje spremlja, še posebej pri pacientih, kjer so prisotne hude duševne motnje. Kako zelo pomembna je varnost pacientov, ugotavlja raziskava (Danielsson, et al, 2017), ki temelji na presečni metodi dela z uporabo vprašalnika kot v naši raziskavi HSOPSC (Sorra & Nieva, 2004) med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi. Največja dimenzija zaznavanja bolnišnične kulture se je odražala na »Timskem delu znotraj enot« s 73,50 % pozitivnih odgovorov in »Nekaznovan odziv na napake« s 67,20 % pozitivnih odgovorov. Najnižje ocenjeni dimenziji sta bili »Kadrovanje« s kar 51,90 % negativnih odgovorov ter »Podpora vrhnjega vodstva za varnosti pacientov« s

47,90 % negativnih odgovorov. Raziskava tudi govori v prid dolgotrajnih poklicnih izkušenj (> 15 let) in je povezana z večjo verjetnostjo za visoko zaznavanje varnosti pacientov. Zaskrbljujoče

je, da je na oddelkih za psihiatrijo prisotno nižje zaznavanje celokupne ocene varnosti v primerjavi z intenzivnimi in splošnimi oddelki. Posamezna dimenzija »Ocene varnosti pacientov« pa je bila najvišja pri izvajalcih zdravstvene nege, malo nižja pri zdravnikih in najnižja pri managementu. Raziskava Hanrahna in sodelavcev (2010), ki je ravno tako temeljila na presečni metodologiji, ugotavljajo, da so psihiatrične medicinske sestre (n = 353), ki so delale v povprečju 10 let na oddelku, ocenjujejo boljšo kulturo bolnišnične varnosti. Isti avtorji (Hanrahn, et al., 2010) ugotavljajo, da je največ odklonov sporočanih v zadnjem letu iz naslova verbalne agresije pacienta do medicinske sestre (n = 274, 79,00 %), padcev s poškodbami (n = 153, 44,00 %) in najmanj sporočanih dogodkov se nanaša na aplikacijo napačnega zdravila ali odmerka zdravila, ki ga je prejel pacient (n = 66, 19,00 %). Dejstvo je, da je potrebno še veliko narediti na področju izboljšav v psihiatriji, in sicer opolnomočiti medpoklicno sodelovanje, izvajanje varnostnih vizit, pogovorov o varnosti, izvajanje korektivnih ukrepov, ustrezno oblikovanje zdravstvenih politik, zagotoviti zadostno število kadrovskih virov, uveljavitev ne kaznovalne politike managementa, odprta komunikacija med zaposlenimi, mehki pristopi kadrovanja, ozaveščanje zaposlenih o pomembnosti kulture varnosti, bolj pogoste raziskave na področju kakovosti in varnosti, usmeritev managementa v področje izboljševanja kakovosti, varnost pacientov bi morala biti eno izmed prednostnih nalog managementa, povečanje visoko izobraženega kadra in druge (Linsey, 2009; Skela Savič, 2010; Čelan Stropnik, 2011; Robida, 2011; Lokajner & Bregar, 2013; Hamaideh, 2016; Aiken, et al., 2017). Da bi kultura varnosti bila izboljšana, smo odgovorni prav vsi. Lahko bi tudi rekli, da vsak posameznik prinese svoje zadolžitve in odgovornosti, od pacienta pa vse do izobraževalnih ustanov (Robida, 2011a). (Slika 1).



Slika 1: Kultura varnosti

(Vir: Robida, 2011a.)

2.2 ANALIZA NAPAK

AHRQ (2017a) v svojih dokumentih govori, da tradicionalni zdravstveni sistem obravnava človeške napake/posameznika kot pomanjkljivost. Vendar je dejstvo, da so človeške napake neizogibne, zlasti v zapletenih sistemih, kot je zdravstvo, saj gre za kompleksen sistem. Človeške pomanjkljivosti se kažejo prav v slabo oblikovanih sistemih dela, tam, kjer človeka v okviru kompleksnih situacij, slabih delovnih pogojih in težkih delovnih razmerah, običajno privede do neželjenih situacij (AHRQ, 2017a). Načelo: »Ko pride do zaključka, da je kriv posameznik, in nisi napravil analize napake do konca, ker nisi odkril osnovnega vzroka za napako in napaka se bo zaradi tega ponovila« (Robida, 2011a, p. 29). Da bi lažje razumeli pojem varnosti in analizo napake, moramo razumeti tudi njihovo klasifikacijo. Tako so na Ministrstvu za zdravje (2010) izdali obširno poročilo, ki je povzeto po SZO, v katerem klasificira in pojasnjuje dogodke v zdravstvu. Teh je veliko, v tabeli smo prikazali le nekatere, ki so v pomoč za razlago in lažje tolmačenje izrazov. Pomembno je, da razumemo izrazoslovje koncepta varnosti in kaj nam pojasnjujejo te definicije in kot take so zelo uporabne v

zdravstvenem sistemu in na vseh ravneh dela (tabela 1).

Tabela 1: Klasifikacija izrazov

IZRAZ	RAZLAGA
dogodek	nekaj, kar se zgodi pacientu ali vključuje pacienta
pacient	oseba, ki je prejemnik zdravstvene oskrbe
škodljiv incident (škodljiv dogodek)	incident, ki je pacientu povzročil škodo
varnost	stanje v katerem je bilo tveganje znižano na sprejemljivo minimalno raven
kakovost	stopnja storitve za populacijo / posameznike in poveča verjetnost želenih zdravstvenih izidov
varnost pacientov	stanje v katerem je bilo tveganje povezano z zdravstveno oskrbo, znižano na sprejemljivo minimalno raven
varnostni incident pri pacientu	dogodek ali okoliščine, ki je povzročil ali bi lahko povzročil nepotrebno škodo pacientu
napaka	neuspeh izvedbe načrtovanega dejanja glede na nameravano ali uporaba nepravilnega načrta
skorajšnja napaka	incident, ki ni dosegel pacienta
incident brez škode	incident, ki je dosegel pacienta, a do škode ni prišlo
škoda povezana z zdravstveno obravnavo	škoda, ki nastane z načrti / dejanji med izvajanjem zdravstvene obravnave (ali je z njimi povezana), ne pa zaradi osnovne bolezni ali poškodbe
zdravstvena obravnava	storitve za posameznike ali skupnosti, namenjene promociji, vzdrževanju, spremljanju ali povrnitvi zdravja
stranski učinek	znani učinek, drugačen kot načrtovan, povezan s farmakološkimi značilnostmi zdravila
odkrivanje	dejanje ali okoliščine, ki odkrijejo incident
lapsus	dogodek, ki velja za pomanjkljivost spomina, največkrat je viden samo osebi, ki jih doživlja
ukrep za izboljšanje	ukrep ali sprememba okoliščin za izboljšanje ali kompenzacijo škode po incidentu
organizacijski izid	vpliv na organizacijo, ki se popolnoma ali delno pripisuje incidentu
ukrep za zmanjšanje škode	ukrepi za zmanjševanje škode, ravnanje s škodo, nadzorovanje katerekoli škode v prihodnosti ali ukrepi za zmanjševanje, nadzorovanje in ravnanje z možnostmi za nastanek škode povezane z incidentom
kakovost	stopnja do katere zdravstvene storitve za posameznike ali populacije povečajo verjetnost zaželenih zdravstvenih izidov in so v skladu z najnovejšim strokovnim znanjem
sistemska pomanjkljivost	slabost, okvara, disfunkcija delovnih metod organizacije, procesov ali infrastrukture
izboljšanje sistema	rezultati ali izid kulture, procesov in struktur, ki so usmerjeni v preprečevanje sistemske pomanjkljivosti ter izboljšanje varnosti in kakovosti
varnost pacientov	izogibanje, preprečevanje in omilitev škodljivih izidov ali poškodb izvirajočih iz procesov zdravstvene obravnave. Ti dogodki vključujejo napake, odklone in nesreče
odklon	odklon od najboljše prakse, odmik od normalnega pri zdravstveni obravnavi, ki bi lahko pripeljal do neželene

IZRAZ	RAZLAGA
	škoda za pacienta ali varnostni zaplet, ki je bil preprečen s pomočjo načrtovanih ali nenačrtovanih dejanj
analiza osnovnih vzrokov	sistematičen ponavljajoč se proces, s katerim se ugotavlja dejavnike, ki prispevajo k incidentu, z rekonstruiranjem sosledja dogodkov in ponavljajočim se spraševanjem »zakaj«, dokler prikriti osnovni vzroki niso pojasnjeni
varnostni incident pri pacientu (napaka) *	je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. "Varnost pacientov" je opredeljena kot izogibanje in preprečevanje poškodb ali neželenih učinkov, ki izhajajo iz procesov izvajanja oskrbe pacienta

Legenda: * = definicija iz anketnega vprašalnika in sodi v sklop »Število dogodkov«

(Vir: Ministrstvo za zdravje 2010, pp. 23-24.)

Kaznovanje ali lov na posameznika, ki povzroči napako, ni realen, in ne bo bistveno izboljšalo varnosti in kakovosti sistema, še posebej tam, kjer je prisotna visoka raven stresa (Robida, 2011a; Wu, et al., 2013; Quillivan, et al., 2016). Analiziranje napak je tista metoda, ki si prizadeva za izboljšanje varnosti in kakovosti. Ta lahko temelji na različnih tehnikah: 1) retrospektivne analize, 2) analizi temeljnih vzrokov, 3) analiza sistemov dela, procesa in druge. Za izboljšanje varnosti si lahko pomagamo s standardi, protokoli in uporabo opomnikov, da se ne izpustijo ključni procesi in koraki pri izboljšavi (Robida, 2011a; Zikhani, 2016). Potrebno je zagotoviti sistematični in organizacijski okvir dela za zmanjševanje napak (AHRQ, 2017b). Švicarski model sira predstavlja in opisuje, kako lahko posameznik povzroči napako, zaradi pomanjkljivega sistema in ta ponazarja luknje v siru. Pri varnostnem incidentu lahko po navadi pride do napak ali pomanjkljivosti, v kolikor se luknje poravnajo, ne pride do nesreče in puščica steče mimo, brez posledic. Slednja predstavlja aktivnost, ki jo izvajamo, rezine sira predstavljajo varovala za nevarnosti (Reason, 1997 cited in Robida, 2013d, p. 28). Izvirno sliko je izdelal James Reason leta 1997 (Slika 2).



Slika 2: Model medicinskih / zdravstvenih napak

(Vir: Reason, 1997 cited in Robida, 2013c, p. 28.)

Pleterski Rigler in Mlakarjeva (2010) sta prikazali, kako deluje sistem upravljanja odklonov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Te so razdelili na skupine, ki nastanejo pri zdravstveni obravnavi pacientov in se tudi eksplicitno nanašajo na paciente, gre za: 1) padce, 2) razjede kože zaradi pritiska, 3) zapleti pri zdravljenju, 4) okužbe, 5) zapleti pri operativnih posegih, 6) pogrešani ali tisti, ki so pobegnili, 7) incidenti, 8) drugi zapleti in 9) interni strokovni nadzori. Namen in cilj je analiziranje informacij, dogodkov, določanje ukrepov za preprečevanje le teh in zgraditi boljšo kulturo varnosti. Podobne teme so raziskovane tudi v psihiatriji, vendar z večjim poudarkom na nasilju, ki ga izkazujejo pacienti, ki je na tem področju poleg zgoraj omenjenih kazalnikov kakovosti (Pleterski Rigler & Mlakar, 2010), pomemben kazalnik kakovosti v psihiatriji. Vendar se je izkazalo, da je doslednost dokumentiranja nasilja pacientov v psihiatriji velik problem zaposlenih v zdravstveni negi, kar kaže, da zaposleni sprejemajo nasilje kot nekaj običajnega (Černoga, et al., 2014; Bregar, et al., 2018b). Pomen doslednega dokumentiranja pri vzdrževanju in razvoju kakovosti poudarja tudi Robida (2013c). Dokumentacija naj bo zbrana na način, ki omogoča sledenje celotnemu procesu zdravstvene obravnave. V primeru tožb, zaradi odklonov pri zdravstveni obravnavi, je beleženje incidenta izkaz dela in potek sosledja diagnostično terapevtskih posegov, ki so vezani na pacienta. S sistematično zbrano dokumentacijo zaščitimo pacienta in zaposlene ter zavarujemo dokaze. Prav tako pa s popolno zbrano

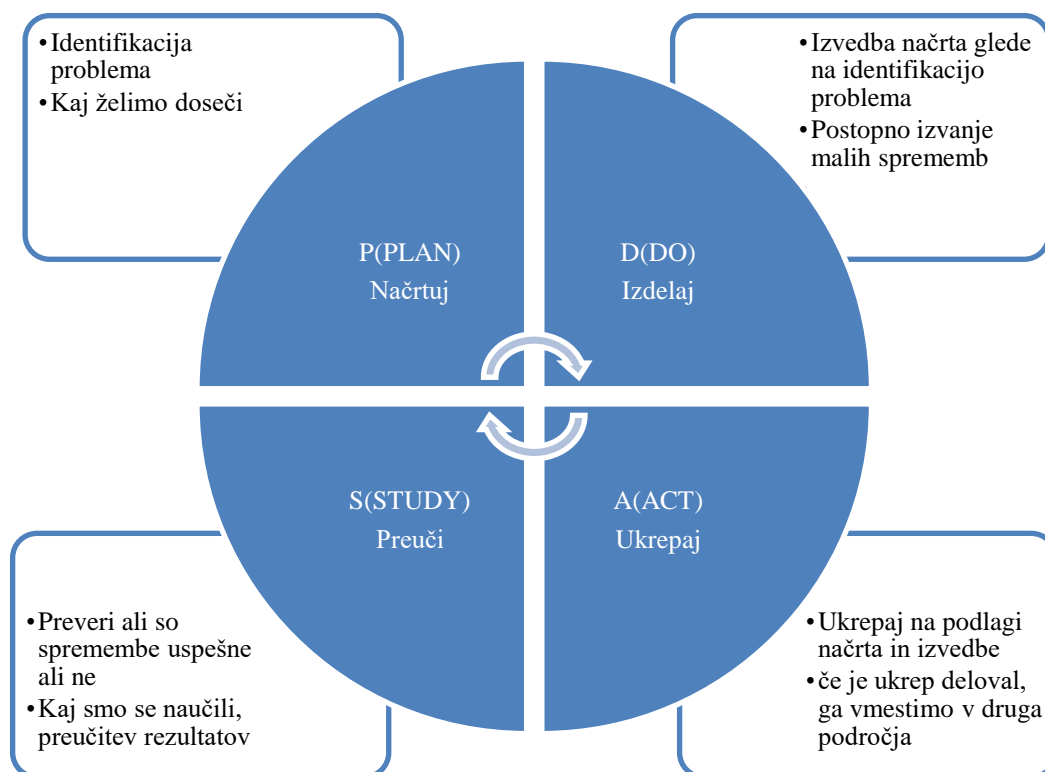
dokumentacijo omogočamo retrograden pregled sosledja dogodkov v primeru analiz odklonov v celotnem procesu zdravstvene obravnave (Robida, 2013c). Analiza napak je v kulturi zdravstvene organizacije bistven element v sosledju PDSA kroga pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnostni (Vlayen, et al., 2015). Analize napak vedno potekajo nemoteno. Vsakršno razkrivanje imen vpletenih je nedopustno in neprofesionalno, razen, ko gre za nedopustno in nesprejemljivo ravnanje, sicer pa morajo pacienti in zaposleni ostati anonimni. Namen analize napake je sistematični pregled dogodka z analizo v iskanju rešitev v sistemu in ugotoviti, zakaj so zaposleni to naredili, kar so, se postaviti v njihovo vlogo brez obtoževanja (Robida, 2013b).

2.3 SPOROČANJE NAPAK KOT DEL KULTURE VARNOSTI

Vse več raziskav govori o tem, da ima management velik pomen na to, kako bodo zaposleni poročali o napakah in skrbeli za kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov. Pomembno je, da zdravstvene organizacije in management sprejema ukrepe za povečanje kakovosti varnosti pacientov in poročanja napak (Needleman & Hassmiller, 2009; Dobnik & Skela Savič, 2015; Jafree, et al., 2016). Tuje raziskave (Sarvadikar, et al., 2010; Sujan, 2015) ugotavljajo, da se zdravstveni delavci večkrat znajdejo na razpotju glede kulture poročanja napak ali odklonov. Te se največkrat nanašajo na: 1) krivdo, 2) disciplinske odgovornosti, 3) sram, 4) sankcije in obeleženje pri svojih delovnih kolegih, 5) nezmožnost napredovanja in druge. Vendar pa se kaže razlika pri kulturi poročanja med zdravniki in medicinskimi sestrami. Obe poklicni skupini imata tudi različen pogled na to, kaj pomeni sporočanje napak ali odklonov. Zdravniki so boljši pri odkrivanju napak, a več napak poročajo zaposleni v zdravstveni negi. Ugotovitve se razlikujejo tudi glede na strukturo delovnega procesa (Matziou, et al., 2014; Bowles, et al., 2016). Zdravniki pri svojem delu nimajo veliko neposrednega nadzora, med tem ko zaposleni v zdravstveni negi imajo vedno večji nadzor na enotah in oddelkih, kjer delajo (Hobgood, et al., 2006; Matziou, et al., 2014; Castel, et al., 2015). Ulrich in Kear (2014) menita, da imajo zaposleni v zdravstveni negi pomembno, če ne celo največjo vlogo pri vzpostavljanju kakovosti in varnosti v delovni organizaciji. Ravno zato so zaposleni v zdravstveni negi običajno pojavljajo kot vodje ali skrbniki sistema kakovosti in varnosti v bolnišnicah. Pakistanska presečna raziskava

avtorjev Jafree in sodelavci (2016) o organizacijski kulturi in kulturi sporočanja napak, kjer je 90 % zaposlenih v zdravstveni negi ženskega spola. Rezultati povedo, da medicinske sestre, ki so poročene in imajo družine, veljajo za bolj varne in zanesljive delavce, saj bolj pogosto sporočajo napake kot neporočene medicinske sestre. Isti avtor (Jafree, et al., 2016) ugotavlja, da poročene medicinske sestre odgovornost povezujejo z vrednotami družine, poštenjem, občutkom krivde, izgubo delovnega mesta in sramoto. V angleški kvalitativni raziskavi (Sujan, 2015), kjer je sodelovalo 35 zdravstvenih delavcev iz dveh oddelkov nacionalnih bolnišnic: oddelek za radiologijo in oddelek za kirurgijo. Oboji se strinjajo, da je zelo pomembno sporočanje napak, vendar so te največkrat pogojene s pomanjkanjem časa, iskanjem razpoložljivega računalnika, časovno zamudno pri izpolnjevanju obrazcev. Stališča udeležencev so tudi taka, da ne prejmejo povratnih informacij o sporočenih napakah od nadrejenih. V presečni raziskavi (Sarvadikar, et al., 2010) avtorji kritizirajo kaznovalno politiko managementa. Če želimo zagotavljati kakovost in varnost pri sporočanju napak, zaposleni nikakor ne smejo biti deležni očitkov in občutkov krivde. Zanimivo pri tej raziskavi (Sarvadikar, et al., 2010) je, da zdravniki nimajo teh občutkov, kot jih imajo zaposleni v zdravstveni negi glede kaznovanja. V kolikor želimo zagotavljati kakovost in varnost v zdravstveni organizaciji, je šel avtor Podgornik Pulc (2012) celo tako daleč, da predlaga preverjanje osebnostnih lastnosti zaposlenih pred sklenitvijo delovnega razmerja. S tem bi pridobili tudi vpogled v njihovo učinkovitost in strukturo dela. Tako naj bi bili bolj učinkoviti pri ohranjanju varnostne kulture v organizaciji. Seveda pa je tudi pomembno, da imajo zaposleni možnost svetovalnih pogovorov pri reševanju stisk, ki so povezani z delom. Tako so Toso in sodelavci (2016) opravili presečno raziskavo o zaznavanju kulture varnosti skozi prizmo organizacije, kjer je sodelovalo 637 zaposlenih v zdravstveni negi iz dveh bolnišnic, javna in zasebna bolnišnica. Zasebne bolnišnice imajo boljše delovne pogoje dela, kot tisti v javni bolnišnici. Kar (n = 450, 70,06 %) vprašanih meni, da v timu med zdravniki in zdravstveno nego poteka dobro in usklajeno delo. Dobrih (n = 438, 69,00 %) vprašanih je menilo, da je utrujenost, obremenitev na delovnem mestu, stresne situacije, več opravil hkrati, pomanjkanje kadrovskega virov, pogosto vpliva na slabo varnost pacientov. Da bi izboljšali bolnišnično kulturo varnosti in sporočanje napak je potrebno sistematično načrtovanje dela v timski organizaciji in uporabo ukrepov z namenom izboljšav na področju organizacijske kulture. Ena od metod je tudi

uporaba Deming-ovega kroga ali PDSA krog. Ta je enostaven za razumevanje pri izboljšavi kakovosti in varnosti in kot tak se uporablja v različnih bolnišničnih sistemih in širše. Seveda pa je pomembno, da so tehnike in orodja ustrezno in pravilno izbrane za določeno skupino, ustanovo ali sistem (Wu, et al., 2015). Slika 3 ponazarja PDSA krog. Ta nas usmerja, kako vpeljati spremembe v sistem in kako nenehno iskati učinkovite metode izboljšav (AHRQ, 2017c).



Slika 3: PDSA krog nenehnega izboljševanja

(Vir: AHRQ, 2017c.)

2.4 KOMUNIKACIJA IN TIMSKO DELO

Komunikacija in timsko delo je sestavljeno iz več dejavnikov. Seveda pa ti dve prvini izhajata iz okolja, kjer delujemo in se nanašata predvsem na medosebne odnose. Za zdravstveni sistem je značilen hierarhičen odnos in se zaradi tega razvije posebna dinamika dela (Krešić, 2013). Veščina, kot so: komunikacija, odnosi in timsko delo (Hongyan Hwang & Ahn, 2015) se je potrebno učiti in graditi. Zdravniki lahko vplivajo na druge zaposlene v timu (Hämel & Vössing, 2017), saj imajo več izobrazbe in so

nosilci zdravstvene dejavnosti, s tem imajo tudi bolj hierarhičen odnos, menijo tudi, da izhajajo iz višjega družbenega razreda (Matziou, et al., 2014; Bowles, et al., 2016). Da bi kultura varnosti funkcionirala in tekoče potekala, se mora uveljaviti odprta komunikacija, korekten odnos, ne glede na spol (Bell, et al., 2014) ali na družbeno pripadnost (Matziou, et al., 2014; Bowles, et al., 2016). Le tako se lahko zagotovi pretok povratnih informacij, ki so bistvenega pomena za varno in kakovostno oskrbo pacientov (Leape, et al., 2012; Kyoung, 2016; Vifladt, et al., 2016). Presečna raziskava Robide (2013a) v desetih slovenskih bolnišnicah in vključuje (n = 2932, 48,50 %) anketirancev, med drugim govori tudi o »Timskem delu v bolnišničnih enotah«, ki je ocenjeno z 62,00 % pozitivnih odgovorov, med tem pa je »Timsko delo med bolnišničnimi enotami« ocenjeno krepko pod 50,00 % pozitivnih odgovorov. Vzrok je slaba koordinacija dela med bolnišničnimi enotami, tudi podhranjenost kadrovskega virov, ki pa močno vpliva na timsko delo, medosebne odnose in komunikacijo. Enako ugotavljata avtorja Pinheiroa & de Sousa Uva (2015), raziskovalna tematika temelji na presečni metodi dela in jo sestavljajo zdravniki (n = 29) in zaposleni v zdravstveni negi (n = 43). Slednji ocenjujejo, da je komunikacija med poklicnima skupinama ustrezna, medtem zdravniki menijo, da ni ter da je osiromašena. Oboji pa ocenjujejo, da medosebni odnosi temeljijo ravno na komunikaciji. Eggins & Slade (2015) ugotavljajo, da pri komunikaciji prihaja do velikih vrzeli pri predaji pomembnih podatkov, ki so vezani na pacienta in njegovo oskrbo. Čeprav je komunikacija zaposlenih v zdravstvu eno od najpomembnejših in osrednjih orodij (Ule, 2010), pa AHRQ (2018) meni, da šibka, neučinkovita komunikacija pripomore k večjemu številu napak in odklonov. Da bi zmanjšali pojavnost napak in odklonov, morajo zaposleni, ki skrbijo za paciente, biti bolj pozorni pri predaji pomembnih informacij vezanih na pacienta in njegovo varnost. Potrebujejo mirno in ergonomsko urejeno okolje, a hkrati želijo imeti na razpolago informacijsko tehnologijo (Birmingham, et al., 2015; Eggins & Slade, 2015). Da bi se zaposleni ognili napakam pri predaji, ugotavlja kvalitativna raziskava Brutona in sodelavcev (2016), kjer izvajalci zdravstvene nege uporabljajo različne strategije pri predaji in poročanju pomembnih informacij vezanih na pacienta, vendar pa obstajajo tudi pasti, saj menijo, da je predaja lahko ključna točka tveganja zaradi slabe komunikacije, ki pa je pomemben dejavnik pri napakah. Izsledki govorijo, da se udeleženci iz dveh akutnih oddelkov poslužujejo različnih načinov predaj in podajanj

informacij. Nekateri vršijo predajo tik ob pacientu, spet drugi opravijo to nalogo v pisarnah ali raportnih sobah. Zaključujejo (Burton, et al., 2016), da ni enotnih smernic za predajo zdravstvenih informacij. Pomembno je, da se zaupne in občutljive informacije ne razkrivajo pred pacientom, saj s tem lahko izgubimo zaupanje s strani pacienta in oslabimo sodelovanje v procesu zdravljenja (Krešič, 2013). Timsko delo je področje, ki je pogosto raziskano in tudi pogosto zastopano v kulturi varnosti pacientov. Ugotovitve slovenskih avtorjev kažejo, da ta največkrat šepa in tu je priložnost za izboljšavo in nadgradnjo odstopanj znotraj tima (Kramar, 2011; Turk, 2013; Robida, 2013a). S komunikacijo in medosebnimi odnosi lahko dosežemo učinkovitost, produktivnost, zadovoljstvo, pripadnost, podporo, enotnost in harmonijo v timu (Birk, 2009).

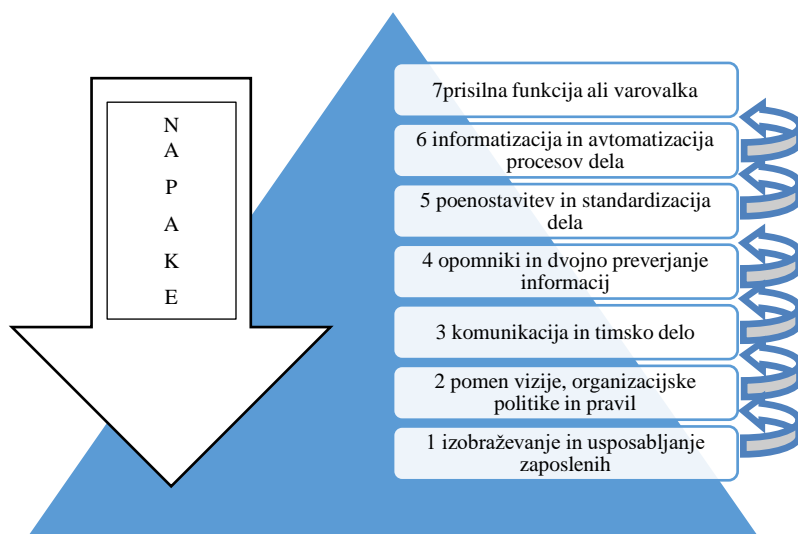
2.5 DEJVNIKI ZA NAPAKE

Kadar govorimo o dejavnikih za napake, pogosto obtožimo osebe, ki to napako storijo. Kako je prišlo do napake in zakaj, ni pomembno (Robida, 2011b). Potrebno bi bilo poiskati ali odpraviti vzroke za napake, torej tam kjer je sistem pomanjkljiv, ga nadgraditi, da se napaka ne ponovi. Laiki in celo nekateri strokovnjaki mislijo, da so zdravstveni delavci nezmotljivi, da imajo visoko, če ne celo najvišjo stopnjo pozornosti, da niso pozabljivi in da v svojih delovnih okoljih nimajo stresa in se redko soočajo s porazi. Raziskava (Leape, et al., 1991 cited in Kels & Grant-Kels, 2012, p. 615) ugotavlja, da pacient, ki je v intenzivni oskrbi, dnevno prejme približno 178 intervencij, ki so med seboj prepletene. Zato je nujno potrebno ustvariti sistem (pozitiven), ki bo razumel stisko zaposlenega, kateri bo poiskal nemalo rešitev za izboljšave in pa seveda ne obtoževalen pristop do zaposlenih (Robida, 2011b). Tuje raziskave ugotavljajo, (Dorrian, et al., 2009; Tshiamo, et al., 2015; Ammouri, et al., 2015; Kang, et al., 2016; Quillivan, et al., 2016; Dhawan, et al., 2017; Aiken, et al., 2017) da za dejavniki napak največkrat stoji: 1) delovna obremenitev, premalo kadrovskih virov, 2) prekomerno delo, 3) slaba komunikacija, 4) utrujenost, 5) stres na delovnem mestu, 6) pogosta rotacija med oddelki (nepoznavanje dela na oddelkih), 7) hiter preklop med opravljanjem dela (nepozornost, moteči dejavniki), 8) več izmensko delo (nočno delo), 9) izobrazba, 10) neuporaba protokolov, kliničnih poti, standardov, 11) pomanjkanje

kakovosti v ustanovi, izobraževanj. Presečna raziskava Wu in sodelavcev (2013), kjer so raziskovali dejavnike za nastanek napak glede na opravljeno število ur na tedenski ravni. Ugotavljajo, da tisti zaposleni, ki delajo več ur na teden in so vzročno bolj obremenjeni, poveča zmožnost za napake in s tem je ogrožena varnost pacientov večja. Isti avtorji (Wu, et al., 2013) so šli tako daleč, da so naredili primerjavo med svojimi rezultati, rezultati ZDA ter med tajvansko raziskavo. Pri tem ugotavljajo, da je obremenitev še kako pomemben faktor pri bolnišnični kulturi varnosti, kar kaže na to, da v vseh treh državah povprečno število ur na teden vpliva na varnost pacientov. Tudi Yoder (2010) ugotavlja, da tiste medicinske sestre, ki pogosto delajo 12 urni delovnik, bolj pogosto poročajo o utrujenosti, izčrpanosti, stresu, izgorelosti in zmožnosti povečanju napak kot tiste, ki delajo 8 urni delovnik. Da pa ni tako nedolžno več izmensko delo, podobno kot Yoder (2010) ugotavlja tudi presečna raziskava Gomez Garcia in sodelavcev (2016), kjer je sodelovalo 635 zaposlenih v zdravstveni negi. Kar 274 zaposlenih poroča o čustveni izgorelost zaradi več izmenskega dela in ta vpliva na slabšo kvaliteto dela in tudi osebnega življenja. Pri zdravstvenih delavcih, ki niso deležni večimenskega dela, pa je prisotnih manj napak, ugotavlja Brasaite s sodelavci (2016). Tako Zikhani (2016) ponuja eno od rešitev pri obvladovanju dejavnikov za napake. Pri tem poudarja uporabo protokolov, kliničnih poti, smernic in opomnikov. Izpostavlja proces sedmih korakov za preprečevanje napak, ki je primeren za vse poklicne skupine v zdravstvu in v vseh kliničnih okoljih - Slika 4 nam prikazuje sosledje sedmih korakov, s katerimi pridobivamo na usposobljenosti obvladovanja napak:

- 1) *Izobraževanje in usposabljanje zaposlenih.* Prvi korak je temeljen. Najprej je potrebno zaposlene izobraziti o celostnem pomenu obvladovanja kakovosti in varnosti. Poučimo jih o škodljivih posledicah napak, pomenu poznavanja in uporabe navodil, protokolov, kliničnih poti, smernic in podobno.
- 2) *Pomen vizije, organizacijske politike in pravil.* Izpostavlja se odgovornost organizacije, ki je dolžna oblikovati celostno kulturo varnosti. Pri tem so pomembni različni certifikati kakovosti, ki kažejo namero vodstvenih struktur pri podpori obvladovanja kulture varnosti. Pravila, organizacijska politika in vizija naj podpirajo varno okolje za paciente in zaposlene. Prepovedana je

- agresivna, neprijazna in kaznovalna organizacijska politika, ki lahko poveča ali celo ustvari še več napak).
- 3) *Komunikacija, timsko delo, medosebni odnosi, poročanje in predaja pomembnih informacij.* Pri obvladovanju napak je komunikacija ključnega pomena in nepogrešljivo orodje. Je del vsakega tima in medosebnih odnosov, zlasti kadar govorimo o kakovosti in varnosti. Poročila naj bodo kratka, jasna, naj vsebujejo le potrebne informacije, a hkrati naj vsebinsko zajamejo celoten nabor vseh podatkov s celostno sliko povedanega.
 - 4) *Opomniki in dvojno preverjanje informacij.* Opomniki naj imajo svoj namen. Kažejo na sosledje dogodkov, na način, da jih lahko nadziramo. Namen opomnikov je zmanjševanje možnosti za nastanek napak.
 - 5) *Poenostavitev, standardizacija in optimizacija organizacije dela.* Optimalna organizacija delovnih procesov je urejena na način, da delo poteka brez večjih tveganj za napake.
 - 6) *Informatizacija in avtomatizacija procesov dela.* Tehnologija in informatika sta nepogrešljiva člena v zdravstvenem sistemu ter zahtevata specifično pismenost zaposlenih. Ta prinaša nova znanja pri odpravljanju napak, saj lahko nekatere pomembne podatke pri elektronski uporabi, šifriramo in zaščitimo. Vendar, da bi obvladovali ti dve prvini, mora zdravstvena organizacija skrbeti za nenehno usposabljanje zdravstvenih delavcev na področju informatike.
 - 7) *Prisilna funkcija ali varovalka.* Namen tega procesnega koraka je preprečevanje napak. Proces dela bi bilo potrebno vzpostaviti na način, da prisilna funkcija oziroma varovalka deluje pri vseh zgoraj naštetih korakih. Na primer, določene pomembne podatke pacientov ne moremo zbrisati iz računalnika ali nas računalnik pred dejanjem opozori (Zikhani, 2016).



Slika 4: Sedem korakov za preprečevanje napak v zdravstvu

(Vir: Zikhani, 2016.)

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je ugotoviti zaznavanje kulture varnosti pacientov pri dveh poklicnih skupinah, in sicer pri zdravnikih in zaposlenih v zdravstveni negi (diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki, tehniki zdravstvene nege) v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji (Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Univerzitetni klinični center Maribor, oddelek za psihiatrijo in Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana).

3.1.1 Cilji magistrskega dela

1. Ugotoviti zaznavanje kulture varnosti na splošno in razlike med posameznimi bolnišnicami.
2. Ugotoviti razlike v zaznavanju kulture varnosti med posameznimi poklicnimi skupinami in posameznimi oddelki.
3. Ugotoviti priložnosti za izboljšave zaznavanja kulture varnosti v psihiatričnih bolnišnicah.
4. Ugotoviti, kako značilnosti zaposlenih pojasnjujejo zaznavanje kulture varnosti.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN VPRAŠANJE

Zastavili smo si sledeče hipoteze:

H1: Zaznavanje kulture varnosti med psihiatričnimi bolnišnicami se ne razlikuje.

H2: Zaznavanje kulture varnosti se med istovrstnimi oddelki (odprti oddelki, oddelki pod posebnim nadzorom, drugi oddelki) ne razlikuje.

H3: Med poklicnimi skupinami pri zaznavanju kulture varnosti ni razlik.

H4: Med poklicnimi skupinami ni razlik v pogostosti sporočanja napak.

H5: Boljše zaznavanje kulture varnosti je povezano s spolom, z delovno dobo udeleženca, izobrazbo, delovno dobo v isti bolnišnici, z delovno dobo v sedanjem

poklicu v bolnišnici in dolžino dela v sedanjem poklicu bolnišnice, iz katere prihaja posameznik.

Zastavili smo si raziskovalno vprašanje:

RV: Kakšna so odprta mnenja anketirancev o kulturi kakovosti in varnosti v psihiatričnih bolnišnicah?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izvedli smo presečno raziskavo, ki temelji na opisni, neeksperimentalni metodi dela.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu magistrskega dela, smo za razjasnitev problema opravili poglobljen pregled literature, kjer smo se osredotočali na kulturo varnosti pacientov v zdravstvu, zdravstvenem timu, zdravstveni negi, izid na pacientu, kakovost in varnost v zdravstvu in psihiatrija. Uporabili smo različne baze podatkov: vzajemno bibliografsko - kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice (COBIB.SI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect ter prosto dostopne e - vire: PubMed, Google Scholar. Za iskanje strokovnega gradiva v slovenskem jeziku smo uporabili ključne besede: »varnostna kultura, kakovost in varnost v psihiatriji, napake v zdravstvu, napake v zdravstveni negi«. V angleškem jeziku smo uporabili različne kombinacije ključnih besed: »patient safety culture among nurses, patient safety culture and healthcare, errors in healthcare, adverse events among patients, adverse events and medicines, communication errors and patient safety, human error, near miss, leadership management and errors, safety management system organizational structure, quality and safety in psychiatry, adverse events in psychiatry«. V podatkovnih bazah smo pri iskanju uporabili Boolov operator AND. Izbor podatkov smo omejili z besedili s celotno dostopnim tekstom, znanstvenih člankov z recenzijo v angleškem jeziku, meta sinteze in ljudje. Iskanje smo omejili na časovno obdobje 2008-2018.

V empiričnem delu magistrskega dela smo za zbiranje podatkov uporabili psihometrično testirano slovensko verzijo Vprašalnika o bolnišnični kulturi varnosti

pacientov (HSOPSC), (Robida, 2013b), Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

V vprašalniku smo uporabili naslednje vrste spremenljivk:

- z nominalnimi spremenljivkami v vprašalniku merimo: oddelek/enoto, poklic, neposredni stik s pacienti in spol.
- z ordinalnimi spremenljivkami v vprašalniku merimo: posamezne postavke na vprašalniku s petstopenjsko lestvico tipa Likert.
- intervalne spremenljivke v vprašalniku pa ponazarjajo skupni rezultat zaznavanja o bolnišnični kulturi varnosti, število dogodkov, delovno dobo dela v bolnišnici, dolžina dela na oddelku, količina dela v urah na tedenski ravni in čas dela v poklicu ali specialnosti.

Za izvedbo zaznavanja kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah, smo uporabili psihometrično testirano slovensko verzijo vprašalnika (priloga 1) o bolnišnični kulturi varnosti pacientov (Robida, 2013b), Agencije za raziskave in kakovost zdravstvene obravnave (Sorra & Nieva, 2004; Sorra, et al., 2016). Vprašalnik je bil razvit za uporabo v vseh bolnišnicah ne glede na njihovo področje dela in temelji na pregledu literature o bolnišnični kulturi varnosti (Robida, 2013b; Pokojová in Bártlová, 2018). Vprašalnik temelji na 12-faktorskem modelu in vsebuje devet sklopov: 1) sklop A: opisuje vrsto oddelka, stanje in situacije na oddelku glede varnosti, 2) sklop B: odnos nadrejenega do varnosti, 3) sklop C: komunikacija z nadrejenim glede varnosti, 4) sklop D: odnos do pogostosti sporočanja napak, 5) sklop E: dojemanja varnosti pacientov pri zaposlenih, 6) sklop F: sodelovanje med bolnišničnimi enotami in oddelki, 7) sklop G: poročanje število dogodkov v zadnjih 12 mesecih, 8) sklop H: sociodemografski podatki 9) sklop I: pisna mnenja zaposlenih o varnosti in kakovosti.

V sklopih A, B, in F je na trditve možno odgovarjati s 5 – stopenjsko Likertovo lestvico, pri čemer 1 pomeni Sploh se ne strinjam, 2 pomeni Se ne strinjam, 3 pomeni Niti se ne

strinjam niti se strinjam, 4 pomeni Strinjam se in 5 pomeni Zelo se strinjam. Na sklope C in D so anketiranci odgovarjali ravno tako na 5 – stopenjski Likertovi lestvici, kjer je 1 pomenila Nikoli, 2 – Redko, 3 – Včasih, 4 – Pogosto in 5 – Vedno. Pri ocenjevanju sklopa E je 1 pomenila Izredno slabo, 2 – Slabo, 3 – Sprejemljivo, 4 – Zelo dobro in 5 – Odlično. Sklop H je bil namenjen pridobivanju sociodemografskih podatkov. V sklopu G so se anketiranci lahko opredelili o številu dogodkov, ki so jih prijavili v zadnjem letu. Zadnji, I sklop vprašalnika je bil namenjen pridobivanju kvalitativnih podatkov, kjer so lahko anketiranci opisali z besedami svoje mnenje o bolnišnični kulturi varnosti v svojem kliničnem okolju.

Notranjo zanesljivost vprašalnika smo preverjali tudi na našem vzorcu, pri čemer je Cronbachov koeficient α (0.5 – 0.6 slaba, 0.6 – 0.7 sprejemljiva/srednje močna zanesljivost, 0.7 – 0.9 dobra in > 0.9 odlična) (Crutzen & Peters, 2017). Vprašalnika nismo posebej spreminjali, le v točkah, kjer je bilo to potrebno zaradi drugačnega poimenovanja oddelkov (sklop A). V sklopu H, druge informacije, smo dodali spol (moški, ženski), na koncu smo uredili še poklicno skupino (tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij, zdravnik specializant ali sekundarij, zdravnik specialist).

3.3.3 Zanesljivost in veljavnost merskega instrumenta

Avtorja vprašalnika (Sorra & Nieva, 2004) sta s faktorsko analizo prvotnih 42 trditvev razporedila v 12 faktorjev oziroma razsežnosti: 1) Celokupno zaznavanje varnosti – 4 trditve, 2) Pogostost poročanja dogodkov – 3 trditve, 3) Podpora vodstva oddelka za varnost pacientov – 4 trditve, 4) Učeha se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti – 3 trditve, 5) Timsko delo v bolnišničnih enotah – 4 trditve, 6) Odprtost komunikacij – 3 trditve, 7) Povratna informacija o napakah – 3 trditve, 8) Nekaznovalni odziv na napake – 3 trditve, 9) Ustreznost števila in kompetenc osebja – 4 trditve: –. 10) Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov – 3 trditve, 11) Timsko delo med bolnišničnimi enotami – 4 trditve in 12) Predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice – 4 trditve. Pokojová in Bártlová (2018) ugotavljata, da sta snovalca

vprašalnika Sorra in Nieva (2004) priporočala notranjo zanesljivost vprašalnika Cronbachov koeficient $\alpha > 0,60$ oziroma od 0,63 do 0,84, pri čemer je Republika Hrvaška imela notranjo zanesljivost Cronbachov koeficient α od 0,35 do 0,91 pri 12 razsežnostih (Brborovič, et al., 2014). Slovenska različica vprašalnika, ki je prav tako temeljila na 12 razsežnostih, je Cronbachov koeficient α znašal od 0,36 do 0,88 (Robida, 2013b). V Republiki Kosovo so notranjo zanesljivost Cronbachov koeficient α potrdili od 0,44 do 0,78 z 8 razsežnostmi (Brajshori & Behrens, 2016). Francoska jezikovna različica vprašalnika je potrdila Cronbachov koeficient α od 0,46 do 0,84 na 10 razsežnostih (Occelli, et al., 2013). Angleški vprašalnik, ki je temeljil na 9 razsežnostih bolnišnične kulture varnosti, je Cronbachov koeficient α znašal od 0,58 do 0,83 (Waterson et al., 2010). Norveški vprašalnik je temeljil na 12 razsežnostih in je pokazal notranjo zanesljivost Cronbachov koeficient α od 0,60 do 0,85 (Haugen et al., 2013). V naši raziskavi, ki temelji na 10 razsežnostih, Cronbachov koeficient α znaša od 0,66 do 0,84 in je znotraj meja priporočil notranje zanesljivosti vprašalnika HSOPSC (Sorra & Nieva, 2004), (Tabela 2). Najnižja možna vrednost pri vprašalniku je 42 in najvišja 210.

Vprašalnik HSOPSC je bil preveden v slovenščino ter je bil v končanem prevodu tudi psihometrično testiran, s čimer so potrdili ustrezno zanesljivost in veljavnost za slovensko populacijo, kjer je eksploratorna psihometrična analiza pokazala 9-faktorski model z 39 postavkami (Robida, 2013a; 2013b). Opravljena je bila tudi konfirmatorna faktorska analiza. Rezultati primerjave med ugnezdenim 9 faktorskim modelom in 12 faktorskim modelom (Sorra & Nieva 2004; Sorra, et al., 2016) s Satorra-Bentler lestvičnim hi-kvadratom diferenčnim testom (Satorra & Bentler, 2001) so pokazali, da za slovenske podatke in populacijo signifikantno bolje ustreza 12 faktorski model (Robida, 2013b). V našem primeru smo najprej izmerili zanesljivost celotnega vprašalnika, kjer je Cronbachov koeficient α znašal 0,890, kar pomeni, da gre za dobro zanesljivost vprašalnika (Crutzen & Peters, 2017). Ravno tako smo zanesljivost in veljavnost vprašalnika preverili glede na 12 razsežnosti kulture varnosti pacientov po avtorju (Sorra & Nieva, 2004; Sorra, et al., 2016). Izkazalo se je, da so tri komponente slabo zanesljive, in sicer 1) Celokupno zaznavanje varnosti, kjer Cronbachov koeficient α znaša (0,518), 9) Ustreznost števila in kompetence osebja, kjer Cronbachov koeficient

α znaša (0,564) ter 12) Predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice Cronbachov koeficient α je znašal (0,611) (Crutzen & Peters, 2017), (tabela 2).

Tabela 2: 12 razsežnosti varnosti pacientov, trditve s Chronbach α zanesljivostjo

Razsežnosti in trditve	Število spremenljivk	α
1) Celokupno zaznavanje varnosti: 1.) Samo naključju se lahko zahvalimo, da ne prihaja do resnih napak, 2.) Varnosti pacientov nikoli ne žrtvujemo zato, da bi naredili več, 3.) Na oddelku imamo probleme z varnostjo pacientov ter 4.) Naši postopki in sistemi dobro preprečujejo napake.	4	0,518
2) Pogostost poročanja dogodkov: 1.) Ko pride do napake in je ta odkrita ter popravljena preden škoduje pacientu, kako pogosto jo sporočite? 2.) Ko pride do napake, ki ne more škodovati pacientu, kako pogosto jo sporočite? ter 3.) Ko pride do napake, ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne, kako pogosto jo sporočite?	3	0,835
3) Podpora vodstva oddelka za varnost pacientov: 1.) Moj nadrejeni me pohvali, ko vidi, da je delo opravljeno v skladu z uveljavljenimi postopki varnosti pacientov, 2.) Moj nadrejeni upošteva predloge zaposlenih za izboljšave varnosti pacientov, 3.) Kadar je veliko dela, moj nadrejeni želi, da delamo hitro, tudi če delamo po bližnjicah ter 4.) Moj nadrejeni ignorira probleme varnosti pacientov, ki se stalno ponavljajo	4	0,701
4) Učeha se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti: 1.) Aktivno delamo stvari za izboljšanje varnosti pacientov, 2.) Ko pride do napake na našem oddelku, se izvedejo izboljšave ter 3.) Ko naredimo spremembe za izboljšanje varnosti pacientov, ocenimo njihovo uspešnost.	3	0,663
5) Timsko delo v bolnišničnih enotah: 1.) Zaposleni na oddelku podpiramo drug drugega, 2.) Če je potrebno v kratkem času narediti veliko, delamo skupaj kot tim, da potrebno delo opravimo, 3.) Na našem oddelku zaposleni spoštujemo drug drugega ter 4.) Če je v enem odseku našega oddelka resnično veliko dela, drugi priskočijo na pomoč.	4	0,737
6) Odprtost komunikacij: 1.) Zaposleni lahko odkrito spregovorijo, če vidijo, da nekaj ogroža varnost pacientov, 2.) Zaposleni si upamo vprašati nadrejene o razlogih za njihove odločitve in ukrepe ter 3.) Zaposleni se bojijo spraševati, kadar se jim kaj ne zdi v redu.	3	0,684
7) Povratne informacija o napakah: 1.) Zaposleni dobimo povratno informacijo o tem, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki smo ga sporočili, 2.) Obveščeni smo o napakah, ki se zgodijo v naši enoti ter 3.) Na oddelku se pogovarjamo o tem, kako bi preprečili ponovitev napak	3	0,717
8) Nekaznovalni odziv na napake: 1.) Zaposleni menijo, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim, 2.) Ko sporočimo incident pri pacientu, je izpostavljena oseba in ne problem ter 3.) Zaposlene skrbi, da se njihove napake zabeležijo v njihove personalne mape.	3	0,639
9) Predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice: 1.) Pri premeščanju pacientov iz enega oddelka / enote v drugega, se podatki o oskrbi pacienta pogosto izgubijo, 2.) Pri predaji pacientov med delovnimi izmenami ali v dežurstvih se podatki o oskrbi	4	0,611

Razsežnosti in trditve	Število spremenljivk	α
pacientov pogosto izgubijo, 3.) Pogosto se pojavijo problemi pri izmenjavi informacij med oddelki ter 4.) Delo v izmenah predstavlja večje tveganje za varnost pacientov v naši bolnišnici.		
10) Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov: 1.) Vodstvo bolnišnice vzdržuje delovno klimo, ki spodbuja varnost pacientov, 2.) Vodstvo bolnišnice s svojimi dejanji in ukrepi kaže, da je varnost pacientov najvišja prioriteta ter 3.) Vodstvo bolnišnice varnost pacientov zanima šele, ko pride do varnosti incidenta s škodo za pacienta.	3	0,780
11) Timsko delo med bolnišničnimi enotami: 1.) Koordinacija dela med oddelki ni dobra, 2.) Sodelovanje med oddelki v bolnišnici, kjer je potrebno skupno delo za paciente, je dobro, 3.) Pogosto je neprijetno delati z osebjem iz drugih oddelkov ter 4.) Bolnišnični oddelki dobro sodelujejo med seboj, z namenom izvajanja najboljše oskrbe pacientov.	4	0,693
12) Predaja pacientov in premestitve znotraj bolnišnice: 1.) Pri premeščanju pacientov iz enega oddelka / enote v drugega, se podatki o oskrbi pacienta pogosto izgubijo, 2.) Pri predaji pacientov med delovnimi izmenami ali v dežurstvih, se podatki o oskrbi pacientov pogosto izgubijo, 3.) Pogosto se pojavijo problemi pri izmenjavi informacij med oddelki ter 4.) Delo v izmenah predstavlja večje tveganje za varnost pacientov v naši bolnišnici.	4	0,611

Legenda: α = Cronbach Alpha

(Vir: Sora & Nieva, 2004; Robida, 2013a; 2013b; Sorra, et al., 2016.)

V nadaljevanju smo se odločili, da na našem vzorcu izvedemo faktorsko analizo z vsemi 42 trditvami. Najprej smo preverili, ali so podatki primerni za faktorsko analizo. Ustreznost korelacijske matrike trditvev HSOPSC za faktorsko analizo smo preverjali z Bartlettovim testom sferičnosti in z mero KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy), Field (2009). Bartlettov test sferičnosti ($\chi^2 = 7417,633$, $df = 861$, $p < 0,001$) in mera KMO = 0,863, sta potrdili ustreznost korelacijske matrike za proučevanje dimenzionalne strukture. Eksploratorna faktorska analiza (metoda glavnih komponent) je izločila 10 faktorjev z lastno vrednostjo več kot 1, ki skupaj pojasnijo 47,30 % variance v odgovorih udeležencev. Izločili smo dve spremenljivki, zaradi slabše pojasnitvenosti variabilnosti («Če je v enem odseku našega oddelka resnično veliko dela, drugi priskočijo na pomoč» in »Varnosti pacientov nikoli ne žrtvujemo zato, da bi naredili več«). Za rotacijo (poševno ali pravokotno) se odločimo glede korelacije med faktorji. Če je korelacija majhna oziroma pod 0,2, ponovimo analizo s pravokotno rotacijo, v nasprotnem primeru izvedemo poševno rotacijo (Pallant, 2013). V našem primeru je vrednost največje absolutne korelacije 0,439, in smo izvedli poševno rotacijo. Zato smo v nadaljevanju izvedli poševno rotacijo podatkov (Direct Oblimin) s

fiksni 10 faktorji, s katerimi lahko pojasnimo 59,14 % skupne variance zaznavanja kulture varnosti pacientov (Pallant, 2013; Yong & Pearce, 2013), s prvim faktorjem 20,511 % in z zadnjim desetim 2,459 %. Najmanjša vrednost uteži pri trditvah, ki smo jih še vključili v posamezen faktor, znaša 0,288, kar je po Pallantovi dopuščenosti (2013), saj lahko s tem dosežemo bolj izrazito in lažjo vsebinsko interpretacijo dobljenih faktorjev z večjo zanesljivostjo. V naši faktorski analizi smo štiri od desetih faktorjev poimenovali drugače oziroma z drugim imenom faktorja ali razsežnosti, in sicer dva faktorja F2 »Preobremenjenost osebja in odziv na napake« ter F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« zaradi drugačnih umestitev trditev na dobljenih faktorjih. Pri F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« in F5 »Timsko delo na oddelku, pa zgolj zaradi lažjega tolmačenja pomena faktorja. Po Robidi (2013a) sta bili razsežnosti imenovani »Timsko delo med bolnišničnimi enotami« in »Timsko delo v bolnišničnih enotah« (glej Tabelo 2 in Tabelo 3), da ne prihaja do zamenjave zaradi podobnih imen faktorja/razsežnosti.

Tabela 3: Zaznavanje kulture varnosti pacientov po 10-faktorskem modelu

Trditev	Utež	Število trditev	Faktor / razsežnost	α
Obveščeni smo o napakah, ki se zgodijo v naši enoti	0,696	6	F1 Povratne informacije o napakah	0,812
Zaposleni si upamo vprašati nadrejene o razlogih za njihove odločitve in ukrepe	0,662			
Zaposleni dobimo povratno informacijo o tem, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki smo ga sporočili	0,608			
Zaposleni dobimo povratno informacijo o tem, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki smo ga sporočili	0,605			
Zaposleni lahko odkrito spregovorijo, če vidijo, da nekaj ogroža varnost pacientov	0,591			
Zaposleni se bojijo spraševati, kadar se jim kaj ne zdi v redu	0,312			
Zaposleni na oddelku delajo prek polnega delovnega časa, kar zveča možnost napak	0,644	9	F2 Preobremenjenost osebja in odziv na napake*	0,766
Pri nas je veliko nadomeščanja osebja zaradi odsotnosti, kar povečuje možnost napak	0,604			
Zaposleni menijo, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim	0,463			
Samo naključju se lahko zahvalimo, da ne prihaja do resnih napak	0,441			
Na oddelku imamo probleme z varnostjo pacientov	0,402			
Zaposlene skrbi, da se njihove napake zabeležijo v njihove personalne mape	0,401			
Ko sporočimo varnostni incident pri pacientu, je izpostavljena oseba in ne problem	0,336			
Delo v izmenah predstavlja večje tveganje za varnost	0,300			

Trditev	Utež	Število trditev	Faktor / razsežnost	α
pacientov v naši bolnišnici				
Delamo na »krizni način« in poskušamo narediti čim več, čim hitreje	0,294			
Ko pride do napake, ki ne more škodovati pacientu, kako pogosto jo sporočite	0,950	3	F3 Pogostost poročanja dogodkov	0,840
Ko pride do napake in je ta odkrita ter popravljena preden škoduje pacientu, kako pogosto jo sporočite	0,716			
Ko pride do napake, ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne, kako pogosto jo sporočite?	0,708			
Sodelovanje med oddelki v bolnišnici, kjer je potrebno skupno delo za paciente, je dobro	- 0,709	3	F4 Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice*	0,707
Bolnišnični oddelki dobro sodelujejo med seboj z namenom izvajanja najboljše oskrbe pacientov	- 0,592			
Koordinacija dela med oddelki ni dobra	- 0,355			
Zaposleni na oddelku podpiramo drug drugega	0,791	3	F5 Timsko delo na oddelku*	0,822
Na našem oddelku zaposleni spoštujemo drug drugega.	0,740			
Če je potrebno v kratkem času narediti veliko, delamo skupaj kot tim, da potrebno delo opravimo	0,713			
Pogosto se pojavijo problemi pri izmenjavi informacij med oddelki	- 0,701	4	F6 Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice	0,717
Pri predaji pacientov med delovnimi izmenjavi ali v dežurstvih se podatki o oskrbi pacientov pogosto izgubijo	- 0,559			
Pogosto je neprijetno delati z osebjem iz drugih oddelkov	- 0,502			
Pri premeščanju pacientov iz enega oddelka/enote v drugega se podatki o oskrbi pacienta pogosto izgubijo	- 0,429			
Kadar je veliko dela, moj nadrejeni želi, da delamo hitro, tudi če delamo po bližnjicah	0,661	2	F7 Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov	0,664
Moj nadrejeni ignorira probleme varnosti pacientov, ki se stalno ponavljajo	0,625			
Ko naredimo spremembe za izboljšanje varnosti pacientov, ocenimo njihovo uspešnost	- 0,571	4	F8 Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti	0,695
Ko pride do napake na našem oddelku, se izvedejo izboljšave	- 0,484			
Aktivno delamo stvari za izboljšanje varnosti pacientov	- 0,476			
Naši postopki in sistemi dobro preprečujejo napake	- 0,356			
Moj nadrejeni upošteva predloge zaposlenih za izboljšave varnosti pacientov	- 0,626	2	F9 Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov	0,829
Moj nadrejeni me pohvali, ko vidi, da je delo opravljeno v skladu z uveljavljenimi postopki varnosti pacientov	- 0,618			
Vodstvo bolnišnice s svojimi dejanji in ukrepi kaže, da je varnost pacientov najvišja prioriteta	- 0,706	4	F10 Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov	0,724
Vodstvo bolnišnice vzdržuje delovno klimo, ki spodbuja varnost pacientov	- 0,639			
Vodstvo bolnišnice varnost pacientov zanima šele, ko pride do varnosti incidenta s škodo za pacienta	- 0,636			
Imamo dovolj osebja za izvajanje dela	- 0,288			

Legenda: α = Cronbach Alpha, * = drugače poimenovani faktorji

(Vir: Sora & Nieva, 2004; Robida, 2013a; 2013b; Sorra, et al., 2016.)

Za lažje razumevanje pojmov 10-faktorsekga modela kulture varnosti pacientov smo v Tabeli 4 pojasnili vse sklope, ki tvorijo 10-faktorsko razsežnost bolnišnične kulture varnosti pacientov (Sorra, et al., 2016).

Tabela 4: Razlaga razsežnosti kulture varnosti pacientov glede na 10-faktorski model

Faktor/razsežnost	Pomen
F1 Povratne informacije o napakah	Zdravstveno osebje je obveščeno o napakah, katere se zgodijo ne enoti / oddelku in prejmejo povratne informacije o izvedenih spremembah. Aktivno sodelujejo pri preprečevanju ponovitev napak.
F2 Preobremenjenost osebja in odziv na napake *	Zdravstveno osebje pogosto dela preko polnega delovnega časa, kar poveča možnost nastanka napak. Bojijo se, da se napake, ki se zgodijo, uporabijo proti njim, se išče krivca za storjeno, in ne problema v sistemu dela organizacije.
F3 Pogostost poročanja dogodkov	Zdravstveno osebje pogosto poroča naslednje napake: 1) napake, ki so bile odkrite, preprečene predno škodujejo pacientu, 2) napake, ki ne morejo škodovati pacientu ter 3) napake, ki bi lahko škodovale pacientu, vendar mu ne.
F4 Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice *	Zdravstveno osebje med bolnišničnimi enotami / oddelki medsebojno sodelujejo, se usklajujejo pri svojih nalogah. Delajo v dobro pacienta, da bi zagotovili najboljšo varno in kakovostno zdravstveno oskrbo.
F5 Timsko delo na oddelku *	Zdravstveno osebje v bolnišnični enoti / oddelku se medsebojno podpirajo, spoštujejo drug drugega in sodelujejo kot dober tim.
F6 Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice	Kako poteka komunikacija / prenos informacij med zdravstvenim osebjem pri predaji pomembnih informacij o zdravstvenem stanju pacienta med bolnišničnimi enotami / oddelki.
F7 Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov *	Nadrejeni pogosto ignorira probleme varnosti pacientov, ko se ti pojavijo. Želi, da je delo opravljeno hitro, če tudi se dela po bližnjicah.
F8 Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti	Ko se napake pojavijo v organizaciji, se je potrebno iz njih učiti. Potrebno je zgraditi trdno kulturo varnosti, katera vključuje zdravstveno osebje, delovno organizacijo kot sistem in paciente ter spremljati učinkovitost sprememb.
F9 Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov	Vodstvo enote / oddelka upošteva predloge zaposlenih za izboljšave varnosti pacientov. H krati pa deluje spodbudno in pohvalno pri tem, da je varnost pacientov prednostna naloga.
F10 Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov	Vrhnjemu vodstvu je varnost pacientov najvišja prioriteta. Skrbi za delovno klimo in spodbuja varnost pacientov.

Legenda: * = razsežnost, katere smo drugače poimenovali glede na pomen in za lažje razumevanje

(Vir: Sorra, et al., 2016.)

3.3.4 Opis vzorca

Ciljna statistična populacija je zajemala zdravstvene strokovnjake in sodelavce, zaposlene v šestih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah (Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Vojnik, UKC Maribor oddelek za psihiatrijo in Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana), v katerih vsakodnevno delajo s pacienti in zaposleni opravljajo poklic na področju zdravstvene nege (tehnike zdravstvene nege/srednje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike in magistre zdravstvene nege) ter zdravnike. Predmet raziskovanja je bila celotna populacija. Eno statistično enoto predstavlja en zaposlen. Kadrovske podatke zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah smo pridobili iz letnih poročil za vsako bolnišnico posebej. Letna poročila bolnišnic so prosto dostopna na internetu in se nanašajo na leto 2016 glede zaposlenih, drugih vsebin za vzorec nismo iskali. Razdelili smo 824 vprašalnikov, od tega 667 vprašalnikov zaposlenim v zdravstveni negi ter 157 vprašalnikov za zdravnike specialiste psihiatrije in specializante psihiatrije. V bolnišnici PB3 zdravniki niso sodelovali v raziskavi, saj vodstvo bolnišnice ni dalo soglasja za sodelovanje (PB Begunje 2016; PB Idrija, 2016; PB Ormož, 2016; PB Vojnik, 2016; UKC Maribor, 2016; UPK Ljubljana, 2016). Iz tabele 5 je razviden delež poslanih vprašalnikov po psihiatričnih bolnišnicah (v nadaljevanju PB), glede na poklic in poklicno skupino. Podatke smo črpali iz letnih poročil za vsako PB posebej, ki se nanaša na leto 2016.

Tabela 5: Vzorec razdeljenih vprašalnikov po poklicnih skupinah in bolnišnicah ter kvota vrnjenih vprašalnikov po poklicnih skupinah glede na razdeljene vprašalnike

	Poklic			Skupaj n / %
	zdravnik n / %	tehnik zdravstvene nege / srednja medicinska sestra n / %	diplomirana medicinska sestra / diplomiran zdravstvenik n / %	
Bolnišnica				
PB 1	17 / 2,06	49 / 5,95	15 / 1,83	81 / 9,84
PB 2	5 / 3,04	71 / 8,62	25 / 3,05	121 / 14,67
PB 3	/	98 / 11,89	42 / 5,10	140 / 16,99

	Poklic			Skupaj n / %
	zdravnik n / %	tehniki zdravstvene nege / srednja medicinska sestra n / %	diplomirana medicinska sestra / diplomiran zdravstvenik n / %	
Bolnišnica				
PB 4	24 / 2,92	35 / 4,25	24 / 2,92	83 / 10,07
PB 5	20 / 2,43	46 / 5,58	16 / 1,95	82 / 9,96
PB 6	71 / 8,62	176 / 21,36	70 / 8,50	317 / 38,47
Skupaj	157 / 19,07	475 / 57,65	192 / 23,31	824 / 100
	Poklicna skupina			
Vse PB (1 – 6)	zdravniki n / %	zdravstvena nega n / %		
Skupaj	157 / 19,07	667 / 80,94		824 / 100
	Kvota vrnjenih vprašalnikov glede na poklic			
Vse PB (1 – 6)	zdravniki n / %	tehniki zdravstvene nege / srednja medicinska sestra n / %	diplomirana medicinska sestra / diplomiran zdravstvenik n / %	
Skupaj	55 / 35,04	286 / 60,22	148 / 77,08	489 / 59,35

Legenda: PB = psihiatrična bolnišnica z zaporedno številko pod katero je bolnišnica kodirana, n = število enot v vzorcu razdeljenih vprašalnikov, % = delež v odstotku

Prejeli smo n = 511 (62,00 %) vrnjenih vprašalnikov. Od tega smo izključili vse tiste, ki so izpolnjevali vprašalnike in so na ustanovi zaposleni manj kot 6 mesecev, ker menimo, da ne poznajo dobro organizacijo in delo v njej. Končno število udeležencev je bilo n = 489 (59,35 %) vseh vključenih vprašalnikov. Vzorec je sestavljalo 324 (66,26 %) žensk in 165 (33,74 %) moških udeležencev, od tega 434 (89,00 %) zaposlenih v zdravstveni negi in 55 (11,00 %) zdravnikov. V tabeli 6 je natančnejši opis vzorca anketirancev.

Tabela 6: Osnovne značilnosti vzorca

Značilnosti vzorca	n	%
ženski	324	66,26
moški	165	33,74
Poklicna skupina		
zdravstvena nega skupaj	434	89,00
zdravniki skupaj	55	11,00
Neposredni stik s pacienti		
da, sem v neposrednem stiku s pacienti	479	97,96
ne, nisem v neposrednem stiku s pacienti	8	1,64
brez odgovora	2	0,40
Skupaj	489	100

Legenda: n = število enot v vzorcu, % = delež v odstotku

3.3.5 Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Podatke smo zbirali s pomočjo pisnega vprašalnika in je potekalo v času obdobja treh mesecev, in sicer od 20. novembra 2017 do 20. februarja 2018. Pred izvedbo raziskave smo pridobili vsa potrebna soglasja predstavnikov vodstva posameznih strokovnih svetov in ostalih služb psihiatričnih bolnišnic, Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana, in dovoljenje odgovorne osebe za uporabo slovenske verzije vprašalnika HOSPSC. Raziskavo je odobrila tudi Komisija za magistrska dela, Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, z dne 25.10.2017. Na to smo stopili v telefonski kontakt s predstavniki vodstev psihiatričnih bolnišnic, jim razložili, kdo smo, kakšen je naš namen in cilj. V nadaljevanju smo vsem odgovornim osebam, vodstvu, skrbnikom sistema kakovosti v bolnišnicah ter vsem pomočnicam in pomočnikom generalnega direktorja za zdravstveno nego posredovali prošnjo in Soglasje zavoda za raziskovanje v okviru magistrskega dela, kjer smo se kasneje tudi dogovorili za ključne osebe, katere bodo skrbele za koordinacijo vprašalnikov. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost, saj so vprašalniki anonimizirani. Z anketiranimi nismo prihajali v osebni stik, le s ključnimi osebami, katere so zbrale izpolnjene vprašalnike in so nam jih posredovali nazaj v analizo. Upoštevali smo etične norme v skladu z načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Kodeksa zdravniške etike ter načela skladnosti Helsinške deklaracije. V primeru nerazumevanja vprašanj, smo navedli kontakt, kjer so anketiranci lahko povprašali o dodatnih informacijah. Skrb za koordiniranje raziskave smo dodelili ključnim osebam v posameznih bolnišnicah, s katerimi smo se osebno dogovorili o celotnem poteku izpolnjevanja vprašalnikov. Soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, ni bilo potrebno, saj so v raziskavi sodelovali zaposleni v zdravstveni negi in zdravniki. O etičnosti raziskave so presojali organi zavodov, za katere smo pridobili tudi vsa veljavna soglasja. Vsem šestim psihiatričnim bolnišnicam smo dodelili kodo, Psihiatrična bolnišnica (PB) s številko (npr.: PB1) zaradi zagotavljanja anonimnosti, zaščiti podatkov in neprepoznavnosti. Ravno tako smo naredili z oddelki/enoto, zaradi zaščite podatkov in neprepoznavnosti po bolnišnicah, smo pod oddelke pod posebnim nadzorom, umestili vse varovane oddelke in vse oddelke pod posebnim nadzorom. Odprte oddelke predstavljajo vsi terapevtski oddelki in odprti oddelki. Pod drugo smo

uvrstili vodenje, specialistične ambulante in drugo. Poklic smo kodirali v tri skupine, in sicer: 1) tehnike zdravstvene nege/srednje medicinske sestre, 2) višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij in 3) zdravniki. V PB 1, 2, 4, 5 in 6 smo večkrat stopili v kontakt z namenom poziva k izpolnjevanju vprašalnikov, pogovor je bil opravljen z vodstvom bolnišnic ali s ključnim koordinatorjem. Zaradi premajhnega števila izpolnjenih vprašalnikov, smo PB5 ponovno pozvali k dodatni izpolnitvi vprašalnikov za oceno kulture varnosti v njihovi bolnišnici. Kvantitativne empirične podatke smo najprej zbrali, jim dodelili kodo bolnišnice in zaporedno številko vprašalnika. Za lažji in hitrejši vnos podatkov smo uporabili masko podjetja Ninamedia d.o.o., ki ga je izdelalo le za naše potrebe ter je bilo dostopno le kandidatu, za določen čas, pol leta od zaključka raziskave. Za pravilno izpolnjene vprašalnike (Sorra, et al., 2016) smo upoštevali tiste, ki so bili v popolnosti označeni z večina trditev ali vprašanj. Za statistično obdelavo smo upoštevali le tiste vprašalnike, kjer so anketiranci odgovorili na najmanj en celoten sklop trditev ali vprašanj. Izločili smo sledeče vprašalnike:

- če je anketiranec odgovarjal skozi vprašalnik z enako trditvijo, in sicer, da je na vsa vprašanja odgovarjal s 4 ali 5, kar pomeni, da anketirani ni resen pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika,
- če je anketiranec odgovoril na manj kot en sam sklop vprašanj.

Vnesene podatke smo izvozili v Excelovo tabelo in potem v program IBM SPSS 21.0.0.0. (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Za analizo smo uporabili opisano statistiko (povprečja, modus, deleže, standardni odklon), bi-variantno statistiko (t-test in ANOVA), multivariatna stilistika (pri izvedbi faktorske analize smo uporabili analizo glavnih komponent s poševno rotacijo Direct Oblimin; za preverjanje odvisnosti med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami pa smo uporabili multiplo regresijo metodo Enter. Za preverjanje povezanosti dveh spremenljivk smo uporabili Pearsonov korelacijo. Statistično pomembne rezultate smo upoštevali le tiste rezultate, pri katerih je bil $p < 0,005$. Pri regresiji so posamezne dimenzije zaznavanje kulture varnosti pacientov predstavljale odvisne spremenljivke, neodvisne spremenljivke pa sestavljajo

demografski podatki (v tabeli 7).

Tabela 7: Odvisne in neodvisne spremenljivke pri regresijskem modelu

Odvisne spremenljivke	Neodvisne spremenljivke
F1 Povratne informacije o napakah	Spol
F2 Preobremenjenost osebja in odziv na napake	Delovna doba v bolnišnici
F3 Pogostost poročanja dogodkov	Delovna doba na oddelku
F4 Timsko delo med bolnišničnimi enotami	Delovna doba v specialnosti
F5 Timsko delo v bolnišničnih enotah	Poklic
F6 Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice	Povprečno število ur na teden
F7 Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov	Oddelek / enota
F8 Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti	/
F9 Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov	/
F10 Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov	

Legenda: F = faktor / razsežnost z zaporedno številko

Pri sklopu I »Vaši komentarji« so imeli anketiranci možnost tudi do opisnih mnenj o raziskovani temi. Anketiranci (n = 55) so pri tem sklopu bili aktivni in so podali večjo količino pisnega gradiva, ki je po našem mnenju za celotno pojasnitev raziskovalnega problema, pomembno. Zato smo pridobljeno besedilo kvalitativno analizirali po Vogrincu (2008). Obdelava podatkov je temeljila na analizi besedila, in iskanju vsebinskih kod. Pomensko podobne kode smo z induktivno metodo združili v bolj abstraktne kategorije, s čimer smo lahko dodatno razložili mnenje in izkušnje anketirancev do varnosti pacientov, sporočanja pogostosti napak in zaznavanju kulture varnosti pacientov v psihiatričnih bolnišnicah. V nadaljevanju smo rezultate kvalitativne obdelave mnenj upoštevali pri razpravi, kjer smo ocenili, da lahko prispevajo k razumevanju kvantitativnih rezultatov.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni in prikazani natančnejši rezultati »Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah«.

Demografski podatki in vzorec

Rezultati za naš vzorec, zajemajo vseh šest psihiatričnih bolnišnic (PB1, PB2, PB3, PB4, PB5 in PB6) v Republiki Sloveniji in temeljijo na 10-faktorskem modelu (razsežnosti/dimenzijami) s 40 trditvami in dveh sklopih »Ocena varnosti pacientov« in »Število dogodkov v zadnjih 12 mesecih«. Končni vzorec vključenih vprašalnikov v raziskavo je $n = 489$. Največji delež vrnjenih vprašalnikov smo prejeli iz PB6 ($n = 219$, 44,79 %), najmanjši delež vrnjenih vprašalnikov pa iz PB5 ($n = 31$, 6,34 %). Glede na poklic smo največ vprašalnikov prejeli od tehnikov zdravstvene nege/srednja medicinska sestra ($n = 286$, 58,49 %), najmanj pa od višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik ($n = 5$, 1,02 %). Natančnejši opis vzorca vrnjenih vprašalnikov po bolnišnicah glede na poklic je prikazano v tabeli 8.

Tabela 8: Prikaz vzorca prejetih vprašalnikov po bolnišnicah glede na poklic

	PB	1	2	3	4	5	6	Skupaj n / %
		n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	
Poklic								
tehniki zdravstvene nege / srednja medicinska sestra		21 / 4,29	32 / 6,54	76 / 15,54	19 / 3,89	18 / 3,68	120 / 24,54	286 / 58,49
višja medicinska sestra / višji medicinski tehnik		1 / 0,20	1 / 0,20	1 / 0,20	2 / 0,41	/	/	5 / 1,02
diplomirana medicinska sestra / diplomiran zdravstvenik		10 / 2,04	13 / 2,66	26 / 5,32	14 / 2,86	9 / 1,84	53 / 10,84	125 / 25,56
magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij		/	/	4 / 0,82	5 / 1,02	2 / 0,41	7 / 1,43	18 / 3,68
zdravnik specializant ali sekundarij		/	/	/	/	/	14 / 2,86	14 / 2,86
zdravnik specialist		4 / 0,82	7 / 1,43	/	3 / 0,61	2 / 0,41	25 / 5,11	41 / 8,38
Število vrnjenih vprašalnikov		36 / 7,36	53 / 10,84	107 / 21,88	43 / 8,79	31 / 6,34	219 / 44,79	489 / 100

Legenda: PB = Psihiatrična bolnišnica z zaporedno številko pod katero je bolnišnica kodirana, n = število enot v vzorcu, % = delež v odstotku

Največje število vrnjenih vprašalnikov glede na oddelek/enoto smo prejeli iz odprtih oddelkov ($n = 268$, 54,81 %), pri čemer največji vzorec predstavlja PB6 ($n = 131$, 26,79 %). Najmanj vprašalnikov pa smo prejeli pod drugo ($n = 16$, 3,27 %). Podrobnejši opis vzorca vrnjenih vprašalnikov glede na oddelek/enoto iz vseh psihiatričnih bolnišnic je prikazano v tabeli 9.

Tabela 9: Prikaz vzorca prejetih vprašalnikov po bolnišnicah glede na oddelek / enoto

	PB	1	2	3	4	5	6	Skupaj n / %
		n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	n / %	
Oddelek / enota								
Oddelek pod posebnim nadzorom		7 / 1,43	34 / 6,95	39 / 7,98	28 / 5,73	15 / 3,07	82 / 16,77	205 / 41,92
Odprti oddelek		27 / 5,52	14 / 2,86	66 / 13,50	15 / 3,07	15 / 3,07	131 / 26,79	268 / 54,81
Drugo		2 / 0,41	5 / 1,02	2 / 0,41	/	1 / 0,20	6 / 1,23	16 / 3,27
Skupaj		36 / 7,36	53 / 10,84	107 / 21,88	43 / 8,79	31 / 6,34	219 / 44,79	489 / 100

Legenda: PB = Psihiatrična bolnišnica z zaporedno številko pod katero je bolnišnica kodirana, n: število enot v vzorcu, %: delež v odstotku

Večji del anketirancev je v bolnišnici delalo od 6 – 15 let (n = 177, 36,2 %), najmanj pa je delalo 30 let ali več (n = 65, 13,3 %). Pri trditvi »Delovna doba na oddelku« je večji del anketirancev odgovorilo od 0 – 10 let (n = 357, 73,00 %), najmanj pa 20 let in več (n = 47, 9,60 %). Podrobnejši opis glej tabelo 10.

Tabela 10: Prikaz dela v bolnišnici, oddelku in delo v urah na tedenski ravni v vseh bolnišnicah

Delovna doba v bolnišnici	n	%
0 – 5 let	84	17,20
6 – 15 let	177	36,20
16 – 29 let	163	33,30
30 let in več	65	13,30
Delovna doba na oddelku		
0 - 10 let	357	73,00
11 - 19 let	85	17,40
20 let in več	47	9,60
Število ur na teden v bolnišnici		
Manj kot 40 ur	13	2,70
40 ur	253	51,70
40 ur in več	223	45,60
Skupaj	489	100

Legenda: n = število enot v vzorcu, % = delež v odstotku

Povprečna delovna doba v bolnišnicah, »Kako dolgo delajo zaposleni v povprečju na oddelku/enoti?«, »Kako dolgo v povprečju delajo v sedanjem poklicu?« in »Koliko ur v povprečju opravijo na tedenski ravni v bolnišnici?« glede na »Spol« in »Poklicno

skupino«. V raziskavi ima ženski spol 17,73 let (SO = 9,65) povprečne delovne dobe, medtem ko ima moški spol 12,40 leta (SO = 9,75) povprečne delovne dobe. Razlika se pokaže tudi pri delovnih urah med spoloma, kjer na tedenski ravni moški opravijo 44,37 ur (SO = 6,42), ženske pa 42,88 ur (SO = 5,27) dela na teden v povprečju. V Tabeli 11 je natančnejši opis povprečnih vrednosti in standardnega odklona iz naslova delovne dobe, po spolu in poklicni skupini.

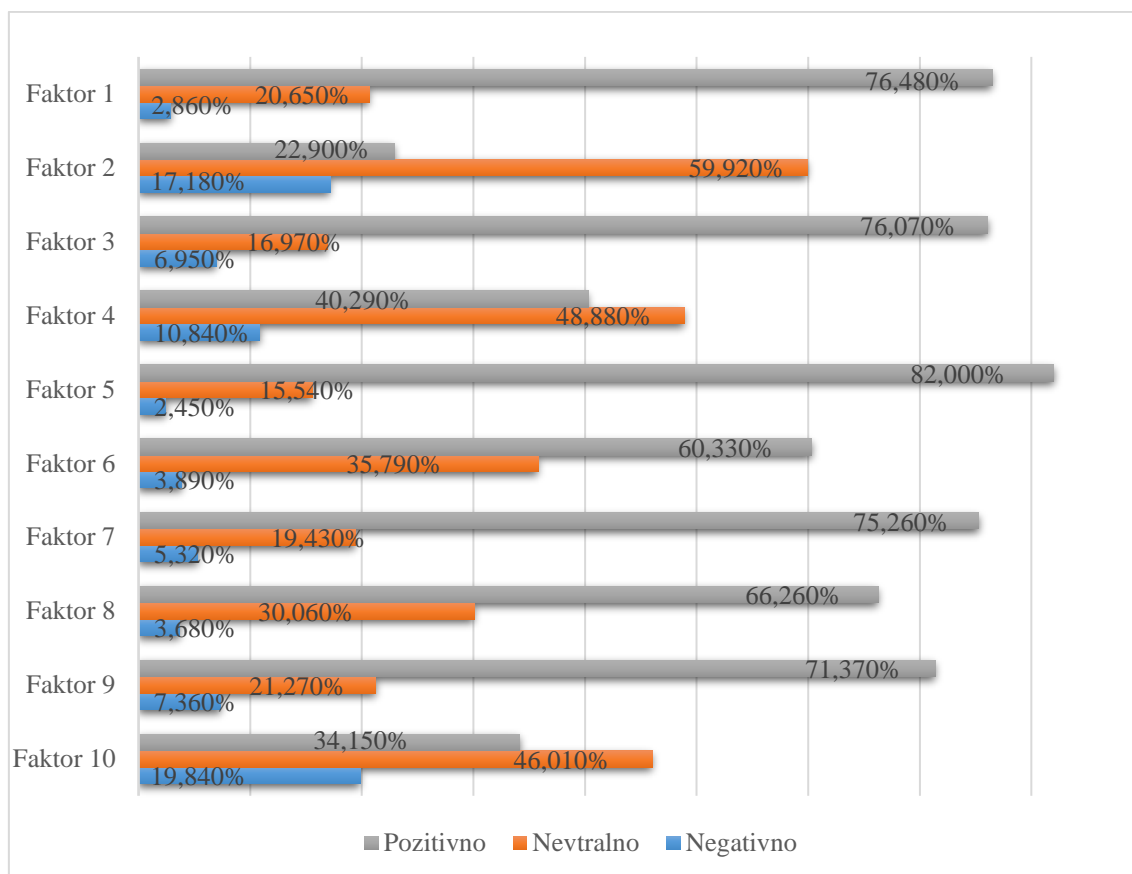
Tabela 11: Prikaz povprečja delovne dobe, dela na oddelku / enoti, dela v sedanjem poklicu in delovnih ur na teden glede na spol in poklicno skupino v vseh bolnišnicah

Opisni podatki	Delovna doba PV/SO	Delo na oddelku PV/SO	Delo v sedanjem poklicu PV/SO	Delovne ure na teden PV/SO
Spol				
ženska	17,73/9,65	8,89/8,33	17,50/10,38	42,88/5,27
moški	12,40/9,75	7,31/7,05	13,06/9,16	44,37 /6,42
Poklicna skupina				
zdravstvena nega skupaj	16,17/9,99	8,52 /7,92	16,23/10,12	43, 47/5,87
zdravniki skupaj	14,03/9,92	7,13/8,17	14,15 /10,68	42,76/4,44

Legenda: PV = povprečna vrednost v letih in urah, SO = standardni odklon

Zaznavanje kulture varnosti pacientov

Skupna ocena »Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah« nam kaže povprečje udeležencev pozitivnih in negativnih odgovorov po 10 razsežnostih/dimenzijah. V sliki 5 si lahko pogledamo, kako anketiranci pojasnijo zaznavanje kulture varnosti. Pri prikazu in pojasnilu smo postavili umetno mejo, kar pomeni, da je 50 % ali manj odstotkov danih odgovorov slabo oziroma negativno zaznavanje področja razsežnosti, za kar velja, da so priložnosti za izboljšave. Za 75 % ali več odstotkov danih odgovorov pa velja, da pojasni dobro zaznavanje področja razsežnosti.

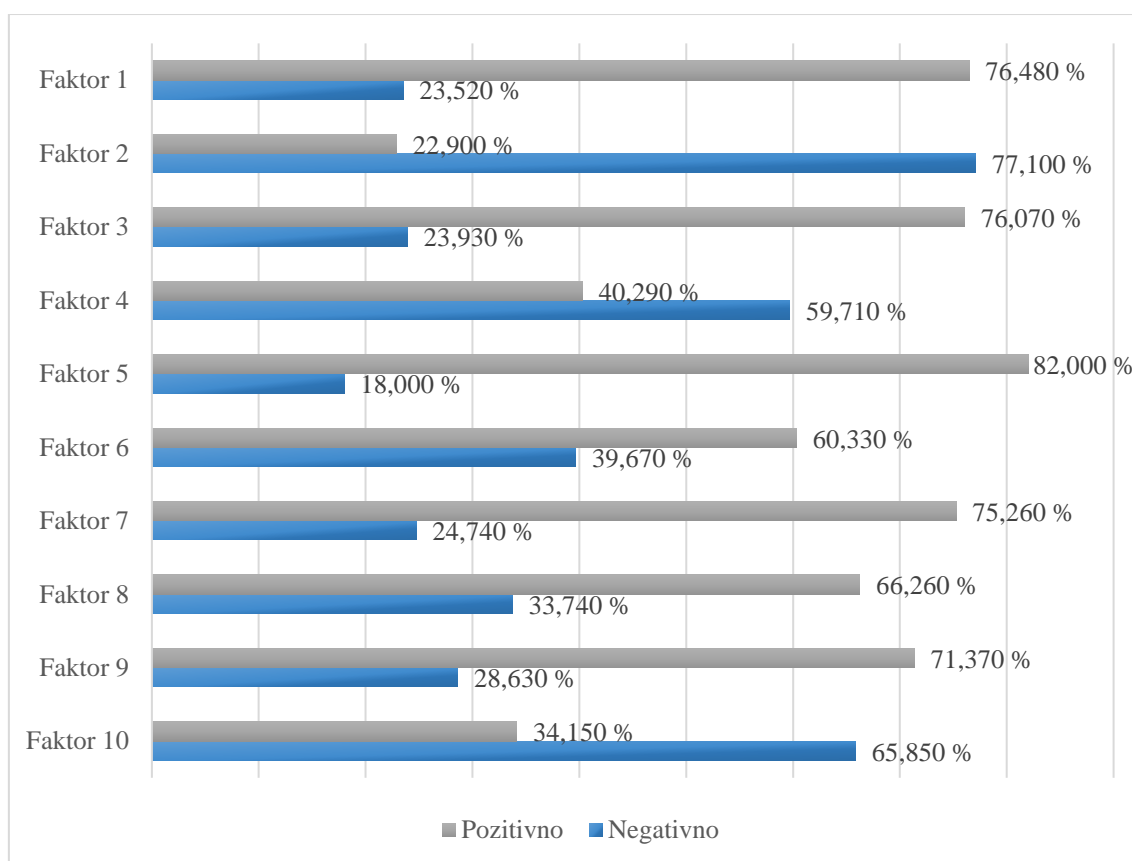


Legenda: F1 Povratne informacije o napakah, F2 Preobremenjenost osebja in odziv na napake *, F3 Pogostost poročanja dogodkov znotraj bolnišnice, F4 Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice *, F5 Timsko delo na oddelku *, F6 Predaja pacientov in premestitev, F7 Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov *, F8 Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti, F9 Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov, F10 Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov

Slika 5: Skupna ocena zaznavanje kulture varnosti pacientov po faktorjih

Slika 6 ponazarja Skupno oceno zaznavanje kulture varnosti pacientov med pozitivnimi in negativni odstotki odgovorov anketirancev glede na faktorje. Pri interpretacije smo sešteli nevtralne in negativne odstotke faktorjev, kjer smo prejeli negativni odstotek faktorja, za pozitivni odstotek smo pustili že prejeti pozitivni seštevek faktorja. Med pozitivnimi odgovori je na prvem mestu F5 »Timsko delo na oddelku« s kar 82,00 % odstotka pozitivnih odgovorov. Anketiranci menijo, da se zdravstveno osebje v bolnišnični enoti/oddelku medsebojno podpira, spoštujejo drug drugega in sodeluje kot dober tim. Sledi F1 »Povratne informacije o napakah« s kar 76,48 % odstotkov pozitivnih odgovorov. Za kar anketiranci ocenjujejo, da je zdravstveno osebje obveščeno o napakah, katere se zgodijo na enoti/oddelku in prejmejo povratne informacije o izvedenih spremembah ter aktivno sodelujejo pri preprečevanju ponovitev

napak. Med tem ko sta najbolj negativno ocenjeni dve razsežnosti/dimenziji, in sicer F2 »Preobremenjenost osebja in odziv na napake«, s kar 77,10 % odstotka negativnih odgovorov. Anketiranci ocenjujejo, da osebje pogosto dela preko polnega delovnega časa, kar poveča možnost nastanka napak. Bojijo se, da se napake, ki se zgodijo, uporabijo proti njim, da se išče krivca za storjeno, in ne problema v sistemu dela organizacije. Sledi F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« s 65,85 odstotka negativnih odgovorov, pri čemer anketiranci ocenjujejo, da vrhnjemu vodstvu varnost pacientov ni najvišja prioriteta ter da ne skrbi za delovno klimo, medosebne odnose in ne spodbuja varnosti pacientov.

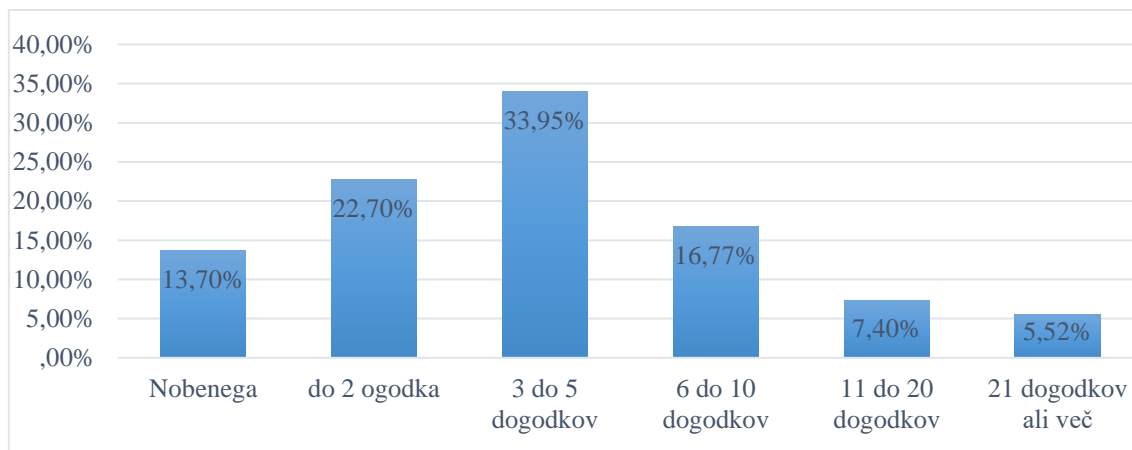


Legenda: F1 Povratne informacije o napakah, F2 Preobremenjenost osebja in odziv na napake *, F3 Pogostost poročanja dogodkov, F4 Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice *, F5 Timsko delo na oddelku *, F6 Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice, F7 Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov *, F8 Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti, F9 Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov, F10 Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov.

Slika 6: Skupna ocena zaznavanje kulture varnosti pacientov glede na pozitivne in negativne ocene faktorjev

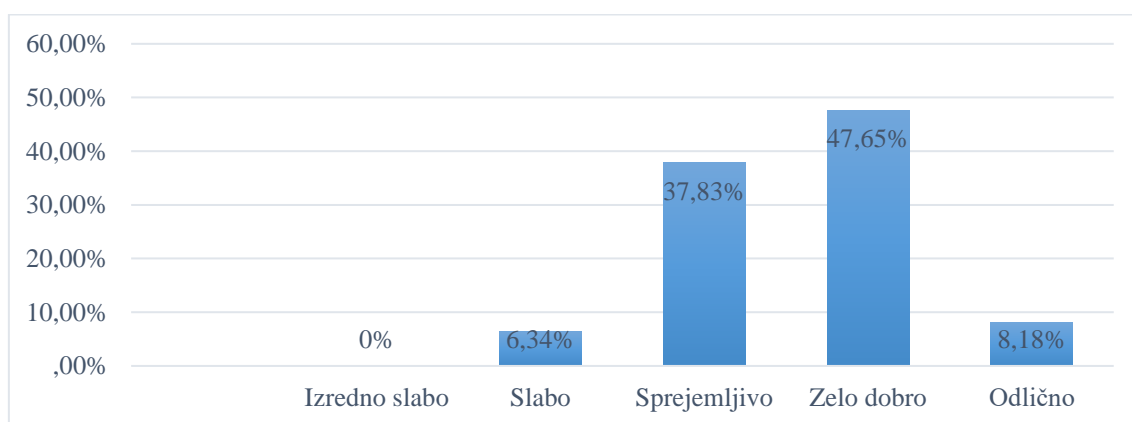
Če pogledamo »Število sporočenih dogodkov v zadnjih 12 mesecih«, opazimo, da je kar

33,95 % anketirancev sporočilo od 3 do 5 dogodkov v zadnjih 12 mesecih. Nobenega dogodka v zadnjih 12 mesecih ni sporočilo 13,70 % anketirancev. V tabeli 1 »Klasifikacija izrazov« je podana razlaga, na kaj se je nanaša sporočanje dogodkov v zadnjih 12 mesecih. Za ostalo glej (sliko 7).



Slika 7: Število sporočenih dogodkov v zadnjih 12 mesecih

»Ocena varnosti pacientov«, kjer so anketiranci ocenjevali stopnjo varnosti pacientov, pokaže zanimive ugotovitve. Kar 47,65 % anketirancev se opredeli, da je varnost pacientov zelo dobra, med tem jih le 6,34 % meni, da je slaba. Zanimivo je, da nihče od anketirancev ne meni, da je stopnja varnosti v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah »izredno slaba«. Več v Sliki 8.



Slika 8: Ocena varnosti pacientov

Ocena celokupne varnosti, ki temelji na petih sklopih: 1) Stanje na oddelku/enoti, 2) Vaš nadrejeni, 3) Komunikacija, 4) Pogostost poročanja dogodkov ter 5) Bolnišnica in na 42 trditvah, smo ugotovili, da so anketiranci podajali dokaj različne odgovore. V nadaljevanju bomo predstavili posamezne sklope in odgovore na trditve, ki so temeljile na oceni povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SO). Sklop »**Stanje na oddelku / enoti**« se anketiranci strinjajo, da delajo skupaj kot tim in opravijo potrebno delo dosledno (PV = 4,12, SO = 0,765). Pri trditvi, da zaposleni delajo preko polnega delovnega časa, kar vpliva in zveča možnost napak, je večina anketirancev neopredeljena, vendar se pri tej trditvi kaže večji odklon, kar pomeni, da so bila mnenja dokaj neskladna in deljenja (PV = 2,74, SO = 1,035). Zanimiva trditev anketirancev in visoka stopnja strinjanja, varnosti pacientov nikoli ne žrtvujejo zato, da bi naredili več, vendar se tu zopet kaže večji odklon, kar pomeni, da so mnenja anketirancev ponovno deljena (PV = 3,71; SO = 1,017). »**Vaš nadrejeni**« se anketiranci strinjajo, da njihov neposredni nadrejeni ignorira probleme varnosti pacientov, ki se stalno pojavljajo (PV = 3,92, SO = 0,932). Se pa tudi strinjajo, da jih nadrejeni pohvali, ko vidi, da je delo opravljeno v skladu z uveljavljenimi postopki za varnost pacientov (PV = 3,54, SO = 0,985). Pri sklopu »**Komunikacija**« se anketiranci pogosto pogovarjajo o tem, kako bi preprečili ponovitev napak, ki bi lahko vplivale na varnost pacientov (PV = 4,17, SO = 0,783). Pa vendar se tudi pogosto bojijo vprašati svoje nadrejene, kadar se jim kaj ne zdi v redu glede varnosti pacientov (PV = 3,66, SO = 0,964). Menijo tudi, da le občasno prejemajo povratno informacijo, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki so ga poročali (PV = 3,36, SO = 0,988). Sklop »**Pogostost poročanja napak**« anketiranci pogosto ali vedno sporočajo napake, ki bi lahko škodovala pacientu (PV = 4,28, SO = 0,933). Ravno tako pogosto poročajo tudi napake, katere ne škodujejo pacientu in nikakor ne vplivajo na varnost pacienta. Vendar pa se pri tej trditvi ponovno kaže večji odklon, kar kaže na dokaj velika neskladja pri odgovarjanju (PV = 3,99, SO = 1,073). Sklop »**Bolnišnica**« se anketiranci dokaj strinjajo, da se podatki o oskrbi pacientov, med delovno izmeno in dežurstvi pogosto izgubijo (PV = 3,76, SO = 0,822). Pri trditvi, da vodstvo bolnišnice varnost pacientov zanima šele takrat, ko pride do resnega varnostnega incidenta s škodo za pacienta, je večina anketirancev neopredeljena (PV = 2,78, SO = 1,091). Ocena celokupne varnosti za naš vzorec znaša (PV = 3,30, SO = 0,240). Več v tabeli 12.

Tabela 12: Celokupna ocena varnosti po 40 trditvah

1) Stanje na oddelku / enoti	n	PV	Mo	SO
Zaposleni na oddelku podpiramo drug drugega	489	4,08	4	0,770
Imamo dovolj osebja za izvajanje dela	489	2,98	4	1,064
Če je potrebno v kratkem času narediti veliko, delamo skupaj kot tim, da potrebno delo opravimo	489	4,12	4	0,765
Na našem oddelku zaposleni spoštujemo drug drugega	489	3,97	4	0,814
*Zaposleni na oddelku delajo prek polnega delovnega časa, kar zveča možnost napak	489	2,74	2	1,035
Aktivno delamo stvari za izboljšanje varnosti pacientov	489	3,98	4	0,752
*Pri nas je veliko nadomeščanja osebja zaradi odsotnosti, kar povečuje možnost napak	489	2,75	3	1,011
*Zaposleni menijo, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim	489	3,12	3	0,995
Ko pride do napake na našem oddelku, se izvedejo izboljšave	489	3,50	4	0,857
*Samo naključju se lahko zahvalimo, da ne prihaja do resnih napak	489	3,48	4	1,083
*Ko sporočimo varnostni incident pri pacientu, je izpostavljena oseba in ne problem	489	3,15	3	0,984
Ko naredimo spremembe za izboljšanje varnosti pacientov, ocenimo njihovo uspešnost	489	3,44	4	0,831
*Delamo na »krizni način« in poskušamo narediti čim več, čim hitreje	489	3,14	4	1,012
*Zaposlene skrbi, da se njihove napake zabeležijo v njihove personalne mape	489	2,96	3	1,047
*Na oddelku imamo probleme z varnostjo pacientov	489	3,10	3	0,974
Naši postopki in sistemi dobro preprečujejo napake	489	3,37	4	0,781
2) Vaš nadrejeni				
Moj nadrejeni me pohvali, ko vidi, da je delo opravljeno v skladu z uveljavljenimi postopki varnosti pacientov	489	3,54	4	0,985
Moj nadrejeni upošteva predloge zaposlenih za izboljšave varnosti pacientov	489	3,70	4	0,863
*Kadar je veliko dela, moj nadrejeni želi, da delamo hitro, tudi če delamo po »bližnjicah«	489	3,59	4	0,931
*Moj nadrejeni ignorira probleme varnosti pacientov, ki se stalno ponavljajo	489	3,92	4	0,932
3) Komunikacija				
Zaposleni dobimo povratno informacijo o tem, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki smo ga sporočili	489	3,36	4	0,988
Zaposleni lahko odkrito spregovorijo, če vidijo, da nekaj ogroža varnost pacientov	489	4,15	5	0,869
Obveščeni smo o napakah, ki se zgodijo v naši enoti	489	3,96	4	0,961
Zaposleni si upamo vprašati nadrejene o razlogih za njihove odločitve in ukrepe	489	3,79	4	0,969
Na oddelku se pogovarjamo o tem, kako bi preprečili ponovitev napak	489	4,17	4	0,783
*Zaposleni se bojijo spraševati, kadar se jim kaj ne zdi v redu	489	3,66	4	0,964
4) Pogostost sporočanja napak	n	PV	Mo	SO
Ko pride do napake, in je ta odkrita in popravljena predno škoduje pacientu, kako pogosto jo sporočite?	489	4,07	5	1,110
Ko pride do napake, ki ne more škodovati pacientu, kako pogosto jo sporočite	489	3,99	5	1,073
Ko pride do napake, ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne, kako pogosto jo sporočite?	489	4,28	5	0,933

1) Pogostost sporočanja napak	n	PV	Mo	SO
Vodstvo bolnišnice vzdržuje delovno klimo, ki spodbuja varnost pacientov	489	3,26	4	0,906
*Koordinacija dela med oddelki ni dobra	489	3,03	3	0,922
*Pri premeščanju pacientov z enega oddelka/ enote na drugega, se podatki o oskrbi pacienta pogosto izgubijo	489	3,59	4	0,857
5) Bolnišnica				
Sodelovanje med oddelki v bolnišnici, kjer je potrebno skupno delo za paciente, je dobro	489	3,48	4	0,825
*Pri predaji pacientov med delovnimi izmenami ali v dežurstvih se podatki o oskrbi pacientov pogosto izgubijo	489	3,76	4	0,822
*Pogosto je neprijetno delati z osebjem iz drugih oddelkov	489	3,44	4	0,952
*Pogosto se pojavijo problemi pri izmenjavi informacij med oddelki	489	3,31	3	0,854
Vodstvo bolnišnice s svojimi dejanji in ukrepi kaže, da je varnost pacientov najvišja prioriteta	489	3,14	3	1,003
*Vodstvo bolnišnice varnost pacientov zanima šele, ko pride do varnostnega incidenta s škodo za pacienta	489	2,78	2	1,091
Bolnišnični oddelki dobro sodelujejo med seboj, z namenom izvajanja najboljše oskrbe pacientov	489	3,40	4	0,786
*Delo v izmenah predstavlja večje tveganje za varnost pacientov v naši bolnišnici	489	2,96	3	1,028
Celokupna ocena varnosti po 40 trditvah	489	3,31	3	0,242

Legenda: * = obrnjena vprašanja, pri čemer je 5 = 1, 2 = 4 ter 3 = 3, PV = povprečna vrednost, Mo = modus, SO = standardni odklon

(Vir: Sora & Nieva, 2004; Robida, 2013a; 2013b; Sorra, et al., 2016.)

Preverjanje hipotez

Tabela 13 ponazarja korelacijsko povezanost (Pearsonov koeficient korelacije in dvostransko preverjanje značilnosti), ki temelji na bivariatni metodi med faktorji in neodvisnimi spremenljivkami: »kako dolgo delate v bolnišnici, kako dolgo delate na tem oddelku, kako dolgo delate v sedanjem poklicu ter povprečno število ur na teden«. Obstajajo statistično značilne povezave med razsežnostmi F1, F3, F4, F6, F7, F9, F10 in zgoraj naštetimi neodvisnimi spremenljivkami. Če pogledamo razsežnost/dimenzijo F1 »Povratne informacije o napakah« ter neodvisno spremenljivko »Kako dolgo delate v bolnišnici«. Anketiranci, ki delajo dlje časa v bolnišnici, menijo, da so pogosto obveščeni o napakah, ki se zgodijo v enoti ($p < 0,011$). Tudi pri razsežnosti/dimenziji F3 »Pogostost poročanja dogodkov« ter neodvisno spremenljivko »Kako dolgo delate v bolnišnici« tisti anketiranci, ki delajo dlje časa v bolnišnici, bolj pogosto sporočajo dogodke kot tisti, ki delajo manj časa ($p < 0,004$). Vprašani so pri razsežnosti/dimenziji F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« in tistimi, ki delajo več ur na teden, manj strinjajo, da bolnišnični oddelki med seboj dobro sodelujejo, tudi da je

koordinacija med oddelki dobra ($p < 0,003$). Razsežnost/dimenzija F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« in neodvisna spremenljivka »Povprečno število ur na teden«, velja pri anketirancih, ki delajo več ur na teden in so bolj obremenjeni, ti se manj strinjajo glede F10 »Podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov« ($p < 0,002$).

Tabela 13: Korelacijska tabela med faktorji in neodvisnimi spremenljivkami

Faktor / Razsežnost	/	Kako dolgo delate v bolnišnici	Kako dolgo delate na oddelku	Kako dolgo delate v sedanjem poklicu / specialnosti	Povprečno št. ur na teden
F1	Pearsonov koeficient korelacije	0,115*	0,090*	0,092*	-0,074
	p (dvostranska)	0,011*	0,047*	0,042*	0,105
F2	Pearsonov koeficient korelacije	0,068	-0,004	0,061	-0,037
	p (dvostranska)	0,132	0,935	0,175	0,421
F3	Pearsonov koeficient korelacije	0,130*	0,083	0,141*	0,003
	p (dvostranska)	0,004*	0,068	0,002*	0,947
F4	Pearsonov koeficient korelacije	-0,045	-0,041	-0,054	-0,134*
	p (dvostranska)	0,321	0,365	0,232	0,003*
F5	Pearsonov koeficient korelacije	0,-038	-0,024	-0,041	0,006
	p (dvostranska)	0,402	0,601	0,366	0,892
F6	Pearsonov koeficient korelacije	-0,003	0,044	0,001	0,093*
	p (dvostranska)	0,949	0,335	0,974	0,041*
F7	Pearsonov koeficient korelacije	-0,052	-0,008	0,011	0,034
	p (dvostranska)	0,247	0,862	0,804	0,458
F8	Pearsonov koeficient korelacije	0,050	0,021	0,060	-0,076
	p (dvostranska)	0,270	0,644	0,183	0,094
F9	Pearsonov koeficient korelacije	0,046	0,009	0,065	-0,167*
	p (dvostranska)	0,306	0,843	0,153	< 0,000*
F10	Pearsonov koeficient korelacije	0,012	0,030	0,014	-0,139*
	p (dvostranska)	0,796	0,505	0,764	0,002*

Legenda: F1 = Povratne informacije o napakah, F2 = Preobremenjenost osebja in odziv na napake, F3 = Pogostost poročanja dogodkov, F4 = Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice, F5 = Timsko delo na oddelku, F6 = Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice, F7 = Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov, F8 = Učeca se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti, F9 = Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov, F10 = Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov; * = statistično značilna korelacija pri $p < 0,05$.

Na področju »Ocene varnosti pacientov« in »Številu dogodkov« pri pacientih ter neodvisnimi spremenljivkami, ki ravno tako temelji bivariatni metodi povezanosti (Pearsonov koeficient korelacije in dvostransko preverjanje značilnosti). Razvidno je, da prihaja do statistično pomembnih razlik pri skoraj vseh neodvisnih spremenljivkah, ki so povezane s »Številom dogodkov«. Sicer pa anketiranci, ki delajo v povprečju dlje časa v bolnišnici, statistično značilno bolj pogosto sporočajo dogodke ($-0,126$; $p < 0,005$). Vendar pa obstaja statistična značilna povezanost med »Številu dogodkov« ter neodvisno spremenljivko »Kako dolgo delate v sedanjem poklicu/specialnosti«. Z višanjem delovne dobe v sedanjem poklicu/specialnosti, se manjšajo tudi prijave števila dogodkov ($-0,094$, $p < 0,038$). Več v Tabeli 14.

Tabela 14: Korelacijska tabela med neodvisnimi spremenljivkami in Oceno varnosti pacientov ter Številu dogodkov v zadnjih 12 mesecih

Neodvisne spremenljivke	/	Ocena varnosti pacientov	Število dogodkov
Kako dolgo delate v bolnišnici	Pearsonov koeficient korelacije	-0,011	-0,126*
	p (dvostranska)	0,814	0,005*
Kako dolgo delate na oddelku	Pearsonov koeficient korelacije	-0,010	0,009
	p (dvostranska)	0,833	0,847
Kako dolgo delate v sedanjem poklicu / specialnosti	Pearsonov koeficient korelacije	-0,037	-0,094*
	p (dvostranska)	0,412	0,038*
Povprečno število ur na teden	Pearsonov koeficient korelacije	-0,060	0,143*
	p (dvostranska)	0,189	0,002*

Legenda: * = statistično značilna korelacija pri $p < 0,05$

Iz tabele 15 je razviden hi–kvadrat test za neodvisni spremenljivki spol in poklic, glede na »Število sporočenih dogodkov v zadnjih dvanajstih« mesecih. Pri poklicu smo kodirali tri skupine, in sicer v prvo skupino sodijo (tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra), v drugo skupino sodijo (višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij) in tretjo, zadnjo skupino (zdravniki). Do statistično pomembnih razlik prihaja le pri spolu, pri čemer moški statistično značilno ($p = 0,020$) sporočajo več dogodkov v psihiatričnih bolnišnicah, v zadnjih dvanajstih mesecih, kot to sporočajo ženske. Pri poklicu ne prihaja do statistično pomembnih ravni v sporočanju

število dogodkov v zadnjih dvanajstih mesecih, med tehniki zdravstvene nege/srednja medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege in zdravniki.

Tabela 15: Hi–kvadrat glede na spol, poklic in število sporočenih dogodkov

Neodvisne spremenljivke	Število sporočenih dogodkov						
	Spol	Nobenega n/%	Do 2 dogodka n/%	3 do 5 dogodkov n/%	6 do 10 dogodkov n/%	11 do 20 dogodkov n/%	21 dogodkov ali več n/%
moški	14/ 8,50%	36 / 21,80%	55 / 33,30%	29 / 17,60%	20 / 12,10%	11 / 6,70%	165 / 100,0%
ženske	53 / 16,40%	75 / 23,10%	111 / 34,30%	53 / 16,40%	16 / 4,90%	16 / 4,90%	324 / 100,0%
Skupaj	67 / 13,70%	111 / 22,70%	166 / 33,90%	82 / 16,80%	36 / 7,40%	27 / 5,50%	489 / 100,0%
χ^2	13,409						
p	0,020 < 0,05*						
Neodvisne spremenljivke	Število sporočenih dogodkov						
	Poklic	Nobenega n/%	Do 2 dogodka n/%	3 do 5 dogodkov n/%	6 do 10 dogodkov n/%	11 do 20 dogodkov n/%	21 dogodkov ali več n/%
tehnik zdravstvene nege	37 / 12,90%	61 / 21,30%	98 / 34,30%	53 / 18,50%	21 / 7,30%	16 / 5,60%	286 / 100,0%
diplomirana medicinska sestra	18 / 12,20%	40 / 27,00%	47 / 31,80%	24 / 16,20%	11 / 7,40%	8 / 5,40%	148 / 100,0%
zdravnik	12 / 21,80%	10 / 18,20%	21 / 38,20%	5 / 9,10%	4 / 7,30%	3 / 5,50%	55 / 100,0%
Skupaj	67 / 13,70%	111 / 22,70%	166 / 33,90%	82 / 16,80%	36 / 7,40%	27 / 5,50%	489 / 100,0%
χ^2	7,982						
p	0,631 > 0,05						

Legenda: poklic = tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij, zdravnik, χ^2 = test hi–kvadrat, p = statistična značilnost, * = statistično značilna korelacija pri p < 0,05

Na področju »Ocena varnosti pacientov« med spoloma ne prihaja do statistično značilnih razlik. Vendar nam analiza varianc (v nadaljevanju ANOVA) potrdi, da te obstajajo pri poklicu (p = 0,042). Podrobno nam pojasni LSD post hoc test, da tehniki zdravstvene nege (p = 0,034) boljše ocenjuje varnost pacientov kot zdravniki in diplomirane medicinske sestre. Slednje najslabše ocenjuje varnost pacientov v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah. Več v tabeli 16.

Tabela 16: t–test in ANOVA glede na spol, poklic in Oceno varnosti pacientov

Neodvisne spremenljivke	Ocena varnosti pacientov			t–test	
	n	PV	SO	t	p (dvostranska)
moški	165	3,53	0,785	-1,028	0,305 > 0,05
ženske	324	3,60	0,703		
Neodvisne spremenljivke	Ocena varnosti pacientov			ANOVA	
Poklic	n	PV	SO	F	p
tehniki zdravstvene nege	286	3,64	0,729	3,181	0,042 < 0,05*
diplomirana medicinska sestra	148	3,51	0,695		
zdravnik	55	3,42	0,809		

Legenda: poklic = tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij, zdravnik, t–test za neodvisne vzorce, F = vrednost koeficienta, * = statistično značilna korelacija pri $p < 0,05$.

Iz tabele 17 je razviden t-test za neodvisne vzorce, multivariatna analiza variance (v nadaljevanju MANOVA) in povprečna vrednost odgovorov na faktorje/razsežnosti. V kolikor pogledamo povprečne vrednosti odgovorov, ugotovimo, da se anketiranci strinjajo z razsežnostjo/dimenzijo F3 »Pogostost poročanja dogodkov«, kateri so vezani na napake. Anketiranci jih redno in pogosto poročajo (PV = 4,113, SO = 0,903). Vendar pa se pri tej razsežnosti/dimenziji kaže malce večji odklon, kar lahko razumemo, da so bila mnenja anketirancev dokaj deljenja. Pri razsežnosti/dimenziji F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« opazimo, da so anketiranci neopredeljeni (PV = 3,042, SO = 0,753), da je vodstvu varnost pacientov najvišja prioriteta ter da vodstvo skrbi za pozitivno delovno klimo in spodbuja varnost pacientov. Velike pomembne statistične razlike so opazne predvsem med bolnišnicami (PB1, PB2, PB3, PB4, PB5 in PB6). Razlike se kažejo tudi pri spolu in med oddelki. Pri spolu v korelaciji z razsežnostjo/dimenzijo F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«, med oddelki pa v korelaciji s F2 in F4. Pri spolu in razsežnostjo/dimenzijo F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« smo opravili t-test za neodvisne vzorce, kateri nam pove, da imajo ženske v povprečju statistično gledano značilno boljše mnenje o podpori vrhnjega vodstva za varnost pacientov, kot ga imajo moški ($t = 1,995$, $p < 0,047$). Pri poklicni skupini prihaja do statističnih razlik le pri razsežnosti/dimenziji F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov«. Tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre v večji meri menijo, da delajo hitro, po bližnjicah in tudi, da njihovi nadrejeni ignorirajo probleme, ki se stalno pojavljajo ($F = 5,260$, $p = 0,005$). Medtem ko se diplomirane medicinske sester/diplomirani

zdravstveniki ($p < 0,01$) in zdravniki ($p < 0,05$) ne strinjajo s to razsežnostjo. Višja je izobrazba anketirancev, manj je strinjanja pri dimenziji F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov«. Med oddelki prihaja do statističnih razlik le pri zaposlenih, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, in sicer pri razsežnosti/dimenziji F2 »Preobremenjenost osebja in odziv na napake« ter dimenziji F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice«. Anketiranci, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, čutijo večjo »Preobremenjenost osebja in odziv na napake«, za kar so mnenja, da pogosto delajo preko polnega delovnega časa, kar poveča možnost nastanka napak ter se bojijo, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim in se išče krivca za storjeno ($F = 6,557$, $p = 0,002$), kot to čutijo anketiranci na odprtem oddelku in drugi. Tudi pri razsežnosti/dimenziji F4 »Timskem delu med organizacijskimi enotami bolnišnice« imajo anketiranci, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, slabše mnenje glede medsebojnega sodelovanja med bolnišničnimi enotami. Slednji so tudi slabšega mnenja, da bi lahko zagotovili kar najboljšo varno in kakovostno zdravstveno oskrbo za paciente ($F = 5,681$, $p = 0,004$), kot to menijo tisti iz odprtih oddelkov in drugi. Vendar se pri post hoc testih pokaže, da anketiranci, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, imajo tudi slabše mnenje glede dimenzije F1 »Povratne informacije o napakah«. Pri bolnišnicah se pomembne statistične razlike kažejo pri skoraj vseh razsežnostih/dimenzijah, razen pri F3 »Pogostost poročanja dogodkov«, F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« in F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«. Vendar nam post hoc testi razkrijejo, da so anketiranci podali statistično pomembne razlike tudi pri F3 in F7. V kolikor pogledamo bolj podrobno razsežnosti/faktorje med psihiatričnimi bolnišnicami (PB1, PB2, PB3, PB4, PB5 in PB6), opazimo, da pri razsežnosti/dimenziji F1 »Povratne informacije o napakah« anketiranci v PB4 statistično manj pogosteje obveščeni o napakah, katere se zgodijo na oddelku/enoti in manj aktivno sodelujejo pri preprečevanju ponovitev napak ($F = 7,425$, $p < 0,01$), kot so obveščeni v psihiatrični bolnišnici PB1, PB2, PB3, PB5 in PB6. Razsežnost/dimenzija F2 »Preobremenjenost osebja in odziv na napake« nam pojasni, da anketiranci v PB5 statistično bolj pogosto delajo preko polnega delovnega časa, kar poveča možnost nastanka napak in se bojijo, da se vse napake, ki se zgodijo v bolnišnici, uporabijo proti njim ter se išče krivca za storjeno napako in ne problema v sistemu dela organizacije ($F = 3,582$, $p = 0,03$), kot to

zaznavajo v psihiatričnih bolnišnicah PB2, PB3, PB4 ter PB6. Post hoc test za razsežnost/dimenzijo F3 »Pogostost poročanja dogodkov« pojasni, da anketiranci v PB4 statistično manj pogosto poročajo o dogodkih, kot to poročajo anketiranci v PB2, PB3 in PB6 ($p = 0,035$). Za razsežnost/dimenzijo F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« imajo anketiranci v psihiatričnih bolnišnicah PB5 in PB6 statistično boljše mnenje za timsko delo in sodelovanje med organizacijskimi enotami bolnišnic, kot to imajo v bolnišnici PB4 in PB2 ($F = 4,007$, $p = 0,001$). Anketiranci v PB4 in PB2 imajo statistično slabše zaznavanje ($F = 9,529$, $p < 0,001$) o razsežnosti F5 »Timskem delu na oddelku« kot ga zaznavajo anketiranci v psihiatričnih bolnišnicah PB1, PB3, PB5 in PB6. Razsežnost/dimenzija F6 »Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice« pozitivno vpliva na mnenje znotraj psihiatrične bolnišnice PB2, saj imajo precej boljše mnenje pri predaji pacientov in premestitev znotraj bolnišnic ($F = 2,984$, $p = 0,012$), kot imajo anketiranci v psihiatričnih bolnišnicah PB1, PB4, PB6 ter PB3. Post hoc test nam je razkril, da imajo anketiranci v PB4 statistično slabše mnenje tudi glede razsežnosti F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« od psihiatrične bolnišnice PB5, ($p < 0,005$) ter PB6 ($p < 0,005$). Pri razsežnosti F8 »Učeca se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti« se anketiranci v PB4 in PB2 statistično manj strinjajo, da se je potrebno iz napak učiti, ko se te pojavijo ter da je potrebno zgraditi trdno kulturo varnosti, katera vključuje sistem, zdravstveno osebje in paciente ($F = 3,352$, $p = 0,005$), kot se strinjajo anketiranci v PB3, PB5 ter PB6. Vendar pa ima PB5 precej boljše mnenje glede razsežnosti F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«, kot ga zaznavajo anketiranci v ostalih psihiatričnih bolnišnicah PB2, PB3, PB4 ter PB6 ($F = 4746$, $p < 0,005$). Med tem ko so anketiranci v PB1 nevtralni pri razsežnosti F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«.

Tabela 17: t-test za neodvisne vzorce in MANOVA

Faktor / Razsežnost	n	PV	SO	Spol t/p	Poklic F / p	Oddelek F / p	Bolnišnica F / p
F1	489	3,847	0,664	-0,980 / 0,328	1,044 / 0,353	2,178 / 0,114	7,425 / 0,000*
F2	489	3,044	0,601	-1,269 / 0,205	0,178 / 0,837	6,557 / 0,002*	3,582 / 0,003*
F3	489	4,113	0,903	-0,7410 / 0,459	1,115 / 0,329	0,371 / 0,690	1,593 / 0,161

Faktor / Razsežnost	n	PV	SO	Spol t/p	Poklic F / p	Oddelek F / p	Bolnišnica F / p
F4	489	3,306	0,672	-1,688 / 0,092	0,799 / 0,451	5,681 / 0,004*	4,077 / 0,001*
F5	489	4,060	0,673	1,342 / 0,180	0,431 / 0,571	0,402 / 0,669	9,529 / 0,000*
F6	489	3,525	0,642	0,005 / 0,996	0,496 / 0,609	1,259 / 0,285	2,984 / 0,012*
F7	489	3,751	0,805	0,593 / 0,533	5,260 / 0,005*	0,619 / 0,539	1,215 / 0,301
F8	489	3,575	0,583	-0,955 / 0,340	1,013 / 0,364	0,066 / 0,936	3,352 / 0,005*
F9	489	3,618	0,856	-1,612 / 0,108	1,138 / 0,321	0,381 / 0,684	1,823 / 0,107
F10	489	3,042	0,753	-1,995 / 0,047*	1,655 / 0,192	1,252 / 0,287	4,746 / <0,000*

Legenda: F1 = Povratne informacije o napakah, F2 = Preobremenjenost osebja in odziv na napake, F3 = Pogostost poročanja dogodkov, F4 = Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice, F5 = Timsko delo na oddelku, F6 = Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice, F7 = Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov, F8 = Učeča se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti, F9 = Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov, F10 = Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov, n = število enot v vzorcu, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = t-test za neodvisne vzorce, F = vrednost koeficienta, p = statistična značilnost, Spol (m = moški, ž = ženski), Poklic (tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij in zdravniki), Oddelek (oddelek pod posebnimi nadzorom, odprti oddelek in drugo (specialistične ambulante, vodenje), Bolnišnica (PB1, PB2, PB3, PB4, PB5, PB6), * = statistično značilna korelacija pri $p < 0,05$.

V nadaljevanju smo z regresijsko analizo Enter preučevali odnos med odvisnimi spremenljivkami ter neodvisnimi spremenljivkami »spol, delovna doba v bolnišnici, delovna doba na oddelku, delovna doba v specialnosti, poklic, povprečno število ur na teden, oddelki in bolnišnice«. Neodvisne spremenljivke statistično pomembno napovedujejo rezultat le na treh razsežnostih: F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami« (tabela 18), F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« (tabela 19) in F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« (tabela 20).

Regresijski model za razsežnost F4, »Timsko delo med organizacijskimi enotami«, z neodvisnimi spremenljivkami pojasni le 3,4 % variance ($R_{adj.}^2 = 3,4$, $F = 3,138$, $p = 0,001$). Rezultat na razsežnosti pomembno napovedujeta le spremenljivki bolnišnice ($\beta = 0,094$, $p < 0,005$) in oddelek ($\beta = 0,154$, $p = 0,001$), kar pomeni, da tisti, ki delajo na odprtem oddelku in drugi statistično značilno bolje sodelujejo v »Timskem delu med organizacijskimi enotami«, za kar velja, da zdravstveno osebje na odprtih oddelkih in drugi (ambulante), med bolnišničnimi enotami/oddelki sodelujejo med seboj in delajo v dobro pacienta, da bi zagotovili kar najboljšo varno in kakovostno oskrbo, kot tisti, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom. Več v tabeli 18.

Tabela 18: Regresijski model za F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami«

F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami« (R_{adj.2} = 3,4, p < 0,001)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	0,078	0,067	0,055	0,247
Delovna doba v bolnišnici	-0,040	0,051	-0,055	0,439
Delovna doba na oddelku	-0,006	0,056	0,006	0,911
Delovna doba v specialnosti	-0,028	0,044	-0,044	0,525
Povprečno število ur na teden	-0,013	0,097	-0,006	0,892
Poklic	-0,089	0,055	-0,072	0,109
Oddelek/enota	0,188	0,057	0,154	0,001*

Legend: R² = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; * = statistično značilna korelacija p < 0,05.

Naslednja statistično pomembna regresijska enačba se je pokazala za F9, »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«, (R_{adj.2} = 1,7, F = 2,076, p < 0,005). Neodvisna spremenljivka pojasni le 1,7 % variance. Statistično pomemben napovednik je poklic (β = -0,132, p < 0,005). Rezultati pojasnijo, da tisti anketiranci, ki so po poklicu diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki in zdravniki, vodstvo oddelka/enote ne upošteva njihove predloge glede izboljšave varnosti pacientov, a hkrati so deležni manjše pohvale pri varnosti pacientov, kot se ta razlika kaže pri tehnikih zdravstvene nege/srednje medicinske sestre na zgoraj omenjena poklica. Več v Tabeli 19.

Tabela 19: Regresijski model za F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«

F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« (R_{adj.2} = 1,7, p < 0,005)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	0,083	0,087	0,046	0,341
Delovna doba v bolnišnici	-0,021	0,066	-0,023	0,751
Delovna doba na oddelku	-0,037	0,072	-0,028	0,613
Delovna doba v specialnosti	0,068	0,057	0,083	0,233
Povprečno število ur na teden	0,180	0,125	0,067	0,149
Poklic	-0,207	0,071	-0,132	0,004*
Oddelek/enota	0,025	0,073	0,016	0,728

Legend: R² = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; * = statistično značilna korelacija p < 0,05.

Zadnji statistično pomemben napovedni regresijski model se je pokazal za razsežnost 10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«, za katerega neodvisne spremenljivke

pojasnijo 2,4 % variance ($R_{adj.}^2 = 2,4$, $F = 2,511$, $p < 0,005$). Kot pomemben napovednik se je zopet pokazal poklic ($\beta = 0,117$, $p < 0,005$) in povprečno število ur dela na teden ($\beta = -0,112$, $p < 0,005$). Anketiranci, ki v povprečju delajo več ur na teden, statistično značilno zaznavajo manj podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov. Pri spremenljivki poklica pa diplomirane medicinske sestre in zdravniki zaznavajo večjo podporo vrhnjega vodstva pacientov kot tehniki zdravstvene nege. Slednji menijo, da vrhnjemu vodstvu varnost pacienta ni najvišja prioriteta. V tabeli 20.

Tabela 20: Regresijski model za F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«

F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« ($R_{adj.}^2 = 2,4$, $p < 0,005$)				
Neodvisne spremenljivke	b	SE	β	p
Spol	0,133	0,076	0,083	0,081
Delovna doba v bolnišnici	-0,048	0,058	-0,059	0,409
Delovna doba na oddelku	0,063	0,063	0,054	0,324
Delovna doba v specialnosti	-0,002	0,050	-0,003	0,960
Povprečno število ur na teden	-0,154	0,062	-0,112	0,014*
Poklic	0,280	0,109	0,117	0,011*
Oddelek/enota	0,088	0,064	0,064	0,168

Legend: R2 = R-Squared; b = regresijski koeficient; SE = standardna napaka regresijskega koeficienta; β = standardni regresijski koeficient; * = statistično značilna korelacija $p < 0,05$.

V tabeli 21 so prikazane potrjene in ovržene hipoteze. Le pri H4: Med poklicnimi skupinami pri zaznavanju kulture varnosti ni razlik, opazimo, da ni nikakršnih razlik med poklicnimi skupinami pri sporočanju napak, oziroma hipotezo v celoti ovržemo. Za ostale hipoteze obstajajo statistično značilne razlike ter jih tako v celoti ali delno sprejmemo oziroma ovržemo.

Tabela 21: Potrjene in ovržene hipoteze

Hipoteza/Raziskovalno vprašanje	Komentar
H1: Zaznavanje kulture varnosti med psihiatričnimi bolnišnicami se ne razlikuje.	Hipotezo ovržemo. Obstajajo statistično značilne razlike med psihiatričnimi bolnišničnimi glede na pridobljene dimenzije/razsežnosti s pomočjo faktorjev ($p < 0,05$). Do statistično pomembnih razlik prihaja pri vseh faktorjih, razen pri F3 »Pogostost poročanja dogodkov«, F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« in F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«,

Hipoteza/Raziskovalno vprašanje	Komentar
	ni razlik.
H2: Zaznavanje kulture varnosti se med istovrstnimi oddelki (oddelek pod posebnim nadzorom, odprti oddelek in drugi oddelki) ne razlikuje.	Hipotezo ne potrdimo v celoti. Do statistično značilnih razlik ($p < 0,05$) med oddelki, prihaja pri F1 »Povratne informacije o napakah«, F2 »Preobremenjenost osebja in odziv na napake« in F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice«.
H3: Med poklicnimi skupinami pri zaznavanju kulture varnosti ni razlik.	Hipotezo ne ovržemo v celoti. Obstajajo statistično značilne razlike ($p < 0,05$) le pri F7 »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov«, in sicer znotraj poklicne skupine v zdravstveni negi in zdravniki.
H4: Med poklicnimi skupinami ni razlik v sporočanju dogodkov.	Hipotezo ovržemo. Med poklicnimi skupinami, ni statistično značilnih razlik pri pogostosti sporočanja število dogodkov v psihiatričnih bolnišnicah ($p > 0,05$).
H5: Boljše zaznavanje kulture varnosti je povezano s spolom, z delovno dobo udeleženca, izobrazbo, delovno dobo v isti bolnišnici, z delovno dobo v sedanjem poklicu v bolnišnici in dolžina dela v sedanjem poklicu bolnišnice, iz katere prihaja posameznik, in z delom udeležencev, ki so v neposredni klinični praksi.	Hipotezo ne ovržemo v celoti. Obstajajo statistične značilne razlike ($p < 0,05$) pri razsežnosti/dimenziji F4 »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« in med oddelkom/enoto in bolnišnico, sledita F9 »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« in med poklicem ter med F10 »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« in med povprečnim številom ur na teden in poklicem.
RV: Kakšna so odprta mnenja anketirancev o kulturi kakovosti in varnosti v psihiatričnih bolnišnicah.	Mnenja anketirancev so predvsem usmerjena v vodstvo, kulturo obtoževanja in varnost pacientov.

Legenda: F = faktor, razsežnost ali dimenzija

3.5 REZULTATI KVALITATIVNEGA GRADIVA

Pri analizi kvalitativnega gradiva smo dobili 96 kod, ki smo jih kategorizirali (združili) v tri kategorije: 1) (ne)podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov, 2) pomen medosebnih odnosov/timskega dela pri zaznavanju kulture varnosti in 3) neučinkovit sistem sporočanja napak (tabela 22).

V kategorijo »(Ne)podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« smo uvrstili 35 kod, od teh so prevladovala pomensko podobne kode, ki so opisovale kulturo obtoževanja. Udeleženci zaznavajo, da so vodstva psihiatričnih bolnišnic še vedno nagnjena h kulturi obtoževanja, niso pa naravnana na obvladovanje systemske varnosti, kar kaže na to, da se zaposleni bojijo spregovoriti, kar pa posledično pomeni prikrivanje. Spodaj so našteje najbolj pogoste izmed številnih izjav, s katerimi lahko ponazorimo kodo »kultura

obtoževanja«.

»Zaposleni se bojimo vodstva in nadrejenih.«

» Ne bi smela biti prisotna kultura obtoževanja.«

»Ko posameznik naredi napako, je obtožen!«

»Zaposleni se bojijo kulture obtoževanja«

»Da se napake ne sporočajo, ker je ljudi strah posledic, zaradi preteklih izkušenj«

Poleg kode »Kultura obtoževanja« nam izjave pod kodo »Kadrovska stiska« pove, da se vrhnje vodstvo psihiatričnih bolnišnic premalo zaveda problema pomanjkanja kadra. S tem ogroža varnost pacientov in zaposlenih, kar pa pogosto vodi v izgorelost, stres na delovnem mestu, kar posledično privede do bolj pogostih napak. Udeleženci zaznavajo in potrjujejo z izjavo, da je premalo zdravstvenega osebja, kar jih dodatno bremeni in bi lahko pomenilo, da isti udeleženci prevzemajo več prekomernega dela, s tem tudi zvečajo odgovornost, dovtetnost, ki pa jih vodi v slabše odnose do pacientov, zvečuje napake. Počitek oziroma regeneracija od delovnega procesa je ključnega pomena pri udeležencih, saj zaznavajo, da bi bilo manj napak.

»Na oddelku je premajhno število medicinskega osebja«

»Zaradi pomanjkanja srednjega medicinskega kadra, vprašljiva varnost in kakovost«

»Pomanjkanje osebja«

»Premalo osebja, zato veliko napak«

Močno sporočilo nam poda tudi koda »Neučinkovito vodenje« sistema zagotavljanja kulture varnosti pacientov, nam udeleženci pojasnijo, da je veliko sistemskih napak ter da je kakovost in varnost pacientov v psihiatričnih bolnišnicah vprašljiva ali celo kritična. Udeleženci zaznavajo, da so se pomembni varnostni procesi v zdravljenju, kot so varnostne vizite, opustile. Zaznavajo, da je varnost pacientov in zaposlenih zaskrbljujoče in celo, da je sistem akreditacij neutemeljen. Akreditacija, naj bi skrbelo za varnost in kakovost celotne organizacije.

»Varnost in kakovost ni prioriteta vodstva, ampak so postopki in sistem vzpostavljeni zaradi akreditacije bolnišnice«

»Varnost pacientov je najvišja prioriteta v zdravstvenem sistemu, kar pa žal ne velja za nas «

»Spremembe na bolje se ne zazna, ni učinkov«

»Opustili smo varnostne vizite«

»Varnost pacientov in zaposlenih je na zaskrbljujoči ravni«

V kategorijo »Pomen medosebnih odnosov/timskega dela pri zaznavanju kulture varnosti« smo uvrstili 32 kod, od teh so prevladovale pomensko podobne izjave oziroma misli udeležencev, ki smo jih uvrstili pod kodo »Skrb za varnost in kakovost«. Organizacijska kultura se pogosto kaže v timskem delu in dobrih medosebnih odnosih, kar pa po mnenju udeležencev vpliva na izide zdravstvene obravnave.

»Za varnost pacientov je dobro poskrbljeno in vsi v timu dobro sodelujemo, da se pacientom zagotavlja varnost«

»Mislim, da imamo na oddelku zelo dobro poskrbljeno za varnost pacientov«

»Dobro poskrbljeno za varnost pacientov s strani zdravstvene nege«

Poleg kode »Pomen medosebnih odnosov/timskega dela pri zaznavanju kulture varnosti« ima koda »Dobro timsko delo« močno sporočilo, kar pomeni, da so zaposleni povezani, si zaupajo, se podpirajo in delajo kot tim.

»Trudimo se kot tim, da delamo dobro, varno, kvalitetno in strokovno«

»S takim pristopom vseh udeležencev v timskem procesu sem zelo zadovoljen«

»Tudi naša nadrejena na sestankih spodbuja pozitivno klimo in pogovor o tej temi«

V kategorijo »Neučinkovit sistem sporočanja napak« smo uvrstili 29 kod. Od teh so pomensko prevladovale izjave uvrščene pod kodo »Sporočanje napak«. Sporočanje

napak je pogosto odraz zaposlenega in dobrih medosebnih odnosov, tudi pri/z vrhnjim vodstvom bolnišnic. Že predhodne izjave pod kodo »kultura obtoževanja«, kjer so pomembno pokazale, da se išče krivca za strojeno napako, temveč je pomembno, da se iz napak kaj naučimo, da se napake sporočajo brez obtoževanja, se beležijo in na račun teh izboljšamo sistem dela in varnosti. Vendar pa je potrebno razumeti tudi izjave, ki spodbujajo odprto razpravo o napakah, kar kaže na to, da je tega premalo in informacije ne pridejo do vseh zaposlenih.

»Vsako napako je treba sporočiti, zato da se ne ponavlja in da se izboljša sistem«

»Napake se redno in sproti vnašajo v računalniški sistem in javljajo v službo za kakovost«

»O napakah je treba govoriti, da jih je čim manj«

Poleg kode »Sporočanje napak« nam koda »Ne sporočanje napak« poda močno in intenzivno sporočilo. Udeleženci ocenjujejo, da se zaposleni v zdravstvenem sistemu bojijo sporočanja napak zaradi obtoževanja, iskanja krivca, občutka krivde in sramu. Za zdravstveni sistem velja hierarhičen odnos, zato so nekatere poklicne skupine bolj pod drobnogledom kot druge, kar zelo dobro ponazarja izjava, ki kaže na to, da zdravniki ne upoštevajo sistema sporočanja napak. Udeleženci zaznavajo, da zdravniki sploh ne sporočajo svojih napak pri svojem delu in da so nedotakljivi. Da bi sistem sporočanja napak stekel pravično, so udeleženci mnenja, da bi morale vse poklicne skupine spoštovati moralno neoporečnost posameznika, tima, oddelka, organizacije za to, da bi ponotranjili dimenzijo ozaveščenosti sporočanja napak.

»Mislim, da zdravniki ne sporočajo oziroma manj sporočajo svoje napake, ki jih naredijo pri svojem delu«

»Premalo spoštovanja in sporočenih napak«

»Napake se ne sporočajo dosledno, zaradi sankcij«

Tabela 22: Kategorije in pripadajoče kode

Kategorija	Kode (n)
(Ne)podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov št. vseh kod = 35	kultura obtoževanja (7), ogroženost zaposlenih (2), varnost zaposlenih (1), nezadostna skrb za varnost in kakovost (2), slaba varnost pacientov (3), neučinkovito vodstvo bolnišnic (8), preobremenjenost zaposlenih (2), sistem slabe varnosti (3), iskanje krivca (2), kadrovska stiska (4), slaba varnost in kakovost (1)
Kategorija	Kode (n)
Pomen medosebnih odnosov/timskega dela pri zaznavanju kulture varnosti št. vseh kod = 32	skrb za varnost in kakovost (13), dobro timsko delo (6), dobro vodenje (3), dejavnik pacient (3), komunikacija in analiza napak (3), varnost zaposlenih (2), dejavnik za napake (1) in komunikacija (1)
Kategorija	Kode (n)
Neučinkovit sistem sporočanja napak št. vseh kod = 29	Sporočanje napak (14), ne sporočanje napak (8), skrb za varnost in kakovost (2), iskanje rešitev za varnost (1), odgovornost posameznika (1), Pomanjkljiv sistem organizacije (1), nezadostna skrb za kakovost in varnost (1), dejavnik za napake (1)

Legenda: n = število kod

3.6 RAZPRAVA

Kultura varnosti pacientov je razmeroma nova disciplina v zdravstvenem sistemu in velja za precej kompleksno. V kolikor se osredotočimo na psihiatrijo, imamo v Republiki Sloveniji šest psihiatričnih bolnišnic, ki so regijsko razporejene (MZ, 2019). Kljub temu, da je bila v splošnih bolnišnicah (Robida, 2013a) kultura varnosti pacientov že raziskana, je v psihiatriji ta problematika zanemarjena ali pa neljuba za raziskovanje (Kanerva, et al., 2013). Pomembno je, da so zaposleni ozaveščeni in seznanjeni, kako zelo pomembna je kultura varnosti pacientov, ker imajo napake lahko škodljive učinke za pacienta, svojce in zaposlene (Robida, 2012; Danielsson, et al., 2017). Inštrument HSOPSC (Sorra & Nieva, 2004) je dragoceno orodje pri ocenjevanju bolnišnične kulture varnosti pacientov in je nepogrešljiv za izvajanje izboljšav na področju zaznavanja kulture varnosti (Pokoјová & Bártlová, 2018). Ista avtorja (Pokoјová & Bártlová, 2018) ugotavljata, da je bil uporabljen v kar nekaj državah EU (Belgija, Finska, Francija, Hrvaška, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Portugalska, Republika Kosovo, Slovenija, Švedska, Švica, Velika Britanija), tudi širše, predvsem na področju splošnih bolnišnic.

Z našo raziskavo »Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah« na splošno ugotavljamo, da ima še

mnoge priložnosti pri razvoju tega področja. Kar štiri PB imajo slabše mnenje o »Podpori vrhnjega vodstva za varnost pacientov«. Ena PB pa ima kar na šestih od desetih razsežnostih slabše zaznavanje bolnišnične kulture. Kljub takšni oceni je zanimivo, da kar polovica vseh anketiranih meni, da je ocena varnosti pacientov zelo dobra oziroma odlična. Vendar so ugotovljene razlike pri zaznavanju ocene varnosti pacientov po izobrazbi anketirancev, kjer so za varnost bolj občutljivi zaposleni v zdravstveni negi.

V nadaljevanju bomo naše splošne ugotovitve natančneje predstavili po ciljnih magistrskega dela.

Zaznavanje kulture varnosti na splošno in razlike med posameznimi bolnišnicami.

V naši raziskavi je sodelovala dobra polovica vseh anketirancev med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege. Od desetih razsežnostih v naši raziskavi so anketiranci podali pozitivno oceno za štiri razsežnosti (»Timsko delo na oddelku«, »Povratne informacije o napakah«, »Pogostost poročanja dogodkov« ter »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov«) zaznavanja kulture varnosti. Timsko delo na oddelku igra pomembno vlogo v medosebnih odnosih, ki se kaže v zaznavanju kulture varnosti pacientov (Lorber & Skela Savič, 2011; Toso, et al., 2016; Aiken, et al., 2017; Elsous, et al., 2017). Eden od gradnikov timskega dela je tudi komunikacija. Pri slednji pogosto prihaja do nadvlade, ki se kaže s hierarhijo moči in pogosto zaposleni v zdravstveni negi ne nasprotujejo močnejšim v hierarhiji, zdravnikom (Sutcliffe, et al., 2004 cited in Taran, 2011, p. 86). Povratne informacije o napakah so prav tako zelo pomemben glasnik, saj zaključijo in ponovno odprejo PDSA krog, zaposleni pa iščejo aktivne rešitve pri preprečevanju napak (Vlayen, et al., 2015). Negativno oceno v naši raziskavi, podobno kot pri Robidi (2013a), so prejele tri razsežnosti (»Preobremenjenost osebja in odziv na napake«, »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« ter »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«). Izkaže se, da je podpora v vseh bolnišnicah pri kadrovske problematiki, ki vlada predvsem v psihiatriji, enaka (Bregar & Klančnik Gruden, 2013), torej je potrebno zdravstveni kader izobraziti (Skela Savič, 2017), skrbeti za zadostno število zaposlenih glede na kategorijo zahtevnosti pacienta

(Bregar & Klančnik Gruden, 2013) in slediti smernicam, strategijam in kompetencam pri razvoju zdravstvenega kadra (Kadivec, et al., 2013; Vrhnjak, 2016). V naši raziskavi se pokažeta le dve statistično pomembni razliki med skupinama anketirancev med oddelki. Anketiranci, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, čutijo večjo preobremenjenost, kar je povezano z dojemanjem celokupne organizacijske kulture, kar ugotavljajo tudi nekatere druge raziskave (Skinder Savič & Skela Savič, 2014; Taheri, et al., 2015). V naši raziskavi je zaznati tudi, da pri anketirancih, ki delajo na oddelku pod posebnim nadzorom, prihaja do slabšega mnenja glede medosebnega sodelovanja med bolnišničnimi enotami. Ravno tako tudi zaznavajo slabšo zdravstveno oskrbo pacientov. Ulrich s sodelavci (2018), ugotavlja, da je delo na oddelku pod posebnim nadzorom izredno naporno, na trenutke tudi nevarno in obremenjeno, posebej zaradi zagotavljanja varnosti pacientov, saj pogosto prihaja do fizične agresije oziroma nasilja. Če prav nimamo raziskav za primerjavo z našo raziskavo, pa nekateri avtorji (Kuosmanen, et al., 2013; Wang, et al., 2014; Ammouri, et al., 2015; Aiken, et al., 2017; Mekonnen, et al., 2017) ugotavljajo, da je obremenjenost zaposlenih močno povezano na pojavnost odklonov in napak. Omenjeni avtorji hkrati ugotavljajo, da je zaposlene strah na odziv vrhnjega vodstva za varnost pacientov pri sporočanju neželenih dogodkov, saj imajo strah pred kaznovalno politiko. Vendar je treba gledati z drugega zornega kota, da je sporočanje napak dragocena informacija in priložnost za izboljšave (Robida, 2013a). Zanimivo je, da so naši anketiranci, več kot polovica, podali oceno stopnje varnosti v psihiatričnih bolnišnicah kot zelo dobro oziroma odlično. Presenetljivo pa se nihče ni opredelil, da je stopnja varnosti slaba, kar je nasprotno, kar smo pričakovali. Na področju forenzične psihiatrije (Kuosmanen, et al., 2013) podkrepijo naše rezultate s svojimi ugotovitvami, ravno tako s slabo polovico svojih vprašanih. V treh slovaških splošnih bolnišnicah, so vprašani ocenili stopnjo varnosti z več kot šestdeset odstotki, da je ta dobra oziroma odlična (Mikušová, et al., 2012). Medtem ko Mekonnen in sodelavci (2017) ugotavljajo ravno nasprotno, le tretjina jih ocenjuje, da je za varnost pacientov dobro oziroma odlično poskrbljeno, vendar je primerljivost te raziskave z našo vprašljiva, glede na naše rezultate. Menimo da države v razvoju nimajo dodobra izdelanih strategij in programov za izvajanje kakovosti in varnosti pacientov (Khamisa, et al., 2015). Vendar pa moramo omeniti nekatere razlike glede zaznavanje varnosti pri spolu. V naši raziskavi se je moški spol pokazal veliko

bolj občutljiv pri sporočanju dogodkov. Nasprotno Bodur & Filiz (2009) ugotovijo, da spol statistično nima pomena na število sporočenih dogodkov.

V kolikor v naši raziskavi ocenjujemo celokupno varnost po vseh trditvah, je ta srednja, kar je podobno kot v raziskavi Brborovića in sodelavcev (2013), kjer je povprečna ocena med 3 in 4. Ena šestina naših anketirancev ni poročala nobenega dogodka v zadnjih 12 mesecih. Čeprav nismo raziskovali vplivne dejavnike na sporočanje dogodkov, se lahko navežemo na nekaj raziskav (Wu, et al., 2013; Quillivan, et al., 2016; Asefzadeh, et al., 2017; Mikez, et al., 2017; Nemeč & Čuček Trifkovič, 2017). Omenjeni avtorji ugotavljajo, da so nekateri dejavniki, kot so: preobremenjenost, stres na delovnem mestu, slabi medosebni odnosi v timu, utrujenost, premalo zdravstvenega osebja, sistemske pomanjkljivosti, delovne izkušnje, spol in kaznovanje posameznika (Robida, 2010; AHRQ, 2017b) in druge, močno povezani z varnostjo pacientov in sporočanje dogodkov. Quillivan in sodelavci (2016) celo menijo, da preobremenjenost lahko vodi v resne skorajšnje dogodke, te posledično v zmanjšano zaupanje v delo, nezadovoljstvo, celo v nespečnost, kasneje tudi tesnoba. Anketiranci med psihiatričnimi bolnišnicami se med seboj razlikujejo v zaznavanju bolnišnične kulture varnosti pacientov na desetih razsežnostih. V PB4 imajo zaznavanje kulture varnosti kar na sedmih razsežnostih od desetih (»Povratne informacije o napakah«, »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice«, »Timsko delo na oddelku«, »Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice«, »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov«, »Učeha se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti« in »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«) slabše, kot to zaznavajo druge PB. Od zgoraj sedmih naštetih razsežnostih imajo, kar štiri psihiatrične bolnišnice (PB2, PB3, PB4 in PB10) slabše mnenje pri »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«. Z enakim izidom zaznavanja »Podpore vrhnjega vodstva za varnost pacientov« se je pokazalo v dveh splošnih bolnišnicah od treh na Slovaškem (Mikušová, et al., 2012). Kar nekaj raziskav ugotavlja (Chen & Li, 2010; Belegen, et al., 2011; Braithwaite, et al., 2017), bolj kot je pozitivna organizacijska kultura, bolj so pozitivni izidi zdravljenja za pacienta. Potrebno bi bilo opraviti objektivne raziskave vplivanja organizacijske kulture bolnišnic na zaposlene. Tudi nekatere izjave naših anketirancev govorijo, da so vodstva v PB nagnjena k kulturi obtoževanja. Kar pa nas je presenetilo,

saj ima vseh šest PB pridobljene certifikate kakovosti (PB Begunje 2016; PB Idrija, 2016; PB Ormož, 2016; PB Vojnik, 2016; UKC Maribor, 2016; UPK Ljubljana, 2016). S tem tudi po našem mnenju izkazujejo, da izvajajo vse aktivnosti vezane na vodenje in izvajanje kakovosti in varnosti v skladu s pridobljenim certifikatom (Kadivec, 2009). Enako je ugotovila Kramar (2014), saj je pri drugi izvedbi merjenja »Zaznavanja kulture varnosti« v isti bolnišnici, prejela boljše rezultate kot prvokrat. V prvem merjenju so se podpoprečni rezultati kazali tudi na enakih razsežnostih kot v naši raziskavi (»Povratne informacije o napakah«, »Timsko delo na oddelku« in »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«). Naši anketiranci v PB z visoko stopnjo povedo, da zaposleni ne žrtvujejo varnost pacientov, da bi naredili več dela. Enako ugotavlja Kramar (2014) v svoji raziskavi.

Razlike v zaznavanju kulture varnosti med posameznimi poklicnimi skupinami

V zdravstvenem sistemu se pacienti srečujejo z različnimi poklicnimi skupinami, odvisno kakšno in katero bolezensko stanje je v ospredju (Milosevic, et al., 2014). Namen in cilj poklicnih skupin (zdravniki, negovalno osebje ali drugi) naj bi bil skupen, nepoškodovan pacient, varna in kakovostna obravnava, a hkrati dobro in usklajeno medosebno delo vseh vpetih (Matziou, et al., 2014; Bowles, et al., 2016; Skela Savič, 2017). V naši raziskavi je največji delež anketirancev iz zdravstvene nege. Zdravniki so bili zastopani v manj kot eni sedmini. Kar nekaj raziskav (Brborović, et al., 2013; Robida, 2013a; Kuosmanen, et al., 2013; Danielsson, et al., 2017) ugotavlja podobno vzorčno strukturo poklicnih skupin. V kolikor podrobno razdelimo poklicne skupine v naši raziskavi, opazimo, da je največji delež anketirancev iz vrst diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik, sledijo tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra in na koncu zdravniki, glede na vrnjene vprašalnike, res pa je, da je zdravnikov v strukturi zaposlenih manj kot negovalnega osebja (European Commission, 2015; Eurostat, 2016). Brborović in sodelavci (2014) ugotavljajo, da je odziv zdravnikov na izpolnjevanje vprašalnikov pogosto majhen, ker je vprašalnik predolg, s tem pa izgubijo zanimanje za reševanje vprašalnika. V naši raziskavi smo izključili 22 vprašalnikov, a le zaradi tega, ker so udeleženci bili manj kot šest mesecev zaposleni. Večina je bila specialistov psihiatrije, ki krožijo med oddelki, enotami in

bolnišnicami. Vendar je potrebno naglasiti, da v PB3 nismo dobili soglasja za sodelovanje zdravnikov v naši raziskavi, kljub pozivom, kar pa nas je presenetilo glede na to, da so k raziskavi z zanimanjem pristopale preostale PB. Zanimivo je tudi, da so se tehnik zdravstvene nege/srednja medicinska sestra odzvali z manjšo celokupno kvoto zaposlenih. Sicer slednji tvorijo glavno vzorca v zdravstveni negi v naši raziskavi. Naše poklicne skupine na področju »Ocene varnosti pacientov in »Število dogodkov« si niso enotne. Torej zaznavajo statistično pomembne razlike, za kar menimo, da nas ni pustilo povsem ravnodušne. Izkaže se, da tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre bolj ocenjuje varnost pacientov kot zdravniki in diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki. Slednji ocenjujejo varnost pacientov najslabše med poklici. Vendar pa izjave anketirancev zavzemajo drugačna stališča, da zdravniki premalo sporočajo svoje napake, ki jih naredijo pri svojem delu in da je varnost pacientov in zaposlenih zaskrbljujoča. Mnenja naših anketirancev potrjuje tudi raziskava Mekonnen in sodelavcev (2017), saj izvajalci v zdravstveni negi boljše ocenjujejo varnost pacientov in bolj pogosto sporočajo dogodke kot jih zdravniki. Tudi Kang in sodelavci (2014) ugotavljajo, da so izvajalci v zdravstveni negi bolj pogosto izpostavljeni neželenim dogodkom, saj jih tudi več zaznajo in sporočijo kot zdravniki. Kuosmanen in sodelavci (2013) v svoji raziskavi ugotavljajo na štirih razsežnostih »Preobremenjenost osebja in odziv na napake«, »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice«, »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« in »Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice« statistično značilno nižje rezultate, a le za zaposlene v zdravstveni negi. Kot prej omenjeno se v naši raziskavi pokaže, da je le ena razsežnost izstopala med poklicnimi skupinami od vseh desetih in ena od dveh samostojnih sklopov. Gre za »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« in »Ocena varnosti pacientov«. Tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre v večji meri menijo, da delajo po bližnjicah, kar pa prinese riziko in nestanovitnost glede varnosti pacientov, tudi da njihov nadrejeni ignorira probleme varnosti. V kolikor se navežemo na zgornjo ugotovitev, je zanimivo, da tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre, ocenjujejo varnost pacientov precej boljše kot ostali dve poklicni skupini. Med tem, ko diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik in zdravniki nimajo takega menja. Da bi lažje razumeli, kako in na kakšen način poklicna skupina ocenjuje ali zaznava kulturo varnosti, meni Danielsson s

sodelavci (2014), da je nujno potrebno preučiti vrednote, norme, predpostavke določene subkulture (zdravstvena nega), ki še kako mora biti usklajena z varnostnimi cilji. Naše ugotovitve potrdijo tudi tuji raziskovalci (Kuosmanen, et al., 2013; Lee, et al., 2016; Danielsson, et al., 2017), kjer je vrstni red glede na poklic, skupino in izobrazbo podoben našemu.

V kolikor razširimo vlogo management oziroma nadrejenih, imajo ti v zdravstvenem sistemu pomembno »misijo« pri razvoju zdravstvenega kadra, vsaj kadar govorimo o zdravstveni negi (Lorber & Savič, 2011; Kadivec, et al., 2013; Bregar, et al., 2018a). Dejstvo je, da smo na robu zdravniškega in negovalnega bega osebja, ki znatno vpliva na kakovost in varnost bolnišnic, tudi zaradi tožb (Kels & Grant-Kels, 2012). Saj zdravstveni delavci s tožbami izgubijo zaupanje v sistem vrednot, kateri je proti njim (Kels & Grant-Kels, 2012). Za seboj pa puščajo neizmerne vrzeli in negativni učinek na celoten zdravstveni sistem, kjer so pacienti podhranjeni za strokovnjake, ki predstavljajo gonilni motor zdravstvenega sistema (Li, et al., 2014; Ibrahim, et al., 2016). Snovalci oziroma management/nadrejeni naj bi razumeli potrebe po zaposlovanju in razvoju (Skela Savič, 2009) zdravstvenih kadrov z višjo izobrazbo, ki še kako vpliva na kakovost, varnost ter na izid zdravljenja pacientov (Ball, et al., 2014; Braithwaite, et al., 2017), kar se je pokazalo tudi v naši raziskavi. Čeprav se v naši raziskavi ni pokazala nobena od razsežnosti, kot statistično podpopprečna, so pri razsežnosti »Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov« mnenja drugačna znotraj poklicnih skupin. Navezujoč se na mnenja anketirancev, so le ta deljena glede nadrejenih v povezavi z varnostjo in kakovostjo. Izjave anketirancev nam povedo, da je problematika intenzivna in zanimiva. Omenjajo pomanjkanje srednjega kadra, s tem pa je vprašljiva varnost in kakovost pacientov. Čeprav je Aiken s sodelavci (2017) v svoji raziskavi dokazala pomen izobrazbe, višja kot je izobrazba zaposlenega v zdravstveni negi, boljši je zdravstveni izid za pacienta, tudi bolj kritično razmišljanje imajo višje izobraženi. »Očitki«, ki jih anketiranci podajo za nadrejene glede varnosti pacientov, imajo močna sporočila. Nekateri gredo celo tako daleč in menijo, da je veliko napak, da je varnost pacientov vprašljiva, celo da so akreditacije bolnišnic same sebi namen, tudi da so neposredne vodje odgovorne pri politiki zaposlovanja. Spet drugi anketiranci vidijo bolj pozitivno podobo naših PB, da se napake redno sporočajo, se o

njih govori, se izvajajo varnostne vizite in redno izvajajo obravnavo primerov na oddelkih, ko pride do odstopanj. Tudi da nadrejeni podajajo povratna sporočila o napakah in spodbujajo pozitivno klimo na oddelku, kar se odraža na zadovoljstvu anketirancev in da je za varnost pacientov poskrbljeno s strani zaposlenih v zdravstveni negi. Torej opazimo, da je zaznavanje kulture varnosti pacientov med poklicnim skupinami deljeno skupaj z izjavami. Vendar je ta zato večja med bolnišnicami, kar pa si bomo bolj podrobno pogledali v nadaljevanju.

Priložnosti za izboljšave zaznavanja kulture varnosti v psihiatričnih bolnišnicah

Da bi lahko izpeljali izboljšave zaznavanja kulture varnosti v psihiatričnih bolnišnicah, je potrebno zaznati, kje in pri katerih razsežnostih prihaja do šibke povezave med bolnišnicami ter drugimi spremenljivkami (Timmel, et al., 2010; Lele, 2012; Mahoney, et al., 2012; Kuosmanen, et al., 2013; Robida, 2013a, 2013b; Vlayen, et al., 2015; Tereanu, et al., 2018; Ulrich, et al., 2018).

Konceptualizacija bolnišnične varnosti, kakovosti, izboljšav, ki temelji na prepoznavanju in obvladovanju tveganja na področju psihiatrije, je tema, ki jo raziskovalci, ki delujejo na področju psihiatrije, vidijo kot najpomembnejšo (De Santis, et al., 2015; Slemon, et al., 2017). Razsežnosti, ki sta se v naši raziskavi pokazali kot najmočnejši med vsemi šestimi PB, sta (»Pogostost poročanja dogodkov« in »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov«), od vseh desetih razsežnosti in dveh samostojnih sklopov. Statistično šibke oziroma podpovprečne razsežnosti so pokazale v petih od desetih razsežnosti med vsemi šestimi PB. Največje razlike so opazne pri »Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice« in »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«. Obe razsežnosti ali dimenziji se pojavljata kar v štirih PB. Nadalje sledijo razsežnosti »Timsko delo na oddelku«, »Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice« in »Učeca se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti«, kjer se vsak pojavlja v dveh PB. V kolikor naše rezultate zaznavanja ali »sprejemanja« kulture varnosti pacientov primerjamo z drugimi bolnišnicami s področja psihiatrije, opazimo, da imamo malo raziskav na omenjenem področju (Kuosmanen, et al., 2013; Tereanu, et al., 2017) PB, razen raziskava Vlayen in sodelavcev (20015). Naše rezultate

lahko primerjamo z belgijsko raziskavo (Vlayen, et al., 2015), ki temelji na enakem številu faktorjev, kot je v naši raziskavi. V omenjeni raziskavi (Vlayen, et al., 2015) zavzemajo precej boljše rezultate od naših, le v dveh razsežnostih izstopajo kot podpovprečne »Odprtost komunikacij« in »Predaja pacientov in premestitev znotraj bolnišnice«. Naše statistične analize kažejo na izboljšave, kar na devetih razsežnostih od desetih. Le ena razsežnost »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« se je v naši raziskavi pokazala kot dobra, saj ne izstopa v nikakršnem slabem pomenu. Na forenzični psihiatriji (Kuosmanen, et al., 2013) ugotavljajo priložnosti za izboljšave, kar na devetih od dvanajstih razsežnostih. Med tem v belgijski PB (Vlayen, et al., 2015) imajo precej boljši rezultat, odmik se kaže le pri dveh od desetih razsežnosti za izboljšave.

Za predlagana priporočila naj vodstva aktivno in intenzivno sledijo ukrepom, ki so splošne narave in zajemajo celotno podobo razsežnosti izboljšav v naših PB:

- 1) *Odgovornost vrhnjega in neposrednega vodstva*: pomembno je, da vodstva zagotovijo pozitivno organizacijsko kulturo, ki bo temeljila na vzajemnosti, odprti komunikaciji, medosebnem odnosu in timskem delu. Vloga zaposlenih je odvisna od vrhnjega in neposrednega vodstva. Redna izobraževanja in izpopolnjevanja s področja kakovosti in varnosti vseh poklicnih skupin, tudi vodstva. Usmerjenost vodstev k ohranjanju varnosti pacientov pri tem pa naj ohranja varnost pacientov kot prioriteto nalogo. Prav tako odgovornost vrhnjega in neposrednega vodstva, da vzpostavi ali poglobi sistem skorajšnjih dogodkov, korektivnih ukrepov s povratnimi informacijami za zaposlene, ki bo temeljil na pravičnosti in ne obtoževanju, s pravico govora (Kuosmanen, et al., 2013; Robida, 2012; Robida, 2013a; 2013b; Vlayen, et al., 2015; Tereanu, et al., 2018).
- 2) *Zdravstveno osebje naj bo obveščeno o napakah*: da bi zmanjšali napake, je pomembno in potrebno, da se vpelje ocena tveganja v bolnišnično kulturo varnosti. Ocena tveganja je orodje, pri čemer preučujemo, kaj lahko v našem bolnišničnem okolju povzroči škodo. Koncept bolnišnične kulture varnosti naj temelji na varnem in nepoškodovanem pacientu, skupaj z zaposlenimi. Zaposleni morajo biti obveščeni in seznanjeni z vsemi odkloni, ki se zgodijo na

- enoti/oddelku. Pri tem naj tudi aktivno sodelujejo in si prizadevajo k zmanjševanju odklonov, s tem pa naj strmijo k izboljšavi zaznavanja kulture varnosti pacientov (Robida, 2011a; Robida, 2013b; Lele, 2012; De Santis, et al., 2015; Danielsson, et al, 2017; Slemon, et al., 2017).
- 3) *Timsko delo, komunikacija, medosebni odnosi*: komunikacija naj temelji na enakopravnosti, vzajemnosti in povratnih informacijah, ki se odraža v timskem delu in pozitivnih medosebnih odnosih. Zaposleni naj skupaj z nadrejenimi uporabljajo PDSA krog in druge vzvode pri preprečevanju odklonov. Z uporabo in analizo elementov, ki gradijo izboljšave, se plemeniti timsko delo, medosebni odnosi, komunikacija in prispeva k enakopravnosti. Delovna organizacija s povratnimi informacijami o napakah gradi na pomanjkljivem sistemu, strmi k varnosti in kakovosti ter gradi na odličnosti zaposlenih in bolnišnice (Taran, 2011; Krešić, 2013; Robida, 2013a; Wu, et al., 2015; Zikhani, 2016; AHRQ, 2017c).
- 4) *Zaznavanje kulture varnosti pacientov*: ponovna izvedba raziskave v vseh psihiatričnih bolnišnicah v sklopu kakovost in varnosti naj poteka v razmiku treh let ali po dogovoru. Rezultate naj primerja med bolnišnicami, svojimi enotami/oddelki in vpelje izboljšave na razsežnostih/področjih ali širše, kjer se izkažejo kot podpopprečne. Zaznavanje kulture varnosti pacientov se nanaša tudi na fizično, arhitekturno, požarno, ergonomsko varnost zaposlenih in pacientov, katera predstavlja celotno varnost bolnišničnega okolja (Robida, 2013a; 2013b; Robida, 2014; Tziaferi, et al., 2011; Boyce, 2016; Ulrich, et al., 2018).

Značilnosti zaposlenih in zaznavanje kulture varnosti

Z regresijskim pristopom zaznavanja kulture varnosti pacientov med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege, ki temelji na osmih neodvisnih spremenljivkah (»spol, delovna doba v bolnišnici, delovna doba na oddelku, delovna doba v specialnosti, poklic, povprečno število ur na teden, oddelek/enota in bolnišnica«) in desetih odvisnih spremenljivkah oziroma desetih razsežnostih (»F1 Povratne informacije o napakah, Preobremenjenost osebja in odziv na napake, Pogostost poročanja dogodkov, Timsko delo med organizacijskimi enotami bolnišnice, Timsko delo na oddelku, Predaja

pacientov in premestitev znotraj bolnišnice, Neodzivnost nadrejenih na oddelku za varnost pacientov, Učeha se organizacija in nenehno izboljševanje uspešnosti, Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov ter Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«), smo poskušali pojasniti, kako značilnosti anketirancev pojasnjuje napoved zaznavanje kulture varnosti pacientov slovenskih PB. Anketiranci v naši raziskavi z neodvisnimi spremenljivkami statistično napovedujejo rezultat le pri treh razsežnostih »Timsko delo med organizacijskimi enotami«, »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« in »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov« od desetih, v odnosu na oddelek/enoto, bolnišnico, poklic in povprečno število ur na teden. Naša regresijska analiza pri razsežnosti »Timsko delo med organizacijskimi enotami«, kjer je dejavnik vpliva oddelek in bolnišnica, kar pomeni, da tisti anketiranci, ki delajo na odprtih oddelkih, so bolj povezani med seboj in sodelujejo v dobro pacienta, kot tisti, ki delajo na oddelku pod posebnimi nadzorom. Vendar smo v naši raziskavi ugotovili, da se naš regresijski pristop ne prilega dobro podatkom na našem vzorcu. Izkaže se kot zelo nizek, za kar velja, da ni mogoče pojasniti dovolj visokega ali močnega vpliva neodvisnih spremenljivk na odvisne. Kljub temu se lahko navežemo na nekaj tujih raziskav (El-Jardaloi, et al., 2011; Zhao, et al., 2017; Wang & Tao, 2017), kjer so z regresijskim pristopom bolj opazovali spol, poklic, povprečno delovno dobo, glede na »Oceno varnosti pacientov in Število sporočenih dogodkov v zadnjih dvanajstih mesecih«, kjer je bila vzročna povezava zmerna. Tako Zaho in sodelavci (2017), ugotavljajo, da poklicna skupina kot dejavnik vpliva (zdravniki), ima nižjo povprečno oceno za oceno varnosti pacientov, med tem, ko zdravstvena nega podaja statistično višje rezultate. Isti avtorji (Zhao, et al., 2017) so ugotovili, da spol kot dejavnik vpliva, močno rezultira pri razsežnosti »Število sporočenih dogodkov v zadnjih dvanajstih mesecih«, kar pomeni, da ženske sporočajo manj dogodkov, kot jih moški. Enako se pokaže v naši raziskavi, čeprav je majhna zanesljivost, kar se nam zdi zanimivo, glede na raziskavo Jafree in sodelavcev (2016), kjer ugotavljajo, da so ženske bolj zanesljiv partner v zdravstveni negi kot moški. Ravno tako avtorji El-Jardaloi in sodelavci (2011) podajo zanimive napovedi, in sicer, da drugi zdravstveni poklici (referent, administratorji), kot dejavnik vpliva zaznavajo boljše ocene varnosti pacientov, kot pa zaznavajo medicinske sestre. Kaj vpliva na tako dojetje varnosti pacientov pri medicinskih sestrah, ne vemo, saj tega nismo raziskovali. Smiselno bi bilo preučiti te

dejavnike. Vendar pa nas skrbi podatek, da ima preobremenitev zaposlenih visok pomen na upad tolerance dela s pacienti, ki imajo duševne motnje (Kanerva, et al., 2013; Martensson, et al., 2014; Bregar, et al., 2018b, Ulrich, et al., 2018), tudi zaradi fizične agresije in nasilja pacientov do zaposlenih (Ulrich, et al., 2012). Kuosmanen s sodelavci (2013) meni, da se razlike v odnosu do pacientov pojavijo, ker so izvajalci zdravstvene nege bolj pogosto v stiku s pacientom, več časa preživijo na oddelku, kot drugi strokovnjaki oziroma druge poklicne skupine. Raziskava Zhao in sodelavcev (2017) nas pospremi z zanimivim napovednikom, med poklicem zdravnik in medicinska sestra in povprečno delovno dobo ter med »Nekaznovalni odziv za napake«. Višja kot je delovna doba v bolnišnici zaposlenega, manjše je nestrinjanje glede nekaznovalnega odziva za napake. V kolikor slednje rezultate (Zhao, et al., 2017) primerjamo z našo raziskavo, se zopet izkaže, da so mnenja naših anketirancev deljena glede nekaznovanja. Nekateri menijo, da se trditve ne sovpadajo z zgoraj omenjeno trditvijo (Zhao, et al., 2017), kajti anketiranci pojasnjujejo, da se napake sporočajo le zaradi kaznovanja oziroma sankcij. Spet drugi jasno menijo, da je o napakah potrebno veliko govoriti, kajti s tem razvijamo kulturo sporočanja, ne glede na kaznovalni odziv vodstev.

Lahko zaključimo, da so se v naši raziskavi pokazale le tri razsežnosti »Timsko delo med organizacijskimi enotami«, »Podpora vodstva oddelkov za varnost pacientov« in »Podpora vrhnjega vodstva za varnost pacientov«, ki so povezane z regresijsko korelacijo, za ostale razsežnosti ne moremo podati nikakršnih mnenj, saj nimamo povezav za razpravljanje. Kot že zgoraj omenjeno se naš regresijski pristop ne prilega dobro našim podatkom in našemu vzorcu. Vendar pa smo kljub temu ugotovili, katera neodvisna spremenljivka statistično značilno vpliva (čeprav je šibka), na razsežnost oziroma dimenzijo. Nizek koeficient nam pove, da izbrana razsežnost s takšnim modelom neodvisnih spremenljivk, ne pojasni dovolj visoko, da bi lahko govorili o zanesljivih napovedih. Kar nekaj tujih avtorjev (Figueiredo Filho, et al., 2011; Hamilton, et al., 2015), ugotavlja, da ni jamstva pri interpretaciji regresijskih modelov v kliničnih študijah, predvsem pri zdravilih. Ni jamstva, da majhen R^2 kaže šibko razmerje, tudi da visok koeficient R^2 kaže na visoko razmerje ustreznosti. Isti avtorji (Figueiredo Filho, et al., 2011; Hamilton, et al., 2015) menijo, da je za ta pojav odgovornih več dejavnikov: spremenljivke, vzorec, zanesljivost, statistična obdelava

spremenljivk, tudi to, da je potrebno opraviti dobro vsebinsko in metodološko zasnovo pri napovedovanju regresijskega vpliva.

3.6.1 Omejitve raziskave

Raziskava temelji na odgovorih dveh poklicnih skupin (zaposleni v zdravstveni negi in zdravniki). V raziskavo nismo vključili ostale zdravstvene strokovnjake in ne zdravstvene strokovnjake (psihologi, socialni delavci, socialni pedagogi, administratorji, oskrbnice in ostali), ki tvorijo multidisciplinarni zdravstveni tim. Prav tako ni vključenih pacientov in njihove ocene pri zaznavanju kulture varnosti. Njihove ugotovitve bi imele večjo dodano vrednost in doprinos k ozaveščanju o problemih zaznavanje kulture varnosti v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah. V raziskavi je tudi nekaj metodoloških omejitev, in sicer zbiranje podatkov je potekalo v obdobju treh mesecev, v tem obdobju so zaposleni zaradi preobremenjenosti potrebovali dodatno motivacijo in spodbudo k reševanju anketnega vprašalnika. Potrebno bi bilo izmeriti tudi obremenjenost pri zaposlenih ter združiti rezultate z rezultati anketnega vprašalnika naše raziskave. V naši raziskavi nismo upoštevali obremenitve zaposlenih, saj raziskava ni temeljila na tej predpostavki in naš anketni vprašalnik ne meri neposredne delovne obremenjenosti. V kar nekaj psihiatričnih bolnišnicah, smo stopili v kontakt s ključnimi osebami in jih pozvali k izpolnjevanju anketnih vprašalnikov. V kolikor pogledamo poklicne skupine, ugotovimo, da je majhno sodelovanje pri zdravnikih, le tretjina. V slovenskih psihiatričnih bolnišnicah je zaposlenih približno 157 zdravnikov, specialistov in specializantov psihiatrije. V eni od psihiatričnih bolnišnic so zavrnili izvedbo raziskave pri zdravnikih, kar je tudi vplivalo na število vrnjenih anketnih vprašalnikov, tudi to, da smo izločili 22 vprašalnikov iz naslova nepoznavanja bolnišnične organizacije dela. Večina izločenih vprašalnikov je od specializantov psihiatrije, torej zdravnikov. Anketni vprašalnik, ki smo ga uporabili in je validiran tudi za slovenske bolnišnice in kot tak je bolj primeren za velike vzorčne skupine. Naš vzorec in sestavljanje vzorca smo črpali izključno iz letnih poročil psihiatričnih bolnišnic, iz leta 2016. V času naše raziskave, ni bilo podanih in javno dostopnih letnih poročil za leto 2017, zato ne vemo, kakšni podatki o zaposlenih so bili v letu 2017 v psihiatričnih bolnišnicah. V Sloveniji nismo še imeli izvedene raziskave Zaznavanja

kulture varnosti za področje psihiatričnih bolnišnic, zato smo rezultate v razpravi primerjali s slovenskimi splošnimi bolnišnicami in tujimi psihiatričnimi in splošnimi bolnišnicami.

3.6.2 Priložnosti za nadaljnje raziskave

Pri merjenju kulture varnosti je pomembno spremljati na določeno časovno obdobje njen razvoj. V sedanji raziskavi smo napravili eksploratorno faktorsko analizo, ki je pokazala 10 faktorski model s 40 trditvami. Pri ponovnem anketiranju v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah, bi bilo smiselno uporabiti tudi konfirmatorno faktorsko analizo in Satorra–Bentler test, ki nam raztolmači, ali je za dani (naš) vzorec bolj primeren originalni 12–faktorski model, ali naš 10–faktorski model za področje psihiatrije. Za realizacijo take raziskave bi bilo potrebo zagotoviti tudi večji vzorec. Kot že zgoraj omenjeno se naš regresijski pristop ne prilega dobro našim podatkom in našemu vzorcu. Vendar pa smo kljub temu ugotovili, katera neodvisna spremenljivka statistično značilno vpliva (če prav je šibka) na razsežnost oziroma dimenzijo. Nizek koeficient nam pove, da izbrana razsežnost s takšnim modelom neodvisnih spremenljivk ne pojasni dovolj visoko, da bi lahko govorili o zanesljivih napovedih. V naslednjem merjenju zaznavanja kulture varnosti v psihiatričnih bolnišnicah se lahko opravi tudi le regresijski pristop. Sprva z analizo vključenih podatkov, kjer bomo dobili prve informacije o ustreznosti pridobljenih podatkov za izvedbo nadaljnjih regresijskih statističnih obdelav, na to se moramo opredeliti tudi po vsebinski podlagi s cilji.

4 ZAKLJUČEK

Psihiatrične bolnišnice bi lahko v kontekstu varnosti in kakovosti same storile veliko, da bi izboljšale varnost pacientov, in sicer tako, da povečajo komunikacijske sposobnosti v kliničnih okoljih med zdravstvenimi timi, da opolnomočijo zaposlene, da govorijo o pravični in ne obtožujoči varnosti in kakovosti, da vpeljejo izobraževanja zaposlenih ter da so za to tudi usposobljeni. Zaznavanje kulture varnosti pacientov je tesno povezano z organizacijsko kulturo bolnišnic in išče odgovore osebnih vrednot posameznika/zaposlenega, kako deluje v sistemu varnosti in kakovosti, ki sloni na izvajanju in nudenju zdravstvenih storitev. Anketiranci v naši raziskavi zelo dobro ocenjujejo varnost pacientov. Psihiatrične bolnišnice imajo izredno malo število zaposlenih, ki ne bi sporočali varnostnih incidentov ali dogodkov. Torej lahko zaključimo, da so zaposleni ozaveščeni pri sporočanju napak in skorajšnjih dogodkov, ko se pojavijo. Po drugi strani pa ugotavljamo, da imajo kar štiri od šestih psihiatričnih bolnišnic težave z vrhnjim vodstvom pri podpori varnosti pacientov. To je le ena od dimenzij/razsežnosti, ki pa ne izstopa v naši raziskavi, a je vitalnega pomena pri ohranjanju pozitivne delovne klime in k spodbujanju varnosti pacientov. Potrebno bi bilo naknadno raziskati odnose med managementom/vrhnjim oziroma nadrejenim vodstvom in zaposlenimi. Videti, kje so vrzeli in priložnosti za izboljšave ter prioritarno delati na področju medosebnih odnosov. Pomemben kazalnik je tudi izobrazba. Saj tisti z nižjo izobrazbo, v našem primeru tehniki zdravstvene nege/srednje medicinske sestre, menijo, da njihovi nadrejeni ignorirajo probleme varnosti pacientov. Pa vendar je potrebno poudariti, da je zdravstveno osebje na oddelkih pod posebnim nadzor precej obremenjeno, da delajo preko polnega delovnega časa, kar pa poveča možnost nastanka napak v delovnem procesu s pacienti. Nismo izmerili, koliko kadrovske podhranjenosti imamo ali jo zmoremo zanemariti na račun pacientov in zdravstvenega osebja. Naše ugotovitve se ujemajo z ugotovitvami različnih avtorjev po svetu, kateri so uporabili enak ali podoben merski instrument, kot je uporabljen v naši raziskavi. Dejstvo je, da so zaposleni entuziastični in da opravljajo delo svojega poklica z veseljem, kar lahko izpostavimo tudi z izjavo enega od anketirancev: *»Za varnost pacientov je dobro poskrbljeno in vsi v timu dobro sodelujemo, da se pacientom zagotavlja varnost«*. Za zaključek velja poudariti, da je v naši raziskavi sodelovalo prav vseh šest psihiatričnih

bolnišnic s svojimi zaposlenimi v zdravstveni negi in kolegi iz zdravniških vrst ter so prispevali izredno pomembne rezultate, na osnovi katerih smo oblikovali priporočila za izboljšave, predloge in se nadejamo novih rezultatov čez tri leta.

»Zaposleni imajo prav. Naši rezultati kažejo, kakšna je kultura varnosti v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah skozi njihovo percepcijo vrednot«.

5 LITERATURA

Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017a. *Adverse events, near misses, and errors*. [online] Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/34/adverse-events-near-misses-and-errors> [Accessed 6 February 2017].

Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017b. *Systems approach*. [online] Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/21/systems-approach> [Accessed 14 February 2017].

Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ), 2017c. *Health literacy universal precautions toolkit, 2nd ed.* [online] Available at: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/qualityresources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2-tool2b.html> [Accessed 10 March 2017].

Agency for Healthcare Research and Quality, 2018. *Handoffs in signouts*. [online] Available at: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/9/handoffs-and-signouts> [Accessed 17 February 2018].

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C.B., Moreno Casbas, T., Ball, J.E., Ausserhofer, D. & Sermeus, W., 2017. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559-568.

American Accreditation Commission International (AACI), 2018. *Certification*. [online] Available at: <http://aacihealthcare.com/services/certification/> [Accessed 15 January 2018].

Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R. & Al Kindi, S.N., 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), pp. 102-110.

Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi, D., 2008. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(3), pp. 247-255.

Andel, C., Davidow, S.L., Hollander, M. & Moreno, D.A., 2012. The economics of health care quality and medical errors. *Journal of health care finance*, 39(1), pp. 39-50.

Asefzadeh, S., Kalhor, R. & Tir, M., 2017. Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. *Electronic physician*, 9(12), pp. 6010-6016.

Aspden, P., Corrigan, J.M., Wolcott, J. & Erickson, S.M., eds. 2004. *Patient safety: achieving a new standard for care*. Washington (DC): National Academies Press (US).

Ayani, N., Sakuma, M., Morimoto, T., Kikuchi, T., Watanabe, K., Narumoto, J. & Fukui, K., 2016. The epidemiology of adverse drug events and medication errors among psychiatric inpatients in Japan: the JADE study. *BMC Psychiatry*, 16(1), p. 303.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147-156.

Ball, J.E., Murells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. & Griffiths, P. 2014. »Care left undone« during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125.

Belegen, M.A., Goode, C.J., Spetz, J., Vaughn, T. & Park, S.H., 2011. Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. *Medical care*, 49(4), pp. 406-414.

Bell, A.V., Michalec, B. & Arenson, C., 2014. The (stalled) progress of interprofessional collaboration: the role of gender. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), pp. 98-102.

Birk, K., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. In: *Znanje: teorija in praksa: zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper. Koper, Celje, Škofja Loka, 18-20. november 2009*. Koper: Fakulteta za management, pp. 57-61.

Birmingham, P., Buffum, M.D., Blegen, M.A. & Lyndon, A., 2015. Handoffs and patient safety: grasping the story and painting a full picture. *Western Journal of Nursing Research*, 37(11), pp. 1458-1478.

Bodur, S. & Filiz, E., 2009. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), pp. 348-355.

Boeing Commercial Airlines, 2015. *Statistical summary of commercial jet airplane accidents: worldwide operations 1959-2014*. [pdf] Boeing Commercial Airlines. Available at: <https://www.skybrary.aero/bookshelf/books/3198.pdf> [Accessed 8 February 2019].

Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M.S., Phillips, A., Schwartz, N., Tu, S.P. & Dow, A.W., 2016. Nurse–physician collaboration in an academic medical centre: the influence of organisational and individual factors. *Journal of Interprofessional Care*, 30(5), pp. 655-660.

Boyce, M.J., 2016. Modern technologies for improving cleaning and disinfection of environmental surfaces in hospitals. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5(10), pp. 1-10.

Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, T. & Lamprell, G., 2017. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ open*, 7(11), pp. 1-11.

Brajshori, N. & Behrens, J., 2016. Translation, cultural adaption and validation of hospital survey on patient safety culture in Kosovo. *Open Journal of Nursing*, 6(6), pp. 483-490.

Brasaite, I., Kaunonen, M., Martinkenas, A., Mockiene, V. & Suominen, T., 2016. Health care professionals' skills regarding patient safety, *Medicina*. 52(4), pp. 250-256.

Brborović, H., Šklebar, I., Brborović, O., Brumen, V. & Mustajbegović, J., 2014. Development of a Croatian version of the US hospital survey on patient safety culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), pp. 125-132.

Bregar, B. & Klančnik Gruden, M., 2013. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v Slovenskih bolnišnicah v letu 2013. In: S. Majcen Dvoršak, T. Kolnik Štemberger & D. Klemenc, eds. *10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: Zbornik predavanj z recenzijo. Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 226-223.

Bregar, B., Logar Čuček, M. & Rašić, J., 2018a. Management dejavnosti zdravstvene in babiške nege v slovenskih bolnišnicah – pregled splošnih pravnih aktov. In: K. Pesjak & S. Pivač, eds. *11. Mednarodna znanstvena konferenca. Medpoklicno povezovanje na različnih ravneh zdravstvenega varstva: trendi, potrebe in izzivi: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 7. junij 2018*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 246-253.

Bregar, B., Skela Savič, B. & Kores Plesničar, B., 2018b. Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BioMed Central psychiatry*, 18(1), pp. 1-10.

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S., 2016. Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), pp. 386-393.

Castel, E.S., Ginsburg, L.R., Zaheer, S. & Tamim, H., 2015. Understanding nurses' and physicians' fear of repercussions for reporting errors: clinician characteristics, organization demographics, or leadership factors? *BMC Health Services Research*, 15(326).

Chen, I.C. & Li, H.H., 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, 10(152).

Clarke, S.P. & Donaldson, N.E., 2008. Nurse staffing and patient care quality and safety. In: R.G. Hughes, ed. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, Chapter 25.

Crutzen, R. & Peters, G.Y., 2017. Scale quality: alpha is an inadequate estimate and factor-analytic evidence is needed first of all. *Health psychology review*, 11(3), pp. 242-247.

Čelan Stropnik, S., 2011. Varnostne vizite - pomemben element uvajanja varnosti za paciente. In: B. Bregar, ed. *Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 12 oktober 2011*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 30-36.

Černoga, A., Dernovšek, M.Z. & Gomišček, B., 2014. Dokumentiranje incidentov v psihiatrični zdravstveni negi. In: N. Kregar Velikonja & M. Blažič, eds. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 14. November 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 97-107.

Čuk, V., 2010. Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), pp. 21-26.

Danielsson, M., Nilsen, P., Ohrn, A., Rutberg, H., Fock, J. & Carljford, S., 2014. Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(39), pp. 1-9.

Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H. & Arestedt, K., 2017. A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *Journal of patient safety*, doi: 10.1097/PTS.0000000000000369.

De Santis, M., Myrick, H., Lamis, D.A., Pelic, C.P., Rhue, C. & York, J., 2015. Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), pp. 190-199.

Dhawan, I., Tewari, A., Sehgal, S. & Sinha, A.C., 2017. Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable? *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(2), pp. 184-192.

Dobnik, M. & Skela Savič, B., 2015. Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 136-143.

Dorrian, J., Lamond, N., Heuvel, C., Pincombe, J., Rogers, A.E. & Dawson, D., 2009. A Pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiology International. The Journal of Biological & Medical Rhythm Research*, 6(23) pp. 1149-1163.

Eggins, S. & Slade, D., 2015. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. *Journal of Public Health Research*, 4(3), p. 666.

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. & Hemadeh, N., 2011. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC health services research*, 11(45), pp. 1-18.

Elsous, A., Radwan, M. & Mohsen, S., 2017. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 7406278, doi.10.1155/2017/7406278.

Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C. & Walton, M., 2008. What exactly is patient safety? In: K. Henriksen, J.B. Battles, M.A. Keyes & M.L. Grady, eds. *Source advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1-16.

Enders, C., Lang, G.E., Lang, G.K. & Werner, J.U., 2017. ISO 9001:2015 Certification in quality management. *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 234(7), pp. 886-890.

Europe Maritime Safety Agency, 2018. *Annual overview of marine casualties and incidents*. [pdf] Europe Maritime Safety Agency. Available at: file:///D:/Nova%20mapa%20(5)/EMSA_MAR_2018.pdf [Accessed 23 March 2019].

European Commission, 2014. *Patient safety: progress made, more needed*. [online] Bruxelles: European Commission. Available at: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_sl.htm [Accessed 10 March 2017].

European Commission, 2015. *Mental health: how many psychiatrists in the EU?* [online] Bruxelles: European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1> [Accessed 20 February 2019].

European Commission, 2018. *Annual Accident Report 2018*. [pdf] European Commission. Available at: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/road_safety/files/pdf/statistics/dacota/asr2018.pdf [Accessed 23 March 2019].

Eurostat, 2016. *Practising nurses and caring professionals*. [online] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Practising_nurses_and_caring_professionals,_2016_HLTH18.png [Accessed 20 February 2019].

Farley, D.O. & Battles, J.B., 2009. Evaluation of the AHRQ patient safety initiative: framework and approach. *Health services research*, 44(2), pp. 628-645.

Field, A. 2009. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd ed. London: Sage.

Figueiredo Filho, D., Silva Júnior, J. & Rocha, E., 2011. What is R2 all about? *Leviathan (São Paulo)*, 3, pp. 60-68.

Gandhi, T.K., Berwick, D.M. & Shojania, K.G., 2016. Patient safety at the crossroads. *Journal of the American Medical Association*, 315(17), pp. 1829-1830.

Gomez Garcia, T., Ruzafa Martinez, M., Fuentelsaz Gallego, C., Madrid, J.A., Rol, M.A., Martínez Madrid, M.J. & Moreno Casbas, T., 2016. Nurses' sleep quality, work environment and quality of care in the Spanish National Health System: observational study among different shifts. *BMJ Open*, 6(8), e012073.

Gulten, D., Sait, N. & Yucel, K., 2013. Florence Nightigale: Light to Illuminate the World from the Woman with the Lantern. *World Neurosurgery*, 79(1), pp. 198-206.

Hamaideh, S.H., 2016. Mental health nurses' perceptions of patient safety culture in psychiatric settings. *International nursing review*, 64(4), pp. 476-485.

Hämel, K. & Vössing, C., 2017. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Primary Health Care Research & Development*, 18(5), pp. 492-506.

Hamilton, D.F., Ghert, M. & Simpson, A.H., 2015. Interpreting regression models in clinical outcome studies. *Bone & joint research*, 4(9), pp. 152-153.

Hanrahan, N.P., Kumar, A. & Aiken, L.H., 2010. Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. *Psychiatric Services*, 61(6), pp. 569-574.

Haugen, A.S., Søfteland, E., Eide, G.E., Sevdalis, N., Vincent, C.A., Nortvedt, M.W. & Harthug, S., 2013. Impact of the World Health Organization's surgical safety checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. *British journal of anaesthesia*, 110(5), pp. 807-815.

Henry J Kaiser Family Foundation, 2006. *Snapshots: comparing projected growth in health care expenditures and the economy*. [online] Available at: <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/snapshots-comparing-projected-growth-in-health-care-expenditures-and-the-economy/> [Accessed 4 December 2018].

Hobgood, C., Weiner, B. & Tamayo-Sarver, J.H., 2006. Medical error identification, disclosure, and reporting: do emergency medicine provider groups differ? *Academic Emergency Medicine*, 13(4), pp. 443-451.

Hongyan Hwang, I.J. & Ahn, J., 2015. Teamwork and clinical error reporting among nurses in Korean hospitals. *Asian Nursing Research*, 9(1), pp. 14-20.

Ibrahim, H., Nair, S.C., Shaban, S. & El-Zubeir, M., 2016. Reducing the physician workforce crisis: career choice and graduate medical education reform in an emerging Arab country. *Education for Health*, 29(2), pp. 82-88.

International Civil Aviation Organization, 2013. *Safety Management manual*. Montreal: International Civil Aviation Organization.

Jafree, S.R., Zakar, R., Zakar, M.Z. & Fischer, F., 2015. Nurse perceptions of organizational culture and its association with the culture of error reporting: a case of public sector hospitals in Pakistan. *BMC Health Services Research*, 16(3), p. 3.

James, J.T., 2013. A new evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*, 9(3), pp. 122-128.

Jayaram, G., 2008. Measuring Adverse events in psychiatry. *Psychiatry (Edgmont)*, 5(11), pp. 17-19.

Jha, A.K., Larizgoitia, I., Audera Lopez, C., Prasopa Plaizier, N., Waters, H. & Bates, D.W., 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ quality & safety*, 22(10), pp. 809-815.

Johnson, S., Goebel, A., Richey, R., Holmes, E. & Hughes, D. 2016. A randomised, patient-assessor blinded, sham-controlled trial of external non-invasive peripheral nerve stimulation for chronic neuropathic pain following peripheral nerve injury (EN-PENS trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, Trials journal*, 17(1), pp. 1-10.

Kadivec, S., 2009. Vpliv notranjega nadzora na kakovost zdravstvene nege. In: S. Kadivec, ed. *Golniški simpozij 2009: Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cističnih fibroz: zbornik predavanj : program za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Golnik, 2. in 3. oktober, 2009*. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 10-13.

Kadivec, S., 2011. Vloga zdravstvene nege pri zagotavljanju varnosti v procesu zdravljenja z zdravili. In: Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *4. dnevi Angele Boškin: Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik strokovnega srečanja. Gozd*

Martuljek, 07. in 08. april, 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 59-62.

Kadivec, S., Skela Savič, B. & Kramar, Z., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.

Kadivec, S. & Šprajcar, D., 2014. Spremljanje kazalnikov kakovosti na različnih nivojih vodenja. In: M. Bahun, ed. *Preverjanje učinkovitosti korakov C in A kroga kakovosti: zbornik prispevkov. 7. dnevi Angele Boškin. Kranjska Gora, 21. November 2014.* Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 31-35.

Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen, T., 2013. Patient safety in psychiatric inpatient care: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(6), pp. 541-548.

Kang, J.H., Kim, C.W. & Lee, S.Y., 2014. Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 47(5), pp. 273-280.

Kang, J.H., Kim, C.W. & Lee, S.Y., 2016. Nurse – Percived patient adverse events depend on nuring workload. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(1), pp. 56-62.

Kapur, N., Parand, A., Soukup, T., Reader, T. & Sevdalis, N., 2016. Aviation and healthcare: a comparative review with implications for patient safety. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 7(1), pp. 1-10.

Kels, B.D. & Grant-Kels, J.M., 2012. The spectrum of medical errors: when patients sue. *International journal of general medicine*, 2(5), pp. 613-619.

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K. & Ilic, D., 2015. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, 12(1), pp. 652-666.

Knez, A., 2010. *Stigmatizacija v psihiatriji: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kramar, Z., 2011. Uvajanje kulture varnosti – Izkušnje Splošne bolnišnice Jesenice. In: Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: Varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov. Gozd Martuljek, 07. in 08. april, 2011*. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 26-32.

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

Krešić, V., 2013. Komunikacija u sestrinstvu - međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. *Sestrinski glasnik*, 18(1), pp. 41-43.

Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo Tiihonen, E., Eronen, M. & Turunen, H., 2013. Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. *Journal of forensic nursing*, 9(4), pp. 207-216.

Kyoung, K.O., 2016. A first step toward understanding patient safety. *Korean Journal of Anesthesiology*, 69(5), pp. 429-434.

Leape, L.L., Shore, M.F., Dienstag, J.L., Mayer, R.J., Edgman-Levitan, S., Meyer, G.S. & Healy, G.B., 2012. Perspective: a culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(7), pp. 845-852.

Lee, S.H., Phan, P.H., Dorman, T., Weaver, S.J. & Pronovost, P.J., 2016. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16(254).

Lele, D.V., 2012. Risk assessment: A neglected tool for health, safety, and environment management. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 16(2), pp. 57-58.

Li, H., Nie, W. & Li, J., 2014. The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(3), pp. 314-317.

Linsey, P.L., 2009. Psychiatric nurses' decision to restrain. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(9), pp. 41-49.

Lokajner, G. & Bregar, B., 2013. Metodološke zasnove raziskovanja vpliv izobrazbe in števila medicinski sester na varnost in kakovost zdravstvene obravnave. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi: 6. mednarodna znanstvena konferenca. Ljubljana, 6 - 7 junij, 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 273-282.

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 15-21.

Mahoney, J.S., Ellis, T.E., Garland, G., Palyo, N. & Greene, P.K., 2012. Supporting a psychiatric hospital culture of safety. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(5), pp. 299-306.

Mann, K., Rothschild, J.M., Keohane, C.A., Chu, J.A. & Bates, D.W., 2008. Adverse drug events and medication errors in psychiatry: methodological issues regarding identification and classification. *The world journal of biological psychiatry*, 9(1), pp. 24-33.

Martensson, G., Jacobsson, J.W. & Engström, M., 2014. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 782-788.

Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E. & Petsios, K., 2014. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), pp. 526-533.

McBride, S.E., Rogers, W.A. & Fisk, A.D., 2014. Understanding human management of automation errors. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 15(6), pp. 545-577.

Mekonnen, A.B., McLachlan, A.J., Brien, J.E., Mekonnen, D. & Abayu, Z., 2017. Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in Health*, 3(11), pp. 1-11.

Mikez, N., Levičnik, N. & Skela Savič, B., 2017. Stres in sindrom izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca. Kontinuiran razvoj zdravstvene nege in njen prispevek k promociji zdravja : zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 8. in 9. junij 2017.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 429-435.

Mikušová, V., Rusnáková, V., Naďová, K., Boroňová, J. & Beřková, M., 2012. Patient safety assessment in Slovak hospitals. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(6), pp. 1236-1244.

Mills, P.D., DeRosier, J.M., Ballot, B.A., Shepherd, M. & Baqian, J.P., 2008. Inpatient suicide and suicide attempts in veterans affairs hospitals. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 34(8), pp. 482-488.

Milosevic, M., Brborovic, H., Mustajbegovic, J. & Montgomery, J., 2014. Patients and health care professionals: partners in health care in Croatia? *British journal of health psychology*, 19(3), pp. 670-682.

Ministrstvo za zdravje, 2010. *Konceptualni okvir za mednarodno klasifikacijo za varnost pacientov: končno tehnično poročilo: januar 2009*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 1-137.

Ministrstvo za zdravje, 2015. *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015-2025. Skupaj za družbo*. [pdf] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zdravstveni_svet/Zdravstveni_svet_2015/5_2015_seja/ResNPZV.pdf [Accessed 10 January 2018].

Ministrstvo za zdravje, 2019. *Javni zavodi, bolnišnice*. [online] Available at: http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/strokovne_institucije_in_publicacije/javni_zavodi_bolnisnice/ [Accessed 17 January 2019].

Močnik Drnovšek, V., 2008. Hipokratova prisega in njen pomen za medicinsko deontologijo. *Keria*, 10(1), pp. 33-51.

Mrak, L., Hvala, N. & Tušar, B., 2013. Akreditacija bolnišnice: Njen vpliv na zadovoljstvo pacientov, zdravljenih v psihiatrični bolnišnici Idrija. In: A. Kvas, Đ. Sima, P. Požun, G. Lokajner, R. Kobentar & S. Hajdarević, eds. *Približajmo zdravstveno okolje pacientu: zbornik prispevkov. Ljubljana, 2013*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 75-87.

Nath, S.B. & Marcus, S.C., 2006. Medical errors in psychiatry. *Harvard review of psychiatry*, 14(4), pp. 204-211.

Needleman, J. & Hassmiller, S., 2009. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health affairs*, 28(4), pp. 625-633.

Nemec, U. & Čuček Trifkovič, K., 2017. Stres med zaposlenimi na področju psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 9-23.

Occelli, P., Quenon, J.L., Kret, M., Domecq, S., Delaperche, F., Claverie, O., Castets Fontaine, B., Amalberti, R., Auroy, Y., Parneix, P. & Michel, P., 2013. Validation of the French version of the hospital survey on patient safety culture questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4), pp. 459-468.

Pallant, J., 2013. *Factor analysis. SPSS survival manual*. London: McGraw-Hill Education, p. 192.

Pinheiroa, J.P.A. & de Sousa Uva, A., 2015. Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), pp. 107-116.

Pleterski Rigler, D. & Mlakar, J., 2010. Uvajanje varnostne kulture in obvladovanja odklonov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. 3. *Dnevi Angele Boškin - Učimo se varnosti od najboljših - prikaz dobrih praks: zbornik predavanj. Gozd Martuljek, 22.-23. april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 55-60.

Podgornik Pulc, N., 2012. Psihologija dela in vzpostavljanje varnostne kulture v organizaciji. *Raziskave in razprave*, 5(3), pp. 51-70.

Pokojová, R. & Bártlová, S., 2018. The hospital survey on patient safety culture: use of the questionnaire in European hospitals. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 8(1), pp. 19-25.

Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2016. *Letno poročilo javnega zdravstvenega zavoda Psihiatrična bolnišnica Begunje 2016*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Begunje. Available at: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Porocilo%20o%20poslovanju%20za%20leto%2020161496039553404.pdf> [Accessed 2 November 2017].

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2016. *Psihiatrična bolnišnica Idrija, Poslovno poročilo 2016*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Idrija. Available at: file:///C:/Users/DB/

Desktop/POSLOVNO_POROCILO_2016_SPLETNA_STRAN.pdf [Accessed 2 November 2017].

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2017. *Psihiatrična bolnišnica Idrija, Poslovno poročilo 2017*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Idrija. Available at: file:///C:/Users/DezurnaCMZ/Downloads/POSLOVNO_POROCILO_2017.pdf [Accessed 2 November 2017].

Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2016. *Psihiatrična bolnišnica Ormož, Letno poročilo za leto 2016*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Ormož Available at: <https://www.pb-ormoz.si/PDF/letno-porocilo2016.pdf> [Accessed 2 November 2017].

Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2016. *Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Letno poročilo za leto 2016*. [pdf] Psihiatrična bolnišnica Vojnik. Available at: https://www.pb-vojniki.si/wp-content/uploads/2017/06/letno_porocilo_2016_priloge.pdf [Accessed 2 November 2017].

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. 377-384.

Raghupathi, W. & Raghupathi, V., 2014. Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health information science and systems*, 2(3), pp. 2-10.

Ridic, G., Gleason, S. & Ridic, O., 2012. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia socio-medica*, 24(2), pp. 112-120.

Robida, A., 2010. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. *3. Dnevi Angele Boškin - Učimo se varnosti od najboljših - prikaz dobrih praks: zbornik predavanj. Gozd Martuljek, 22.-23. april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 46-54.

Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: B. Bregar, ed. *Varnostni zapleti pri pacientu - priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 12 oktober 2011.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-9.

Robida, A., 2011a. O varnosti pacientov v Sloveniji. *Isis: glasilo zdravniške zbornice Slovenije*, 20(12), pp. 27-30.

Robida, A., 2011b. Trdovratnost zavajajočega izraza »zdravniška napaka« in Mednarodna klasifikacija varnosti pacientov. *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 20(3), pp. 24-30.

Robida, A., 2012. Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu. Rešitev ali poguba za paciente? *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 21(12), pp. 17-23.

Robida, A., 2013a. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 648-660.

Robida, A., 2013b. Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4), pp. 469-475.

Robida, A., 2013c. Analiza varnostnega incidenta pri pacientu. In: *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: z znanostjo do večje varnosti pacientov: Root cause analysis RCA*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, pp. 30-42.

Robida, A., 2013d. Kako pride do napake s škodo. V: *Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje: priročnik: z znanostjo do večje varnosti pacientov: Root cause analysis RCA*. Bled: Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Prosunt, p. 28.

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

Sarvadikar, A., Prescott, G. & Williams, D., 2010. Attitudes to reporting medication error among differing healthcare professionals. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 66(8), pp. 843-853.

Satorra, A. & Bentler, P.M., 2001. A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), pp. 507-514.

Sheingold, B.H. & Hahn, J.A., 2014. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860-1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 2014(1), pp. 18-22.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: Nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Skela Savič, B., 2010. Znanje o kakovosti v zdravstvu in zdravstveni negi. In: Z. Kramar & A. Kraigher, eds. 3. *Dnevi Angele Boškin - Učimo se varnosti od najboljših - prikaz dobrih praks: zbornik predavanj. Gozd Martuljek, 22.- 23. april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 24-29.

Skela Savič, B., 2017. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297.

Skinder Savić, K. & Skela Savič, B., 2013. Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezava z zadovoljstvom zaposlenih. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 88-130.

Slemon, A., Jenkins, E. & Bungay, V., 2017. Safety in psychiatric inpatient care: the impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing inquiry*, 24(4), e12199.

Slovenski institut za kakovost in meroslovje (SIQ), 2017. *Obseg akreditacije ISO 9001*. [pdf] Slovenski institut za kakovost in meroslovje. Available at: http://www.siq.si/ocenjevanje_sistemov_vodenja/akreditacije/iso_9001/index.html [Accessed 15 January 2018].

Soerensen, A.L., Lisby, M., Nielsen, L.P., Poulsen, B.K. & Mainz, J., 2013. The medication process in a psychiatric hospital: are errors a potential threat to patient safety? *Risk Management and Healthcare Policy*, 6, pp. 23-31.

Sokol, D.K., 2013. "First do no harm" revisited. *British medical journal*, 347(f6426), p. 347.

Sorra, J.S. & Dyer, N., 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 2010(10), pp. 2-13.

Sorra, J.S. & Nieva, V.F., 2004. *Hospital survey on patient safety culture*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Sorra, J.S., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N. & Behm, J., 2016. *AHRQ Hospital survey on patient safety culture: user's guide*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, pp. 1-45.

Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, R., Weingwer, M.B., Talbot, T.R., Wall, R.J., Deshpande, J.K., France, D.J., Ely, E.W., Burgess, H., Englebright, J., Williams, M.V. & Dittus, R.S., 2010. Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. *BMJ Quality & Safety*, 19, pp. 592-596.

Stuber, J.P., Rocha, A., Christian, A. & Link, B.G., 2014. Conceptions of mental illness: attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), pp. 490-497.

Sujan, M., 2015. An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 144, pp. 45-52.

Taheri, L., Jahromi, M.K. & Hojat, M., 2015. Comparison patients and staffs satisfaction in general versus special wards of hospitals of Jahrom. *Global Journal of Health Science*, 7(6), pp. 95-100.

Taran, S., 2011. An Examination of the factors contributing to poor communication outside the physician-patient sphere. *McGill Journal of Medicine*, 13(1), p. 86.

Tereanu, C., Sampietro, G., Sarnataro, F., Siscanu, D., Palaria, R., Savin, V., Cliscovscaia, T., Pislaru, V., Oglinda, V., Capmare, L., Ghelase, M.S. & Turcanu, T., 2018. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Clujul medical*, 91(1), pp. 65-74.

The Health Foundation, 2011. *Evidence scan: Measuring safety culture*. [pdf] The Health Foundation. Available at: [http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringSafety Culture.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringSafety%20Culture.pdf) [Accessed 7 January 2018].

Timmel, J., Kent, P.S., Holzmueller, C.G., Paine, L., Schulick, R.D. & Pronovost, P.J., 2010. Impact of the Comprehensive unit-based safety program (CUSP) on safety culture in a surgical inpatient unit. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 36(6), pp. 252-260.

Toso, G.L., Golle, L., Magnago, T.S., Herr, G.E., Loro, M.M., Aozane, F. & Kolankiewicz, A.C., 2016. Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. *Revista gaúcha de enfermagem*, 37(4), e58662.

True, G., Frasso, R., Cullen, S.W., Hermann, R.C. & Marcus, S.C., 2017. Adverse events in veterans affairs inpatient psychiatric units: staff perspectives on contributing and protective factors. *General hospital psychiatry*, 9(48), pp. 65-71.

Tshiamo, W.B., Kgositau, M., Ntsayagae, E., Motshedisi, B. & Sabone, M.B., 2015. The role of nursing education in preventing medication errors in Botswana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3(2015), pp. 18-23.

Turk, S., 2013. *Varnostna kultura v domovih za starejše občane: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.

Tziaferi, S.G., Sourtzi, P., Kalokairinou, A., Sgourou, E., Koumoulas, E. & Velonakis, E., 2011. Risk assessment of physical hazards in Greek hospitals combining staff's perception, experts' evaluation and objective measurements. *Safety and health at work*, 2(3), 260-272.

Ule, M., 2010. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & B.M. Kaučič, eds. *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo*. Jesenice, 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, 17-23.

Ule, M., 2013. Zaupanje in empatija kot ključna socialna dejavnika v okolju bolnikov. In: A. Kvas, Đ. Sima, P. Požun, G. Lokajner, R. Kobentar & S. Hajdarević, eds. *Približajmo zdravstveno okolje pacientu: zbornik prispevkov*. Ljubljana, 2013. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 9-17.

Ulrich, B. & Kear, T., 2014. Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), pp. 447-456.

Ulrich, R.S., Borgen, L., Gardiner, S.K. & Lundin, S., 2018. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, pp. 53-66.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2016. *Letno poročilo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana za leto 2016*. [pdf] Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana. Available at: https://www.psih-klinika.si/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/dokumenti/knjiznica_dokumentov/dokumenti/Poslovanje/Letno_POrocilo_U PK_2016.pdf [Accessed 2 November 2017].

Univerzitetni klinični center Maribor, 2016. *Univerzitetni klinični center Maribor, Letno poročilo 2016*. [pdf] Univerzitetni klinični center Maribor. Available at: https://www.ukc-mb.si/fileadmin/letna_porocila/Letno_porocilo_2016.pdf [Accessed 2 November 2017].

Vifladt, A., Simonsen, O.B., Lydersen, S. & Farup, G.P., 2016. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: a cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 36, pp. 26-34.

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.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, p. 30.

Vrhnjak, B., 2016. *Razvoj kompetenc zdravnika družinske medicine: doktorska dizertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Wang, M. & Tao, H., 2017. How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan City of China? *International journal of environmental research and public health*, 14(10), pp. 1-18.

Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., Zheng, J. & Zhu, X., 2014. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2014), pp. 1114-1122.

Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J. & Hignett, S., 2010. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture: findings from the UK. *Quality and safety in health care*, 19(2), pp. 1-5.

World Health Organization (WHO), 2011. *World health statistics 2011*. [pdf] World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1 [Accessed 4 December 2018].

World Health Organization (WHO), 2016. *Patient safety*. [online] Geneva: World Health Organization Available at: http://www.who.int/topics/patient_safety/en/ [Accessed 15 October 2016].

Wu, S.W., Chen, T., Xuan, Y., Xu, X.W., Pan, Q., Wei, L.Y., Li, C. & Wang, Q., 2015. Using plan-do-check-act circulation to improve the management of panic value in the hospital. *Chines Medical Journal*, 128(18), pp. 2535-2538.

Wu, Y., Fujita, S., Seto, K., Ito, S., Matsumoto, K., Huang, C.C. & Hasegawa, T., 2013. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 13(394), pp. 1-7.

Yoder, E.A., 2010. Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, 23(4), pp. 191-197.

Yong, G.A. & Pearce, S., 2013. A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), pp. 79-94.

Zhao, X., Liu, W., Wang, Y. & Zhang, L., 2017. Survey and analysis of patient safety culture in a county hospital. *Family Medicine and Community Health*, 5(4), pp. 299-210.

Ziherl, S., 2013. Opredelitev in zgodovina psihiatrije. In: P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Ziherl, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, p. 22.

Zikhani, R., 2016. Seven-step pathway for preventing errors in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 61(4), pp. 271-281.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Vprašalnik

Pozdravljeni,

sem Jure Rašić, študent Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pripravljam magistrsko delo pod mentorstvom:izr. prof. dr. Andrej Robida in somentorja: doc. dr. Andrej Kastelic z naslovom: Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah.

Namen raziskave je ugotoviti zaznavanje kulture varnosti v posameznih poklicnih skupinah za vse psihiatrične bolnišnice skupaj ter ugotoviti področja in priložnosti za izboljšave. Vaše sodelovanje je ključnega pomena, saj le z vašimi odgovori lahko dobimo vpogled v kulturo varnosti pacientov in priložnost za izboljšave. Vprašalnik je anonimen, za izpolnjevanje pa boste potrebovali približno 10 minut. Zbrani podatki bodo obravnavani po načelu zaupnosti in analizirani na splošno (in nikakor na ravni odgovorov posameznika).

Za morebitna dodatna vprašanja, informacije in pojasnila sem vam na voljo na elektronskem naslovu: jure1712@gmail.com

Za vaše sodelovanje, se vam lepo zahvaljujem.

Jure Rašić

VPRAŠALNIK O BOLNIŠNIČNI KULTURI VARNOSTI

Izpolni koordinatorski po prejemu vprašalnika:	Bolnišnica:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Oddelek:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Zaporedna številka vrnjenega vprašalnika:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Datum prejema vrnjenega vprašalnika:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	

NAVODILA : S tem anonimnim vprašalnikom želimo ugotoviti vaše mnenje o varnosti pacientov, napakah in o sporočanju napak. Za izpolnjevanje vprašalnika boste potrebovali približno 10 do 15 minut. Če ne želite odgovoriti na vprašanje, ali če se vprašanje ne nanaša na vas, lahko pustite krogce pri odgovoru prazne.

Varnostni incident pri pacientu (napaka) je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko škodoval pacientu ob prejetju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. "Varnost pacientov" je opredeljena kot izogibanje in preprečevanje poškodb ali neželenih učinkov, ki izhajajo iz procesov izvajanja oskrbe pacienta.

Sklop A: VAŠ ODDELEK / ENOTA:

V1. Označite tisti oddelek, kjer delate večino delovnega časa. Na katerem oddelku/enoti delate?
 Vaš odgovor označite tako, da obkrožite številko pred oddelkom.

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Sprejemni moški
Oddelek (zaprti) | 2 Sprejemni ženski
oddelek (zaprti) | 3 Zaprti oddelek |
| 4 Odprti oddelek | 5 Gerontopsihiatrični
oddelek (zaprti) | 6 Gerontopsihiatrični
oddelek (odprti) |
| 7 Oddelek za zdravljenje
odvisnosti od prepovedanih
drog (zaprti) | 8 Oddelek za zdravljenje
odvisnosti od prepovedanih
drog (odprti) | 9 Dnevni oddelek |
| 10 Enota za zdravljenje
odvisnih od alkohola | 11 Enota za adolescentno
psihatrijo | 12 Enota za motnje hranjenja |
| 13 Enota za psihoterapijo
psihatrijo | 14 Enota za forenzično | 15 Enota za krizne intervencije |
| 16 Psihoterapevtski oddelek | 17 Oddelek za osebe s
komorbidnimi motnjami | 18 Oddelek za zdravljenje
odvisnosti |
| 19 Specialistične ambulante | 20 Drugo, prosim zapišite, npr.: ambulanta, laboratorij | |

V2. Prosimo, označite v kakšni meri se strinjate oziroma ne strinjate z naslednjimi trditvami v zvezi z vašim oddelkom / enoto.

Vaš odgovor označite s počrtnitvijo kroga s številko.

Razmislite o stanju na vašem oddelku / enoti	Sploh se ne strinjam ▼	Se ne strinjam ▼	Niti se ne strinjam, niti se strinjam ▼	Strinjam se ▼	Zelo se strinjam ▼
V2_1. Zaposleni na oddelku podpiramo drug drugega	①	②	③	④	⑤
V2_2. Imamo dovolj osebja za izvajanje dela	①	②	③	④	⑤
V2_3. Če je potrebno v kratkem času narediti veliko, delamo skupaj kot tim, da potrebno delo opravimo	①	②	③	④	⑤
V2_4. Na našem oddelku zaposleni spoštujemo drug drugega.....	①	②	③	④	⑤
V2_5. Zaposleni na oddelku delajo prek polnega delovnega časa, kar zveča možnost napak...	①	②	③	④	⑤
V2_6. Aktivno delamo stvari za izboljšanje varnosti pacientov.....	①	②	③	④	⑤
V2_7. Pri nas je veliko nadomeščanja osebja zaradi odsotnosti, kar povečuje možnost napak	①	②	③	④	⑤
V2_8. Zaposleni menijo, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim	①	②	③	④	⑤
V2_9. Ko pride do napake na našem oddelku, se izvedejo izboljšave.....	①	②	③	④	⑤
V2_10. Samo naključju se lahko zahvalimo, da ne prihaja do resnih napak	①	②	③	④	⑤
V2_11. Če je v enem odseku našega oddelka resnično veliko dela, drugi priskočijo na pomoč	①	②	③	④	⑤
V2_12. Ko sporočimo varnostni incident pri pacientu, je izpostavljena oseba in ne problem	①	②	③	④	⑤
V2_13. Ko naredimo spremembe za izboljšanje varnosti pacientov, ocenimo njihovo uspešnost	①	②	③	④	⑤
V2_14. Delamo na »krizni način« in poskušamo narediti čim več, čim hitreje.....	①	②	③	④	⑤
V2_15. Varnosti pacientov nikoli ne žrtvujemo zato, da bi naredili več	①	②	③	④	⑤
V2_16. Zaposlene skrbi, da se njihove napake zabeležijo v njihove personalne mape.....	①	②	③	④	⑤
V2_17. Na oddelku imamo probleme z varnostjo pacientov	①	②	③	④	⑤
V2_18. Naši postopki in sistemi dobro preprečujejo napake	①	②	③	④	⑤

Sklop B: VAŠ NADREJENI

V3. Prosimo, označite v kakšni meri se strinjate oziroma ne strinjate z naslednjimi trditvami v zvezi z vašim nadrejenim.

Vaš odgovor označite s počrtnitvijo kroga s številko.

	Sploh se ne strinjam ▼	Se ne strinjam ▼	Niti se ne strinjam, niti se strinjam ▼	Strinjam se ▼	Zelo se strinjam ▼
Razmislite o situaciji na vašem oddelku / enoti					
V3_1. Moj nadrejeni me pohvali, ko vidi, da je delo opravljeno v skladu z uveljavljenimi postopki varnosti pacientov	①	②	③	④	⑤
V3_2. Moj nadrejeni upošteva predloge zaposlenih za izboljšave varnosti pacientov	①	②	③	④	⑤
V3_3. Kadar je veliko dela, moj nadrejeni želi, da delamo hitro, tudi če delamo po »bližnjicah«.....	①	②	③	④	⑤
V3_4. Moj nadrejeni ignorira probleme varnosti pacientov, ki se stalno ponavljajo.....	①	②	③	④	⑤

Sklop C: KOMUNIKACIJA

V4. Kako pogosto se naslednje stvari dogajajo na vašem oddelku / enoti?

Vaš odgovor označite s počrtnitvijo kroga s številko.

	Nikoli ▼	Redko ▼	Včasih ▼	Pogosto ▼	Vedno ▼
Razmislite o situaciji na vašem oddelku / enoti					
V4_1. Zaposleni dobimo povratno informacijo o tem, kaj se je izboljšalo po analizi dogodka, ki smo ga sporočili.....	①	②	③	④	⑤
V4_2. Zaposleni lahko odkrito spregovorijo, če vidijo, da nekaj ogroža varnost pacientov	①	②	③	④	⑤
V4_3. Obveščeni smo o napakah, ki se zgodijo v naši enoti ...	①	②	③	④	⑤
V4_4. Zaposleni si upamo vprašati nadrejene o razlogih za njihove odločitve in ukrepe	①	②	③	④	⑤
V4_5. Na oddelku se pogovarjamo o tem, kako bi preprečili ponovitev napak	①	②	③	④	⑤
V4_6. Zaposleni se bojijo spraševati, kadar se jim kaj ne zdi v redu	①	②	③	④	⑤

Sklop D: POGOSTOST SPOROČANJA NAPAK

V5. Kako pogosto se sporočajo naslednje napake?

Vaš odgovor označite s počrtnitvijo kroga s številko.

	Nikoli ▼	Redko ▼	Včasih ▼	Pogosto ▼	Vedno ▼
V5_1. Ko pride do napake, in je ta <i>odkrita in popravljena predno škoduje pacientu</i> , kako pogosto jo sporočite?	①	②	③	④	⑤
V5_2. Ko pride do napake, ki <i>ne more škodovati pacientu</i> , kako pogosto jo sporočite?	①	②	③	④	⑤
V5_3. Ko pride do napake, <i>ki bi lahko škodovala pacientu, a mu ne</i> , kako pogosto jo sporočite?	①	②	③	④	⑤

Sklop E: OCENA VARNOSTI PACIENTOV

V6. Prosimo vas, da ocenite stanje varnosti pacientov na vašem oddelku/enoti?

Označite samo EN odgovor s počrtnitvijo kroga

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Odlično | Zelo dobro | Sprejemljivo | Slabo | Izredno slabo |

Sklop F: BOLNIŠNICA

V7. Navedite ali se strinjate ali ne z naslednjimi trditvami.

Vaš odgovor označite s počrtnitvijo kroga s številko.

	Sploh se ne strinjam ▼	Se ne strinjam ▼	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Strinja m se ▼	Zelo se strinjam ▼
Razmislite o situaciji v vaši bolnišnici					
V7_1. Vodstvo bolnišnice vzdržuje delovno klimo, ki spodbuja varnost pacientov	①	②	③	④	⑤
V7_2. Koordinacija dela med oddelki ni dobra	①	②	③	④	⑤
V7_3. Pri premeščanju pacientov z enega oddelka/ enote na drugega, se podatki o oskrbi pacienta pogosto izgubijo	①	②	③	④	⑤
V7_4. Sodelovanje med oddelki v bolnišnici, kjer je potrebno skupno delo za paciente, je dobro	①	②	③	④	⑤
V7_5. Pri predaji pacientov med delovnimi izmenami ali v dežurstvih se podatki o oskrbi pacientov pogosto izgubijo	①	②	③	④	⑤
V7_6. Pogosto je neprijetno delati z osebjem iz drugih oddelkov	①	②	③	④	⑤
V7_7. Pogosto se pojavijo problemi pri izmenjavi informacij med oddelki	①	②	③	④	⑤
V7_8. Vodstvo bolnišnice s svojimi dejanji in ukrepi kaže, da je varnost pacientov najvišja prioriteta	①	②	③	④	⑤
V7_9. Vodstvo bolnišnice varnost pacientov zanima šele, ko pride do varnostnega incidenta s škodo za pacienta.....	①	②	③	④	⑤
V7_10. Bolnišnični oddelki dobro sodelujejo med seboj, z namenom izvajanja najboljše oskrbe pacientov.....	①	②	③	④	⑤
V7_11. Delo v izmenah predstavlja večje tveganje za varnost pacientov v naši bolnišnici.....	①	②	③	④	⑤

Sklop G: ŠTEVILO DOGODKOV

V8. Koliko varnostnih incidentov pri pacientih (glej definicijo na 1. strani) ste sporočili v vaš bolnišnični sistem za varnost pacientov v zadnjih 12 mesecih

Označite samo EN odgovor

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="radio"/> Nobenega | 4. <input type="radio"/> 6 do 10 dogodkov |
| 2. <input type="radio"/> do 2 dogodka | 5. <input type="radio"/> 11 do 20 dogodkov |
| 3. <input type="radio"/> 3 do 5 dogodkov | 6. <input type="radio"/> 21 dogodkov ali več |

Sklop H: DRUGE INFORMACIJE

Te informacije bodo v pomoč pri analizi vprašalnika.

Vaš odgovor zapišite na črto.

V9. Kako dolgo delate v bolnišnici?

_____ let.

V10. Kako dolgo delate na tem oddelku?

_____ let.

V11. Koliko ur na teden delate v bolnišnici?

_____ ur.

V12. Kaj ste po poklicu?

- 1 tehnik zdravstvene nege / srednja medicinska sestra
- 2 višja medicinska sestra / višji medicinski tehnik
- 3 diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik
- 4 magister zdravstvene nege ali drug strokovni magisterij
- 5 zdravnik specializant ali sekundarij
- 6 zdravnik specialist

V13. Ali ste na oddelku/enoti v neposrednem stiku s pacienti?

1. DA, sem v neposrednem stiku s pacienti.
2. NE, nisem v neposrednem stiku s pacienti.

V14. Kako dolgo delate v sedanjem poklicu ali sedanji specialnosti

_____ let.

V15. Vaš spol?

1. Moški
2. Ženska

Sklop I: VAŠI KOMENTARJI

V16. Prosimo napišite kaj si mislite o varnosti pacientov, napakah in o sporočanju napak.

ZAHVALJUJEMO SE VAM, KER STE IZPOLNILI VPRAŠALNIK

Vprašalnik je avtorsko zaščiteno. Licenco zanj ima Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – PROSUNT.