

Varnostna kultura z vidika medicinskih sester

DOI: <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i1.121>

Prejeto 13. 4. 2022 / Sprejeto 12. 5. 2022

Znanstveni članek

UDK 616.253.5:614.8.084

KLJUČNE BESEDE: kultura, varnost, medicinska sestra, izobraževanje, bolnik

POVZETEK – Varnostna kultura je produkt individualnih in kolektivnih vrednot ter vedenjskih vzorcev, ki določajo vključenost in upravljanje zaposlenih. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako medicinske sestre razumejo varnostno kulturo in raziskati, kakšno raven varnostne kulture zaznavajo. Raziskava je bila izvedena s pomočjo kvalitativne metode raziskovanja in metode analiziranja pogojev. Podatke smo pridobili z intervjuvanjem treh diplomiranih medicinskih sester, ki imajo vsaj eno leto izkušenj z negovanjem bolnikov na bolnišničnem oddelku. Ugotovili smo, da je varnostna kultura okolje, ki vpliva na varnost bolnikov; odvisna pa je od značajskih lastnosti zdravstvenih delavcev in od vodstva same ustanove. Izkazalo se je, da poleg pomanjkljive izobrazbe tudi delovno okolje, čustveno stanje, delo v izmenah in utrujenost, pomanjkanje nadzora nad kompleksnimi in negotovimi delovnimi pogoji ter delovna obremenjenost medicinskih sester vplivajo na varnost bolnikov. Vsaka zdravstvena ustanova bi morala razviti in izboljšati raven varnostne kulture. Za doseganje tega cilja so potrebne določene spremembe, npr. izobraževanje, osredotočeno na varnostno kulturo, osebna rast vsakega zdravstvenega delavca, sprejemanje odgovornosti in proaktivno vedenje znotraj tima. Pomembna je tudi raba modernih stilov vodenja, upravljanje sprememb in participativno odločanje.

Received 13. 4. 2022 / Accepted 12. 5. 2022

Scientific article

UDC 616.253.5:614.8.084

KEYWORDS: culture, safety, nurse, education, patient

ABSTRACT – Safety culture is the product of individual and collective values and behavior patterns that determine the involvement of employees and the way employees are managed. The goal of this research was to determine the understanding of safety culture and to study the perception of the safety culture level from the perspective of nurses. The research was conducted by means of the qualitative research method and terms analysis method. The data was obtained by interviewing three nurses with a bachelor's degree in nursing that have at least one year of experience working with patients on a hospital ward. We have concluded that safety culture is an environment that affects the safety of patients, and is dependent on the traits of healthcare workers and the management of the institution itself. Along with insufficient education, it became apparent that the working environment, emotional state, working in shifts and tiredness, lack of control over the complex and uncertain working conditions, and the nurses' workload all affect the safety of patients. The development and improvement of the safety culture level should be an imperative for every medical institution. Certain changes are needed in order to achieve this, such as safety culture-oriented education, personal growth of every healthcare worker, taking responsibility, and behaving in a proactive way within the team. It is also important to use modern management styles, to manage the changes, and to make decisions in a participatory way.

1 Uvod

Prema definiciji Health and Safety Commission Velike Britanije »kultura sigurnosti« je okruženje koje nastaje kao proizvod individualnih i grupnih vrijednosti, stavova, percepcija, kompetencija i obrazaca ponašanja koji stvaraju predanost te stil i ustrojstvo zdravstvenog i sigurnosnog vodstva određene zdravstvene ustanove. Komponente kulture sigurnosti su: vodstvo, timski rad, medicina temeljena na dokazima (evidence based medicine), komunikacija, »prava kultura« (eng. just culture) te pacijent u središtu skrbi (Great Britain i Great Britain, 1993). Kultura sigurnosti ima sljedeće karakteristike: prepoznavanje visoko

rizičnih aktivnosti, postojanje kulture bez okrivljavanja u kojoj pojedinci mogu otvoreno iznositi učinjene ili zamalo učinjene pogreške bez straha od kazne, interdisciplinarnost u traženju rješenja za probleme sigurnosti pacijenta te osnivanje povjerenstva koje će analizirati probleme sigurnosti (Paušek idr., 2017). Dok se bolesnikova sigurnost definira kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi, kultura bolesnikove sigurnosti različit je pojam (Brborovic idr., 2014). Kultura sigurnosti pacijenata utječe na vještine i na način kako će se zdravstveni djelatnici odnositi prema pacijentu i sigurnosti pacijenata u nekoj radnoj organizaciji (Nieva i Sorra, 2003, str. 21; Brborovic idr., 2014, str. 3). Može se reći da se kultura sigurnosti smatra preduvjetom za pacijentovu sigurnost.

Sestrinstvo se bavilo definiranjem i mjerenjem kvalitete mnogo prije trenutnog naglaska na poboljšanju kvalitete na nacionalnoj i državnoj razini. Florence Nightingale analizirala je podatke o smrtnosti među britanskim umrlim vojnicima 1855. godine i postigla značajno smanjenje smrtnosti kroz bolju organizaciju i higijenske uvjete. U prošlosti se često promatrala odgovornost sestrinstva u sigurnosti pacijenta u uskim aspektima njege pacijenta, na primjer, izbjegavanje pogrešaka u lijekovima i sprečavanje pada pacijenta (Goldie, 1988, str. 326). Iako su ove dimenzije sigurnosti i dalje važne u sestrinskom djelokrugu rada, opseg sigurnosti i poboljšanja kvalitete pacijenta seže daleko dublje. Medicinske sestre su ključne ne samo u pružanju izravne skrbi za pacijente, nego i u ocjenjivanju kvalitete i sigurnosti skrbi za pacijente i obitelji. U posljednjih 15 godina briga za sigurnost pacijenta postaje prioritet, te su svi naponi međunarodne zdravstvene politike usmjereni na smanjenje i učinkovitu kontrolu rizika u zdravstvenoj skrbi (Cuadros idr., 2017). U rujnu 2004. godine Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je pokrenula svjetsko udruženje za sigurnost pacijenata World Alliance for Patient Safety (World Health Organization, 2004) u cilju: 1. skretanja najveće moguće pozornosti na problem sigurnosti pacijenata; 2. uspostavljanja i jačanja znanstvenog zanimanja za poboljšanje sigurnosti pacijenata i kvalitete zdravstvene zaštite, uključujući nadzor primjene lijekova, medicinske opreme i tehnologije. Udruženje je ukazalo na važnost svih zainteresiranih partnera u razvoju politike bolesnikove sigurnosti i njenog uspostavljanja u praksu u zemljama članicama SZO.

Svake godine udruženje predstavi programe koji pokrivaju sustavne i tehničke aspekte za poboljšanje sigurnosti pacijenata. Neki od programa koje je korisno istaknuti su sljedeći:

1. Clean Care is Safer Care - cilj je podići svijest o utjecaju bolničkih infekcija na sigurnost pacijenata te angažirati sve sudionike na razini svih zemalja za njihovo suzbijanje;
2. Safer Surgery Saves Lives - cilj je poboljšati sigurnost kirurškog pacijenta putem razvoja standarda kirurške prakse;
3. Taxonomy for Patient Safety - cilj je razvoj međunarodne klasifikacije (ICPS, engl. International Classification for Patient Safety) u svrhu pojašnjenja koncepta i definicije sigurnosti pacijenata (World Health Organization, 2021).

Što se tiče modela organizacije sestrinskog rada, najčešće se koriste timski i funkcionalni model. Funkcionalni model je najčešće prisutan u stacionarnim zdravstvenim ustanovama, prihvatljiv je u situacijama kada u obrazovnoj strukturi osoblja dominira osoblje sa relativno niskim stupnjem obrazovanja i medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom (Kalauz, 2019, str. 83). Svi su osposobljeni za sve. Zdravstvena njega se planira na razini odjela, za sve bolesnike, a ne individualno. Nedostaci funkcionalnog modela su: zadaci se provode rutinizirano, mehanički i intuitivno, ne postoje planovi zdravstvene njege i model kao takav ne predviđa sustavno utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema (Kalauz,

2019, str. 83). U timskom modelu postoje timovi medicinskih sestara kojima se povjerava određeni broj pacijenata. Naglasak je da se članovima tima ne povjeravaju zadaci, već pacijenti. Izrađuje se plan zdravstvene njege za svakog pacijenta individualno. Primarni model u Hrvatskoj funkcionira samo u patronažnoj službi. Obilježje primarnog modela je da jedna medicinska sestra zbrinjava određeni broj pacijenata, od trenutka preuzimanja u skrb, sve dok je pacijentu potrebna pomoć. Sve sestre u patronaži moraju minimalno imati završeni preddiplomski studij sestrinstva (Kalauz, 2019, str. 84). Patronažna sestra zajedno sa pacijentom definira njegove probleme, planira zdravstvenu njegu, provodi je i evaluira. Studijom provedenoj u Grčkoj 2017. godine utvrđeno je da su stilovi vođenja u snažnoj korelaciji s kvalitetom pružene sestrinske skrbi. Vodstvo se smatralo ključnim elementom dobro koordinirane sestrinske njege, iz perspektive pacijenata, tako i iz perspektive zdravstvenih radnika (Sfantou idr., 2017, str. 2).

Godine 2012. provedena je kvalitativna studija u Sjedinjenim američkim državama, kojom se htjelo postići bolje razumijevanje uzroka koji dovode do propusta u zdravstvenoj njezi. Identificirano je deset tema: radno mjesto, komunikacija, kolektivna potpora, nadzor, vodstvo, duljina radnog odnosa, veličina odjela, povjerenje i odgovornost zaposlenika. Uzevši ih u obzir sve zajedno, pokazalo se kako najmanje propusta u sestrinskoj skrbi imaju odjeli s najvećom razinom timskog rada. Dakle, ovo implicira da timski rad igra važnu ulogu u smanjenju propusta u sestrinskoj skrbi (Kalisch i Lee, 2012, str. 33).

U ovoj eri ograničavanja bolničkih troškova i kadrovskih resursa uočava se potreba za učinkovitim upravljanjem. Na primjer, kako se mogu organizirati kadrovski resursi za suočavanje s krizom ili radnim vremenom u kojem postoji mnogo prijema i otpuštanja pacijenata. Također, koja je odgovarajuća struktura sestrinskog osoblja. Neke su bolnice uvele dodatno osoblje za provođenje specifičnih postupaka u zdravstvenoj njezi, kao što su njega usne šupljine i promjena položaja pacijenata te oni u svojoj smjeni obilaze pacijente i provode samo određene specijalizirane aktivnosti (Kalish i Xie, 2014, str. 13).

Zdravstveni djelatnici moraju kritički ispitati vlastite misli i radnje kako bi identificirali specifične rizike za sigurnost pacijenata i pronašli moguća rješenja (Marchon i Mendes Junior, 2014). Daljnje obrazovanje zdravstvenih profesionalaca o sigurnosti, u kombinaciji s vještinama koje sprječavaju i liječe posljedice štetnih događaja, može promicati sigurnost pacijenata. Ovaj cilj će se lakše postići ako se pacijenti potiču na sudjelovanje u sigurnosnim mjerama i dobiju sve informacije o mogućim opasnostima po zdravlje i sigurnosnim pitanjima. S druge strane, organizacijski nedostaci, u većini su slučajeva glavni krivci koji stoje iza neželjenih događaja, stoga se preporuča pojačati aktivnosti usmjerene na sigurnost (Tepšić idr., 2019, str. 99).

Istraživanja pokazuju kako je povećanje zadovoljstva poslom medicinskih sestara (Stimpfel idr., 2019) i više obrazovanje medicinskih sestara (Mitchell, 2008,) povezano s manje komplikacija i nižom smrtnošću te ujedno i većom sigurnošću pacijenata. Kvalitativna studija provedena 2011. i 2012. godine u bolnicama u Australiji, pokazala je da medicinskim sestrama trebaju informacije o uzrocima neželjenih događaja te kolegijalna podrška nakon pojave neželjenih događaja. Na taj način smanjuje se psihološka trauma povezana s neželjenim događajem, te se podržavaju učinkovita komunikacija i kolegijalni odnosi na radnom mjestu (Kable idr., 2018, str. 2).

Koliko je sama organizacija bitna i na koji način javnost percipira sestrinsku profesiju, govori istraživanje koje je provedeno u Brazilu, u kojem je obrađeno 112 reportaža o pogreškama u zdravstvenoj njezi, objavljenih u medijima od 2012. do 2016. godine (Forte

idr., 2018, str. 194). Rezultati istraživanja pokazuju da medicinske sestre, posebno njihove krovne i nadzorne organizacije, moraju biti osjetljive na ono što mediji izlažu glede negativnih rezultata sestrinske skrbi kako bi potakli dijalog u društvu o složenosti uzroka pogrešaka u sestrinskoj skrbi. Objavljivanje sestrinskih pogrešaka pokazalo je da je ovaj problem i dalje velik izazov za sestinstvo, jer pojava ovih incidenata i dalje uznemirava društvo i izlaže profesiju na negativan način. Za razliku od ostalih profesija, na primjer zrakoplovstvo, gdje se nesreće tretiraju kao oblik upravljanja rizikom, što favorizira medijsku komunikaciju radi pružanja stvarnih informacija o istrazi, bez neposrednog optuživanja zaposlenika aviokompanije (Forte idr., 2018, str. 194).

Svrha ovog kvalitativnog istraživanja je uvidjeti razumijevanje kulture sigurnosti te proučiti iskustva medicinskih sestara o kulturi sigurnosti na bolničkim odjelima. S tim ciljem postavljena su dva istraživačka pitanja: »Kako medicinske sestre definiraju kulturu sigurnosti?« i »Kako medicinske sestre percipiraju razinu kulture sigurnosti na bolničkim odjelima gdje rade?«.

2 Metoda

Provedeno je kvalitativno istraživanje metodom analize pojmova i tehnika intervjuiranja.

Za potrebe istraživanja korišten je nestrukturirani upitnik, a polazno pitanje bilo je »Što je po Vama kultura sigurnosti, kako bi je definirali, što ona obuhvaća?« Prilikom svakog intervjuiranja bilo još postavljeno otprilike deset pitanja otvorenog tipa.

U intervju smo uključili 3 osobe ženskog spola. Kriteriji za sudjelovanje u istraživanju bili su: medicinske sestre zaposlene na bolničkim odjelima, najmanje završen preddiplomski studij sestinstva te najmanje jedna godina radnog iskustva u radu s pacijentima na bolničkim odjelima. Prva osoba NN1 ima više od 10 godina radnog iskustva, druga NN2 ima 5 godina radnog iskustva, a NN3 ima 12 godina radnog iskustva na bolničkom odjelu u općim bolnicama.

Poštujući etička načela, intervju se proveo sa svakim sudionikom osobno. Intervju je započeo upoznavanjem sudionika sa svrhom intervjua te su dali suglasnost za izvedbu i snimanje intervjua te korištenje i objavu podataka. Svaki intervju je trajao otprilike 30 minuta. Po završetku svakog intervjua, intervjui su preslušani i detaljno prepisani, svaki intervju je dobio oznaku NN1, NN2, NN3. Prijepisi intervjua su nekoliko puta pročitani, nakon čega je učinjeno kodiranje, izbor i definiranje najvažnijih pojmova te postupak definiranja potkategorija i kategorija.

2.1 Etički vidik istraživanja

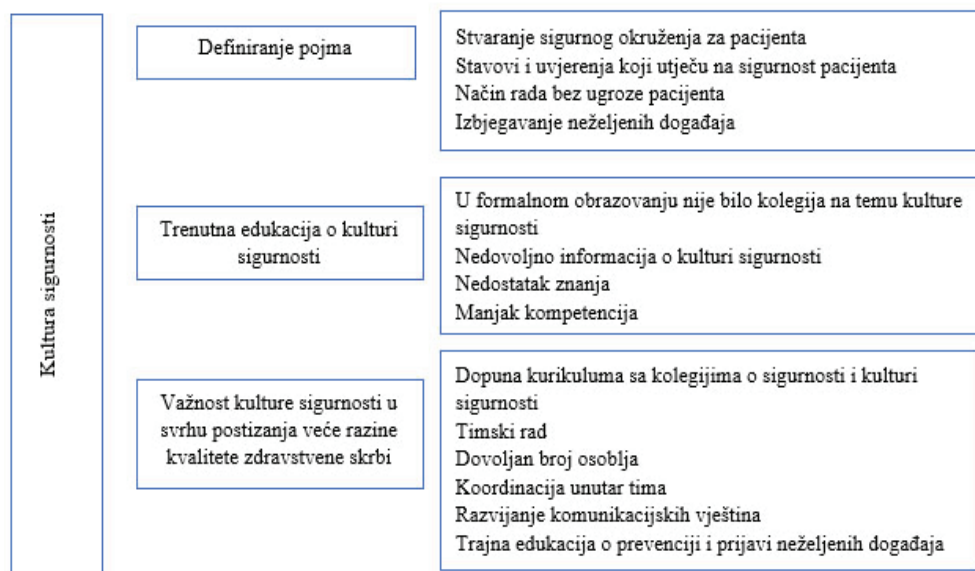
Sudjelovanje sudionika u intervjuu je bilo anonimno i dobrovoljno, uz posebnu napomenu da će se dobiveni podaci koristiti samo u vrhu istraživanja. U intervju se nisu koristila osobna pitanja ni pitanja kojima bi mogao otkriti identitet sudionika.

3 Rezultati

Sa metodom kvalitativne analize pojmova smo odredili 48 kodiranih jedinica. Objedinjene pojmove - kodove grupirali smo u 9 potkategorija, koje su na temelju postavljenih istraživačkih pitanja grupirane u tri glavne kategorije: »Kultura sigurnosti«, »Kultura sigurnosti u praksi« i »Daljnji razvoj i unapređenje kulture sigurnosti« (slika 1, slika 2, slika 3).

Slika 1

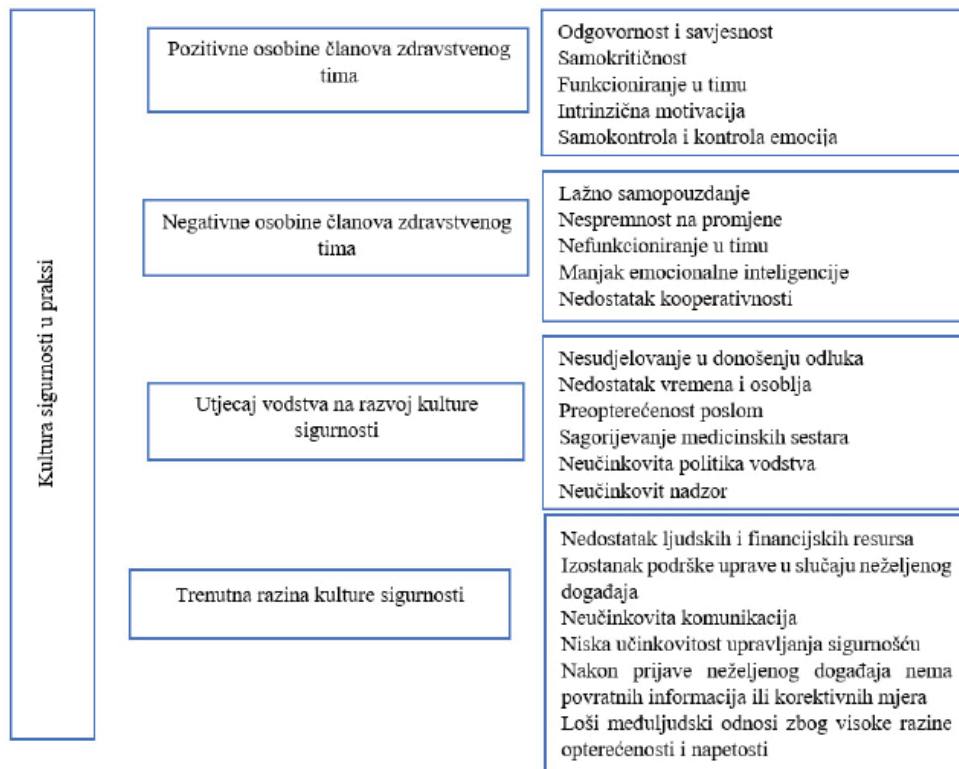
Prikaz kategorije »Kultura sigurnosti« te potkategorije i kodova



Slika 1 prikazuje kategoriju »Kultura sigurnosti« koja obuhvaća tri potkategorije »Definiranje pojma«, »Trenutna edukacija o kulturi sigurnosti« i »Važnost kulture sigurnosti u svrhu postizanja veće razine kvalitete zdravstvene skrbi«. Iz izjava sudionika vidljivo je da pojam kulture sigurnosti definira kao sigurno okruženje za pacijenta, rad na način da se ne ugrožava sigurnost pacijenta i uvjetovana je stavovima i uvjerenjima. Također znači da u takvom sigurnom okruženju nema neželjenih događaja. Trenutna edukacija o kulturi sigurnosti nije dovoljna, medicinske sestre imaju nedovoljno informacija o kulturi sigurnosti, ona se spomene tijekom obrazovanja, što se smatra nedovoljnim. Ono što smatraju da je potrebno, dopuna kurikulumu sa dodatnim predmetima o sigurnosti pacijenata i kulturi sigurnosti, poticanje timskog rada i koordinacije kao važan aspekt timskog djelovanja u svrhu postizanja veće razine kulture sigurnosti. Također ističu da bi trebalo poraditi na edukaciji o prevenciji i prijavi neželjenih događaja.

Slika 2

Prikaz kategorije »Kultura sigurnosti u praksi« te potkategorija i kodova

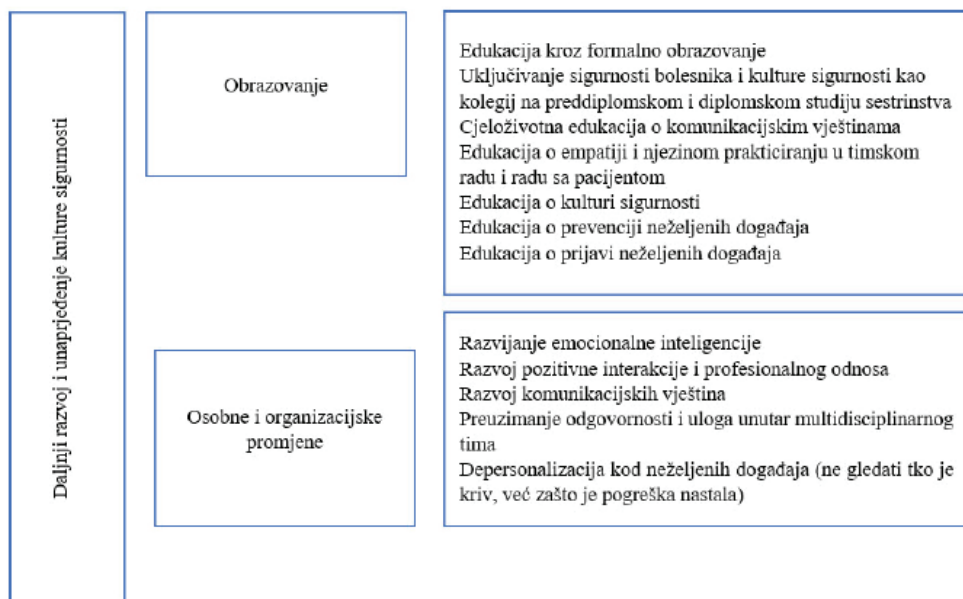


Slika 2 prikazuje kategoriju »Kultura sigurnosti u praksi« koja se sastoji od tri potkategorije: »Pozitivne osobine članova zdravstvenog tima«, »Negativne osobine članova zdravstvenog tima«, »Utjecaj vodstva na razvoj kulture sigurnosti« i »Trenutna razina kulture sigurnosti«. Sudionici istraživanja smatraju kako na kulturu sigurnosti utječu pozitivne i negativne osobine medicinskih sestara. U prvom redu od pozitivnih emocija navode odgovornost i savjesnost, samokritičnost, funkcioniranje u timu, intrinzična motivacija, samokontrola i kontrola emocija. Također navode negativne osobine koje utječu na kulturu sigurnosti, a to su lažno samopouzdanje, nespремnost na promjene, nefunkcioniranje u timu, manjak emocionalne inteligencije i nedostatak kooperativnosti. Sudionici također navode čimbenike vodstva koji utječu na razinu kulture sigurnosti: nesudjelovanje donošenje odluka, nedostatak vremena i osoblja, preopterećenost poslom, sagorijevanje medicinskih sestara, neučinkovita politika vodstva i neučinkovit nadzor. Što se tiče trenutne razine kulture sigurnosti na njihovim odjelima sudionici navode nedostatak ljudskih i financijskih resursa, izostanak podrške uprave u slučaju neželjenog događaja, neučinkovita komunikacija, niska učinkovitost upravljanja sigurnošću, nakon prijave neželjenog događaja nema povratnih informacija ili korektivnih mjera, loši međuljudski odnosi zbog visoke razine opterećenosti i napetosti. Jačanje sigurnosne kulture teško je postići na radnom mjestu zbog čimbenika kao što su nedostatak vremena, naporan i rutiniziran posao, visoki omjer prijema i otpusta pacijenata, loša komunikacija sa suradnicima, stres te emocionalni pritisak

nakon neželjenog događaja. Sudionici su prepoznali da će pozitivne interakcije, profesionalni odnosi između njih i njihovih kolega te timski rad povećati razinu kulturu sigurnosti. Naglasili su da profesionalni odnosi stvaraju povoljnu emocionalnu, psihološku i socijalnu atmosferu i smanjuju stres u radnom okruženju. Ipak, čimbenici poput neprofesionalne i neprimjerene komunikacije uz nedostatak znanja stvaraju tešku dinamiku timskih interakcija. U takvim situacijama medicinske sestre imaju negativne osjećaje koji negativno utječu na njihov rad i sigurnost pacijenta.

Slika 3

Prikaz kategorije »Daljnji razvoj i unaprjeđenje kulture sigurnosti« te potkategorija i kodova



Slika 3 prikazuje kategoriju »Daljnji razvoj i unaprjeđenje kulture sigurnosti« koja obuhvaća dvije potkategorije: »Obrazovanje« i »Osobne i organizacijske promjene«. Budući da je ranije rečeno kako je znanje medicinskih sestara o kulturi sigurnosti nedostavno, za njezin razvoj u praksi potrebno je naglasak staviti na obrazovanje. Sudionici navode sljedeće prijedloge: edukacija kroz formalno obrazovanje, uključivanje sigurnosti bolesnika i kulture sigurnosti kao kolegij na preddiplomskom i diplomskom studiju sestrinstva, cjeloživotna edukacija o komunikacijskim vještinama, edukacija o empatiji i njezinom prakticiranju u timskom radu i radu sa pacijentom, edukacija o kulturi sigurnosti, edukacija o prevenciji neželjenih događaja i edukacija o prijavi neželjenih događaja. Prema iskustvu sudionika, na povećane razine kulture sigurnosti utjecali su čimbenici poput nedostatka kreativnosti, neodgovarajuće profesionalne i moralne kompetentnosti, nedostatak sposobnosti prosuđivanja i kliničkog odlučivanja, upravljanje i nedostatak ulaganja za poboljšanje profesionalnih kompetencija. Jedan od sudionika spomenuo je da se sa kulturom sigurnosti susreo tek na radnom mjestu. Od osobnih promjena na kojima trebaju raditi medicinske sestre, sudionici navode osobni rad na razvijanju emocionalne inteligencije, razvijanju pozitivne interakcije i profesionalnog odnosa, unaprjeđenju komunikacijskih vještina i preuzi-

manje odgovornosti i uloga unutar multidisciplinarnog tima. Od organizacijskih promjena navode depersonalizaciju kod neželjenih događaja (ne gledati tko je kriv, već zašto je pogreška nastala). Statistika izvještavanja o neželjenim događajima u bolnici je niska iz razloga jer su zaposlenici zabrinuti za posljedice prijave poput opomene, kazne i ugrožavanja radnog mjesta. Ako se neželjeni događaji ne prijavljuju, to utječe na statističke brojke, ali ne poboljšava kulturu sigurnosti.

4 Rasprava

Ovim se istraživanjem pokušalo steći uvid u stanje razine kulture sigurnosti na bolničkim odjelima. Zajedničkim naporima zdravstvenih radnika uz institucionalnu podršku moguće je poboljšati kulturu sigurnosti, kako bi se odgovorilo na izazove i napravilo transformaciju u sigurnu, isplativu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu (Ezzeddine, 2017, str. 139). Zdravstveni djelatnici čine najbolje što mogu kako bi pružili najbolju i najsigurniju moguću skrb za pacijente.

Sve češće, mogu biti uključeni i studenti sestrinstva u incidente koji utječu na sigurnost pacijenta. Postojeća istraživanja pokazuju da sigurnost pacijenta treba naglasiti na svim razinama obrazovanja u zdravstvenoj zaštiti (Rall idr., 2011, str. 251). Kvaliteta poučavanja i nadzora edukacije odredit će koliko uspješno se studenti integriraju i prilagođavaju kliničkom okruženju, stoga je važno imati kompetentne mentore u kliničkim uvjetima (Noviyanti, Handiyani i Gayatri, 2018, str. 53).

Studija provedena u 12 država u Europi, čiji je cilj bio procijeniti postoje li razlike u omjerima između ishoda pacijenata i obrazovnim razinama medicinskih sestara, pokazala je da kvaliteta obrazovanja koja se pruža studentima sestrinstva može značajno smanjiti pogreške te poboljšati kvalitetu zdravstvene usluge (Aiken idr., 2012, str. 1052). Uz teorijsku dopunu vezanu za kvalitetu i sigurnost, potrebno je u edukaciju uključiti i mentore koji vode vježbovnu nastavu u kliničkim uvjetima. Stvaranje sigurnog okruženja, gdje mentor kao uzor potiče studenta da primjeni svoje znanje, na vrijeme prepozna rizike od pogrešaka, prevenira pogreške i kritički razmišlja u provedbi intervencija.

Dostupnost alata za sigurnost i neželjene događaje u svakom kliničkom programu pomaže osigurati da će informacije doći do svih studenata i nastavnika u kliničkom okruženju. Ovu teoriju potvrdilo je kvaziekperimentalno istraživanje koje provedeno na dvije skupine studenata ($n = 34$), jedna skupina imala je vježbovnu nastavu kod mentora koji je primjenjivao strategije za poboljšanje kvalitete i sigurnosti, a druga skupina imala je klasične vježbe bez strategija. Rezultati su pokazali da primjena strategije kvalitete i sigurnosti od strane mentora značajno utječe na siguran rad studenata (Noviyanti, Handiyani i Gayatri, 2018, str. 53). Uloga kliničkog mentora ključna je u procesu učenja studenata o sigurnosti pacijenata (Cooper, 2013, str. 110).

Kultura sigurnosti opisana je kao glavni izazov u studijama sigurnosti pacijenta i upravljanja rizikom i možda najvažniji pojedinačni faktor za dugoročno određivanje utjecaja na sigurnosne ishode. Empirijski dokazi iz studije presjeka u Sjedinjenim Američkim Državama sugeriraju da uprave bolnica koje nadziru provođenje kvalitetne i sigurne zdravstvene skrbi imaju pozitivan utjecaj na sigurnosne performanse njihovih organizacija. Uprave koji daju visok prioritet kvaliteti i sigurnosti povezani su s boljim performansama

(Jiang idr., 2009), kao i odbori koji postavljaju strateške ciljeve za poboljšanje kvalitete i zahtijevaju izvješća o napretku djelovanja kao odgovor na štetne događaje (Jiang idr., 2008, str. 20; Prybil, Bardach i Fardo, 2013, str. 40).

Izvještaj o javnoj istrazi iz 2013. godine kojeg je predstavio Robert Francis, o standardu skrbi u Mid Staffordshire NHS Foundation Trust pokazao je kako je čak 1.200 ljudi nepotrebno umrlo u bolnici između 2005. i 2008. godine kao rezultat tolerancije prema lošim standardima u organizaciji koju je potaknulo loše vodstvo i fokus upravnog odbora na postizanje financijskih ciljeva, a ne na zaštitu dobrobiti pacijenata (Francis, 2013). Autori Clarke, Lerner i Marella (2007) predlažu aktivnosti za sigurno okruženje pacijenta kao što su informiranje pacijenta o svakom postupku, provjeru alergija kod svake aplikacije lijekova, informacije o dijagnostici i terapiji koji se očekuju tijekom dana (uključujući njihove indikacije), označavanje operacijskog mjesta, orijentacija na zadatak, poštovanje pacijenta kod pružanja zdravstvenih usluga i transparentnost o nastalim incidentima.

5 Zaključak

Kao što su rezultati pokazali, razina obrazovanja i kurikulum koji obuhvaća kvalitetu i sigurnost pacijenata utječe na formiranje budućih zdravstvenih profesionalaca, a samim time i na kulturu sigurnosti. Svjetska zdravstvena organizacija prepoznala je sigurnost pacijenta kao prioritet u nadolazećem desetljeću, te pokrenula program »Towards Zero Patient Harm in Health Care« kojim se potiču aktivnosti za smanjenje i prevenciju pogrešaka u zdravstvenoj zaštiti. Upravo zato da bi se pratili zahtjevi sustava, nužna je dopuna u obrazovanju medicinskih sestara.

Ključno je da studenti sestrinstva započnu svoje obrazovanje s razumijevanjem razlika između krivnje i sistemskih pristupa prema neželjenim događajima. Zdravstvene ustanove trebale bi biti organizacije koje uče, potiču otvorenost i transparentnost u vezi s neželjenim događajima te zamjene kulturu krivnje i srama sa kulturom potpore i učenja.

Tradicionalni kurikulum u kojem se uči »Sigurnost pacijenta« tek nakon zapošljavanja potrebno je zamijeniti integriranim kurikulumom u kojem se uvodi »Sigurnost pacijenta« rano i sukcesivno kroz cijelo obrazovanje na svim razinama, te nastavlja razvijati i promovirati kulturu sigurnosti pacijenta tijekom cijelog profesionalnog života. Bolnički menadžment utječe na kvalitetu i sigurnost u velikoj mjeri strateškim inicijativama, ali podaci također pokazuju da rukovoditelji i uprava mogu poboljšati sigurnost direktnijom interakcijom sa zaposlenicima na prvoj liniji.

Potrebni su obilasci uprava bolnice kliničkim odjelima kako bi se aktivno uključili u otvorenu raspravu o sigurnosnim pitanjima u zdravstvenoj skrbi, te na taj način pozitivno utjecali na prevenciju neželjenih događaja, a samim time i na kulturu sigurnosti. Sigurnost mora biti odgovornost sustava, a ne pojedinaca, te moraju biti dostupni odgovarajući resursi da bi se obavio zadatak i pacijent bio siguran u kliničkom okruženju.

Ivana Herak, Bojana Filej, PhD

Safety Culture from the Nurses' Perspective

Safety culture is an environment that emerges as the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior of individuals in a given medical institution (Great Britain and Great Britain, 1993). The components of safety culture are: leadership, teamwork, evidence-based medicine, communication, "real culture", and the patient being at the center of care. Safety culture has the following characteristics: recognizing high-risk activities; the existence of a culture without blame in which individuals can openly state the mistakes they have made or have almost made without fear of punishment; interdisciplinarity in trying to find solutions to problems relating to the patient's safety, and establishing committees which will analyze safety problems (Paušek et al., 2017). The patient safety culture affects the skills of healthcare workers, the way they will treat the patient, and the patient's safety in the institution (Nieva and Sorra, 2003, p. 21; Brborovic et al., 2014, p. 3).

Leadership and teamwork are considered to be key elements of well-coordinated nursing care, from the perspective of the patients, as well as from the perspective of healthcare workers (Sfantou et al., 2017, p. 2). Wards with the highest level of teamwork have the smallest number of errors (Kalisch and Lee, 2012, p. 33). On the other hand, organizational shortcomings are mostly at fault in unwanted events, and it is therefore recommended to enforce more activities aimed at safety (Tepšić et al., 2019, p. 99). Publishing nurses' errors has shown that this problem is still a big challenge for nursing because these incidents still upset society and display the profession in a negative way. Contrary to some other professions, e.g., aviation, where accidents are treated as a form of risk management which favors media communication in order to provide real information about the investigation without directly blaming the airline employees (Forte et al., 2018, p. 194). The purpose of this qualitative research is to assess the understanding of safety culture and to study the experiences of nurses with safety culture on hospital wards. The following research questions guided our study: "How do nurses define safety culture?" and "How do nurses perceive the safety culture levels on the hospital wards where they work?"

The people interviewed were 3 female nurses. The requirements to be included in the research were: nurses working on hospital wards with at least a bachelor's degree in nursing and at least one year of experience in working with patients on hospital wards. The first person NN1 has more than 10 years of experience; the second person NN2 has 5 years of experience, and NN3 has 12 years of experience working on hospital wards in general hospitals.

Each interview was conducted separately. At the beginning of the interview, the participants were introduced to the goal of the research and they agreed to the interview and the publishing of data. Each interview was recorded and lasted about 30 minutes; the participants were informed of this beforehand and they agreed to being recorded. The transcripts were read several times. This was followed by coding, and then by selecting and defining the important terms. Afterwards, the subcategories and categories were defined. Through the qualitative analysis of terms, we have defined 48 coded units. We arranged the codes into 9 subcategories which were then arranged into 3 main categories according to the

research topics: "Safety culture," "Safety culture in practice," and "Further development and improvement of safety culture".

The participation in the study was voluntary, and the participants were able to terminate it at will. We anonymized the material in the reporting stage of the study.

It is visible from the participants' statements that the term "safety culture" is defined as a safe environment for the patient, as working in a way that does not endanger the safety of the patient, and that the safety is dependent on attitudes and beliefs. It also means that in this safe environment there are no unwanted events. The current education about safety culture is insufficient. They find that an amendment to the curriculum with additional courses on patient safety and safety culture is needed, as well as encouraging teamwork and coordination as important aspects of working as a team with the purpose of achieving a higher level of safety culture. They also emphasize that the education on preventing and reporting unwanted events should also be worked on.

The participants in the research find that the positive and negative traits of nurses influence the safety culture. When it comes to positive emotions, they list responsibility and conscientiousness, self-criticism, functioning in a team, intrinsic motivation, self-control, and the control of emotions. They also list negative traits such as a false sense of self-confidence, unwillingness to change, not functioning in a team, and a lack of emotional intelligence, which negatively affect the patient's safety. The participants also list factors of leadership which affect the safety culture level: not participating in the decision-making process; lack of time and personnel; work overload; nurses experiencing burnout. The participants have recognized that positive interactions, professional relationships between them and their colleagues, and teamwork will increase the safety culture level.

Considering that it has previously been stated that the nurses' knowledge about safety culture is insufficient, it is important to emphasize education for its development in practice. The participants suggest the following measures: education about safety culture through formal education; lifelong education focusing on communication skills; education focusing on empathy and its use in teamwork and in working with a patient; education focusing on safety culture; education focusing on preventing and reporting unwanted events. One of the participants mentioned that the first time they encountered safety culture was in the workplace.

The purpose of this research was to gain an insight into the safety culture level on hospital wards. Through the common effort of healthcare workers and institutional support, it is possible to improve the safety culture in order to respond to the challenges and transform into a safe, efficient, and quality health care (Ezzeddine, 2017, p. 139). The quality of teaching and the supervision of education will allow students to successfully integrate and adapt to the clinical environment, and it is therefore important to have competent mentors in clinical settings (Noviyanti et al., 2018, p. 53). A study conducted in 12 countries in Europe showed that the quality of education which is provided to nursing students can significantly reduce mistakes and increase the quality of health care (Aiken et al., 2012, p. 1052). Together with a theoretical amendment related to quality and safety, it is also necessary to include mentors in the education process that would lead practical classes in clinical environments. We should create a safe environment, where the mentor acts as a model and encourages the students to use their knowledge, to recognize the risk of mistakes, to prevent mistakes, and to think critically when intervening (Noviyanti et al., 2018, p. 53). Safety culture is described as the main challenge in studies relating to

patient safety and risk management, and it is perhaps the most important individual factor for the long-term assessment of the impact on safety outcomes.

The results have shown that the education level and a curriculum which includes education on the quality and safety of patient care influence the formation of future healthcare professionals, and with that also the safety culture. The traditional curriculum, according to which students learn about patients' safety only after finding employment, has to be replaced with an integrated curriculum which includes "patient safety" throughout the education process on all levels, and which continues to develop and promote a patient safety culture throughout their professional life.

LITERATURA

1. Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. idr. (2012). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053.
2. Brborovic, H., Sklebar, I., Brborovic, O. idr. (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), 125–132. Doi: 10.1136/postgradmedj-2013-131814
3. Clarke, J. R., Lerner, J. C. i Marella, W. (2007). The Role for Leaders of Health Care Organizations in Patient Safety. *American Journal of Medical Quality*, 22(5), 311–318.
4. Cooper, E. (2013) From the school of nursing quality and safety officer: nursing students' use of safety reporting tools and their perception of safety issues in clinical settings. *Journal of Professional Nursing*, 29(2), 109–116.
5. Cuadros, K. C., Padilha, K. G., Toffoletto, M. C. idr. (2017). Patient Safety Incidents and Nursing Workload, *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, 25, e2841.
6. Ezzeddine, S. H. (2017) Patient Safety: Nursing Education to Practice. *Journal of Perioperative & Critical Intensive Care Nursing*, 3(2), 2–5. Doi:10.4172/2471-9870.10000139
7. Forte, E. C. N., Pires, D. E. P., Martins, M. M. F. P. S. idr. (2018). Nursing errors in the media: patient safety in the window. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 189–196.
8. Francis, R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. London: The Stationery Office.
9. Goldie, S. M. (1988). I Have Done My Duty Florence Nightingale in the Crimean War 1854–1856, *JAMA*, 260(15), 2303–2304. Doi:10.1001/jama.1988.03410150151052
10. Great Britain i Great Britain (1993). ACSNI Human Factors Study Group: Third report. London: H.M.S.O.
11. Jiang, H. J., Lockee, C., Bass, K. idr. (2009). Board Oversight of Quality: Any Differences in Process of Care and Mortality? *Journal of Healthcare Management* 54(1), 15–30.
12. Kable, A., Kelly, B. i Adams, J. (2018). Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 20(2), 238–246. Doi: 10.1111/nhs.12409
13. Kalauz, S. (2019). Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege. Zagreb: Medicinska naklada.
14. Kalisch, B. J. i Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60(5), e32–e39.
15. Kalisch, B.J. i Xie, B. (2014). Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890. Doi: 10.1177/0193945914531859
16. Marchon, S. G. i Mendes Junior, W. V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), 1815–1835.

17. Millar, R., Mannion, R., Freeman, T. idr. (2013). Hospital Board Oversight of Quality and Patient Safety: A Narrative Review and Synthesis of Recent Empirical Research. *Milbank Quarterly*, 91(4), 738–770.
18. Mitchell, P. H. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*. V: Hughes, R. G. (ur.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (str. 1–4). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality
19. Nieva, V. F. i Sorra, J.(2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12(2), 17–23.
20. Noviyanti, L. W., Handiyani, H. i Gayatri, D. (2018). Improving the implementation of patient safety by nursing students using nursing instructors trained in the use of quality circles. *BMC Nursing*, 17(2), 53.
21. Paušek, K. i Paušek, D. i Sindik, J. (2017). Sigurnost pacijenta i važnost razvijanja kulture pacijenta. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 13(49), 111–114.
22. Prybil, L. D., Bardach, D. R. i Fardo, D. W. (2013). Board Oversight of Patient Care Quality in Large Nonprofit Health Systems. *American Journal of Medical Quality*, 29(1), 39–43. Doi: 10.1177/1062860613485407
23. Rall, M., Van Gessel, E. i Staender, S. (2011). Education, teaching and training in patient safety. *Best Practice & Research: Clinical Anaesthesiology*, 25(2), 251–262.
24. Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A. idr. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, 5, 73.
25. Stimpfel, A. W., Djukic, M., Brewer, C. S. idr. (2019). Common predictors of nurse-reported quality of care and patient safety. *Health Care Management Review*, 44(1), 57–66.
26. Tepšić, M., Šimić, J., Čotić, K. idr. (2019). Važnost istraživanja i prakse utemeljene na dokazima za sigurnost bolesnika i kvalitetu zdravstvene njege. *Zdravstveni glasnik*, 5(2), 95–101.
27. World Health Organization (2021). Patient Safety. Dostopno na: <https://www.who.int/patientsafety/en/> (pridobljeno 11. 11. 2021).
28. World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety : forward programme 2005*. World Health Organization. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43072>