

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti Quality management in hospitals: required criteria for the equivalent level of safety

Mojca Dobnik, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: zdravstvena nega; načini dela; rezultati dela

Key words: nursing care; working methods; work results

mag. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s., viš. pred.; Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za revmatologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
mojca.dobnik@triera.net

izr. prof. dr. Brigita Skela - Savič, univ. dipl. org., viš. med. ses.; Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

IZVLEČEK

Uvod: Sistem kakovosti in varnosti je sistem odgovornosti in je danes glavni pogoj za pridobitev, nudenje in izvajanje zdravstvenih storitev. Prvi korak na poti kakovosti in varnosti je uveljavitev kulture varnosti za paciente v celotnem zdravstvenem sistemu. Namen raziskave je analizirati, kakšno vlogo zaposleni pripisujejo posameznim kriterijem za doseganje večje varnosti pacientov v bolnišnici.

Metode: V kvantitativni raziskavi je sodelovalo 17,6 % ($n = 256$) zaposlenih v zdravstveni negi v večjem zdravstvenem zavodu v Sloveniji. Raziskovalni instrument je bil vprašalnik 112 vprašanj zaprtega tipa, z rangiranjem po Likertovi lestvici. Za zanesljivost instrumenta je bil za različne spremenljivke izračunan koeficient alfa, znašal je od 0,717 do 0,839. Podatki so bili obdelani z deskriptivno statistiko, t -testom, korelacijsko ter regresijsko analizo. Statistična značilnost je bila $p < 0,05$.

Rezultati: Po mnenju zaposlenih so kriteriji za doseganje varnosti človeški viri ($\bar{x} = 27,09$), novi načini dela ($\bar{x} = 21,34$), rezultati dela ($\bar{x} = 27,39$) in učinkovitost ($\bar{x} = 24,92$). Na doseganje varnosti statistično pomembno vpliva izobrazba.

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže, da anketiranci med kriteriji za doseganje varnosti kot najpomembnejše v največji meri ocenjujejo rezultate dela in najmanj nove načine dela. Varnost pacienta pripomore k porastu kakovosti življenja. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima menedžment z doseganjem kriterijev za varnost pacientov.

ABSTRACT

Introduction: The system of quality and safety is a system of responsibility and it is the main prerequisite for obtaining, offering and implementing health services. The first step towards quality and safety is the formation of a safety culture for patients throughout the entire health system. The objective of the research is to analyze criteria, assessed by employees according to the significance, in order to achieve the equivalent level of safety of patients in hospitals.

Methods: Quantitative research included 17.6 % ($n = 256$) of health care employees in a larger Slovenian health institute. A survey questionnaire of 112 closed-ended questions was used as the research instrument, rank variables collected and ranked by a Likert scale. Reliability was confirmed with an internal consistency of the questionnaire with the Cronbach's alpha ranging from 0.717 to 0.839. Obtained data were processed and analyzed using descriptive statistics, t -test, regression and correlation analysis. Statistically significant value was $p < 0.05$.

Results: The results show that among health care personnel, the highest ranking criteria for achieving equivalent level of safety are human resources ($\bar{x} = 27.09$), new working methods ($\bar{x} = 21.34$), work results ($\bar{x} = 27.39$) and efficiency ($\bar{x} = 24.92$). Education has a statistically significant effect on achieving the equivalent level of safety.

Discussion and conclusion: The research indicates that respondents assess the work results as the most important criterion for achieving the equivalent level of safety and new working methods as the least important criterion. Patient safety helps to increase the quality of life. The greatest impact on improving the safety of patients is management framework for achieving the criteria for patient safety.

Članek je nastal na osnovi magistrske naloge Mojce Dobnik *Management kakovosti v bolnišnici: dejavniki varnosti pacientov pri preprečevanju padcev* (2013).

Prejeto/Received: 21. 9. 2014
Sprejeto/Accepted: 10. 3. 2015

Uvod

Pri oblikovanju učinkovitega sistema zdravstvenega varstva je potrebno upoštevati zapletenost organizacije. Pri uvajanju sprememb, ki vplivajo na varnost pacientov, se je potrebno zavedati, da so zdravstvene organizacije kompleksni, vendar prilagodljivi sistemi (Basole & Rouse, 2008). Od menedžmenta v zdravstvu se pričakuje dobro upravljanje prakse v stalno spreminjajočem se okolju. Pogosto se od zdravstvenih delavcev pričakuje, da bodo delovali samoiniciativno in motivirani prispevali k doseganju ciljev organizacije brez neposrednih ali podrobnih navodil (Wheeler & Grice, 2009).

Mnogi strokovnjaki zdravstvene politike se v zadnjem času zavzemajo za večjo klinično povezovanje med izvajalci zdravstvenih storitev. To se odraža v predpisih za sodelovanje in v skupnih programih varčevanja odgovornih v organizacijah zdravstvenega varstva, ki so sprožile koncept klinične integracije (Redding, 2012).

Investiranje za varnost pacienta predstavlja potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitno dobrobit za paciente. Osredotočenje na pacientovo varnost vodi k zmanjševanju stroškov obravnave pacienta, kar posledično vodi v ustrežnejšo izrabo finančnih virov. Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah (Robida, 2011), ki je povezana z uspešnostjo zdravstvenih posegov, varnostjo pacientov, pravočasnostjo zdravstvene oskrbe, učinkovitostjo in enakostjo v obravnavi. Najvišje vodstvo organizacije mora spodbujati in spoštovati zaposlene v vseh kritičnih procesih odločanja, narediti mora dovolj za zadovoljstvo zaposlenih in zmanjšati pretirano poudarjanje finančne uspešnosti na račun kakovosti storitev (Konteh, et al., 2011).

Menedžment zdravstvene nege se mora zavedati svoje pomembnosti pri zagotavljanju kakovosti in varnosti. Ključna vloga menedžmenta zdravstvene nege in njihovih nadrejenih je aktivno spreminjanje trenutno prevladujoče kulture dela v zdravstvu (Skela-Savič & Pagon, 2008). Menedžerji zdravstvene nege morajo oblikovati sistem, ki bo spodbujal k razvoju postopkov za strukturirane probleme (Bohmer, 2009). Eden od načinov doseganja tega cilja je zaposlitev medicinske sestre menedžerke z visoko čustveno inteligenco, ki razume odnose na delovnem mestu. Le z znanjem iz menedžmenta in vodenja bo vodja lahko izkoristil zmogljivosti in sposobnosti zaposlenih v korist organizacije in dosegel zadovoljstvo zaposlenih in uspešnost organizacije (Skela-Savič & Pagon, 2008). Gormley (2011) v raziskavi ugotavlja velike razlike med medicinskimi sestrami in menedžerji v dojemanju delovnega okolja. Potrebne so strategije za izboljšanje delovnega okolja za zadovoljstvo zaposlenih. Raziskava Moffa in sodelavci (2010) je pokazala, da opravljanje dela medicinske sestre v praksi zdravstvene nege s podporo vodstva pri vsakdanjem delu v kliničnem okolju izboljša doseganje odličnosti na področju klinične obravnave. Medicinske sestre menedžerke so ključne v položaju za podporo in spodbujanje.

Današnja zdravstvena oskrba je s svojo kombinacijo tehnologij, procesov, človeških interakcij in posledično zaradi večje učinkovitosti prinesla veliko korist za paciente. Toda ostaja dejstvo, da se skupaj s spreminjajočimi se značilnostmi pacienta, tj. z naraščajočo starostjo in večjo obolevnostjo, zahtevajo zapletenejši pristopi, tako da zdravstvena oskrba predstavlja večje tveganje za nastanek morebitnih neželenih dogodkov pacienta (González-Formoso, et al., 2011). Raziskava Groves in sodelavci (2012) je pokazala, da morajo medicinske sestre, ki delajo v bolnišnicah, znati obvladovati tveganja. Pokazala je, da so medicinske sestre v kliničnih okoljih za oceno morebitnih tveganj uporabljale svoje znanje o potencialnih tveganjih in poznavanje pacienta. Raziskovalci so ugotovili, da medicinske sestre ocenjujejo, da so bili njihovi pacienti vedno v nevarnosti. Raziskava Mostafa (2009), katere namen je bil okrepiti znanje medicinskih sester in ozaveščenost o obvladovanju tveganj, je pokazala, da ima le 35,7 % medicinskih sester ustrezno znanje o obvladovanju tveganj in da se jih 50 % zaveda pomena trenutnega upravljanja s procesi tveganj v bolnišnici. Medicinske sestre menedžerke in 30 zdravnikov je ocenilo sistem in ugotovili so, da je izobraževanje privedlo do statistično pomembnih izboljšav v znanju medicinskih sester.

Namen in cilj

Namen raziskave je bil preveriti, kako zaposleni ocenjujejo kriterije za doseganje varnosti. Cilj raziskave je bil analizirati ključne trditve na področju kulture varnosti in na osnovi njihove povezanosti načrtovati priporočila za spremembe. V ta namen smo si postavili hipotezi:

H 1: Človeški viri se pozitivno povezujejo s kriteriji za doseganje varnosti.

H 2: Človeški viri vplivajo na zagotavljanje varnosti.

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno deskriptivno metodo dela. Raziskava je bila izvedena med zaposlenimi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Podatke smo zbirali s tehniko pisnega anketiranja.

Opis instrumenta

Uporabili smo strukturiran pisni vprašalnik. Spremenljivke instrumenta smo oblikovali na osnovi pregleda raziskav različnih avtorjev na področju menedžmenta kakovosti in varnosti pacientov. Vprašalnik je vključeval sedem vprašanj zaprtega tipa o demografskih podatkih (spolu, starosti, izobrazbi, delovni dobi in delovnem mestu) ter 112 specifičnih vprašanj prav tako zaprtega tipa. Celoten vprašalnik je bil sestavljen iz šestih sklopov, v drugem sklopu smo proučevali organizacijsko kulturo s pomočjo trditve o prevladujočih značilnostih organizacije ter kriterijih za

doseganje uspeha. Organizacijsko kulturo smo ugotavljali s pomočjo osmih trditev v dveh delih: prevladujoče značilnosti organizacije in kriteriji za doseg uspeha – organizacijska kultura. V drugem delu so anketiranci trditve razvrstili po pomembnosti, pri čemer je vrednost 1 pomenila najbolj in 4 najmanj pomembno trditev. Vprašalnik smo sestavili na osnovi študija literature o menedžmentu kakovosti (Oliver & Healey, 2009; Robida, 2010; Oliver, et al., 2010; Moffa, et al., 2010). Trditve so citirane iz doktorata avtorice Skela-Savič (2007), ki navaja avtorja Cameron in Quinn (1999), ki sta svoja vprašalnika razvila na osnovi teoretičnega modela »Competing Values Framework«, katerega razvoj je potekal dalj časa. Avtorici pričujočega članka sta na osnovi raziskave »Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljavsko raven v bolnišnici« avtorjev Robida in sodelavci (2007) izdelali vprašalnik za merjenje organizacijske kulture, ki temelji na skupnih vrednotah, predpostavkah, interpretacijah in pristopih, ki opisujejo značilnosti organizacije. Rezultati notranje konsistentnosti vprašalnika v originalu za organizacijsko kulturo so naslednji: koeficient alfa za skupino je 0,822, za adhokracijo je 0,717, za trg 0,839 in za hierarhijo 0,829.

Da bi se izognili nerazumljivim in občutljivim postavkam, smo razumevanje vprašalnika predhodno preizkusili na manjšem vzorcu petih anketirancev. Po preizkusu vprašalnika nismo spreminjali.

Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, ki so bili v času razdeljevanja vprašalnika na delovnem mestu. Priložnostno smo na izbrani dan razdelili 500 vprašalnikov med zaposlene v zdravstveni negi, kar predstavlja 34,4 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v raziskovanem zavodu. Vrnjenih je bilo 256 vprašalnikov, kar predstavlja 51,2% odziv, tako je bilo v raziskavo vključenih 17,6 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi raziskovanega zavoda.

V Tabeli 1 je predstavljena struktura anketirancev. V anketi je sodelovalo 54 moških in 202 ženski. Povprečna starost anketiranih je bila 37,8 let (min. 21 let, maks. 57 let). Med anketiranci jih je bilo 59,4 % s srednješolsko izobrazbo, 1,94 % z višješolsko, 29,7 % z visokošolsko strokovno, 7,4 % z univerzitetno izobrazbo in 1,56 % jih je imelo opravljen magisterij, med anketiranci ni nihče imel doktorata znanosti.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Pred začetkom raziskave smo pridobili soglasje za izvedbo anketiranja s strani vodstva zdravstvene ustanove. Dogovor o izvedbi raziskave je potekal s pomočnico direktorja za področje zdravstvene nege. V enotah, kjer smo vprašalnike razdelili, smo obiskali strokovne vodje zdravstvene nege oddelkov in podali razlago o poteku oddaje in zbiranja ankete, v eni izmed enot je avtorica tudi sama zaposlena. Vprašalnik je

Tabela 1: *Struktura vzorca (n = 256)*

Table 1: *Sample structure (n = 256)*

<i>Demografske spremenljivke/ Demographic variables</i>	<i>Št. anketirancev (n)/ Number of respondents (n)</i>	<i>Delež anketirancev (%)/ Proportion of respondents (%)</i>
Število let zaposlitve/ Number of years of employment		
0–10 let	127	49,60
11–20 let	43	16,80
21–30 let	60	23,40
31–40 let	26	10,20
41–50 let	0	0,00
Stopnja izobrazbe/ Level of education		
Srednja	152	59,30
Višja ali visoka strokovna	81	31,70
Univerzitetna	19	7,40
Magisterij	4	1,60
Doktorat	0	0,00
Spol/ Gender		
Moški	54	20,00
Ženski	202	80,00
Enota zaposlitve/ Employment unit		
Enota 1	56	22,10
Enota 2	57	22,20
Enota 3	13	5,10
Enota 4	130	50,60

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage

bil sestavljen na način, da je zagotavljal anonimnost, anketiranje je bilo prostovoljno. Vprašalniki so se zbirali v za ta namen pripravljenih kuvertah v posameznih enotah. Anketiranje je bilo anonimno, vsak anketiranec je imel možnost zavrniti sodelovanje v raziskavi.

Uporabili smo različne statistične metode s pomočjo računalniškega programa SPSS 20,0. Z uporabo opisne statistike smo ugotavljali statistično pomembne razlike med posameznimi spremenljivkami za prevladujoče značilnosti organizacije in kriterije za doseganje uspeha. Razlike v povprečnih ocenah smo preverjali s *t*-testom, povezanost med spremenljivkami s korelacijsko analizo ter z linearno regresijsko analizo ugotavljali vpliv neodvisne spremenljivke (človeški viri, novi načini dela, rezultati dela, učinkovitost) na odvisno spremenljivko (dojemanja zaposlenih na področju kriterijev za doseganje varnosti). Statistična značilnost je manjša od 0,05.

Rezultati

Dojemanje varnosti ima splošno ožji pomen kot kakovost zdravstvene obravnave in je glavni temelj vsakega visokokakovostnega sistema zdravstvenega varstva. Rezultati *t*-testa in statistično pomembne razlike med kriteriji za doseganje varnosti so prikazani v Tabeli 2. Anketiranci so odgovarjali z razvrščanjem od 1 do 4, pri čemer je vrednost 1 predstavljala najpomembnejši ter 4 najmanj pomemben kriterij. Kot najpomembnejše kriterije anketiranci najpogosteje ocenjujejo rezultate dela ($\bar{x} = 27,39$), sledijo človeški viri ($\bar{x} = 27,09$), nato učinkovitost ($\bar{x} = 24,92$), kot najmanj pomembni so ocenjeni novi načini dela ($\bar{x} = 21,34$). Pri zaposlenih na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre smo ugotovili statistično pomembne razlike pri vseh proučevanih spremenljivkah. Z vidika izobrazbe in delovne dobe med odgovori ni bilo statistično značilnih razlik. Prav tako med odgovori ni bilo razlik z vidika enote zaposlitve.

V primerjavi z zaposlenimi na delovnem mestu zdravstveni tehnik (ZT) zaposleni na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre (DMS) kot kriterij za doseganje varnosti s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ocenjujejo rezultate dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 27,55$; ZT: $\bar{x} = 29,73$), učinkovitost ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 27,07$; ZT: $\bar{x} = 27,32$) ter nove načine dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 16,04$; ZT: $\bar{x} = 16,05$) s statistično pomembno višjo povprečno vrednostjo pa ocenjujejo rezultate dela ($p < 0,001$, DMS: $\bar{x} = 25,36$; ZT:

$\bar{x} = 20,55$). Rezultati korelacijske analize med samimi kriteriji za doseganje varnosti so pokazali negativne statistične povezave, ki sodijo med šibke ($r = 0,10$ do $0,29$) in srednje močne ($r = 0,30$ do $0,49$), močnih povezav ni bilo ($r = 0,50$ do $1,0$).

Ugotovili smo negativno statistično povezavo vpliva človeških virov z novimi načini dela ($r = -0,153$, $p = 0,014$), rezultati dela (najboljši rezultati in prehitavanje konkurence z dosegom ciljev) ($r = -0,504$, $p = 0,000$) ter učinkovitostjo ($r = -0,404$, $p = 0,000$). Novi načini dela imajo negativno statistično pomembno povezavo z rezultati dela ($r = -0,0,171$, $p = 0,006$) ter z učinkovitostjo ($r = -0,463$, $p = 0,000$), kar pomeni, da novi načini dela po mnenju zaposlenih ne prinašajo rezultatov pri delu in nimajo vpliva na učinkovitost. Rezultati dela imajo statistično pomembno povezavo z negativnim vplivom na učinkovitost pri delu, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo in stroškovno učinkovitostjo ter doseganjem rezultatov dela ($r = -0,277$, $p = 0,000$).

Statistično značilne povezave smo uporabili pri oblikovanju regresijskih modelov (Tabela 3). Opravili smo regresijski model, kjer so neodvisne z varnostjo povezane spremenljivke človeški viri, novi načini dela, rezultati dela in učinkovitost odvisni spremenljivki pa stopnja izobrazbe in spol.

Statistično pomembno na varnost vplivajo človeški viri ($p = 0,000$), novi načini dela ($p = 0,000$), rezultati dela ($p = 0,000$) in učinkovitost ($p = 0,000$). Ocenjeni determinacijski koeficient je pokazal, da lahko 64,1 % variance indikatorjev varnosti pojasnimo s človeškimi

Tabela 2: Primerjava kriterijev za doseganje varnosti, kot jih ocenjujejo zaposleni na delovnih mestih zdravstveni tehnik ($n = 152$) in diplomirana medicinska sestra ($n = 104$)

Table 2: Comparison of the argument criteria necessary to achieve safety among employees in workplaces of nurse technician ($n = 152$) and registered nurse ($n = 104$)

Doseganje varnosti/ Safety achievement	\bar{x} ZT	<i>s</i>	\bar{x} DMS	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Človeški viri	20,55	17,09	25,36	17,39	28,08	0,000
Novi načini dela	22,04	13,63	16,05	14,55	43,02	0,000
Rezultati dela	29,73	17,59	27,55	17,36	44,36	0,000
Učinkovitost	27,32	17,02	27,07	17,71	35,85	0,000

Legenda/Legend: ZT – zdravstveni tehniki/nurse technicians; DMS – diplomirane medicinske sestre/registered nurses; \bar{x} – povprečna vrednost/average value; *s* – standardni odklon/standard deviation; *t* – *t* test; *p* – statistično pomembna vrednost/a statistically significant value

Tabela 3: Rezultati regresijskega modela za spremenljivko varnost

Table 3: Results of regression model for variable safety

Varnost/Safety	Značilnosti/Characteristics	<i>b</i>	SE <i>b</i>	β	<i>p</i>
$R^2 = 0,641$	Človeški viri	0,001	0,085	0,454	0,000
	Novi načini dela	0,194	0,082	0,155	0,000
	Rezultati dela	0,144	0,092	0,173	0,000
	Učinkovitost	0,021	0,084	0,041	0,000

Legenda/Legend: *b* – nestandardiziran koeficient/unstandardized coefficient; SE*b* – standardni koeficient regresijske napake/standard regression coefficient error; β – regresijski koeficient/standard regression coefficient; *p* – statistična značilnost/a statistically significant value; R^2 – determinacijski koeficient/the coefficient of determination

vir, novimi načini dela, rezultati dela in učinkovitostjo. Gre za relativno povprečen delež pojasnjene variabilnosti, na varnost torej vplivajo še drugi dejavniki, ki niso bili predmet dane raziskave. Med omenjenimi dejavniki pomembneje vplivajo človeški viri, kar je razvidno iz najvišje vrednosti standardiziranega regresijskega koeficienta ($\beta = 0,454$).

Hipotezo 1 smo potrdili, saj so rezultati korelacijske analize med demografskimi dejavniki (stopnja izobrazbe, enota zaposlitve) s proučevanimi trditvami pokazali, da se stopnja izobrazbe statistično značilno povezuje s spremenljivko človeški viri.

Hipotezo 2 smo potrdili, saj smo s statistično pomembnostjo potrdili vpliv človeških virov na doseganje varnosti.

Diskusija

S kakovostno opravljeno zdravstveno obravnavo pacientom zagotavljamo varnost, ki je v konceptualnem okviru v mednarodni klasifikaciji za varnost pacientov definirana kot zmanjšano tveganje za neposredno škodo do sprejemljivega minimuma. Sprejemljiv minimum se nanaša na skupne predstave trenutnega znanja, razpoložljivih virov in na kontekst, v katerem je bila dana oskrba s tehtanjem tveganja z nezdravljenjem ali drugačnim zdravljenjem (Robida, 2010).

V raziskovani zdravstveni organizaciji je 17,6 % zaposlenih v zdravstveni negi, ki so izpolnili vprašalnik odgovorilo, da so jim za doseganje uspeha na področju kulture varnosti najmanj pomembni rezultati dela; le-tem sledijo: človeški viri, učinkovitost, ki se kaže s pravočasnostjo, tekočim delovanjem, zanesljivostjo in stroškovno učinkovitostjo, najbolj pomembni so jim novi načini dela z dosežki, ustvarjalnostjo in rastjo učinkovitosti. V današnjem času je učinkovitost zaposlenih toliko bolj v ospredju, saj se ob manjšanju števila zaposlenih od letih pričakuje vedno več. Pomembni so rezultati, in sicer tako na področju varnosti kakor drugod. Toda danes se zaposlenih ne nagraduje po njihovi uspešnosti, zato tudi sami rezultate dela ocenjujejo kot najmanj pomembne. Sami menijo, da so človeški viri na preizkušnji. Skrb za zaposlene ocenjujejo kot manj pomembno v organizaciji, kar gre pripisati vedno večjim obremenitvam ob nični nagradenosti za dosežene uspehe. Pri zaposlenih lahko opažamo apatičen odnos so situacije, v kateri se počutijo nemočne.

Ugotovili smo statistično pomembnost pri vseh štirih proučevanih spremenljivkah: človeški viri, novi načini dela, rezultati dela in učinkovitost. Novi načini dela so po mnenju zaposlenih pomembni, vendar šele za rezultati dela in učinkovitostjo. Enako pomembno jih ocenjujejo tako zdravstveni tehniki kakor diplomirane medicinske sestre. Jones in sodelavci (2005) zaključujejo, da je z uvajanjem sprememb pozitivno povezana organizacija, ki deluje kot odprt sistem. Raziskava Feng in sodelavci (2011) je pokazala, da so medicinske sestre, zaposlene

v klinični praksi, doseženo varnostno kulturo ocenile precej nižje od medicinskih sester menedžerk. Poleg tega je zaveza varnosti pomembno povezana s pacientovo varnostno kulturo in je njen pomemben pokazatelj. Ugotovitve zagotavljajo pomembne empirične dokaze, da je upravljanje varnosti zaveza, povezana s kulturo varnosti pacientov. Kultura varnosti pacientov je bila priznana kot pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost zdravstvenega varstva. Pomanjkanje pozitivne varnostne kulture je povezano z višjo stopnjo napak pri zdravljenju (Otero, et al., 2008) in višjo stopnjo resnih incidentov (Kline, et al., 2008).

Prepričani smo, da je koncept organizacijske kulture vreden raziskave v zdravstveni negi, natančneje v okviru upravljanja, saj na veliko organizacijskih rezultatov lahko vpliva zaznavanje organizacijskih pravic, kot so spoštovanje (Laschinger, 2004) in zaupanje (Lewicki, et al., 2005; Williams 2006), odsotnost z dela (Elovainio, et al., 2002), fluktuacija zaposlenih (Posthuma, et al., 2007), zadovoljstvo (Williams, 2006), kakovost odnosov sodelavcev (Forret & Love, 2007), zmogljivost (Nowakowski & Conlon, 2005), zavzetost pri delu (Colquitt, et al, 2001), stres (Vermunt & Steensma, 2005), poročanje o varnostnih zapletih (Mayer & Cronin, 2008; Weiner, et al., 2008) in nasilje na delovnem mestu (Beugré, 2005).

V primerjavi z zaposlenimi na delovnem mestu zdravstveni tehnik zaposleni na delovnem mestu diplomirana medicinska sestra kot kriterij za doseganje varnosti s statistično pomembno nižjo povprečno vrednostjo ocenjujejo rezultate dela, učinkovitost ter nove načine dela. Raziskava Arnetz in sodelavci (2011) je pokazala, da so organizacijski dejavniki učinkovitost, delovno vzdušje in stres pri delu cilji, ki lahko vplivajo na intervencije za izboljšanje varnosti pacientov. Organizacijski kulturi v slovenskih bolnišnicah dandanes manjka usmerjenost navzven v smislu povezovanja, primerjanja, tekmovanja in inovativnosti ter spodbujanja dela posameznika in tima, razvoja zaposlenih in zaupanja do ljudi in nalog, ki jih izvajajo (Skela-Savič, 2007).

Faktor, ki smo ga označili kot človeški viri, je statistično značilno povezan s stopnjo izobrazbe, kar pomeni, da zaposleni z višjo stopnjo izobrazbe pogosteje menijo, da so človeški viri pomembni. Prav tako so novi načini dela statistično pomembno pozitivno povezani s stopnjo izobrazbe in enoto zaposlitve. Kot tretji faktor se s stopnjo izobrazbe pozitivno povezujejo rezultati dela. Četrti faktor, učinkovitost, se statistično značilno pozitivno povezuje s stopnjo izobrazbe ter enoto zaposlitve. Študija Armellino in sodelavci (2010) prispeva k znanju, povezovanju strukturne opolnomočnosti pacienta in varnostne kulture.

Raziskava Skela-Savič (2007) pokaže, da je v zavodu manjša prisotnost kulture skupine in razvoja, ki sta ključnega pomena za razvojno naravnost, timsko delo in inovativnost. Tako ugotovijo, da je v zavodu premalo povezovanja, morale, usposabljanja in razvoja, odprte

komunikacije, sodelovanja pri odločanju in še manj inovacij in razvoja, prilagodljivosti in pripravljenosti, vizionarske komunikacije in prilagodljivega odločanja. Ugotavljajo, da trenutna organizacijska kultura v zavodu ni naklonjena uvajanju sprememb, vlogi posameznika in njegovemu razvoju. Obstaja veliko stvari, ki jih finančni direktorji v zdravstvu ne morejo nadzorovati, npr. stanje gospodarstva, konkurenca, vendar dokazano finančni direktorji organizaciji lahko pomagajo dosegati boljše finančne rezultate z uporabo pristopov, ki temeljijo na učinkovitejšem spodbujanju lastne delovne sile (Cohen, 2011).

Lenthal in sodelavci (2009) so razdelili svoje izkušnje v tematske sklope: obseg delovnih obremenitev in razširitev delokroga, slabo upravljanje in nasilje na delovnem mestu. Obstajajo ključna področja, na katerih se lahko okrepi boljše doseganje visoke stopnje pomoči v stiski. To so ustrezno in primerno izobraževanje, usposabljanje, ustrezno financiranje in izboljšanje prakse z učinkovitim upravljanjem sistemov. V rezultatih 39 anket za meritev timskega dela so zaposleni ocenjevali razsežnosti timskega dela. Najpogosteje ocenjene dimenzije so bile komunikacija, usklajevanje in spoštovanje, pomembni so jim odnosi (Valentine, et al., 2012). Prav tako Kalisch in sodelavci (2011) v svoji raziskavi zapišejo, da je glede na kadrovske zasledbe mogoče napovedati količino in vrsto neopravljene oskrbe. Rezultati študij poročajo, da višje število zaposlenih vodi k manjšemu številu padcev pacientov (Lake, et al., 2010). Prav tako Kalisch in sodelavci (2011) v svoji raziskavi zapišejo, da je premajhna kadrovska zasedba napovednik oskrbe slabše kakovosti.

Zaključek

Za izboljšanje kakovosti in varnosti so odgovorni vsi vodilni v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenih ustanov. Neposredni izvajalci oz. zdravstveno osebje so ključni za uspeh izboljševanja kakovosti. Tako morajo vsi udeleženci v zdravstvenem varstvu (izvajalci, pacienti, plačniki, poslovodni delavci in tudi organi oblasti) tesno in trajno sodelovati pri vzpostavljanju in vzdrževanju sistemov izboljševanja kakovosti. Podporo prizadevanjem naj bi dajal izoblikovan sistem kakovosti in varnosti, ki natančneje opredeljuje naloge in odgovornosti za kakovost ter varnost v zdravstvu.

Z raziskavo smo potrdili nekatera spoznanja s področja varnosti v slovenskem zdravstvu. Prav tako raziskava prinaša nova spoznanja o varnosti v zdravstveni negi v proučevani organizaciji in širše. Potrebno je razmišljanje in usmerjanje tudi na področje zadovoljstva zaposlenih in ne samo v zagotavljanju kakovosti storitev pacientov. Zadovoljni zaposleni imajo velik vpliv na uspešnost in konkurenčnost bolnišnice. Omejitev raziskave je, da je bila izvedena samo v enem zdravstvenem zavodu, tako je bil zaobjekt le majhen delež zaposlenih na področju zdravstvene nege v Sloveniji.

Literatura

- Armellino, D., Quinn Griffin, M.T. & Fitzpatrick, J.J., 2010. Structural empowerment and patient safety culture among registered nurses working in adult critical care units. *Journal of Nursing Management*, 18(7), pp. 796–803.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01130.x>
PMid:20946215
- Arnetz, J.E., Zhdanova, L.S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M.R., et al., 2011. Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *Gerontologist*, 51(6), pp. 739–749.
<http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr053>
PMid:21708985
- Basole, R., & Rouse, W.B., 2008. Complexity of service value networks: conceptualization and empirical investigation. *IBM Systems Journal*, 47(1), pp. 53–70.
<http://dx.doi.org/10.1147/sj.471.0053>
- Beugré, C., 2005. Reacting aggressively to injustice at work: a cognitive stage model. *Journal of Business and Psychology*, 20(2), pp. 291–301.
- Bohmer, R.M.J., 2009. *Designing care: aligning the nature and management of health care*. Boston (MA): Harvard Business Press, pp. 115–151.
- Cameron, K.S. & Quinn, R.E., 1999. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. Reading (MA): Addison-Wesley, pp. 10–15.
- Cohen, K.R., 2011. The case for evidence-based human capital management. *Healthcare Financial Management*, 65(8), pp. 102–107.
PMid:21866727
- Colquitt, J.A., Conlon, D.E., Wesson, M.J, Porter, C.O & Ng, K.Y., 2001. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 425–445.
<http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.425>
PMid:11419803
- Elovainio, M., Kivimäki, M. & Vahtera, J., 2002. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health*, 92(1), pp. 105–108.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.1.105>
PMid:11772771; PMCID:PMC1447369
- Feng, X.Q., Acord, L., Cheng, Y.J., Zeng, J.H. & Song, J.P., 2011. The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58(2), pp. 249–254.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00891.x>
PMid:21554300

- Forret, M. & Love, M.S., 2007. Employee justice perceptions and coworker relationships. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(3), pp. 248–60.
<http://dx.doi.org/10.1108/01437730810861308>
- González-Formoso, C., Martín-Miguel, M.V., Fernández-Domínguez, M.J., Rial, A., Lago-Deibe, F.I., Ramil-Hermida, L., et al. 2011. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial. *BMC Family Practice*. 12, p. 50.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-12-50>
PMid:21672197; PMCID:PMC3142500
- Gormley, D.K., 2011. Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of Nursing Management*, 19(1), pp. 33–40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01163.x>
PMid:21223403
- Groves, P.S., Meisenbach, R.J. & Scott-Cawiezell, J., 2011. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), pp. 1846–1855.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x>
PMid:21477115
- Jones, R.A., Jimmieson, N.L. & Griffiths, A., 2005. The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: the mediating role of readiness for change. *Journal of Management Studies*, 42(2), p. 361.
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., Lee, H. & Friese, C.R., 2011. Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4), pp. 291–299.
<http://dx.doi.org/10.1177/1062860610395929>
PMid:21642601; PMCID:PMC3137698
- Kline, T.J.B., Willness, C. & Ghali, W.A., 2008. Determinants of adverse events in hospitals – the potential role of patient safety culture. *Journal for Healthcare Quality*, 30(1), pp. 11–17.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1945-1474.2008.tb01122.x>
PMid:18257452
- Konteh, F.H., Mannion, R. & Davies, H.T., 2011. Understanding culture and culture management in the English NHS: a comparison of professional and patient perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(1), pp. 111–117.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01376.x>
PMid:20825537
- Lake, E.T., Shang, J., Klaus, S. & Dunton, N.E., 2010. Patient falls: association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research Nursing Health*, 33(5), pp. 413–425.
<http://dx.doi.org/10.1002/nur.20399>
PMid:20824686; PMCID:PMC2974438
- Laschinger, S.H., 2004. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7), pp. 354–364.
- Lenthall, S., Wakerman, J., Opie, T., Dollard, M., Dunn, S., Knight, S., et al., 2009. What stresses remote area nurses? Current knowledge and future action. *Australian Journal of Rural Health*, 17(4), pp. 208–213.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01073.x>
PMid:19664086
- Lewicki, R., Wiethoff, C. & Tomlinson, E.C., 2005. *What is the role of trust in organizational justice*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates Publishers, pp. 247–270.
- Mayer, C., & Cronin, D., 2008. Organizational accountability in a just culture. *Urologic Nursing*, 28(6), pp. 427–430.
PMid:19241780
- Moffa, M., Piesieki, P. & Polomano, R.C., 2010. Engaging clinical nurses in quality and performance improvement activities. *Nursing Administration Quarterly*, 34(3), pp. 226–245.
<http://dx.doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181e702ca>
PMid:20562572
- Mostafa, G.M.A., 2009. Enhancing nurses' knowledge and awareness about risk management: system design. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(5), p. 1135.
PMid:20214127
- Nowakowski, J., & Conlon, D., 2005. Organizational justice: looking back, looking forward. *International Journal of Conflict Management*, 16(1), pp. 4–29.
<http://dx.doi.org/10.1108/eb022921>
- Oliver, D., Healey, F. & Haines, T., 2010. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(4), pp. 645–692.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>
PMid:20934615
- Oliver, D. & Healey, F., 2009. Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? *Nursing Times*, 105(7), pp. 18–21.
PMid:19326648
- Otero, P., Leyton, A., Mariani, G. & Cernadas, J.M., 2008. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics*, 122(3), pp. 737–743.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-0014>
PMid:18762510
- Posthuma, R., Maertz, C. & Dworkin, J., 2007. Procedural justice's relationship with turnover: explaining past inconsistent findings. *Journal of Organizational Behavior*, 28(4), pp. 281–398.
<http://dx.doi.org/10.1002/job.427>

- Redding, J., 2012. 4 pitfalls to clinical integration. *Healthcare Financial Management*, 66(11), pp. 104–110. PMID:23173368
- Robida, A., 2010. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. In: Berkopec, M. ed. *Vrednote v zdravstveni negi. 2. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 20. in 21. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, pp. 16–20.
- Robida, A., 2011. Kako priti do večje varnosti pacientov v zdravstvu. In: Bregar, B. ed. *Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 12. oktober 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 1–8.
- Robida, A., Skela-Savič, B. & Trunk, A., 2007. Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljaljsko raven v bolnišnici: zaključno poročilo raziskovalne skupine. Ljubljana: Mednarodni inštitut za razvoj managementa v zdravstvu.
- Skela-Savič, B., & Pagon, M., 2008. Individual involvement in health care organizations: differences between professional groups, leaders and employees. *Stress and Health*, 24(1), pp. 71–84. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1164>
- Skela-Savič, B., 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 51–52.
- Valentine, M.A., Nembhard, I.M. & Edmondson, A.C., 2012. *Measuring teamwork in health care settings: a review of survey instruments*. Boston (MA): Harvard Business School, pp. 2–23.
- Vermunt, R., & Steensma, H., 2005. *How can justice be used to manage stress in organization?* In handbook of organizational. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 383–410.
- Weiner, B.J., Hobgood, C., & Lewis, M.A., 2008. The meaning of justice in safety incident reporting. *Social Science and Medicine*, 66 (2), pp. 403–413. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.013> PMID:17949876
- Wheeler, N. & Grice, D., 2009. *Management in health care*. London: Nelson Thornes.
- Williams, L.L., 2006. The fair factor in matters of trust. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), pp. 30–37. <http://dx.doi.org/10.1097/00006216-200601000-00006> PMID:16449882

Cite as/Citirajte kot:

Dobnik, M., & Skela-Savič, B., 2015. Menedžment kakovosti v bolnišnici: kriteriji za doseganje varnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 136–143. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.39>