

Tartu Ülikool
Meditsiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut
Õendusteaduste õppetool

Liisa Aasa

**KIIRABITÖÖTAJATE HINNANGUD PATSIENDIOHUTUSKULTUURILE
KIIRABIASUTUSTES: LÄBILÕIKEURING**

Magistritöö

Tartu 2025

Juhendaja: Signe Asi, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Jana Trolla, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendaja otsusega 07.05.2025.

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

LIHTLITSENTS MAGISTRITÖÖ REPRODUTSEERIMISEKS JA ÜLDSUSELE KÄTTESAADAVAKS TEGEMISEKS

Mina, Liisa Aasa

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose *Kiirabitöötajate hinnangud patsiendiohutuskuultuurile kiirabiasutustes: läbilõikeuuring*, mille juhendaja on *Signe Asi*, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada Tartu Ülikooli digitaalarhiivi, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
2. annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni;
3. olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
4. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Liisa Aasa

07.05.2025

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS.....	4
2. PATSIENDIOHUTUSKULTUUR JA SELLE HINDAMINE	6
2.1 Patsiendiohutuskultuuri kujunemine	6
2.2 Patsiendiohutuskultuur ja selle olulisus kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisel	8
2.3 Patsiendiohutuskultuuri hindamine	10
3. KIIRABITÖÖTAJATE HINNANGUD PATSIENDIOHUTUSKULTUURILE VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES	13
3.1 Kiirabitöötajate hinnangud patsiendiohutuskultuurile	13
3.2 Patsiendiohutuskultuuri dimensioonide omavahelised seosed ja seosed osalejate taustandmetega kiirabiasutustes	14
4. METOODIKA.....	16
4.1 Metodoloogilised lähtekohad	16
4.2 Uuritavad ja nende värbamine.....	16
4.3 Andmete kogumine	17
4.4 Andmete analüüs	17
4.5 Uurimistöö usaldusväärsus.....	19
5. TULEMUSED.....	20
5.1 Uuritavate taustaandmed	20
5.2 Uuritavate hinnangud patsiendiohutuskultuurile.....	21
5.2.1 Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute kirjeldus ja reliaablus	21
5.2.2 Patsiendiohutuskultuuri koondnäitajad.....	21
5.2.3 Hinnangud meeskonnatööle ja tööle üksustes	22
5.2.4 Hinnangud kommunikatsioonile.....	23
5.2.5 Hinnangud vahetule juhile ning kiirabiasutusele.....	24
5.3 Seosed patsiendiohutuskultuuri dimensioonide vahel.....	26
5.4 Seosed uuritavate taustandmete ja patsiendiohutuskultuurile antud positiivsete hinnangute vahel	27
6. ARUTELU	28
6.1 Peamised tulemused	28
6.2 Eetilised aspektid.....	31
6.3 Usaldusväärsus ja kitsaskohad	31
6.4 Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid.....	33
7. JÄRELDUSED.....	35
KASUTATUD KIRJANDUS	36
LISAD	48
Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr 390/T7.....	48
Lisa 2. HSOPS küsimustik eesti keeles	50
Lisa 3. HSOPS küsimustik vene keeles.....	57
Lisa 4. Patsiendiohutuskultuuri väidete ja dimensioonide positiivsete hinnangute jaotus.....	64
Lisa 5. Taustaandmete ja patsiendiohutuskultuuri seoste leidmise kirjeldavad tabelid	65

KOKKUVÕTE

Kiirabitöötajate hinnangud patsiendihutuskultuurile kiirabiasutustes: läbilõikeuring

Kiirabis, mis moodustab ühe osa haiglaeelsetest tervishoiuteenustest, on raskendatud patsiendihutuse tagamine etteprognoosimatute situatsioonide tõttu. Kuigi huvi kiirabi kvaliteedi hindamise ja parendamise osas tekkis juba 90ndatel, on patsiendihutust kiirabis vähe uuritud. Patsiendihutuskultuur seab esikohale patsiendihutuse ja selle edendamise läbi organisatsiooni ühiste väärtuste ja käitumise. Selle uurimistöö eesmärk on kirjeldada, kuidas hindavad kiirabitöötajad patsiendihutuskultuuri Eesti kiirabiasutustes ning otsida seoseid kiirabitöötajate tausta ja patsiendihutuskultuuri hinnangute vahel ning patsiendihutuskultuuri dimensioonide omavahelisi seoseid.

Andmete kogumiseks kasutati veebikeskkonda sisestatud *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0* (HSOPSC) patsiendihutuskultuuri hindamise küsimustikku. See instrument koosneb 32 väitest, mis on jagatud kümneks patsiendihutuskultuuri hindavaks dimensiooniks, ja kolmest üksik väitest. Andmeid analüüsiti statistiliselt, arvutati üksikväidete ja dimensioonide positiivsed skoorid, seoste leidmiseks kasutati Fisheri täpset testi ning Spearmani korrelatsioonianalüüsi.

Uurimistöös osales 122 vastajat (6% valimist), kes hindasid kümnest patsiendihutuskultuuri dimensioonist enda asutuses kõige kõrgemaks meeskonnatööd (82%) ning kõige madalamaks patsiendihutusejuhtumitest teavitamist (32%). Positiivsed seosed leiti patsiendihutuse üldise hinnangu ning õppimise organisatsioonis ja pideva parendamise ($\rho=0,47$, $p<0,01$) ning juhtkonna toetus-patsiendihutusele ($\rho=0,46$, $p<0,01$) dimensioonide vahel. Tugevaim positiivne seos leiti patsiendihutusjuhtumitest teavitamise ja vigadest rääkimise vahel ($\rho=0,54$, $p<0,01$). Kõige vähem teavitasid patsiendihutusjuhtumistest vanima vanuserühma esindajad ($p<0,001$). Staaži pikkuse suurenedes positiivne hinnang üldisele patsiendihutusele vähenes ($p<0,05$).

Suurim puudujääk esineb patsiendihutusjuhtumitest teavitamisel, mille puhul vajavad tähelepanu nii töötajate teadlikkus kui ka turvalise ja süüdistuste vaba keskkonna loomine. Patsiendihutuskultuuri saab edendada läbi töötajate toetamise, avatud suhtlemise ja vigadest õppimise läbi. Samuti on oluline, et iga kiirabiasutus hindaks ise regulaarselt patsiendihutuskultuuri.

Märksõnad: Kiirabi, patsiendihutuskultuur, haiglaelne tervishoiuteenus, HSOPSC, läbilõikeuring

SUMMARY

Perceptions of Patient Safety Culture Among Emergency Medical Workers in Ambulance Services: A Cross-Sectional Study

Emergency Medical Services (EMS) as a part of pre-hospital care is a challenging environment to ensure patient safety due to unpredictable situations. Although the interest of providing better prehospital care started back in the 1990s, patient safety is still understudied in EMS. Patient safety culture (PSC) prioritizes patient safety and its promotion through shared values and behaviours within the organization. The aim of this study is to describe how patient safety culture is perceived in the Estonian EMS, assess its association with ambulance workers' background factors, and explore the interrelationships between its dimensions.

A cross-sectional study was performed using *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0* (HSOPSC) questionnaire online. This instrument consists of 32 measure items divided into 10 dimensions assessing patient safety culture and 3 single items. Item and composite measure positive scores were calculated. The data was analysed statistically, using descriptive statistics, Fisher's exact test and Spearman correlation.

122 responses were included (6%). Of the ten dimensions of patient safety culture, teamwork was rated the highest (82%), while reporting of patient safety events was rated the lowest (32%). Positive correlations were found between the overall assessment of patient safety and both organizational learning and continuous improvement ($\rho = 0.47, p < 0.01$) and management support for patient safety ($\rho = 0.46, p < 0.01$). The strongest positive correlation was between reporting patient safety events and communication about error ($\rho=0.54, p<0.01$). Older respondents reported the fewest patient safety events ($p<0.001$) and longer tenure was associated with lower overall safety ratings ($p<0.05$).

The greatest deficiency was identified in the reporting of patient safety incidents, highlighting the need to address both staff awareness and the establishment of a safe, blame-free environment. Patient safety culture can be enhanced through staff support, open communication, and learning from errors. It is also essential that each ambulance service regularly evaluates its own patient safety culture.

Keywords: Emergency medical services, patient safety culture, prehospital care, HSOPSC, cross-sectional study

1. SISSEJUHATUS

Viimase kahekümne aasta jooksul on hakatud teadvustama patsiendiohutuskultuuri aina olulisemat rolli tervishoiusüsteemides (Herrera & Losardo, 2021). See mõiste viitab jagatud väärtustele, hoiakutele ja käitumisviisidele tervishoiuorganisatsioonides, mis seavad esikohale patsiendiohutuse ja selle edendamise (Patsiendiohutuse terminibaas, 2025). Tugev patsiendiohutuskultuur on oluline meditsiiniliste vigade ennetamiseks, patsientide negatiivsete ravitulemuste vähendamiseks ja koostööl põhineva töökeskkonna loomiseks (Mistri et al., 2023; Purnomo et al., 2021), mis hõlmab lisaks tervishoiutöötajate tegevusele ka organisatsiooni pühendumust ohutusele (Michael et al., 2005). Sealjuures on oluline läbimõeldud juhtimine tõhusama meeskonnatöö ning selge ja avatud kommunikatsiooni tagamiseks (Churruca et al., 2021), mis loob soodsamad tingimused patsiendiohutusjuhtumistest teavitamiseks (PATSAFE, 2021). Seega on patsiendiohutus kaasaegse tervishoiusüsteemi strateegiline prioriteet (WHO, 2021), mistõttu on selle mõistmine ja parendamine võtmetähtsusega kõrge kvaliteediga hoolduse tagamisel ja patsientide kaitsmisel kahjujuhtumite eest.

Tervishoiusüsteemis pakub patsiendiohutuse tagamine erilist väljakutset kiirabiasutustele, kus töötajad peavad toime tulema aegkriitilistes, kõrge riskiga ja stressirohketes olukordades (Crowe et al., 2021; Kosydar-Bochenek et al., 2023; O'connor et al., 2021; Venesoja et al., 2021). Sellest hoolimata on patsiendiohutuskultuuri kiirabides veel võrdlemisi vähe uuritud (Bitan et al., 2019; O'connor et al., 2021; Sørskår et al., 2019; Venesoja et al., 2021), kuigi juba 30 aastat tagasi nähti vajadust kiirabiteenuse kvaliteedi hindamiseks ja tagamiseks, sest sellel on positiivne mõju patsiendi ravitulemustele (Holliman et al., 1992; Salerno et al., 1991).

Patsiendiohutuskultuur on seatud prioriteetseks uurimisvaldkondaks Eesti tervishoiuasutustes, lähtudes Tartu Ülikooli patsiendiohutuse teadus- ja arendustegevuse strateegiast (Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond, 2022). Antud teema uurimine on oluline, kuna seni ei ole patsiendiohutuskultuuri Eesti tervishoiuasutustes hinnatud ühtsete ja usaldusväärsete meetodite abil. Seetõttu on valideeritud valdkonna uurimiseks Tartu Ülikoolis aastatel 2021–2023 esmakordselt kaks patsiendiohutuskultuuri hindamiseks mõeldud instrumenti valitud haiglates (Asi et al., 2024.) Lisaks on Eestis 2024 aastal jõustunud “Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus” kehtestanud kohustuse kõikidele tervishoiuasutustele teavitada patsiendiohutusjuhtumitest (Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku..., 2024). Efektive teavitamine eeldab aga tugevat patsiendiohutuskultuuri, kus eksimustest julgetakse teada anda ja neist avatult rääkida (Sammer et al., 2010).

Arvestades senist ebaühtlast patsiendiohutuskultuuri hindamispraktikat Eesti tervishoiuasutustes, puudub praegusel hetkel ka teave selle kohta, milline on patsiendiohutuskultuuri tase kiirabiasutustes. Seega on uurimistöo eesmärk kirjeldada kiirabitöötajate hinnanguid patsiendiohutuskultuurile Eesti kiirabiorganisatsioonides ning leida statistiliselt olulisi seoseid kiirabitöötajate taustaandmete ja patsiendiohutuskultuuri hinnangute vahel. Eelnevast lähtuvalt on püstitatud järgnevad uurimisküsimused:

1. Millised on kiirabitöötajate hinnangud patsiendiohutuskultuurile kiirabiasutustes?
2. Missugused on patsiendiohutuskultuuri dimensioonide omavahelised seosed?
3. Missugused on seosed kiirabitöötajate taustaandmete ja patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute vahel?

2. PATSIENDIOHUTUSKULTUUR JA SELLE HINDAMINE

2.1 Patsiendiohutuskultuuri kujunemine

Patsiendiohutus (*patient safety*) kui nähtus on eksisteerinud juba tsivilisatsiooni algusaegadest, kui ilmusid esimesed kirjalikud seadused ja reeglid haigetele turvalisema ravi tagamiseks (Herrera & Losardo, 2021). Esialgselt kirjeldati patsiendiohutust „juhuslike vigastuste puudumisena“ (Kohn et al., 2000), kuid see ei pakkunud piisavalt selgitust, kas patsiendiohutus on kui filosoofia, distsipliin või süsteemist lähtuv omadus (Emanuel et al., 2009). Hiljem on leitud, et patsiendiohutus on tervishoiuteenuse osutamise käigus tuleneva patsiendikahju ennetamise ja vältimise praktika, mille tulemusel paranevad ravitulemused ja vähenevad kulud. Selline teaduspõhine lähenemisviis, mis hõlmab endas ka õiguslike ja regulatiivsete nõuete kohaselt töötamist, toetab usaldusväärse, ohutu ja jätkusuutliku tervishoiusüsteemi ülesehitamist (Emanuel et al., 2009; Mistri et al., 2023; WHO, 2009.)

Ohutuskultuuri (*safety culture/culture of safety*) on esmakordselt kirjeldatud Rahvusvahelise Aatomienergia Agentuuri (*International Atomic Energy Agency, IAEA*) raportis peale 1986. aastal toimunud Tšernobõli tuumakatastroofi, mille tagajärjel leiti, et kriitiliste olukordadega tegelemiseks on vajalik luua uus kontseptsioon, kuna ohutuse tagamine on kollektiivne vastutus (INSAG, 1986). Aastate jooksul muutus ohutuskultuur üheks osaks organisatsioonikultuurist ning tähelepanu hakati pöörama ka töötajate individuaalsele vastutusele ohutuse tagamisel, julgustades vigadest ja ebaturvalisest käitumisest teada andma (Geller, 1994). Samal ajal hakati teadvustama ohutuskultuuri hindamise olulisust (Ostrom et al., 1993), mistõttu mõiste käsitus arenes veelgi edasi. Kui varasemalt keskenduti ohutuskultuurist rääkides enamasti sellele, mida inimesed mõtlevad (väärtused, uskumused jne), siis hiljem lisandus arusaam sellest, et ohutuse tagamisel on olulised ka olukorrast tulenevad piirangud ja inimeste tegelik käitumine, mis võib erineda nende hoiakutest. Seetõttu leiti, et organisatsioonid peaksid eesmärgiks seadma konkreetseid alaeesmärke ohutuskultuuri tagamiseks, mille täitmist saab jälgida. (Cooper, 2000.)

Kui esialgu kasutati ohutuskultuuri mõistet ainult kõrge riskiga töökohtades (nt lennundus, kaevandus jt), siis 2000ndate alguses jõudis see ka tervishoiu valdkonda (Feng et al., 2008; Groves et al., 2011; Le Coze, 2019; Pizzi et al., 2001). Tõuke selleks andis *Institute of Medicine*'i (IOM) raport „*To Err is Human*“, mis tõi esile tervishoiuorganisatsioonide vajaduse struktureeritud lähenemiseks patsiendiohutusele, et vähendada patsiendiohutusjuhtumeid (Kohn et al., 2000) ning pani tervishoiuasutusi mõistma, kui oluline on muuta organisatsioonikultuuri patsiendiohutuse

edendamiseks (Nieva & Sorra, 2003). Selle põhjal koostas *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) mahuka analüüsi, kus toodi lisaks välja konkreetsed praktikad, kuidas edendada ohutuskultuuri tervishoiuasutustes (Shojania et al., 2001). Ühtlasi koostati raamistik, mis käsitleb ohutusele pühendumist kui tervishoiuorganisatsiooni kõige kõrgema taseme prioriteeti (Pizzi et al., 2001), muutes patsiendiohutuse fundamentaalseks alustalaks tervishoiuteenuse osutamisel (Herrera & Losardo, 2021).

Ohutuskultuuri raamistamisel jõuti tervishoius veelgi täpsema mõisteni nagu **patsiendiohutuskultuur** (*patient safety culture*). Patsiendiohutuskultuur (Joonis 1) on üks osa ohutuskultuurist, mis sõltub organisatsioonikultuurist (Kristensen & Bartels, 2010). Selle uurimistöökontekstis on võetud aluseks AHRQ definitsioon: „Patsiendiohutuskultuur on see, mil määral organisatsiooni kultuur toetab ja edendab patsiendiohutust. See viitab väärtustele, uskumustele ja normidele, mida jagavad tervishoiutöötajad ja muud töötajad kogu organisatsioonis ning mis mõjutavad nende tegevust ja käitumist.“ (What is patient..., 2024). Sarnaselt on seda ka mujal defineeritud, kus üks osa puudutab organisatsioonikultuuri konteksti (ühised väärtused ja tõekspidamised) ning teine pool tervishoiuteenuse osutamise käigus patsiendile võimaliku kahju tekkimise võimaluse minimeerimist (Bartonickova et al., 2021; Mistri et al., 2023; Patsiendiohutuse terminibaas, 2025; Sammer et al., 2010).

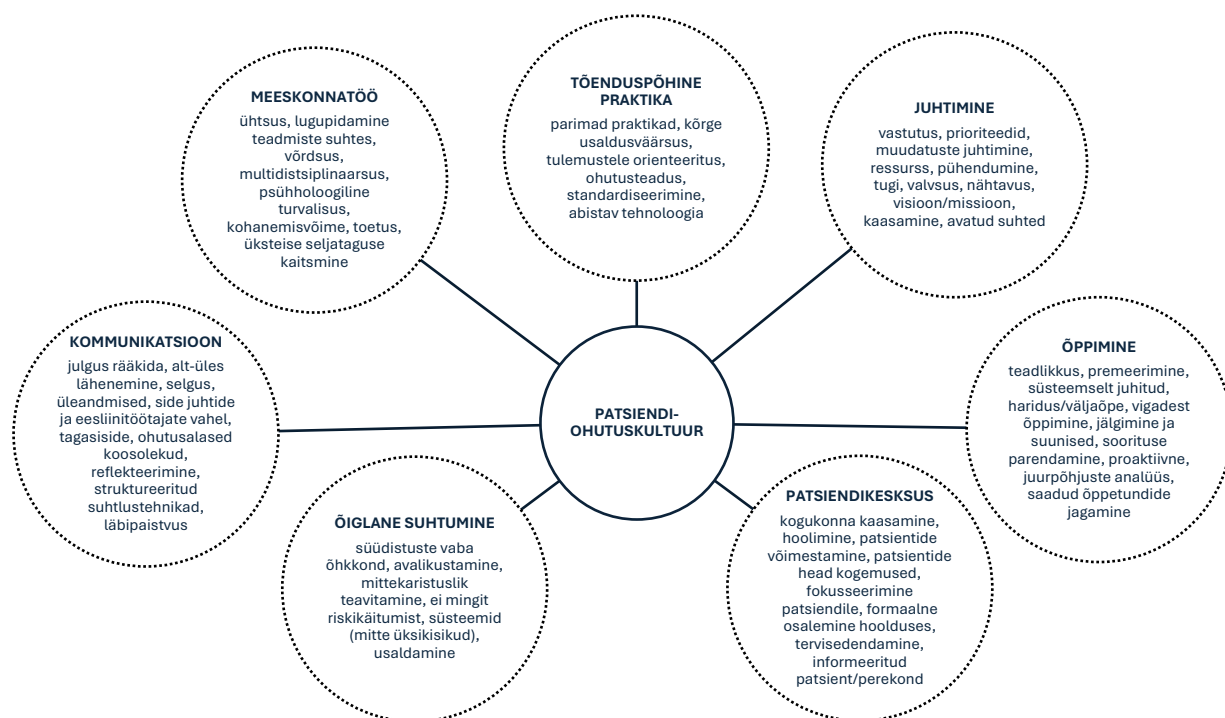


Joonis 1. Patsiendiohutuskultuur organisatsiooni kontekstis

2.2 Patsiendiohutuskultuur ja selle olulisus kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamisel

Kuigi patsiendiohutuskultuuri näol on tegemist võrdlemisi keeruka kontseptsiooniga, on selle eesmärk küllaltki lihtne – tagada kvaliteetne ja ohutu tervishoiuteenuse pakkumine (Wagner et al., 2019). Tugev patsiendiohutuskultuur julgustab koostööd ja avatud suhtlemist tervishoiuimeeskondade vahel (Mistri et al., 2023), tõstab patsiendi kogemust ning aitab parandada patsiendi ravitulemusi, vähendades infektsioonide, kukkumiste ja ravivigade esinemissagedust (Murray et al., 2024). Taoliseks ennetustegevuseks kulub vähem ressursi, kui kahjudega tegelemiseks, mis omakorda suurendab asutuse kuluefektiivsust (Wagner et al., 2019). Samuti tõstavad patsiendiohutuskultuuri parandamiseks läbi viidud sekkumised töötajate tööga rahulolu, vähendades emotsionaalset kurnatust, läbipõlemist ja kaadriivoolavust (Finn et al., 2024).

Patsiendiohutuskultuuri iseloomustavad mitmed omadused (PATSAFE, 2021), mida on eri allikates kirjeldatud ja grupeeritud erinevalt (Halligan & Zecevic, 2011; Mistri et al., 2023; Sammer et al., 2010). Tartu Ülikooli patsiendiohutuse uurimiskeskuse patsiendiohutuskultuuri raamistik (PATSAFE, 2021) moodustab neist omadustest ühtse ja kaasaegse terviku (Joonis 2). Kuna need komponendid on tihedalt omavahel seotud, on oluline mõista ka nende individuaalset rolli patsiendiohutuskultuuri osana.



Joonis 2. Patsiendiohutuskultuuri raamistik (kohandatud PATSAFE 2021 põhjal)

Juhtimisel (*leadership*) on tervishoiuorganisatsiooni ohutuskultuuri kujundamisel, edendamisel ja kasvatamisel võtmeroll (Sammer et al., 2010). Pühendunud juhid edendavad patsiendiohutuskultuuri, kujundades strateegiaid ja struktuure, mis suunavad ohutuse protsesse ja tulemusi (Chegini et al., 2020). Samuti on olulised juhtide hoiakud, mis mõjutavad tervishoiutöötajate julgust tõstatada küsimusi seoses patsiendiohutusega (Okuyama et al., 2014). Lisaks on oluline juhtide arusaam tervishoiusüsteemist, kui kõrge riskiga keskkonnast, kus asutuse visiooni ja missiooni poole püüdlisel tuleb tagada personali pädevuse ning finants- ja inimressursside vaheline kooskõla (Sammer et al., 2010).

Meeskonnatööd (*teamwork*) peetakse patsiendiohutuskultuuri üheks olulisemaks alustalaks (Sammer et al., 2010) ning selle toimimiseks on vajalik ühtsus ja koordineeritud ülesannete jaotus töötajate vahel (Churruca et al., 2021). See tähendab, et üha keerukamas tervishoiusüsteemis on vaja suuremat pingutust efektiivse ja kollegiaalse meeskonnatöö rakendamiseks ning selle arendamine on juhtide ülesanne (Fausett et al., 2024; Purnomo et al., 2021; Sammer et al., 2010), eeldades juhtide ja personali vahelist üksmeelsust, valmisolekut koostööks ning avatud ja turvalisi suhteid (Purnomo et al., 2021). Vastastikusele austusele, probleemide lahendamisele ja ideede jagamisele tuginev meeskonnatöö on oluline patsiendiohutuse tagamisel (Fuchshuber & Greif, 2022), sest suurendab patsiendiohutusjuhtumitest rääkimist ning muudab koostöö kriitilistes olukordades tõhusamaks.

Vastastikusel usaldusel põhinev **kommunikatsioon** (*communication*) on olulisel kohal tugeva patsiendiohutuskultuuriga organisatsioonis (Halligan & Zecevic, 2011), sest sellises asutuses eksisteerib keskkond, kus iga töötaja, sõltumata oma ametist, omab õigust ja vastutust rääkida patsiendi heaolu nimel (Sammer et al., 2010). Ühtlasi hõlmab see erinevate struktureeritud suhtlemismeetodite kasutamist ning tagasisidestamist, mis aitab luua avatud õhkkonda (Purnomo et al., 2021; Sammer et al., 2010). Avatud õhkkond on seotud **õiglase suhtumisega** organisatsioonis (*just culture*), kus individuaalsete vigade otsimise asemel keskendutakse protsesside parandamisele ning toetatakse valmidust vigadest rääkida ja ohujuhtumitest teavitada (Churruca et al., 2021; Sammer et al., 2010). Kuid õiglase suhtumine ja süüdistustevaba õhkkond ei tähenda isikliku vastutuse vähenemist (van Baarle et al., 2022). Selle eesmärk on pigem tagada õiglase kohtlemine töötajatele, soodustada paremaid käitumisvalikuid ohutuse tagamiseks ning tõsta patsiendi ravitulemusi (Marx, 2019).

Ka pidev **õppimine** (*learning*) tervishoiuorganisatsioonis on oluline patsiendiohutuse tagamisel, sest võimaldab läbi toimunud vigade otsida uusi võimalusi kliinilise praktika parandamiseks (Sammer et al., 2010) ja paremate süsteemide loomiseks (Churruca et al., 2021). Seetõttu on ka patsiendiohutusjuhtumite uurimine üheks peamiseks õppimismeetodiks tervishoiuasutustes (WHO, 2020). Lisaks on töötajate koolitamisel ning oskuste ja ühise mõtteviisi arendamisel võimalik soodustada koostööd ja läbipaistvat kommunikatsiooni patsiendiohutuse tagamiseks (Mistri et al., 2023).

Sama oluline on ka **tõenduspõhine praktika** (*evidence-based practice*), mis aitab standardiseerida protsesse, luua juhendeid ja kontrollnimekirju ning on tervikliku patsiendikeskse käsitluse aluseks (Purnomo et al., 2021; Sammer et al., 2010). Selline lähenemine keskendub probleemide lahendamisel usaldusväärsetele tõenditele uurimistöödest ja kliinilistest teadmistest, võttes arvesse patsientide väärtusi ja eelistusi, et tõsta teenuse kvaliteeti ning patsiendiohutust (Songur et al., 2018). **Patsiendikesksust** (*patient-centeredness*) võib pidada nii patsiendiohutuskultuuri osaks (patsientide aktiivne kaasamine) kui ka tugeva kultuuri tulemiks, kus soodustatakse koostööd, läbipaistvust ja austust kõikide osapoolte vahel, tõstes töökvaliteeti ning edendades seeläbi patsiendiohutust (Feng et al., 2008; Purnomo et al., 2021; Sammer et al., 2010) Samuti aitab patsientide võimestamine ja raviplaanidesse kaasamine vähendada kahjujuhtumeid ja edendada patsiendiohutust (England, 2016), mõjutades otseselt ka patsientide hinnanguid ohutusele (Choi et al., 2021).

2.3 Patsiendiohutuskultuuri hindamine

Patsiendiohutuskultuuri regulaarne hindamine on oluline (Choi et al., 2021) ning aitab eeskätt tuvastada riske ja ohtusid tervishoiuteenuse parendamiseks (Nieva & Sorra, 2003). Samuti võimaldab see hinnata patsiendiohutuskultuuri tagamisel tekkivate väljakutsete ulatust näiteks kommunikatsiooni, juhtimise ja individuaalsete tegurite näol (Mistri et al., 2023).

Patsiendiohutuskultuuri hindamiseks tervishoiuasutustes kasutatakse enamasti kvantitatiivseid meetodeid (Bartonickova et al., 2021; Halligan & Zecevic, 2011; Nunes et al., 2024), aga ka kvalitatiivseid meetodeid, kus uurimistöö läbiviimiseks kasutatakse peamiselt fookusgrupe või intervjuusid (Alqattan et al., 2019; Shepard et al., 2022). Traditsiooniliselt on keskendunud pigem tervishoiutöötajate ja juhtkonna hinnangutele ning perspektiividele, kuid uuema lähenemisviisina on hakatud kaasama ka patsiente ja nende vaatenurki tervishoiuteenuste uurimisel ja kvaliteedi

parandamisel (Alabdaly et al., 2024; Haruna et al., 2023; Monaca et al., 2020; Venesoja et al., 2020).

Kuigi patsiendiohutuskultuuri hindamiseks kasutatakse erinevaid mõõdikuid, siis enim on maailmas kasutust leidnud töötajatele suunatud küsimustik AHRQ *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), mis on näidanud aktsepteeritavat valiidsust ja reliaablust ning peegeldab patsiendiohutuse peamisi dimensioone nagu meeskonnatöö, kommunikatsioon ja juhtimine (Bartonickova et al., 2021), mis ühtlasi aitavad ennustada ohutusjuhtumistest teatamise sagedust ning üldist arusaama patsiendiohutusest (Etchegaray & Thomas, 2012).

HSOPSC 1.0 versioonist (2004) on antud välja 2019. aastal uus versioon HSOPSC 2.0, mille eesmärk on mõõta just patsiendiohutuskultuuri hetkeseisu ning selgitada välja olemasolevad tugevused ja arendamist vajavad valdkonnad. See küsimustik koosneb 32 väitest, mis on jaotatud kümnesse dimensiooni (Sorra et al., 2021). Kui esialgu keskenduti patsiendiohutuskultuuri hindamisele ainult haiglateskkondades (Nieva & Sorra, 2003; Sexton et al., 2006), siis praeguseks on kohandatud seda küsimustikku ka teistesse tervishoiuvaldkondadesse näiteks esmatasand (Bondevik et al., 2014; Olesen et al., 2024), hooldekodud (Bondevik et al., 2019; Yount et al., 2022) ja kiirabiasutused (Sørskår et al., 2018). Kiirabiasutustes kasutamiseks on modifitseeritud HSOPSC küsimustik (Crowe et al., 2021; Sørskår et al., 2018, 2019), mis võimaldab läheneda patsiendiohutusele organisatsiooni põhiselt ning aitab edaspidi pakkuda võrdlusmomenti ka teiste tervishoiuasutustega (Crowe et al., 2021).

Laiemalt peaks patsiendiohutuskultuuri hindamine olema osa ühest terviklikust mõõtmise ja parendamise süsteemist (de Bienassis et al., 2020), mis hõlmab lisaks eelnevalt kirjeldatud meetoditele ka vigade analüüsimist. Tänapäeval kasutatakse mõiste “viga” asemel pigem terminit **patsiendiohutusjuhtum** (*patient safety incident*), mis viitab ootamatule või tahtmatule juhtumile, mis põhjustas või oleks võinud põhjustada patsiendile kahju (WHO, 2009). Nendest juhtumitest teavitamiseks on kasutusele võetud **patsiendiohutusjuhtumite teavitussüsteemid** (*patient safety incident reporting system*), mis on enamasti vabatahtlikud ja anonüümsed keskkonnad (Noble & Pronovost, 2010), kuhu kogunenud andmete põhjal on võimalik juhtumeid analüüsida ja tagasisidestada.

Siiski ei anna ainult juhtumite analüüsimine terviklikku pilti patsiendiohutuskultuurist (de Bienassis et al., 2020), sest teavitamist võivad mõjutada näiteks tagasiside puudumine ja hirm vastutusele võtmise ees, mis tulenevad süüdistavast keskkonnast (Noble & Pronovost, 2010;

WHO, 2020). Samuti võib esitatud juhtumite hulk olla mõjutatud ravijuhtumite keerukusest ning töötajate kliiniliselt ebapädevast sooritusest (de Bienassis et al., 2020). Seega on patsiendiohutuskultuuri hindamiseks võrdselt olulised nii teaduslikud uurimismeetodid kui ka patsiendiohutusjuhtumite analüüsimine, mis lisaks puudujääkide tuvastamisele, võimaldab ka läbi tagasisidestamise heade praktikate esile tõstmist (de Bienassis et al., 2020).

3. KIIRABITÖÖTAJATE HINNANGUD PATSIENDIOHUTUSKULTUURILE VARASEMATELE UURIMISTÖÖDELE TUGINEDES

3.1 Kiirabitöötajate hinnangud patsiendiohutuskultuurile

Patsiendiohutuskultuuri on kiirabiasutustes võrreldes teiste tervishoiuasutustega veel vähe uuritud (Bigham et al., 2012; Bitan et al., 2019; O'connor et al., 2021; Sørskår et al., 2019; Venesoja et al., 2021). Töö kiirabis on ettearvamatu (Kosydar-Bochenek et al., 2023; O'connor et al., 2021; Venesoja et al., 2021) ning abi antakse pidevalt muutuv keskkonnas, mistõttu kiirabitöötajad peavad toime tulema ebakindlate ja nõudlike olukordadega (St. Pierre et al., 2008). Seetõttu on patsiendiohutuse tagamine raskendatud ning võivad tekkida näiteks vead ravimite manustamisel (Vifladd et al., 2023). Lisaks võib mõjutada patsiendiohutust ka kiirabitöötajate väsimus ja vaimse tervise probleemid (Baier et al., 2018; Patterson et al., 2023) või organisatsiooni nõrk patsiendiohutuskultuur (Crowe et al., 2021).

Sarnaselt teistele tervishoiuasutustele on ka kiirabiasutustes meeskonnatöö, kommunikatsioon ja juhtimismeetmed patsiendiohutuse tagamisel ühed suurimad patsiendiohutuskultuuri mõjutajad (Churruca et al., 2021; Halligan & Zecevic, 2011). Meeskonnatöö kiirabi kontekstis on ainulaadne, sest töö toimub väikestes üksustes ja dünaamilises keskkonnas, kus töögrupp võib suurene teiste tervishoiutöötajate või operatiivteenistuste kaasamisel (Myhr et al., 2024). Seega on hea meeskonnatöö oluline patsiendiohutuse tagamiseks, sest võimaldab efektiivselt aegkriitilistes ja ootamatutes olukordades töötada. Varasemates patsiendiohutuskultuuri hindavates uurimistöodes on kiirabitöötajad olnud kõige rohkem rahul just meeskonnatöö dimensiooniga (Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018, 2019) ning tunnetanud, et üksuses töötatakse ühtse meeskonnana (Erler et al., 2013). Sarnaselt kiirabile on meeskonnatööd kõige paremaks hinnanud ka töötajad erakorralise meditsiini osakondades (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023), mis on oma keskkonnalt kõige sarnasem tervishoiuasutustest.

Puudulik kommunikatsioon on endiselt raskesti ületatavaks probleemiks tervishoiu maastikul ning vigasest suhtlemisest (*communication error*) on tingitud 70% ohujuhtumitest (Guttman et al., 2021). Seega kehv kommunikatsioon mõjutab ka patsiendiohutust kiirabiasutustes. Siiani on kiirabides kommunikatsiooni uuritud enamasti patsiendi üleandmist käsitlevalt või teiste asutustega suhtlemise kontekstis (Shepard et al., 2022), kuid HSOPSC küsimustik hindab ka suhtlemise avatust (sh vigadest rääkimist) organisatsiooni siseselt (Sorra et al., 2021). Kuigi meeskonnatööd ja kommunikatsiooni käsitletakse tihti üheskoos (Alsabri et al., 2022), on

kiirabitöötajad hinnanud kommunikatsiooni erakorralises meditsiinis pigem keskpäraseks (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018).

Patsiendiohutuskultuuri tõstmisel kiirabiasutustes on suur roll ka juhtimisel, mis võimaldab rakendada sobivaid parendusmeetmeid ohutu keskkonna loomiseks (Alshareef, 2024). Tugev juhtimine aitab läbi viia pikemaajalisi ja ulatuslikke programme, mis on tõendus põhised ja hästi dokumenteeritud (Finn et al., 2024). Siinkohal on juhtidel abi ka määrustest ja seadusandlustest, mis pakuvad juhiseid ohutuse tõstmiseks ja kvaliteedi säilitamiseks (Oikonomou et al., 2019). Varasemates uurimustes on kiirabitöötajad hinnanud patsiendiohutuse edendamisel positiivsemalt otsese juhi tegevust ning pidevat õppimist ja parendamist organisatsioonis, kui juhtkonna panust (Alshyyab et al., 2023; Alsabri et al., 2021; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018, 2019). Seega on patsiendiohutuse tagamisel oluline pühendumine juhtimisele, meeskonnatöö arendamisele ning avatud ja toetava kultuuri loomisele (Fausett et al., 2024; Sammer et al., 2010).

3.2 Patsiendiohutuskultuuri dimensioonide omavahelised seosed ja seosed osalejate taustandmetega kiirabiasutustes

Patsiendiohutusele antud üldine positiivne hinnang (väga hea/suurepärane) varasemates uurimistöodes varieerub märgatavalt, kus madalamalt on hinnatud patsiendiohutust erakorralise meditsiini osakondades Jeemenis 39,7% (Alsabri et al., 2021) ja Austraalias 47,2% (Alshyyab et al., 2023), kuid tunduvalt kõrgemalt kiirabiasutustes Norras 60,4% (Sørskår et al., 2018) ja Ameerika Ühendriikides 75% (Erler et al., 2013). Nii Crowe et al. (2021) kui ka Sørskår et al. (2018) on leidnud, et üldine hinnang patsiendiohutusele on kõige tugevamalt seotud juhtide toetusega ning õppimise ja pideva parendamisega organisatsioonis ($\rho=0,58-0,72$). Samuti leidis Sørskår et al. (2018), et üldisel hinnangul patsiendiohutusele on kõige tugevam seos ka personali olemasoluga, kuid Crowe et al. (2021) uurimuses oli vastupidiselt kõige nõrgem seos personali olemasoluga.

Samades uurimustes on keskmisest madalamaks hinnatud patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedust (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018) ning viimase 12 kuu jooksul ei olnud ühestki juhtumist teatanud 39,9–48,1% vastanutest (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Sørskår et al., 2018). Kuna patsiendiohutusjuhtumitest teavitamist soodustavad kõige enam juhtkonna toetus, vigadest rääkimine ning pidev õppimine ja parendamine (Crowe et al., 2021; Sørskår et al., 2018), siis võis patsiendiohutusjuhtumitest mitte

teavitamine olla tõenäoliselt seotud puuduliku kommunikatsiooni, meeskonnatöö ning teavitamisprotsessidega organisatsioonis (Venesoja et al., 2023).

Hinnanguid patsiendiohutuskultuurile võivad mõjutada ka erinevad taustategurid ning tervishoiuasutustes on leitud seoseid, kus näiteks kõrgema vanuse ja tööstaažiga töötajate (Nyberg et al., 2024) ning juhtide hinnangud patsiendiohutusele on positiivsemad (Alanazi & Falqi, 2023). Siiski ei ole ilmnunud märkimisväärseid seoseid hinnangus patsiendiohutusele kiirabitöötajate vanuse, tööstaaži ega muude taustaandmete lõikes (Alsabri et al., 2021; Toren et al., 2021) ning seni on leitud, et hinnanguid mõjutavad pigem organisatsioonipoolsed tegurid (Venesoja et al., 2021). Seetõttu on vajalik ka nende seoste põhjalikum uurimine (Kosydar-Bochenek et al., 2023), sest sellekohaseid uuringuid on järeltuste tegemiseks vähe.

4. METOODIKA

4.1 Metodoloogilised lähtekohad

Uurimistöö on oma olemuselt kvantitatiivne, empiiriline ja kirjeldav läbilõikeuring. Kvantitatiivses uurimistöös otsitakse vastust uurimistöö küsimustele läbi mõõtmistulemuste kasutades andmete kogumiseks vaatlust, mõõtmist või loendamist. Kogutakse numbrilised andmed, mille analüüsimisel on võimalik leida uuritavat nähtust iseloomustavad tunnused ning seda kirjeldada. (Gray et al., 2017.) Kirjeldav meetod sobib hästi probleemide kindlaks tegemiseks ning hinnangute andmiseks (Burns & Grove, 2009, 237), sest uurija ei sekku ega kontrolli uurimiskeskonda (Burns & Grove, 2009, 35).

Valitud metoodika võimaldab uurida nähtusi, mida pole eelnevalt uuritud või mida on vähe uuritud, st mille kohta on vähe teadmisi. Läbilõikeline uuringudisain sobib nähtuse kirjeldamiseks mingil kindlal ajahetkel. (Gray et al., 2017.) Kvantitatiivne meetod on antud uurimistöö puhul sobivaim, sest see toetab uurimistöö eesmärgi saavutamist ja küsimustele vastuste leidmist. Saadavad andmed on mõõdetavad ja numbrilised ning nähtust on selliselt ka varem uuritud.

4.2 Uuritavad ja nende värbamine

Uurimistöösse kutsuti osalema kõik 10 Eestis kiirabiteenust osutavat asutust. Kiirabiasutuste osalemine kooskõlastati Eesti Kiirabi Liiduga ning uurimistöö läbiviimiseks taotleti luba Tartu Ülikooli eetikakomiteelt (Lisa 1). Kolm asutust loobus uurimistöös osalemisest.

Uurimistöö viidi läbi seitsmes kiirabiteenust osutavas asutuses – AS Karell Kiirabi, Kuressaare Haigla SA, AS Lõuna-Eesti Haigla, SA Narva Haigla, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla, Tallinna Kiirabi ja SA Tartu Kiirabi. Uuritavateks olid kõik kiirabis töötavad õed, arstid, kiirabitehnikud ning administratiiv ja tugitöötajad (N=1866) seisuga detsember 2024. Uuritavate valimisse arvamise kriteeriumiks oli hetkel kehtiv töösuhe kiirabiasutusega.

Uuritavate värbamiseks võeti ühendust kõikide kiirabiasutuste juhtide ja/või õendusjuhtidega, kes jagasid kutset uurimistöösse oma personalile e-posti teel. Uurimisperiood algas 16.september esimese kutsega ning lõppes 18.oktoober. Vahepealse perioodi jooksul saadeti uuritavatele kaks meeldetuletavat e-kirja. Asutustele pakuti võimalust kohtuda infotunniks uurijaga, kuid sellest loobuti. Samuti loobuti paber kandjatel postritest.

4.3 Andmete kogumine

Andmete kogumiseks kasutati küsimustikku HSOPSC 2.0, mis võimaldab hinnata mil määral patsiendiohutuskultuur toetab patsiendi ohutust ja ohutuspraktikaid. Küsimustikus muudeti taustaandmeid, mida on lubatud muuta vastavalt organisatsioonile (Sorra et al., 2021) ning väidete puhul kasutati „haigla“ asemel väljendit „kiirabiasutus“. Küsimustik sisestati eesti ja vene keeles TÕ LimeSurvey keskkonda elektrooniliseks täitmiseks, kus tagati vastamisel anonüümsus.

Kõik Ameerika Ühendriikides väljatöötatud *The Agency for Healthcare Research and Quality Surveys on Patient Safety Culture*TM on läbinud range arendus- ja testimisprotsessi. Küsimuste koostamisel on kasutatud ühtset metoodikat, suurt valimit ning need on standardiseeritud ja valideeritud patsiendiohutuskultuuri mõõtmiseks. (AHRQ, 2024.) HSOPSC 2.0 küsimustiku kasutamiseks Eestis on Tartu Ülikool saanud kirjaliku nõusoleku AHRQ-t (Asi et al., 2024), millest on praeguseks olemas Eesti konteksti tõlgitud ja valideeritud versioon nii eesti- kui venekeeles (vt lisa 2 ja 3). Küsimustik koosneb 10 dimensioonist, mida hinnatakse 32 väite abil 5 astmelisel Likert tüüpi skaalal (Sorra et al., 2021). Lõpus on võimalik vastajatel jätta vabas vormis kommentaar patsiendiohutuse kohta enda kiirabiasutuses.

4.4 Andmete analüüs

Küsimustiku avas 361 uuritavat, täitmist alustas 200, kellest 58 vastas ainult esimesele kolmele küsimusele ning 20 jõudis poole peale. Kvaliteetsemaks analüüsimiseks kaasati ainult terviklikult täidetud küsimustikud, mis teeb lõplikuks vastamismääraks 6% (n=122). Andmete korrastamiseks sisestati küsimustiku andmed tabelarvutusprogrammi MS Excel ja korrastatud andmete analüüsimiseks kasutati statistikaprogrammi STATA 14. Andmete analüüsimise aluseks võeti juhend “AHRQ Hospital Survey 2.0 User’s Guide (Sorra et al., 2021), kus on kirjeldatud kõik vajalikud sammud andmete kogumiseks, analüüsimiseks ning tõlgendamiseks.

Tulemuste selgemaks analüüsimiseks ja taustmuutujate ning patsiendiohutuskultuuri hinnangute võrdlemiseks moodustati taustmuutujate sisesed grupid. Taustmuutujate (vanus, staaž praegusel ametikohal, staaž praeguses asutuses, töökoormus) gruppide loomisel lähtuti printsiibist, et gruppidesse ei jääks vähem kui 20 uuritavat, mistõttu osad vastusevariandid koondati uue nimetaja alla.

Sõltuvalt tunnuse tüübist kasutati selle iseloomustamiseks erinevaid statistilisi näitajaid. Aritmeetiline keskmine arvutati, et näidata läbilõikelist vastust uuritavale küsimusele (keskväärtus) ning standardhälve (SD) iseloomustamaks vastuste hajuvust keskmise ümber (Rootalu, 2014). Mitteamuliste tunnuste (taustamuutujate ja uuritavad muutujad) kirjeldamiseks on esitatud absoluutne (n) ja suhteline sagedus.

Taustandmete ja patsiendiohutuskuultuurile antud hinnangute vaheliste seoste leidmiseks kasutati Fisherit täpset testi, mis võimaldab hinnata, kas võrreldavate gruppide vahelised suhtelised sagedused on statistiliselt olulised. Tavapäraselt kasutatakse Fisherit täpset testi väikese valimi puhul ning kui üle 20% sagedustabeli lahtrites jääb vastanute arv alla viie. (Kim, 2017.) Statistilise olulisuse piiriks määrati $p < 0,05$ (Zhu, 2016). Patsiendiohutuskuultuuri dimensioonide omavaheliste seoste leidmiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi, kus ρ (rho) väärtusest lähtuvalt saab määrata seose tugevuse ja suuna skaalal -1 kuni +1. Üldlevinud tõlgendus on, et koefitsent $< 0,1$ näitab tühist ja $> 0,9$ väga tugevat seost, vahepealsed väärtuseid ei ole ühtselt määratletud (Schober et al., 2018). Selles töös on aluseks võetud, et 0,2–0,39 tähistab nõrka, 0,4–0,59 keskmist, 0,6–0,79 mõõdukalt kõrget ning $> 0,8$ tugevat seost (Zhu, 2016).

Tuginedes “AHRQ Hospital Survey 2.0 User’s Guide” (Sorra et al., 2019) juhendile loodi patsiendiohutuskuultuuri hinnangute tulemuste kirjeldamiseks uued kategooriad ühendatud vastusevariantidega. A, B, F jaotise iga väite juures koondati vastusevariandid kolme gruppi – „üldse ei nõustu/ei nõustu“, „erapooletu“ ja „nõustun/täiesti nõustun“ ning C jaotise juures vastavalt – „mitte kunagi/harva“, „mõnikord“ ja „tihti/alati“. Lisaks jäeti vastamisprotsentide arvutamisel välja vastusevariant „Ei oska öelda või ei tea“ vastused. D ja E jaotise kirjeldamisel vastuseid ei koondatud. D jaotise puhul loetakse positiivseks vastusevariant „tihti“ või „alati“ ning vähemalt ühest patsiendiohutusjuhtumist teavitamise 12 kuu jooksul. E jaotises on positiivseks hinnanguks „väga hea“ või „suurepärase“.

Ühtlasi arvutati välja iga dimensiooni kohta keskmine positiivsete hinnangute skoor. Selleks leiti iga väite keskmine positiivsete hinnangute osakaal (negatiivsete väidete puhul keskmine negatiivsete hinnangute osakaal) ja arvutati välja nende osakaalude keskmine väärtus. Vastavalt küsimustiku juhendile jäeti positiivsete hinnangute keskmise skoori arvutamisel koguhulgast välja vastusevariant „Ei oska öelda või ei tea“ vastused. Negatiivselt sõnastatud väited kodeeriti ümber (*reverse coded*).

Vabas vormis jäetud kommentaari jätsid 23 osalejat, välja arvati 3 kommentaari (“ei oska midagi lisada”). Uurimistöösse kaasati kommentaarid, mis puudutasid küsimustikku, sest need andsid väärtuslikku informatsiooni küsimustiku sobivuse kohta kiirabikontekstis. Kuna uurimistöö viidi läbi erinevates asutustes ning tavapäraselt kasutatakse kommentaare asutusepõhise tagasiside andmiseks, siis patsiendiohutuse kohta jäetud kommentaare eraldi ei analüüsitud. Samuti leiti, et uurimistöö eesmärgi saavutamiseks ja uurimisküsimustele vastamiseks piisab kvantitatiivsete andmete analüüsimisest.

4.5 Uurimistöö usaldusväarsus

Uurimistöö usaldusväarsuse tagamiseks kasutati valideeritud küsimustikku SOPS Hospital Survey 2.0, mida on varasemalt kasutatud rahvusvaheliselt paljudes erinevates haiglates (AHRQ, 2024). Sama küsimustiku on kohaldanud Crowe jt (2021) ning Sørskår jt (2018) patsiendiohutuskultuuri hindamiseks kiirabides. Crowe jt (2021) kombineerisid oma adaptiooni erinevatest HSOPSC küsimustikest, kust valiti koostöös ekspertidega 10 kiirabikonteksti sobivaimat dimensiooni ning muudeti väidete sõnastusi kiirabitöötajatele paremini mõistetavaks. Sørskår jt (2018) kasutasid Norras valideeritud HSOPSC küsimustikku, millele juba oli lisatud üks originaalküsimustikust erinev dimensioon (*stop working in dangerous situations*), kuid kiirabides kasutamiseks muudeti ainult vähesel määral väidete sõnastust. Mõlemad uurimistööd näitasid originaalküsimustikuga sarnaseid psühhomeetrilisi omadusi. Sisereleiaabluse koefitsent ehk Cronbach'i alfa (α) oli vastavalt Crowe jt (2021) $\alpha = 0.65\text{--}0.88$ ning Sørskår jt (2018) Cronbach'i $\alpha = 0.65\text{--}0.88$.

Selles uurimistöös kasutati küsimustikku teises sihtrühmas (kiirabiasutused mitte haiglad), mistõttu arvutati HSOPSC küsimustiku sisemise kooskõla hindamiseks Cronbach'i α väärtused iga dimensiooni kohta, mida võrreldi originaalküsimustiku (AHRQ, 2025) ning Eestis valideeritud eestikeelse küsimustiku (Asi et al., 2024) dimensioonide sisereleiaabluse näitajatega (vt tabel 2).

5. TULEMUSED

5.1 Uuritavate taustaandmed

Uurimistöös osales 6 % (n=122) kiirabitöötajat seitsmest kiirabiasutusest (N=1866), kellest 97,5% töötas kiirabibrigaadis. 80% uuringus osalejatest olid naised ning uuritavate keskmine vanus oli 41,5 aastat (min 21, max 66). 16% (n=13) vastas küsimustikule vene keeles. Valdav enamus vastajatest olid rakenduskõrgharidusega kiirabitöötajad (63,1%) ja 79,5% töötasid õe ametikohal. Pooled küsitletutest (50,8%) töötasid kiirabiasutuses täiskoormusega, 45,9% vastanutest töötas juhtival ametikohal ning suuremal osal (90,2%) oli otsene kontakt patsiendiga. Staaž praegusel ametikohal ning staaž praeguses asutuses jagunes üsna võrdselt kolme kategooria vahel, kust mõlema puhul on näha veidi suuremat osakaalu „kuni 5 aastat“ ja „11 või enam aastat“ vastanute puhul. Uuritavate taustaandmed on esitatud tabelis 1.

Tabel 1. Uuritavate taustaandmed (N=122)

Taustaandmed	n (%)	Taustaandmed	n (%)
Sugu		Haridus	
Naine	80 (65,6)	Kutseharidus	16 (13,1)
Mees	41 (33,6)	Rakenduskõrgharidus	77 (63,1)
Ei soovi vastata	1 (0,8)	Magistrikraad	29 (23,8)
Vanuserühm		Amet	
<34	42 (34,4)	Arst	10 (8,2)
35-44	32 (26,3)	Õde/ämmaemand	97 (79,5)
45-54	26 (21,3)	Kiirabitehnik	14 (11,5)
55<	21 (17,2)	Tugiteenistus/administratiiv	1 (0,8)
Ei soovi vastata	1 (0,8)		
Juhtiv ametikoht		Kontakt patsiendiga	
Jah	56 (45,9)	Jah	110 (90,2)
Ei	66 (54,1)	Ei	12 (9,8)
Osakond		Töökoormus	
Kiirabibrigaad	119 (97,5)	Osakoormus (kuni 40h nädalas)	31 (25,4)
Ravitöö tugiteenistus	1 (0,8)	Täiskoormus (40h nädalas)	62 (50,8)
Administratsioon	2 (1,6)	Rohkem kui täiskoormus (40h + ületunnid või teine töökoht)	29 (23,8)
Staaž praegusel ametikohal		Staaž praeguses asutuses	
Kuni 5 aastat	42 (34,5)	Kuni 5 aastat	40 (32,7)
6-10 aastat	33 (27,0)	6-10 aastat	37 (30,3)
11 või enam aastat	47 (38,5)	11 või enam aastat	45 (37,0)

Küsimustikule jäeti 20 sisulist kommentaari. Kuus vabas vormis jäetud vastust käsitlesid küsimustikku. Uuritavad tundsid, et küsimustik on suunatud pigem haiglakeskkonnas kasutamiseks, sest mõningatele küsimustele oli kiirabi vaatenurgast keeruline vastata (nt patsiendi üleandmine, väited F4, F5, F6). Ülejäänud kommentaarid puudutasid patsiendiohutust vastanute asutustes.

5.2 Uuritavate hinnangud patsiendihutuskultuurile

5.2.1 Patsiendihutuskultuurile antud hinnangute kirjeldus ja reliaablus

Kirjeldav statistika on esitatud tabelis 2. Kõige kõrgemaks hinnati enda asutuses „meeskonnatöö“ dimensiooni (keskmine 4,0, SD=0,63), kõige madalamaks „patsiendihutusjuhtumitest teavitamist“ (keskmine 2,85, SD=1,25) ja „käitumist vigade korral“ (keskmine 2,9, SD=0,89). Cronbach'i alfa väärtused jäid üldiselt aktsepteeritud vahemikku 0,59-0,88, välja arvatud „meeskonnatöö“, mille $\alpha=0,45$.

Tabel 2. Aritmeetilised keskmised, standardhälve (SD) ja HSOPSC Cronbach'i alfa väärtused

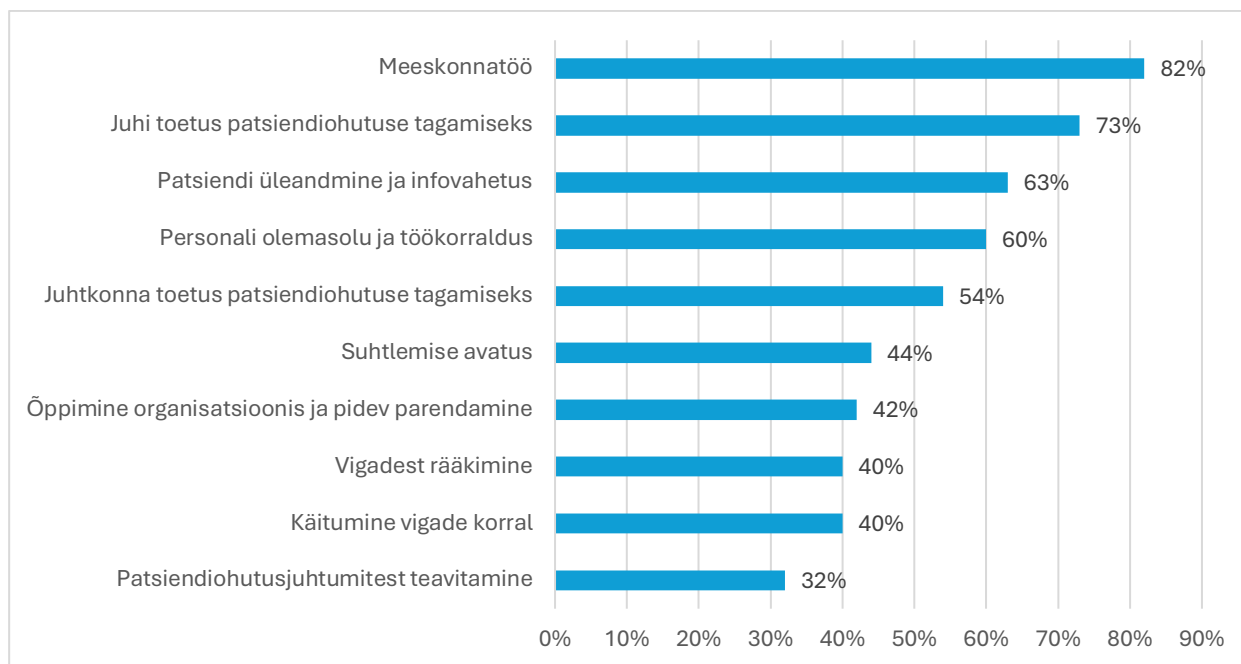
HSOPS moodsiku dimensioonid	Väide	Väite keskmine	Väite SD	Dimensiooni keskmine	Dimensiooni SD	α^a	α^b	α^c
1.Meeskonnatöö	A1	4,3	0,67	4,0	0,63	0,45	0,76	0,63
	A8	4,1	0,79					
	A9	3,4	1,09					
2.Personali olemasolu ja töökorraldus	A2	3,7	1,06	3,6	0,75	0,59	0,67	0,67
	A3	3,3	1,12					
	A5	3,7	1,08					
	A11	3,4	0,95					
3.Õppimine organisatsioonis ja pidev parendamine	A4	3,5	1,12	3,1	0,82	0,68	0,76	0,72
	A12	3,1	1,06					
	A14	2,5	0,89					
4.Käitumine vigade korral	A6	2,8	1,09	2,9	0,89	0,81	0,83	0,78
	A7	2,7	1,11					
	A10	3,3	1,06					
	A13	2,9	1,11					
5.Juhi toetus patsiendihutuse tagamiseks	B1	3,9	0,83	3,8	0,90	0,76	0,77	0,71
	B2	3,7	0,91					
	B3	3,7	0,95					
6.Vigadest rääkimine	C1	3,2	0,99	3,3	1,08	0,83	0,89	0,86
	C2	3,2	1,11					
	C3	3,5	1,13					
7.Suhtlemise avatus	C4	3,4	1,01	3,4	1,02	0,70	0,83	0,76
	C5	3,2	1,04					
	C6	3,6	0,97					
	C7	3,3	1,05					
8.Patsiendihutusjuhtumitest teavitamine	D1	2,9	1,32	2,85	1,25	0,88	0,75	0,76
	D2	2,8	1,18					
9.Juhtkonna toetus patsiendihutuse tagamiseks	F1	3,7	0,94	3,3	0,97	0,76	0,77	0,83
	F2	3,5	0,97					
	F3	2,8	1,02					
10.Patsiendi üleandmine ja infovahetus	F4	3,5	0,94	3,6	0,96	0,71	0,72	0,67
	F5	3,7	0,88					
	F6	3,5	1,05					

a) Selle uurimistöö, b) originaalküsimustiku ja c) Eestis valideeritud eestikeelse küsimustiku Cronbachi α väärtused dimensioonide kaupa

5.2.2 Patsiendihutuskultuuri koondnäitajad

Kümnest dimensioonist (Joonis 3) hinnati kõige kõrgemalt meeskonnatööd (82%) ning juhi toetust patsiendihutuse tagamiseks (73%), kõige madalamalt patsiendihutusjuhtumitest teavitamist

(32%), käitumist vigade korral (40%) ja vigadest rääkimist (40%). Täpsem positiivsete hinnangute jaotus Lisa 4.



Joonis 3. Patsiendiohutuskultuuri dimensioonide positiivsete hinnangute osakaal (%)

5.2.3 Hinnangud meeskonnatööle ja tööle üksustes

Uuritavatest 95,9% nõustus, et nende üksuses töötatakse tõhusa meeskonnana ning 89,2% tundis, et kiirel ajal aitavad üksuse töötajad teineteist. 71,3% vastanutest arvas, et üksuses on piisavalt töötajaid töökoormusega toimetulemiseks, mistõttu 58,2% ei nõustunud, et tööpäevad venivad pikemaks kui on patsiendiohutuse aspektist optimaalne. 69,3% arvates ei ole liiga palju ajutisi- või abitöötajaid ning 61,6% ei nõustu, et töötempo oleks nii kiire, et mõjutaks patsiendiohutust.

63,5% kiirabitöötajatest nõustus, et üksuses vaadatakse regulaarselt üle tööprotsesse patsiendiohutuse parendamiseks ja 44,3% arvates vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, kuid siiski 56% leidis, et samade patsiendiohutusprobleemide kordumine on võimalik. Kuigi pooled uuritavatest (51,4%) leidsid, et töötajate eksimuste korral keskendutakse pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele, siis 42% tunneb, et tehtud vigu pannakse neile pahaks, 44,5% arvas, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga kui põhjusega ning 37,9% tundis, et puudub piisav tugi töötajatele patsiendiohutuslaste vigadega toimetulemiseks. Hinnangud meeskonnatööle ja tööle üksustes on esitatud tabelis 3.

Tabel 3. Hinnangute jaotus meeskonnatööle ja tööle üksustes

A. Hinnang tööle üksustes	Üldse ei nõustu/ei nõustu n(%)	Erapooletu n(%)	Nõustun/täiesti nõustun n(%)	Väitele vastanuid kokku* n=100%
1.Töötame üksuses/osakonnas töhusa meeskonnana	3(2,5%)	2(1,6%)	117(95,9%)	122
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	20(17,4%)	13(11,3%)	82(71,3%)	115
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	60(58,2%)	15(14,6%)	28(27,2%)	103
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	21(21,9%)	14(14,6%)	61(63,5%)	96
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	79(69,3%)	14(12,3%)	21(18,4%)	114
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	37(34,6%)	25(23,4%)	45(42,0%)	107
7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	31(30,7%)	25(24,8%)	45(44,5%)	101
8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	6(5,0%)	7(5,8%)	107(89,2%)	120
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	68(61,8%)	16(14,6%)	26(23,6%)	110
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	30(28,6%)	21(20,0%)	54(51,4%)	105
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	69(61,6%)	23(20,5%)	20(17,9%)	112
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	28(31,8%)	21(23,9%)	39(44,3%)	88
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	43(41,7%)	21(20,4%)	39(37,9%)	103
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	18(16,5%)	30(27,5%)	61(56,0%)	109

5.2.4 Hinnangud kommunikatsioonile

Kuigi veidi üle poolte (51,4%) uuritavatest nõustub, et üksuses teavitatakse neid muudatustest, mis tehakse teatud juhtumite põhjal, siis 33,3% sõnul teavitatakse neid üksuses aset leidnud patsiendiohutusega seotud vigadest ning 37,3% hinnangul arutatakse võimalusi esimuste kordumise vältimiseks. Üle poolte vastanutest (53,9%) leiavad, et kui töötajad võtavad sõna patsiendiohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil olevad isikud arutelule avatud. Siiski veerand vastanutest (26%) kardab küsimusi esitada isegi siis, kui neile miski õige ei tundu. Samas 47,3% tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada ning 31,3% juhivad tähelepanu, kui kõrgemal ametipositsioonil asuv kolleeg on tegemas midagi ebatavalist patsientide jaoks. Hinnangud kommunikatsioonile on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. Hinnangud kommunikatsioonile.

C.Kommunikatsioon	Mitte kunagi/harva n(%)	Mõnikord n(%)	Tihti /alati n(%)	Väitele vastanud kokku* n=100%
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	26(23,4%)	48(43,3%)	37(33,3%)	111
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	31(28,2%)	38(34,5%)	41(37,3%)	110
3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	19(18,1%)	32(30,5%)	54(51,4%)	105
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	20(17,9%)	39(34,8%)	53(47,3%)	112
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhvivad nad sellele tähelepanu	24(25,0%)	42(43,7%)	30(31,3%)	96
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	12(11,8%)	35(34,3%)	55(53,9%)	102
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	46(44,2%)	31(29,8%)	27(26,0%)	104

5.2.5 Hinnangud vahetule juhile ning kiirabiasutusele

Uuritavatest 78,7% nõustus, et nende vahetu juht suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse ning 72,4% arvates tegeleb nende vahetu juht patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse. Vaid 15,1% leidis, et vahetu juht eeldab kiirel ajal veel kiiremini töötamist, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis. Hinnangud vahetule juhile on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Hinnangud vahetule juhile.

B.Hinnangud juhile/juhatajale	Üldse ei nõustu/ei nõustu n(%)	Erapooletu n(%)	Nõustun/täiesti nõustun n(%)	Väitele vastanud kokku* n=100%
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	11(10,2%)	12(11,1%)	85(78,7%)	108
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	73(68,9%)	17(16,0%)	16(15,1%)	106
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	18(17,1%)	11(10,5%)	76(72,4%)	105

Peaaegu pooled (47,1%) vastajatest leidsid, et juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist. Samas 67,9% arvates viitab juhtkonna tegevus patsiendiohutuse esmatähtsusele kiirabis ning 61,7% meelest tagab juhtkond piisavalt ressursse patsiendiohutuse

parandamiseks. Üle poolte (56,9%) leiab, et valvevahetustel on piisavalt aega olulise info edastamiseks ning ühest üksusest teise viimisel (63,6%) ja valvevahetuse ajal patsienti puudutav oluline info (67%) ei jää edastamata. Hinnangud kiirabiasutusele on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Hinnangud kiirabiasutusele

F.Hinnangud kiirabiasutusele	Üldse ei nõustu/ei nõustu n(%)	Erapooletu n(%)	Nõustun/täiesti nõustun n(%)	Väitele vastanud kokku* n=100%
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	16(14,3%)	20(17,8%)	76(67,9%)	112
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	21(19,6%)	20(18,7%)	66(61,7%)	107
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	34(33,3%)	20(19,6%)	48(47,1%)	102
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	63(63,6%)	19(19,2%)	17(17,2%)	99
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	68(67,0%)	22(21,4%)	12(11,6%)	103
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	21(20,6%)	23(22,5%)	58(56,9%)	102

5.2.6 Hinnangud patsiendiohutusele ja patsiendiohutusjuhtumitest teavitamisele

Tabel 7. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus

D.Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus	Mitte kunagi n(%)	Harva n(%)	Mõnikord n(%)	Tihti n(%)	Alati n(%)	Ei oska öelda või ei tea n(%)
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	13(10,7%)	22(18,0%)	15(12,3%)	16(13,1%)	11(9,0%)	45(36,9%)
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	10(8,2%)	24(19,7%)	24 (19,7%)	13(10,7%)	9(7,4%)	42(34,4%)
D.Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus	Mitte ühestki n(%)	1 kuni 2 n(%)	3 kuni 5 n(%)	6 kuni 10 n(%)	11 või rohkem n(%)	Kokku n(%)
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	86(70,5%)	27 (22,1%)	6 (4,9%)	2 (1,6%)	1 (0,8%)	122(100%)
E.Hinnang patsiendiohutusele	halb n(%)	rahuldav n(%)	hea n(%)	Väga hea n(%)	Suurepärase n(%)	Keskmine/SD
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	4 (3,3%)	34 (27,9%)	59 (48,4%)	24 (19,7%)	1 (0,8%)	2,9/0,792

Uuritavatest 22,1% teavitas tihti/alati ohutusjuhtumist, mis lahendati enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist ning 18,1% teavitas ohutusjuhtumist, mis leidis aset patsiendiga tegelemise

käigus ja oleks võinud patsiendi kahjustada, kuid ei kahjustanud. Mõlema väite puhul ligi 1/3 uuritavatest „ei osanud öelda või ei teadnud”. Viimase 12 kuu jooksul oli ühest või enamast patsiendiohutusjuhtumist teatanud 29,4% (vt tabel 7). Uuritavate üldine hinnang patsiendiohutusele oli hea (48,4%), kuid väga heaks või suurepäraseks hindas patsiendiohutust oma kiirabiasutuses vaid 1/5 uuritavatest (20,5%).

5.3 Seosed patsiendiohutuskultuuri dimensioonide vahel

Tabelis 8 on esitatud seosed patsiendiohutuskultuuri dimensioonide vahel. Hinnangul patsiendiohutusele leiti statistiliselt olulised positiivsed seosed kõikide dimensioonidega välja arvatud personali olemasolu ja töökorraldus ning patsiendi üleandmine ja infovahetused. Personalit olemasolu ja töökorraldus oli ühtlasi ainus dimensioon, millel ei leitud ühtegi statistiliselt olulist seost teiste dimensioonidega.

Kõige tugevamalt on hinnang patsiendiohutusele seotud õppimise ja pideva parendamisega organisatsioonis ($\rho=0,47$, $p<0,01$) ning juhtkonnatoetusega patsiendiohutuse tagamiseks ($\rho=0,46$, $p<0,01$). Kõige tugevam statistiliselt oluline positiivne seos leiti patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise ja vigadest rääkimise vahel ($\rho=0,54$, $p<0,01$), samuti suhtlemise avatusega ($\rho=0,50$, $p<0,05$) ning õppimise ja parendamisega organisatsioonis ($\rho=0,47$, $p<0,01$).

Tabel 8. Spearmani rho (ρ) korrelatsioon patsiendiohutuskultuuri dimensioonide vahel

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Meeskonnatöö										
2.Personali olemasolu ja töökorraldus	0,23									
3.Õppimine organisatsioonis ja pidev parendamine	0,21	0,26								
4.Käitumine vigade korral	0,29*	0,26	0,43**							
5.Juhi toetus patsiendiohutuse tagamiseks	0,25	0,16	0,30*	0,29*						
6.Vigadest rääkimine	0,16	0,13	0,45**	0,26	0,27*					
7.Suhtlemise avatus	0,28*	0,15	0,35**	0,33*	0,36**	0,42**				
8.Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine	0,20	0,17	0,47**	0,32*	0,31*	0,54**	0,50*			
9.Juhtkonna toetus patsiendiohutuse tagamiseks	0,32**	0,18	0,35**	0,33**	0,31**	0,39**	0,31*	0,43**		
10.Patsiendi üleandmine ja infovahetus	0,22	0,25	0,19	0,22	0,23	0,17	0,22	0,24	0,31**	
Hinnang patsiendiohutusele	0,29**	0,24	0,47**	0,35**	0,37**	0,37**	0,41**	0,37**	0,46**	0,20

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

5.4 Seosed uuritavate taustandmete ja patsiendiohutuskultuurile antud positiivsete hinnangute vahel

Nende andmete põhjal ei leitud seoseid patsiendiohutuskultuurile antud hinnangutele sõltuvalt haridustasemest või praeguse ametikoha staažist. Statistiliselt oluline erinevus leiti vanuse puhul, kus kõige noorem vanuserühm (<35 aastat) leidis, et üksuses tegeletakse ohujuhtumi teavitamisel pigem probleemiga, mitte probleemi põhjustajaga ($p<0,05$). Vanusest mõjutatud oli ka patsiendiohutusega seotud sündmustest teavitamine, mis puhul kõige vähem (9,5%) teavitasid kõige vanema (>55 aastat) vanuserühma esindajad ($p<0,001$).

Ligi 50% naistest leidis, et üksuses vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud ($p<0,05$). Samas jäid mehed pigem erapooletuks küsimuses, et kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse ($p<0,01$). Vigadest teavitamist enne patsiendini jõudmist hindasid kõrgemalt need töötajad, kellel puudus otsene kontakt patsiendiga ($p<0,01$).

Staaž praeguses kiirabiasutuses mõjutas hinnangut tööle ühtse meeskonnana, kus vahemikus 6-10 aastat töötanud uuritavad hinnang oli 100% positiivne ($p<0,05$). Sõltuvalt staaži pikkusest leiti statistiline oluline erinevus ka hinnangus oma üksuse patsiendiohutusele, kus kehtis seos, et staaži suurenedes positiivne hinnang langeb ($p<0,05$). Lisaks staažile mõjutas hinnanguid ka praegune töökoormus. Täiskoormusega töötajad tunnevad, et kiirel ajal aidatakse üksteist rohkem ($p<0,05$) ning rohkem kui täiskoormusega töötajad leiavad, et töötempo on nii kiire, et mõjutab patsiendiohutust negatiivselt ($p<0,05$).

Õed leidsid, et üksuses on olemas piisavalt töötajaid, et töökoormusega toime tulla ($p<0,01$), samas kui kiirabitehnikud jäid pigem erapooletuks. Kuid kiirabitehnikute arvates ei teavitata töötajaid piisavalt, kui üksuses leiab aset patsiendiohutusega seotud juhtum ($p<0,05$). Mitte juhtival ametikohal töötav personal tunneb, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks ($p<0,01$).

Personal, kes ei puutu otseselt kokku patsiendiga, leidis, et üksuses toimuvatest eksimuste korral arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks ($p<0,05$), teatatud juhtumite põhjal tehakse muudatusi ja neist teavitatakse ($p<0,05$) ning üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada ($p<0,05$). Kirjeldavad tabelid on leitavad Lisa 5.

6. ARUTELU

6.1 Peamised tulemused

Antud valimi põhjal oli vastajate üldine hinnang patsiendiohutuskultuurile enda asutustes keskmine (hea 48,4%). Patsiendiohutuskultuurile antud positiivsete hinnangute osakaal jäi vahemikku 32-82%. Hinnangul patsiendiohutusele leiti statistiliselt olulised positiivsed seosed peaaegu kõikide dimensioonidega, sellele järgnesid seoste arvu poolest vastavalt juhtkonna toetus patsiendi ohutuse tagamiseks ning õppimine organisatsioonis ja pidev parendamine. Kiirabitöötajate taustaandmete ja hinnangute vahel märkimisväärseid seoseid ei leitud.

Olulisemate tulemustena leiti selles uurimistöös kaks peamist teemat, milleks on üldine hinnang patsiendiohutusele, mis on seotud juhtkonna toetuse ning õppimise ja pideva parendamisega organisatsioonis, ning patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine, mis on seotud vigadest rääkimise, suhtlemise avatuse ning õppimise ja pideva parendamisega organisatsioonis.

Kuigi patsiendiohutust oma asutuses hindasid peaaegu pooled (48,4%) heaks, siis väga heaks/suurepäraseks vaid 20,5% vastanutest, mis on võrreldes varasemate uurimustega tunduvalt madalam (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018). Selle põhjus võib peituda asjaolus, et Eesti kiirabiteenust puudutavates arengukavades (Sotsiaalministeerium, 2006, 2012) ei ole siiani patsiendiohutust eraldi eesmärgina käsitletud, mistõttu pole see tõenäoliselt olnud ka kiirabiasutuste prioriteetide seas. Patsiendiohutuse tagamisel ja väärtuste kujundamisel on võtmeroll juhtimisel ehk organisatsioonil endal ning kui puuduvad riiklikud suunised, siis paratamatult on põhitegevus suunatud pakilisemate probleemide lahendamisele kuivõrd ohutuskultuuri arendamisele. Kokkuvõttes peegeldub see ka asutuste töötajate suhtumises ja hinnangutes patsiendiohutusse, mida toetavad ka selles uurimistöös leitud seosed, et hinnang patsiendiohutusele on seotud õppimise ja pideva parendamisega organisatsioonis ning juhtkonnatoetusega patsiendiohutuse tagamisel. Samu seoseid kinnitavad ka Crowe et al. (2021) ja Sørskår et al. (2018), kus nende seoste tugevus oli isegi mõnevõrra kõrgem.

Kuigi kiirabiasutustes tegeletakse töötajate koolitamisega pidevalt, siis puudu on süsteemne lähenemine patsiendiohutusele. Seda näitlikustavad ka selles uurimistöös saadud tulemused, kus üle poolte vastanutest leidis, et samade patsiendiohutuse probleemide kordumine võimalik, kuigi asutuses vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutusega seotud protsesse. Kui kiirabijuhtkond seab eesmärgiks patsiendiohutuse, siis kajastub see ka õppimis- ja arendustegevustes ning läbi

ühtse tervikliku käsitluse on võimalik tõsta patsiendiohutuskuultuuri (Mistri et al., 2023). Lisaks peavad juhtkonna tegevust toetama ka kindlad suunised, mis võimaldaksid turvaliselt ja eesmärgipäraselt muudatuste läbiviimist ning tagaksid selleks piisavad ressursid.

Kõige madalamaks hinnati patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedust (32%), kuid ligi 1/3 uuritavatest valisid vastusevariandi „ei osanud öelda või ei teadnud“. Ka varasemates uurimistöodes on patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus olnud üks kõige madalamalt hinnatud dimensioone (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018), kuid enamus valimist on omanud siiski seisukohta ja vastamata on jätnud vaid üksikud. Madalale teavitamise sagedusele võib lähtuvalt Eesti kontekstist olla üks põhjendusi ühtsete teavitussüsteemide puudumine. Kuigi 2024 aasta sügisest jõustus vastutuskindlustus seadus, mis kohustab tervishoiuasutusi teatama patsiendiohutusjuhtumitest (Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku..., 2024), siis tegemist on üsna uue nähtusega ning töötajad ei ole ilmselt sellega veel harjunud. Teavitussüsteemide kasutamisele võtmine eeldab organisatsioonilt head kommunikeerimist, kuid ka sobivaid IT-süsteeme, et töötajatel oleks võimalikult lihtne ja turvaline juhtumitest teada anda. Ühtlasi hõlmab see patsiendiohutuse prioritseerimist ning avatud suhtlemist ja psühholoogiliselt turvalise keskkonna loomist, et töötajad julgeksid juhtida tähelepanu patsiendiohutusele ja tuua välja patsiendiohutusjuhtumeid.

Selles uurimistöös tundsid ligi pooled, et tehtud vigu pannakse neile pahaks ning et rohkem tegeletakse probleemi põhjustajaga kui põhjusega, Seda ilmestavad ka üksik väitele *patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine viimase 12 kuu jooksul* antud vastused, kus vaid 29,4% olid teatanud aasta jooksul ühest või enamast juhtumist, mis on võrreldes Norra kiirabiga (60,1%) tunduvalt madalam (Sørskår et al., 2018). Lisaks avatud ja turvalise õhkkonna puudumisele, juhib see omakorda tähelepanu ka puudulikele teadmistele, mis kajastuvad üldise teavitamise sageduse hindamises, kus paljud töötajad ei osanud vastata või ei teadnud. See on otsene vihje struktureeritud lähenemise puudumisest patsiendiohutuse käsitlusel, kuid samuti puudub meil teave, millistes kiirabiasutustes üldse teavitamissüsteemid kasutusel on.

Uurimistööst lähtuvalt oli patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus kõige tugevamalt seotud vigadest rääkimisega, suhtlemise avatusega ning õppimise ja parendamisega organisatsioonis. Seda kinnitavad ka Crowe et al. (2021) ja Sørskår et al. (2018) tulemused, kus tulid välja keskmise tugevusega seosed vigadest rääkimise ning õppimisega organisatsioonis, kuid ka suhtlemise avatusega leiti teiste dimensioonide võrdluses tugevam seos. Need seosed juhivad tähelepanu ka eelnevalt mainitud psühholoogilisele turvalisusele ja töötajate teadmistele, sest

ühise väärtusruumi loomine soodustab koostööd ja läbipaistvat kommunikatsiooni (Mistri et al., 2023). Selline keskkond soodustab ja julgustab inimesi avatult lähenema probleemidele ning töötajad teadvustavad, kui oluline on vigadest õppimise protsess, kui kedagi ei mõisteta individuaalselt hukka. Samas ei vähenda see isiklikku vastutust (van Baarle et al., 2022), vaid pigem rõhutab turvalise ja avatud keskkonna olulisust. Isikliku vastutuse olulisust tõendab ka ligi poolte uuritavate käitumine, et kui nähakse midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada, siis sellele juhitakse tähelepanu.

Sarnaselt teistele uurimistöödele hinnati kõige kõrgemaks (82%) meeskonnatööd (Alsabri et al., 2021; Alshyyab et al., 2023; Erler et al., 2013; Sørskår et al., 2018, 2019). Juba toimiv ja ühtne meeskonnatöö loob hea aluse ka üldise patsiendiohutuskultuuri edendamiseks (Churruca et al., 2021), kui juhid märkavad ja tunnustavad efektiivset tööd väiksemates üksustes. Selleks on oluline juhtida tähelepanu soovitud käitumispraktikatele, nagu selge suhtlemine, töö koordineeritus ja vastastikune austus (Purnomo et al., 2021), ning neid asutuse üleselt propageerida. Kuna patsiendiohutuskultuuri edendamiseks on vajalik selle regulaarne hindamine (Choi et al., 2021), siis head meeskonna tööd saab rakendada ka sisendina hindamisprotsessides, kus saab koguda vahetut tagasisidet töötajatelt, et mis toimib hästi ja mida peaks veel tegema, et tõsta patsiendiohutust asutuses. Üle poolte uuritavatest leidsid, et kõrgemal ametipositsioonil olevad isikud on avatud patsiendiohutusega seotud probleemide osas arutlema. Seega on olemas nii töötajate- kui ka juhtidepoolne valmidus patsiendiohutusega tegeleda.

Vähem oluline ei ole ka juhtide käitumine ja eeskujuks olemise roll. Juhid peaksid oma töös rakendama neid samu häid praktikaid nagu avatus, austus ja koostöövalmidus, et aidata luua psühholoogiliselt turvalist keskkonda. See näitab töötajatele, et patsiendiohutuskultuuri edendamine on ühine ettevõtmine, kus kõik osapooled käituvad vastavalt samadele normidele ja väärtustele. Ka selles uurimistöös leidis ligi kolmveerand uuritavatest, et nende vahetu juht tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise ja suhtub tõsiselt töötajate patsiendiohutuse parendamis ettepanekutesse. Kuid madalamaks hinnati juhtkonna tegevust patsiendiohutusega tegelemisel, mis võib olla seotud patsiendiohutuse vähese prioritiseringiga.

Kuigi seosed hinnangute ja taustaandmete vahel ei olnud märkimisväärsed, siis väärivad esile toomist seosed, et tööstaaži suurenedes langeb hinnang patsiendiohutusele ning vanuse kasvades väheneb patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine. Varasematest uurimustest erakorralises meditsiinis nendele seostele tuge ei leitud (Alsabri et al., 2021; Toren et al., 2021), kuid see võib olla seotud ka väheste allikatega, mis on neid seoseid üldse käsitletud. Ühtlasi on rõhutatud, et

individuaalsete taustategurite ja patsiendiohutuskultuuri hinnangute vahelised seosed vajavad rohkemat uurimist (Kosydar-Bochenek et al., 2023). Ka selle uurimistöö põhjal ei saa kindlalt neid seoseid kinnitada ega adekvaatselt analüüsida uuritavate vähesuse tõttu.

6.2 Eetilised aspektid

Uurimistöö läbiviimiseks saadi luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt ning uuringus osalevatelt kiirabiasutustelt. Uurimistöös osalemine oli vabatahtlik ning elektroonilise küsimustiku täitmisega andis uuritav loa kasutada tema vastuseid selle uurimistöö raames. Kõik konfidentsiaalsust puudutav informatsioon lisati elektroonilise küsimustiku kaaskirja. Küsimustiku täitmise võis igal hetkel katkestada ning loobuda osalemisest enne vastuste lõplikku esitamist. Kõikidele uurimistöös osalejatele tagati anonüümsus.

Küsimustiku vastused ja tulemused säilitati Tartu Ülikooli serveris, kuhu ligipääs oli ainult uurimistöö läbiviijal. Kogutud andmeid kasutati ainult selle uurimistöö kirjutamiseks ning kõik tulemused esitati magistrisöö üldistatud kujul. Andmete töötlemine toimus vastavalt reeglitele ning tulemusi tõlgendati objektiivselt. Kõik andmed kustutatakse magistrisöö eduka kaitsmise ja tulemuste avaldamise järel. Kogu uurimistöö protsess on magistrisöö kirjeldatud ning magistrisöö tugineb teaduspõhiste ning kriitiliselt hinnatud allikatele, millele on viidatud korrektselt. Ingliskeelsete allikate tõlkimiseks ja autoripoolsete ideede struktureerimiseks kasutati piiratud ulatuses ChatGPT-d, mis on tehisintellektil põhinev tekstigeneraator (OpenAI, 2025). Tehisintellekti loodud teksti uurimistöös ei kasutatud.

Kogu andmete kogumise ja magistrisöö kirjutamise vältel oli autor osalejatele kätte saadav e-maili või telefoni teel. Kõik uurimistööga seotud kulud kattis uurimistöö läbiviija. Uurimistöös osalejatele kompensatsiooni ei makstud. Autor kinnitab, et puudub huvide konflikt, kuna kehtivat töösuhet ei ole ühegi kiirabiorganisatsiooniga.

6.3 Usaldusvärsus ja kitsaskohad

Uurimistöö reliaablus on tagatud sobiva meetoodika ja rahvusvaheliselt tunnustatud ning Eestis valideeritud HSOPSC 2.0 küsimustiku kasutamise. Valdav enamus patsiendiohutuskultuuri hindavaid uurimistöid kasutavad samuti läbilõikeuuringu meetodit. Uurimistöö tulemustes lähtuvalt jäi kogu küsimustiku dimensioonide Cronbachi α vahemikku 0,45-0,88 (keskmise $\alpha=0,72$), mis on sarnases suurusjärgus (keskmise $\alpha=0,76$) originaalküsimustikuga (AHRQ, 2025).

Seetõttu võib eeldada, et ka selle uurimistöö tulemused on usaldusväärsed ja küsimustik on valideeritud hindamiseks patsiendihutuskultuuri.

Uurimistöö kitsaskohaks on madal vastamismäär (6% valimist). Kuigi vastajaid oli piisavalt andmebaasi moodustamiseks, siis ei ole võimalik teha üldistusi kogu valimile. Vastajate vähesus võis olla tingitud lühikesest andmete kogumisperioodist (neli nädalat), mis lähtuvalt AHRQ soovist peaks siiski olema piisav aeg veebiküsimustiku täitmiseks, kuid tihti kogutakse Eestis andmeid veelgi kauem. Enamus vastasid esmakordsel küsimustiku laiali saatmisel ning iga järgneva meeldetuletusega uute vastanute hulk vähenes, mistõttu ei pikendatud andmete kogumisperioodi.

Mitteosalemise põhjuseks võivad olla pigem vähesed teadmised patsiendihutusest ehk teema ei olnud uuritavatele relevantne. Kuigi patsiendihutusele haiglates on hakatud Eestis viimastel aastatel jõulisemalt tähelepanu pöörama, siis kiirabiasutused on jäänud teisejärguliseks. Sellise olukorra vältimiseks planeeris töö autor asutustes kohapeal infotunni korraldamist ning seintele postrite paigaldamist, kuid sellest asutused loobusid. Järgnevatel kordadel võiks kasutada ka näiteks videokutset uurimistöösse, kus saaks konkreetselt, lühidalt ja efektselt selgitada uuringus osalemise olulisust. Kuna andmete kogumine HSOPSC 2.0 küsimustikuga tõstab vastajate teadlikust patsiendihutuskultuurist, siis saab küsitluse läbiviimist ja teema teadvustamist kiirabiasutustes pidada ka üheks kasuteguriks, mis edaspidi võiks tõsta uuringus osalejate arvu.

Kuigi kasutatud küsimustik näitas selles uurimistöös oma usaldusväärsust, on see esialgselt mõeldud kasutamiseks haiglates. Ka küsimustikule jäetud kommentaarides toodi välja raskusi mõningatele küsimustele vastamisel, mis puudutasid patsiendi üleandmist, ning see võis samuti mõjutada vastamismäära. Selle ennetamiseks oleks võinud kaaluda prooviuuringu läbiviimist, kuid küsimustiku modifitseerimine eeldab pädeva töörühma kokkupanemist, mistõttu otsustati testida küsimustiku selle variandi sobivust kiirabikeskkonnas kasutamiseks. Muutmata küsimustiku kasutamist toetas ka asjaolu, et mõned Eesti kiirabid kuuluvad haiglate koosseisu. Saadud teadmised võimaldavad edaspidi kohandada küsimustiku kiirabikeskkonnale sobivamaks.

Kitsaskohana võib välja tuua veel liiga ühekülgse valimi ehk enamus vastajatest töötas õe ametikohal ning omas otsest kontakti patsiendiga. Sellise andmebaasi põhjal tehtud tulemusi ei ole võimalik üldistada, sest need ei kajasta tegelikku ja täielikku ülevaadet teemast. Kuna HSOPSC küsimustik on mõeldud vastamiseks kogu personalile ning kiirabiasutustes töötab ka mittekliinilisi

töötajaid, siis on edaspidi vajalik veelgi rohkem rõhutada ka nende osalemise olulisust. Mitmekülgsem valim peegeldaks kindlasti paremini tervik hinnangut patsiendiohutuskultuurile.

Samamoodi ei ole võimalik selle uurimistöö tulemusi üldistada kõikidele kiirabiasutustele, sest taustandmetes ei kogutud infot, millises asutuses vastaja töötab. Uurimistöö autori hinnangul oleks see võinud veelgi enam mõjutada vastamismäära ning seetõttu viidi uurimistöö läbi üle-eestiliselt. Uurimistöös osalenud asutusi oli seitse ning eraldi andmeid analüüsides oleks tõenäoliselt hinnangud varieerunud, mistõttu ei saa nende tulemuste põhjal teada, milline on hinnang patsiendiohutuskultuurile erinevates kiirabiasutuses. Sama kehtib ka vabas vormis jäetud kommentaaride kohta, mis oleksid tõenäoliselt andnud igale asutusele väärtuslikku tagasisidet, kuid selle uurimistöö eesmärgi saavutamisel ei olnud see kasutegur tajutav.

6.4 Tulemuste olulisus, rakendatavus ja uued uurimisprobleemid

Autorile teadaolevalt on see esimene uurimistöö hindamaks patsiendiohutuskultuuri Eesti kiirabiasutustes kasutades valideeritud mõõdikut. Selle uurimistöö tulemused pakuvad tõenduspõhist teavet patsiendiohutuskultuuri kohta kiirabiasutustes, mis on ühtlasi esimene samm patsiendiohutuse parendamiseks tervishoiuasutustes (Nieva & Sorra, 2003). Saadud tulemused annavad esmase ülevaate olukorrast ning võimaldavad suunata tähelepanu madalamalt hinnatud valdkondadele.

Esimene samm on tutvustada selle uurimistöö tulemusi kiirabiasutustele, mis aitab juhtida tähelepanu patsiendiohutust puudutavatele kitsaskohtadele. Samuti aitab uurimistöö tutvustamine tõsta teadlikkust patsiendiohutuskultuuri tähtsuse kohta, sest annab teemast ülevaate kiirabikontekstist lähtuvalt. Üks võimalus tulemuste levitamiseks on teha koostööd Eesti Kiirabi Liiduga, sest uurimistöö viidi läbi üle-eestiliselt, ning selliselt jõuaks võimalikult paljude kiirabitöötajateni. Uurimistöö autor on valmis nii avalikeks esinemisteks kui ka kirjalikult jagama kokkuvõtet peamistest tulemustest.

Üldist hinnangut patsiendiohutusele võib aidata tõsta uue Kiirabi arengukava jõustumine, mis peaks juhtima rohkem tähelepanu ka patsiendiohutuse tagamisele (Eesti Kiirabi Liit, 2024). Isegi kui kõiki ettepanekuid arengukavasse ei võeta, siis on Eesti Kiirabi Liit omalt poolt teema olulisuse juba tõstatanud. Ühtlasi on see kooskõlas selle uurimistöö tulemustega ja võib aidata kiirabiasutuste juhtkondadel seada eesmärgiks patsiendiohutust ning vastavalt sellele alustada töötajate koolitamist ja tugeva patsiendiohutuskultuuri kujundamist.

Lisaks asutuste põhisele arendamistööle, oleks üks võimalus ka üle-eestilise patsiendiohutuskultuuri (nt kommunikatsioon ja vigadest teavitamine) koolituse loomine kiirabitöötajatele, mis võtaks arvesse selle uurimistöö tulemusi ning keskenduks patsiendiohutusele kiirabitöö eripäradest lähtuvalt. Kuigi patsiendiohutuskultuur ei erine oma põhiolemuselt erinevates tervishoiuasutustes, siis sellises vormis koolitus aitaks ühtlustada arusaamu ja väärtuseid Eesti kiirabiasutustes ning annaks võimaluse kohtuda teiste kiirabitöötajatega ja jagada kogemusi ning praktikaid. See on oluline, sest meie kiirabisüsteem on võrdlemisi killustatud ja patsiendiohutuse edendamisel ollakse erinevates etappides.

Ka teavitussüsteemide ühtlustamine on samuti üks esmavajalikest arengusuundadest. Kuigi IT süsteemide rakendamine eeldab asutuselt paljuski just finantsressurssi, siis oleks tõenäoliselt odavam luua üle-eestiline ühtne teavitussüsteem. Selle väärtus seisneks ka kõikide kiirabi puudutavate patsiendiohutusjuhtumite andmebaasi moodustumist, mille põhjal saab neid juhtumeid analüüsida ning viia sisse vajalikke parendustegevusi. Ühtlasi tähendab selliste süsteemide kasutamisele võtmine ka personali koolitusvajaduse tõusu ning kindlate suuniste andmist, kes, mida ja millal peab teatama.

Järgmise sammuna võib kohandada HSOPSC küsimustiku kiirabikeskkonnas kasutamiseks. Selleks tuleb muuta mõningate väidete (nt patsiendi üleandmine) sõnastust ning valideerida see Eesti kiirabides kasutamiseks, sest oluline on hinnata patsiendiohutuskultuuri regulaarselt. Ühtlasi tuleb edasi uurida taustaandmete ja hinnangute vahelisi seoseid. Lisaks on soovitatav patsiendiohutuskultuuri hindamiseks kasutada ka kvalitatiiivseid ning innovaatilisi kaasavaid uurimismeetodeid, mis võimaldaksid aru saada täpsematest hinnangute põhjustest ning uurida erinevate osapoolte näiteks patsientide või praktikantide kogemusi patsiendiohutusega kiirabides.

7. JÄRELDUSED

Selle uurimistöö tulemustest selgus, et osalenud kiirabitöötajate üldine hinnang patsiendiohutuskultuurile enda asutustes on keskpärane ning väga heaks või suurepäraseks hindab seda vaid väike osa vastanutest. Kõige madalamaks hinnati patsiendiohutusjuhtumistest teavitamist, mille puhul on puudu struktureeritud lähenemine, mis viitab lünkadele süsteemi kättesaadavuses ja töötajate teadlikkuses. Kuna meeskonnatööd hinnati enda asutustes kõige kõrgemaks, siis saab seda tugevust kasutada üldise patsiendiohutuskultuuri tõstmiseks.

Tugevad positiivsed seosed leiti patsiendiohutuse ning juhtide toetuse, avatud suhtlemise, vigadest õppimise ja pideva parendamise vahel. Need seosed rõhutavad turvalise ja süüdistuste vaba keskkonna olulisust patsiendiohutusjuhtumistest teavitamisel ja patsiendiohutuse edendamisel. Kuigi taustaandmete ja kiirabitöötajate hinnangute vahel märkimisväärseid seoseid ei leitud, viitavad tulemused sellele, et töökogemus ja vanus võivad mõjutada hinnangut patsiendiohutusele, mistõttu on vajalik ka nende seoste edasine uurimine erinevaid meetodeid kasutades.

Patsiendiohutuskultuuri tõstmiseks kiirabiasutustes on vajalik toetada asutuste juhtkondi patsiendiohutuse prioritseerimisel ning selle edendamiseks vastavate meetmete rakendamisel. Samuti on oluline, et iga kiirabiasutus hindaks edaspidi ise regulaarselt oma töötajate hinnanguid patsiendiohutuskultuurile, mis eeldab soovituslikult HSOPSC küsimustiku kohandamist kiirabiasutuste jaoks sobilikumaks. Kokkuvõtvalt aitab selline toetatud ja süstemaatiline lähenemine luua kestvaid positiivseid muutusi asutuste patsiendiohutuskultuuris.

KASUTATUD KIRJANDUS

AHRQ. *Hospital Survey 2.0 Items and Composite Measures–English*. Agency for Healthcare Research and Quality. Vaadatud 12.02.2025

<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-items.pdf>

AHRQ (2024). *Hospital Survey on Patient Safety. Surveys on Patient Safety Culture™* (SOPS®). Agency of Healthcare Research and Quality.

<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

Alabdaly, A., Hinchcliff, R., Debono, D., & Hor, S.-Y. (2024). Relationship between patient safety culture and patient experience in hospital settings: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 906. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11329-w>

Alanazi, N., & Falqi, T. (2023). Healthcare Managers' Perception on Patient Safety Culture. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 6, 6–14.

<https://doi.org/10.36401/JQSH-22-13>

Alqattan, H., Morrison, Z., & Cleland, J. A. (2019). A Narrative Synthesis of Qualitative Studies Conducted to Assess Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(2), 91. <https://doi.org/10.18295/squmj.2019.19.02.002>

Alsabri, M., Abdulaziz AlGhallabi, M., Abdulrahman Al-Qadasi, F., Abdullah Yahya Zeeherah, A., Ebo, A., Ghafouri, S. Ab. R., Abdullah Hassan, A. A., Hamzah, M., Najjar, S., & Bellou, A. (2021). Patient Safety Culture in Emergency Departments of Yemeni Public Hospitals: A Survey Study. *Frontiers in Emergency Medicine*, 5(2), e21.

<https://doi.org/10.18502/fem.v5i2.5618>

Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S., & Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient

- Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e351–e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- Alshareef, A. G. (2024). Hospital management support for patient safety. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 10(1), 27–34. <https://doi.org/10.5603/demj.102767>
- Alshyyab, M. A., Albsoul, R. A., Kinnear, F. B., Saadeh, R. A., Alkhaldi, S. M., Borkoles, E., & Fitzgerald, G. (2023). Assessment of patient safety culture in two emergency departments in Australia: A cross sectional study. *The Total Quality Management Journal*, 35(2), 540–553. <https://doi.org/10.1108/TQM-01-2022-0013>
- Asi, S., Calsbeek, H., Kangasniemi, M. K., Vähi, M., & Pölluste, K. (2024). Patient Safety Culture and Safety Attitudes in the Estonian Context: Simultaneous Bilingual Cultural Adaptation and Validation of Instruments. *International Journal of Public Health*, 69, 1607392. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607392>
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., & Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes—A cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>
- Bartonickova, D., Kalankova, D., & Ziakova, K. (2021). How to Measure Patient Safety Culture? A Literature Review of Instruments. *Acta Medica Martiniana*, 21(2), 69–79. <https://doi.org/10.2478/acm-2021-0010>
- Bigham, B. L., Buick, J. E., Brooks, S. C., Morrison, M., Shojania, K. G., & Morrison, L. J. (2012). Patient Safety in Emergency Medical Services: A Systematic Review of the Literature. *Prehospital Emergency Care*, 16(1), 20–35. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.621045>
- Bitan, Y., Moran, P., & Harris, J. (2019). Evaluating Safety Culture Changes over Time with the Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *Australasian Journal of Paramedicine*, 16, 1–6. <https://doi.org/10.33151/ajp.16.628>

- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Hansen, E. H., & Deilkås, E. C. T. (2014). The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 14(1), 139.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-139>
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S., & Deilkås, E. C. T. (2019). The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: Psychometric properties of the Norwegian version for nursing homes. *BMC Health Services Research*, 19(1), 423.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4244-5>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence.* (6th Edition). Elsevier.
- Chegini, Z., Kakemam, E., Asghari Jafarabadi, M., & Janati, A. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19(1), 89.
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
- Choi, N., Kim, J., & Kim, H. (2021). The influence of patient-centeredness on patient safety perception among inpatients. *PLOS ONE*, 16(2), e0246928.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246928>
- Churruca, K., Ellis, L. A., Pomare, C., Hogden, A., Bierbaum, M., Long, J. C., Olekalns, A., & Braithwaite, J. (2021). Dimensions of safety culture: A systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open*, 11(7), e043982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111–136.
[https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)
- Crowe, R. P., Cash, R. E., Christgen, A., Hilmas, T., Varner, L., Vogelsmeier, A., Gilmore, W. S., & Panchal, A. R. (2021). Psychometric Analysis of a Survey on Patient Safety

- Culture-Based Tool for Emergency Medical Services. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1320–e1326. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000504>
- de Bienassis, K., Kristensen, S., Burtscher, M., Brownwood, I., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries (OECD Health Working Papers No. 119; OECD Health Working Papers, Kd 119). <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
- Eesti Kiirabi Liit. (2024). Eesti Kiirabi Liidu sisend Eesti kiirabi arengukavasse 2024–2035. <https://kiirabi.ee/wp-content/uploads/2024/11/Eesti-kiirabi-arengukava-2024-2035-.pdf>
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Hatlie, M., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C., & Walton, M. (2009). What Exactly Is Patient Safety? *Journal of Medical Regulation*, 95(1), 13–24. <https://doi.org/10.30770/2572-1852-95.1.13>
- England, N. H. S. (2016). Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS. [https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16\(2016\),05](https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16(2016),05).
- Erler, C., Edwards, N. E., Ritchey, S., Pesut, D. J., Sands, L., & Wu, J. (2013). Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. *Air Medical Journal*, 32(4), 208–215. <https://doi.org/10.1016/j.amj.2012.11.002>
- Etchegaray, J. M., & Thomas, E. J. (2012). Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Quality & Safety*, 21(6), 490–498. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000449>
- Fausett, C. M., Korentsides, J. M., Miller, Z. N., & Keebler, J. R. (2024). Adaptive leadership in health care organizations: Five insights to promote effective teamwork. *Psychology of Leaders and Leadership*, 27(1), 6–26. <https://doi.org/10.1037/mgr0000148>
- Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: A dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 310–319. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x>

- Finn, M., Walsh, A., Rafter, N., Mellon, L., Chong, H. Y., Naji, A., O'Brien, N., Williams, D. J., & McCarthy, S. E. (2024). Effect of interventions to improve safety culture on healthcare workers in hospital settings: A systematic review of the international literature. *BMJ Open Quality*, 13(2). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002506>
- Fuchshuber, P., & Greif, W. (2022). Creating Effective Communication and Teamwork for Patient Safety. J. R. Romanelli, J. M. Dort, R. B. Kowalski, & P. Sinha (Eds.), *The SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety* (pp. 443–460). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-94610-4_23
- Geller, E. S. (1994). Ten Principles for Achieving a Total Safety Culture. *Professional Safety*, 18–24.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). Burns ang Grove's the Practice of Nursing Research – Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. (8th Edition). Elsevier.
- Groves, P. S., Meisenbach, R. J., & Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: A structuration theory of safety culture: Structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1846–1855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05619.x>
- Guttman, O. T., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Webster, K. L. W., Gisick, L. M., & Baker, A. L. (2021). Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1465. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000541>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Haruna, J., Hayasaka, N., Taguchi, Y., Muranaka, S., Niiyama, S., Inamura, H., Uemura, S., Sawamoto, K., Mizuno, H., Himuro, N., & Narimatsu, E. (2023). Prehospital emergency care patient satisfaction scale [PECPSS] for care provided by emergency medical teams:

- Scale development and validation. *AIMS Public Health*, 10(1), 129–144.
<https://doi.org/10.3934/publichealth.2023011>
- Herrera, R., & Losardo, R. (2021). History of patient's Safety. From the dawn of civilization to the WHO Global Patient Safety Challenges and IBEAS study. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 131, 25.
- Holliman, C. J., Wuerz, R. C., & Meador, S. A. (1992). Medical command errors in an urban advanced life support system. *Annals of Emergency Medicine*, 21(4), 347–350.
[https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)82648-4](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)82648-4)
- INSAG. (1986). Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. International Nuclear Safety Advisory Group, International Atomic Energy Agency. Vienna, Austria.
- Kim, H.-Y. (2017). Statistical notes for clinical researchers: Chi-squared test and Fisher's exact test. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 42, 152–155.
<https://doi.org/10.5395/rde.2017.42.2.152>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press.
- Kosydar-Bochenek, J., Religa, D., Knap, M., Czop, M., Knap, B., Mędrzycka-Dąbrowska, W., & Krupa, S. (2023). Safety climate perceived by pre-hospital emergency care personnel—An international cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1192315>
- Kristensen, S., & Bartels, P. (2010). Use of patient safety culture instruments and recommendations. Denmark: European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators.
- Le Coze, J. C. (2019). How safety culture can make us think. *Safety Science*, 118, 221–229.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.05.026>

- Marx, D. (2019). Patient Safety and the Just Culture. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46(2), 239–245. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.01.003>
- Michael, J. H., Evans, D. D., Jansen, K. J., & Haight, J. M. (2005). Management commitment to safety as organizational support: Relationships with non-safety outcomes in wood manufacturing employees. *Journal of Safety Research*, 36(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2005.03.002>
- Mistri, I. U., Badge, A., & Shahu, S. (2023). Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals. *Cureus*, 15(12), e51159. <https://doi.org/10.7759/cureus.51159>
- Monaca, C., Bestmann, B., Kattein, M., Langner, D., Müller, H., & Manser, T. (2020). Assessing Patients' Perceptions of Safety Culture in the Hospital Setting: Development and Initial Evaluation of the Patients' Perceptions of Safety Culture Scale. *Journal of Patient Safety*, 16(1), 90–97. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000436>
- Murray, J., Sorra, J., Gale, B., & Mossburg, S. (2024). Ensuring Patient and Workforce Safety Culture in Healthcare. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ensuring-patient-and-workforce-safety-culture-healthcare>
- Myhr, K., Ballangrud, R., Aase, K., & Vifladt, A. (2024). Ambulance professionals' experiences of teamwork in the context of a team training programme – a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 24(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01018-6>
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & safety in health care*, 12(Suppl 2), ii17–ii23. https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Noble, D. J., & Pronovost, P. J. (2010). Underreporting of Patient Safety Incidents Reduces Health Care's Ability to Quantify and Accurately Measure Harm Reduction. *Journal of Patient Safety*, 6(4), 247–250. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3181fd1697>

- Nunes, E., Sirtoli, F., Lima, E., Minarini, G., Gaspar, F., Lucas, P., & Primo, C. (2024). Instruments for Patient Safety Assessment: A Scoping Review. *Healthcare*, 12(20), Article 20. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202075>
- Nyberg, A., Olofsson, B., Fagerdahl, A., Haney, M., & Otten, V. (2024). Longer work experience and age associated with safety attitudes in operating room nurses: An online cross-sectional study. *BMJ Open Quality*, 13(1), e002182. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002182>
- O'Connor, P., O'Malley, R., Oglesby, A.-M., Lambe, K., & Lydon, S. (2021). Measurement and monitoring patient safety in prehospital care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab013. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab013>
- Oikonomou, E., Carthey, J., Macrae, C., & Vincent, C. (2019). Patient safety regulation in the NHS: Mapping the regulatory landscape of healthcare. *BMJ Open*, 9(7), e028663. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028663>
- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC health services research*, 14, 61. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61>
- Olesen, A. E., Juhl, M. H., Deilkås, E. T., & Kristensen, S. (2024). Review: Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care - a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units. *BMC Primary Care*, 25(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02273-z>
- Ostrom, L., Wilhelmsen, C., & Kaplan, B. (1993). Assessing Safety Culture. *Nuclear safety*, 34:2.
- PATSAFE (2021). Framework Hospital Safety Culture. PATSAFE Toolbox No. 4. (s.a.). Vaadatud 27. jaanuar 2025, https://kliinilinemeditsiin.ut.ee/sites/default/files/2022-01/patsafe_toolbox_no_4_framework_hospital_safety_culture.pdf

Ohutuskultuur. Patsiendiohutuse terminibaas. Eesti keele instituut, Sõnaveeb 2025.

Vaadatud 27.01.2025

<https://sonaveeb.ee/search/unif/dlall/pot/ohutuskultuur/1/est>

OpenAI. (2025). ChatGPT (20.aprilli versioon), suur keelemudel.

<https://chat.openai.com/>

Patterson, P. D., Martin, S. E., Brassil, B. N., Hsiao, W.-H., Weaver, M. D., Okerman, T. S., Seitz, S. N., Patterson, C. G., & Robinson, K. (2023). The Emergency Medical Services Sleep Health Study: A cluster-randomized trial. *Sleep Health*, 9(1), 64–76.

<https://doi.org/10.1016/j.sleh.2022.09.013>

Purnomo, A., Peristiowati, Y., & Elina, A. D. (2021). Dimension of Patient Safety Culture. *Interdisciplinary Social Studies*, 1(3), 193–202. <https://doi.org/10.55324/iss.v1i3.35>

Rootalu, K. (2014). Kirjeldav statistika – Sotsiaalse Analüüsi Meetodite ja Metodoloogia õpibaas. K. Rootalu, V. Kalmus, A. Masso, ja T. Vihalemm (toim),.

<https://samm.ut.ee/kirjeldav-statistika/>

Salerno, S. M., Wrenn, K. D., & Slovis, C. M. (1991). Monitoring ems protocol deviations: A useful quality assurance tool. *Annals of Emergency Medicine*, 20(12), 1319–1324.

[https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)81074-1](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81074-1)

Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763.

<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties,

- benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(1), 44.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
- Shepard, K., Spencer, S., Kelly, C., & Wankhade, P. (2022). Staff perceptions of patient safety in the NHS ambulance services: An exploratory qualitative study. *British Paramedic Journal*, 6(4), 18–25. <https://doi.org/10.29045/14784726.2022.03.6.4.18>
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., & Markowitz, A. J. (2001). Promoting a Culture of Safety. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26959/>
- Songur, C., Özer, Ö., Gün, Ç., & Top, M. (2018). Patient Safety Culture, Evidence-Based Practice and Performance in Nursing. *Systemic Practice and Action Research*, 31.
<https://doi.org/10.1007/s11213-017-9430-y>
- Sorra J, Yount N, Famolaro T, et al. (2021). AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. *AHRQ Publication*, 19(21)–0076.
<https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>.
- Sørskår, L. I. K., Abrahamsen, E. B., Olsen, E., Sollid, S. J. M., & Abrahamsen, H. B. (2018). Psychometric properties of the Norwegian version of the hospital survey on patient safety culture in a prehospital environment. *BMC Health Services Research*, 18(1), 784.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3576-x>
- Sørskår, L. I. K., Olsen, E., Abrahamsen, E. B., Bondevik, G. T., & Abrahamsen, H. B. (2019). Assessing safety climate in prehospital settings: Testing psychometric properties of a common structural model in a cross-sectional and prospective study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 674. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4459-5>
- Sotsiaalministeerium. (2006). Eesti kiirabi arengukava 2007-2013.
- Sotsiaalministeerium. (2012). Erakorralise meditsiini eriala arengukava aastani 2020.

- St. Pierre, M., Hofinger, G., & Buerschaper, C. (2008). Crisis management in acute care settings: Human factors and team psychology in a high stakes environment. Springer.
- Zhu, W. (2016). $P < 0.05, < 0.01, < 0.001, < 0.0001, < 0.00001, < 0.000001, \text{ or } < 0.0000001 \dots$
Journal of Sport and Health Science, 5(1), 77–79.
<https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.01.019>
- Tervishoiuteenuse osutaja kohustusliku vastutuskindlustuse seadus. (2024). RT I, 21.06.2024, 30. <https://www.riigiteataja.ee/akt/121062024030>
- Toren, O., Dokhi, M., & Ganz, F. (2021). Hospital Nurses' Intention to Report Near Misses, Patient Safety Culture and Professional Seniority. *International Journal for Quality in Health Care*, 33. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab031>
- Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond (2022). Tartu Ülikooli patsiendiohutuse Teadus- ja arendustegevuse strateegia 2022–2026.
- van Baarle, E., Hartman, L., Rooijackers, S., Wallenburg, I., Weenink, J.-W., Bal, R., & Widdershoven, G. (2022). Fostering a just culture in healthcare organizations: Experiences in practice. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1035.
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08418-z>
- Venesoja, A., Castrén, M., Tella, S., & Lindström, V. (2020). Patients' perceptions of safety in emergency medical services: An interview study. *BMJ Open*, 10(10), e037488.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037488>
- Venesoja, A., Lindström, V., Aronen, P., Castrén, M., & Tella, S. (2021). Exploring safety culture in the Finnish ambulance service with Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 148. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00960-9>
- Venesoja, A., Lindström, V., Castrén, M., & Tella, S. (2023). Prehospital nursing students' experiences of patient safety culture in emergency medical services—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(5–6), 847–858. <https://doi.org/10.1111/jocn.16396>

- Vifladt, A., Ballangrud, R., Myhr, K., Grusd, E., Porthun, J., Mæhlum, P. A., Aase, K., Sollid, S. J. M., & Odberg, K. R. (2023). Team training program's impact on medication administration, teamwork and patient safety culture in an ambulance service (TEAM-AMB): A longitudinal multimethod study protocol. *BMJ Open*, 13(1), e067006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067006>
- Wagner, C., Kristensen, S., Sousa, P., & Panteli, D. (2019). Patient safety culture as a quality strategy. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549280/>
- What is Patient Safety Culture? (2024). Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Vaadatud 29.01.2025 <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- WHO. (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
- WHO. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- WHO. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1>
- Yount, N., Zebrak, K. A., Famolaro, T., Sorra, J., & Birch, R. (2022). Linking Patient Safety Culture to Quality Ratings in the Nursing Home Setting. *Journal of Applied Gerontology*, 41(1), 73–81. <https://doi.org/10.1177/0733464820969283>

Lisa 1. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastus nr 390/T7

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 390/T-7

koosolek: 20.05.2024

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika nooremlektor

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo	Tervise Arengu Instituut, teadur
Katrin Kaarna	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste uuringute keskuse juhataja
Kalle Kisand	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Piret Koosa	Eesti Rahva Muuseum, teadur
Malle Kuum	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, farmakoloogia lektor / farmakoloogia teadur
Marje Oona	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini kaasprofessor
Maire Peters	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika kaasprofessor
Raivo Puhke	Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, funktsionaalse morfoloogia lektor
Atko-Sulhan Rimmel	Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute kaasprofessor
Anna-Liisa Tamm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, füsioteraapia ja tervisekaitse osakonna juhataja
Anni Tamm	Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, arengu- ja koolipsühholoogia lektor / arengupsühholoogia teadur
Maarja Torga	Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Kiirabitöötajate hinnangud patsiendiohutuskultuurile kiirabiasutustes: läbilõikeuuring

Vastutavad uurijad (asutus):

Signe Asi (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliinilise meditsiini instituut, L. Puusepa 8, Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid (kooskõlastusele lisatud):

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, 12.06.2024
2. Kutse uurimistöös osalemiseks, 29.05.2024
3. Elektroonilise küsimustiku kaaskiri, 12.06.2024
4. Poster uurimistöös osalemiseks, 29.05.2024
5. SOPS küsimustik, 29.05.2024
6. Uurimistöö läbiviijate CVd (S. Asi, L. Hiob)

Tartu Ülikool
grandikeskus
Raekoja plats 9
51004 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee

(järgneb)

Uurimistöö lõpp: 30.04.2025

Komitee esimees: Aime Keis */allkirjastatud digitaalselt/*

Komitee sekretär: Kaire Kallak */allkirjastatud digitaalselt/*

Väljastatud: */viimase digitaalallkirja kuupäev/*

Selgitus:

- Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee otsus uuringu taotluse osas ei kohusta isikuandmete või andmekogu vastutavat või volitatud töötlejat andmeid uurijale väljastama. Isikuandmete või andmekogu vastutav või volitatud töötleja on kohustatud hindama, kas isikuandmete väljastamine uuringu tegemise eesmärgil ja uurija poolt taotletud viisil on tehniliselt võimalik, lubatud ja vastab õigusaktidele.
- Tartu Ülikooli inimuringute eetika komitee annab hinnangu planeeritavas uuringus isikuandmete töötlemise suhtes taotluses esitatud kirjelduse ja dokumentide alusel. Uuringus kasutatavate isikuandmete vastutav või volitatud töötleja (vastutav uurija ning uuringumeeskond) vastutab isikuandmete töötlemise nõuetekohasuse ja õigusaktidele vastavuse eest ka siis, kui eetikakomitee on uuringu kooskõlastanud.

Lisa 2. HSOPS küsimustik eesti keeles



SOPS™ Uuring patsiendiohutusest kiirabis (2.0)



Juhend

Selles küsimustikus küsitakse Teie arvamust patsiendiohutusega seotud probleemide, meditsiiniliste vigade ja vahejuhtumitest teatamise kohta haiglas ning selle täitmine võtab aega umbes 10–15 minutit. Kui mõni küsimus ei kehti Teie ega Teie haigla kohta või Te ei tea vastust, siis valige vastusevariant *Ei oska öelda* või *Ei tea*.

- **Patsiendiohutus** on määratletud kui tervishoiuteenuse osutamise käigus tulenevate patsiendi vigastuste või kõrvaltoimete vältimine ja ennetamine.
- **Patsiendiohutusega seotud sündmus** on igasugune tervishoiuga seotud viga, eksimus või vahejuhtum, olenemata sellest, kas see põhjustab patsiendile kahju.

Teie ametikoht ja üksus/osakond

1. Mis ametikohal kiirabis töötate?

Valige **ÜKS** vastus.

- arst (k.a. eriarst, arst- resident, abiarst)
- õde ja ämmaemand (k.a. abiõde, abi-ämmaemand)
- kiirabitehnik (k.a. erakorralise meditsiini tehnik, parameedik)
- tervishoiu tugispetsialist või muu spetsialist (apteek, koolitusosakond, operatiivteenistus vms)
- tugiteenistuse ja administratiivtöötaja (kantselei, personaliteenistus, kvaliteediteenistus, finantsteenistus, IT- teenistus vms)
- muu ametikoht (transporditöötaja, puhastusteenindaja, turvateenistuse töötaja vms)
- õppepraktikal viibiv praktikant, vabatahtlik

2. Millises osakonnas veedate suurema osa oma tööajast?

Valige **ÜKS** vastus

- Kiirabibrigaad
- Ravitöö tugiteenistus
- Mittemeditsiiniline tugiteenistus (puhastusteenistus, turvateenistus, transport jt)
- Administratsioon (juhtkond, finantsteenistus, personaliteenistus, koolituskeskus, infotehnoloogia, kvaliteediteenistus)

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



3. Kas Te töötate juhtival ametikohal (nt juhatuse liige, osakonna, teenistuse või muu üksuse juht, vanemarst, õendusjuht, vanemõde, vastutav tervishoiu tugispetsialist, vastutav õde jne)?

1) Jah 2) Ei

JAOTIS A: Teie üksus/osakond

Millisel määral nõustute või ei nõustu järgmiste väidetega oma üksuse või osakonna kohta?

<u>Mõelge oma üksusele/osakonnale:</u>	Üldse ei nõustu	Ei nõustu	Erapooletu	Nõustun	Täiesti nõustun	Ei oska öelda või ei tea
1. Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Meil on üksuses/osakonnas on töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
8. Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
9. Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
10. Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)

(järgneb)



11. Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
12. Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
13. Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
14. Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

JAOTIS B: Teie vahetu juht või juhataja

Kui palju nõustute või ei nõustu järgmiste väidetega oma vahetu juhi kohta?

	Üldse ei nõustu	Ei nõustu	Erapooletu	Nõustun	Täiesti nõustun	Ei oska öelda või Ei tea
1. Teie vahetu juht/ juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

JAOTIS C: Kommunikatsioon

Kui sageli leiavad Teie üksuses või osakonnas aset järgmised sündmused?

Mõelge oma üksusele/osakonnale:	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti	Alati	Ei oska öelda või Ei tea
1) Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



2) Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebatavalist, juhivad nad sellele tähelepanu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JAOTIS D: Patsiendiohutusega seotud sündmustest teavitamine

<u>Mõelge oma üksusele/ osakonnale:</u>	Mitte kunagi	Harva	Mõnikord	Tihti	Alati	Ei oska öelda või Ei tea
1. Kui viga avastatakse ja lahendatakse <u>enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist</u> , siis kui sageli sellest teavitatakse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kuid ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest <u>olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?</u>						
<input type="checkbox"/> a. Mitte ühestki						
<input type="checkbox"/> b. 1 kuni 2						
<input type="checkbox"/> c. 3 kuni 5						
<input type="checkbox"/> d. 6 kuni 10						
<input type="checkbox"/> e. 11 või rohkemast						

JAOTIS E: Hinnang patsiendiohutusele

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



1. Kuidas hindaksite oma üksust / osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?

Halb	Rahuldav	Hea	Väga hea	Suurepärane
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

JAOTIS F: Teie kiirabisutus

Millisel määral nõustute järgmiste väidetega oma asutuse kohta?

Mõelge oma asutusele:	Üldse ei nõustu	Ei nõustu	Erapooletu	Nõustun	Täiesti nõustun	Ei oska öelda või Ei tea
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
1) Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JAOTIS G: Taustaküsimused



1. Teie vanus?

2. Teie sugu?

- a. naine
- b. mees
- c. ei soovi vastata

3. Milline on teie kõrgeim omandatud haridus?

- a. kutseharidus
- b. rakenduskõrgharidus (k.a. bakalaureuse kraad)
- c. magistrikraad (k.a. sellega võrdsustatud õpe)
- d. doktorikraad

4. Kui kaua olete praegusel ametikohal töötanud?

- a. Vähem kui aasta
- b. 1 kuni 5 aastat
- c. 6 kuni 10 aastat
- d. 11 või enam aastat

5. Kui kaua olete selles kiirabiastutuses töötanud?

- a. Vähem kui aasta
- b. 1 kuni 5 aastat
- c. 6 kuni 10 aastat
- d. 11 või enam aastat

6. Mitu tundi nädalas Te selles kiirabiastutuses tavaliselt töötate?

- a. Osakoormusega (alla 40 tunni nädalas)
- b. Täiskoormusega (40 tundi nädalas)
- c. Rohkem kui täiskoormusega (40 tunnile nädalas lisanduvad ületunnid)
- d. Lisaks täiskoormusele töötan veel teises töökohas (näiteks haiglas, perearstikeskuses vms)

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



7. Kas Teil on oma ametikohast lähtuvalt otsene suhtlus või kontakt patsientidega?

- a. JAH, mul on ametiga seoses patsientidega otsene suhtlus või kontakt
- b. EI, mul ei ole ametist lähtuvalt otsest suhtlust ega kontakti patsientidega

JAOTIS H: Teie kommentaarid

Palun olge julged jagamast kommentaare selle kohta, kuidas Teie kiirabiasutuses toimitakse või võiks toimida seoses patsiendihutusega.

Täname Teid uuringus osalemise eest!



Больничное исследование безопасности пациентов SOPS™ (Версия 2.0)



Инструкции

В этом исследовании спрашивается Ваше мнение о проблемах безопасности пациентов, медицинских ошибках и сообщениях о случаях, связанных с безопасностью в вашей больнице. Заполнение опросника займет около 10-15 минут. Если вопрос неприменим к Вам или к Вашей больнице или Вы не знаете ответа, выберите, пожалуйста, «Неприменимо или не знаю».

- **«Безопасность пациента»** определяется как избежание или предотвращение вреда пациенту или неблагоприятных событий, вытекающих из процессов оказания медицинской помощи.
- **«Событие, связанное с безопасностью пациента»** – это любой тип ошибки, недочёта или инцидента, связанного с оказанием медицинской помощи, независимо от того, причинило ли это вред пациенту или нет.

Ваша должность

1. Какая Ваша должность в этом учреждении?

Выберите ОДИН ответ.

- arst (k.a. eriarst, arst- resident, abiarst, proviisor)
- õde ja ämmaemand (k.a. abiõde, abi-ämmaemand)
- kiirabitehnik (k.a. erakorralise meditsiini tehnik, parameedik)
- tervishoiu tugispetsialist või muu spetsialist (apteek, koolitusosakond, operatiivteenistus vms)
- tugiteenistuse ja administratiivtöötaja (personaliteenistus, kvaliteediteenistus, finantsteenistus, IT-teenistus vms)
- muu ametikoht (transporditöötaja, toitlustusteenindaja, puhastusteenindaja vms)
- õppepraktikal viibiv praktikant, vabatahtlik



Ваше отделение/Рабочая зона

2. Какое ваше подразделение или основное отделение в этом учреждении?

Выберите **ОДИН** ответ

- Kirabibrigaad
- Ravitöö tugiteenistus
- Mittemeditsiiniline tugiteenistus (registratuur, toitlustusteenistus, puhastusteenistus, turvateenistus, transport)
- Administratsioon (juhtkond, finantsteenistus, personaliteenistus, koolituskeskus, infotehnoloogia, kvaliteediteenistus)

3. Вы работаете на руководящей должности (например член правления, руководитель, заведующий подразделения или отделения, старшая или ответственная сестра) ?

- 1) Да 2) Нет

РАЗДЕЛ А: Ваше отделение/подразделение

Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о вашем подразделении или отделении?

Подумайте о своем отделении/рабочей зоне:	Совершенно не согласен		Затрудняюсь ответить		Полностью согласен		Неприменимо или не знаю
	1	2	3	4	5	9	
1. В этом отделении/подразделении мы работаем все вместе, как эффективная команда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. В этом отделении/подразделении у нас достаточно персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Для улучшения безопасности рабочие дни персонала увеличиваются	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Это отделение/подразделение регулярно пересматривает рабочие процессы, чтобы определить, нужно ли внести изменения для повышения безопасности пациентов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. В отделении/подразделении слишком много временного или вспомогательного персонала	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Сотрудники чувствуют, что совершенные ими ошибки могут быть использованы против них	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Если в отделении/подразделении сообщается об инциденте, создается впечатление, что	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



занимаются источником проблемы, но не самой проблемой

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Во время большой загруженности сотрудники этого отделения/подразделения помогают друг другу | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Для других работников этого отделения/подразделения nepозволительное поведение кого-либо всегда проблема | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. При совершении ошибки сотрудником, на ошибку учатся, а не обвиняют отдельных лиц | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Темп работы отделения/подразделения настолько быстрый, что это отрицательно влияет на безопасность пациентов | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. В этом отделении/подразделении пересматриваются и оцениваются изменения, направленные на улучшение безопасности пациента, чтобы увидеть, насколько они эффективны | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. В этом отделении/подразделении отсутствует поддержка персонала, чтобы помочь им разрешить ситуацию, связанную со случаем безопасности пациента | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. В этом отделении/подразделении возможно повторение одних и тех же проблем, связанных с безопасностью пациентов | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

РАЗДЕЛ В: Ваш непосредственный руководитель

Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о Вашем/их непосредственном/ых руководителях?

- | | Совершенно не согласен | Не согласен | Затрудняюсь ответить | Согласен | Полностью согласен | Неприменимо или не знаю |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ваш/и непосредственный/ые руководитель/и серьезно рассматривает/ют предложения персонала по повышению безопасности пациентов | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ваш/и непосредственный/ые руководитель/и подразумевает/ют, что во время большой загруженности персонал должен работать быстрее, даже если от этого страдает качество | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ваш/и непосредственный/ые руководитель/и принимает/ют меры для | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



решения проблем, связанных с безопасностью пациентов, если на них обращается внимание

РАЗДЕЛ C: Коммуникация

Как часто в Вашем отделении/подразделении происходит следующее?

Подумайте о своем отделении/подразделении:	Никогда ▼	Редко ▼	Иногда ▼	Часто ▼	Всегда ▼	Неприменимо или не знаю ▼
1. Нам сообщают об ошибках, обнаруженных в этом отделении/подразделении	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Когда в отделении/подразделении возникают ошибки, обсуждаются способы для предотвращения повторных	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. В отделении/подразделении мы информированы об изменениях, которые делаются на основе отчетов о событиях	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. В отделении/подразделении сотрудники высказываются, если видят что-то, что может негативно повлиять на результат лечения пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Когда сотрудники видят, что кто-то, вышестоящий, делает что-то небезопасное для пациентов, они говорят об этом	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Когда сотрудники высказываются, то те, у кого больше власти, открыты для выслушивания их опасений по поводу безопасности пациентов	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. В отделении/подразделении сотрудники боятся задавать вопросы, даже тогда, когда что-то кажется им неправильным	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

РАЗДЕЛ D: Сообщение о событиях, связанных с безопасностью пациентов

Подумайте о своем отделении/рабочей зоне:	Никогда ▼	Редко ▼	Иногда ▼	Часто ▼	Всегда ▼	Неприменимо или не знаю ▼
1. Если ошибка обнаруживается и исправляется еще <u>до того, как она затронула пациента</u> , как часто об этом сообщается?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Если ошибка уже затронула пациента и <u>могла причинить ему вред, но не причинила</u> , как часто об этом сообщается?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. О скольких событиях, связанных с безопасностью пациентов, <u>Вы сообщили за последние 12 месяцев?</u>						
<input type="checkbox"/> а. Ни об одном						

Developing the University of Tartu to a well-networked Patient Safety research center in Estonia (PATSAFE)



- б. От 1 до 2
- с. От 3 до 5
- d. От 6 до 10
- e. От 11 или больше

РАЗДЕЛ E: Оценка безопасности пациента

1. Как бы Вы оценили безопасность пациентов в Вашем отделении/подразделении?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Плохая | Посредственная | Хорошая | Очень хорошая | Отличная |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

РАЗДЕЛ F: Ваша учреждение

Насколько Вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о Вашем учреждении?

<u>Подумайте о своем учреждении:</u>	Совершенно не согласен	Не согласен	Затрудняюсь ответить	Согласен	Полностью согласен	Неприменимо или не знаю
	▼	▼	▼	▼	▼	
1. Действия руководства скорой помощи показывают, что безопасность пациентов является высшим приоритетом	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Руководство скорой помощи предоставляет достаточно ресурсов для повышения безопасности пациентов	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Похоже, что руководство скорой помощи интересуется безопасностью пациентов только после того, как произойдет неблагоприятное событие	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. При переводе пациентов из одного отделения/подразделения в другое важная информация часто упускается из виду	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Во время передачи рабочей смены важная информация об уходе за пациентом часто упускается из виду	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. При передаче рабочей смены имеется достаточно времени для обмена всей важной информацией по лечению пациента	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

РАЗДЕЛ G: Вопросы для справки



1. Ваш возраст?

2. Ваш пол?

- a. naine
- b. mees
- c. ei soovi vastata

3. Какой у вас самый высокий уровень образования?

- a. kutseharidus
- b. rakenduskõrgharidus (k.a. bakalaureuse kraad)
- c. magistrikraad (k.a. sellega võrdsustatud õpe)
- d. doktorikraad

4. Как долго вы работаете на своей нынешней должности?

- a. Менее 1 года
- b. От 1 до 5 лет
- c. От 6 до 10 лет
- d. 11 и более лет

5. Как долго Вы проработали в этом учреждении?

- a. Менее 1 года
- b. От 1 до 5 лет
- c. От 6 до 10 лет
- d. 11 или более лет

6. Сколько часов в неделю Вы работаете в этом учреждении?

- a. Неполный рабочий день (менее 40 часов в неделю)

Developing the University of Tartu to a well-networked [Patient Safety](#) research center in Estonia ([PATSAFE](#))



- b. Полная занятость (40 часов в неделю)
- c. Более чем полная нагрузка (переработка)
- d. Помимо работы на полную ставку, я также работаю на другом рабочем месте (например, в другой больнице, центре семейного врача, доме престарелых и т. д.)

7. **Имеете ли Вы непосредственное взаимодействие или прямой контакт с пациентами исходя из Вашей должности?**

- a. ДА, я обычно напрямую общаюсь или контактирую с пациентами
- b. НЕТ, я обычно НЕ общаюсь с пациентами напрямую и не контактирую с ними

РАЗДЕЛ Н: Ваши комментарии

Здесь Вы можете оставить любые комментарии о том, как в Вашей учреждение делается что-либо, что может повлиять на безопасность пациентов.

Здесь Вы можете оставить любые комментарии о том, как может быть сделано что-либо, что может повлиять на безопасность пациентов.

Благодарим Вас за участие в исследовании!

Lisa 4. Patsiendiohutuskultuuri väidete ja dimensioonide positiivsete hinnangute jaotus

Tabel 9. Väidete ja dimensioonide positiivsete hinnangute jaotus

Dimensioonid ja väited	Positiivsed hinnangud (%)
Meeskonnatöö	82%
Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	96%
Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	89%
<i>Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega*</i>	62%
Personali olemasolu ja töökorraldus	65%
Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	71%
<i>Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne*</i>	58%
<i>Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid*</i>	69%
<i>Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt*</i>	62%
Õppimine organisatsioonis ja pidev parendamine	42%
Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	64%
Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	44%
<i>Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutusprobleemide kordumine*</i>	17%
Käitumine vigade korral	40%
<i>Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks*</i>	35%
<i>Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga*</i>	31%
Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	51%
<i>Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega*</i>	42%
Juhi toetus patsiendiohutuse tagamiseks	73%
Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	79%
<i>Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis*</i>	69%
Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	72%
Vigadest rääkimine	40%
Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	33%
Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	37%
Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	51%
Suhtlemise avatus	44%
Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	47%
Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebatavalist, juhivad nad sellele tähelepanu	31%
Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	54%
<i>Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu*</i>	44%
Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamine	32%
Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	35%
Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kuid ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	28%
Juhtkonna toetus patsiendiohutuse tagamiseks	54%
Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	68%
Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	62%
<i>Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist*</i>	33%
Patsiendi üleandmine ja infovahetus	63%
<i>Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata*</i>	64%
<i>Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata*</i>	67%
Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	57%

* negatiivselt sõnastatud väited

Lisa 5. Taustaandmete ja patsiendiohutuskultuuri seoste leidmise kirjeldavad tabelid

Tabel 10. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses vanusega

	Kiirabitöötajate vanus				p-väärtus
	<34a	35-44a	45-54a	>55a	
	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
A. Hinnang tööle üksustes					
1. Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	41(97,6)	30(93,7)	24(92,3)	21(100,0)	p=0.446
2. Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	27(67,5)	25(83,3)	12(50,0)	17(85,0)	p=0.115
3. Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	20(62,5)	15(57,7)	12(50,0)	12(60,0)	p=0.515
4. Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	23(67,6)	13(54,2)	13(56,5)	12(80,0)	p=0.561
5. Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	28(70,0)	21(72,4)	18(69,2)	11(61,1)	p=0.930
6. Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	10(28,6)	10(33,3)	5(22,7)	11(57,9)	p=0.367
7. Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	4(12,9)	11(40,7)	9(39,1)	7(36,8)	p<0,05
8. Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	39(92,9)	26(83,8)	22(84,6)	19(95,0)	p=0.595
9. Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	25(65,8)	18(60,0)	13(54,2)	11(64,7)	p=0.709
10. Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	17(50,0)	14(56,0)	10(40,0)	12(60,0)	p=0.500
11. Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	24(61,5)	21(72,4)	11(45,8)	12(63,2)	p=0.603
12. Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	12(40,0)	10(43,5)	9(45,0)	8(57,1)	p=0.859
13. Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	17(45,9)	10(40,0)	7(31,8)	9(50,0)	p=0.772
14. Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	4(10,5)	2(7,1)	4(16,7)	7(38,9)	p=0.088
B. Hinnangud juhile/juhatajale					
1. Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	32(88,9)	19(67,9)	18(78,3)	15(75,0)	p=0.422
2. Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	25(69,4)	20(76,9)	16(64,0)	11(61,1)	p=0.689
3. Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	26(74,3)	21(77,8)	13(61,9)	15(71,4)	p=0.155
C. Infovahetus ja kommunikatsioon					
1. Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	11(28,2)	11(39,3)	8(33,3)	7(36,8)	p=0.985
2. Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	14(37,8)	14(46,7)	5(20,8)	8(44,4)	p=0.527
3. Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	15(41,7)	13(48,1)	12(52,2)	14(77,8)	p=0.320

4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	21(53,8)	13(44,8)	9(37,5)	10(52,6)	p=0.717
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebatavalist, juhivad nad sellele tähelepanu	10(29,4)	9(34,6)	6(30,0)	5(33,3)	p=0.757
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	20(58,8)	15(53,6)	11(50,0)	9(52,9)	p=0.331
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	17(48,6)	12(42,9)	9(40,9)	8(44,4)	p=0.598
D.Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus					
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	7(29,2)	11(50,0)	2(14,3)	7(43,7)	p=0.436
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	5(19,2)	11(50,0)	1(6,7)	5(31,2)	p=0.039
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	7(16,7)	15(46,9)	12(46,1)	2(9,5)	p<0.001
E.Hinnang patsiendiohutusele					
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	12(28,6)	6(18,7)	4(15,4)	3(14,3)	p=0.511
F.Hinnangud kiirabiasutusele					
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	25(33,3)	19(25,3)	16(21,3)	15(20,0)	p=0.781
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	20(30,8)	18(27,7)	12(18,5)	15(23,0)	p=0.315
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	11(33,3)	11(42,3)	7(29,2)	5(27,8)	p=0.818
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	23(65,7)	18(72,0)	13(59,9)	8(50,0)	p=0.661
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	25(71,4)	20(74,1)	12(54,5)	11(61,1)	p=0.474
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	20(58,8)	15(57,7)	10(45,5)	12(63,2)	p=0.785

Tabel 11. Patsiendiohutuskuuurile antud hinnangute seoses haridusega

	Kiirabitöötajate haridus			p-väärtus
	Kutseharidus	Rakendus- kõrgharidus	Magistri- haridus	
	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
A. Hinnang tööle üksustes				
1.Töötame üksuses/osakonnas töhusa meeskonnana	15(93,7)	74(96,1)	28(96,5)	p=0.567
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	10(62,5)	51(70,8)	21(77,8)	p=0.483
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	4(50,0)	36(52,9)	20(74,0)	p=0.129
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	11(78,6)	35(61,4)	15(60,0)	p=0.395
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	11(78,6)	49(68,1)	19(67,9)	p=0.830
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	6(50,0)	23(32,9)	8(32,0)	p=0.721

7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	3(21,4)	19(30,6)	9(36,0)	p=0.588
8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	15(93,7)	68(90,7)	24(82,7)	p=0.617
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	6(42,9)	47(67,1)	15(57,7)	p=0.100
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	8(57,1)	32(50,8)	14(50,0)	p=0.802
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendihutust negatiivselt	8(57,1)	40(56,3)	21(77,8)	p=0.103
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendihutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toiminud	6(50,0)	24(45,3)	9(39,1)	p=0.571
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendihutuse alaste vigadega	5(41,7)	27(40,3)	11(45,8)	p=0.409
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendihutusprobleemide kordumine	1(7,69)	13(18,8)	4(14,8)	p=0.441
B. Hinnangud juhile/juhatajale				
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendihutuse parandamise ettepanekutesse	14(100,0)	53(79,1)	18(66,7)	p=0.211
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	11(78,6)	42(65,6)	20(71,4)	p=0.824
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendihutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	12(92,3)	46(70,8)	18(66,7)	p=0.426
C. Infovahetus ja kommunikatsioon				
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	3(20,0)	25(36,2)	9(33,3)	p=0.204
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	4(30,8)	27(38,6)	10(37,0)	p=0.275
3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	8(57,1)	35(53,8)	11(42,3)	p=0.202
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	7(50,0)	35(50,0)	11(39,3)	p=0.867
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebatavalist, juhivad nad sellele tähelepanu	4(33,3)	19(32,7)	7(26,9)	p=0.686
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	8(61,5)	31(50,0)	16(59,3)	p=0.247
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	3(27,3)	30(45,4)	13(48,1)	p=0.641
D.Patsiendihutusjuhtumitest teavitamise sagedus				
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	2(28,6)	19(38,0)	6(30,0)	p=0.528
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	3(42,9)	15(29,4)	4(18,2)	p=0.394
3.Kui mitmest patsiendihutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	3(18,7)	21(27,3)	12(41,4)	p=0.225
E.Hinnang patsiendihutusele				
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendihutuse seisukohalt?	4(25,0)	14(18,2)	7(24,1)	p=0.678
F.Hinnangud kiirabiasutusele				
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendihutus on kiirabis esmatähtis	12(80,0)	48(66,7)	4(16,0)	p=0.915
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendihutuse parandamiseks piisavalt ressursse	10(66,7)	41(59,4)	15(65,2)	p=0.842

3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	6(46,1)	18(28,6)	10(38,5)	p=0.254
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	6(54,5)	38(61,3)	19(73,1)	p=0.563
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	8(61,5)	42(65,6)	19(73,1)	p=0.714
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	7(58,3)	37(58,7)	14(51,8)	p=0.623

Tabel 12. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses staažiga ametikohal

	Kiirabitöötajate staaž ametikohal			p-väärtus
	<5 aastat	6-10 aastat	>11 aastat	
A. Hinnang tööle üksustes	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
1.Töötame üksuses/osakonnas töhusa meeskonnana	41(97,6)	32(97,0)	44(93,6)	p=0.152
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	23(71,8)	20(64,5)	34(75,6)	p=0.587
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	17(56,7)	17(63,0)	26(56,5)	p=0.354
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	23(71,9)	14(58,3)	24(60,0)	p=0.793
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	27(69,2)	21(65,6)	31(72,1)	p=0.711
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	10(30,3)	9(29,0)	18(41,9)	p=0.758
7.Kui üksuses/osakonnas teatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	8(26,7)	7(24,14)	16(38,1)	p=0.566
8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	38(92,7)	28(87,5)	41(87,2)	p=0.391
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	22(55,0)	20(66,7)	26(65,0)	p=0.888
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	18(54,4)	12(41,4)	24(55,8)	p=0.743
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	24(61,5)	21(67,7)	24(57,1)	p=0.252
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toiminud	13(50,0)	9(36,0)	17(45,9)	p=0.858
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	20(57,1)	7(23,3)	16(42,1)	p=0.078
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuspoleemide kordumine	6(16,22)	3(9,4)	9(22,5)	p=0.276
B. Hinnangud juhile/juhatajale				
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	30(85,7)	23(79,3)	32(72,7)	p=0.443
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	25(71,4)	19(70,4)	29(65,9)	p=0.812
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	28(84,8)	20(69,0)	28(65,1)	p=0.280
C. Infovahetus ja kommunikatsioon				
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	13(33,3)	10(32,3)	14(34,1)	p=0.997
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	16(43,2)	10(31,2)	15(36,6)	p=0.844

3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	19(54,3)	11(37,9)	24(58,5)	p=0.094
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	19(51,3)	14(42,4)	20(47,6)	p=0.843
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhivad nad sellele tähelepanu	13(37,1)	5(20,0)	12(33,3)	p=0.545
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	22(64,7)	13(43,3)	20(52,6)	p=0.399
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	15(42,9)	12(41,4)	19(47,5)	p=0.950
D.Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus				
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	9(47,4)	5(20,8)	13(38,2)	p=0.400
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	5(23,8)	8(30,8)	9(27,3)	p=0.671
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	9(21,4)	11(33,3)	16(34,0)	p=0.387
E.Hinnang patsiendiohutusele				
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	13(30,9)	6(18,2)	6(12,8)	p=0.098
F.Hinnangud kiirabiasutusele				
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	24(64,9)	22(66,7)	30(71,4)	p=0.520
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	20(55,6)	19(61,3)	27(67,5)	p=0.777
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	14(42,4)	7(25,9)	13(20,9)	p=0.442
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	25(73,5)	16(59,3)	22(57,9)	p=0.536
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	28(77,8)	18(62,1)	23(60,5)	p=0.253
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	19(55,9)	17(56,7)	22(57,9)	p=0.799

Tabel 13. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses staažiga asutuses

	Kiirabitöötajate staaž asutuses			p-väärtus
	<5 aastat	6-10 aastat	>11 aastat	
A. Hinnang tööle üksustes	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
1.Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	38(95,0)	37(100,0)	42(93,3)	p<0.05
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	25(67,6)	25(71,4)	32(74,4)	p=0.932
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	16(57,1)	19(61,3)	25(56,8)	p=0.539
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	24(77,4)	17(58,6)	20(55,6)	p=0.227
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	25(67,6)	27(75,0)	27(65,8)	p=0.723
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	10(32,3)	13(38,2)	14(33,3)	p=0.920
7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	8(27,6)	9(28,1)	14(35,0)	p=0.945

8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	38(95,0)	31(86,1)	38(86,4)	p=0.365
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	22(55,3)	22(66,7)	25(64,1)	p=0.844
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	17(54,8)	17(51,5)	20(48,8)	p=0.684
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendihutust negatiivselt	23(63,9)	22(62,9)	24(58,5)	p=0.614
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendihutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toiminud	13(50,0)	14(45,2)	13(39,4)	p=0.865
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendihutuse alaste vigadega	18(56,2)	10(29,4)	15(40,5)	p=0.127
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendihutusprobleemide kordumine	6(17,1)	4(11,4)	8(20,5)	p=0.608
B. Hinnangud juhile/juhatajale				
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendihutuse parandamise ettepanekutesse	31(91,2)	25(78,1)	29(69,0)	p=0.064
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	25(72,7)	23(71,9)	26(63,4)	p=0.649
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendihutusega seotud probleemide lahendamise, kui nende tähelepanu juhitakse	28(87,5)	20(62,5)	28(68,3)	p=0.194
C. Infovahetus ja kommunikatsioon				
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	13(34,2)	11(33,3)	13(32,5)	p=0.791
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	16(45,7)	13(36,1)	12(30,8)	p=0.522
3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	20(58,8)	13(40,6)	21(53,8)	p=0.359
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	20(57,1)	15(41,7)	18(43,9)	p=0.544
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhivad nad sellele tähelepanu	13(39,4)	8(28,6)	9(25,7)	p=0.532
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	22(68,7)	16(48,5)	17(45,9)	p=0.229
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	16(48,5)	14(42,4)	16(42,1)	p=0.843
D.Patsiendihutusjuhtumitest teavitamise sagedus				
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	9(50,0)	7(26,9)	11(33,3)	p=0.549
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	5(26,3)	9(32,1)	8(24,2)	p=0.684
3.Kui mitmest patsiendihutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	9(22,5)	13(35,1)	14(31,1)	p=0.491
E.Hinnang patsiendihutusele				
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendihutuse seisukohalt?	13(32,5)	8(21,6)	4(8,9)	p<0.05
F.Hinnangud kiirabiasutusele				
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendihutus on kiirabis esmatähtis	24(66,7)	24(68,6)	28(68,3)	p=0.242
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendihutuse parandamiseks piisavalt ressursse	20(57,1)	20(57,1)	26(70,3)	p=0.559
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendihutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumit aset leidmist	15(46,9)	8(25,8)	11(28,2)	p=0.398

4. Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	24(75,0)	16(51,6)	23(63,9)	p=0.388
5. Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	26(76,5)	19(59,4)	24(64,9)	p=0.615
6. Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	20(62,5)	15(46,9)	23(60,5)	p=0.523

Tabel 14. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses töökoormusega

	Kiirabitöötajate töökoormus			p-väärtus
	Osakoormus	Täiskoormus	Rohkem kui täiskoormus	
	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
A. Hinnang tööle üksustes				
1. Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	29(93,5)	60(16,7)	28(96,5)	p=0.243
2. Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	18(62,1)	47(78,3)	17(65,4)	p=0.300
3. Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	14(56,0)	34(64,1)	12(48,0)	p=0.401
4. Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	16(61,5)	34(68,0)	11(55,0)	p=0.072
5. Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	22(71,0)	41(70,7)	16(64,0)	p=0.181
6. Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	12(46,1)	20(35,1)	5(20,8)	p=0.127
7. Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	6(26,1)	19(36,5)	6(23,1)	p=0.310
8. Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	26(83,9)	58(96,7)	23(79,3)	p<0.05
9. Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	8(32,0)	15(26,3)	7(30,4)	p=0.294
10. Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	13(52,0)	33(57,9)	8(34,8)	p=0.294
11. Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	20(66,7)	36(64,3)	13(50,0)	p<0.05
12. Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	11(52,4)	23(46,0)	5(29,4)	p=0.083
13. Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	11(44,0)	24(43,6)	8(34,8)	p=0.911
14. Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	5(17,2)	11(19,6)	2(8,3)	p=0.485
B. Hinnangud juhile/juhatajale				
1. Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	23(85,2)	43(75,4)	19(79,2)	p=0.605
2. Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	24(82,7)	30(56,6)	19(79,2)	p=0.121
3. Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	19(76,0)	41(73,2)	16(66,7)	p=0.714
C. Infovahetus ja kommunikatsioon				
1. Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	9(33,3)	21(35,0)	7(29,2)	p=0.966
2. Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	11(40,7)	18(31,6)	12(46,1)	p=0.752

3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	12(46,1)	28(51,8)	14(56,0)	p=0.882
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	15(50,0)	26(44,8)	12(50,0)	p=0.576
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhivad nad sellele tähelepanu	9(34,6)	15(30,0)	6(30,0)	p=0.763
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	17(65,4)	28(53,8)	10(41,7)	p=0.130
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	11(45,8)	22(40,0)	13(52,0)	p=0.537
D. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus				
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	5(26,3)	16(42,1)	6(30,0)	p=0.667
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	4(25,0)	12(27,9)	6(28,6)	p=0.853
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	6(19,3)	23(37,1)	7(24,1)	p=0.170
E. Hinnang patsiendiohutusele				
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	10(32,3)	11(17,7)	4(13,8)	p=0.163
F. Hinnang kiirabiasutusele				
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	21(84,0)	39(62,9)	16(64,0)	p=0.446
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	15(53,6)	36(64,3)	15(65,2)	p=0.887
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	11(42,3)	18(33,3)	5(22,7)	p=0.638
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	22(81,5)	29(56,9)	12(57,1)	p=0.101
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	18(72,0)	36(66,7)	15(62,5)	p=0.415
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	18(66,7)	29(54,7)	11(50,0)	p=0.798

Tabel 15. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses ametiga

	Amet			p-väärtus
	arst	õde	kiirabitehnik	
A. Hinnang tööle üksustes				
1.Töötame üksuses/osakonnas töhusa meeskonnana	10(100,0)	93(95,9)	13(92,9)	p=0.425
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	4(50,0)	72(78,3)	6(42,9)	p<0.01
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	9(90,0)	48(55,8)	3(50,0)	p=0.184
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	4(66,7)	48(62,3)	9(75,0)	p=0.530
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	8(88,9)	62(67,4)	9(69,2)	p=0.081
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	2(28,6)	29(32,9)	5(45,5)	p=0.455
7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	3(33,3)	24(30,4)	4(30,8)	p=0.987

8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	8(80,0)	85(89,5)	13(89,1)	p=0.486
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	3(42,9)	56(63,6)	8(57,1)	p=0.485
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	4(44,4)	45(53,6)	5(41,7)	p=0.742
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendihutust negatiivselt	6(75,0)	55(60,4)	8(61,5)	p=0.697
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendihutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toiminud	2(40,0)	32(43,80)	5(55,6)	p=0.400
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendihutuse alaste vigadega	4(66,7)	36(41,4)	3(30,0)	p=0.385
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendihutusprobleemide kordumine	2(25,0)	15(16,7)	1(9,1)	p=0.300
B. Hinnangud juhile/juhatajale				
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendihutuse parandamise ettepanekutesse	8(88,9)	66(75,9)	10(90,9)	p=0.804
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	8(88,9)	57(66,3)	8(72,7)	p=0.706
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendihutusega seotud probleemide lahendamise, kui nende tähelepanu juhitakse	8(88,9)	59(70,2)	8(72,73)	p=0.174
C. Infovahetus ja kommunikatsioon				
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	4(44,4)	32(36,4)	1(7,1)	p<0.05
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	3(33,3)	35(38,5)	3(30,0)	p=0.673
3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	3(37,5)	42(51,8)	9(69,2)	p=0.246
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	5(50,0)	43(47,2)	5(45,4)	p=0.992
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhvivad nad sellele tähelepanu	3(33,3)	24(31,2)	3(30,0)	p=1,000
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	6(66,7)	42(51,8)	7(58,3)	p=0.330
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	5(62,5)	37(43,0)	4(40,0)	p=0.385
D. Patsiendihutusjuhtumitest teavitamine sagedus				
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	2(33,3)	23(35,9)	2(28,6)	p=0.104
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	2(33,3)	18(26,5)	2(33,3)	p=0.131
3.Kui mitmest patsiendihutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	2(20,0)	30(30,93)	4(28,7)	p=0.932
E. Hinnang patsiendihutusele				
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendihutuse seisukohalt?	3(30,0)	17(17,5)	5(35,7)	p=0.174
F. Hinnang kiirabiasutusele				
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendihutus on kiirabis esmatähtis	7(87,5)	60(65,9)	8(66,7)	p=0.693
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendihutuse parandamiseks piisavalt ressursse	6(75,0)	52(61,2)	7(53,8)	p=0.928
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendihutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	3(33,3)	25(31,2)	5(41,7)	p=0.191

4. Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	9(100,0)	49(61,2)	5(50,0)	p=0.164
5. Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	8(88,9)	54(65,8)	7(58,3)	p=0.449
6. Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	9(90,0)	45(55,6)	4(36,4)	p=0.137

Tabel 16. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses sooga

	Sugu		p-väärtus
	Mees Positiivne hinnang n(%)	Naine Positiivne hinnang n(%)	
A. Hinnang tööle üksustes			
1. Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	40(97,6)	76(95,0)	p=0.601
2. Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	23(59,0)	58(77,3)	p=0.053
3. Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	21(63,6)	39(55,7)	p=0.694
4. Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	21(63,6)	39(62,9)	p=0.862
5. Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	29(74,4)	49(66,2)	p=0.245
6. Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	12(33,3)	24(34,3)	p=0.207
7. Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	10(29,4)	21(31,3)	p=0.421
8. Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	37(92,5)	69(87,3)	p=0.581
9. Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	25(64,1)	42(60,0)	p=0.629
10. Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	16(45,7)	37(53,6)	p=0.760
11. Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	22(59,5)	46(62,2)	p=1,000
12. Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	11(36,7)	27(47,4)	p<0.05
13. Üksuses/osakonnas puudub tuugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	18(50,0)	25(37,3)	p=0.291
14. Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	5(14,3)	13(17,8)	p=0.122
B. Hinnangud juhile/juhatajale			
1. Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	29(80,6)	55(77,5)	p=0.333
2. Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	21(61,8)	51(71,8)	p=0.565
3. Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamisega, kui nendele tähelepanu juhitakse	26(72,2)	49(72,1)	p=0.670
C. Infovahetus ja kommunikatsioon			
1. Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	10(27,0)	27(37,0)	p=0.099
2. Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	13(36,1)	27(37,0)	p=0.935
3. Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	19(55,9)	34(48,6)	p=0.726
4. Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	18(48,6)	34(45,9)	p=0,964
5. Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhvivad nad sellele tähelepanu	8(25,8)	21(32,8)	p=0,817

6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	20(54,0)	34(53,1)	p=0,512
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	15(45,4)	30(42,9)	p=0,928
D. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus			
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	10(38,5)	17(33,3)	p<0.01
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	8(29,6)	14(26,4)	p=0.204
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	14(34,1)	22(27,5)	p=0.990
E. Hinnang patsiendiohutusele			
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	12(29,3)	12(15,0)	p=0.231
F. Hinnang kiirabiasutusele			
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	23(60,53)	52(71,2)	p=0.254
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	25(62,5)	40(50,5)	p=0.539
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	12(31,6)	21(33,3)	p=0.423
4.Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	18(54,5)	44(67,7)	p=0,154
5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	21(58,3)	47(71,2)	p=0,419
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	18(50,0)	40(60,6)	p=0,540

Tabel 17. Patsiendiohutuskultuurile antud hinnangute seoses juhtival ametikohal töötamisega

	Juhtiv ametikoht		p-väärtus
	Jah Positiivne hinnang n(%)	Ei Positiivne hinnang n(%)	
A. Hinnang tööle üksustes			
1.Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	55(98,2)	62(93,9)	p=0.319
2.Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	41(77,4)	41(66,1)	p=0.199
3.Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	31(59,6)	29(56,9)	p=0.550
4.Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	24(53,3)	37(72,5)	p=0.081
5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	37(69,8)	42(68,8)	p=0.266
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	26(49,1)	11(20,4)	p<0.01
7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	20(40,0)	11(21,6)	p=0.093
8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	49(89,1)	58(89,2)	p=1,000
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	30(57,7)	38(65,5)	p=0.627
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	27(45,7)	27(49,1)	p=0.871
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	31(63,3)	38(60,3)	p=0.963
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	16(35,6)	23(53,5)	p=0.248
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	22(43,1)	21(40,4)	p=0.491
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutusprobleemide kordumine	8(15,1)	10(17,9)	p=0.421

B. Hinnangud juhile/juhatajale			
1. Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	41(78,8)	44(78,6)	p=0.619
2. Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	37(72,5)	36(65,4)	p=0.552
3. Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nendele tähelepanu juhitakse	35(74,5)	41(70,7)	p=0.858
C. Infovahetus ja kommunikatsioon			
1. Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	16(32,0)	21(34,4)	p=0.857
2. Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	15(28,8)	26(44,8)	p=0.169
3. Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	23(46,9)	31(55,4)	p=0.528
4. Osakonna/üksuse töötajad tõstatavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	21(38,9)	32(55,2)	p=0,237
5. Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhvivad nad sellele tähelepanu	12(26,7)	18(35,3)	p=0,656
6. Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	25(53,2)	30(54,5)	p=1,000
7. Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	24(49,0)	22(40,0)	p=0,654
D. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus			
1. Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	11(28,9)	16(41,0)	p=0.459
2. Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	11(26,8)	11(28,2)	p=0.780
3. Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	15(26,8)	31,8(31,8)	p=0.315
E. Hinnang patsiendiohutusele			
1. Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	7(12,5)	18(27,3)	p=0.293
F. Hinnang kiirabisutusele			
1. Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	34(66,7)	42(68,8)	p=0.958
2. Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	30(62,5)	36(61,0)	p=0.925
3. Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumit aset leidmist	14(29,2)	20(37,0)	p=0.634
4. Patsientide ühest üksusest/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	31(66,0)	32(61,5)	p=0,197
5. Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	33(70,2)	36(64,3)	p=0,829
6. Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	25(54,3)	33(58,9)	p=0,541

Tabel 18. Patsiendiohutuskultuurile hinnangute seos patsiendiga otseses kontaktis olemisega

	Kontakt patsiendiga		p-väärtus
	Jah	Ei	
A. Hinnang tööle üksustes	Positiivne hinnang n(%)	Positiivne hinnang n(%)	
1. Töötame üksuses/osakonnas tõhusa meeskonnana	107(97,3)	10(83,3)	p=0.075
2. Meil on üksuses/osakonnas töökoormusega toimetulemiseks piisavalt töötajaid	75(72,1)	7(63,6)	p=0.769
3. Üksuse/osakonna töötajate tööpäevad venivad pikemaks kui patsiendi ohutuse aspektist optimaalne	55(57,9)	5(62,5)	p=0.444
4. Üksuses/osakonnas vaadatakse regulaarselt üle tööprotsessid, et teha kindlaks, kas patsiendi ohutuse parandamiseks on vaja teha muudatusi	54(62,07)	7(77,8)	p=0.874

5.Üksuses/osakonnas on liiga palju ajutisi- või abitöötajaid	71(68,3)	8(80,0)	p=0.875
6.Üksuse/osakonna töötajad tunnevad, et nende tehtud vigu pannakse neile pahaks	34(35,0)	3(30,0)	p=0.397
7.Kui üksuses/osakonnas teatatakse ohujuhtumist siis tundub, et tegeletakse rohkem probleemi põhjustajaga, mitte probleemiga	28(30,11)	3(37,5)	p=0.897
8.Kiirel ajal aitavad üksuse/osakonna töötajad teineteist	98(90,7)	9(75,0)	p=0,123
9.Üksuses/osakonnas on probleem töötajate lugupidamatu käitumisega	60(60,0)	8(80,0)	p=0,635
10.Töötajate eksimuste korral keskendutakse üksuses/osakonnas pigem veast õppimisele, mitte individuaalsele süüdistamisele	49(51,0)	5(55,6)	p=0,904
11.Töötempo on üksuses/osakonnas nii kiire, et see mõjutab patsiendiohutust negatiivselt	60(59,4)	9(81,8)	p=0,205
12.Üksuses/osakonnas vaadatakse üle ja hinnatakse patsiendiohutuse parandamiseks tehtud muudatusi, et näha kui hästi need on toimunud	33(41,8)	6(66,7)	p=0,479
13.Üksuses/osakonnas puudub tugi töötajatele, et aidata neil toime tulla patsiendiohutuse alaste vigadega	39(41,0)	4(50,0)	p=1,000
14.Üksuses/osakonnas on võimalik samade patsiendiohutuseprobleemide kordumine	16(16,0)	2(22,2)	p=0,273
B. Hinnangud juhile/juhatajale			
1.Teie vahetu juht/juhataja suhtub täie tõsidusega töötajate patsiendiohutuse parandamise ettepanekutesse	74(77,1)	11(91,7)	p=0,647
2.Teie vahetu juht/juhataja eeldab, et me peame kiirel ajal suutma töötada kiiremini, isegi kui see tähendab järeleandmisi kvaliteedis	65(67,0)	8(88,9)	p=0,572
3.Teie vahetu juht/juhataja tegeleb patsiendiohutusega seotud probleemide lahendamise, kui nende tähelepanu juhitakse	67(70,5)	9(90,0)	p=0,643
C. Infovahetus ja kommunikatsioon			
1.Meid teavitatakse osakonnas/üksuses aset leidnud patsiendi ohutusega seotud vigadest	32(31,7)	5(50,0)	p=0,123
2.Kui osakonnas/üksuses juhtub eksimusi, arutatakse võimalusi nende kordumise vältimiseks	33(33,3)	8(72,7)	p<0,05
3.Osakonnas/üksuses teavitatakse meid muudatustest, mis tehakse teatatud juhtumite põhjal	45(47,4)	9(90,0)	p<0,05
4.Osakonna/üksuse töötajad tõstavad probleemi, kui nad näevad midagi, mis võib patsiendi ravitulemust negatiivselt mõjutada	46(43,8)	7(100,0)	p<0,05
5.Kui töötajad näevad kõrgemal ametipositsioonil asuvat kolleegi tegemas patsientide jaoks midagi ebaturvalist, juhivad nad sellele tähelepanu	26(29,5)	4(50,0)	p=0,576
6.Kui töötajad võtavad sõna patsiendi ohutusega seotud probleemide osas, on kõrgemal ametipositsioonil asuvad isikud arutelule avatud	50(54,3)	5(50,0)	p=0,719
7.Osakonnas/üksuses kardavad töötajad küsimusi esitada, isegi siis, kui neile miski õige ei tundu	40(43,0)	6(54,5)	p=0,660
D. Patsiendiohutusjuhtumitest teavitamise sagedus			
1.Kui viga avastatakse ja lahendatakse enne patsiendiga tegelemiseni jõudmist, siis kui sageli sellest teavitatakse?	22(31,9)	5(62,5)	p<0.01
2.Kui viga leiab aset patsiendiga tegelemise käigus ning oleks võinud patsienti kahjustada, kui ei kahjustanud, siis kui sageli sellest teavitatakse?	18(25,0)	4(50,0)	p=0.316
3.Kui mitmest patsiendiohutusega seotud sündmusest olete Teie viimase 12 kuu jooksul teatanud?	33(30,0)	3(25,0)	p=0.106
E. Hinnang patsiendiohutusele			
1.Kuidas hindaksite oma üksust/osakonda patsiendiohutuse seisukohalt?	22(20,0)	3(25,0)	p=0.870
F. Hinnang kiirabiastutusele			
1.Kiirabi juhtkonna tegevus viitab sellele, et patsiendiohutus on kiirabis esmatähtis	67(66,3)	9(81,8)	p=0.270
2.Kiirabi juhtkond tagab patsiendiohutuse parandamiseks piisavalt ressursse	57(59,4)	9(81,8)	p=0.477
3.Kiirabi juhtkond näib patsiendiohutuse vastu huvi tundvat alles pärast juhtumi aset leidmist	28(30,1)	6(66,7)	p=0.073
4.Patsientide ühest üksuses/osakonnast teise üle viimisel jäetakse oluline teave sageli edastamata	56(62,2)	7(77,8)	p=0,886

5.Valvevahetuste ajal jäetakse oluline patsiente puudutav info sageli edastamata	61(64,9)	8(88,9)	p=0,288
6.Valvevahetusel on piisavalt aega kogu patsiendi raviga seotud olulise info edastamiseks	51(54,3)	7(87,5)	p=0,211