



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**CULTURA DE SEGURETAT DEL
PACIENT EN LA PRÀCTICA
INFERMERA A EUROPA**

Tesi Doctoral

Autora

Nina Granel Giménez

Directora

Dra. M. Dolors Bernabeu Tamayo

Programa de Doctorat en Medicina

Departament de Medicina

2018

**CULTURA DE SEGURETAT DEL PACIENT EN LA
PRÀCTICA INFERMERA A EUROPA**

**PATIENT SAFETY CULTURE IN NURSING
PRACTICE IN EUROPE**

Tesi Doctoral

Programa de Doctorat en Medicina

Departament de Medicina

Autora: Nina Granel Giménez

Directora: Dra. M. Dolors Bernabeu Tamayo

Tutor: Vicenç Fonollosa Pla

Universitat Autònoma de Barcelona

2018

Advertiment: l'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons.

Advertencia: el acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons.

Warning: Access to the contents of this thesis is limited to the acceptance of the use conditions established by the following Creative Commons license.



AGRAÏMENTS


Vull expressar el meu agraïment a totes aquelles persones que han deixat empremta al llarg de la meua vida, que han contribuït en el meu creixement personal i acadèmic.

Considero prescindible revelar públicament la identitat de tots vosaltres, m'ho reservo per a mi, a vosaltres, a aquells que sabeu que sóc reservada i que demostro l'agraïment amb accions i petits gestos que em caracteritzen.

A tots aquells que en aquest instant us sentiu al·ludits amb aquestes paraules, us vull donar les gràcies i manifestar que em sento molt afortunada d'haver compartit vivències, experiències i coneixement. Heu contribuït de forma directa o indirecta a que assolixi aquesta fita i em sento molt orgullosa de ser qui sóc i com sóc, un cop més gràcies, cada dia us valoro més.

Vull expressar el meu especial agraïment a la Dra. M^a Dolors Bernabeu, per la confiança dipositada en mi des que estudiava la diplomatura en infermeria, l'orientació i suport rebut durant aquests anys han estat imprescindibles per assolir etapes i realitzar aquesta tesi.

Un especial agraïment es mereixen les persones d'institucions sueques, espanyoles, hongareses i croates que van col·laborar de forma desinteressada garantint l'accés a les institucions, fent possible la recollida de dades, a la Dra. Marita Danielsson, a la Dra. Katalin Papp, a la Dra. Xènia Sist, a la Maite Sanz i a la Mirna Žulec, a les infermeres que van implementar els qüestionaris, a les infermeres entrevistades i que van acceptar que realitzés observacions durant la jornada laboral i a les traductores d'Hongria i Croàcia, moltes gràcies, *many thanks*.





ABREVIATURES I GLOSSARI

AFASN Administració del Fons d'Assegurança Sanitària Nacional

AHRQ *Agency for Healthcare Research and Quality*

APEAS Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Atención Primaria

ACALR Associació Sueca d'Autoritats Locals i Regionals

CIE Consell Internacional d'Infermeria

EA Efectes adversos

EARCAS Estudio de Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios

ECG Electrocardiograma

ENEAS Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización

ENNE *European Network of Nursing in Higher Education*

EOHSP *European Observatory on Health Systems and Policies*

EUA Estats Units d'Amèrica

EUNetPaS *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care*

EVADUR Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

HRO *High Reliability Organization*

HSMTC *Health Services Management Training Centre*

HSOPSC *Hospital Survey Patient Safety Culture*

IJHCQA *International Journal of Health Care Quality Assurance*


IM Intramuscular

MaPSaF *Manchester Patient Safety Framework*

MOSPSC *Medical Office Survey On Patient Safety Culture*

MRSA *Methicillin-resistant staphylococcus aureus*

MSSSI Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



NEVES NEM Várt ESemények

NGT *Nasogastric tube*

NPSA *National Patient Safety Agency*

OCDE Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic

OMC Organització Mèdica Col·legial

OMS Organització Mundial de la Salut

PaSQ *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care*

PIB Producte Interior Brut

SAQ *Safety Attitudes Questionnaire*

SAS Sistema d'Assegurança Social

SESPAS Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària

SNS Sistema Nacional de Salut


SYREC Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva

TA Tensió arterial

TCAI Tècnic en Cures Auxiliars d'Infermera

UE Unió Europea

VIH Virus de la Immunodeficiència Humana



ÍNDIX

ÍNDIX DE QUADRES

ÍNDIX DE TAULES


ÍNDIX DE FIGURES

RESUM


ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓ	1
1. Objectiu General	3
1.1 Objectius específics	4
II. MARC TEÒRIC I CONCEPTUAL	5
1. La seguretat del pacient	5
1.1 La seguretat del pacient a Europa	6
1.2 Els efectes adversos en el sistema sanitari	9
1.3 Reptes mundials en seguretat del pacient	11
1.4 La infermera, professional clau en la millora de la seguretat del pacient.	11
1.5 La cultura de seguretat del pacient	13
1.5.1 Teories de la cultura de seguretat	14
1.5.2 Instruments quantitatius de mesura de la cultura de seguretat del pacient	16
1.5.3 La recerca qualitativa en cultura de seguretat del pacient.	19
2. Els sistemes sanitaris a Europa	21
2.1 La despesa sanitària a Europa	21
3. La sanitat a Suècia	24
3.1 El sistema sanitari	24
3.2 L'estat de salut	25
3.3 Els professionals de la salut	25


3.4	La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.	26
4.	La sanitat a Espanya	28
4.1	El sistema sanitari	28
4.2	L'estat de salut	28
4.3	Professionals de la salut	29
4.4	La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.	29
5.	La sanitat a Hongria	33
5.1	El sistema sanitari	33
5.2	L'estat de salut	34
5.3	Els professionals de la salut	35
5.4	La seguretat del pacient i la cultura de seguretat	35
6.	La sanitat a Croàcia	37
6.1	El sistema sanitari	37
6.2	L'estat de salut	38
6.3	Els professionals de la salut	38
6.4	La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.	39
III.	METODOLOGIA	41
1.	Paradigma de la investigació	41
2.	Disseny metodològic	41
3.	Àmbit d'estudi	44
4.	Població d'estudi	46
5.	Criteris d'inclusió i exclusió	46
6.	Mostra	47
7.	Instrument de recollida de dades quantitatiu i variables d'estudi.	48
8.	Instrument de recollida de dades qualitatiu	50



9. Recollida de dades	52
10. Anàlisi de dades	56
11. Consideracions ètiques i rigor científic	57
IV. RESULTATS	59
1. Resultats a Suècia	59
1.1 Percepció global del grau de seguretat	59
1.2 Incidents notificats	63
1.3 Anys treballats	63
1.4 Hores de treball	64
1.5 Resultats de les dimensions	64
1.5.1 Fortaleses	64
1.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats	67
2. Resultats a Espanya	69
2.1 Percepció global del grau de seguretat	69
2.2 Incidents notificats	72
2.3 Anys treballats	73
2.4 Hores de treball	73
2.5 Resultats de les dimensions	73
2.5.1 Fortaleses	73
2.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats	75
3. Resultats a Hongria	81
3.1 Percepció global del grau de seguretat	81
3.2 Incidents notificats	85
3.3 Anys treballats	85
3.4 Hores de treball	85
3.5 Resultats de les dimensions	86
3.5.1 Fortaleses	86
3.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats	88



4. Resultats a Croàcia	91
4.1 Percepció global del grau de seguretat	91
4.2 Incidents notificats	94
4.3 Anys treballats	95
4.4 Hores de treball	95
4.5 Resultats de les dimensions	95
4.5.1 Fortaleses	95
4.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats	96
V. DISCUSSIÓ	105
1. Percepció global de seguretat	105
2. La cultura de seguretat	107
3. La maduresa cultural de les organitzacions	121
4. Limitacions de l'estudi	123
VI. CONCLUSIONS	125
VII. IMPACTE I LÍNIES DE FUTUR	127
VIII. BIBLIOGRAFIA	129
IX. ANNEXOS	141
ANNEX 1: Versió sueca de la HSOPSC	141
ANNEX 2: Versió espanyola de la HSOPSC	155
ANNEX 3: Versió croata de la HSOPSC	165
ANNEX 4: Dimensions i ítems de la HSOPSC	177
ANNEX 5: Guia d'entrevista semiestructurada	183
ANNEX 6: Full d'informació de la recerca en anglès	187
ANNEX 8: Consentiment informat en anglès	195
ANNEX 9: Consentiment informat en castellà	199
ANNEX 10: Guia d'observació no participant	203




ÍNDIX DE QUADRES

Quadre 1. Conceptes claus relatius a la seguretat del pacient.	6
Quadre 2. Objectius del projecte European Network for Patient Safety (EUNetPaS).	7
Quadre 3. Àrees de treball en seguretat del pacient proposades per la Comissió Europea	8
Quadre 4. Reptes per a la seguretat del pacient de la OMS	11
Quadre 5. Teories de la cultura de seguretat	15
Quadre 6. Funcions dels instruments de mesura de la cultura de seguretat del pacient	16
Quadre 7. Dimensions de la Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)	17
Quadre 8. Dimensions de la Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)	18
Quadre 9. Dimensions de la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	18
Quadre 10. Dimensions i ítems afegits en la versió sueca de la HSOPSC.	27
Quadre 11. Línies estratègiques planificades pel període 2015-2020	31
Quadre 12. Línies estratègiques per a la seguretat dels pacients a Catalunya.	32
Quadre 13. Tipus de dissenys mixtes	42
Quadre 14. Dimensions de la HSOPSC	49



ÍNDIX DE TAULES

Taula 1. Cronograma	4
Taula 2. Despesa sanitària als EU-28 l'any 2015	23
Taula 3. Càlcul mostral	48
Taula 4. Recollida de dades qualitativa	55
Taula 5. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals Suecs.	61
Taula 6. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats a Suècia.	62
Taula 7. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat per hospitals suecs.	65
Taula 8. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat entre unitats sueques.	66
Taula 9. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals espanyols.	70
Taula 10. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats espanyoles.	71
Taula 11. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre hospitals espanyols.	74
Taula 12. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats espanyoles.	75
Taula 13. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals hongaresos.	83
Taula 14. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats hongareses.	84
Taula 15. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre hospitals hongareses.	86
Taula 16. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats hongareses.	87
Taula 17. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals Croates.	92



Taula 18. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats croates.	93
Taula 19. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre hospitals croates.	96
Taula 20. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats croates.	97
Taula 21. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat entre països.	101
Taula 22. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals entre països.	102



ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Teoria de Reason	10
Figura 2. Esquema d'estudi.	44
Figura 3. Despesa sanitària per càpita en Euros dels 28 Estats membres de la UE.	45
Figura 4. Resultats de les 12 dimensions de cultura de seguretat per països.	103



RESUM

Els efectes adversos com a conseqüència de l'atenció sanitària estan presents en els països desenvolupats. L'estudi de la cultura de seguretat del pacient a les institucions sanitàries és un punt de partida per implementar estratègies de millora. Malgrat que la recerca quantitativa en aquest àmbit ha estat creixent en els últims anys, l'evidència qualitativa és limitada. Els experts en cultura de seguretat suggereixen l'aplicació d'enfocaments de mètodes mixtes que permetin l'estudi en profunditat en aquesta matèria.

Objectiu: Comparar la cultura de seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari i determinar el nivell de maduresa cultural des de la perspectiva infermera entre quatre països de la Unió Europea amb una inversió en sanitat per càpita diferenciada: Suècia, Espanya, Hongria i Croàcia.

Metodologia: Mixta, disseny de triangulació concurrent. La població d'estudi va estar constituïda per professionals d'infermeria de les unitats de Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències de dos hospitals regionals i públics de cada país participant. Les dades quantitatives (n = 538) es van obtenir a través del qüestionari validat en tots els països "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), compost per 12 dimensions. Es van realitzar un total de 24 entrevistes en profunditat i 147 hores d'observació no participant en les unitats d'estudi entre tots els països participants.

Resultats: La percepció global del grau de seguretat es va considerar bona a Suècia i acceptable en la resta de països. Les dades qualitatives indicaven diferències notables entre Espanya, respecte a Hongria i Croàcia. El treball en equip va ser la dimensió més ben valorada en tots els països excepte a Croàcia. Les dades qualitatives no sempre evidenciaven suport, respecte i treball en equip a les unitats d'Hongria i Croàcia. En tots els països, es va considerar la dotació de personal com a oportunitat de millora tot i que les ràtios infermera pacient eren superiors a Suècia, seguit d'Espanya, Hongria i Croàcia.

Conclusions: La metodologia mixta ha permès identificar diferències en la cultura de seguretat del pacient des de la perspectiva infermera entre països de la Unió Europea amb diferent despesa sanitària per càpita. Hi ha una correlació positiva entre la despesa sanitària i el nivell de maduresa de cultura de seguretat de les infermeres a Suècia i Espanya. Hongria i Croàcia presenten característiques similars, indicant de forma global un nivell més baix de maduresa cultural de seguretat.



ABSTRACT


Adverse effects as a consequence of healthcare provision are present in developed countries. The study of patient safety culture in healthcare institutions is a starting point for implementing strategies of improvement. Quantitative research in this field has increased in recent years but qualitative evidence is limited. Experts in safety culture propose the application of mixed methods approaches in order to achieve a deeper understanding in the subject.

Objective: To compare the culture of patient safety in hospital settings and to determine the cultural maturity level from the nurse perspective between four countries of the European Union: Sweden, Spain, Hungary and Croatia.

Methodology: Mixed methods, concurrent triangulation design. The study population was formed by nursing professionals from the Internal Medicine, Surgical and Emergency departments of two public regional hospitals in each participating country. Quantitative data (n = 538) was obtained through the questionnaire "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSOPSC), composed of 12 dimensions and validated in all the participating countries. A total of 24 in-depth interviews and 147 hours of non-participating observation were conducted among all the participating countries.

Results: The overall perception of safety was considered good in Sweden and acceptable in the other countries. The qualitative data indicated notable differences between Spain, compared to Hungary and Croatia. Teamwork was the most valued dimension in all countries except Croatia. The qualitative data did not always evidence support, respect and teamwork in the units of Hungary and Croatia. In all countries, staffing was considered an opportunity for improvement, although patient nurse ratios were higher in Sweden, followed by Spain, Hungary and Croatia.

Conclusions: The mixed methods methodology allowed to identify differences in the culture of patient safety from the nurse perspective between countries of the European Union with different health expenditure per capita. There is a positive correlation between health spending and the level of safety culture maturity of the nurses in Sweden and Spain. Hungary and Croatia have similar characteristics, indicating globally a lower level of cultural maturity.





I. INTRODUCCIÓ

L'assistència sanitària és cada vegada més complexa pel que fa al tractament, diagnòstic i seguiment del pacient. En aquest procés intervenen professionals de diverses disciplines, recursos sanitaris i organitzacions amb l'objectiu de proporcionar un servei adequat al pacient i de qualitat.

Aquesta complexitat fa augmentar la probabilitat que esdevingui alguna alteració en la seguretat de les cures proporcionades al pacient.

S'han establert en les últimes dècades estratègies i lleis per promoure i millorar la seguretat del pacient que han estat efectives però continua sent un dels objectius de millora per a les institucions sanitàries de tot el món.

En països amb sistemes sanitaris desenvolupats, els efectes no desitjats secundaris a l'atenció sanitària representen una causa elevada de morbiditat i mortalitat (Rafter et al., 2015). Tot i que els resultats varien segons la metodologia utilitzada en diferents estudis d'àmbit nacional i internacional, es pot afirmar que al voltant del 10% dels pacients hospitalitzats pateixen un esdeveniment advers com a conseqüència de l'atenció sanitària (Aranaz, Aibar, Vitaller, & Ruiz, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011; Rafter et al., 2015; WHO, 2010).

Al voltant del 50% dels esdeveniments adversos podrien evitar-se aplicant pràctiques segures d'efectivitat demostrada (Aranaz et al., 2006; Rafter et al., 2015). Les principals mesures són la higiene de mans per a la prevenció de les infeccions nosocomials, la identificació correcta del pacient, la prevenció de caigudes, les nafres per pressió i les pràctiques segures en cirurgia i en l'administració de medicació i components sanguinis (OMS, 2018).

Proporcionar formació en aquest àmbit als professionals sanitaris i als pacients, per tal de que coneguin les pràctiques de risc, contribueix a augmentar la seguretat del pacient.

La comunicació efectiva, tant entre professionals com amb pacients també és una eina clau de millora per proporcionar una atenció sanitària més segura (Aranaz & Agra, 2010). La seguretat del pacient necessita un abordatge organitzacional i multidisciplinari en el qual d'entre els diversos col·lectius sanitaris, la infermeria pren un paper fonamental; és competència infermera la prevenció de casos adversos evitables tals com errors de medicació,

úlceres per pressió, caigudes i infeccions nosocomials, entre altres (Pérez-Beltrán et al., 2013).

Un concepte més complex relacionat amb la seguretat del pacient és la cultura de seguretat. La cultura de seguretat d'una organització és la suma de valors, actituds, percepcions, competències i patrons de conducta individuals i grupals, que determinen l'estil, la competència i el compromís de la gestió de la seguretat en una organització (MSSSI, 2014; Sorra et al., 2014). Les mesures de seguretat del pacient estan condicionades a la cultura de seguretat de les institucions sanitàries.

Les organitzacions amb una cultura de seguretat positiva es caracteritzen per una comunicació basada en la confiança mútua, comparteixen la percepció de la importància de la seguretat i confien en l'eficàcia de les accions preventives. Tant les persones com l'organització, són capaços de reconèixer errors, aprendre d'ells i actuar per la seva rectificació. Promoure la cultura de seguretat a les organitzacions sanitàries és un repte internacional (Sorra et al., 2014).

L'evidència de l'anàlisi d'organitzacions amb tradició en una cultura de seguretat com és l'aviació o la indústria química, assenyalen la importància de treballar en aquesta matèria. En l'àmbit sanitari, l'estratègia no està tan desenvolupada i encara manca experiència empírica al respecte (Anglès, Llinás, Alerany, & Garcia, 2013; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Encara que en els últims anys s'han desenvolupat estratègies específiques en seguretat del pacient, els canvis en direcció a una cultura de seguretat positiva no s'han integrat suficientment a la majoria d'organitzacions sanitàries. Els països rics inverteixen més recursos en polítiques de seguretat del pacient.

La identificació de fortaleses i debilitats de la cultura de seguretat de les organitzacions és un element clau per a implementar millores, l'instrument quantitatiu més estès per avaluar la cultura de seguretat és el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) de *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Aquest qüestionari està dissenyat per avaluar la percepció de la cultura de seguretat entre el personal sanitari en hospitals, incloent els valors, creences i normes d'una organització, la comunicació adequada, el lideratge i la gestió (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Els experts en la cultura de seguretat del pacient han suggerit que per a realitzar una avaluació completa i en profunditat de la cultura de seguretat de les institucions sanitàries, és recomanable utilitzar de manera combinada tècniques de recollida de dades quantitatives i qualitatives (Listyowardojo et al., 2017; Meissner, Creswell, Klassen, Plano, & Smith, 2011). La recerca mitjançant mètodes mixtos en aquest àmbit és limitada. (Listyowardojo et al., 2017; Pumar-Méndez, Attree, & Wakefield, 2014).

L'interès per dur a terme aquest estudi va sorgir per la meua experiència prèvia com a infermera en altres països, en la que vaig adonar-me de les diferències en relació a la cultura de seguretat i de la influència que tenia en la meua pràctica assistencial. L'impacte que té la infermera en la seguretat del pacient i l'escassa evidència mostrada que compara la cultura de seguretat entre contextos sanitaris en diferents països d'Europa, tenint present l'actual mobilitat laboral de professionals, justifica la realització d'aquesta recerca.

A partir d'aquestes premisses s'han generat les següents preguntes de recerca:

Hi ha diferències en la cultura de seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari des de la perspectiva infermera entre països de la Unió Europea amb diferent despesa en salut per càpita?

Existeix una relació entre la despesa en salut per càpita que destinen els diferents països de la Unió Europea i el nivell de maduresa cultural de les organitzacions?

En el marc d'aquesta tesi s'ha volgut comprovar si hi ha una correlació positiva entre la despesa en salut per càpita i la cultura de seguretat del pacient en organitzacions sanitàries en diversos països d'Europa. Per poder donar resposta a aquesta pregunta ha estat necessari recollir dades en països amb diferent despesa sanitària per càpita

A continuació es presenten l'objectiu general i els objectius específics que han estat l'estructura d'aquesta tesi.

1. Objectiu General

- Comparar la cultura de seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari des de la perspectiva infermera entre quatre països de la Unió Europea: Suècia, Espanya, Hongria i Croàcia.

1.1 Objectius específics

- Identificar les fortaleeses i les debilitats relacionades amb la cultura de la seguretat percebuda per les infermeres de les unitats de Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències de dos hospitals de cada país participant.
- Analitzar el grau de seguretat global percebut per les infermeres de les unitats de Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències de dos hospitals de cada país participant.
- Valorar com viuen els professionals infermers la seguretat del pacient des de la perspectiva qualitativa.
- Determinar el nivell de maduresa cultural del col·lectiu infermer de les organitzacions dels quatre països.

Aquesta recerca constarà de sis fases: una primera fase de revisió de la bibliografia, una segona fase per establir el disseny de la investigació, una tercera fase de selecció de la mostra i treball de camp, una quarta fase de tractament i anàlisi de les dades, una cinquena fase de discussió i conclusions i per últim la redacció de l'informe de tesi. Es mostra a continuació una taula amb el cronograma (Taula 1).

Taula 1. Cronograma

Fases	Accions	Calendari
1	Revisió de la bibliografia existent sobre el tema	Gener - setembre 2015
2	Disseny de l'estudi	Octubre 2015- gener 2016
3	Selecció de la mostra i treball de camp. Aplicació de tècniques de recollida de dades mixtes	Febrer 2016 - abril 2017
4	Tractament i anàlisi de les dades	Maig 2017 - desembre 2017
5	Elaboració de resultats, discussió i les conclusions	Gener 2018 - setembre 2018
6	Redacció de l'informe de tesi	Març - setembre 2018

II. MARC TEÒRIC I CONCEPTUAL

1. La seguretat del pacient

Durant la segona meitat del segle XX, els sistemes sanitaris del països desenvolupats van començar a considerar la seguretat del pacient com un dels atributs de qualitat al mateix nivell que l'accessibilitat, l'eficàcia i l'efectivitat dels tractaments.

No va ser fins a l'any 2000, quan l'informe *To err is human: Building a safer Health System* de l'Institute of Medicine dels Estats Units d'Amèrica (EUA) va posar en evidència que als EUA es comptabilitzaven entre 44.000 i 98.000 morts anuals evitables a conseqüència d'esdeveniments adversos relacionats amb la pràctica mèdica (Kohn, Corrigan, & Molla, 2000).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va presentar l'any 2002 la primera iniciativa a nivell mundial en relació a la seguretat del pacient. En la 55a Assemblea Mundial de la Salut, es va aprovar la resolució WHA55.18 en que s'instava els estats membres, a proporcionar "la major atenció possible al problema de la seguretat dels pacients" i a establir i consolidar "sistemes de base científica, necessaris per millorar la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció de salut, en particular la vigilància dels medicaments, l'equip mèdic i la tecnologia" (Álava-Cano, 2012; Ferrús-Estopà, 2013).

L'any 2004, davant la necessitat de compartir experiències entorn a la seguretat del pacient, es constituí l'Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient, (actualment s'anomena Programa de Seguretat del Pacient) amb el propòsit de facilitar el desenvolupament i la implantació de les polítiques relacionades amb la seguretat del pacient, i la finalitat de disminuir la duplictat d'activitats i els costos que se'n deriven, recolzar iniciatives col·lectives, servir de vincle per a compartir coneixements i recursos i promoure el treball en equip (Álava-Cano, 2012; Ferrús-Estopà, 2013).

Aquesta Aliança va definir els conceptes relatius a la seguretat del pacient (Quadre 1), els va harmonitzar i agrupar en una classificació acordada internacionalment per afavorir l'aprenentatge i la millora de la seguretat del pacient en diferents sistemes, aquest document va ser validat i publicat per la OMS (2009).

Quadre 1. Conceptes claus relatius a la seguretat del pacient.

La seguretat del pacient és la reducció del risc de danys innecessaris relacionats amb l'atenció sanitària fins a un mínim acceptable, el qual es refereix a les nocions col·lectives dels coneixements del moment, els recursos disponibles i el context en què es prestava la atenció, ponderades davant del risc de no dispensar tractament o de dispensar un altre.

El dany associat a l'atenció sanitària és el mal que deriva dels plans o mesures adoptats durant la prestació d'atenció sanitària o que s'associa a ells, no el que es deu a una malaltia o lesió subjacent.

Un incident relacionat amb la seguretat del pacient és un esdeveniment o circumstància que podria haver ocasionat o ocasionar un dany innecessari a un pacient.

Un quasi incident no arriba al pacient

Un incident sense dany arriba al pacient, però no causa cap dany apreciable.

Un esdeveniment advers és un incident que produeix dany a un pacient.

Font: OMS. Marc conceptual per a la Seguretat del Pacient, 2009.

1.1 La seguretat del pacient a Europa

La Declaració de Varsòvia sobre seguretat del pacient de l'any 2006 recomanava incloure la seguretat del pacient com una prioritat en les agències nacionals i internacionals, cooperant amb el Consell d'Europa, la Comissió Europea i la OMS per assegurar la implementació d'accions de seguretat del pacient (MSSSI, 2015).

L'any 2008 es va crear el projecte *European Network for Patient Safety (EUNetPaS)* constituïda per una xarxa dels 27 estats membres de la Unió Europea (UE), organitzacions internacionals i grups d'interès en l'àmbit de la salut (professionals de la salut, pacients, institucions i científics) que tenia l'objectiu de fomentar i millorar la col·laboració en l'àmbit de la seguretat del pacient (Quadre 2). El projecte va ser finançat i recolzat per la Comissió Europea dins del Programa de Salut Pública i va tenir una durada de 30 mesos (2008-2011) (EUNetPaS, 2010).

Quadre 2. Objectius del projecte European Network for Patient Safety (EUNetPaS).

1. Promoure la coherència a nivell de la UE mitjançant recomanacions i eines comunes
2. Promoure una cultura de seguretat del pacient basada en la notificació evitant la culpabilitat.
3. Promoure l'educació i la informació sobre la seguretat dels pacients
4. Crear una xarxa de col·laboració permanent sobre la seguretat dels pacients

Font: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/eunetpas>.

L'any 2009 el consell de la UE (The Council of the European Union, 2009) va publicar recomanacions sobre la seguretat del pacient incloent el desenvolupament de polítiques nacionals, la capacitat dels pacients, l'establiment de sistemes d'informació i aprenentatge sobre els esdeveniments adversos, la promoció de l'educació i formació dels treballadors de la salut i el desenvolupament de la investigació. També es va convidar als estats membres a compartir bones pràctiques i coneixements sobre seguretat del pacient.

El projecte *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)* va tenir una durada de 48 mesos (abril de 2012 – març de 2016). Va iniciar-se al finalitzar el projecte *EUNetPaS* i estava orientat a promoure la implementació de les recomanacions del consell de la UE, promoure l'intercanvi de coneixements i experiències en l'àmbit de la seguretat del pacient i la qualitat assistencial i afavorir una xarxa de col·laboració sostenible (MSSSI, 2015).

A partir dels resultats obtinguts dels projectes *EUNetPas* i *PaSQ* la Comissió Europea va fer públic un segon informe l'any 2014 en el que es proposaven set àrees de treball en col·laboració entre els estats membres de la UE (Quadre 3) (Comisión Europea, 2014; MSSSI, 2015). Des que es va adoptar la Recomanació, els Estats membres han avançat en l'elaboració de polítiques sobre la seguretat dels pacients (MSSSI, 2015).

L'any 2014, 26 països havien elaborat a nivell nacional estratègies o programes sobre la seguretat dels pacients. 23 països van assenyalar una autoritat competent responsable de la seguretat dels pacients, però només 16 van proporcionar documents acreditatius. Tots els països informaven sobre les mesures vigents en matèria de seguretat dels pacients. Les normes de

seguretat dels pacients eren obligatòries en 20 països i en altres quatre es recomana el seu compliment (Comisión Europea, 2014).

Quadre 3. Àrees de treball en seguretat del pacient proposades per la Comissió Europea

1. Col·laborar per desenvolupar una definició comuna sobre qualitat assistencial i donar un major suport al desenvolupament de terminologia i indicadors comuns en seguretat del pacient.

2. Col·laborar a nivell de la UE en matèria de seguretat del pacient i qualitat de l'atenció, per a l'intercanvi de bones pràctiques i solucions efectives. Això podria basar-se en la continuïtat de l'acció conjunta PaSQ i estendre's a altres temes identificats pels estats membres i les parts interessades.

3. Elaborar directrius sobre com proporcionar informació als pacients sobre la qualitat assistencial.

4. Desenvolupar amb els estats membres un model sobre estàndards de seguretat del pacient i qualitat assistencial per aconseguir a la UE un enteniment comú d'aquests conceptes.

5. Promoure amb els estats membres la informació transparent sobre sistemes de queixes i compensació, com requereix la Directiva sobre els drets dels pacient en l'atenció sanitària transfronterera.

6. Fomentar el desenvolupament de la formació per als pacients, les famílies i els cuidadors informals utilitzant eines de la tecnologia de la informació i l'actualització periòdica i difusió de les recomanacions sobre educació i formació en seguretat del pacient per a professionals sanitaris.

7. Fomentar la notificació com una eina per disseminar la cultura de seguretat del pacient; actualització periòdica i difusió de les recomanacions sobre posada en marxa i funcionament d'un sistema de notificació d'incidents per l'aprenentatge.

Font: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), 2015.

L'informe de la Comissió Europea mostra que la comprensió de les normes i directrius varia d'un país a un altre. Alguns països informen sobre normes específiques per a un tipus de esdeveniment advers, altres sobre sistemes de gestió de la qualitat i altres prenen com a exemple sistemes de notificació i d'aprenentatge. Aquest fet dificulta l'avaluació i la comparació dels avenços a tota la UE (Comisión Europea, 2014).

1.2 Els efectes adversos en el sistema sanitari

Actualment l'atenció sanitària i les cures proporcionades als pacients per part del personal sanitari són especialitzades i incorporen un alt component tecnològic de forma que durant el diagnòstic i tractament augmenta la possibilitat d'ocasionar mal al pacient, presentant un increment en el nombre d'efectes adversos (EA).

La OMS estimava l'any 2010 que a la Unió Europea, la freqüència d'EA en els pacients ingressats es trobava entre el 8% i el 12%, produint-se 1 mort per cada 100.000 habitants a l'any com a conseqüència d'aquests EA, fet que suposa al voltant de 5.000 morts a l'any (WHO, 2010). L'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) indicava l'any 2014 que les xifres podrien estar infraestimades perquè es basen en dades registrades pels professionals (OECD, 2014).

A Espanya, l'Estudi Nacional d'Efectes Adversos lligats a l'Hospitalització (ENEAS) evidencia l'any 2005 que els EA són del 9,3%, dels quals el 43% poden ser evitables (Aranaz et al., 2006).

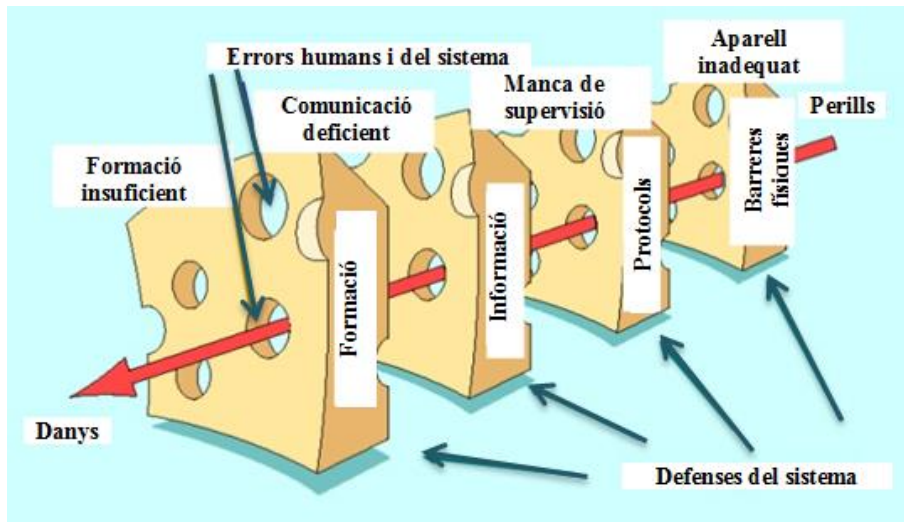
L'any 2017 la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS) i l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) van fer públic el primer informe sobre iatrogènia a Espanya en el marc del XVII Congrés SESPAS (SESPAS, 2018). L'informe planteja que la iatrogènia (dany produït com a conseqüència de les intervencions mèdiques i sanitàries) té un impacte molt rellevant sobre la salut i l'organització dels serveis sanitaris i, per tant, sobre l'economia i el conjunt de la societat. Segons la OCDE els problemes de seguretat en l'atenció sanitària ocasionen el 15% de la despesa hospitalària (OECD, 2014).

Els investigadors i els professionals de la seguretat sanitària proposen actualment adoptar les lliçons apreses d'altres indústries més crítiques en la seguretat tant en la conceptualització com en la pràctica d'entendre incidents i accidents. Una de les teories més esteses en l'àmbit de la psicologia que expliquen la generació d'errors és la teoria de James Reason (2000). El model del formatge suís de J.Reason és el paradigma dominant en l'anàlisi d'errors mèdics i incidents en relació a la seguretat del pacient (Perneger, 2005).

La metàfora del model (Figura 1) explica que les rodanxes de formatge representen una sèrie de capes o barreres que són essencials per prevenir

errors que contenen forats que es consideren debilitats no desitjades i factors latents que s'han d'alinejar per a que es produeixi un error (Reason, 2000).

Figura 1. Teoria de Reason



Font: Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

Els forats en les barreres succeeixen per dos raons: els errors actius i les condicions latents. Els errors actius són els actes poc segurs que realitzen les persones a causa del cansament, de la falta d'atenció, de la càrrega de treball, de la imprudència o de la negligència (lapsus, obliats...). Les condicions latents són els “agents patògens” residents dins del sistema com la insuficiència de recursos i els processos amb un disseny inadequat que són presents en el sistema molt abans de que experimentin un resultat perjudicial i que arriben a ser evidents quan actuen factors d'activació local (Reason, 2000).

La majoria de condicions latents s'inicien en qui pren les decisions, els directius d'hospitals estan subjectes a limitacions i predisposicions humanes normals, així com en la limitació de temps, pressupost i polítiques sanitàries. Donat que aquesta carència no sempre es pot evitar, s'ha d'adoptar mesures per detectar-les i reduir les seves conseqüències perjudicials (Reason, 2000).

Encara que el model ha estat sotmès a algunes crítiques, la seva popularitat es deu a la seva consideració d'un sistema complex amb moltes xarxes i interaccions (Perneger, 2005). El model demostra que la majoria dels errors en sistemes complexos, com ara una organització assistencial, estan arrelats en la cultura i el sistema de les organitzacions (Reason, 2000).

1.3 Reptes mundials en seguretat del pacient

L'atenció segura consisteix a prendre decisions clíniques basades en proves per tal de maximitzar els resultats sanitaris d'un individu i reduir al mínim la capacitat de causar dany (OMS, 2009).

La OMS recomana, d'acord amb l'evidència existent en relació a la freqüència d'esdeveniments adversos, la implantació de diverses pràctiques segures. Els reptes actuals de la OMS en seguretat del pacient van dirigides a tot el món i proporcionen eines per aplicar recomanacions sobre la higiene de mans, la cirurgia segura i la medicació segura a una varietat d'entorns d'atenció sanitària (OMS, 2018) (Quadre 4).

Quadre 4. Reptes per a la seguretat del pacient de la OMS

“Una atenció neta es una atenció més segura”. Després de 13 anys difonent la campanya d'higiene de mans, cada any s'actualitza el lema i les accions a qui va dirigida. El lema l'any 2018 va ser: “Està a les seves mans prevenir la septicèmia a l'atenció sanitària”.

“La cirurgia segura salva vides” és el segon desafiament global en seguretat del pacient difós l'any 2008 per millorar la seguretat de l'atenció quirúrgica a tot el món mitjançant la definició d'una llista de verificació de la seguretat en les intervencions quirúrgiques.

“Medicació sense danys” és el tercer desafiament global en seguretat del pacient presentat l'any 2017 que proposa solucions per abordar molts dels obstacles que avui s'enfronta el món per assegurar la seguretat de les pràctiques de medicació. L'objectiu de l'OMS és aconseguir un compromís dels estats membres i d'organismes professionals de tot el món per reduir al 50% en els pròxims 5 anys les lesions mèdiques severes i evitables associades amb la medicació.

Font: Elaboració pròpia basat en els reptes per a la seguretat del pacient. OMS, 2018.

1.4 La infermera, professional clau en la millora de la seguretat del pacient.

Històricament les infermeres s'han preocupat pel benestar i el confort dels seus pacients, de manera que resulten imprescindibles en el manteniment d'un entorn segur per als pacients (Orkaizagirre-Gómara, 2016).

Forma part de les seves competències la prevenció d'alguns esdeveniments adversos, com les caigudes o les nafres per pressió, existint un acord força generalitzat sobre la utilització de les escales d'avaluació del risc i l'establiment de mesures per a la seva prevenció i cura i d'informar als

pacients i altres persones del risc i de la forma de reduir-lo i comunicar els esdeveniments adversos i per tant, ocupen un lloc estratègic en la seguretat del pacient. Segons la teoria de Reason, les infermeres es poden considerar com una de les barreres per detectar i evitar que es produeixi un esdeveniment advers.

L'Estudi Nacional d'Efectes Adversos lligats a l'Hospitalització (ENEAS) atribueix un 7,63% dels esdeveniments adversos (nafres per pressió, cremades, erosions i contusions i altres conseqüències de la immobilització prolongada) a causes relacionades amb els cuidatges (Aranaz et al., 2006).

Des de la definició de les primeres estratègies en el pla de qualitat 2006, s'ha fomentat la posada en marxa de diferents projectes i bones pràctiques de cures d'infermeria que han permès millorar aspectes relacionats amb la prevenció i el tractament de les nafres per pressió, la identificació inequívoca de pacients, la prevenció de les caigudes accidentals, la prevenció de la infecció amb el programa de higiene de mans, la disminució de la bacterièmia associada a catèter o de la pneumònia associada a ventilació mecànica, i l'ús segur dels medicaments (MSSSI, 2015).

No obstant això, la implantació de les pràctiques segures en cuidatges ha estat incompleta i molt desigual en l'àmbit espanyol. Entre les seves possibles causes es pot trobar l'escassa existència de plans de cures d'infermeria i l'escassetat de sistemes d'informació específics que permetin l'avaluació dels mateixos (MSSSI, 2015).

El Consell Internacional d'Infermeria (CIE) va publicar el 2012 una declaració de posició en que manifestava que els nivells inadequats de la dotació de personal de les institucions, guarden relació amb l'augment d'esdeveniments adversos que poden donar lloc a estades hospitalàries més prolongades o a índexs més elevats de mortalitat en els hospitals. L'escassetat i el pobre rendiment del personal per la seva baixa motivació o per la insuficiència de les seves capacitats són també factors determinants de la seguretat del pacient (CIE, 2012).

A partir dels resultats de l'enquesta que es va distribuir a infermeres que treballaven a hospitals de 12 països europeus l'any 2009 i 2010, es va concloure que, més personal d'infermeria i millors entorns laborals s'associava significativament amb una millor qualitat i seguretat en les cures proporcionades al pacient, i una major satisfacció laboral de les infermeres (Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, & Sermeus, 2013).

La deficient qualitat en cuidatges infermers proporcionats a pacients és la causa d'un nombre important d'esdeveniments adversos que tenen greus repercussions financeres en les despeses de l'atenció de salut. Les mesures d'austeritat i el redisseny del sistema de salut per minimitzar les despeses hospitalàries tenen un risc d'afectar negativament els pacients (Aiken et al., 2013).

En el 2014, un estudi que incloïa dades de 9 països europeus, entre ells Espanya, indicava que per cada pacient de més que atenia una infermera, el risc de mortalitat augmentava un 7% durant els següents 30 dies (Aiken et al., 2014).

1.5 La cultura de seguretat del pacient

Les estratègies internacionals i nacionals en seguretat del pacient s'orienten principalment en dues grans àrees: la implementació de pràctiques segures i el canvi cultural dels professionals (MSSSI, 2015).

La definició més complerta i extensa de cultura de seguretat la va proposar la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a EUA que la defineix com el producte dels valors de l'individu i del grup, actituds, percepcions, competències i patrons de comportament que determinen el compromís i l'estil i el domini de la salut d'una organització i la gestió de la seguretat (Sorra et al., 2014).

Per a poder desenvolupar un sistema sanitari més segur, s'ha de canviar la cultura de les organitzacions i els professionals, afavorint la comunicació i l'anàlisi dels errors com fan altres sectors de la indústria i aviació. Identificar la cultura de seguretat del pacient és essencial per millorar la qualitat assistencial (Fajardo-Dolci et al., 2010; Lee, Shieh, Huang, Wang, & Wu, 2017).

Les organitzacions amb una cultura de seguretat positiva es caracteritzen per una comunicació basada en la confiança mútua i la transparència, comparteixen la percepció de la importància de la seguretat i confien en l'eficàcia de les accions preventives (Listyowardojo, 2014; Nieva & Sorra, 2003; Padilla, 2012).

Les organitzacions amb cultures de seguretat positives i eficaces comparteixen un fort lideratge per impulsar un compromís constant amb la seguretat com a prioritat de màxim nivell que impregna tota l'organització (Listyowardojo, 2014).

Tant les persones com les organitzacions són capaços de reconèixer errors, aprendre d'ells, i prendre mesures per a la rectificació, per tant, el principal canvi per passar a un sistema sanitari més segur, és canviar a una cultura en la qual els incidents no són tractats com errors de les persones sinó com oportunitats per millorar el sistema (Sorra et al., 2014).

La capacitat de reconèixer, respondre, retroalimentar i aprendre dels esdeveniments adversos, el que es coneix com la capacitat de “tancar el bucle” o tenir un “circuit tancat”, s’ha identificat com a component essencial. Si la cultura de seguretat del pacient no està consolidada els professionals no se senten capaços de “tancar el cicle” (Allen, Chiarella, & Homer, 2010).

1.5.1 Teories de la cultura de seguretat

Pocs estudis fan explícits en termes generals els fonaments teòrics en què desenvolupa la cultura de seguretat (Halligan & Zecevic, 2011).

La revisió sistemàtica desenvolupada per Halligan l’any 2011 incloïa 139 estudis en el que només 58 van utilitzar fonaments teòrics per guiar l’estudi i avançar en l’evidència basada en teoria, la resta d’estudis no indicaven les seves arrels epistemològiques o teòriques. Aquest estudi indicava que les cinc teories utilitzades amb més freqüència són: la teoria de l’alta fiabilitat en l’organització / High Reliability Organization (HRO), el model de la maduresa cultural de Westrum, el model de Donabedian d’estructura, procés i resultats, la Teoria organitzativa i la Teoria de sistemes. El quadre 5 inclou una petita descripció de les 5 teories (Halligan & Zecevic, 2011).

El model conceptual més recent és el de la piràmide de la cultura de seguretat de Patankar (Patankar & Sabin, 2010). Van desenvolupar un model conceptual piramidal que descriu l’entorn dinàmic de la cultura de seguretat com un estat d’equilibri dinàmic entre quatre capes apilades. La base de la piràmide la formen els valors de seguretat, a continuació la segueixen les estratègies i missió de les organitzacions, a continuació les actituds i opinions i la punta de la piràmide la forma el comportament.

La piràmide afirma que els valors, les estratègies, el clima i el comportament estan vinculats, són presents a totes les organitzacions i existeixen en un estat d’equilibri. El model de Patankar classifica la cultura de seguretat en una escala de quatre estats de maduresa (secretiva, culpabilitzadora, notificadora, i justa) i en una escala de quatre estats d’aprenentatge que

oscil·la des del desinterès per l'aprenentatge a l'aprenentatge transformacional (Patankar, Brown, Sabin, & Bigda-Peyton, 2012).

Quadre 5. Teories de la cultura de seguretat

TEORIA DE L'ALTA FIABILITAT EN L'ORGANITZACIÓ / HIGH RELIABILITY ORGANIZATION (HRO)

Aquesta teoria parteix de que el funcionament dels sistemes i gestió de persones són sistemes complexos, prou complexos per anticipar-se als problemes generats del sistema. Organitzacions amb un adequada organització de les persones, processos i tecnologia poden gestionar activitats complexes millorant la confiabilitat (Ruchlin, Dubbs, & Callahan, 2004).

MODEL DE LA MADURESA CULTURAL DE WESTRUM

La cultura de seguretat evoluciona a través de cinc nivells de maduresa, dels menys madurs (patològic) fins a madurar (generatiu). Cada nivell descriu l'etapa de desenvolupament de la cultura de seguretat. Aquesta informació pot permetre a les organitzacions diagnosticar el seu nivell actual de maduresa, identifiquen àrees de força i debilitat, i accions per arribar al següent nivell (Westrum, 2004).

MODEL DE DONABEDIAN D'ESTRUCTURA, PROCÉS I RESULTATS

Les organitzacions sanitàries es poden descriure en termes d'estructura, procés i resultats en aquest model on es defineix l'estructura com les condicions en què es proporciona l'atenció (materials, recursos humans, característiques de l'organització). El procés inclou activitats per a la cerca de cures. I els resultats són els canvis que es poden atribuir a l'atenció. Cada component és dinàmic i pot influir en els resultats de seguretat (Bonner, Castle, Men, & Handler, 2009).

TEORIA ORGANITZATIVA

Basada en l'enteniment de la cultura corporativa, es centra en una sèrie de característiques importants per a l'organització tals com l'enteniment comú, l'ambient de treball, el llenguatge quotidià i les actituds dels empleats cap a l'organització (Ruchlin et al., 2004).

TEORIA DE SISTEMES

En aquesta teoria el estat final d'un sistema pot ser aconseguit des de diferents condicions inicials i de maneres diferents. Per tant, dues organitzacions amb diferents atributs culturals poden arribar potencialment als mateixos nivells de èxit en matèria de seguretat del pacient (Nieva & Sorra, 2003).

Font: (Halligan & Zecevic, 2011).

1.5.2 Instruments quantitius de mesura de la cultura de seguretat del pacient

Per a l'elaboració d'eines de mesura de la cultura de seguretat del pacient, s'han de definir els components d'aquesta cultura, és a dir, els comportaments que es posen en evidència en un entorn cultural basat en la seguretat del pacient. Mesurar les actituds del personal sanitari i el context en el que realitzen la seva funció és un pas necessari per conèixer la cultura, i per proposar i aplicar canvis cap a una cultura de seguretat positiva (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018; Ferrús-Estopà, 2013).

Les enquestes de cultura de seguretat són útils per mesurar les condicions organitzatives que poden generar esdeveniments adversos i danys als pacients en les organitzacions sanitàries. La AHRQ proposa diverses funcions per a les que es poden utilitzar les enquestes (Quadre 6) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Quadre 6. Funcions dels instruments de mesura de la cultura de seguretat del pacient

Augmentar la consciència del personal sobre la seguretat dels pacients

Diagnòstic i avaluació de l'estat actual de la cultura de la seguretat dels pacients

Identificar punts forts i àrees per millorar la cultura de la seguretat del pacient

Examinar les tendències en el canvi de la cultura de la seguretat del pacient amb el pas del temps

Avaluar l'impacte cultural de les iniciatives i intervencions de seguretat del pacient.

Realitzar comparacions internes i externes.

Font: <https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscfaq.html#Q17>.

La *EUNetPaS* va publicar l'any 2010 una revisió dels instruments utilitzats fins el moment per mesurar la cultura de seguretat del pacient. Es van establir criteris per garantir la qualitat del procés de selecció (com seleccionar i per qui) i la qualitat de cada instrument proposat, també es va assegurar que els instruments es complementaven l'un amb l'altre per satisfer les diferents necessitats i contextos sanitaris (EUNetPaS, 2010).

D'un total de 15 instruments, només 3 complien tots els criteris establerts per la EUNetPaS sent també aquests 3 els utilitzats amb més freqüència. El *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)* de la *University of Texas* dels EEUU, el *Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)* de la *University of Manchester* del Regne Unit i el *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* de la *AHRQ* dels EEUU (EUNetPaS, 2010; European Society for Quality in Health Care., 2010).

El qüestionari d'autoavaluació SAQ, inclou les característiques sociodemogràfiques de l'enquetat i avalua sis dimensions que es detallen a continuació (Quadre 7) (EUNetPaS, 2010).

Quadre 7. Dimensions de la Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

1. Clima de treball en equip. La qualitat percebuda de la col·laboració entre el personal.
2. Satisfacció en el treball. La positivitat de l'experiència laboral.
3. Les percepcions de la gestió. L'aprovació de les mesures de gestió.
4. El clima de seguretat. La visió d'una estructura organitzativa forta i un compromís proactiu amb la seguretat.
5. Les condicions de treball. La qualitat percebuda de l'entorn de treball i el suport logístic (personal, equip, etc).
6. Reconeixement de l'estrès. Reconeixement de com el rendiment es veu influenciat per factors d'estrès.

Font: (Sexton et al., 2006)

El SAQ està compost per seixanta ítems, alguns dels quals estan formulats negativament i es respon mitjançant una escala Likert de cinc punts (Molt en desacord, Desacord, Neutre, D'acord, Molt d'acord) (Sexton et al., 2006). El qüestionari ha estat utilitzat en diferents tipus d'unitats d'hospitalització, especialment en unitats de cures intensives. També ha estat traduït a diversos idiomes, presenta bones qualitats psicomètriques i té diferents versions segons l'àmbit d'aplicació (EUNetPaS, 2010; Ferrús-Estopà, 2013).

El Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), promogut per la National Patient Safety Agency (NPSA) al Regne Unit té la particularitat de ser una matriu d'avaluació que es recomana utilitzar en grups. Pretén reflexionar sobre la cultura de seguretat i els processos de gestió de riscos, i

orienta sobre les febleses i les forteses de l'organització i les accions a emprendre. El MaPSaF avalua deu dimensions que es detallen a continuació (Quadre 8). Per cadascuna de les 10 dimensions, la matriu d'avaluació descriu 5 nivells del grau de maduresa que té la cultura de seguretat del pacients dins de l'organització, unitat o servei i permet classificar per cada dimensió el nivell en que es troba l'àmbit que s'avalua (EUNetPaS, 2010; Ferrús-Estopà, 2013).

Quadre 8. Dimensions de la Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

1. Compromís amb la millora contínua global

2. Es dona prioritat a la seguretat

3. Errors del sistema i la responsabilitat individual

4. Registre dels incidents i les millors pràctiques

5. L'avaluació dels incidents i les millors pràctiques

6. Aprenentatge i el canvi a efectuar

7. La comunicació sobre temes de seguretat

8. Administració de personal i qüestions de seguretat

9. Educació i formació del personal

10. Treball en equip

Font: MaPSaF

L'any 2004, la AHRQ va publicar als EUA la HSOPSC per avaluar la cultura de seguretat dels pacients als hospitals. Des de llavors, la AHRQ estudia sistemàticament la cultura de seguretat als Estats Units i és també promogut per la European Society for Quality in Healthcare (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

L'instrument explora 12 dimensions i 2 variables quantitatives de resultat (Quadre 9). Presenta bons criteris psicomètrics, incloent l'anàlisi de temes, l'anàlisi factorial exploratòria, l'anàlisi factorial confirmatòria i la correlació entre l'anàlisi i la fiabilitat (Ferrús-Estopà, 2013; Sorra & Dyer, 2010). Aquest instrument ha estat validat en diversos països del món, que es

detallen a continuació: Espanya ((Fajardo-Dolci et al., 2010), Suïssa, Islàndia, Noruega, Finlàndia (European Society for Quality in Health Care., 2010), Croàcia (Brborović, Šklebar, Brborović, Brumen, & Mustajbegović, 2014), Itàlia (Bagnasco et al., 2011), Portugal (Eiras, Escoval, Grillo, & Silva-Fortes, 2014), Suècia (Nordin, Wilde-Larsson, Nordström, & Theander, 2013), Bèlgica (Vlayen, Hellings, Claes, Abdou, & Schrooten, 2015), Regne Unit (Waterson, Griffiths, Stride, Murphy, & Hignett, 2010), Escòcia (Sarac, Flin, Mearns, & Jackson, 2011), Alemanya (Pfeiffer & Manser, 2010), Països Baixos (Smits et al., 2008), França (Ocelli et al., 2013), Eslovènia (Robida, 2013), Kosovo (Brajshori & Behrens, 2016), Xina (Nie et al., 2013) i Palestina (Hamdan & Saleem, 2013).

Actualment, la comparació entre resultats d'enquestes que mesuren la cultura de seguretat del pacient no s'ha investigat en profunditat. Els tres instruments esmentats anteriorment són altament recomanables per al seu ús en el desenvolupament organitzatiu intern de la cultura de la seguretat dels pacients en diversos entorns sanitaris, però cal assenyalar que el Manchester Patient Safety Assessment Framework explicita que no va ser dissenyat amb l'objectiu de comparar resultats entre països, hospitals o unitats (EUNetPaS, 2010; European Society for Quality in Health Care., 2010).

1.5.3 La recerca qualitativa en cultura de seguretat del pacient

Els estudis quantitius sobre la cultura de la seguretat dels pacients, esmentats en l'apartat anterior són abundants en la literatura, en canvi, la recerca qualitativa és més limitada en aquest àmbit.

El 2014, es va publicar una revisió temàtica en què només es va identificar un estudi qualitatiu sobre la cultura de seguretat (Pumar-Méndez et al., 2014). L'estudi de Waring (2007) inclou entrevistes a metges i va permetre no només exposar les creences, valors i normes sobre els factors investigats, sinó també il·lustrar-los i argumentar-los.

Quadre 9. Dimensions de la Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

DIMENSIONS DELS ASPECTES DE LA CULTURA DE LA SEGURETAT A NIVELL D'UNITAT ORGANITZATIVA

1. Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat (4 ítems)
2. Aprenentatge organitzacional, Millora Contínua (3 ítems)
3. El treball en equip dins de les unitats/serveis (4 ítems)
4. Franquesa en la comunicació oberta (3 ítems)
5. Feedback i comunicació sobre els errors (3 ítems)
6. Resposta no punitiva als errors (3 ítems)
7. Dotació de personal (4 ítems)

DIMENSIONS DE CULTURA DE SEGURETAT DEL PACIENT A NIVELL HOSPITALARI

8. Suport per part de la gerència de l'hospital en la seguretat del pacient (3 ítems)
9. Treball en equip entre les unitats de l'hospital (4 ítems)
10. Els problemes en els canvis de torn i les transicions entre serveis/unitats (4 ítems)

DIMENSIONS DE RESULTAT

11. Percepció general de seguretat del pacient (4 ítems)
12. Freqüència de la notificació d'esdeveniments adversos (3 ítems)

ADDITIONALMENT INCLOU DUES VARIABLES QUANTITATIVES DE RESULTAT

Grau de seguretat del pacient (de la Unitat/Servei de l'hospital) (1 ítem)

El nombre d'esdeveniments reportats (1 ítem)

Font: AHRQ, 2018.

2. Els sistemes sanitaris a Europa

La política de salut de la UE es basa en el Tractat de Funcionament de la Unió Europea: article 168 (protecció de la salut pública), article 114 (aproximació de les legislacions) i article 153 (política social). La política de salut serveix per complementar les polítiques nacionals i garantir la protecció de la salut en totes les polítiques de la UE. Els països de la UE són els principals responsables d'organitzar i proporcionar serveis sanitaris i d'atenció mèdica a la ciutadania (European Commission, 2018a).

Els dos patrons de sanitat pública predominats a la UE són el model *Beveridge* de Sistema Nacional de Salut (SNS) en què tots els residents tenen dret a serveis sanitaris i es financen majoritàriament per impostos i el model *Bismarck* de Sistema d'Assegurança Social (SAS), finançat per cotitzacions socials obligatòries. Les quotes obligatòries pagades per les empreses i els treballadors són la principal font de finançament (MSSSI, 2017; Ongaro, Ferré, & Fattore, 2015).

Els sistemes sanitaris estan organitzats i finançats de manera diferent en els Estats membres de la UE, (European Commission, 2018a) però la majoria dels europeus coincideixen que l'accés universal a una atenció mèdica de qualitat, a un cost assequible per a les persones i la societat en general, és una necessitat bàsica; a més, aquest és un dels valors i principis comuns en els sistemes sanitaris de la UE (Eurostat, 2017).

L'OCDE i el *European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)* en cooperació amb la Comissió Europea va publicar l'any 2017 un informe de cada estat membre de la UE que oferia una visió concreta i políticament rellevant de la salut i els sistemes sanitaris, incidint en les característiques i desafiaments particulars de cada país i dissenyats per a recolzar els esforços dels Estats membres en l'elaboració de polítiques basades en fets (MSSSI, 2017).

2.1 La despesa sanitària a Europa

Les estadístiques sobre despeses i finançament sanitaris es poden utilitzar per avaluar com un sistema sanitari respon al repte de l'accés universal a una atenció sanitària de qualitat, a través de la mesura de recursos financers dins del sector sanitari i l'assignació d'aquests recursos entre activitats sanitàries (atenció primària, secundària o terciària) o grups de proveïdors sanitaris (hospitals o centres d'atenció primària, entre d'altres) (Eurostat, 2017).

La despesa sanitària d'un país mesura el consum final de béns i serveis de salut i la inversió de capital en infraestructures dedicades a l'atenció sanitària. La despesa sanitària d'un país es pot mesurar en valor absolut en euros, com a percentatge de la despesa dels governs generals, com a valor absolut per càpita o com a percentatge del producte interior brut (PIB). (Eurostat, 2017)

El 2016, a nivell de la UE, la despesa sanitària es va mantenir com el segon element més gran de les despeses del govern general després de les despeses de protecció social (Eurostat, 2017). El 2016 a la UE-28, la despesa total dels governs generals sobre salut va ser del 7,1% del PIB. Pel que fa a un desglossament més detallat de la UE-28 el 2016, els serveis hospitalaris van representar el 3,3% del PIB, els serveis ambulatoris del 2,2% del PIB i els productes mèdics, aparells i equips per a l'1,0% del PIB (Eurostat, 2017).

La despesa sanitària per càpita és la mesura sumària més immediata dels recursos sanitaris (Eurostat, 2017). La despesa total en salut per persona es correlaciona positivament amb la riquesa d'un país. També hi ha una correlació positiva entre el total de despeses sanitàries i els resultats de salut com l'esperança de vida. La mitjana europea de la despesa sanitària per càpita en euros va ser de 2.797 euros (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

La taula 2 inclou la despesa sanitària en els 28 països de la UE l'any 2015, per càpita i en percentatge del PIB basat en dades de la Unió Europea (European Commission, 2018b). La taula mostra els 28 països classificats en 4 grups en funció de la despesa sanitària per càpita en euros. El grup 1 el formen els països que presenten la despesa per càpita més elevada i el grup 4 els que presenten la despesa més baixa.

En els següents apartats es descriuen les característiques de la sanitat dels 4 països de la UE que s'inclouen en l'àmbit d'aquest estudi, s'ha seleccionat un país de cada interval de la despesa sanitària per càpita: Suècia, Espanya, Hongria i Croàcia. Per a més detall consultar l'apartat de metodologia d'aquesta tesis.

Taula 2. Despesa sanitària als EU-28 l'any 2015

	Despesa sanitària			Despesa sanitària		
	per càpita en Euros	% PIB		per càpita en Euros	% PIB	
GRUP 1	Luxenburg	5.100	6,0%	Bèlgica	3.568	10,5%
	Alemania	3.996	11,2%	Francia	3.342	11,1%
	Holanda	3.950	10,8%	Regne Unit	3.080	9,9%
	Irlanda	3.939	7,8%	Finlàndia	2.981	9,4%
	Suècia	3.932	11,0%	Itàlia	2.502	9,1%
	Austria	3.800	10,3%	Espanya	2.374	9,2%
	Denmark	3.776	10,3%	Malta	2.255	8,4%
GRUP 3	Eslovenia	2.100	8,5%	Estonia	1.407	6,5%
	Portugal	1.989	9,0%	Lituània	1.300	6,5%
	República Txeca	1.841	7,3%	Polònia	1.272	6,3%
	Grècia	1.650	8,4%	Croàcia	1.241	7,4%
	Xipre	1.592	6,8%	Bulgària	1.117	8,2%
	República eslovaca	1.538	6,9%	Latvia	1.071	5,8%
	Hongria	1.428	7,2%	Romania	814	4,9%

Font: Elaboració pròpia basada en dades de la OCDE, 2017.

3. La sanitat a Suècia

Suècia és un país nòrdic de la península escandinava amb una població total aproximada de 9,9 milions d'habitants (2016) i és membre de la UE des de 1995 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

3.1 El sistema sanitari

El sistema sanitari a Suècia es finança principalment amb impostos regionals mitjançant un SNS descentralitzat amb cobertura universal. Els impostos regionals i locals són la base dels ingressos però s'ha dissenyat un esquema de redistribució nacional per igualar la capacitat per proporcionar serveis de salut a tot el país (Nordin, 2015).

El sistema sanitari està organitzat en tres nivells; nacional, regional i local. A nivell nacional, les polítiques sanitàries estan establertes pel Ministeri de Sanitat i Afers Socials. Les 21 regions d'assistència sanitària, és a dir, els consells comarcals són responsables de finançar i proporcionar assistència sanitària als ciutadans d'atenció primària, psiquiàtrica i especialitzada. A nivell local, els municipis són responsables de l'atenció socials i de les cures a les persones grans (Nordin, 2015).

La despesa sanitària és relativament alta, té la tercera despesa més alta en salut com a part del PIB a la UE, un 11,0%. En termes de la despesa per càpita, Suècia va gastar 3.932 euros per càpita en salut l'any 2015 sent la cinquena més alta de la UE. La despesa pública representa el 84% del total, una proporció que ha estat força estable durant l'última dècada i està per sobre de la mitjana de la UE (79%). L'assegurança privada de salut té un paper menor però creixent (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

Suècia té un nivell molt baix de llits hospitalaris, des de 1990, Suècia ha reduït el nombre llits hospitalaris per a pacients aguts i la ràtio de llit per habitant és la més baixa de tots els països de la UE, amb només 2,3 llits d'assistència aguda per cada 1.000 habitants, en comparació amb una mitjana europea de 4,2. La durada mitjana d'estada a l'atenció hospitalària aguda és molt baixa, la tercera més baixa de la UE, que es troba en 5,9 dies (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

3.2 L'estat de salut

L'esperança de vida augmenta i roman entre els més alts de la UE i actualment està en 82,2 anys. L'esperança és d'1,6 anys més que la mitjana de la UE i és la cinquena més alta de tota la UE. La diferència entre l'esperança de vida entre homes i dones és de 3,7 anys (80,4 anys per a homes i 84,1 anys per a dones) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

Les malalties cardiovasculars i el càncer són les principals causes de mort entre dones i homes a Suècia. El 2014, 32.600 persones van morir de malalties cardiovasculars (que representen el 37% de totes les morts entre dones i el 36% de totes les morts entre homes) i 2.400 de càncer (que representen el 23% de totes les morts entre dones i el 27% de totes les morts entre homes) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

Els problemes musculoesquelètics (incloent el mal d'esquena i el coll) són una causa creixent d'anys de vida ajustats per discapacitat perduts i de mala salut. Els principals trastorns depressius són un altre principal problema de salut que, encara que no sigui mortal, tenen greus conseqüències (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

La major part de la població declara tenir una bona salut tot i que com en altres països de la UE, hi ha una diferència significativa en funció de l'estat socioeconòmic de la persona (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

3.3 Els professionals de la salut

El nombre de metges i infermeres per a la població a Suècia està molt per sobre de la mitjana de la UE amb 4,2 metges per cada 1.000 habitants (en comparació amb una mitjana europea de 3,6) i 11,1 infermers per cada 1.000 habitants (comparat amb una mitjana de la UE de 8,4). La majoria dels metges (70%) tenen una especialització i gairebé una quarta part d'ells són especialistes en Medicina Interna (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017d).

Les infermeres i metges constitueixen la majoria de personal de l'assistència sanitària regional sueca. Les infermeres graduades cursen 3 anys d'universitat, aquesta educació inclou pràctiques supervisades a l'hospital. Les infermeres no registrades accedeixen a cursos gestionats pels municipis

en el que es treballa sense un codi ètic específic per a seguir i sense coneixements científics sistemàtics professionals, aquestes persones un cop finalitzada la formació poden treballar d'acord amb els documents normatius del lloc de treball específic. Aquest tipus de formació seria semblant als cursos de Tècnic en Cures Auxiliars d'Infermera (TCAI) a Espanya (Nordin, 2015).

3.4 La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.

La tasca del personal sanitari suec a l'atenció sanitària està regulada a la llei d'atenció sanitària (SFS 1982: 763) que estableix les polítiques d'assistència sanitària. (Nordin, 2015). En el 2011 es va introduir la Llei de seguretat del pacient (SFS 2010: 659). Aquesta llei indica que els dirigents són els responsables de realitzar treballs sistemàtics de seguretat del pacient. Això inclou investigar els esdeveniments adversos de l'organització, proporcionar informació als pacients i familiars i informar i aplicar mesures per evitar la recurrència (Nordin, 2015).

Les organitzacions sanitàries també han d'escriure un informe anual de seguretat dels pacients. Segons la llei, el personal sanitari està obligat a informar esdeveniments i riscos de dany. Els professionals sanitaris considerats com un perill per a la seguretat del pacient han de ser informats a la Junta Nacional de Salut i Benestar, i si és necessari prohibir l'exercici professional (SFS 2010: 659). En comparació amb la llei anterior, la llei de seguretat del pacient es centra en el suport i supervisió de professionals en lloc de lliurar sancions disciplinàries (Nordin, 2015).

Un grup de professionals suecs format per infermeres i metges amb una sòlida experiència en qüestions de seguretat del pacient que representaven sis consells comarcals i la Comissió Nacional de Salut i Benestar Suec va rebre l'encàrrec de validar i d'adaptar el qüestionari HSOPSC (44 ítems, 12 dimensions) per a ús a Suècia (Nordin et al., 2013).

El projecte es va iniciar l'any 2008, l'instrument es va completar amb set noves qüestions relacionades amb la notificació de riscos, així com informació i suport per a pacients i personal sanitari. (Quadre 10). També es va crear una base de dades per introduir les respostes del qüestionari comú per a tots els centres sanitaris del país. La cultura de seguretat del pacient ha estat estudiada periòdicament a Suècia des de 2011. L'any 2013, l'equip del projecte va publicar el manual: Mesurar la cultura de la seguretat del pacient (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Quadre 10. Dimensions i ítems afegits en la versió sueca de la HSOPSC.

NOMBRE DE RISCOS REPORTATS

1. En els 12 últims mesos, quantes situacions de risc has reportat?

INFORMACIÓ I SUPORT A PACIENTS/FAMILIARS SOBRE EFECTES ADVERSOS

1. En aquesta unitat, les persones afectades per un efecte advers reben una disculpa sobre els fets succeïts?
2. En aquesta unitat, les persones afectades per un efecte advers reben informació sobre el que ha passat, les conseqüències i les accions que s'han dut a terme per a prevenir que tornin a succeir?
3. En aquesta unitat, les persones afectades per un efecte advers reben suport i ajuda per afrontar els fets succeïts?
4. En aquesta unitat, les persones afectades per un efecte advers reben informació sobre possibles indemnitzacions?

INFORMACIÓ I SUPORT AL PERSONAL SANITARI SOBRE EFECTES ADVERSOS

1. En aquesta unitat, el personal sanitari afectat per un efecte advers reben informació sobre les mesures activades per prevenir que torni a succeir?
2. En aquesta unitat, el personal sanitari afectat per un efecte advers rep suport i ajuda per afrontar els fets succeïts?

Font: (Nordin et al., 2013).

Els consells comarcals han rebut finançament del govern per distribuir i fer ús dels resultats de l'enquesta com a part d'un pla d'incentius econòmics per millorar la seguretat del pacient (Danielsson, Nilsen, Rutberg, & Årestedt, 2017).

L'estudi més recent investiga sobre la cultura de seguretat en una mostra de 23.781 professionals incloent directius, metges i infermeres d'hospitals suecs. Els resultats mostren que les dimensions de la *HSOPSC* més ben valorades són: el treball en equip dins de les unitats/serveis, la resposta no punitiva a l'error, les expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat, la franquesa en la comunicació i el feed-back i comunicació sobre els errors. La dimensió més mal valorada i per tant objectiu de millora és la dotació de personal considerada insuficient pels professionals (Danielsson et al., 2017).

4. La sanitat a Espanya

Espanya és un estat del sud-oest d'Europa amb una població total aproximada de 46,6 milions d'habitants (2016) que va esdevenir membre de la UE l'any 1986 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

4.1 El sistema sanitari

El Sistema Nacional de Salut (SNS) es finança mitjançant els impostos i funciona principalment a través de la seva xarxa pública de proveïdors. El 2002, les competències en matèria de salut van ser transferides a les comunitats autònomes, el que va donar lloc a la creació de 17 conselleries de salut amb competència directa sobre l'organització i prestació de serveis sanitaris dins del seu territori. El Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat és responsable de determinades àrees estratègiques i de la supervisió nacional del funcionament del sistema sanitari (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

En el 2015, la despesa sanitària per càpita a Espanya va ser de 2.374 euros per sota de la mitjana de 2.797 euros de la UE. La despesa sanitària a Espanya va ascendir al 9,2% del PIB en el 2015, també per sota de la mitjana del 9,9% de la UE. Al voltant del 71% de la despesa sanitària a Espanya es finança públicament, per sota de la mitjana del 79% de la UE. En el 2014, el SNS cobria al 99,1% de la població resident sent restringit a alguns immigrants no registrats (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

4.2 L'estat de salut

L'any 2015, Espanya tenia l'esperança de vida més elevada dels països de la UE, que arribava als 83 anys, molt per sobre de la mitjana de 80,6 anys de la UE. Des de l'any 2000, la major part de l'augment de l'esperança de vida a Espanya ha estat a causa de la reducció de les taxes de mortalitat després dels 65 anys. No obstant això, no tots aquests anys addicionals es gaudeixen amb bona salut. Als 65 anys, les dones espanyoles poden esperar viure 9,0 dels seus anys restants sense discapacitat (el 40% dels seus anys restants de vida) i els homes 9,5 anys (al voltant del 50%) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

Tot i que les taxes de mortalitat a causa de malalties cardiovasculars a Espanya són de les més baixes de la UE, representen la principal causa de mort a Espanya, suposant el 30% de totes les morts en el 2014 (el 33% entre les dones i el 27% entre els homes). El càncer és la segona causa de mortalitat que suposa el 27% de totes les morts (el 21% entre les dones i el 32% entre els homes). Les morts per malalties respiratòries representen el 11% de totes les morts (el 10% entre les dones i el 12% entre els homes), seguides de les morts per malalties del sistema nerviós (inclosa la demència) que suposen el 10% (el 14% entre les dones i el 7% entre els homes) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

En el 2015, les causes principals d'anys de vida ajustats per discapacitat perduts a Espanya, tenint en compte la mortalitat i la morbiditat, van ser els trastorns musculoesquelètics (inclosos el dolor lumbar i de coll), les cardiopaties isquèmiques i la malaltia d'Alzheimer i altres demències (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

Més del 70% de la població espanyola assegura tenir bona salut, un percentatge lleugerament superior a la mitjana del 68% de la UE, tot i que hi ha una diferència significativa en funció de l'estat socioeconòmic de la persona (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

4.3 Professionals de la salut

Els metges i les infermeres són els professionals majoritaris en l'àmbit hospitalari. El nombre de metges per cada 1.000 habitants a Espanya és més gran que la mitjana de la UE (3,8 enfront de 3,6 el 2015), el nombre d'infermers està molt per sota (5,3 per cada 1.000 habitants a Espanya davant de 8,4 a la UE), encara que aquesta xifra no inclou els auxiliars d'infermeria. La ràtio infermer-metge a Espanya (1,4) és una de les més baixes dels països de la UE (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017c).

4.4 La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.

El Ministeri de sanitat, serveis socials i igualtat espanyol (MSSSI), d'acord amb les recomanacions internacionals i emparat per la Llei de cohesió i qualitat de l'any 2003, va començar a desenvolupar l'any 2005 una estratègia de seguretat del pacient en col·laboració amb les comunitats autònomes (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Aquesta estratègia, inclosa en el Pla de Qualitat de 2006, ha servit d'eina i de marc de referència per al desplegament de programes i accions que s'han anat desenvolupant a Espanya sobre seguretat del pacient (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Entre els èxits més importants d'aquesta estratègia es poden mencionar les xarxes i aliances de treball creades amb les comunitats autònomes, els professionals i les seves societats científiques, els pacients, les institucions acadèmiques i altres organitzacions interessades pel tema, el que ha afavorit la inclusió de la seguretat del pacient en els plans de qualitat de les comunitats autònomes i la difusió de la cultura de seguretat en tot el SNS. A més s'han desenvolupat projectes que han permès conèixer millor els problemes de seguretat que afecten al SNS i les eines per prevenir-los i controlar-los (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Alguns dels estudis promoguts pel MSSSI han estat: els estudis ENEAS (Aranaz et al., 2006), APEAS (Aranaz et al., 2008), EARCAS (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011) i SYREC (Merino P, Álvarez J, Martín MC, Gutiérrez I, 2009) i EVADUR (Tomás, Chanovas, Roqueta, Alcaraz, & Toranzo, 2010).

En l'àmbit hospitalari en aquest mateix període es va adaptar i validar a l'espanyol el qüestionari HSOPSC (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) i en l'àmbit de l'atenció primària es va adaptar i validar posteriorment el qüestionari Medical Office Survey On Patient Safety Culture (MOSPSC), desenvolupats tots dos per la AHRQ als Estats Units (MSSSI, 2014).

L'any 2015, el MSSSI va publicar un document que incloïa les estratègies planificades per el període 2015-2020 amb objectius orientats a millorar la cultura de la seguretat i la gestió del risc sanitari, la formació dels professionals, la implementació de pràctiques segures, la implicació dels pacients i ciutadans i la participació internacional. El quadre 11 conté descrites les 6 línies estratègiques i els objectius generals (MSSSI, 2015).

L'informe indica que es disposa d'evidència, de moderada i alta qualitat sobre la importància i utilitat d'aplicar pràctiques i procediments segurs, tot i que la investigació sobre la implementació i avaluació d'aquestes pràctiques és limitada. S'estima que els costos ocasionats pels esdeveniments adversos i la actuació correcta suposen un percentatge important de la despesa sanitària. En definitiva, els esdeveniments adversos relacionats amb l'assistència sanitària són un problema de salut pública per la seva magnitud, transcendència i possibilitat de prevenció (MSSSI, 2015).

Quadre 11. Línies estratègiques planificades pel període 2015-2020

Línia estratègica	1. CULTURA DE SEGURETAT, FACTORS HUMANS, ORGANITZATIUS I FORMACIÓ
Objectiu general	1.1 Millorar la cultura de seguretat, factors humans i organitzatius
Línia estratègica	2. PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURES
Objectius generals	<p>2.1 Promoure l'ús segur del medicament</p> <p>2.2 Promoure pràctiques segures per prevenir i controlar les infeccions associades a l'assistència sanitària.</p> <p>2.3 Promoure la implantació de pràctiques segures en cirurgia</p> <p>2.4 Promoure la implantació de pràctiques segures en les cures dels pacients</p> <p>2.5 Promoure la identificació inequívoca del pacient</p> <p>2.6 Promoure la comunicació entre professionals.</p> <p>2.7 Promoure el disseny i desenvolupament d'estratègies per a l'abordatge d'esdeveniments adversos greus en els centres sanitaris</p> <p>2.8 Promoure l'ús segur de les radiacions ionitzants en els procediments clínics</p>
Línia estratègica	3. GESTIÓ DEL RISC I SISTEMES DE NOTIFICACIÓ I APRENTATGE DELS INCIDENTS
Objectius general	<p>3.1 Promoure la gestió de riscos en els centres sanitaris</p> <p>3.2 Promoure la implantació i desenvolupament de sistemes de notificació d'incidents relacionats amb l'assistència sanitària per a l'aprenentatge</p>
Línia estratègica	4. LA PARTICIPACIÓ DELS PACIENTS I CIUTADANS PER LA SEVA SEGURETAT
Objectiu general	4.1 Promoure la participació dels pacients i els seus cuidadors en la seguretat del pacient
Línia estratègica	5. INVESTIGACIÓ EN SEGURETAT DEL PACIENT
Objectiu general	5.1 Promoure la millora del coneixement en la prevenció del dany associat amb l'atenció sanitària
Línia estratègica	6. PARTICIPACIÓ INTERNACIONAL
Objectiu general	6.1 Promoure la col·laboració internacional en seguretat del pacient

Font: MSSSI, 2015

A Catalunya, per tal de promoure les polítiques de seguretat i de qualitat clínica, està vigent el pla estratègic per a la seguretat dels pacients a Catalunya pel període 2014-2018. El quadre 12 descriu les línies estratègiques per a la seguretat dels pacients en atenció sanitària (Generalitat de Catalunya, 2014).

Quadre 12. Línies estratègiques per a la seguretat dels pacients a Catalunya.

La promoció de la Cultura de la Seguretat dels Pacients en els centres sanitaris.

La promoció de bones pràctiques mitjançant projectes específics de Seguretat dels Pacients.

L'Avaluació i millora de l'estratègia de Seguretat dels Pacients.

La comunicació sobre la Seguretat dels Pacients amb tots els actors que intervenen en el procés assistencial.

La formació a tots els actors que intervenen en el procés assistencial.

La participació dels pacients en la millora de la seguretat de l'atenció que reben.

Font: Pla estratègic per a la seguretat dels pacients a Catalunya pel període 2014-2018

5. La sanitat a Hongria

Hongria és un país d'Europa central, amb una població aproximada de 9,8 milions (2016) que es va convertir en membre de la UE l'any 2004 (Gaál, Szigeti, Csere, Gaskins, & Panteli, 2011).

5.1 El sistema sanitari

El sistema sanitari d'Hongria es finança principalment a través de l'Administració del Fons d'Assegurança Sanitària Nacional (AFASN), seguint el model Bismarck de Sistema SAS sent el principal responsable de la gestió de les despeses assistencials. AFASN està supervisat pel Govern d'Hongria (Országos Egészségbiztosítási Pénztar, 2016).

El govern central exerceix un control estricte dels ingressos, determina el paquet de beneficis, estableix pressupostos, assigna recursos financers i gestiona la contractació i el pagament. En el 2017, la AFASN es va integrar al Ministeri de Capacitats Humanes i es va canviar el nom d'Institut Nacional de Gestió d'Assegurances Sanitàries com a part del procés de centralització (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017b).

Segons el marc legislatiu, la població ha d'estar coberta per l'assistència sanitària. La despesa sanitària a Hongria està molt per sota de la mitjana de la UE i la diferència s'ha ampliat en l'última dècada. En el 2015, Hongria va gastar 1.428 euros per càpita (7,2% del PIB) en sanitat, aproximadament la meitat de la mitjana de la UE de 2.797 euros (9,9% del PIB). El lent creixement de la despesa sanitària per càpita en la passada dècada va ser impulsada principalment per un control estricte de la despesa pública. La part pública de la despesa sanitària ha disminuït en quatre punts percentuals des del 2005 fins al 67% en el 2015, sent la sisena més baixa de la UE. Només dos terços de la despesa en salut prové de fonts públiques. Les famílies assumeixen els costos d'un terç de la despesa sanitària restant. L'any 2015, aproximadament el 5% de la població no havia pagat la seva contribució. Tot i així, no es pot negar l'atenció necessària a pacients que no han pagat les seves aportacions (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017b).

Els pagaments informals són una característica profundament arrelada del sistema hongarès de salut i una font d'ineficiència i iniquitat. Gaál et al. (2011) va realitzar un estudi que evidenciava l'existència de pagaments

informals en països en transició econòmica, es va preguntar als enquestats si havien realitzat pagaments extraoficials i els motius. El percentatge de participants que informaven d'haver realitzat pagaments informals en el sistema sanitari públic hongarès era del 42%, una de les raons que donaven en algunes circumstàncies era que els pagaments es realitzaven voluntàriament per expressar gratitud pel servei (European Bank for Reconstruction and Development, 2011).

La prestació de serveis sanitaris està altament centrada a l'atenció hospitalària. En el 2014 hi havia 168 hospitals i 69.623 llits hospitalaris (Központi Statisztikai Hivatal, 2015). Tot i que hi ha una disminució des de l'any 2000 del nombre de llits hospitalaris d'aguts d'un 30%, el nombre de llits hospitalaris es manté per sobre de la mitjana de la UE (699 en comparació amb 515 llits per cada 100.000 habitants en el 2015) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

Els pacients hongaresos van estar de mitjana 9,5 dies a l'hospital l'any 2015, sent de les estades més llargues entre els països de la UE. La mitjana d'altres hospitalàries està per sobre de la UE amb 200 altes per cada 1.000 habitants en el 2015 en comparació amb la mitjana de la UE de 173 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

La majoria dels hospitals d'Hongria són estatals (Anon, 2016). La centralització geogràfica d'hospitals i altres infraestructures sanitàries dificulten l'accés principalment a serveis especials i a l'atenció primària (Gaál et al., 2011) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017b).

5.2 L'estat de salut

L'envelliment de la població hongaresa imposa un gran desafiament al sistema públic de salut. L'esperança de vida al néixer a Hongria va augmentar gairebé quatre anys entre 2000 i 2015, a 75.7 anys, però encara roman gairebé cinc anys per sota de la mitjana de la UE de 80,6 anys. Les malalties cardiovasculars i el càncer continuen sent les principals causes de mort. Els problemes de salut mental i musculoesquelètic són els principals determinants de la mala salut. El nombre de nous casos de VIH s'han duplicat durant l'última dècada. La proporció d'hongaresos que declaren tenir una bona salut és la cinquena més baixa de la UE (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017b). Els factors d'estil de vida, especialment la dieta hongaresa tradicionalment poc saludable, el

consum d'alcohol i el tabaquisme tenen un paper molt important en la configuració de la salut general de la població (Gaál et al., 2011).

5.3 Els professionals de la salut

El 2013, el nombre de personal sanitari era de 136.703, dels quals el 39% (53.192) eren infermers i el 27% (37.711) eren metges (Köpointi Statisztikai Hivatal, 2015). El nombre de metges a Hongria és inferior a la mitjana de la UE (3,1 per cada 1 000 habitants comparat amb 3,6), també és inferior en el col·lectiu infermer (6,5 per 1.000 habitants en comparació amb 8,4) (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

L'adhesió d'Hongria a la UE el 2004 va provocar que un gran nombre de metges marxessin a treballar a l'estranger. Això va afectar principalment al sector públic, resultant una escassetat de professionals de la salut agreujat pel creixement del sector privat, que atreu cada vegada més metges i infermeres (Gaál et al., 2011).

5.4 La seguretat del pacient i la cultura de seguretat

La progressiva democratització dels països Europeus de l'Est ha contribuït a l'interès en matèria de cultura de seguretat del pacient de forma global tant en els professionals sanitaris com en la població. En els últims anys, a aquesta tendència hi han contribuït les iniciatives implantades per la OMS i les polítiques Europees, ja esmentades en aquesta tesi.

El Health Services Management Training Centre (HSMTC) de la Universitat de Semmelweis va crear l'any 2005 un Programa de seguretat del pacient anomenat "NEVES" (NEM Várt ESemények) basat en els principis de la OMS amb l'objectiu de millorar la seguretat del pacient en el sistema sanitari hongarès (Belicza & Kullmann, 2008; Lám, Sümegi, Surján, Kullmann, & Belicza, 2016).

Un dels propòsits del programa és difondre i millorar la cultura de la seguretat del pacient, però no hi ha evidència de l'existència d'un instrument hongarès validat per mesurar la cultura de seguretat del pacient. En absència d'estadístiques oficials i publicacions, previ a la recerca principal de la tesi es va decidir validar el qüestionari HSOPSC a Hongria i publicar els resultats. L'article Patient Safety Culture in Hungarian Hospitals va ser acceptat el 28 de maig de 2018 a la revista International Journal of Health Care Quality Assurance (IJHCQA). L'article serà publicat al volum 32:5

l'agost de 2019. La revista atorga la llicència per reproduir l'article un cop publicat, per aquesta raó no s'adjunta l'article en aquesta tesi.

L'article inclou els resultats de l'anàlisi factorial exploratori i la consistència interna de la versió hongaresa de la HSOPSC i una descripció dels principals resultats de les fortaleces i debilitats de la cultura de seguretat a Hongria realitzada a una mostra de 371 professionals en el que es van incloure infermeres, metges i altres professionals de 6 hospitals d'Hongria que treballaven a les següents unitats: Medicina interna, cirurgia, cures intensives, urgències, rehabilitació, radiologia, pediatria, psiquiatria i obstetrícia.

6. La sanitat a Croàcia

Croàcia és un petit país d'Europa central a la península dels Balcans, amb una població d'aproximada de 4,2 milions (2016) que es va convertir en el 28è Estat membre de la UE l'any 2013 (Dzakula et al., 2014).

6.1 El sistema sanitari

El Fons d'Assegurança Sanitària Croat, establert en el 1993, és l'únic assegurador del sistema d'assegurança mèdica obligatòria que proporciona cobertura sanitària universal a tota la població seguint el model de Bismarck de Sistema SAS. La principal font dels ingressos del sistema és la contribució obligatòria de l'assegurança de salut, que representa el 76% del total dels ingressos públics, tot i que només un terç de la població (treballadors actius) està obligat a pagar contribucions plenes d'assistència sanitària (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

La situació financera dels hospitals públics és feble, els pacients han de pagar els costos de molts béns i serveis, i el dret a serveis d'assistència sanitària gratuïts s'ha reduït sistemàticament des de 2003, tot i que amb exempcions per als grups de població vulnerables (Dzakula et al., 2014). Els grups vulnerables de població són pensionistes, persones amb discapacitat, els aturats i els de baixos ingressos que estan exempts de copagaments. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

La despesa sanitària a Croàcia es troba entre les més baixes de la UE. En el 2015, Croàcia va gastar 1.241 euros per càpita (7,4% del PIB) en sanitat, despesa inferior a la mitjana de la UE de 2.797 euros (9,9% del PIB), la quarta més baixa de la UE (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a). En els darrers anys, hi ha hagut grans fluctuacions en la despesa sanitària per càpita, reflectint els impactes de la crisi econòmica. La proporció del PIB gastat en la salut pel govern croat continua sent relativament baixa en comparació amb l'Europa occidental, el mateix succeeix amb la despesa sanitària per càpita (Dzakula et al., 2014).

La pràctica de pagaments no oficials en països en transició econòmica com Croàcia és significant. L'any 2011 es va realitzar un estudi que evidenciava l'existència de pagaments informals, es va preguntar als pacients enquestats si havien realitzat pagaments extraoficials i els motius. El percentatge de participants que informaven d'haver realitzat pagaments informals en el sistema sanitari públic croat era del 17%, la majoria indicava que aquest

tipus de pagaments no eren necessaris però no negaven l'existència d'aquesta pràctica (European Bank for Reconstruction and Development, 2011).

Croàcia disposa de recursos suficients en termes de llits d'hospital, però el seu nombre de treballadors sanitaris és baix. Malgrat els baixos nivells de despesa sanitària, els recursos físics en el sistema de salut de Croàcia estan al mateix nivell que molts altres països Europeus. El nombre de llits d'hospital d'aguts per cada 100.000 habitants l'any 2015 era de 358, nombre inferior a la mitjana de la UE que era de 418 en el mateix any. D'altra banda, la durada mitjana de l'estada a l'atenció hospitalària aguda va ser de 8,6 dies l'any 2015, lleugerament superior a la mitjana de la UE de 8,0 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

6.2 L'estat de salut

L'esperança de vida al néixer ha anat augmentant constantment a Croàcia (amb una petita disminució en els anys posteriors a la Guerra de la Independència de 1991 a 1995) (Dzakula et al., 2014), aquesta va augmentar gairebé tres anys entre 2000 i 2015, a 77.5 anys, però encara roman tres anys per sota de la mitjana de la UE de 80,6 anys (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

Gairebé tres quartes parts de totes les morts a Croàcia es deuen a malalties cardiovasculars i càncer. Les malalties cardíques isquèmiques i les condicions cròniques són els principals determinants de mala salut. Aproximadament tres cinquenes parts dels croats declaren tenir una bona salut, menor que en la majoria dels altres estats membres (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

6.3 Els professionals de la salut

Croàcia té menys nombre de metges i, sobretot, infermeres que molts altres països de la UE amb només 5,8 infermeres per cada 1.000 habitants l'any 2015 (malgrat un augment global des de l'any 2000), en comparació amb una mitjana europea de 8,4. Al sistema li preocupa que aquest nombre disminueixi en els propers anys a conseqüència de l'entrada del país a la UE l'any 2013, ja que s'han creat oportunitats per moure's en un moment en que hi ha una falta d'ocupació a Croàcia. També hi ha una escassetat percebuda de metges, especialment a l'atenció primària i l'escassetat s'observen a les

zones rurals i a les illes (European Observatory on Health Systems and Policies, 2017a).

6.4 La seguretat del pacient i la cultura de seguretat.

Croàcia sent un dels primers països en transició a Europa central i sud-est, ha fet un important pas endavant en l'alineació de les seves normes en la protecció dels drets dels pacients equilibrant-se als que hi ha als països desenvolupats (Official Gazette, 2004).

En relació a aquest fet, una fita important en termes de qualitat de l'atenció va ser la Llei de protecció dels drets dels pacients i la Llei d'assistència sanitària l'any 2004 (Official Gazette, 2004).

El Ministeri de Sanitat Croata, va realitzar un pas més amb la publicació d'un document sobre les estratègies pel desenvolupament del sistema sanitat pel període 2006-2011 amb l'objectiu de millorar el sistema sanitari per a l'any 2011 i satisfer les necessitats dels ciutadans croats per una atenció mèdica de qualitat basada en els principis de la pràctica mèdica basada en l'evidència i incloïa com un dels sis objectius estratègics principals, la seguretat del pacient i del professional sanitari (Brborović et al., 2014; Ministry of Health of the Republic of Croatia, 2007).

Aquestes accions també es van realitzar com a preparació per unir-se a la Unió Europea l'any 2013. Sobre la base de la Llei de Qualitat de la Salut, es va establir l'Agència de Qualitat i Acreditació en Salut. L'objectiu inicial de l'Agència va ser preparar els hospitals croats per a la primera ronda d'acreditació. L'Agència és actualment l'encarregada d'establir i mantenir un registre nacional d'esdeveniments adversos en l'atenció sanitària (Brborović et al., 2014).

En els últims 14 anys, per aconseguir millores efectives en l'acompliment de l'assistència sanitària, les institucions de salut croates han posat gran èmfasi en la necessitat de canviar la cultura organitzativa (Milosevic et al., 2014).

L'any 2014 es va fer pública la validació de l'escala HSOPSC amb l'objectiu de determinar si les 12 dimensions de l'HSOPSC dels EUA eren aplicables als treballadors sanitaris croats, i per tant, si l'escala era vàlida i fiable per a la societat croata. Van participar un total de 561 infermers i metges de 5 hospitals croates representant el 10% de tots els hospitals del país. 11 dimensions de les 12 originals van tenir una fiabilitat acceptable després de realitzar un anàlisi exploratori (Brborović et al., 2014).

L'estudi publicat més recent investiga sobre la cultura de seguretat en una mostra de 576 professionals incloent personal sanitari i administratiu en 3 hospitals croates (Šklebar et al., 2016). L'estudi indica que s'han de millorar components de la cultura de seguretat amb la resposta no punitiva a l'error, el treball en equip, el lideratge i la comunicació. També indica la necessitat de canvis i millores en l'atenció sanitària en el conjunt del sistema.

El resultat no és sorprenent per una societat de transició en què la consciència sobre la qüestió de la seguretat dels pacients ha sorgit com una nova però encara feble consideració per a totes les parts interessades. Tot i que ha augmentat l'interès en la cultura de seguretat (Brborović et al., 2014), l'estudi de Šklebar (2016) indicava que no hi ha suficient consciència sobre la importància de la seguretat del pacient i l'estat de la cultura de seguretat en els hospitals.

III. METODOLOGIA

En aquest apartat s'exposen els fonaments que justifiquen la decisió d'utilitzar la metodologia mixta en aquest estudi.

Els estudis quantitativs ja esmentats sobre la cultura de la seguretat del pacient, són abundants en la literatura, en canvi, la recerca de mètodes mixtes és més limitada en aquest àmbit. Alguns exemples són l'estudi de Abdi et al. (2015) que utilitza l'instrument quantitatiu SAQ i 20 entrevistes semi-estructurades i anàlisis de documents i l'estudi de Wami et al. (2016) que utilitza l'instrument HSOPSC i triangula les dades amb 10 entrevistes qualitatives.

Els experts en la cultura de seguretat dels pacients han suggerit que els enfocaments de mètodes mixtes, utilitzant entrevistes o grups focals, poden ajudar els investigadors a comprendre la cultura de seguretat en profunditat (Pumar-Méndez et al., 2014). La combinació de la perspectiva quantitativa i qualitativa s'ha plantejat com l'estratègia més adequada per respondre de forma més enriquidora a la pregunta i objectius d'investigació.

1. Paradigma de la investigació

La investigació es va desenvolupar sota el paradigma interpretatiu, aproximant-se a la realitat per interpretar i comprendre la visió de les infermeres respecte la cultura de seguretat en els seus països. Es va considerar el paradigma més adequat per arribar a aprofundir amb les dades recollides a cada país i identificar les diferències en relació a la cultura de seguretat.

2. Disseny metodològic

Els mètodes mixtes d'investigació inclouen recollida i anàlisi de dades tant quantitatives com qualitatives en un sol estudi en el qual les dades es recullen de manera concurrent o seqüencial, segons certa prioritat o dominància. Inclou, la integració de les dades en una o més etapes del procés d'investigació (Campos-Arenas, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011; Tashakkori & Teddlie, 2010).

Per tal de millorar la cultura de seguretat, es considera indispensable una avaluació que combini els dos mètodes (Listyowardojo et al., 2017; Meissner et al., 2011). Tot i això, encara hi ha poca recerca mitjançant

mètodes mixtes per avaluar la cultura de seguretat en l'atenció sanitària (Listyowardojo et al., 2017; Pumar-Méndez et al., 2014).

El sistema de notació és la forma de representació gràfica dels tipus de dissenys mixtes més comú, aquest sistema fa ús d'expressions escrites, que poden estar en majúscula o minúscula per determinar l'èmfasi o dominància de la metodologia i expressions gràfiques. El signe (+) per indicar simultaneïtat o concurrència i la fletxa per indicar seqüència o ordre (→). Experts en aquesta metodologia sustentaven l'any 2003 la proposta de classificar els mètodes mixtes en 7 tipus (Campos-Arenas, 2015). (Quadre 13).

Quadre 13. Tipus de dissenys mixtes

1. DISSENY SEQÜENCIAL EXPLORATORI

1.1 Les dades/resultats quantitativs ajuden a la interpretació de treballs qualitatives. QUAL→quan

1.2 Les dades/resultats qualitatives ajuden a la interpretació de treballs quantitativs. QUAN→qual

1.3 Altres seqüències. QUAL→quan→QUAL

2. DISSENY SEQÜENCIAL TRANSFORMATIU

2.1 Dirigit a canviar la visió, la ideologia, promoure la defensa o establir un marc conceptual en estudis d'àmplia perspectiva. QUAL→quan QUAN→qual

3. DISSENY DE TRIANGULACIÓ CONCURRENT

3.1 Dirigit a donar la mateixa prioritat en el procés de recol·lecció de dades i la interpretació és conjunta. QUAL+QUAN

4. DISSENY INCRUSTAT CONCURRENT

4.1 Dirigit a obtenir perspectives més amples que no són possibles d'aconseguir amb un sol mètode. QUAL (quan) QUAN (qual)

5. DISSENY TRANSFORMATIU CONCURRENT

5.1 Dirigit a canviar la visió, la ideologia, promoure la defensa o establir un marc conceptual en estudis d'àmplia perspectiva. QUAL+QUAN

Font: Elaboració pròpia basat en Campos Arenas (2015).

El tipus de disseny escollit per desenvolupar aquesta recerca va ser el disseny de triangulació concurrent que s'aplica amb el propòsit de confirmar, creuar/validar o corroborar troballes dins d'un mateix estudi (Campos-Arenas, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011)

Des de 1970 aquest disseny ha tingut diversos noms, incloent triangulació simultània (Morse, 1991), estudi paral·lel (Cotten, Tashakkori, & Teddlie, 1999), model convergent (Creswell, 1999) i el més actual; convergent paral·lel (Creswell & Plano Clark, 2011).

Seguint aquest disseny es van utilitzar tècniques quantitatives i qualitatives de manera independent i paral·lela durant la fase de recollida de dades, tenint ambdues la mateixa prioritat i mantenint-se separades durant l'anàlisi. La figura 2 mostra de forma esquemàtica el disseny de la investigació que es va dur a terme amb les dades dels quatre països d'estudi.

La familiaritat del seu ús i que es requereix de menor temps en la recollida de dades en comparació amb les estratègies seqüencials, són les principals fortalles d'aquest disseny. Per contra presenta com a debilitats que requereix d'esforç i destresa de l'investigador, pot ser difícil comparar els resultats dels anàlisis provinents de dos mètodes diferents i les discrepàncies en els resultats poden ser difícils de resoldre (Campos-Arenas, 2015; Creswell & Plano Clark, 2011)

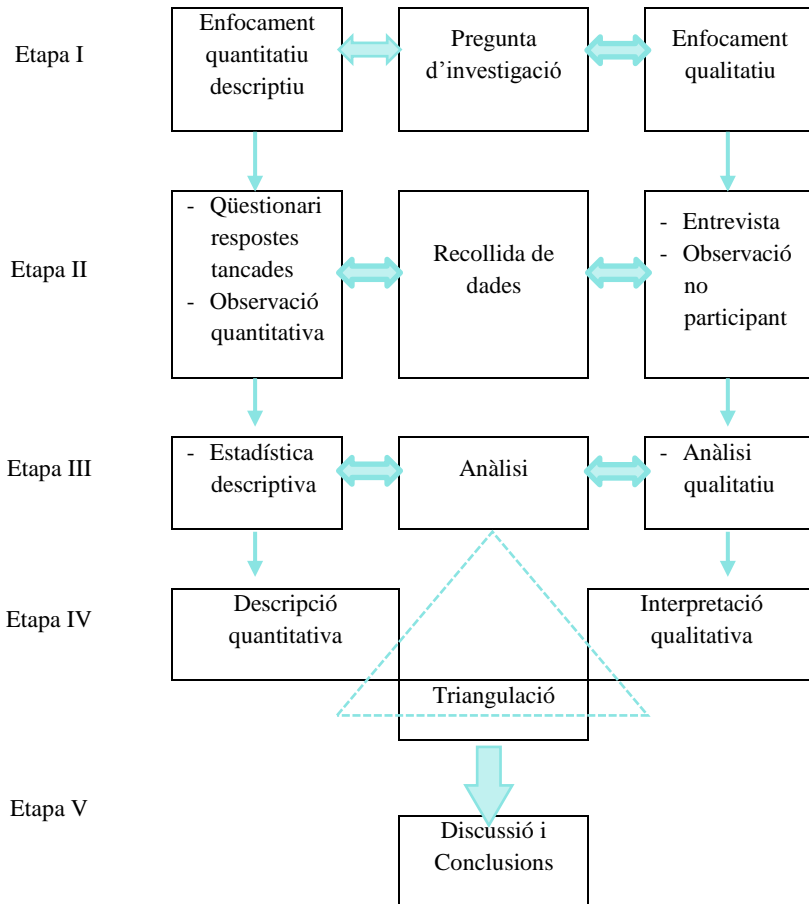
En gairebé tots els estudis de mètodes mixtes, els autors reuneixen els resultats de les línies qualitatives i quantitatives en una interpretació final, anomenada etapa inferencial (Fetters, Curry, & Creswell, 2013). Experts en l'àmbit descriuen de manera clara diversos enfocaments d'integració en l'etapa inferencial. Aquests inclouen el següent:

Enfocament entrellaçat (els autors agrupen resultats tant qualitius com quantitius per temes o conceptes seleccionats), enfocament adjacent, (les troballes qualitatives es presenten en una secció i la quantitativa en una secció separada), enfocament progressiu (es presenten resultats qualitius i quantitius en publicacions o informes separats) i l'exposició conjunta (els resultats claus quantitius i qualitius es coordinen selectivament en una taula o combinació de gràfics i taules) (Guetterman, Fetters, & Creswell, 2015; Schrauf, 2017).

L'enfocament d'integració de les dades escollit per aquest estudi va ser l'entrellaçat, presentant els resultats mitjançant les 12 dimensions

proposades per l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que conformen la cultura de seguretat del pacient.

Figura 2. Esquema d'estudi.



Font: Elaboracio propia

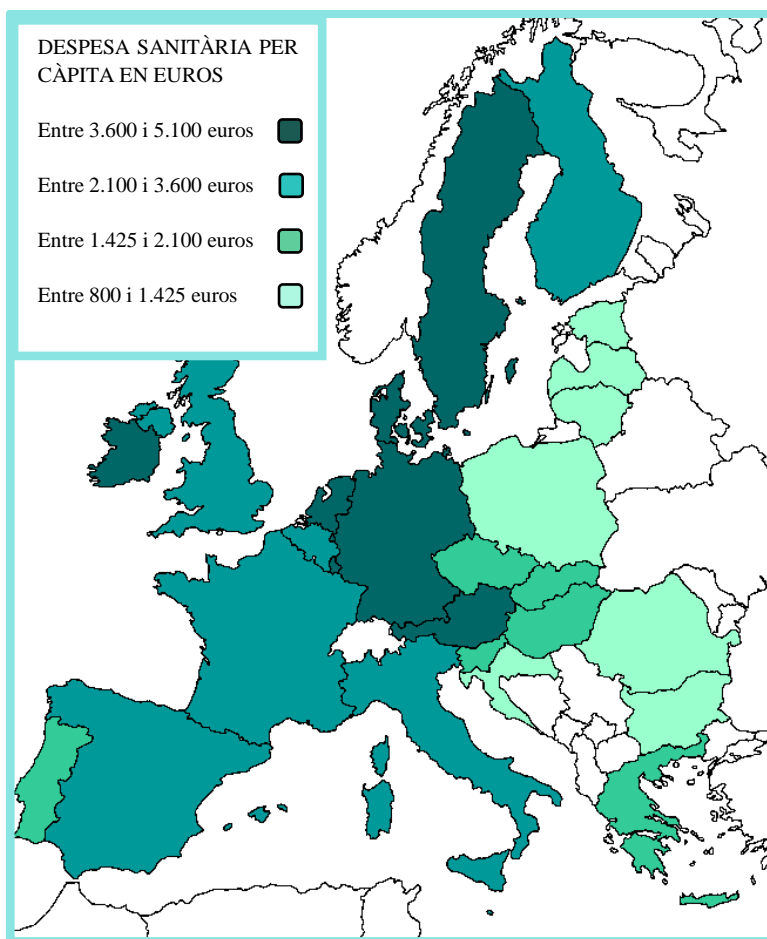
3. Àmbit d'estudi

En el marc conceptual del treball, s'evidencia que hi ha una correlació entre la riquesa d'un país i la despesa total en salut per càpita a Europa. Els països rics inverteixen més recursos en polítiques de seguretat del pacient que els països més pobres de la Unió Europea.

Per comprovar si hi ha diferències en la cultura de seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari des de la perspectiva infermera es van recollir dades en diversos països de la Unió Europea amb diferent despesa en salut per càpita.

Establint criteris de possibilitat, per la limitació de temps i limitació econòmica es van dividir els 28 països en 4 grups en funció de la despesa sanitària per càpita en Euros (Taula 2). Cada grup constituïa 7 països que presentaven una despesa sanitària per càpita entre 800 i 1.425 euros, entre 1.425 i 2.100 euros, entre 2.100 i 3.600 euros i entre 3.600 i 5.100 euros. Es van seleccionar quatre països, un de cada interval, per a que els països seleccionats fossin representatius d'intervalos diferents. La figura 3 conté un mapa que classifica en quatre grups els països per colors.

Figura 3. Despesa sanitària per càpita en Euros dels 28 Estats membres de la UE.



Font: Elaboració pròpia basada en dades de la OCDE, 2017.

Una de les vies per accedir a la recollida de dades va ser per mitjà de la European Network of Nursing in Higher Education (ENNE). La ENNE és una xarxa Europea d'educació superior en infermeria. L'objectiu principal

de ENNE és donar suport a la millora de la qualitat en les innovacions en l'educació d'infermeria i ampliar els horitzons dels estudiants al camp de treball Europeu d'acord amb la directiva UE / 2013/55, independentment de les diferències regionals. L'objectiu de la institució és compartir experiències i oferir projectes conjunts en l'àmbit de la infermeria.

Aquestes universitats van facilitar el contacte amb les persones responsables de les institucions per poder dur a terme la recerca.

El projecte es va presentar als responsables assistencials de dos hospitals catalans.

Els quatre països que finalment es van incloure a l'estudi seguint un criteri de possibilitat d'accés van ser Suècia, Espanya, Hongria i Croàcia.

4. Població d'estudi

La població d'estudi estava formada per professionals d'infermeria de les unitats de Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències de dos hospitals regionals i públics de cada país. Les unitats seleccionades representaven els percentatges més alts de personal d'infermeria contractat als hospitals i són comuns en tots els països seleccionats.

A Suècia les dades es van recollir a la regió sud-est del país, a Espanya a la comunitat autònoma de Catalunya, a Hongria a la regió de Szabolcs-Szatmár-Bereg i a Croàcia a les regions de Bjelovar-Bilogora i Koprivnica-Križevci.

Els dos hospitals de cada país tenien característiques i dimensions molt similars, atenent un nombre similar de població i amb ràtios de professionals infermers similars.

5. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió quantitatiu: tots els professionals d'infermeria que treballaven als hospitals des de més d'un any a les unitats estudiades.

Criteris d'inclusió qualitatiu: es va establir com a criteri d'inclusió un mínim de tres anys d'experiència treballat en la unitat, considerant-se la persona eficient o experta segons la Teoria de Benner "De principiant a experta" (Benner, 2001), amb l'objectiu de garantir un coneixement profund del servei de les persones que aportaven dades qualitatives a l'estudi.

Criteris d'exclusió: els professionals que estaven de baixa laboral durant el període de recollida dels qüestionaris.

6. Mostra

Seguint les recomanacions de Creswell & Plano Clark (2011) per realitzar un estudi convergent es va establir si era més indicat que la mida de la mostra dels dos grups de dades fossin iguals o que el nombre d'individus de la mostra qualitativa fos inferior. Es va establir que la mostra qualitativa fos inferior ja que ajuda a l'investigador a obtenir una exploració qualitativa en profunditat i una examinació rigorosa quantitativa del tema adequant-se al propòsit d'aquesta tesi. Es va establir incloure els mateixos individus per a la mostra qualitativa i la quantitativa ja que es recomana que sigui així quan el propòsit es corroborar o comparar els resultats.

Les dades es van recollir utilitzant recursos diferents per a les dades quantitatives i les qualitatives tal com es recomana en estudis convergents, habitualment es realitza una seguida de l'altre per una simple raó logística. Els mateixos conceptes s'adressen als dos grups de dades per a que siguin paral·lels i es puguin fusionar i comparar (Creswell & Plano Clark, 2011).

Tots els hospitals van proporcionar una xifra aproximada del nombre d'infermeres i d'altres figures que realitzaven cures als serveis de Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències dels vuit hospitals participants. En el cas d'Hongria i Croàcia tenien infermeres graduades i diplomades, a Suècia i a Espanya totes les infermeres eren graduades i tenien altres figures (*undersjuksköterska* en el cas de Suècia i TCAI en el cas d'Espanya) que realitzaven cures de menor complexitat.

El càlcul mostrat es va calcular amb un nivell de confiança del 95% i una precisió del $\pm 10\%$. De manera conservadora, es va considerar que el percentatge poblacional fos del 50%. El percentatge de reposicions necessària previst es va estimar d'un 20% per la possibilitat d'una baixa participació ja que no s'oferia cap incentiu per participar a l'estudi en els dos càlculs.

La taula 3 indica el resultat de la mostra estimada necessària d'infermeres per a cada país, es va utilitzar la calculadora digital de grandària mostrat GRANMO Versió 7.12 per a realitzar el càlcul.

Una mida de mostra adequada qualitativa s'arriba en el moment en que es permet respondre a les preguntes de recerca fins el punt en el que no

sorgeixen explicacions de nous temes i s'assoleix la saturació de dades, criteri consensuat per experts i aplicat en aquesta tesi (Creswell & Plano Clark, 2011; Tashakkori & Teddlie, 2010).

Taula 3. Càlcul mostral

	Infermeres graduades i diplomades	Altres figures que realitzen cures	Mostra estimada d'infermeres establint un nivell de confiança del 95%
Suècia	280 graduades	120 undersjuk sköterska	85
Espanya	130 graduades	260 TCAI	63
Hongria	160 graduades i diplomades	0	69
Croàcia	110 graduades i diplomades	0	58

Font: Elaboració pròpia

7. Instrument de recollida de dades quantitatiu i variables d'estudi.

Per la mesura la cultura de seguretat del pacient, es va utilitzar la versió validada del qüestionari HSOPSC de la AHRQ de cada país participant. (Annexos 1, 2 i 3). El qüestionari hongarès, no s'adjunta en els annexos ja que l'article amb el qüestionari validat està acceptat a la revista IJHCQA però els resultats no es faran públics fins l'agost de 2019.

El qüestionari HSOPSC té 53 preguntes, que s'agrupen en quatre seccions.(Agency for Healthcare Research and Quality, 2018)

La secció A agrupa 22 preguntes que valoren el servei/unitat on la persona desenvolupa la major part del seu temps de treball.

La secció B agrupa 11 preguntes que valoren el centre de treball.

La secció C agrupa nou preguntes que valoren la comunicació en el servei/unitat on la persona desenvolupa la major part del seu temps de treball.

Les tres primeres seccions tenen 42 variables en forma d’afirmació que dóna 6 opcions de valoració tipus Likert (Molt d’acord, D’acord, Neutra, En desacord, Molt en desacord i No sap/No contesta). Algunes afirmacions estan formulades en sentit positiu i altres en sentit negatiu i agrupades formen 12 dimensions (Quadre 14). L’annex 4 inclou per a cada una de les 12 dimensions les afirmacions que les componen (en total 42).

Quadre 14. Dimensions de la HSOPSC

1. FREQUÈNCIA D’ ESDEVENIMENTS NOTIFICATS
2. PERCEPCIÓ DE SEGURETAT
3. ESPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT
4. APRENENTATGE DE L’ ORGANITZACIÓ
5. TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI
6. FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ
7. FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS
8. RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS
9. DOTACIÓ DE PERSONAL
10. SUPORT DE LA GERÈNCIA DE L’HOSPITAL EN RELACIÓ A LA SEGURETAT DEL PACIENT
11. TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS
12. PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS

Font: AHRQ

La secció D agrupa 11 preguntes d’informació complementària. La pregunta 43 valora del 1 al 10 el grau de seguretat del pacient en el servei/unitat. Les

preguntes 44 fins a la 47 corresponen a l'any que va començar a treballar en la professió/especialitat, en que va començar al centre i en que va començar en el servei/unitat, i quantes hores treballa la persona a la setmana. La pregunta 48 planteja quants incidents ha notificat per escrit. La pregunta 49 demana si el participant té habitualment contacte directe amb el pacient. Les preguntes 50 a la 52 pregunten sobre el principal servei/unitat de treball, la posició laboral (grup professionals) i el centre de treball respectivament. La pregunta 53 demana qualsevol comentari addicional sobre la seguretat del pacient que no s'hagi tractat en el qüestionari (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018; Ferrús-Estopà, 2013).

La versió validada espanyola, hongaresa i croata conté els mateixos ítems i dimensions. La versió sueca del HSOPSC (Hedsköld et al., 2013) difereix lleugerament de l'original HSOPSC, amb set elements addicionals. Els ítems addicionals són un ítem que es refereix al nombre de riscos notificats, quatre preguntes sobre informació i suport als pacients i la família que han tingut un esdeveniment advers, i 2 preguntes relacionades amb la informació i suport al personal que han estat presents en un esdeveniment advers.

Tanmateix, en aquesta tesi només s'han inclòs les variables del HSOPSC originals, per a poder comparar resultats entre països.

La variable principal de resultat és el percentatge de positivitat de cada dimensió. Aquest es calcula sumant el nombre de respostes positives (sempre i gairebé sempre o molt d'acord o d'acord) dels ítems d'una dimensió dividit entre el nombre d'ítems. Els ítems formulats en negatiu són invertits per al càlcul. Es considera una dimensió com a fortalesa quan el percentatge de respostes positives és $\geq 75\%$ i es considera una oportunitat de millora quan s'obté un percentatge $\leq 50\%$ en una dimensió.

La valoració global de la seguretat del pacient percebuda i el nombre de notificacions d'esdeveniments adversos són també variables dependents de l'estudi.

Les variables independents són el país i les unitats (Medicina Interna, Cirurgia General i Urgències) d'on procedeixen les dades.

8. Instrument de recollida de dades qualitatiu

L'evidència en estudis mixtes en l'àmbit de la cultura de seguretat del pacient suggereix utilitzar les entrevistes o grups focals per a recollir les

dades qualitatives. L'observació i les notes de camp són també emprades i recomanades en aquest tipus d'estudis (Listyowardojo, 2014).

Tant els qüestionaris com la resposta a les entrevistes es basen en opinions personals dels participants i la percepció de la cultura de la seguretat en els seus respectius departaments, incloure l'observació directe aporta dades objectives assumint el possible risc de biaix de la doctoranda.

Es va emprar la tècnica qualitativa de les entrevistes en profunditat i l'observació no participant. Experts en mètodes mixtes indiquen que per tal d'afavorir la fusió de dades en l'etapa d'integració es recullen dades qualitatives mitjançant preguntes dissenyades paral·leles o similars a les que recullen les tècniques quantitatives (Fetters et al., 2013). Seguint aquesta recomanació es va elaborar un guió d'entrevista semiestructurada en anglès que consistia en una sèrie de preguntes centrades en les experiències dels entrevistats sobre les seves pràctiques diàries relacionades amb la seguretat dels pacients i els factors associats per tal de generar diàleg i donar llibertat a l'entrevistat de proporcionar dades que aportessin una comprensió de la seva realitat (annex 5).

Es va elaborar el Full d'informació del participant en anglès i en castellà (annexos 6 i 7) i un formulari de consentiment informat per signar en anglès i en castellà (annexos 8 i 9) que incloïa l'opció de no participar o retirar-se en qualsevol moment durant o després de les entrevistes.

L'observació no participant es desenvolupa sense que l'observador participi en l'acció, es a dir, no s'integra al context. L'investigador observa el fenomen objecte d'estudi i no exerceix una influència directa sobre la conducta dels subjectes que participen a l'estudi. La manera més efectiva de registrar la informació procedent de l'observació no participant és amb el suport d'un bloc de notes, on es registra la informació de forma manual, procedint de la forma més discreta d'obtenir les dades per evitar distorsionar la realitat al camp, es van seguir aquestes directius durant tot el procés de recollida de dades. L'objectiu va ser observar les rutines, el rendiment i les accions de les infermeres en el lloc de treball i l'entorn de treball en equip durant el torn de treball seguint una guia d'observació no participant (annex 10).

En el procés d'exploració de les dades qualitatives, experts en l'àmbit indiquen sobre la possibilitat de crear un llibre de codis "codebook". Aquest serveix com a base de dades i està basat en bibliografia, en teoria o bé amb

codis que emergeixen durant l'anàlisi. Es va seguir aquesta recomanació per establir les categories i codis (Creswell & Plano Clark, 2011).

Es va establir que les entrevistes i les notes de camp de les observacions no participants serien codificades i categoritzades d'una forma deductiva seguint les 12 dimensions proposades per l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) que conformen la cultura de seguretat del pacient amb el suport del programa Atlas.ti.

9. Recollida de dades

La recollida de dades es va realitzar en diferents períodes per països.

Per facilitar la recollida de dades i garantir la mostra estimada necessària per a que els resultats fossin vàlids es va convidar a totes les infermeres i TCAIs (en el cas de Catalunya) de les unitats d'estudi a implementar el qüestionari. El tipus de mostreig va ser no probabilístic intencionat.

No es va realitzar l'anàlisi de les dades quantitatives procedents de TCAI, ja que no s'han recollit dades qualitatives d'aquest col·lectiu no sent objectiu d'aquesta tesi, tot i que havent realitzat els passos per accedir al camp, es va decidir recollir les dades per futures investigacions.

Per a l'anàlisi de dades es van incloure els qüestionaris d'infermeres que complien el criteri d'inclusió d'haver treballat un mínim d'un any a l'hospital. L'interès estava centrat en recollir per mitjà del qüestionari les percepcions de cultura de seguretat d'un ample nombre de professionals que complissin els criteris d'inclusió i exclusió, per aquesta raó es va escollir aquest tipus de mostreig.

El primer país on es van recollir les dades va ser a Hongria en el mes de febrer de 2016. Els responsables d'un l'hospital van enviar un correu electrònic intern, que tenia un enllaç al qüestionari, en el que es proporcionava informació sobre el projecte i una invitació per participar per mitjà de la plataforma *Survio*, un sistema d'enquestes digital per a la recopilació de dades on no era possible la identificació personal. Els responsables de l'altre hospital van preferir utilitzar només la versió anònima en paper per a la recopilació de dades que van ser distribuïdes per les supervidores de l'hospital juntament amb una carta explicativa del projecte i el consentiment informat. Un cop implementat, els professionals disposaven en les unitats d'una caixa per dipositar de manera segura i anònima els qüestionaris.

A l'abril de 2016 es van recollir les dades quantitatives a dos hospitals croates. Els responsables dels dos hospitals van preferir utilitzar només la versió anònima en paper per a la recopilació de dades que van ser distribuïdes per les supervidores de l'hospital juntament amb una carta explicativa del projecte i el consentiment informat. Un cop implementat, els professionals disposaven en les unitats d'una caixa per dipositar de manera segura i anònima els qüestionaris.

A Catalunya, les dades es van recollir durant el mes de març i abril de l'any 2017. Els responsables dels dos hospitals van preferir utilitzar només la versió en paper per a la recopilació de dades que van ser distribuïdes per les supervidores de l'hospital juntament amb una carta explicativa del projecte i el consentiment informat. Un cop implementat, els professionals disposaven en les unitats d'una caixa per dipositar de manera segura i anònima els qüestionaris. Per augmentar la taxa de resposta es van realitzar recordatoris setmanals visitant a tots els torns durant el període de recollida de dades.

Els qüestionaris i els formularis de consentiment es van recollir físicament per la doctoranda al finalitzar la recollida de dades a cada país.

El govern suec, va finançar un pla estratègic per millorar la seguretat del pacient en els serveis sanitaris entre els anys 2011 i 2014. Una de les mesures va ser obtenir dades de la cultura de seguretat i es va administrar la versió sueca del qüestionari HSOPSC a professionals sanitaris de tot el país, les dades es van registrar en una base de dades nacional administrada per la Associació Sueca d'Autoritats Locals i Regionals (ACALR). Es van respondre els qüestionaris individualment utilitzant un sistema digital on no era possible la identificació personal. Els participants podrien triar respondre dins o fora de l'horari laboral.

Es va establir contacte amb una infermera responsable de la seguretat del pacient de la regió. Les dades en el sud-est del país es van recollir l'any 2014, i es va decidir que les dades eren vàlides i actuals i que per tant, no era necessari administrar de nou els qüestionaris als professionals d'infermeria. L'ACALR va proporcionar els resultats de positivitat de les 12 dimensions i de la resta de variables del qüestionari de les infermeres de les unitats incloses en aquest estudi.

Els responsables/supervisors d'un hospital de cada país van proporcionar el contacte d'un mínim de dos infermeres de cada unitat que complien els criteris d'inclusió qualitatiu per a realitzar l'observació no participant i les entrevistes en els torns diürns. En el cas que els torns fossin partits, s'inclouia

una infermera de matí i una de tarda. En el cas de Croàcia es va accedir a recollir dades qualitatives dels dos hospitals, tot i que en els altres països, per criteris de possibilitat, només es van recollir d'un hospital de cada país, es va considerar incloure en l'anàlisi les entrevistes dels dos centres.

Els participants per a les entrevistes es van seleccionar de forma intencionada utilitzant l'enfocament de mostreig de casos crítics (Campos-Arenas, 2015; Patton, 1990), en què es van seleccionar les infermeres que probablement proporcionarien la informació de major qualitat.

De forma simultània al període de recollida de dades quantitatiu a cada país es van planificar els dies directament amb els participants de forma que es realitzés un mínim d'una d'observació no participant durant tot el torn de treball i l'entrevista fora de l'horari laboral.

La taula 4 descriu els horaris i la durada de les observacions i entrevistes que es van realitzar a cada unitat. Es va considerar que tant les entrevistes com les observacions serien suficients quan el discurs o els fets observats es repetissin en el temps, és a dir, quan ja no s'obtingués res nou de l'anàlisi del discurs (punt de saturació). Amb aquesta planificació es va assolir la saturació de dades a tots els països i no va ser necessari planificar més dies.

Es van realitzar un total de 24 entrevistes (766 minuts) i 25 observacions (147 hores i 30 minuts). Les entrevistes a Catalunya es van fer en castellà i català. A Suècia les entrevistes es van dur a terme en anglès, l'idioma no va ser una barrera comunicativa per recollir les dades qualitatives de l'estudi.

Tant a Hongria com a Croàcia, l'idioma suposava una barrera comunicativa, el nivell d'anglès dels professionals sanitaris era baix o nul. Quan es va planificar la recollida de dades, les universitats d'Hongria i Croàcia van contactar amb un estudiant de cada país en període de pràctiques a l'hospital amb nivell B1 d'anglès que de forma voluntària volgués acompanyar-me durant el procés de recollida de dades qualitatiu. Durant les entrevistes l'estudiant feia traducció simultània i tant les preguntes i respostes originals com les traduïdes quedaven registrades. Al finalitzar l'entrevista repassàvem l'entrevista enregistrada amb l'estudiant per si creia convenient, afegir, modificar o traduir alguna part de l'entrevista que no havia estat ben explicada en l'anglès.

Taula 4. Recollida de dades qualitativa

	Hongria Feb 2016	Croàcia Abril 2016		Suècia Agost 2016	Espanya Abril 2017
	HOSP 1	HOSP 1	HOSP 2	HOSP 1	HOSP 1
Entrevistes unitat d'urgències	Ent 1 48 min	Ent 7 33 min	Ent 10 51 min	Ent 13 48 min	Ent 19 20 min
	Ent 2 30 min			Ent 14 35 min	Ent 20 20 min
Entrevistes unitat de medicina	Ent 3 33 min	Ent 8 27 min	Ent 10 32 min	Ent 15 39 min	Ent 21 25 min
	Ent 4 39 min			Ent 16 25 min	Ent 22 16 min
Entrevistes unitat de cirurgia	Ent 5 42 min	Ent 9 40 min	Ent 12 8 min	Ent 17 40 min	Ent 23 39 min
	Ent 6 22 min			Ent 18 29 min	Ent 24 25 min
Observacions unitat d'urgències	Obs 1 12h i 40 min 6:45h-19:25h	Obs 7 12h 7h-19h	Obs 10 12h 7h-19h	Obs 13 6h 10h-18h	Obs 20 7h i 30 min 7h - 14.30h
	Obs 1 12h i 40 min 6:45h-19:25h			Obs 14 8h 12:45h - 20:45h	Obs 21 7h i 30 min 14h - 21:30h
Observacions unitat de medicina	Obs 3 12h i 40 min 6:45h-19:25h	Obs 8 12h 7h-19h	Obs 11 12h 7h-19h	Obs 15 7h 14.30h - 21.30h	Obs 22 7h i 30 min 7h - 14.30h
	Obs 4 7h i 15 min 6:45h-14:00h			Obs 16 8h i 30 min 7:00h a 15:30h	Obs 23 7h i 30 min 14h - 21:30h
				Obs 17 8h 13.30h - 21.30h	
Observacions unitat de cirurgia	Obs 5 12h i 40 min 6:45h-19:25h	Ent 9 12h 7h-19h	Obs 12 12h 7h-19h	Obs 18 8h 13.30h - 21.30h	Obs 24 7h i 30 min 7h - 14.30h
	Obs 6 5h i 25 min 14:00h-19:25h			Obs 19 8h i 30 min 7:00h - 15:30h	Obs 25 7h i 30 min 14h - 21:30h

Font: Elaboració pròpia

Les entrevistes van ser gravades i transcrites en l'idioma en que s'havia realitzat l'entrevista (anglès, català o castellà). Els enregistraments i notes de les observacions es van mantenir confidencials i es van emmagatzemar en una memòria externa. Només la doctoranda va tenir accés a les dades originals. Es va establir que les dades originals s'emmagatzerien durant 5 anys (la vida del projecte) i es retirarien permanentment per destrucció controlada.

10. Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades quantitativa es va realitzar amb el paquet estadístic SPSS per a Windows, versió 23.0. El nivell de significació utilitzat en els contrastos bilaterals va ser de $p \leq 0,05$.

Les variables quantitatives s'han resumit amb les seves freqüències absolutes i relatives, les contínues amb la seva mitjana i desviació estàndard.

En els contrastos entre proporcions es va utilitzar la prova de Khi Quadrat de Pearson i entre mitjanes es va utilitzar l'Anàlisi de la Variància, amb les correccions a posteriori de Tukey o T3 de Dunnet, en funció de l'homogeneïtat de les variàncies.

No es van incloure en l'anàlisi totes les característiques demogràfiques dels participants per preservar l'anonimat i la confidencialitat dels participants. Les entrevistes van ser gravades, transcrites, codificades i categoritzades seguint les 12 dimensions proposades per l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que conformen la cultura de seguretat del pacient. El procés es va realitzar amb el suport del programa Atlas.ti. versió 7.5.12.

Les cites van ser codificades per tècniques de recollida de dades (OBS: observació no participant i INT: entrevista en profunditat), unitats de treball (MED: medicina, CIR: cirurgia i EMERG: emergència) i país de procedència (Suècia: S, Espanya: E, Hongria: H i Croàcia: C).

Les transcripcions es van fer en forma literal en la llengua utilitzada (català, castellà o anglès). Els verbatim extrets de les entrevistes que s'inclouen en els resultats s'han mantingut en la llengua original en la que es van realitzar les entrevistes.

11. Consideracions ètiques i rigor científic

Es van respectar els principis ètics de la investigació científica biomèdica promulgats en la Declaració de Helsinki durant tot el procés de recerca. L'estudi no implicava intervencions de cap tipus sobre els pacients.

El projecte va ser presentat als comitès de recerca dels hospitals dels diversos països participants; Hongria, Croàcia, Suècia i Espanya. L'informe de tots els centres va ser favorable permetint l'accés a la recollida de dades. Per tal de garantir l'anonimat de les organitzacions participants no s'adjunten els certificats ni el número de recerca assignat pels comitès.

Es van seguir les normes ètiques i legals relacionades amb l'anonimat i la confidencialitat. L'enquesta HSOPSC era de resposta voluntària i en cap moment la investigadora principal va efectuar o detectar en altres professionals amb comandaments superiors indicis de coacció dirigit a les infermeres per obtenir respostes.

Es va proporcionar el full d'informació del pacient (annexos 6 i 7) i es va sol·licitar el consentiment informat dels participants (annexos 8 i 9).

Durant les observacions no participants no es van dur a terme accions que possesin en risc la pràctica dels professionals o la seguretat dels pacients.

La participació en les entrevistes va ser voluntària i les persones interessades van ser convocades fora del seu horari d'activitat professional per tal de desvincular la convocatòria de l'activitat institucional.

Es va sol·licitar consentiment informat verbal per a la gravació de les entrevistes, que va ser acceptat per tots els participants. S'ha assegurat l'anonimat establint codis als entrevistats i s'ha revisat que cap data aportada pugui revelar la identitat dels participants a partir de les seves respostes.

En el maneig de les dades s'ha garantit la confidencialitat no permetent que cap persona externa a l'estudi tingui accés a les dades. Com s'indica en apartats anteriors es va establir que les dades originals s'emmagatzemarien durant 5 anys (la vida del projecte) i es retirarien permanentment per destrucció controlada.

Els criteris de rigor en recerca quantitativa i qualitativa estan establerts de manera generalitzada, en canvi en estudis mixtes no hi ha un consens estandarditzat (Brown, Elliott, Leatherdale, & Robertson-Wilson, 2015). Els experts en aquest àmbit apliquen criteris de rigor de les dues tècniques per garantir la qualitat de la recerca incloent la descripció detallada de tot el

procés de recerca. (Brown et al., 2015). A nivell quantitatiu, l'escala HSOPSC ha estat prèviament validada en tots els països inclosos en la tesi i presenta bones propietats psicomètriques (criteri de validesa interna), la mostra recollida ha estat igual o superior a l'estimada en tots els països permetent la generalització dels resultats (criteri de validesa externa).

Els criteris qualitius de credibilitat, transferibilitat, dependència i confirmabilitat han guiat tot el procés de recerca (Calderón, 2002).

El mètode utilitzat per garantir la credibilitat de l'estudi va ser la triangulació utilitzant diverses metodologies, teories, fonts de dades i tècniques de recollida de dades per tal de fer una interpretació global i rigorosa de la cultura de seguretat. El criteri de transferibilitat s'ha garantit exposant detalls sobre els hospitals i unitats on s'han recollit les dades sense revelar la identitat dels centres. La utilització del programa Atlas.ti per a l'anàlisi de dades qualitatiu ha permès revisar el procés d'anàlisi i garantir la coherència en els resultats garantint el criteri de dependència. El criteri de confirmabilitat ha estat present en tot el procés de recerca, no es van recollir dades de cap unitat en la que hagi treballat previament, ni de cap persona amb la que hagi tingut una relació personal o laboral prèvia.

IV. RESULTATS

Els resultats es presenten per països ordenats de major a menor despesa sanitària per càpita. S'inclouen les variables percepció global de seguretat, incidents notificats, anys de treball i hores de treball i a continuació es presenten les fortaleses i debilitats de la cultura de seguretat utilitzant la metodologia proposada per la AHRQ. Els resultats quantitativs es consideren vàlids i extrapolables a la població d'estudi ja que la taxa de resposta va ser superior a l'estimada en tots els països.

Com ja s'ha mencionat anteriorment, aquesta metodologia classifica les dimensions de cultura de seguretat com a fortaleza quan el percentatge de respostes positives és $\geq 75\%$ i es considera una debilitat o oportunitat de millora quan s'obté un percentatge $\leq 50\%$ en una dimensió.

1. Resultats a Suècia

Les dades quantitatives sueques van ser extretes de la base de dades de la Comissió Nacional de Salut i Benestar Sueca. Aquesta entitat posseeix un registre de 182.413 qüestionaris implementats per personal sanitari de tot el país de la versió sueca del HSOPSC recollits entre l'any 2011 i 2014. El nombre d'infermeres dels hospitals i unitats que s'inclouen en aquesta tesi i que van implementar el qüestionari l'any 2014 va ser un total de 218 (130 (59,6%) de l'hospital 1 i 88 (40,4%) de l'hospital 2.

Durant el període de recollida de dades es va decidir no distribuir de nou el qüestionari HSOPSC, ja que les dades proporcionades es consideraven que tenien una vigència actual per a la tesi i només es van recollir les dades qualitatives a les unitats corresponents.

1.1 Percepció global del grau de seguretat

La pregunta referent a la percepció global del grau de seguretat es va convertir de variable categòrica a contínua durant l'anàlisi de dades realitzat per la Comissió Nacional de Salut i Benestar Sueca i es va calcular la mitjana, la mediana i la moda. Per a la majoria de participants, la percepció global del grau de seguretat del pacient conjunta en els dos hospitals i per unitats va ser "Bo o Excel·lent" (≥ 126 ($\geq 50\%$)) (Taula 5 i 6).

Es van detectar per mitjà de les observacions i entrevistes els recursos que les infermeres disposaven relacionats amb la seguretat en les unitats.

Les unitats de Medicina Interna i Cirurgia disposaven com a recursos físics més destacats de sala de reunions, sala de descans, sala de medicació i sala de material. Les habitacions tenien finestres i portes de seguretat amb 1 o 2 llits electrònics separats amb cortina, cada pacient disposava de llum, timbre, sortida d'oxigen i buit, tauleta i armari a l'habitació. Els pacients portaven polsera identificativa i si ho desitjaven podien portar la seva roba.

Es realitzaven accions per a la prevenció d'infeccions, els exemples més destacats eren que realitzaven un rentat de mans adequat amb aigua i sabó o solució alcohòlica adequat per a cada situació i la utilització de guants quan era necessari. Les infermeres portaven el cabell recollit, no portaven anells ni esmalt d'ungles, utilitzaven un davantal de plàstic quan hi havia més risc d'embrutar l'uniforme. Netejaven el material (bateas, aparells de glicèmia i TA, etc.) un cop utilitzat.

Totes les infermeres seguien el mateix procés d'administració de medicació. Obrien les portes de les sales de medicació amb targeta electrònica, preparaven la medicació i l'etiquetaven, en el cas d'obrir una caixa o ampolla nova comprovaven la data de caducitat i escrivien la data d'obertura. Un cop administrada la medicació al pacient, signaven en format telemàtic a l'ordinador. En el cas d'utilitzar un carro per administrar la medicació tenien cura de no deixar-lo sense supervisió. Les infermeres sempre explicaven la medicació que administraven als pacients i comprovaven de forma oral el nom i el número nacional d'identitat suec abans d'administrar la medicació. En el cas d'administrar una droga eren dues infermeres les que comprovaven i signaven la medicació. Els registres els realitzaven a l'ordinador i les històries clíniques estaven informatitzades.

A les unitats de Medicina Interna i Cirurgia disposaven d'entre 1 hora i mitja i 2 hores per fer el canvi de torn. Les infermeres que iniciaven el torn llegien durant aquest temps la història clínica dels pacients abans de realitzar el canvi. En la unitat d'Urgències treballaven en equips formats per metges, infermeres i auxiliars. Coordinació distribuïa els pacients per tal que en la mesura que fos possible els equips iniciessin i finalitzessin el seu torn sense pacients al càrrec.

També es va observar que en totes les unitats es realitzaven accions per crear un ambient tranquil i acollidor, un exemple són els espais de descans i on realitzaven els canvis de torn que disposaven de sofàs , taules, cadires, nevera i televisió entre d'altres i música ambient en algunes sales de medicació.

Taula 5. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals suecs.

	Hospital 1 (n=130)	Hospital 2 (n=88)	Total (n=218)	p
Grau de seguretat del pacient				
Excel·lent/Bo	≥65 (≥50%)	≥44 (≥50%)	≥109 (≥50%)	NV
Acceptable	-	-	-	
Pobre	-	-	-	
Número d'incidents notificats en l'últim any				0,239 (*)
Cap incident notificat	50 (38,5%)	27 (30,7%)	77 (35,3%)	
De 1 a 2 incidents	48 (36,9%)	30 (34,1%)	78 (35,8%)	
De 3 a 5 incidents	22 (16,9%)	20 (22,7%)	42 (19,3%)	
De 6 a 10 incidents	7 (5,4%)	7 (7,9%)	14 (6,4%)	
De 11 a 20 incidents	3 (2,3%)	3 (3,4%)	6 (2,7%)	
Més de 20 incidents	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	
Hores treballades a la setmana				0,038
Més de 40 hores	42(32,3%)	39 (44,3%)	81 (37,2%)	
Temps treballat a l'hospital				0,742
De 1 a 5 anys	20 (15,4%)	19 (21,6%)	39 (17,9%)	
De 6 a 10 anys	20 (15,4%)	10 (11,4%)	30 (13,8%)	
De 11 a 15 anys	21 (16,1%)	15 (17,0%)	36 (16,5%)	
De 16 a 20 anys	17 (13,1%)	12 (13,6%)	29 (13,3%)	
21 o més anys	52 (38,5%)	32 (36,4%)	84 (38,5%)	

NV: no valorable

(*) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre hospitals

Taula 6. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats a Suècia.

	Medicina Interna (n=76)	Cirurgia General (n=70)	Urgències (n=72)	Total (n=218)	P
Grau de seguretat del pacient					
Excel·lent/Bo	≥38 (≥50%)	≥35 (≥50%)	≥36 (≥50%)	≥109 (≥50%)	NV
Acceptable	-	-	-	-	
Pobre	-	-	-	-	
Número d'incidents notificats en l'últim any					0,024 (*)
Cap incident notificat	36 (47,4%)	21 (30,0%)	20 (27,8%)	77 (35,3%)	
De 1 a 2 incidents	26 (34,2%)	29 (41,4%)	23 (31,9%)	78 (35,8%)	
De 3 a 5 incidents	10 (13,1%)	14 (20,0%)	18 (25,0%)	42 (19,3%)	
De 6 a 10 incidents	3 (3,9%)	4 (5,7%)	7 (9,7%)	14 (6,4%)	
De 11 a 20 incidents	1 (1,3%)	2 (2,9%)	3 (4,2%)	6 (2,7%)	
Més de 20 incidents	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	
Hores treballades a la setmana					0,519
Més de 40 hores	32 (42,1%)	25 (35,7%)	24 (33,3%)	81 (37,2%)	
Temps treballat a l'hospital					<0,001
De 1 a 5 anys	8 (10,5%)	20 (28,6%)	11 (15,3%)	39 (17,9%)	
De 6 a 10 anys	7 (9,2%)	10 (14,3%)	13 (18,0%)	30 (13,8%)	
De 11 a 15 anys	10 (13,1%)	13 (18,6%)	13 (18,0%)	36 (16,5%)	
De 16 a 20 anys	13 (17,1%)	8 (11,4%)	8 (11,1%)	29 (13,3%)	
21 o més anys	38 (50,0%)	19 (27,1%)	27 (37,5%)	84 (38,5%)	

NV: no valorable

(*) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre unitats

1.2 Incidents notificats

La majoria d'infermeres 141 (64,7%) van notificar 1 o més incidents relacionats amb la seguretat del pacient en l'últim any en els dos hospitals (Taula 5). El nombre d'incidents notificats va ser superior en les unitats de Cirurgia General i Urgències respecte Medicina Interna ($p = 0,024$), les infermeres per mitjà de les dades qualitatives reconeixien que s'oblidaven de coses i que es produïen malentesos.

«Yes, it's very very tough sometimes, very very tough, because, you know, so many patients and we don't have time and we just run around and doing things and... So it's easy to miss something. » Ent 13 URG

«Of course, mistakes happen, but not very often perhaps it's more like... well, if we, in the rounds with the doctors, something is decided with the patient, and... sometimes perhaps we have no time because we have so much other things to do and it's hard to prioritize sometimes, and it can be perhaps a lack of understanding, or misunderstanding. » Ent 15 MED

El sistema té un procediment de notificació d'incidents que convida al personal a notificar incidents, evitant la notificació punitiva.

«In Sweden, with this system, the mistake is written because maybe we can change the system so the mistake won't happen again. So it's not the particular nurse that made the mistake, that is... It's more like how can we change the system, or how can we change the routines to make sure that this won't happen again. » Ent 13 URG

1.3 Anys treballats

El temps treballat a l'hospital presentava diferències significatives entre unitats ($p < 0,001$), aproximadament la meitat d'infermeres enquestades portaven entre 1 i 15 anys treballant en els dos hospitals (Taula 5 i 6). Les dades qualitatives indicaven que moltes infermeres emigraven a Noruega a treballar o deixaven la professió.

«They are like moving, stop working as a nurses, they... you know, they're running to Norway to work there because there working and the salary is much better and the working environment is much better and... Here, as a nurse in Sweden, it's really tough. Mmm. You work for... yeah, so much. » Ent 13 URG

«Some staff has worked here from 10 years or more, and they want to do something else. » Ent 15 MED

1.4 Hores de treball

Una minoria de professionals superava les 40 hores setmanals en els dos centres (42 (32,3%) i 39 (44,3%) respectivament), sent significativament superior a l'hospital 2 ($p = 0,038$) (Taula 5), no es van observar diferències significatives entre unitats (Taula 6).

1.5 Resultats de les dimensions

La desviació estàndard dels resultats del percentatge de positivat de les dimensions no s'inclouen a la base de dades de la Comissió Nacional de Salut i Benestar Sueca, per aquesta raó, no s'inclouen a les taules i no s'ha pogut analitzar si hi ha diferència significativa entre hospitals i unitats sueques.

1.5.1 Fortaleses

La dimensió 5 “Treball en equip a la unitat” es va considerar una fortalesa ja que presentava percentatges majors als 75% en els 2 centres (85.3% i 77.7% respectivament) (Taula 7).

Les observacions demostraven les rutines i accions en equip entre el personal de les unitats, aquesta intenció també es corroborava a les entrevistes.

«The nurse and the assistant nurse work as a team, all day, and we check out with each other what we have to do, and what we do next, and so on. » Ent 16 MED

Les dimensions 3 “Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat”, la 8 “Resposta no punitiva als errors” i la 6 “Franquesa en la comunicació” no es podien considerar en si mateixes com a fortaleses, tot i que presentaven percentatges elevats en els 2 centres majors al 60% (Taula 7).

Les entrevistes també reafirmen aquests punts forts.

«it's very good at this unit, because you're allowed to ask questions, It's not like anyone should think “is she stupid? Why is she asking?” like that, no. It's ok to ask, because asking and helping each other prevents mistakes. So we have a good environment like that. No question is a dumb question. So that's very good. » Ent 13 URG

«When something happen we need to think about this, so it won't happen again. But no, they don't point at you. No, not in that way. No, no. » Ent 16 MED

«We have an application on the computer to implement. A group of staff investigate what happened, what was the mistake. The idea is not to point at you, they speak with you, and they ask what happened, why you acted like that, but nobody else knows who did the mistake except who reported. But staff know what exactly happened and where was the mistake... » Ent 17 CIR

Taula 7. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat per hospitals suecs.

Dimensions	Hospital 1 (n=130)	Hospital 2 (n=88)	Total (n=218)
1	36,5	41,4	38,1
2	55,2	37,3	49,2
3	62,1	63,1	62,4
4	52,0	43,5	49,1
5	85,3	77,7	82,7
6	62,7	60,1	61,8
7	48,7	55,9	51,1
8	67,6	53,5	62,9
9	39,1	34,0	37,4
10	36,3	23,8	32,1
11	49,8	44,0	47,9
12	51,6	57,3	53,5

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

Les unitats d'Urgències eren les unitats que presentaven percentatges més elevats en les dimensions. La dimensió amb el percentatge més elevat va ser la 5 "Treball en equip a la unitat" (86%), aquest resultat es corrobora amb les dades qualitatives (Taula 8).

« It's always people around, so... even if it's not my patient and I hear a monitor beeping I need to leave and see. So you're depending on each other. But that's also one of the things that are doing better in the emergency department. I came from a department where I felt it was a very good staff and we had fun and everything, and I came here and I realized that this is even better. » Ent 13 URG

«I mean we communicate a lot with the doctors, but many other things. And also, if we have a patient, that has breathing problems, I know that the doctor wants an arterial blood gas, so then I just take it, at once, because I know he wants it, so. We are quite independent, yeah, we talk a lot as well with each other, yeah. »
Ent 13 URG

«We sit together and everything, so we always sit together with the doctors, so that's good for the communication, very good. » Ent 14 URG

La dimensió 3 “Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat” també tenia resultats molt elevats que corresponien a les dades qualitatives, tot el personal d’urgències realitzava en grups un cop a la setmana casos de simulació clínica (Taula 8).

Taula 8. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat entre unitats sueques.

Dimensions	Medicina Interna (n=76)	Cirurgia General (n=70)	Urgències (n=72)
1	37	39	44
2	56	35	45
3	53	73	72
4	44	43	63
5	80	80	86
6	54	69	69
7	38	57	68
8	66	63	57
9	38	18	51
10	34	25	29
11	56	40	37
12	56	50	53

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

En les unitats de Medicina Interna, la dimensió 2 “Percepció global de seguretat” presentava un percentatge de positivitat més elevat que en les altres unitats. La ràtio infermera pacient de mitjana era d’una infermera per a cinc pacients i consideraven que de forma general no hi havia pressió assistencial (Taula 8).

«Sometimes I think over patient safety more actively and sometimes I think it’s just in my action even if I don’t think on it. Sometimes, maybe, it’s not, but... I think.» Ent 15 MED

«It differs from day to day. But I do not think that there is work pressure. No, not that often.» Ent 15 MED

A les unitats de cirurgia a més de la dimensió 5 “Treball en equip a la unitat”, la dimensió 3 “Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat” presentava respostes positives elevades que corroboraven les dades qualitatives (Taula 8).

«Each nurse has a rol provided by the supervisor. My rol is to propose actions and training in neurosurgical area. To update knowledge and to involve all the staff.» Ent 17 CIR

«You have to work as a nurse on days, you can’t work at night when you are new here. I don’t know now how many months but before we start to work nights we have to have worked here some time.» Ent 18 CIR

1.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats

La dimensió 10 “Suport de la gerència de l’hospital en relació a la seguretat del pacient” es considerava una debilitat (32,1%), les dades qualitatives indicaven que la manca de suport era per la manca de personal i la pressió assistencial que estava relacionada amb la dimensió 9 “Dotació de personal”, que també presentava percentatges baixos de positivitat (37,4%) (Taula 7). La dimensió 9 presentava percentatges molt baixos a la unitat de Medicina Interna (18%) (Taula 8). Les dades qualitatives corroboren aquesta troballa.

«We are short of staff. There’s a lot of people that is taking extra shifts and working in double shifts.» Ent 15 MED

Una informant considerava que era habitual que el personal patís síndrome d’esgotament professional, la resta d’informants indicaven que ho patien

persones concretes, però no afectava de forma generalitzada a tot el personal de les unitats.

«Everybody know who is burnout and everybody know and do not influence on the changes that get done... They always are going to complain.. » Ent 17 CIR

«I don't know if I should say this, but it's usually the same people that complain. But mostly the staff that take this extra shifts so... yeah, some people burnout. » Ent 15 MED

La dimensió 1, “freqüència d’esdeveniments notificats” presentava oportunitats de millora (38,1%), les entrevistes indicaven el principal motiu de la infranotificació, la manca de temps (Taula 7).

«There comes the time, I think many small mistakes don't get reported. Because the lack of time. You choose to take care of the patient instead of filling in this report. » Ent 16 MED

Altres tres dimensions presentaven percentatges que s’aproximaven al 50% , la dimensió 2 “Percepció de seguretat”, la 4 “Aprentatge de l’organització” i la 11 “Treball en equip entre unitats/serveis” (Taula 7). En una entrevista una informant indicava que en les reunions detectaven la comunicació com a proposta de millora.

«Communication is something that we have to improve, is something that always, every year, is discussed in some meetings. » Ent 17 CIR

QUADRE RESUM DELS RESULTATS DE SUÈCIA

- La percepció global del grau de seguretat del pacient va ser considerada “Bona o excel·lent” per a la majoria de participants.
- El treball en equip, la franquesa en la comunicació, la resposta no punitiva als errors i el suport dels supervisors es van considerar per les infermeres de les institucions estudiades punts forts de la cultura de seguretat.
- Les infermeres consideraven la manca de personal una debilitat que influïa en la seguretat del pacient. Reconeixien la infranotificació d’esdeveniments adversos que era conseqüència de la pressió assistencial. La síndrome d’esgotament professional repercutia en persones concretes però no de forma generalitzada.

2. Resultats a Espanya

Un total de 130 qüestionaris van ser distribuïts a totes les infermeres de les unitats participants en els dos hospitals i es van retornar completats 109 qüestionaris. La taxa de resposta va ser del 83,8%, hospital 1 n = 63 (57.8%), hospital 2 n = 46 (42.2%). Per unitats, en els dos hospitals, Medicina Interna n = 26 (23.8%), Cirurgia General n = 34 (31.2%) i Urgències n = 49 (44.9%).

2.1 Percepció global del grau de seguretat

Per a la majoria de participants, la percepció global conjunta del grau de seguretat del pacient en els dos hospitals va ser “Acceptable”(62,0%) no observant-se diferències significatives entre hospitals (Taula 9 i 10).

Les unitats de Medicina Interna i Cirurgia disposaven com a recursos físics més destacats de magatzem, sala d'ordinadors i espai de descans. Les habitacions tenien finestres i lavabo a cada habitació amb 1 o 2 llits electrònics separats amb cortina, disposaven de llum, timbre, sortida d'oxigen i buit, tauleta i armari a les habitacions. Els pacients portaven roba de l'hospital i polsera identificativa. Els registres els realitzaven a l'ordinador i les històries clíniques estaven informatitzades.

Les infermeres realitzaven accions per a la prevenció d'infeccions com realitzar un rentat de mans adequat amb aigua i sabó o solució alcohòlica i la utilització de guants tot i que no sempre es realitzava de forma adequada. Les infermeres portaven el cabell recollit, algunes infermeres portaven anells i les ungles pintades.

Referent al procés d'administració de medicació, preparaven la medicació i la identificaven escrivint el número de llit del pacient. En alguns casos preparaven tota la medicació del torn seguit i posteriorment l'administraven als pacients i en altres casos apropaven el carro a l'habitació i preparaven i administraven seguidament. Signaven abans o després d'administrar la medicació en format telemàtic a l'ordinador. En ocasions el carro estava al passadís sense supervisió. En el cas d'administrar una droga eren dues infermeres les que comprovaven i registraven la medicació.

Els canvis de torn es realitzaven al control de les unitats, les infermeres dels dos torns disposaven de 15 minuts remunerats per explicar els fets més rellevants i les incidències que havien tingut de cada pacient. Disposaven d'un document amb les notes més rellevants de cada pacient que la infermera utilitzava per fer anotacions i actualitzava al finalitzar el torn.

Taula 9. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals espanyols.

	Hospital 1 (n=63)	Hospital 2 (n=46)	Total (n=109)	P
Grau de seguretat del pacient				0,325
Excel·lent/Bo	10 (16,1%)	12 (26,1%)	22 (20,4%)	
Acceptable	39 (62,9%)	28 (60,9%)	67 (62,0%)	
Pobre	13 (21,0%)	6 (13,0%)	19 (17,6%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any				0,118(*)
Cap incident notificat	50 (79,4%)	29 (63,0%)	79 (72,5%)	
De 1 a 2 incidents	12 (19,0%)	12 (26,1%)	24 (22,0%)	
De 3 a 5 incidents	1 (1,6%)	4 (8,7%)	5(4,6%)	
De 6 a 10 incidents	0 (0,0%)	1 (2,2%)	1 (0,9%)	
Hores treballades a la setmana				0,039
Més de 40 hores	11 (17,5%)	16 (34,8%)	27 (24,8%)	
Temps treballat a l'hospital				0,938
De 1 a 5 anys	12 (19,1%)	6 (13,0%)	18 (16,5%)	
De 6 a 10 anys	9 (14,3%)	7 (15,2%)	16 (14,7%)	
De 11 a 15 anys	19 (30,2%)	14 (30,4%)	33 (30,3%)	
De 16 a 20 anys	8 (12,7%)	6 (13,0%)	14 (12,8%)	
21 o més anys	15 (23,8%)	13 (28,3%)	28 (25,7%)	

(*) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre hospitals

Taula 10. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats espanyoles.

	Medicina Interna (n=26)	Cirurgia General (n=34)	Urgències (n=49)	Total (n=109)	p
Grau de seguretat del pacient					0,010
Excel·lent/Bo	9 (34,6%)	4 (12,1%)	9 (18,4%)	22 (20,4%)	
Acceptable	14 (53,8%)	27 (81,8%)	26 (53,1%)	67 (62,0%)	
Pobre	3 (11,5%)	2 (6,1%)	14 (28,6%)	19 (17,6%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any					0,049 (*)
Cap incident notificat	14 (53,8%)	26 (76,5%)	39 (79,6%)	79 (72,5%)	
De 1 a 2 incidents	6 (23,1%)	8 (23,5%)	10 (20,4%)	24 (22,0%)	
De 3 a 5 incidents	5 (19,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (4,6%)	
De 6 a 10 incidents	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,9%)	
Hores treballades a la setmana					0,013
Més de 40 hores	12 (46,2%)	5 (14,7%)	10 (20,4%)	27 (24,8%)	
Temps treballat a l'hospital					0,185
De 1 a 5 anys	3 (11,5%)	7 (20,6%)	8 (16,3%)	18 (16,5%)	
De 6 a 10 anys	6 (23,1%)	6 (17,6%)	4 (8,2%)	16 (14,7%)	
De 11 a 15 anys	8 (30,8%)	9 (26,5%)	16 (32,7%)	33 (30,3%)	
De 16 a 20 anys	1 (3,8%)	2 (5,9%)	11 (22,4%)	14 (12,8%)	
21 o més anys	8 (30,8%)	10 (29,4%)	10 (20,4%)	28 (25,7%)	

(*) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre unitats

En la taula 10 observem que el personal d'Urgències va manifestar percebre un grau de seguretat més pobre (28.6%) que Medicina Interna (11,5%) i Cirurgia (6,1%) ($p = 0,010$). Les dades qualitatives confirmen aquests resultats, les unitats d'Urgències presenten més risc d'incidents i són percebudes per les infermeres com a més insegures.

«Yo tengo por ejemplo ahora mismo una reacción alérgica en el pasillo, que ya me ha hecho dos, sin monitor y sin nada, sabes? He entrado ésta mañana una sepsis que tampoco tenía ni monitor ni box, me entiendes que te quiero decir? Tengo una yayita de 94 años en el pasillo en una camilla que en cualquier momento se me desorienta y se me tira de la camilla, me entiendes? Entonces, que quieres que te diga? Es que hay mil casos cada día... » ENT 20 URG

2.2 Incidents notificats

La gran majoria d'infermeres 79 (72,5%) no van notificar cap esdeveniment relacionat amb la seguretat del pacient en l'últim any. 24 (22,0%) van notificar 1 o 2 casos i 5 (4,6%) van notificar de 3 a 5 casos i 1 infermera va notificar de 6 a 10 casos (Taula 9).

Durant les observacions en les unitats es van detectar incidències que no van ser notificades.

«La infermera truca a una unitat per explicar les condicions d'un pacient que ha d'ingresar, explica que una medicació pautada per la nit no ha estat validada per la infermera, i per tant, no sap si l'ha administrat. Assumeix que s'ha administrat però no s'ha validat. » OBS 20 URG

Durant les entrevistes la majoria d'infermeres relacionaven les incidències només amb la medicació i van verbalitzar que en ocasions es comentaven amb el metge però no ho notificaven.

«Yo sé que una vez una compañera se equivocó, le administró tres ampollas de mórfico cuando eran 0'3 ml, se lo dijo al médico pero de ahí no pasó... » ENT 24 CIR

«Pienso que la mayoría se notifican, pero todos, todos yo creo que no. Si te das cuenta, lo comentas con el médico, pero ya no llega a farmacia... » ENT 22 MED

A Medicina Interna es va observar un major percentatge de notificació d'incidents (46,2% versus 23,5% en Cirurgia i 20,4% a Urgències; $p=0,049$). El resultat és negatiu per a les tres unitats ja que el personal reconeix que hi ha incidències que no es notifiquen.

2.3 Anys treballats

Els anys treballats a l'hospital van resultar semblants entre els diferents hospitals i unitats, la majoria 75 (68,8%), porten més de 11 anys treballant a l'hospital (Taula 9 i 10).

2.4 Hores de treball

Una minoria de professionals superava les 40 hores setmanals 27 (24,8%). A l'hospital 2, un percentatge més elevat de les infermeres enquestades (34,8%) superaven les 39 hores setmanals de treball respecte a l'hospital 1 (17,5%) ($p = 0,039$) (Taula 9). A la unitat de Medicina Interna es va observar un major percentatge de professionals que treballaven més de 40 hores a la setmana (46,2% versus 14,7% en Cirurgia i 20,4% a Urgències, $p = 0,013$) (Taula 10).

2.5 Resultats de les dimensions

2.5.1 Fortaleses

La dimensió 5 "Treball en equip a la unitat" es considerava una fortalesa a les unitats de Cirurgia General (83,1 (25,2)). Aquesta dimensió mesura la percepció dels professionals sobre el treball en equip, que es basa en el suport mutu, el tracte amb respecte i el treball conjunt. Per mitjà de les entrevistes i observacions es va detectar característiques de treball en equip entre infermeres i auxiliars.

En la unitat de Cirurgia on es va recollir les dades qualitatives el despatx de metges estava al costat del despatx d'infermeria i es percebia positivament.

«El despacho médico está al lado de enfermería, al estar al lado ayuda mucho... Y como siempre tienen que estar allí, siempre puedes ir a consultarle. Y le consultas, "oye, ha perdido la vía, ¿es necesario seguir con el suero?" "Ay pues no lo sé ahora me lo miro", o el antibiótico endovenoso, "¿hace falta, después de siete días, si ha perdido la vía?", claro eso es buena comunicación.» ENT 24 CIR

Aquesta dimensió, tot i no poder considerar-se en si mateixa com a fortalesa, presentava percentatges elevats de positivat en els 2 centres (70,2% i 63,6% respectivament) (Taula 11 i 12).

«Entre nosotros, el personal de enfermería, bien. Pasas el parte a la compañera, le explicas, siempre te dejas algo, pero bueno lo acabas reflejando escrito. Y con auxiliares, si, nos delegamos la faena y... no hay problema.» ENT 24 CIR

«La infermera pregunta als companys, infermeres i auxiliars, si han acabat les higienes i si necessiten ajuda. » OBS 22 y 23 MED i 24 y 25 CIR

No obstant això, les dades qualitatives posen de manifest l'existència d'algunes dificultats en el treball en equip entre infermeres i metges.

«La infermera explica que ha d'estar de guardia al passadis per a que no se li escapi el metge. La infermera quan passa un metge li pregunta sobre el pla terapèutic de dos pacients. La infermera comenta que si no li pregunta, el metge marxa sense explicar el pla, i tot i que es pot llegir després per escrit, no es el mateix que si t'ho explica. » OBS 25 CIR

«Creo que la comunicaci3n entre m3dico y enfermera es buena pero tambi3n depende, ya sabes con que m3dico te puedes comunicar mejor o peor, ya sabes a quien dirigirte. » ENT 24 CIR

Taula 11. Percentatge de respostes positives, desviaci3n est3ndard i significaci3n estadística per dimensions entre hospitals espanyols.

Dimensions	Hospital 1 (n=63)	Hospital 2 (n=46)	Total (n=109)	p
1	43,92% (41,8)	42,75% (40,2)	43,4% (41,0)	,885
2	31,0% (28,0)	25,5% (24,4)	28,7% (26,5)	,295
3	50,4% (33,1)	45,7% (34,2)	48,4% (33,6)	,468
4	41,8% (33,3)	43,5% (35,0)	42,5% (33,9)	,800
5	70,2% (34,4)	63,6% (34,0)	67,4% (34,3)	,319
6	55,6% (34,9)	37,0% (30,8)	47,7% (34,4)	,005
7	27,0% (31,0)	32,6% (27,6)	29,4% (29,6)	,322
8	39,7% (30,4)	35,5% (31,7)	37,9% (30,9)	,489
9	16,3% (16,8)	11,4% (13,6)	14,2% (15,7)	,112
10	13,2% (23,6)	24,6% (33,2)	18,0% (28,5)	,055
11	45,6% (31,6)	48,4% (39,8)	46,8% (33,9)	,679
12	54,4% (30,9)	59,8% (30,0)	56,7% (30,6)	,363

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

Taula 12. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats espanyoles.

Dimensions	Medicina Interna (n=26)	Cirurgia General (n=34)	Urgències (n=49)	P
1	53,9% (41,2)	42,2% (41,2)	38,8% (40,4)	0,312
2	26,9% (22,3)	36,0% (26,2)	24,5% (28,2)	0,139
3	50,0% (32,4)	48,5% (33,1)	47,5% (35,1)	0,953
4	51,3% (30,2)	52,0% (35,0)	31,3% (32,2)	0,007 ^(a)
5	74,0% (27,8)	83,1% (25,2)	53,1% (37,4)	<0,001 ^(b)
6	52,6% (34,2)	52,9% (33,9)	41,5% (34,3)	0,235
7	35,9% (28,2)	32,4% (33,3)	23,8% (27,2)	0,190
8	32,1% (30,5)	44,1% (34,5)	36,7% (28,2)	0,308
9	12,5% (14,6)	16,9% (18,2)	13,3% (14,5)	0,479
10	26,9% (32,7)	15,7% (23,5)	15,0% (28,9)	0,191
11	55,8% (31,9)	44,1% (33,2)	43,9% (35,2)	0,304
12	64,4% (28,4)	58,1% (29,3)	51,5% (32,0)	0,210

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

(a) Contrast Post Hoc de Tukey : Diferències entre Urgències-Medicina Interna (p=0.035) y Urgències-Cirurgia (p=0.015)

(b) Contrast Post Hoc de Tukey : Diferències entre Urgències-Medicina Interna (p=0.021) y Urgències-Cirurgia (p<0.001)

2.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats

Totes les dimensions es consideraven dèbils menys la dimensió 5 i la 12, presentant menys d'un 50% de respostes positives, indicant que en global, la cultura de seguretat no era percebuda com a positiva i presentava oportunitats de millora.

La dimensió amb el percentatge més baix va ser la 9 “Dotació de personal” en els dos centres (16,3% (16,8) i 11,4% (13,6) respectivament). El personal,

de forma unànime, creia que no hi havia prou personal i que de vegades no es proporcionava la millor atenció al pacient a causa del excés de personal suplent i a l'esgotadora jornada laboral, dades que han estat reafirmades mitjançant les entrevistes i observacions (Taula 11).

«Eso siempre, siempre hay presión asistencial, si no son los médicos son los familiares si no... bueno, o la carga de trabajo que puedas tener que siempre... siempre es bastante. Si quieres hacer las cosas bien, bastante.» ENT 21 MED

«Por los comentarios que hacen, “estoy harto, estoy super agotada, que no sé qué... que vaya mierda... que siempre lo mismo... que pesados son la gente...” por éstos comentarios detectas que... están cansados.» ENT 22 MED

«Hay presión asistencial en turnos en que son menos personal, la faena es la misma y que ven que no llegas y reclamas que te pongan algún refuerzo y ese refuerzo no llega, o porque no hay, o porque en ese momento no es posible... o por el motiva que sea.» ENT 23 CIR

Mitjançant les observacions es va detectar indicis d'estrès, preocupació excessiva per la falta de temps per realitzar totes les activitats, irritabilitat, tensió muscular i tendència al cansament, possiblement associats amb una sensació de sobrecàrrega de treball. Algunes infermeres entrevistades percebien que aquesta pressió no posava en risc al pacient.

«Mmmm no, o almenys jo no tinc aquesta sensació. Suposo que contra més pressió tens, més risc tens, però no tinc la sensació que posem en risc el pacient, almenys no em dona aquesta sensació.» ENT 21 MED

En canvi, la percepció era diferent per algunes infermeres entrevistades que detectaven que la pressió posava el pacient en risc i influïa en les cures proporcionades.

«Te vas a tu casa con la sensación de, dios, menos mal que he acabado porque hubiera hecho algún desastre, hay muchas veces que te vas con esa sensación, o de dejarte cosas, porque no llegas, no llegas...» ENT 24 CIR

La dimensió 2 “Percepció de seguretat” mesuren l'opinió sobre si els procediments i sistemes són bons per la prevenció d'errors i si les infermeres treballen compromeses amb la seguretat dels pacients. Aquesta dimensió presentava resultats baixos de positivitat (28,7% (26,5)). Les dades qualitatives corroboren aquest resultat. Per mitja de les observacions es van identificar millores per a les que no es buscaven solucions o no es posaven barreres per prevenir que tornessin a passar.

«La infermera de la nit no ha registrat que s'ha administrat una medicació a un pacient que ha d'ingressar a planta. La infermera d'observació truca a la planta per passar el parte, explica que una medicació no s'ha validat per la infermera de la nit, no saben si s'ha administrat. » OBS 20 URG

«La infermera es queixa perquè una vena compressiva no li han retirat durant la nit, la posen per afavorir el retorn venós. El metge ho va pautat de forma oral, per norma es retira a la nit i no ho han fet. Però no hi ha costum d'apuntar-ho al curs clínic. » OBS 22 MED

«La infermera es queixa perquè un pacient no ha esmorzat, ja que l' auxiliar li ha entrat, però diu que ningú li ha preparat, la infermera comenta que no es la seva feina. » OBS 22 MED

La dimensió 7 "Feed-back i comunicació sobre els errors" presentava percentatges de positivitat baixos (29,4% (29,6)). Les dades qualitatives aportaven evidència sobre la percepció que tenien les infermeres dels riscos que suposaven les pràctiques que realitzaven i de la importància que li donaven a la notificació.

« Penso que la majoria es notifiquen però tots, tots, jo crec que no. Si te'n dones compte, ho comentes amb el metge, però ja no arriba a farmàcia. Bueno almenys jo crec que no, perquè no ha sigut tampoc un error de medicació que li hagin donat una cosa per una altra, sinó que t'has equivocat de dosis. I ho pots deixar registrat en el curs clínic que per error s'administren tants mil·ligrams de tal perquè si s'ha de controlar pressió arterial o si s'ha de controlar algo, perquè tots els torns vagin fent controls més sovint, no? O quan això, quan punxes insulina a algú que no és perquè vagin fent dextros més sovint o si li has de penjar un glucosat o algo que tothom sàpiga perquè el porta, no? En el curs clínic si que ho enregistrem. Però després les incidències de farmàcia em penso que s'omplen poc, diria e, jo almenys no n'he omplert mai. » ENT 22 MED

Un informant mencionava obertament que la resistència al canvi i la prioritització de resultats i no el procés per arribar a l'objectiu estaven arrelats a la cultura hospitalària.

«A vegades tenim recursos que no els utilitzem perquè no tenim la cultura de dir, parem i fem-ho bé, no?. Per exemple: ens han portat els llençols lliscants, és un recurs que tenim i que no l'utilitzem perquè no tenim aquesta cultura. I ens costen molts els canvis. A vegades també, el fet de fer servir la grua, per fer una sedestació, ostres ara haig d'agafar la grua ara? Saps que? i fas pim pam pum, saps? agafes el pacient i entre dues ho fas, amb el risc de que et pots fer mal tu i pots fer mal al pacient, poses en perill, no? No tenim cultura de fer les coses com toquen, que ens saltem els passos perquè al final és el mateix. Que vols que

el pacient estigui assegut? Mentre l'objectiu s'arriba, el camí pel quin arribis a l'objectiu tan és. » ENT 20 URG

No es van obtenir diferències significatives entre les infermeres dels dos centres (Taula 11), excepte en la dimensió 6 “Franquesa en la comunicació” ($p = 0,005$). (55,6% (34,9) i el 37,0% (30,8) respectivament). El personal de l'hospital 1 parlava amb més llibertat quan detectava una incidència. No es va poder constatar aquesta diferència mitjançant les dades qualitatives a causa de la diversitat en les respostes a preguntes relacionades amb aquesta dimensió i a certa incomoditat que generava parlar d'errors entre els entrevistats, ja que no sempre donaven una resposta clara a les preguntes.

«Entre nosotros sí. A nivel de coordinación tengo más dudas. Yo creo que de forma general espero que sí pero sí que se de algún caso de error que no se ha comunicado. » ENT 19 URG

«Hay de todo, hay gente que es más reservada y se lo calla y hay gente que sí que lo manifiesta mira que ha pasado esto o que... yo creo que sí que se intenta comunicar. » ENT 23 CIR

«Con el superior quieres decir? Si, en nuestro estamento inmediato superior, a nivel de coordinación sí que se comenta todo y sin miedo, porque bueno, hay suficiente confianza para hacerlo. » ENT 22 MED

Les entrevistes indicaven que la manca de franquesa, era conseqüència de la desconfiança i la por a la interpretació dels fets, la punició i la culpabilitat.

«Pues supongo que será por miedo o por represalias o por... por la persona que está por encima tuyo pues yo que sé, te pueda penalizar de alguna forma o sino qué otro motivo puede haber, no? Si simplemente no sucede nada, nadie se entera. » ENT 21 MED

«Yo creo que es más miedo por... desconocimiento de, si me harán algo, si me sancionaran, claro, no hay... yo creo que es mas miedo a eso. » ENT 24 CIR

La dimensió 10 “Suport de la gerència de l'hospital en relació a la seguretat del pacient” indicava que percebien un suport baix (18,0% (28,5)). Durant les entrevistes no es va corroborar obertament el resultat.

«No sé si es su primera prioridad, supongo que si que lo tendrán en cuenta, claro. Tengo que creer que si. » ENT 24 CIR

Deu de les 12 dimensions presentaven resultats de positivitat més baixes en les unitats d'Urgències, amb una diferència significativa en la dimensió 4, “Aprentatge de l'organització” ($p = 0,007$) i 5 “Treball en equip a la

unitat” (p <0,001) (Taula 12). Les infermeres d’urgències tenien menor constància que s’apliquessin mesures per evitar que tornessin a ocórrer errors i que aquestes s’avaluessin. Rebiem formació al respecte, però destacaven una manca de recursos que permetis aplicar millores.

«Tenemos 20 horas anuales para formación que se quedan muy escasas. Hemos hecho una formación de 2 horas sobre seguridad del paciente. Se trabajaron conceptos de error, incidentes...Yo me quedé con la sensación que está muy bien que se haga el curso, pero a la hora de aplicarlo faltan recursos.» ENT 19 URG

En aquesta unitat tenien la seva pròpia dinàmica, les infermeres tenien pacients assignats i treballaven de forma independent. Encara que treballaven en equip quan la situació ho requeria, no manifestaven de forma tan positiva el suport mutu i el respecte.

«La desidia también de la gente a veces, a la hora de trabajar hay quien se implica más y quien no, es un servicio en el que hay mucha gente y en el que es más fácil escaquearse. No es como una planta, no, que es el personal que hay y que tienes que estar un poco más concentrado.» ENT 19 URG

Es constata de forma reiterada la manca de treball en equip amb el metge, troballa que justifica la diferència significativa en la dimensió 5.

«Cuando se informatizó todo se perdió bastante la comunicación. Por ejemplo, con los cambios de medicación, sí que hay médicos que comunican pero hay otros que no, tienes que ir tú detrás de ellos para ver cuál es la evolución y cuál es la idea que tienen del paciente.» ENT 19 URG

QUADRE RESUM DELS RESULTATS D’ESPANYA

- La percepció global del grau de seguretat del pacient va ser considerada “Acceptable” per a la majoria de participants.
- Les infermeres de les institucions estudiades van considerar que la cultura de seguretat presentava oportunitats de millora en totes les dimensions excepte en el treball en equip.
- Les infermeres presentaven sobrecàrrega de treball i pressió assistencial que no sempre era viscuda com un risc per el pacient.
- La detecció i notificació d’esdeveniments adversos era una pràctica poc instaurada.
- La manca de franquesa en la comunicació era conseqüència de la desconfiança i la por a la punició i la culpabilitat.

3. Resultats a Hongria

Un total de 160 qüestionaris van ser distribuïts a totes les infermeres de les unitats participants en els dos hospitals i es van retornar completats 151 qüestionaris. La taxa de resposta va ser del 94,4%, hospital 1 n = 87 (57.6%), Hospital 2 n = 64 (42.4%). Per unitats, en els dos hospitals, Medicina Interna n = 66 (43.7%), Cirurgia General n = 53 (35.1%) i Urgències n = 32 (21.2%).

3.1 Percepció global del grau de seguretat

Per a la majoria de participants, la percepció global del grau de seguretat del pacient conjunta en els dos hospitals va ser “Acceptable” (83(56,5%)) no observant diferències significatives entre hospitals ($p = 0,575$) ni entre unitats ($p = 0,971$) (Taula 13 i 14).

Es van detectar per mitjà de les observacions i entrevistes els recursos que les infermeres disposaven relacionats amb la seguretat en les unitats.

Les unitats de Medicina Interna i Cirurgia disposaven com a recursos físics més destacats de sala de control i medicació amb magatzem i la majoria tenien un ordinador que utilitzaven per realitzar algunes accions com la comanda de dietes, els registres els realitzaven de forma manual a les històries clíniques. Disposaven de papereres generals, de cartró i de vidre.

Les habitacions eren grans amb finestres sense mesures de seguretat, d'entre 6 i 10 llits manuals amb tauletes, no hi havia cortines entre els llits, les habitacions no estaven numerades a totes les unitats i els llits no tenien número identificatiu en cap unitat, no tots els llits tenien baranes ni sortida d'oxigen o llum al costat del llit, disposaven de timbre per avisar a control. La majoria de lavabos i dutxes estaven al passadís. Els recursos per prevenir caigudes i nafres per pressió eren limitats.

Els pacients no portaven polseres identificatives i anaven amb la seva roba, els hi col·locaven polsera identificativa escrita a mà si estaven programats per anar a quiròfan o bé eren pacient amb trastorns mentals.

La majoria d'infermeres portaven el cabell sense recollir i no portaven uniforme, portaven pantaló i samarreta blanca. Disposaven de personal per transportar pacients, els canvis de llitera els realitzaven de forma manual, aixecant als pacients a pes.

En relació a la prevenció d'infeccions, el rentat de mans no es realitzava sempre de forma adequada, no utilitzaven guants per realitzar algunes

tècniques tant estèrils com no estèrils, en el cas d'utilitzar-lo en algunes ocasions se'n posaven doble ja que referien que eren de mala qualitat. Algunes infermeres portaven rellotge, polseres, anells i les ungles pintades. Les higiènes les realitzaven diàriament al matí, si el pacient no tenia tovallola utilitzaven llençols per fer la higiene. Les bosses de recol·lecció d'orina estaven en contacte amb el terra.

A la unitat de cirurgia, hi havia pacients aïllats per MRSA (aïllament de contacte) en habitacions dobles. En més d'una ocasió entraven sense protecció a visitar els pacients, la infermera explicava que s'haurien de protegir però referia que no tenien temps i que no tocaven al pacient.

En relació a l'administració de medicació en les unitats de Medicina Interna i Cirurgia, una infermera externa a la unitat preparava la medicació oral per 24 hores en unes caixes amb separadors pel matí, migdia i nit. Cada pacient tenia una caixa i una tarjeta amb el nom i la llista de medicació. La infermera de la unitat a les hores prescrites proporcionava la medicació al pacient, en algunes ocasions comprova els fàrmacs amb les targetes, no es registrava immediatament que la medicació havia estat administrada al pacient, el registre el feien manual majoritàriament a les tardes a control.

La infermera de la unitat preparava la medicació endovenosa a les hores prescrites en una llibreta en la que escrivia a mà el nom dels seus pacients i les hores a les que li tocava la medicació en el seu torn, un cop administrada la medicació l'esborrava de la seva llibreta, no es registrava que la medicació havia estat administrada. Les xeringues utilitzades les dipositava a una batea i al finalitzar anava a control i llençava en un contenidor de cartró especial per material punxant totes les xeringues.

Les drogues estaven guardades en un armari sota clau, els metges tenien 2 còpies de les claus i registraven la sortida de fàrmacs. La supervisora i en algunes ocasions farmàcia realitzava un control.

En la unitat d'Urgències les infermeres registraven l'hora i la medicació que administraven de forma manual en la documentació del pacient.

Els canvis de torn es realitzaven al control de les unitats, la infermera que entrava en el nou torn arribava 10 minuts abans de l'hora d'entrada i amb la infermera que finalitzava el torn destinaven entre 10 i 15 minuts per explicar els fets més rellevants i les incidències que havien tingut de cada pacient durant el torn, no utilitzaven cap document escrit.

Taula 13. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals hongaresos.

	Hospital 1 (n=87)	Hospital 2 (n=64)	Total (n=151)	P
Grau de seguretat del pacient				0,575
Excel·lent/Bo	35 (41,7%)	22 (34,9%)	57 (38,8%)	
Acceptable	46 (54,8%)	37 (58,7%)	83 (56,5%)	
Pobre	3 (3,6%)	4 (6,3%)	7 (4,8%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any				0,609 (*)
Cap incident notificat	48 (55,2%)	36 (56,3%)	84 (60,4%)	
De 1 a 2 incidents	10 (11,5%)	14 (21,9%)	24 (15,9%)	
De 3 a 5 incidents	16 (18,4%)	9 (14,1%)	25 (16,6%)	
De 6 a 10 incidents	3 (3,4%)	3 (4,7%)	6 (4,0%)	
Més de 10 incidents	10 (11,4%)	2(3,2%)	12 (7,9%)	
Hores treballades a la setmana				0,015
Més de 40 hores	54 (62,1%)	27 (42,2%)	81 (53,6%)	
Temps treballat a l'hospital				<0,001
De 1 a 5 anys	24 (27,5%)	39 (61,9%)	63 (42,0%)	
De 6 a 10 anys	9 (10,3%)	5 (7,9%)	14 (9,3%)	
De 11 a 15 anys	11 (12,6%)	5 (7,9%)	16 (10,7%)	
De 16 a 20 anys	17 (19,5%)	5 (7,9%)	22 (14,7%)	
21 o més anys	26 (29,9%)	9 (14,3%)	35 (23,3%)	

(*) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre hospitals

Taula 14. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats hongareses.

	Medicina Interna (n=66)	Cirurgia General (n=53)	Urgències (n=32)	Total (n=151)	P
Grau de seguretat del pacient					0,971
Excel·lent/Bo	27 (40,9%)	19 (37,3%)	11 (36,7%)	57 (38,8%)	
Acceptable	36 (54,5%)	29 (56,9%)	18 (60,0%)	83 (56,5%)	
Pobre	3 (4,5%)	3 (5,9%)	1 (3,3%)	7 (4,8%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any					0,015 (*)
Cap incident notificat	26 (42,4%)	35 (66,0%)	21 (65,6%)	84 (60,4%)	
De 1 a 2 incidents	11 (16,7%)	11 (20,8%)	2 (6,3%)	24 (15,9%)	
De 3 a 5 incidents	16 (24,2%)	2 (3,8 %)	7 (21,9%)	25 (16,6%)	
De 6 a 10 incidents	5 (7,6 %)	1 (1,9 %)	0 (0,0%)	6 (4,0 %)	
Més de 10 incidents	6 (9,1%)	4 (7,6%)	2 (6,2%)	12 (7,9%)	
Hores treballades a la setmana					0,652
Més de 40 hores	33 (50,0%)	31 (58,5%)	17 (53,1%)	81 (53,6%)	
Temps treballat a l'hospital					NV
De 1 a 5 anys	30 (46,1%)	21 (39,7%)	12 (37,5%)	63 (42,0%)	
De 6 a 10 anys	7 (10,8%)	5 (9,4%)	2 (6,3%)	14 (9,3%)	
De 11 a 15 anys	4 (6,2%)	8 (15,1%)	4 (12,5%)	16 (10,7%)	
De 16 a 20 anys	8 (12,3%)	6 (11,3%)	8 (25,0%)	22 (14,7%)	
21 o més anys	16 (24,6%)	13 (24,5%)	6 (18,8%)	35 (23,3%)	

(*) p valor del contrast entre "cap incident" versus "1 o més incidents" entre unitats

NV: no valorable (no es compleixen les condicions de la Khi Quadrat)

3.2 Incidents notificats

La majoria d'infermeres no van notificar cap incident 84 (60.4%). Alguns informants coneixien el programa de seguretat del pacient "NEVES".

«There is a country report about the unexpected events called NEVES. Every hospital has to report it. In the hospital, the quality insurance department get the reports from the units and send it to the NEVES and get some feedback. It is computerized through the intranet. » ENT 6 CIR

De forma general percebien a totes les unitats que no es cometien errors, i que en el cas que succeïssin explicaven que ho comunicaven al metge i al responsable superior i que no ho amagaven.

«I do not mean that everything is perfect in the unit. Sometimes happen small mistakes or small problems. We have selective waste bin collection and sometimes somebody take the waste not to the right place. Sometimes staff do not perform the right alcoholic hand disinfection. » ENT 5 CIR

«It is the same than in other departments, if there is a mistake, the nurse tells the head nurse and they write everything on the computer if there is an unexpected event. » ENT 3 MED

«If a staff member recognise a mistake has to tell immediately to the head nurse and to the doctor. If the dose is not correct they report it. It is impossible to say I will hide it and do not speak about it. » ENT 6 CIR

«If we make a mistake we report it immediately and if there is a fall of the patient as well. » ENT 4 MED

3.3 Anys treballats

La diferència entre hospitals era significativa ($p < 0,001$), a l'hospital 1 tenien infermeres amb diversitat d'antiguitat mentre que a l'hospital 2 la majoria (39 (61,9%)) portaven entre 1 i 5 anys treballats a l'hospital (Taula 13 i 14). La mostra va resultar petita per trobar diferències significatives entre unitats.

3.4 Hores de treball

Aproximadament la meitat d'infermeres treballaven més de 40 hores setmanals 81 (53,6%) observant diferències significatives entre hospitals ($p=0,015$) sent superior a l'hospital 1 (Taula 13 i 14).

3.5 Resultats de les dimensions

3.5.1 Fortaleses

La dimensió 5 “Treball en equip a la unitat” es considera una fortalesa a les unitats de Medicina Interna (77,6 (25,6)). Encara que de forma global cap dimensió podia considerar-se en si mateixa com a fortalesa, la dimensió 5 presentava percentatges elevats en els 2 centres (74,1% (27,7) i 73,8% (30,1) respectivament). No hi havia diferència significativa entre hospital ni entre unitats en aquesta dimensió (Taula 15 i 16).

Taula 15. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre hospitals hongareses.

Dimensions	Hospital 1 (n=87)	Hospital 2 (n=64)	Total (n=151)	p
1	59,9% (40,7)	54,3% (39,4)	57,9% (40,1)	0,451
2	59,8% (32,7)	53% (31,2)	57,6% (32,3)	0,272
3	57,8% (28,0)	55,9% (28,7)	57,1% (28,2)	0,689
4	68,7% (29,4)	59,2% (30,7)	65,6% (30,0)	0,100
5	74,1% (27,7)	73,8% (30,1)	74,0% (28,4)	0,950
6	47,6% (26,0)	38,8% (28,1)	44,6% (27,0)	0,080
7	73,4% (33,4)	55,4% (33,0)	65,8% (34,3)	0,001
8	42,2% (37,2)	24,4% (29,8)	36,3% (35,8)	0,005
9	42,0% (32,3)	37,8% (23,8)	40,6% (29,7)	0,465
10	69,4% (36,1)	47,2% (38,0)	62,2% (38,0)	0,002
11	52,1% (35,4)	48,8% (33,0)	51,0% (34,5)	0,615
12	54,1% (37,0)	45,1% (38,4)	51,2% (37,5)	0,209

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

Els resultats de les entrevistes indicaven que es treballava en equip.

«We have no other possibilities due to the amount of work, we must work together as a team.» ENT 5 CIR

«The friends always work together; because they always understand each other and the head nurse make the schedule and put friends together it is better for the patients and for everybody.» ENT 4 MED

Per mitjà de les observacions es va detectar característiques de treball en equip entre infermeres. La relació amb els metges era cordial però no presentaven trets tan sòlids de treball en equip.

Taula 16. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats hongareses.

Dimensions	Medicina Interna (n=66)	Cirurgia General (n=53)	Urgències (n=32)	P
1	52,5% (38,6)	63,2% (39,6)	59,5% (43,8)	0,396
2	54,1% (35,1)	57,8% (30,1)	63,4% (30,8)	0,479
3	59,0% (28,9)	59,6% (28,5)	49,2% (25,8)	0,204
4	65,3% (31,2)	65,2% (30,3)	66,7% (28,7)	0,977
5	77,6% (25,6)	70,4% (28,3)	74,1% (33)	0,463
6	43,1% (27,7)	41,7% (24,3)	52,4% (29,3)	0,219
7	61,4% (34,5)	67,9% (33)	71,0% (36,3)	0,380
8	38,8% (35,6)	25,7% (30,2)	50,6% (40,7)	0,011(a)
9	43,9% (29,5)	36,2% (21,7)	42,6% (40,9)	0,414
10	60,5% (39,5)	63,3% (36,8)	63,1% (38,9)	0,930
11	57,7% (33,5)	45,7% (33)	48,2% (37,8)	0,213
12	52,6% (38,3)	49,5% (34)	51,8% (43)	0,919

(a) Contrast Post Hoc de Tukey : Diferències entre Urgències-Cirurgia ($p < 0,05$)

Els resultats de positivitat eren en totes les dimensions més elevades a l'hospital 1, amb una diferència significativa entre hospitals en la dimensió 7, "Feed-back i comunicació sobre els errors" ($p = 0,001$) i 10 "Suport de la gerència de l'hospital en relació a la seguretat del pacient" ($p < 0,002$) (Taula 15). Aquesta diferència entre hospitals no s'ha pogut contrastar amb dades qualitatives.

3.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats

Les dimensions 6 “Franquesa en la comunicació”, 8 “Resposta no punitiva als errors” i 9 “Dotació de personal” presentaven resultats de positivitat menors al 50% en els dos hospitals. (44,6 % (27,0), 36,3% (35,8) i 40,6 % (29,7) respectivament). La dimensió 8 presentava una diferència significativa entre hospitals ($p = 0,005$) sent més baixa a l'hospital 2 (Taula 15) i presentant diferències significatives entre les unitats d'Urgències i Cirurgia ($p < 0,05$) (Taula 16).

En algunes accions durant les observacions es detectava una manca de confiança amb els metges, evitant intercanviar opinions sobre les accions que realitzaven, la manca de comunicació comportava certs conflictes.

«La infermera passa visita amb el metge, no intervé. Porta una llibreta amb el número d'habitació i el nom dels pacients i va prenent notes. Sempre espera les ordres mèdiques.» OBS 5 CIR

«La infermera presenta signes de molestia perquè el metge no acudeix a realitzar una petició de coprocultiu.» OBS 5 CIR

Les respostes en les entrevistes indicaven que les respostes als errors eren punitives, els professionals tenien conseqüències directes si realitzaven errors.

«If staff make a professional mistake it has consequences, but I do not know any professional mistake. If the patient problem comes from the staff's mistake and it is proved that the problem was the staff's mistake, it will mean legal consequences. For exemple, they give a warning to the nurse if she makes a mistake. And she has to participate to training. If something happen in the unit they have to speak about it to avoid to happen it again.» ENT 6 CIR

En relació a la dotació de personal, la ràtio a la unitat de Cirurgia i Medicina Interna era aproximadament d'una infermera (graduada o diplomada) per cada 10 pacients, per mitjà de les entrevistes explicaven que en la pràctica totes realitzaven les mateixes tasques i la diferència de salari era molt baixa, no hi havia altres figures que realitzin cures infermeres.

«This is a problem in Hungary because the competences are not separated between bachelor nurses and diploma nurses. In the real life the jobs are the same. You can only get a head nurse position if you have bachelor level.» ENT 5 MED

«The problem is that they have not enough workers, so in the morning sometimes there is only 2 qualified nurses working for 24 beds.» ENT 4 MED

Tots els informants feien referència a que la manca de personal feia augmentar la pressió assistencial. Alguns percebien que aquesta pressió no posava en risc al pacient.

«In the unit there are lot of pressure. The nurses has staff room for breaks, so the pressure do not put at risk the patient. » ENT 3 MED

«The unit is always full, every bed is occupied. It means fysical pressure and psychological pressure for the workers. » ENT 5 CIR

«No. it is impossible. The patient do not feel the staff pressure. No. » ENT 5CIR

Altres informants percebien que aquest pressió influïa en les cures proporcionades.

«Also the time for care one patient is also not enough, they have no enough time to treat, to care the patients. In Hungary every nurse does everything. » ENT 6 CIR

«For example the demands are very high for the staff. Because of it they are tired, weak and sometimes impatient with the patient. » ENT 4 MED

Tot i manifestar pressió assistencial, durant les hores d'observació a les unitats de Cirurgia i Medicina es va observar que en general les infermeres disposaven de temps per realitzar descansos.

«A les 6.45h canvi de torn. De 7h a 7.30h realitza higiene. De 7.35h a 8h fan una ronda de visites amb els metges. A les 8 del matí la infermera s'asseu a una cadira a control i es posa a mirar el mòbil i una revista que no és de l'àmbit sanitari durant 15 minuts. A les 8.15h realitza unes trucades que li demana el metge. A les 8:30h les 3 infermeres fan un descans en la saleta al costat de control fins a les 9h. » OBS 4 MED

En l'hospital 2 també es consideraven debilitats la dimensió 10 "Suport de la gerència de l'hospital en relació a la seguretat del pacient", la 11 "Treball en equip entre unitats/serveis" i la 12 "Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis/unitats", tot i que els percentatges oscil·laven al voltant del 50%. (Taula 15).

Tot i el resultat quantitatiu neutre, per mitjà de les entrevistes consideraven que tenien suport de la gerència.

«There is training for the staff called patient safety, it is a specific part of patient safety. The main topic is lo learn how to restrict patients. » ENT 6 CIR

«For the safety the country and also the hospital do so many things. » ENT 5 CIR

Tot i la resposta positiva de les entrevistes es donava informació contradictòria que evidenciava la manca de promoció de la cultura de la seguretat i en alguns fets no demostraven que prioritzaven la seguretat del pacient principalment per la manca de recursos.

«The problem in the traumatology care unit is that patient can no use the aids, the equipment and for that reason they fell down. The patient are not able to move safely. For example; we have not enough decubitus mattress to prevent ulcers, sometimes it is not possible to turn the patients if patient is politraumatic.» ENT 6 CIR

Tot i el resultat quantitatiu neutre, en les entrevistes es va donar una informació positiva en relació als canvis de torn.

«On the handover they talk about each patient and they document everything. So the communication is good. » ENT 3 MED

Tot i el resultat quantitatiu neutre, les transicions entre serveis les percebien com a bones en les entrevistes.

«If they send a patient to another unit, they have an special document for it. Yes the communication is good. » ENT 4 MED

«If they discharge the patient from the intensive care unit to our unit they have the special nurse in charge that document everything. When was the catheter introduced, has this patient pressure ulcers, which examinations are in progress. On the other unit the workers can read it and can follow. They write everything on the documets minute by minute. » ENT 5 CIR

QUADRE RESUM DELS RESULTATS D'HONGRIA

- La percepció global del grau de seguretat del pacient va ser considerada “Acceptable” per a la majoria de participants.
- Les infermeres de les institucions estudiades van donar una resposta neutral a la majoria de preguntes sent el treball en equip la més ben valorada.
- Les resposta punitiva estava instaurada en les institucions i considerada com a oportunitat de millora.
- Es van obtenir resultats contradictoris segons la font de dades analitzada, indicant una manca de franquesa en les respostes proporcionades per els informants.

4. Resultats a Croàcia

Un total de 110 qüestionaris van ser distribuïts a totes les infermeres de les unitats participants en els dos hospitals i es van retornar completats 60 qüestionaris. La taxa de resposta va ser del 54,5%, hospital 1 n = 28 (46.7%), hospital 2 n = 32 (53.3%). Per unitats, en els dos hospitals, Medicina Interna n = 26 (43.3%), Cirurgia General n = 17 (28.3%) i Urgències n = 17(28.3%).

4.1 Percepció global del grau de seguretat

Per a la majoria de participants, la percepció global del grau de seguretat del pacient conjunta en els dos hospitals va ser “Acceptable” (54,5%). Malgrat que el grau de seguretat Excelent/Bo va ser superior a l’Hospital 2, la mostra va resultar petita per trobar diferències significatives (50% versus 32%; $p=0,178$) (Taula 17). Malgrat que el grau de seguretat Excelent/Bo va ser inferior al servei de Cirurgia General i una mica menys a Medicina Interna respecte al servei d’Urgències, la mostra va resultar petita per trobar diferències significatives (29,4% versus 42,9% versus 52,9%; $p = 0,373$) (Taula 18).

Es van detectar per mitjà de les observacions i entrevistes els recursos que les infermeres disposaven relacionats amb la seguretat en les unitats.

Les unitats de Medicina Interna i Cirurgia disposaven com a recursos físics més destacats un control amb magatzem i armaris amb estoc de medicació. Les unitats no disposaven ordinador excepte les unitat d’Urgències. Disposaven de papereres generals, de cartró i de vidre. En una unitat tenien la llum del passadís apagada per estalviar energia fent que la visibilitat fos possible però limitada. Els registres els realitzaven de forma manual a les històries clíniques.

Les habitacions grans amb finestres sense mesures de seguretat, d’entre 3 i 6 llits manuals o electrònics amb tauletes, no hi havia cortines entre els llits, les habitacions estaven numerades a totes les unitats i els llits no tenien número identificatiu, no tots els llits tenien baranes ni sortida d’oxigen o llum al costat del llit, no totes les unitats disposaven de timbre a les habitacions per avisar. Els lavabos amb dutxa estaven al passadís. Els recursos per prevenir caigudes i nafres per pressió eren limitats.

No disposaven de personal per transportar pacients, la tasca la realitzaven infermeres quan era necessari, en les unitats d’urgències demanaven als familiars que portessin les mostres de fluids (sang, orina...) al laboratori.

Taula 17. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per hospitals Croates.

	Hospital 1 (n=28)	Hospital 2 (n=32)	Total (n=60)	P
Grau de seguretat del pacient				0,178(*)
Excel·lent/Bo	8 (32,0%)	15 (50,0%)	23 (41,8%)	
Acceptable	16 (64,0%)	14 (64,7%)	30 (54,5%)	
Pobre	1 (4,0%)	1 (3,3%)	2 (3,6%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any				0,859(†)
Cap incident notificat	16 (57,1%)	17 (54,8%)	33 (55,9%)	
De 1 a 2 incidents	8 (28,6%)	11 (35,5%)	19 (32,2%)	
De 3 a 5 incidents	4 (14,3%)	2 (6,5%)	6 (10,2%)	
De 6 a 10 incidents	0 (0,0%)	1 (3,2%)	1 (1,7%)	
Hores treballades a la setmana				0,162
Més de 40 hores	23 (82,1%)	30 (93,7%)	53 (88,3%)	
Temps treballat a l'hospital				NV
De 1 a 5 anys	9 (32,1%)	6 (6,5%)	15 (25,5%)	
De 6 a 10 anys	6 (21,4%)	7 (22,6%)	13 (22,0%)	
De 11 a 15 anys	6 (21,4%)	9 (29,0%)	15 (25,4%)	
De 16 a 20 anys	0 (0,0%)	2 (6,5%)	2 (3,4%)	
21 o més anys	7 (25,0%)	7 (22,6%)	14 (23,7%)	

(*) p valor del contrast entre “Excelent/bo” versus “Acceptable/Pobre”

(†) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre hospitals

Taula 18. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals per unitats croates.

	Medicina Interna (n=26)	Cirurgia General (n=17)	Urgències (n=17)	Total (n=60)	p
Grau de seguretat del pacient					0,373 (*)
Excel·lent/Bo	9 (42,9%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	23 (41,8%)	
Acceptable	12 (57,1%)	11 (64,7%)	7 (41,2%)	30 (54,5%)	
Pobre	0 (0,0%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)	2 (3,6%)	
Número d'incidents notificats en l'últim any					0,466 (†)
Cap incident notificat	15 (57,7%)	7 (43,8%)	11 (64,7%)	33 (55,9%)	
De 1 a 2 incidents	8 (30,8%)	7 (43,8%)	4 (23,5%)	19 (32,2%)	
De 3 a 5 incidents	2 (7,7%)	2 (12,5%)	2 (11,8%)	6 (10,2%)	
De 6 a 10 incidents	1 (3,8%)	(0,0%)	(0,0%)	1 (1,7%)	
Hores treballades a la setmana					0,565
Més de 40 hores	23 (88,4%)	16 (94,1%)	14 (82,4%)	53 (88,3%)	
Temps treballat a l'hospital					NV
De 1 a 5 anys	8 (30,8%)	4 (25,0%)	3 (17,7%)	15 (25,5%)	
De 6 a 10 anys	3 (11,5%)	2 (12,5%)	8 (47,1%)	13 (22,0%)	
De 11 a 15 anys	6 (23,1%)	4 (25,0%)	5 (29,4%)	15 (25,4%)	
De 16 a 20 anys	0 (0,0%)	2 (12,5%)	0 (0,0%)	2 (3,4%)	
21 o més anys	9 (34,6%)	4 (25,0%)	1 (5,9%)	14 (23,7%)	

(*) p valor del contrast entre “Excelent/bo” versus “Acceptable/Pobre”

(†) p valor del contrast entre “cap incident” versus “1 o més incidents” entre unitats

En relació a la prevenció d'infeccions, el rentat de mans no es realitzava sempre de forma adequada, no utilitzaven guants per realitzar algunes accions tant estèrils com no estèrils. Les infermeres portaven uniforme (blau fosc per les infermeres graduades i blau clar per les diplomades), no sempre portaven el cabell recollit. Algunes portaven rellotge i les ungles pintades.

Els pacients portaven polseres identificatives i anaven amb la seva roba, si no disposaven de roba neta no els canviaven. Les higiènes les realitzaven diàriament al matí, utilitzaven llençols per netejar i assecar al pacient, no disposaven de tovalloles. Les bosses de recol·lecció d'orina estaven en contacte amb el terra. Realitzaven canvis posturals als pacients dependents i canviaven els bolquers quan estaven bruts de femta.

En relació a l'administració de medicació la infermera de la unitat preparava la medicació oral i endovenosa a les hores prescrites en una llibreta en la que escrivia a mà el número d'habitació i el nom dels seus pacients i les hores a les que li tocava la medicació en el seu torn, un cop administrada la medicació encerclava les hores en la seva llibreta. Posteriorment ho registrava a la documentació clínica de cada pacient.

4.2 Incidents notificats

La majoria d'infermeres no van notificar cap incident 33 (55.9%), no s'han observat diferències significatives entre hospitals o unitats (Taula 17 i 18). De forma general per mitjà de les entrevistes indicaven que no es cometien errors, i que en el cas que succeís ho comunicaven al metge i al responsable superior i no ho amagaven.

«No, there is enough staff, they do not need to hurry, so they always double check and almost never mistakes happen. System and protocols work well. They have a lot of patients but they manage to work with them. Mistakes here aren't, they can not happen, mistakes are very rare. The main doctor and nurse manager know everything! » ENT 1 URG

«Is is very rare. Because they write what has to be done tomorrow in the morning. Every nurses knows everything about the patient. » ENT 3 MED

Un informant reconeixia que no sempre es notificaven els errors però que s'haurien de notificar i informar als estaments superiors.

«We must tell the head nurse. Because we must write a report. Depend about the person. The patient of the family can go to the management and complain. » ENT 2 URG

4.3 Anys treballats

La majoria d'infermeres portaven més de 10 anys treballant a l'hospital 31 (52,5%) la mostra va resultar petita per trobar diferències significatives entre hospitals i unitats (Taula 17 i 18).

4.4 Hores de treball

La majoria d'infermeres treballaven més de 40 hores setmanals 53 (88,3%) no observant diferències significatives entre hospitals ($p=0,162$) ni entre unitats ($p=0,565$) (Taula 17 i 18).

4.5 Resultats de les dimensions

4.5.1 Fortaleses

La dimensió 4 “Aprentatge de l'organització” que mesura la percepció de proactivitat en relació a la seguretat del pacient va ser la dimensió amb el percentatge més elevat (61,3% (32,3)). La dimensió 2 “Percepció de seguretat”, la 3 “Expectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei per promoure la seguretat”, la 5 “Treball en equip” i la 12 “Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis/unitats” presentaven percentatges superiors al 50%.

La dimensió 5 presentava un percentatge elevat a l'hospital 1 (69,4% (34,9)) amb una diferència significativa respecte el percentatge de l'hospital 2 (44,5% (32,8)) ($p = 0,007$) (Taula 19). Per mitjà de les dades qualitatives no es va demostrar aquesta diferència. En els dos hospitals es van detectar característiques de treball en equip entre infermeres.

«The nurses help each other to do the iv catheterization. » OBS 1 URG

La relació amb els metges era cordial en totes les unitats, en les unitats d'Urgències es va observar que es treballava de manera més conjunta, el percentatge de positivitat era més elevat que en altres unitats. Una entrevistada evidenciava de la relació subordinada que predominava entre metges i infermeres.

«Our nurses depend to doctors, we are like servant of doctors, we do not have the idea that we can be a profession. And to work with patient and what are our competences, we have to professionalize nurses. » ENT 2 URG

Taula 19. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre hospitals croates.

Dimensions	Hospital 1 (n=28)	Hospital 2 (n=32)	Total (n=60)	p
1	44,0% (40,5)	50,0% (44,0)	47,2% (42,1)	0,609
2	50,9% (29,0)	58,6% (29,3)	54,9% (29,2)	0,328
3	56,0% (34,8)	60,5% (38,6)	58,5% (36,7)	0,654
4	68,0% (28,0)	55,9% (34,8)	61,3% (32,3)	0,166
5	69,4% (34,9)	44,5% (32,8)	55,9% (35,8)	0,007
6	45,8% (30,8)	43,7% (29,7)	44,7% (29,9)	0,797
7	50,7% (40,0)	39,1% (30,9)	44,2% (35,4)	0,257
8	19,2% (28,6)	30,0% (32,0)	25,0% (30,6)	0,192
9	25,9% (23,5)	38,3% (19,4)	32,5% (22,1)	0,033
10	26,4% (32,6)	18,9% (25,8)	22,2% (29,0)	0,349
11	45,0% (36,8)	25,8% (30,4)	34,5% (34,5)	0,039
12	63,0% (36,9)	57,8% (33,5)	60,2% (34,9)	0,587

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

4.5.2 Oportunitats de millora/ Debilitats

Set dimensions es van considerar dèbils amb percentatges menors als 50%. (Dimensió 1, 6, 7, 8, 9, 10 i 11). No es van detectar diferències significatives entre unitats en cap dimensió (Taula 20).

La franquesa en la comunicació mesura el grau d'obertura per parlar lliurement i si es dubta en qüestionar a aquells qui tenen una major autoritat. En les respostes de les entrevistes la majoria creia que es podia qüestionar.

«We have meetings for the staff every ones in a month, we can speak freely what we like what we do not like.» ENT I URG

Taula 20. Percentatge de respostes positives, desviació estàndard i significació estadística per dimensions entre unitats croates.

Dimensions	Medicina Interna (n=26)	Cirurgia General (n=17)	Urgències (n=17)	p
1	58,3% (41,7)	47,9% (40,3)	33,3% (42,5)	0,199
2	61,5% (27,6)	43,8% (29,6)	56,3% (29,6)	0,167
3	67,7% (32,5)	45,0% (44,5)	57,4% (32,8)	0,170
4	66,7% (30,4)	57,1% (30,5)	56,9% (36,8)	0,545
5	57% (32,7)	45,6% (40,7)	64,7% (34,3)	0,296
6	50,8% (30,9)	41,7% (28,5)	39,6% (30,4)	0,480
7	47,6% (38,8)	35,6% (36,7)	47,9% (29,7)	0,540
8	26,7% (28,9)	20,0% (35,2)	27,1% (30,4)	0,767
9	35,4% (22,0)	32,8% (23,7)	27,9% (21,4)	0,574
10	25,4% (34,8)	27,5% (24,3)	12,5% (24,0)	0,276
11	47,6% (31,5)	27,9% (40,4)	25,0% (28,0)	0,083
12	66,7% (32)	62,5% (34,2)	50,0% (38,5)	0,331

Negreta: Fortaleses // Cursiva: Debilitats

Dos informants de les unitats de cirurgia i d'Urgències manifestaven una realitat diferent, sentint por a parlar lliurement, aquest comportament el relacionaven amb aspectes culturals i els hi provocava patiment.

«Our population do not say the truth, it is our mentality, our culture, better to say a lie, to have better and nice relationship with others, better to lie that say the truth and cover yourself. You do not have to know everything but I will tell them everithing about you but you do not have to know that, it is our thinking. I hate it, really hate it. We have to be crazy to do this job, if you are a good person here, you will suffer. » ENT 6 CIR

«I have not been here for a long time , I can see and must be quiet. I can not identify mistakes. Sometimes we do not tell her everything, and that is our problem, we probably have to say everything, what it is going on in this unit, but sometimes we do not really do. » ENT 2 URG

Les dades qualitatives indicaven que els supervisors tenien un rol autoritari i es preocupaven per la seguretat quan esdevenien fets, un informant va manifestar que en ocasions podien faltar al respecte.

«The head nurse gives a list with the task to do to the nurse. (Blood test, ECG, remove NGT) » OBS 4 MED

«The commuication sometimes is not good. Sometimes can be good, but sometimes...I do not have words, it is difficult. Ward syster will tell everything to young sister and sometimes not so great words, sometimes is rude, do not use good manners. » ENT 6 CIR

Els resultats qualitatus indicaven que no s'informava al personal dels errors ni es discutia.

«Yes. Maybe mistakes happen and other nurses do not tell you. We had one nurse, we use diclofenac IM only, this collegue gave it IV, nurse in charge reported it, but I do not know what happened later. » ENT 2 URG

«We do not have any control when we report mistakes, and any group of people, we do not have any information about situation like that. We just tell our head nurse. » ENT 2 URG

Per mitjà de les entrevistes es va detectar que la resposta al errors era punitiva.

«My opinion is that the medication mistake was the mistake of the nurse not of the system because I always check, I have worked for 24 years and I always check drug name and route and how to give. I know that it is the same medication I have given 10 times a day, but I always check it. » ENT 2 URG

«Kind of shame. Because it is not so good to hear, the supervisor can say, oooo, she is not good, because in the previous unit were she worked she made a mistake and this mistake follow you to all this hospital. I, for exemple, if I do not give a pill, everybody will know. If you make a mistake you are not good for the rest of your live. » ENT 6 CIR

En relació a la dotació de personal, la ràtio a la unitat de Cirurgia i Medicina Interna era aproximadament d'una infermera (graduada o diplomada) per cada 10-15 pacients, no hi havia altres figures que realitzin tasques d'infermeria. La manca d'infermeres graduades fa que les diplomades realitzin tasques per a les que no estan autoritzades tot i que està acceptat per l'hospital.

«The bachelor nurse organize the shift, therapy medication, iv therapy. They do all the procedures catheterization (only females), nasogastric tubes. There is not enough bachelor nurses, the other nurses also need to do. » ENT 3 CIR

La majoria d'infermeres indicaven que no tenien suficient personal i que afectava a les cures proporcionades.

«We do not have enough nurses, it is the big problem, the hospital do not have money to employ more nurses. » ENT 2 URG

«I was working with 30 patients in the surgical unit, we can not provide good care because we do not have enough time. » ENT 2 URG

A la unitat d'Urgències de l'hospital 1, una infermera considera que hi havia suficient personal.

«No, there is enough staff, they do not need to hurry, so they always double check and almost never mistakes happened. » ENT 1 URG

La majoria d'informants feien referència a que aquesta manca de personal feia augmentar la pressió assistencial i que el personal sentia síndrome d'esgotament professional.

«For me, I often work as a triage nurse, we do 12 our shift, when we do it 3 or 5 times a week it is too heavy I feel pressure, because you must communicate with patient, with family, other staff, answer the telefon. And I think that it is difficult and some nurses get burnout. » ENT 2 URG

«Maybe before summer vacation wotking the hole year without a free day, she is bourn out sometimes. » ENT 3 MED

Algunes infermeres percebien que aquesta pressió podia influir en la comunicació.

«We have problems of communication when it is very busy in the ward, when we have lots of patients, and we are so nervous, can be a problem, sometimes, but I do not see other problem. » ENT 2 URG

Una infermera tot i reconèixer que els pacients podien sentir la pressió, creia que no afectava a la seguretat, i no es realitzaven errors.

«Maybe in the way when they are stress out, the patient see that and feel it but it can not happen any mistakes, sending the paitent to the wrong procedure or wrong medication, maybe thay can feel it on psychological way. » ENT 3 MED

Tot i la pressió assistencial verbalitzada per la majoria de professionals, per mitjà de les observacions no sempre es va detectar. Una infermera d'Urgències de l'hospital 2 verbalitzava que en ocasions el comportament del personal no era adequat.

«That is our reality, staff complain a lot about short of staff, I think we must change our behaviour, because it is not always right that units are short of staff. » ENT 2 URG

«Our nurses do not have enough conversation with the patients, they do what must and goes. We see here the same thing. We probably forget talking to the patients. When I work I think about how will feel the patient. Elderly people do not talk and I think that half therapy is to talk to the patient. » ENT 2 URG

Només una infermera va reconèixer obertament que identificava errors en el sistema.

«Yes, sometimes we forget to tell things to the doctor. Sometimes we have patient with the same name, there happened in the past to take the wrong patient to Xray. » ENT 2 URG

QUADRE RESUM DELS RESULTATS DE CROÀCIA

- La percepció global del grau de seguretat del pacient va ser considerada “Acceptable” per a la majoria de participants.
- El rol autoritari i la resposta punitiva estava instaurada en les institucions, presentant resultats contradictoris segons els informants i la font de dades analitzada.
- Alguns informants indicaven obertament de la possible manca de franquesa en les respostes proporcionades per els informants per la por a expressar-se obertament.

Es van trobar diferències significatives en els resultats de positivitat entre països en totes les dimensions de cultura de seguretat excepte en la dimensió 3,6 i 12 (Taula 21). Cal esmentar que Suècia no s'inclou en el càlcul de la significació estadística ja que la base de dades de la ACALR no disposava de la desviació estàndard dels resultats de positivitat de les dimensions. L'última columna de la taula indica si s'ha trobat diferències significatives i en el cas que en presentin s'indica entre quins països s'han trobat diferències.

Taula 21. Percentatge de positivitat de cada dimensió comparat entre països.

	Suècia n=218	Espanya n=109	Hongria n=151	Croàcia n=60	Total n=538	p (*)	
D 1	38,1%	43,4% (41,0)	57,9% (40,1)	47,2% (42,1)	50,6% (41,2)	0,020	E<H
D2	49,2%	28,7% (26,5)	57,6% (32,3)	54,9% (29,2)	46,2% (32,5)	0,000	E<H; E<C
D3	62,4%	48,4% (33,6)	57,1% (28,2)	58,5% (36,7)	54,3% (32,0)	0,056	---
D4	49,1%	42,5% (33,9)	65,6% (30,0)	61,3% (32,3)	56,1% (33,6)	0,000	E<H; E<C
D 5	82,7%	67,4% (34,3)	74,0% (28,4)	55,9% (35,8)	67,9% (32,8)	0,002	C<H
D 6	61,8%	47,7% (34,4)	44,6% (27,0)	44,7% (29,9)	45,8% (30,4)	0,708	---
D 7	51,1%	29,4% (29,6)	65,8% (34,3)	44,2% (35,4)	49,2% (36,8)	0,000	E<H; E<C; C<H
D 8	62,9%	37,9% (30,9)	36,3% (35,8)	25,0% (30,6)	34,7% (33,3)	0,048	C<Ñ
D 9	37,4%	14,2% (15,7)	40,6% (29,7)	32,5% (22,1)	29,1% (26,6)	0,000	E<H; Ñ<C
D10	32,1%	18,0% (28,5)	62,2% (38,0)	22,2% (29,0)	38,1% (39,2)	0,000	H>C; H>E
D11	47,9%	46,8% (33,9)	51,0% (34,5)	34,5% (34,5)	46,3% (34,7)	0,013	C<H
D 12	53,5%	56,7% (30,6)	51,2% (37,5)	60,2% (34,9)	54,9% (34,6)	0,225	---

S: Suècia; H:Hongria; C:Croàcia; E: Espanya

(*) Suècia no s'inclou en el càlcul de la significació estadística

La taula 22 indica que hi ha diferències significatives entre països en les variables percepció global de seguretat, incidents notificats, anys de treball i hores de treball.

Taula 22. Grau de seguretat, notificació d'incidents i altres dades laborals entre països.

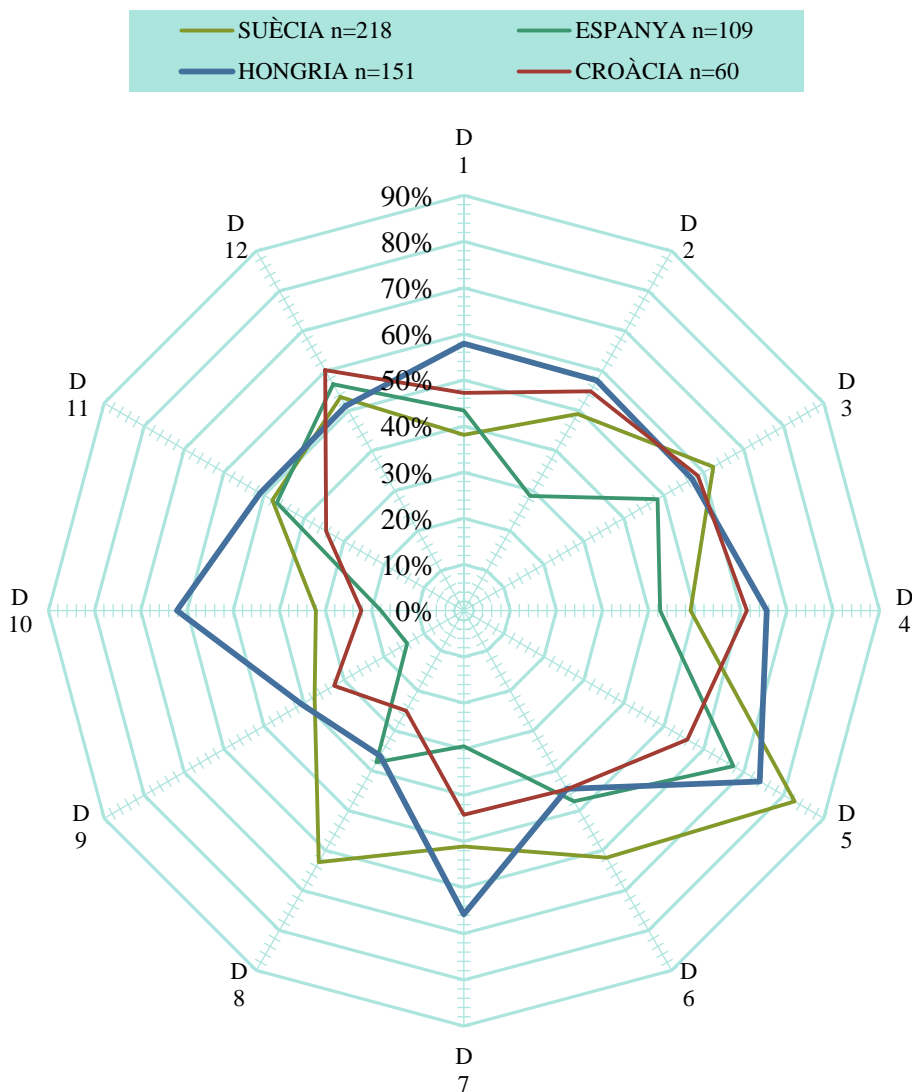
	Suècia n= 218	Espanya n=109	Hongria n=151	Croàcia n=60	Total n=538	P
Grau de seguretat del pacient						
Excel·lent/Bo	≥109 (≥50%)	22 (20,4%)	57 (38,8%)	23 (41,8%)	102 (32,9%)	<0,001 (*)
Acceptable	-	67 (62,0%)	83 (56,5%)	30 (54,5%)	180 (58,1%)	
Pobre	-	19 (17,6%)	7 (4,8%)	2 (3,6%)	28 (9,0%)	
Número d'incidents notificats en els últims 12 mesos						<0,001
Cap incident notificat	77 (35,3%)	79 (72,5%)	84 (60,4%)	33 (55,9%)	273 (50,7%)	
1 o més incidents notificats	141 (64,7%)	30 (27,5%)	55 (39,6%)	26 (44,1%)	252 (46,8%)	
Hores treballades a la setmana						<0,001
Menys de 40 hores	137 (62,8%)	82 (75,2%)	70 (46,4%)	7 (11,7%)	296 (55,0%)	
Més de 40 hores	81 (37,2%)	27 (24,8%)	81 (53,6%)	53 (88,3%)	242 (44,9%)	
Temps treballat a l'hospital						<0,001
Entre 1 i 5 anys	39 (17,9%)	18 (16,5%)	63 (42,0%)	15 (25,4%)	135 (25,1%)	
Més de 5 anys	179 (82,1%)	91 (83,5%)	87 (58,0%)	44 (74,6%)	401 (74,5%)	

(*) Suècia no s'inclou en el càlcul de la significació estadística

La figura 4 representa en un gràfic els resultats de les 12 dimensions per països. La forma del gràfic per a cada país és diferent demostrant que unes dimensions es perceben per les infermeres de cada país més positives que d'altres, sense presentar tendències comuns entre països.

Figura 4. Resultats de les 12 dimensions de cultura de seguretat per països.

Resultat global del percentatge de positivitat de les 12 dimensions de cultura de seguretat per països



V. DISCUSSIÓ

En aquest apartat es pretén aprofundir en l'objectiu de la tesi comparant la cultura de seguretat del pacient en l'àmbit hospitalari des de la perspectiva infermera entre quatre països de la Unió Europea; Suècia, Espanya, Hongria i Croàcia. Aquest apartat inicia amb la discussió sobre els resultats de la percepció global de seguretat i les condicions laborals de cadascun dels quatre països. A continuació es segueix un debat sobre les troballes en relació a les dimensions de cultura de seguretat proposades per la AHRQ. L'apartat continua amb la discussió dels resultats a partir del model de maduresa cultural de Patankar descrit en el marc teòric (Patanekar & Sabin, 2010). A continuació, s'indiquen les limitacions de l'estudi.

1. Percepció global de seguretat

La percepció global de seguretat com a variable categòrica presenta diferències entre països. Per a la majoria d'infermeres sueques es va considerar “bona o excel·lent”, resultat superior a la resta de països de l'estudi, sent el país estudiat que destinava més recursos en sanitat.

L'estudi de Nordin et al. (2013) que inclou 569 metges i infermeres sueques, qualifica la seguretat del pacient com a “bona” pel 53% dels participants. L'estudi de Danielsson et al. (2017) que inclou els resultats d'una mostra de 12.128 infermeres d'hospitals de tot el país, també indica que la percepció era “bona” per a la majoria de participants. Les dades quantitatives de la tesi s'han extret de la mateixa base de dades que el darrer estudi esmentat.

La percepció global de seguretat es va considerar “acceptable” per a la majoria de participants d'Espanya, Hongria i Croàcia. Els resultats qualitius demostren diferències que indiquen que les infermeres de cada país tenen una concepció diferent del que és “acceptable”. A Espanya la despesa en sanitat és superior que a Hongria i Croàcia i per mitjà d'aquest estudi es va demostrar que en general les unitats d'Espanya eren més segures, aquest fet hauria d'influenciar positivament en la percepció global de seguretat, en canvi, el percentatge de respostes que qualificaven la percepció global “bona o excel·lent” va ser superior a Hongria i Croàcia que a Espanya. Conèixer el grau de maduresa cultural de seguretat predominant en les institucions ens permet comprendre aquest resultat (veure apartat 5 de la discussió).

L'estudi realitzat a Espanya pel Ministeri de Sanitat (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009) que inclou 6.257 professionals (infermeres, metges, TCAIs, entre d'altres) indica que per a la majoria, la percepció global és "bona". Estudis previs indiquen que la seguretat del pacient sovint es qualifica de manera menys favorable pel col·lectiu infermer que està en contacte més directe amb els pacients que en d'altres col·lectius (Henriksen, Battles, & Keyes, 2008; Sklebar et al., 2016). Donat que l'estudi d'aquesta tesi es va realitzar amb personal infermer, es podia esperar que la percepció global de seguretat sigués lleugerament inferior, que ha estat per a la majoria "acceptable".

Hongria i Croàcia presentaven moltes similituds, tot i que la despesa en sanitat és superior a Hongria que a Croàcia, la diferència entre països a nivell de recursos i accions destinades a la seguretat no es va fer evident en els resultats de la tesi.

Els resultats de les dades recollides de personal sanitari de 6 hospitals d'Hongria (n = 371) i l'estudi de Brborović et al. (2014) que inclou resultats de 561 metges i infermeres croates, coincideix amb el resultat de les infermeres de les unitats estudiades en aquesta tesi, que majoritàriament consideren la percepció de seguretat "acceptable".

Antiguitat i hores de treball setmanals.

Tant en els hospitals suecs com en els espanyols una minoria d'infermeres superaven les 40 hores de treball setmanals, en canvi, en els hospitals hongaresos i croates la majoria treballava més de 40 hores a la setmana. La sobrecàrrega d'hores de treball setmanal té conseqüències directes en les infermeres, que han estat estudiades i són unànimes en diversos contextos. Les principals són l'augment del cansament, la disminució de la capacitat de concentració i productivitat (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Mijakoski et al., 2015), i en conseqüència aquests factors fan augmentar el risc d'incident, conseqüències negatives per preservar la seguretat del pacient.

En els hospitals espanyols aproximadament el 70% de les infermeres portaven més de 11 anys treballats, en canvi, a Suècia, el perfil de temps treballat de la majoria d'infermeres era menor perquè moltes emigraven o deixaven la professió. A Hongria tenien un perfil d'infermeres amb diversitat d'antiguitats i a Croàcia la meitat portava més de 10 anys treballant. Estudis previs presenten resultats contradictoris en l'efecte en la seguretat del

pacient respecte l'experiència laboral en la mateixa organització, alguns estudis indiquen que a major temps, la persona és més crítica i dona respostes més negatives i en altres contextos la tendència és inversa. (Orkaizagirre-Gómara, 2016). Si les persones no tenen una motivació, els anys d'experiència poden tenir un efecte negatiu fent que els professionals presentin síndrome d'esgotament professional o "burnout". L'estudi de Halbesleben et al. (2008) examinava la relació entre la síndrome d'esgotament professional i indicadors de seguretat del pacient incloent la percepció de seguretat. L'estudi indicava una associació entre la síndrome d'esgotament professional amb una menor percepció de seguretat, aquest resultat no discrepa dels resultats d'aquesta tesi en tots els països.

2. La cultura de seguretat

A continuació s'exposa la discussió de cadascuna de les 12 dimensions de cultura de seguretat a partir de les dades dels resultats dels 4 països participants, en l'últim punt d'aquest apartat es discuteix la cultura de seguretat entre les unitats que s'inclouen en la tesi.

Freqüència d'esdeveniments notificats

La notificació d'esdeveniments adversos és el primer pas per detectar mancances i aplicar millores en les organitzacions sanitàries. La notificació d'incidents com a variable d'estudi presenta diferències entre països. A Suècia, la notificació d'incidents va ser significativament superior que en els altres països, aquest resultat indica que les infermeres són conscients de la importància de notificar incidents per a la seguretat del pacient i evidencia que hi ha incidents que no es notifiquen en els altres països que treballen en un entorn menys segur i per tant, on hi augmenta la possibilitat d'incidents.

L'escala quantitativa HSOPSC valora la percepció de la freqüència de notificacions d'esdeveniments o errors (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018). El resultat de percentatge de positivitat entre països ha estat paradoxalment contrari als resultats del nombre d'esdeveniments adversos notificats en l'últim any, ja siguin incidents que han arribat a produir dany al pacient o no.

Suècia indicava que la percepció del nombre d'esdeveniments notificats era baixa, indicant que hi havia esdeveniments que no es notificaven, tot i així, és el país que notifica més incidents. A Suècia, estudis previs presenten resultats lleugerament més elevats en aquesta dimensió (Danielsson et al.,

2017; Nordin et al., 2013). Un estudi qualitatiu suec indica que les infermeres per norma, notifiquen els errors quan es produeixen, tot i així, reconeixen que la notificació és inconsistent, en segons quines àrees es notifiquen amb més freqüència (Danielsson et al., 2014).

Tal con indica la teoria de Reason, s'han d'establir barreres per a detectar els errors perquè aquests no arribin a provocar dany al pacient, en països que presenten menys recursos i que implementen menys barreres per evitar que els errors es produeixin, la probabilitat de que un esdeveniment advers es produeixi augmenta, els resultats quantitius indiquen que es notifiquen els errors, en canvi, el nombre d'esdeveniments notificats tant si ha produït dany com si no és baix. Aquest resultat és important perquè evidencia l'existència d'esdeveniments que no es notifiquen. Altres estudis realitzats a Croàcia també indiquen aquest fenomen (Brborović et al., 2014; Halbesleben et al., 2008) i ho relacionen amb la resposta punitiva i amb la pressió i disconfort generat a l'haver de respondre a aquesta dimensió, resultant en un possible biaix.

La manca de comunicació oberta en la notificació d'esdeveniments adversos evitables a causa de la por al càstig i la culpabilització introduït per Anglès (Anglès et al., 2013) dona sentit al baix nombre d'incidències comunicades pels participants als hospitals d'Espanya, Hongria i Croàcia reconeixent, en el cas d'Espanya, que hi ha esdeveniments que no s'informen.

L'estudi de Halbesleben et al. (2008) examina la relació entre la síndrome d'esgotament professional i indicadors de seguretat del pacient com el comportament respecte la notificació d'esdeveniments. L'estudi indicava que no hi havia una associació entre la síndrome d'esgotament professional i la notificació d'esdeveniments, però es va associar negativament amb l'informe d'errors que no van comportar esdeveniments adversos. Aquest resultat s'ha pogut contrastar parcialment en aquesta tesi, ja que Suècia ha estat el país que n'ha reportat més però no presenta menys indicis de síndrome d'esgotament professional que en altres països, la segons relació no s'ha pogut contrastar ja que no s'han recollit dades sobre el tipus d'esdeveniment notificat.

Percepció de seguretat

Aquesta dimensió mesura l'opinió sobre si els procediments i sistemes són bons per la prevenció d'errors i en general si les infermeres treballen compromeses amb la seguretat del pacient (Agency for Healthcare Research

and Quality, 2018). Dos dels ítems es refereixen a causes concretes com són el ritme de treball i els procediments existents en el sistema per evitar errors en l'assistència. Els altres dos fan referència pròpiament a la percepció de seguretat dels pacients. En cap país aquesta dimensió es va considerar una fortlesa.

A Suècia tot i tenir més recursos i una cultura de seguretat més positiva que en altres països i una percepció global de seguretat més elevada, les infermeres no consideraven aquesta dimensió com una fortlesa, possiblement perquè consideraven que el nombre de professionals és insuficient i en ocasions havien d'augmentar el ritme de treball perdint un efecte negatiu en la seguretat del pacient. En un estudi qualitatiu suec les infermeres indiquen que perceben que una gran càrrega de treball influeix negativament en la cultura de seguretat dels pacients (Danielsson et al., 2014).

En les unitats espanyoles el ritme de treball va ser el més elevat entre tots els països visitats, en aquestes circumstàncies, certs comportaments de risc es poden convertir en normes com s'indica a l'estudi de Rocco i Garrido, (2017), tot i així, aquest resultat negatiu indica que moltes infermeres consideraven que no es produïen més errors per casualitat i que hi havia problemes amb la seguretat del pacient en general, per tant, és un indicador de què són conscients que la cultura de seguretat pot millorar.

En les unitats hongareses i croates el resultat d'aquesta dimensió va ser bastant similar, les dades qualitatives indicaven que les unitats i accions de les infermeres eren més insegures que a Espanya o Suècia, tot i així, el resultat va ser neutre i superior que als altres dos països. Aquest és un indicador d'immaduresa cultural (veure apartat 5 de la discussió). L'estudi croata de Sklebar et al. (2016) indicava que un estat amb una democràcia subdesenvolupada com pot ser el d'Hongria o Croàcia és un dels principals obstacles per establir i mantenir un sistema integral de seguretat del pacient als hospitals (Sklebar et al., 2016).

Espectatives i accions de la direcció/supervisió de la unitat/servei que afavoreixen la seguretat

Aquesta dimensió mesura la percepció que tenen els professionals respecte als comandaments i caps de servei, en relació a si tenen en compte els seus suggeriments per millorar la seguretat del pacient, si els feliciten o elogien

quan segueixen els procediments de seguretat o si ho passen per alt (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Estudis previs indiquen que el suport dels líders és un dels factors més importants per a una cultura de seguretat positiva (Danielsson et al., 2014; Nieva & Sorra, 2003). Un estudi qualitatiu suec indica que quan els comandaments superiors es desvien de la norma, s'interpreta de forma negativa, podent debilitar la cultura de seguretat entre el personal (Danielsson et al., 2014).

Els resultats indiquen que no es van trobar diferències significatives entre països en aquesta dimensió. El resultat amb el percentatge més elevat va ser Suècia. Els resultats de la mostra dels estudis suecs de Danielsson et al. (2017) i de Nordin et al. (2013) indiquen que aquesta dimensió presenta resultats més positius que la dimensió 10 que valora el suport de la gerència de l'hospital, d'aquesta forma, veiem que es percep un major compromís per la cultura de seguretat en l'entorn més proper del treballador, aquest mateix resultat el trobem en les dades de tots els països d'aquesta tesi.

A Espanya els resultats quantitius van ser similars a estudis previs presentant resultats neutres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Mir-Abellán, Falcó-Pegueroles, & Puente-Martorell, 2016). Les dades espanyoles presentaven discrepàncies entre alguns informants que indicaven que no es sentien escoltats pels seus supervisors, aquest resultat no s'ha pogut contrastar amb estudis previs.

Un estudi realitzat a Hongria que estudia els factors que motiven a infermeres hongareses a emigrar, indica que aquest col·lectiu percep una gran manca de motivació professional per part dels seus supervisors. (Nagórska et al., 2017). No s'han trobat altres referències que indiquin com és la relació entre infermers i supervisors hongaresos, però aquest resultat no discrepa de les troballes qualitatives recollides en aquesta tesi.

A Croàcia alguns informants indicaven que s'establí un model autoritari que també es va detectar per mitjà de les observacions i que indica l'estudi de Sklebar et al. (2016) evidenciant que sovint la relació és autoritària, patriarcal i jeràrquica. Al mateix temps no és desitjable i es considera perillós qüestionar les decisions i actituds dels superiors. Aquest estudi indica que aquesta mentalitat és persistent del sistema social heretat que

encara s'esta desvinculant de les condicions de vida i de treball dels professionals croates.

Aprenentatge de l'organització

Aquesta dimensió reflecteix la capacitat que té l'organització d'aprendre dels errors i de millora contínua (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018). Aquestes propietats són primordials en una cultura caracteritzada per la seguretat (Wiegmann, Zhang, Thaden, Sharma, & Gibbons, 2004). Les organitzacions sanitàries han de desenvolupar aquesta capacitat per garantir la seguretat del pacient.

Les dades quantitatives espanyoles i sueques no arribaven al 50% de respostes positives en aquesta dimensió i estudis previs valoren aquesta dimensió més positiva, tot i no considerar-se una fortalesa (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Nordin et al., 2013; Orkaizagirre-Gómara, 2016).

Estudis suecs assenyalen que quan la capacitat d'una organització i del personal d'aprendre dels errors per millorar és poc desenvolupada, es produeixen errors i es crea un model de resolució de problemes que no funciona, donant lloc a menys aprenentatge organitzatiu i menys millores del sistema (Elder, Brungs, Nagy, Kudel, & Render, 2008; Nordin et al., 2013).

Estudis previs realitzats a Espanya indiquen que es realitzen mesures preventives i es prenen mesures un cop succeït l'error, però que després no es percep que s'avaluin (Ferrús-Estopà, 2013; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Orkaizagirre-Gómara, 2016), resultat que coincideix amb les dades qualitatives espanyoles d'aquesta tesi.

L'estudi de Brborović et al. (2014) a Croàcia assenjala aquesta dimensió com a oportunitat de millora, en canvi, en aquesta tesi Hongria i Croàcia presentaven un resultat al voltant del 60% de percentatge de positivitat, més elevat que a Espanya i Suècia, resultat paradoxal, ja que de forma general s'evidencia que en el cas de Suècia les organitzacions tenen més capacitat d'aprendre d'errors i millorar que en els altres països. Aquest resultat quantitatiu contradictori pot estar relacionat amb el nivell de maduresa cultural de seguretat dels professionals (veure apartat 5 de la discussió).

En la interpretació a la pregunta d'aquesta dimensió en relació a si es duen a terme les mesures apropiades per evitar que tornin a succeir els errors, si la persona que respon considera que la resposta punitiva és apropiada, la

resposta no serà un indicador d'aprenentatge de l'organització positiu. Possiblement en les organitzacions hongareses i croates ha influït aquest factor.

Treball en equip a la unitat/servei

El treball en equip és fonamental per la cultura de seguretat i el bon funcionament és clau pel seu desenvolupament, l'escala quantitativa HSOPSC valora el treball en equip en termes de suport mutu, tracte amb respecte i treball conjunt (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018). Estudis previs demostren que la confiança és essencial pel rendiment en equip (Danielsson et al., 2014; Erdem, Ozen, & Atsan, 2003).

El treball en equip va tenir el percentatge de positivitat més elevat en tots els països excepte Croàcia. Aquest resultat és coincident amb els resultats d'estudis espanyols (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Mir-Abellán et al., 2016), els resultats d'estudis suecs (Danielsson et al., 2017; Nordin et al., 2013) i amb els resultats de la validació hongaresa de la HSOPSC. Tot i presentar el millor resultat a cada país, presentaven diferències entre països. A Suècia es va considerar una fortalesa, a Espanya tot i presentar resultats positius es va manifestar l'existència d'algunes dificultats entre infermeres i metges. A Hongria els resultats quantitatius van ser més elevats que els espanyols, tot i així, les dades qualitatives indicaven mancances significatives de treball en equip entre les infermeres i entre metges i infermeres. A Croàcia el resultats quantitatius van ser els més baixos comparat amb els altres països i s'indicava l'existència d'una relació subordinada entre metges i infermeres, aquesta dimensió no va ser la més ben valorada.

Croàcia és un país en el que la seva història i cultura presenten trets comuns amb Hongria i altres països de la regió geogràfico-política, són societats en transició caracteritzades per un període post-socialista. L'estudi de Sklebar et al. (2016) indica que la reticència als hospitals croates a abraçar una mentalitat en equip és coherent amb les normes culturals. L'aparença més que el rendiment assenyalava mancances sobre la qualitat d'un grup en la societat croata, un factor que pot contribuir a la dinàmica dins i entre unitats hospitalàries. La tendència de les unitats croates de funcionar com un sistema de comunitats tancades pot ser un resultat de l'estil de gestió, aquest mateix estudi també ho atribueix a la manca d'esperit d'equip entre el personal que també s'ha demostrat en aquesta tesi. En l'estudi de Sklebar et

al. (2016) els professionals croates van revelar estar profundament insatisfets amb les relacions d'equip, aquest resultat també es va manifestar en alguns informants croates d'aquesta tesi. Aquest tret també s'han manifestat en els hospitals hongaresos i croates en els que s'han observat deficiències en el treball en equip possiblement relacionats amb les normes culturals esmentades.

Franquesa en la comunicació

Aquesta dimensió mesura el grau d'obertura per parlar lliurement en situacions en que el professional veu alguna cosa que pot afectar negativament al pacient i també indica si es dubta en qüestionar a aquells que tenen una major autoritat (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Els resultats d'aquesta tesi presentaven percentatges de positivitat menors al 50% en tots els països excepte a Suècia, que tot i que no es considerava una fortalesa, presentava resultats positius. Les dades qualitatives també assenyalaven una diferència en la percepció de les infermeres sueques en aquesta tesi i en estudis previs realitzats a personal suec, sent una de les dimensions més ben valorades (Danielsson et al., 2017; Nordin et al., 2013).

El grau d'obertura de la comunicació pot millorar principalment a Hongria, Croàcia i Espanya, la qual cosa suggereix que el personal no sempre reacciona obertament quan veu alguna cosa malament; per tant, no informen d'errors ni qüestionen les accions dels seus directius, resultat que va en línia al resultat d'altres dimensions.

En les unitats espanyoles no tot el personal manifestava tenir una comunicació oberta, es segueix tenint una certa por, principalment per com pot ser interpretat pels companys i superiors, indicador de desconeixement sobre la cultura de seguretat positiva i d'immaduresa cultural (veure apartat 5 de la discussió). L'estudi de (Ferrús-Estopà, 2013) també fa referència a la por i la desconfiança a les repercussions que poden tenir les notificacions d'incidents.

L'estudi croata de Brborović et al. (2014) assenyalava aquesta dimensió com a oportunitat de millora, i indica que els individus poden tractar d'ocultar els veritables sentiments, pensaments i actituds. L'estudi de Sklebar et al. (2016) indica que la lliure comunicació en tots els àmbits de la societat croata continua sent reprimida i moderada i es manifesta en la cultura de seguretat

del pacient. La por a la comunicació oberta sobre els problemes de la seguretat dels pacients és especialment pronunciada en situacions en les quals es pot percebre l'alteració de l'autoritat del supervisor (Sklebar et al., 2016).

El raonament de Sklebar (2016) sobre les organitzacions croates pot ser aplicat en les organitzacions hongareses, ja que presenten trets comuns ja anomenats i com s'ha indicat en altres dimensions, principalment a la dimensió 1, la repressió i la por de les infermeres no els hi permet tenir una comunicació franca i oberta en ambdós països.

Feed-back i comunicació sobre els errors

Aquesta dimensió tracta sobre la percepció de la comunicació al personal dels errors o incidents que es produeixen, la discussió de com es poden evitar i de les mesures aplicades per a què no tornin a succeir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Aquesta tesi presentava resultats neutres a Suècia en aquesta dimensió, en canvi, presenta percentatges elevats de positivat en l'estudi de Nordin et al. (2013). L'estudi qualitatiu de Danielsson et al. (2014) realitzat a infermeres sueques subratlla la importància per a la seguretat del pacient de parlar obertament sobre els errors, malgrat les dificultats, per tal d'aprendre dels mateixos. Es possible que les infermeres que treballen en una organització que es caracteritza de forma general per una comunicació oberta considerin que no es discuteix suficient, ja que les dades qualitatives indiquen que de forma general s'informen dels errors i s'apliquen mesures que són conegudes per tot el personal, possiblement aquest fet justifica que no s'hagi donat un resultat més positiu.

A Espanya el resultat va ser clarament negatiu indicant que no s'informen dels errors ni es discuteixen, les dades qualitatives anaven en la mateixa línia. L'estudi realitzat a Espanya de (Ferrús-Estopà, 2013) indica sobre la correlació entre la freqüència dels esdeveniments notificats i el feed-back i comunicació sobre els errors, i evidencia la necessitat d'informar sobre els errors i les fallades a tota l'organització com a font per l'aprenentatge i la millora contínua.

El resultat quantitatiu a Hongria suggeria que els errors es discuteixen, sent el resultat quantitatiu més elevat de tots els països en aquesta dimensió, en canvi, les dades qualitatives no mostraven indicis de comunicació i discussió

en les organitzacions. Els resultats són contradictoris, si el professional no se sent lliure d'expressar-se de forma oberta, és possible que en aquesta dimensió en la que es pregunta sobre la discussió d'errors donin una resposta que emmascara la realitat. El resultat en el cas de Croàcia és negatiu, no es discuteixen els errors per factors que catacteritzen la comunicació i jerarquització ja esmentats en altres dimensions.

Resposta no punitiva als errors

Aquesta dimensió està relacionada amb el comportament dels companys o superiors quan s'assabenten dels errors, si es busca a un culpable i si s'utilitza en la seva contra i si es notifica en l'expedient personal (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Aquesta dimensió té un dels resultats més negatius en tots el països, excepte a Suècia que és una de les més ben valorades tant en aquesta tesi com en estudis previs (Danielsson et al., 2017). La resposta no punitiva caracteritza a la cultura de seguretat positiva. Aquest resultat és una evidència clara de la diferència de maduresa cultural de seguretat que caracteritza Suècia respecte els altres països (veure apartat 5 de la discussió).

Les infermeres d'Espanya, Hongria i Croàcia consideraven que els seus errors s'utilitzen en la seva contra. Quan es registra un esdeveniment, s'entén que castigar a la persona és el focus principal i la manera de solucionar el problema. Al personal li preocupa que es mantinguin els seus errors en el seu fitxer personal. Estudis previs realitzats en aquests països presenten resultats neutres en aquesta dimensió, al voltant del 50% de respostes positives (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Orkaizagirre-Gómara, 2016; Sklebar et al., 2016).

Dotació de personal

Aquesta dimensió indica la percepció dels participants referent a si hi ha prou personal per gestionar la càrrega de treball i si les hores de treball són les adequades per a proporcionar la millor atenció al pacient (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

En tots els països es considerava la dimensió dotació de personal com a oportunitat de millora tot i que les ràtios infermera-pacient varien molt entre països. S'ha identificat com una de les dimensions de la cultura de seguretat del pacient que està més fortament associada amb la seguretat general del

pacient. Estudis previs indiquen que la manca de personal augmenta la sobrecàrrega de treball, les hores extres, l'absentisme i el presentisme, trets comuns dels sistemes sanitaris de molts països europeus (Milosevic et al., 2014; Rantanen & Tuominen, 2011).

Un estudi realitzat a Hongria que va estudiar els factors que motivaven a infermeres hongareses a emigrar indica que el principal factor són els salaris, que són baixos i que no es corresponen amb la responsabilitat i la càrrega de treball de les infermeres (Nagórska et al., 2017).

La dotació de personal necessita millores a tots els països. Estudis previs indiquen que la dotació de personal per a la cultura de la seguretat del pacient està estretament lligada amb la importància de les condicions del medi laboral per a la seguretat dels pacients (Welp & Manser, 2016).

Els resultats d'aquesta tesi indicaven que el personal de les unitats espanyoles, hongareses i croates treballaven en “mode crisi” intentant abarcar massa i de forma ràpida en el menor temps possible. Per mitjà de les dades qualitatives s'evidencia que aquest ritme de treball accelerat predomina sobretot a les unitats espanyoles. A les unitats croates i hongareses tot i que la ràtio infermera-pacient és superior, no sempre s'evidencia aquesta forma de treballar, possiblement per la desmotivació de les infermeres. L'estudi de Mijakoski et al. (2015) mesura la càrrega laboral i el burnout i indica que les infermeres croates presenten una major demanda de treball emocional que física, aquesta explicació justifica la troballa qualitativa en relació al ritme de treball. L'estudi també indica que les demandes de treball emocional prediuen un augment de l'esgotament emocional i la despersonalització.

L'excessiva preocupació relacionada amb la manca de temps per fer totes les activitats, la irritabilitat, la tensió muscular i el cansament que es troben a partir de les dades qualitatives espanyoles són signes d'estrès (American Psychiatric Association, 2014). Aquests símptomes d'estrès poden associar-se a la demanda física i a la sobrecàrrega de treball a causa de la pressió de treball demostrada sobre el canvi i la sobrecàrrega de les hores de treball setmanals en alguns casos. Les diferències en les ràtios de personal i la pressió de treball influeixen en la seguretat i la cultura de seguretat de les institucions. Aquesta relació entre càrrega de treball i seguretat del pacient també s'indica en l'estudi publicat per Aiken et al. (2014).

L'estudi croata de (Sklebar et al., 2016) indica que a Croàcia la pèrdua de personal sanitari és sovint coberta amb la redistribució de la càrrega laboral entre la resta de personal, l'estudi també indica que l'entrada de Croàcia a la UE en el 2013 i l'harmonització de les lleis laborals de la UE hauria de fer canviar moltes de les pràctiques existents i potenciar la satisfacció en relació a les condicions de treball entre el personal croata. Els resultats del nostre estudi no evidenciaven una satisfacció de les condicions laborals de les infermeres. La pràctica de redistribució de càrrega laboral en cas d'absentisme laboral, no va ser anomenada pels informants, és possible que com la ràtio infermera-pacient és molt elevada, la redistribució de càrrega laboral no sigui factible, en canvi, en altres col·lectius de les organitzacions sanitàries croates com metges o administratius és possible que continuï vigent aquesta pràctica.

Suport de la gerència de l'hospital en relació a la seguretat del pacient

Aquesta dimensió valora l'interès continuat de la gerència en la seguretat del pacient, si ofereix un ambient laboral que promou la cultura de la seguretat i mostra amb fets que la seguretat del pacient és una prioritat (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Els professionals es comporten en funció del que perceben dels seus líders. Si la gerència es compromet amb la seguretat del pacient, tota l'organització coneix els esdeveniments adversos que es produeixen, contribueix a la recerca de les causes i segueix les actuacions que es fan (Ferrús-Estopà, 2013). Hi ha experiències d'èxit en aquest sentit, un millor suport de la gestió hospitalària per la seguretat del pacient incrementa la freqüència d'esdeveniments reportats (Al-Awa et al., 2012) i contribueix a posar barreres per evitar que es tornin a produir. Aquesta dimensió presenta resultats negatius a tots els països excepte en un hospital d'Hongria i és una de les dimensions amb els percentatges més baixos.

Un estudi realitzat a Hongria que estudiava els factors que motivaven a infermeres hongareses a emigrar indica que aquest col·lectiu percep una manca de suport per part de la gerència dels hospitals (Nagórska et al., 2017). Les respostes de les infermeres dels hospitals positives en aquesta dimensió poden estar esbiaixades perquè de forma directa les preguntes qüestionaven el suport dels estaments superiors, i com ja s'ha mencionat, en un sistema autoritari i patriarcal, la desconfiança i la por poden tenir un poder molt important.

L'estudi de Milosevic et al. (2014) que tenia l'objectiu d'explorar la qualitat en els hospitals croates des de la perspectiva dels pacient i professionals indica que millorar la gerència i l'administració dels hospitals rarament és una prioritat, les iniciatives es centren en millorar les condicions laborals dels treballadors. Els resultats d'aquest estudi suggereixen que donar més émfasi en aplicar canvis en l'administració podria millorar significativament els problemes associats amb les condicions de treball i la seguretat del pacient. Els resultats quantitativs i qualitativs d'aquesta tesi indiquen que el personal croata no percebia el suport de la gerència.

En l'estudi de Sklebar et al. (2016) es dona un resultat superior al 50% en aquesta dimensió. La diferència entre aquest resultat i el negatiu de la tesi, no té una justificació clara, ja que en l'estudi de Sklebar et al. (2016) el resultat hauria d'haver estat més negatiu en línia amb les altres dimensions de l'estudi. Tot i així, cal esmentar que l'estudi inclou altres col·lectius, principalment metges, i aquests estan més aprop de la gerència, les diferències en les subcultures organitzacionals entre col·lectius, que no han estat estudiades en aquesta tesi, podrien justificar aquesta diferència.

Els resultats quantitativs d'estudis previs suecs (Danielsson et al., 2014; Nordin et al., 2013) aporten resultats semblants a aquesta tesi i indiquen que el personal sembla bastant satisfet amb el suport a nivell de departament, però perceben que la gerència podria fer més per donar suport a la seguretat del pacient, el mateix resultat que trobem en les dades qualitatives d'aquesta tesi.

Estudis realitzats en hospitals espanyols també tenen respostes de positivitat baixa en aquesta dimensió i en varis estudis s'indica que les accions de la gerència no han estat percebudes com a positives (Juvé et al., 2007; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Orkaizagirre-Gómara, 2016). L'estudi de Ferrús i Estopà, (2013) posava de manifest una percepció de desconfiança que també es percep per alguns informants en aquesta tesi.

Treball en equip entre unitats/serveis

Aquesta dimensió mesura la percepció dels professionals sobre la cooperació, la coordinació i el treball conjunt per donar la millor atenció possible als pacients (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Els resultats en aquesta dimensió en tots els països va rondar el 50% de respostes positives o inferior, sent Croàcia el que presentava el percentatge

més baix. Estudis previs realitzats en aquests països donen respostes neutrals en aquesta dimensió (Danielsson et al., 2014; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Nordin et al., 2013; Sklebar et al., 2016).

L'estudi de (Ferrús-Estopà, 2013) en el que s'inclouen grups de discussió, indica que aquesta dimensió té gran marge de millora i va posar en evidència la importància de la interacció entre els equips i els processos i la necessitat d'estrènyer llaços a favor de la seguretat del pacient. Indica també que els comandaments d'infermeria i els caps de servei tenen un paper i una responsabilitat important, fent plantejaments constructius i parlant amb respecte obertament i francament amb els responsables d'altres àrees.

Problemes en els canvis de torn i transicions entre serveis/unitats

Aquesta dimensió mesura les percepcions dels professionals respecte l'intercanvi d'informació, els problemes que surgen durant els canvis de torn i la percepció de pèrdua d'informació quan es produeixen transicions entre unitats o serveis. Garantir la continuïtat durant els canvis és essencial per a la seguretat del pacient (Agency for Healthcare Research and Quality, 2018).

Els resultats en aquesta dimensió en tots els països va rondar el 50% de respostes positives, estudis previs en tots els països estudiats tenen resultats similars indicant que durant els canvis de torn es perd amb freqüència informació del pacient. El resultat més positiu el trobem a Croàcia amb un 60,2%, resultat paradoxal, tenint en compte que aquest país junt amb Hongria no tenen un temps remunerat per realitzar els canvis de torn i tenen les ràtios d'infermera-pacient més elevades que a Espanya o Suècia.

L'estudi de Sklebar et al. (2016) també presenta resultats elevats de positivitat en els hospitals Croates i indica que possiblement aquest resultat esdevé a conseqüència de l'exitosa introducció dels registres infermers que s'han realitzat en els darrers anys en les històries mèdiques i fan que les infermeres s'impliquin i tinguin un rol actiu en la millora de la seguretat del pacient.

Un estudi qualitatiu suec indica que les infermeres veuen la comunicació com a àrea de risc perquè la informació no sempre es transfereix correctament. Suècia és el país que destina més temps a realitzar els canvis de torn i les infermeres abans d'iniciar el torn llegeixen les històries

clínicas dels pacients, a Espanya hi ha un temps remunerat però les dades qualitatives indicaven que no sempre tenen temps de mirar les històries clíniques (Danielsson et al., 2014).

La cultura de seguretat entre serveis

En aquesta tesi, es van incloure dades de les unitats de Cirurgia General, Medicina Interna i Urgències dels 4 països participants. No es van trobar diferències significatives subculturals entre les unitats de Cirurgia General i Medicina Interna en cap dimensió i les dades qualitatives no van aportar evidència d'una cultura de seguretat molt divergent entre les infermeres de les dues unitats en cada país, tampoc hi ha evidència d'estudis previs.

De forma global els resultats quantitatius de les dimensions a les unitats d'Urgències van ser superiors que en unitats d'hospitalització a Suècia, en canvi, a Espanya, la cultura de seguretat es va percebre més positiva en les unitats d'hospitalització que a les unitats d'Urgències, les dades qualitatives corroboren aquest resultat.

En les unitats hongareses, els resultats quantitatius tendeixen a ser superiors a Urgències que a les unitats d'hospitalització, presentant diferència significativa en la dimensió 8. Les dades qualitatives no indiquen que les unitats d'urgències siguin més segures que les altres unitats. Aquest resultat no s'ha pogut contrastar amb estudis previs.

En les unitats croates no hi ha diferències significatives en les dimensions entre les unitats ni estudis previs indiquen d'aquesta diferència.

L'estudi suec de Danielsson et al. (2017) indica que la probabilitat de manifestar un major nivell de percepció global de seguretat és major per professionals sanitaris que treballen a les unitats d'Urgències comparat amb altres unitats generalistes. L'estudi no argumenta aquesta diferència però amb el resultat d'aquesta tesi que evidencia d'una major maduresa cultural de seguretat en les organitzacions sueques (veure apartat 5 de la discussió), es pot deduir que degut a la dinàmica que presenten les unitats d'Urgències, detecten més riscos. Possiblement aquest fet fa que inverteixin més recursos en seguretat i apliquin més accions per a que no es produeixin esdeveniments adversos, aquestes mesures podrien ser percebudes positivament pel personal.

L'estudi realitzat a Espanya (Chanovas Borrás, Roqueta Egea, & Tomás Vecina, 2011) en 30 serveis d'Urgències, posa de manifest que els percentatges de respostes positives en els departaments d'Urgències eren més baixos que els resultats de l'estudi realitzat pel Ministeri de Salut espanyol en el qual es van incloure tot tipus d'unitats l'any 2009. L'estudi no argumenta aquesta diferència però no difereix de les troballes d'aquesta tesi, possiblement les organitzacions no inverteixen més quantitat de recursos i accions en les unitats d'Urgències en termes de seguretat del pacient que en d'altres tipus d'unitats. El personal detecta més mancances en les unitats d'Urgències i tenen una percepció més negativa.

Per mitjà d'aquest anàlisi de la cultura de seguretat entre països i unitats podem concloure que existeixen diferències en la cultura de seguretat del pacient des de la perspectiva infermera entre països de la Unió Europea amb diferent despesa sanitària per càpita. Suècia, en global, és el país que presenta més característiques de cultura de seguretat positiva.

3. La maduresa cultural de les organitzacions

En aquest apartat es discuteixen els resultats seguint el model de maduresa cultural de Patankar, que com s'indica en el marc teòric d'aquesta tesi classifica la cultura de seguretat en una escala de quatre estats de maduresa (secretiva, culpabilitzadora, notificadora i justa) (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010).

L'escala de maduresa és continua des de l'estat d'immaduresa a la maduresa excel·lent, en alguns aspectes de la cultura de seguretat les institucions estan en un nivell superior o inferior. Classificar la cultura de seguretat de les infermeres d'un país en un dels quatre estats no s'ajustaria a la complexitat de la realitat, però és cert, que entre països predominen diferències en el nivell de maduresa que s'argumenten a continuació.

Els resultats d'aquesta tesi presenten elements de cultura secretiva principalment en les infermeres de les unitats hongareses i croates, aquest és el nivell de maduresa més baix, en aquest estat, l'organització és altament reactiva i els errors o defectes estan emmascarats per prevenir l'acció punitiva (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010). Per mitjà de les dades quantitatives es poden detectar característiques de cultura secretiva principalment a Hongria, que ha presentat resultats lleugerament més

positius que Croàcia malgrat que les dades qualitatives indiquen que la cultura de seguretat és bastant similar entre els dos països.

De forma semblant a la cultura secretiva, en la cultura culpabilitzadora hi ha una forma reactiva de gestionar problemes de seguretat. L'organització es centra en la identificació i el càstig d'individus específics a l'hora d'investigar esdeveniments adversos, encara que en aquest cas en moltes ocasions la gerència és coneixedora del problema. La confiança entre la gerència i el personal és baixa. En conseqüència, el rendiment relacionat amb la seguretat sol ser pobre i els errors evitables solen ser elevats (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010).

Característiques d'aquesta cultura estan presents en les infermeres hongareses i croates, de forma general les infermeres manifesten por a la punició. Els resultats indiquen que sovint els errors són atribuïts principalment a les persones pels sistemes sanitaris d'Hongria i Croàcia.

Per les infermeres espanyoles també hi ha situacions en què la gerència és coneixedora de la realitat, però de forma general els esdeveniments tendeixen a no notificar-se. Sovint certs comportaments de risc tendeixen a normalitzar-se sent un indicador de baix nivell de maduresa cultural. En les unitats espanyoles la reacció reactiva no és tant habitual però no s'assoleix de forma general un nivell de maduresa superior en que els treballadors considerin la importància de la notificació.

En una cultura notificadora, els treballadors es consideren fonts d'informació crítica per evitar la recurrència d'esdeveniments de seguretat no desitjables (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010). Existeixen mecanismes efectius pels empleats que informen de quasi accidents, d'errors del sistema, i d'esdeveniments adversos. Aquests informes s'investiguen, es discuteixen i s'apliquen solucions. Per tant, la confiança entre personal i gerència es elevada i el comportament dels treballadors està estretament lligat amb la seguretat (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010).

Aquest nivell de maduresa és predominant en les institucions sueques, les infermeres consideren que la discussió sobre els errors son una font de coneixement i de millora. A diferència dels altres països la llei de seguretat del pacient sueca es centra en el suport i supervisió de professionals en lloc de lliurar sancions disciplinàries (Nordin, 2015). En els altres països no s'evidencien gaire indicis que indiquin de l'existència d'aquest nivell

cultural, existeixen mecanismes de detecció d'errors i quasi errors però aquests no són efectius.

En una cultura justa la seguretat és el nucli de l'organització i s'anima al personal i en alguns casos es recompensa per proporcionar informació essencial relacionada amb la seguretat. Els comportaments de risc són penalitzats i s'investiga de forma constant per donar solucions a problemes de seguretat. La confiança entre la gerència i el personal és molt alta (Patankar et al., 2012; Patankar & Sabin, 2010).

No es pot afirmar que les institucions sueques han aconseguit arribar a aquest nivell en totes les dimensions de la cultura de seguretat, els resultats d'aquest estudi no indiquen que es recompensi la notificació d'errors. L'estudi de Danielsson et al. (2017) indicava que no es podia afirmar que la seguretat fos el nucli de les institucions sueques.

Aquest model també indica que l'aprenentatge de les organitzacions està correlacionat positivament al nivell de maduresa, passant d'una incapacitat d'aprendre a l'aprenentatge transformacional (Patankar et al., 2012). Les organitzacions amb menor maduresa cultural presenten més dificultats per a l'aprenentatge.

Existeix una correlació positiva entre la despesa en salut per càpita i la maduresa cultural a Suècia i Espanya. Suècia és el país amb una major despesa en salut per càpita d'entre els estudiats i és el que presenta característiques de major maduresa cultural de seguretat en les infermeres. Hongria i Croàcia presenten característiques similars de maduresa cultural, indicant de forma global un nivell més baix de maduresa cultural de seguretat.

4. Limitacions de l'estudi

En relació al disseny conceptual de l'estudi, les dades es van recollir en dos hospitals de cada país participant, no sent un nombre representatiu del total d'hospitals públics de cada país, i per tant, es podria limitar la generalització de les troballes a altres entorns de salut i àrees geogràfiques.

L'estudi focalitza en infermeres, que constitueixen entre un 40% i 60% del personal sanitari dels hospitals estudiats. Resulta qüestionable poder generalitzar els resultats de cultura de seguretat que s'han obtingut desde la perspectiva infermera a la cultura de les organitzacions sanitàries en general,

tenint evidència que existeixen subcultures dins de les organitzacions sanitàries.

En relació a les entrevistes, les transcripcions espanyoles i angleses no van ser revisades pels participants, d'aquesta manera, no es va poder corroborar que les seves opinions es reflectissin amb precisió.

VI. CONCLUSIONS

- Amb la realització d'aquesta tesi es pot afirmar que l'estudi mixte és la metodologia més completa i rigorosa per estudiar la cultura de seguretat del pacient quan l'objectiu és comparar la cultura de seguretat de les organitzacions sanitàries en contextos diferents.
- Referent a la seguretat del pacient des de la perspectiva infermera, les institucions sueques són les més segures seguides de les espanyoles. Les institucions hongareses i croates presenten característiques similars i són les menys segures de les institucions estudiades.
- La cultura i història de les societats influeixen en la cultura de les institucions hospitalàries, Croàcia i Hongria, societats en transició, continuen presentant característiques autoritàries i jeràrquiques. La por crea desconfiança que dificulta el treball en equip i la comunicació oberta en el personal infermer, ocultant els veritables pensaments i accions que realitzen.
- Existeixen diferències en la cultura de seguretat del pacient des de la perspectiva infermera entre països de la Unió Europea amb diferent despesa sanitària per càpita. Hi ha una correlació positiva entre la despesa sanitària i el nivell de maduresa cultural de seguretat a Suècia i Espanya.
- Les infermeres d'Hongria i Croàcia de les institucions estudiades presenten una cultura de seguretat similar i un nivell de maduresa més baix que Suècia i Espanya, tot i pertànyer a grups diferents de despesa en salut per càpita. El nivell de maduresa més baix és caracteritzat principalment pel secretisme i la resposta punitiva.
- Les unitats d'urgències presenten diferències en la cultura de seguretat del pacient respecte les unitats d'hospitalització de les organitzacions, establint subcultures que estan influenciades per el nivell de maduresa cultural que caracteritzen les institucions de cada país.

VII. IMPACTE I LÍNIES DE FUTUR

Els resultats evidencien que les dades quantitatives de percepció de cultura de seguretat per si soles no aporten dades significatives que permeten comparar resultats entre països, en canvi, al incorporació de dades qualitatives, ha permès comprendre i interpretar les respostes proporcionades per les dades quantitatives i determinar diferències o similituds entre grups de dades.

L'estudi de Pumar-Méndez et al. (2014) indicava que les dades qualitatives poden generalitzar-se a la teoria de cultura de seguretat. Les troballes d'aquesta tesi poden generalitzar-se a tot el col·lectiu infermer de les unitats estudiades i poden ser aplicables més enllà de les mostres estudiades, ja que la recerca presenta criteris de rigor científic.

La cultura de seguretat està poc estudiada en relació a les subcultures que es creen en una mateixa organització entre unitats o entre col·lectius. Suècia és el país que ha investigat més en aquesta qüestió (Danielsson et al., 2014). Futures línies de recerca podrien investigar i identificar fortaleses i debilitats entre col·lectius per a poder realitzar un diagnòstic més profund en aquest àmbit.

Els canvis no són una tasca senzilla per a les institucions, però la realització d'estudis que evidencien de l'estat de cultura de seguretat de les organitzacions és un primer pas pel canvi i l'establiment de millores. En aquesta tesi s'evidencia que des de la perspectiva infermera, els canvis són necessaris en tots els països en diferents nivells.

El model de Patankar (Patankar & Sabin, 2010) indica que les organitzacions amb menor maduresa cultural presenten més dificultats per a l'aprenentatge. La identificació d'Hongria i Croàcia com a països amb més dificultats per realitzar canvis poden suposar un punt de partida per a les gerències de les institucions d'aquests països per desenvolupar i implementar estratègies específiques per millorar la seguretat dels pacients com són la comunicació oberta i la notificació no punitiva.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Abdi, Z., Delgoshaei, B., Ravaghi, H., Abbasi, M., & Heyrani, A. (2015). The culture of patient safety in an Iranian intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 23, 333–345. doi:10.1111/jonm.12135
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2018). Using the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture. Retrieved April 05, 2018, from <http://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/usingsops.html>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383, 1824–1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 143–53.
- Álava-Cano, F. (2012). Consell Assessor de Seguretat del Pacient. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Retrieved from http://seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretat_pacients/que_es_la_seguretat_de_pacients/actualitat/arxius/antecedents_i_actualitat_de_la_seguretat_dels_pacients_a_catalunya.pdf
- Al-Awa, B., Al Mazrooa, A., Rayes, O., El Hati, T., Devreux, I., Al-Noury, K., ... El-Deek, B. S. (2012). Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. *Annals of Saudi Medicine*, 32, 143–150. doi:10.5144/0256-4947.2012.143
- Allen, S., Chiarella, M., & Homer, C. S. (2010). Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Midwifery*, 26, 497–504. doi:10.1016/j.midw.2010.07.002
- Anglès, R., Llinás, M., Alerany, C., & Garcia, M. V. (2013). Sistema de notificación genérico y gestión de incidentes: Implantación y acciones de mejora derivadas para la seguridad del paciente. *Medicina Clínica*, 140(7), 320–324.
- Aranaz, J. M., & Agra, Y. (2010). La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. *Medicina Clinica*, 135, 1–2. doi:10.1016/S0025-7753(10)70013-0

- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., Mira, J., Orozco, D., Terol, E., ... Fernández-Maíllo, M. (2008). *Estudio APEAS Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo (pp. 1–187). Retrieved from <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
- Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2006). *Estudio Nacional Sobre Los Efectos Adversos Ligados a La Hospitalizacion – Eneas 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo (pp. 1–170).
- Bagnasco, A., Tibaldi, L., Chirone, P., Chiaranda, C., Panzone, M. S., Tangolo, D., ... Sasso, L. (2011). Patient safety culture: An Italian experience. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1188–1195. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03377.x
- Belicza, É., & Kullmann, L. (2008). NEVES (nem várt események). *Betegbiztonsági Program Hazai Megvalósítása*, 32–35.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Bonner, A. F., Castle, N. G., Men, A., & Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *J Am Med Dir Assoc*, 10, 11–20. doi:10.1016/j.jamda.2008.06.004
- Brajshori, N., & Behrens, J. (2016). Translation , Cultural Adaption and Validation of Hospital Survey on Patient Safety Culture in Kosovo, (June), 483–490.
- Brborović, H., Šklebar, I., Brborović, O., Brumen, V., & Mustajbegović, J. (2014). Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgraduate Medical Journal*, 90, 125–32. doi:10.1136/postgradmedj-2013-131814
- Brown, K. M., Elliott, S. J., Leatherdale, S. T., & Robertson-Wilson, J. (2015). Searching for rigour in the reporting of mixed methods population health research: A methodological review. *Health Education Research*, 30, 811–839. doi:10.1093/her/cyv046
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Espanola de Salud Publica*. doi:10.1590/S1135-57272002000500009

- Campos-Arenas, A. (2015). *Métodos mixtos de investigación: Integración de la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa* (2nd ed.). Bogotá: Editorial Magisterio.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, *52*, 240–249. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001
- Chanovas Borrás, M., Roqueta Egea, F., & Tomás Vecina, S. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias Y Emergencias*, *23*, 356–363.
- CIE. (2012). Declaración de Posición del CIE. Retrieved from <https://www.icn.ch/es>
- Comisión Europea. (2014). *Segundo Informe de la Comisión al Consejo sobre la aplicación de la Recomendación 2009/C 151/01 del Consejo, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Comisión Europea* (pp. 1–16). doi:10.1109/17.83759
- Cotten, S. R., Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1999). Mixed methodology : combining qualitative and quantitative approaches. *Contemporary Sociology*, *28*(6), 752.
- Creswell, J. W. (1999). Mixed-Method Research: Introduction and Application. In *Handbook of Educational Policy* (pp. 455–472). Academic Press. doi:http://dx.doi.org/10.1016/B978-012174698-8/50045-X
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed., pp. 1–488). SAGE Publications.
- Danielsson, M., Nilsen, P., Öhrn, A., Rutberg, H., Fock, J., & Carljford, S. (2014). Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study. *BMC Nursing*, *13*(1), 1–9. doi:10.1186/s12912-014-0039-5
- Danielsson, M., Nilsen, P., Rutberg, H., & Årestedt, K. (2017). A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. *Journal of Patient Safety*, 1–6.

- Dzakula, A., Sagan, A., Pavic, N., Lonccarek, K., & Sekelj-Kauzlaric, K. (2014). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, *16*, 1–162.
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *27*(2), 111–22. doi:10.1108/IJHCQA-07-2012-0072
- Elder, N., Brungs, S., Nagy, M., Kudel, I., & Render, M. (2008). Intensive care unit nurses' perceptions of safety after a highly specific safety intervention. *Quality & Safety in Health Care*, *17*, 25–30. Retrieved from WOS:000252866600007
- Erdem, F., Ozen, J., & Atsan, N. (2003). The relationship between trust and team performance. *Work Study*, *52*(7), 337–340. doi:10.1108/00438020310502633
- EUNetPaS. (2010). *Patient Safety Culture Instruments used in Members States*. European Union Network for Patient Safety (p. 39). Retrieved from [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-CATALOGUE Use of PSCI in MS - March 2010.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/eunetpas/WP1-CATALOGUE%20Use%20of%20PSCI%20in%20MS%20-%20March%202010.pdf)
- European Bank for Reconstruction and Development. (2011). *Life in Transition. After the crisis*. (pp. 1–72). London.
- European Commission. (2018a). EU Health Policy. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/policies/overview_en
- European Commission. (2018b). State of Health in the EU. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_es
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2017a). Croatia: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2017b). Hungary: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2017c). Spain: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing.

- European Observatory on Health Systems and Policies. (2017d). Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU. Brussels: OECD Publishing.
- European Society for Quality in Health Care. (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. Work Package 1 "Promoting Patient Safety Culture"* (pp. 1–35). Aarhus: European Union Network for Patient Safety.
- Eurostat. (2017). Eurostat Database. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suárez, J., Arboleya-Casanova, H., Rojano-Fernández, C., Hernández-Torres, F., & Santacruz-Varela, J. (2010). Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía Y Cirujanos*, 78(6), 527–532.
- Ferrús-Estopà, L. (2013). *Canvis en la cultura de seguretat dels pacients després d'una intervenció combinada en tres hospitals*. Universitat de Barcelona. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2445/48247>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs - Principles and practices. *Health Services Research*, 48, 2134–2156. doi:10.1111/1475-6773.12117
- Gaál, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., & Panteli, D. (2011). Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition* (Vol. 13, pp. 1–266). Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/155044/e96034.pdf
- Generalitat de Catalunya. (2014). Pla estratègic per a la seguretat dels pacients a Catalunya pel període 2014-2018. Retrieved from http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/l_estrategia_del_departament_de_salut/
- Guetterman, T. C., Fetters, M. D., & Creswell, J. W. (2015). Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *Annals of Family Medicine*, 13, 554–561. doi:10.1370/afm.1865
- Halbesleben, J. R. B., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., & Cooper, L. B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes: Nurse safety perception versus reporting behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 30, 560–577. doi:10.1177/0193945907311322

- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20, 338–343. doi:10.1136/bmjqs.2010.040964
- Hamdan, M., & Saleem, A. A. (2013). Assessment of patient safety culture in Palestinian public hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, 167–175. doi:http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt007
- Hedsköld, M., Pukk-Härenstam, K., Berg, E., Lindh, M., Soop, M., Øvretveit, J., & Andreen Sachs, M. (2013). Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*, 13(1). doi:10.1186/1472-6963-13-332
- Henriksen, K., Battles, J., & Keyes, M. (2008). *Hospital administrative staff vs. nursing staff responses to the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)* (pp. 1–12). doi:NBK43704 [bookaccession]
- Juvé, E., Huguet, M., Monterde, D., Sanmartín, M. J., Martí, N., Cuevas, B., ... Alvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. *Nursing (Ed. Española)*, 25(4), 56–61. doi:10.1016/S0212-5382(07)70907-X
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Molla, S. (2000). *To Err Is Human. Medicine* (Vol. 126, p. 312). doi:10.1017/S095026880100509X
- Lám, J., Sümegi, V., Surján, C., Kullmann, L., & Belicza, É. (2016). A jelentési és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában. *Orvosi Hetilap*, 26(157), 1035–1042.
- Lee, Y.-C., Shieh, J.-I., Huang, C.-H., Wang, C. Y., & Wu, H.-H. (2017). Analyzing Patient Safety Culture From Viewpoints of Physicians and Nurses-A Case of a Regional Teaching Hospital in Taiwan. *Journal for Healthcare Quality*, 12. doi:10.1097/JHQ.0000000000000065
- Listyowardojo, T. A. (2014). *Mixed Methods: Improving the assessment of safety culture in healthcare* (pp. 1–44). DNV GL.
- Listyowardojo, T. A., Yan, X., Leyshon, S., Ray-Sannerud, B., Yan Yu, X., Zheng, K., & Duan, T. (2017). A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China.

Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10, 253–262.
doi:10.2147/JMDH.S136943

- Meissner, H., Creswell, J., Klassen, A. C., Plano, V., & Smith, K. C. (2011). Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. *Methods*, 29, 1–39. doi:10.1002/cdq.12009.
- Merino P, Álvarez J, Martín MC, Gutiérrez I, A. A. (2009). Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007 Informe, mayo 2009. *Ministerio de Sanidad, Política Social E Igualdad*, 302. doi:10.15713/ins.mmj.3
- Mijakoski, D., Karadzinska-Bislimovska, J., Milosevic, M., Mustajbegovic, J., Stoleski, S., & Minov, J. (2015). Differences in burnout, work demands and team work between Croatian and Macedonian hospital nurses. *Cognition, Brain, Behavior*, 19, 179–200.
- Milosevic, M., Brborovic, H., Mustajbegovic, J., & Montgomery, A. (2014). Patients and health care professionals: Partners in health care in Croatia? *British Journal of Health Psychology*, 19, 670–682. doi:10.1111/bjhp.12062
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, Estudios e Investigación 2009* (pp. 1–131). Retrieved from http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). *Estudio EARCAS: Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios*. Retrieved from <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
- Ministry of Health of the Republic of Croatia. (2007). *Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006-2011* (pp. 1–5).
- Mir-Abellán, R., Falcó-Pegueroles, A., & Puente-Martorell, M. L. (2016). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas, 31(2), 145–149. doi:10.1016/j.gaceta.2016.07.019
- Morse, S. V. M. (1991). Mixed Methods : Dimensionen Mixed Methods : Dimensionen der Methodenkombination. *Psychologie Schweizerische Zeitschrift Für Psychologie Und Ihre Anwendungen*, 285–296.

- MSSSI. (2014). *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud* (pp. 1–116).
- MSSSI. (2015). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (pp. 1–128). doi:10.1016/S0025-7753(08)76454-6
- MSSSI. (2017). *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea: Características e indicadores de salud 2017*. Retrieved from <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>
- Nagórska, M., Cetlova, B., Penar-Zadarko, L., Zrubcova, B., Papp, K., & Gugala, D. (2017). Factors motivating nurses to professional migrations as exemplified by Poland, Czech Republic, Slovakia and Hungary. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*.
- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J., & Zhang, M. (2013). Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research, 13*, 228. doi:10.1186/1472-6963-13-228
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care, 12*, ii17–ii23. doi:10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nordin, A. (2015). *Patient safety culture in hospital settings*. Karlstad.
- Nordin, A., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., & Theander, K. (2013). Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture— Psychometric properties and health care staff's perception. *Open Journal of Nursing, 03*(8), 41–50. doi:10.4236/ojn.2013.38A006
- Ocelli, P., Quenon, J.-L., Kret, M., Domecq, S., Delaperche, F., Claverie, O., ... Michel, P. (2013). Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care, 25*(4), 459–468. doi:10.1093/intqhc/mzt047
- OECD. (2014). OECD Health Statistics 2013 - Frequently Requested Data. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>
- Official Gasette. (2004). Act on the Protection of Patient Rights.

- OMS. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009*. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS. (2018). OMS Seguridad del paciente. Retrieved from <https://www.who.int/patientsafety/es/>
- Ongaro, E., Ferré, F., & Fattore, G. (2015). The fiscal crisis in the health sector: Patterns of cutback management across Europe. *Health Policy, 119*, 954–963. doi:10.1016/j.healthpol.2015.04.008
- Orkaizagirre-Gómara, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. Universidad de Zaragoza.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztar. (2016). Tasks of the National Health Insurance Fund of Hungary. Retrieved from http://www.oep.hu/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/tevekenysegre_mukodesre_vonatkozo_adatok/a_szerv_feladata_alaptevekenysege_es_hatarkore/en_a_szerv_alaptevekenyeye_feladata_es_hatarkore
- Padilla, P. (2012). *Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC?*. Copenhagen University.
- Patankar, M. S., Brown, J. P., Sabin, E. J., & Bigda-Peyton, T. G. (2012). *Safety Culture: Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare* (1st ed.). Farnham: Ashgate.
- Patankar, M. S., & Sabin, E. J. (2010). The Safety Culture Perspective. In *Human Factors in Aviation* (pp. 95–122). doi:10.1016/B978-0-12-374518-7.00004-3
- Patton, M. Q. (1990). *Designing qualitative studies. Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169–186). Beverly Hills. doi:10.1097/01.JPN.0000311869.00334.06
- Pérez-Beltrán, A., Ruiz-Frías Gil, S., López-Ruiz, M., Villaño-Ansótegui, M. de L. A., Fernández-González, R., & Moreno-Larrea, A. (2013). La medición de la cultura de seguridad del paciente una revisión bibliográfica. *Revista de Enfermería, 36*(9), 50–55. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84891888534&partnerID=tZOtx3y1>

- Perneger, T. V. (2005). The Swiss cheese model of safety incidents: Are there holes in the metaphor? *BMC Health Services Research*, 5. doi:10.1186/1472-6963-5-71
- Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48, 1452–1462. doi:10.1016/j.ssci.2010.07.002
- Pumar-Méndez, M. J., Attree, M., & Wakefield, A. (2014). Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 34, 162–170. doi:10.1016/j.nedt.2013.08.008
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O’connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcu145
- Rantanen, I., & Tuominen, R. (2011). Relative magnitude of presenteeism and absenteeism and work-related factors affecting them among health care professionals. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 225–230. doi:10.1007/s00420-010-0604-5
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768–770. doi:10.1136/bmj.320.7237.768
- Robida, a. (2013). Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4), 469–475.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795. doi:10.1016/j.rmclc.2017.08.006
- Ruchlin, H. S., Dubbs, N. L., & Callahan, M. A. (2004). The Role of Leadership in Instilling a Culture of Safety: Lessons from the Literature. *Journal of Healthcare Management*, 49, 47–58. doi:10.1097/00115514-200401000-00009
- Sarac, C., Flin, R., Mearns, K., & Jackson, J. (2011). Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Quality & Safety*, 20, 842–8. doi:10.1136/bmjqs.2010.047720
- Schrauf, R. W. (2017). Mixed Methods Designs for Making Cross-Cultural Comparisons. *Journal of Mixed Methods Research*, 155868981774310. doi:10.1177/1558689817743109

- SESPAS. (2018). Informe SESPAS. Retrieved from <http://sespas.es/>
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ... Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6. doi:10.1186/1472-6963-6-44
- Šklebar, I., Mustajbegović, J., Šklebar, D., Cesarik, M., Milošević, M., Brborović, H., ... Husedžinović, I. (2016). How to improve patient safety culture in Croatian hospitals? *Acta Clinica Croatica*, 55, 370–380. doi:10.20471/acc.2016.55.03.04
- Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, I., Wagner, C., van der Wal, G., Groenewegen, P. P., Wal, G. van der, & Groenewegen, P. P. (2008). The psychometric properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 8, 230. doi:10.1186/1472-6963-8-230
- Sorra, J., Famolaro, T., Yount, N., Smith, S., Wilson, S., & Liu, H. (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2014 User Comparative Database Report* (p. 80). Rockville, US: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10, 199. doi:10.1186/1472-6963-10-199
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Att mäta patientsäkerhetskulturen Handbok för patientsäkerhetsarbete* (p. 36). Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). Research questions in mixed methods research. In *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (p. 912). SAGE Publications. doi:10.17051/io.2015.07705
- The Council of the European Union. (2009). Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. *Official Journal of the European Union*, 1–6. doi:10.1097/HCR.0b013e31823be0bc
- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., Alcaraz, J., & Toranzo, T. (2010). EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*, 22(6), 415–428.

- Vlayen, A., Hellings, J., Claes, N., Abdou, E. A., & Schrooten, W. (2015). Measuring safety culture in Belgian psychiatric hospitals: validation of the Dutch and French translations of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Journal of Psychiatric Practice*, *21*, 124–39. doi:10.1097/01.pra.0000462605.17725.48
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, *1*–10. doi:10.1186/s12913-016-1757-z
- Waring, J. J. (2007). Doctors' thinking about "the system" as a threat to patient safety. *Health*, *11*(1), 29–46. doi:10.1177/1363459307070801
- Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J., & Hignett, S. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Quality & Safety in Health Care*, *19*, e2. doi:10.1136/qshc.2008.031625
- Welp, A., & Manser, T. (2016). Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - Development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*. doi:10.1186/s12913-016-1535-y
- Westrum, R. (2004). A typology of organisational cultures. *Quality and Safety in Health Care*, *13*, 22–27. doi:10.1136/qshc.2003.009522
- WHO. (2010). *A brief synopsis on patient safety* (pp. 1–48). Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2010/a-brief-synopsis-on-patient-safety>
- Wiegmann, D., Zhang, H., Thaden, T., Sharma, G., & Gibbons, A. (2004). Safety Culture: An Integrative Review. *The International Journal of Aviation Psychology*, *14*, 117–134. doi:10.1207/s15327108ijap1402

IX. ANNEXOS

ANNEX 1: Versió sueca de la HSOPSC

Patientsäkerhetskulturenkät

Dina svar ska återspegla dina erfarenheter av patientsäkerheten på din arbetsplats. Enkäten tar cirka 10–15 minuter att besvara.

Ordförklaringar

Vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Avvikelse vårdskada eller händelse som hade kunnat medföra vårdskada

Risk möjlighet att en vårdskada skall inträffa

Patientsäkerhet skydd mot vårdskada

Arbetsplats t.ex. mottagning, vårdavdelning, vårdcentral, klinik, basenhet eller annan organisatorisk enhet

Högsta ledningen definieras av uppdragsgivaren

Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

Om du kryssar fel, stryk över det felaktiga svaret och fyll i det rätta.

AVSNITT A: Din arbetsplats

När du besvarar enkätens frågor: tänk på "din arbetsplats" som den plats där du tillbringar den största delen av din arbetstid eller utför den huvudsakliga delen av ditt kliniska arbete.

- a. Akutmottagningsverksamhet
- b. Medicinsk verksamhet
 - Internmedicinsk verksamhet Gastroenterologisk verksamhet
 - Endokrinologisk verksamhet Neurologisk verksamhet
 - Hematologisk verksamhet Njurmedicinsk verksamhet
 - Reumatologisk verksamhet Lungmedicinsk verksamhet
 - Kardiologisk verksamhet Annan medicinsk verksamhet
 - Infektionsmedicinsk verksamhet

c. Kirurgisk verksamhet

- Allmän kirurgisk verksamhet Ortopedisk verksamhet
 Handkirurgisk verksamhet Plastikkirurgisk verksamhet
 Urologisk verksamhet Thoraxkirurgisk verksamhet
 Kärllirurgisk verksamhet Neurokirurgisk verksamhet
 Annan kirurgisk verksamhet

d. Blandad medicinsk och kirurgisk verksamhet

e. Rehabiliteringsverksamhet

f. Annan verksamhet: _____

m. Anesteziologija

Välj ett svarsalternativ för följande påståenden om din arbetsplats. Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

	Stämmer mycket dåligt ▼	Stämmer ganska dåligt ▼	Varken eller ▼	Stämmer ganska bra ▼	Stämmer mycket bra ▼
1. På den här arbetsplatsen stöttar vi varandra	1	2	3	4	5
2. Vi har tillräcklig bemanning för att klara arbetsbelastningen	1	2	3	4	5
3. När det är mycket arbete som måste utföras snabbt, arbetar vi tillsammans som ett team för att få arbetet avklarat	1	2	3	4	5
4. På den här arbetsplatsen behandlar vi varandra med respect	1	2	3	4	5

	Stämmer mycket dåligt ▼	Stämmer ganska dåligt ▼	Varken eller ▼	Stämmer ganska bra ▼	Stämmer mycket bra ▼
5. Personal på den här arbetsplatsen arbetar fler timmar än vad som är bra för vården av patienterna	1	2	3	4	5
6. Vi arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten	1	2	3	4	5
7. Vi använder personal från bemanningsföretag eller tillfällig personal mer än vad som är bra för vården av patienterna	1	2	3	4	5
8. Personal upplever att deras misstag läggs dem till last	1	2	3	4	5
9. Misstag har lett till positiva förändringar här	1	2	3	4	5
10. Det är bara tur att inga allvarigare misstag sker här	1	2	3	4	5
11. När det blir hektiskt för några på arbetsplatsen, kommer andra och hjälper till	1	2	3	4	5

12. När en
avvikelse
rapporteras, känns
det som att det är
personen som
utpekats istället för
problemet

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

13. När vi har infört
förändringar för att
förbättra
patientsäkerheten
utvärderar vi
effekten

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

14. Vi arbetar
under mycket hård
press och försöker
göra alltför mycket,
alltför snabbt

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

15.
Patientsäkerheten
offras aldrig för att
vi ska hinna få mer
gjort

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

16. Personalen
oroar sig för att de
misstag de gjort
sparas i deras
personalakt

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

17. Vi har problem
med
patientsäkerheten
på den här
arbetsplatsen

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

18. Våra rutiner
och system är bra
på att förhindra att
fel inträffar

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

AVSNITT B: Din närmaste chef

Välj ett svarsalternativ för följande påståenden.

Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

	Stämmer mycket dåligt ▼	Stämmer ganska dåligt ▼	Varken eller ▼	Stämmer ganska bra ▼	Stämmer mycket bra ▼
1. Min närmaste chef uttrycker sin uppskattning när han eller hon ser att en uppgift utförs enligt fastställda patientsäkerhetsrutiner	1	2	3	4	5
2. Min närmaste chef beaktar på allvar medarbetarnas förslag till förbättringar av patientsäkerheten	1	2	3	4	5
3. När arbetsbelastningen ökar vill min närmaste chef att vi ökar tempot, även om det innebär att vi måste ta genvägar	1	2	3	4	5
4. Min närmaste chef förbiser patientsäkerhetsproblem som upprepas om och om igen	1	2	3	4	5

AVSNITT C: Kommunikation

Välj ett svarsalternativ för följande påståenden.

Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

	Aldrig ▼	Sällan ▼	Ibland ▼	Ofta ▼	Alltid ▼
1. Vi får återkoppling om de förändringar som genomförts baserade på avvikelserapporter	1	2	3	4	5

2. Personalen säger utan tvekan ifrån om de ser något som kan påverka vården av patienterna negativt	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

3. Vi informeras om de misstag som görs på vår arbetsplats	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

4. Personalen kan öppet ifrågasätta chefers och auktoriteters beslut eller handlingar	1	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

5. På den här arbetsplatsen diskuterar vi hur vi ska undvika att fel inträffar igen	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

6. Personalen är rädd för att ställa frågor när något inte verkar stå rätt till	1	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

AVSNITT D: Bedömning av patientsäkerhetsnivån

Välj ett svarsalternativ för följande påståenden.

Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
▼	▼	▼	▼	▼

1. När ett misstag görs, men upptäcks och rättas till innan det påverkar patienten, hur ofta rapporteras det?	1	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

2. När ett misstag görs, som inte hade kunnat skada patienten, hur ofta rapporteras det?	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

3. När ett misstag görs, som hade kunnat skada patienten, men inte gjorde det, hur ofta rapporteras det?	1	2	3	4	5
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

AVSNITT E: Bedömning av patientsäkerhetsnivån

Gör en bedömning av patientsäkerhetsnivån på din arbetsplats.

A Utmärkt **B** Mycket bra **C** Acceptabel **D** Mindre bra **E** Dålig

AVSNITT F: Ditt sjukhus, din vårdcentral eller motsvarande

Välj ett svarsalternativ för följande påståenden.

Om du inte vill eller kan besvara en fråga – hoppa över frågan.

	Stämmer mycket dåligt ▼	Stämmer ganska dåligt ▼	Varken eller ▼	Stämmer ganska bra ▼	Stämmer mycket bra ▼
1. Högsta ledningen har skapat ett arbetsklimat som främjar patientsäkerheten	1	2	3	4	5
2. Enheter kan inte samverka på ett bra sätt	1	2	3	4	5
3. Saker och ting "faller mellan stolarna" då patienter överförs från en enhet till en annan	1	2	3	4	5
4. Det råder ett gott samarbete mellan de enheter som behöver arbeta tillsammans	1	2	3	4	5
5. Viktig information om patientens vård tappas ofta bort när ett arbetslag avlöser	1	2	3	4	5

ett annat

6. Det är ofta otryggt att arbeta tillsammans med personal från andra enheter

1 2 3 4 5

7. Problem uppstår ofta vid utbyte av information mellan enheter

1 2 3 4 5

8. Högsta ledningens agerande visar att patientsäkerheten har högsta prioritet

1 2 3 4 5

9. Högsta ledningen verkar endast intressera sig för patientsäkerheten när en vårdskada inträffat

1 2 3 4 5

10. Enheter samarbetar bra för att ge patienterna den bästa vården

1 2 3 4 5

11. Skiftbyten är problematiska för patienterna på den här enheten

1 2 3 4 5

AVSNITT G: Rapporterade avvikelser och risker samt information och stöd vid vårdskada

1. Hur många avvikelser (vårdskador eller händelser som hade kunnat medföra vårdskada) har du skriftligen rapporterat de senaste 12 månaderna?

- A** Ingen **B** 1 till 2 **C** 3 till 5 **D** 6 till 10 **E** 11 till 20 **F** 21 eller fler

2. Hur många risker (möjlighet att en vårdskador skall inträffa) har du skriftligen rapporterat under de senaste 12 månaderna?

- A** Ingen
 B 1 till 2
 C 3 till 5
 D 6 till 10
 E 11 till 20
 F 21 eller fler

Stämmer mycket dåligt **Stämmer ganska dåligt** **Varken eller** **Stämmer ganska bra** **Stämmer mycket bra**
 ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

1. På min arbetsplats får patienter/närstående som drabbats av en vårdskada en ursäkt och ett beklagande av det som har hänt	1	2	3	4	5
2. På min arbetsplats får patienter/närstående som drabbats av en vårdskada information om vad som hänt, varför det hände och vad som görs för att förhindra att liknande händelser inträffar	1	2	3	4	5
3. På min arbetsplats får patienter/närstående som har drabbats av en vårdskada stöd och hjälp att bearbeta och hantera det som har hänt	1	2	3	4	5

4. På min arbetsplats får patienter/närstående som drabbats av en vårdskada information om möjligheten att söka ersättning från patientförsäkringen

1 2 3 4 5

5. På min arbetsplats får personal som varit delaktig i den vård som ledde till en vårdskada information om vad som görs för att förhindra att liknande händelser inträffar

1 2 3 4 5

6. På min arbetsplats får personal som varit delaktig i den vård som ledde till en vårdskada stöd och hjälp att bearbeta och hantera det som hänt

1 2 3 4 5

AVSNITT H: Bakgrundsinformation

Ovi podaci mogu biti korisni u analizi rezultata ankete.

1. Kön a.Man b.Kvinna

2. Hur gammal är du?

- a. 18-24 år d. 44-54 år
 b. 25-34 år e. 55-54 år
 c. 35-44 år f. 55-64 år

3. Hur länge har du arbetat inom vården?

- a. Mindre än 1 år
- b. 1 till 5 år
- c. 6 till 10 år
- d. 11 till 15 år
- e. 16 till 20 år
- f. 21 år eller längre

4. Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

- a. Mindre än 1 år
- b. 1 till 5 år
- c. 6 till 10 år
- d. 11 till 15 år
- e. 16 till 20 år
- f. 21 år eller längre

5. Hur många timmar innehåller vanligtvis din arbetsvecka inklusive övertid

- a. Färre än 20 timmar per vecka
- b. 20 till 39 timmar per vecka
- c. 40 till 59 timmar per vecka
- d. 60 till 69 timmar per vecka
- e. 70 timmar per vecka eller mer

6. Vilken funktion har du på din arbetsplats? Välj ett alternativ

- a. Sjuksköterska, legitimerad
- b. Specialistsjuksköterska

7. Arbetar du med patientnära vårdarbete?

- a. Ja
- b. Nej

8. Hur länge har du arbetat inom ditt nuvarande yrke?

- a. Mindre än 1 år
- b. 1 till 5 år
- c. 6 till 10 år
- d. 11 till 15 år
- e. 16 till 20 år
- f. 21 år eller längre

AVSNITT I: Dina kommentarer

Ge gärna förbättringsförslag och synpunkter på patientsäkerheten och patientsäkerhetsarbetet på din arbetsplats.

ANNEX 2: Versió espanyola de la HSOPSC

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales

Instrucciones

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla apenas le llevará unos 15 minutos.

- Un “incidente” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- “Seguridad del paciente” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Sección A: Su servicio/unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo e indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente..	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar el trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

Piense acerca de su hospital de trabajo...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

9. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus supervisores.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

6. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>16. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>17. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
<p>18. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

ANNEX 3: Versió croata de la HSOPSC



Upitnik o kulturi bolesnikove sigurnosti u bolnici

UPUTE

Ovaj upitnik ispituje vaše stavove o sigurnosti pacijenata, pogreškama u liječenju te izvještavanju o neželjenim događajima u vašoj bolnici. Za ispunjavanje će vam trebati 10-15 minuta.

“Neželjeni događaj” definira se kao bilo koji tip pogreške, incidenta ili otklona bez obzira je li doveo ili nije doveo do oštećenja bolesnika.

“Bolesnikova sigurnost” definira se kao izbjegavanje i sprečavanje oštećenja ili neželjenih događaja proizašlih iz procesa zdravstvene skrbi

ODJELJAK A: Vaše mjesto rada/odjel

Koje je vaše primarno mjesto rada ili odjel u bolnici? Označiti samo jedan krug kao odgovor.

- a. Više različitih odjela/ni jedan posebno
- b. Medicinski (ne-kirurški) g. Intenzivna njega l. Radiologija
- c. Kirurški h. Psihijatrija/mentalno zdravlje m. Anesteziologija
- d. Opstetricija i. Rehabilitacija n. Drugo, navesti točno:
- e. Pedijatrija j. Farmacija
- f. Hitni prijem k. Laboratorij
-

Molimo da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašem radnom mjestu/odjelu. Odgovorite označavanjem jednog kružića.

Odnosi se na vaše radno mjesto/odjel u bolnici...	Izričito se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	Ni jedno ni drugo ▼	Slažem se ▼	Izričito se slažem ▼
1. Na ovom odjelu zaposlenici podupiru jedni druge	1	2	3	4	5
2. Na odjelu imamo dovoljno osoblja za obavljanje svih radnih zadataka	1	2	3	4	5
3. Kada u kratkom vremenu treba obaviti mnogo posla, radimo zajedno radimo kao tim	1	2	3	4	5
4. Na ovom odjelu ljudi poštuju jedni druge	1	2	3	4	5
5. Osoblje na ovom odjelu radi dulje no što je poželjno s gledišta sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
6. Mi aktivno poduzimamo mjere za poboljšanje sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
7. Koristimo više osoblja za povremenu ispomoć nego što je potrebno u cilju pružanja najbolje njege	1	2	3	4	5

8. Osoblje osjeća da se njihove greške usmjeravaju protiv njih

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Na ovom odjelu, pogreške se dovode do pozitivnih promjena

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Prava je slučajnost da se ovdje ne događaju puno ozbiljnije pogreške

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Kada dio odjela bude zatrpan poslom, ostali priskoče u pomoć

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Kada se prijavi neželjeni događaj, osjeća se kao da se ukazuje na osobu, a ne na problem

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Nakon što uvedemo promjene da bismo poboljšali sigurnost pacijenata, procjenjujemo učinkovitost

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Radimo po "kriznom modelu" nastojeći učiniti što više, što brže

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Nikada ne žrtvujemo sigurnost pacijenata da bi napravili više posla

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Osoblje se boji da će ogreške koje su im se dogodile ostati zabilježene u njihovom dosjeu

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. Na ovom odjelu imamo problema sa sigurnošću pacijenata	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

18. Naši postupci i organizacija rada dobro preveniraju pogreške	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

ODJELJAK B: Vaš šef/rukovoditelj

Molimo da iskažete svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašem neposrednom supervizoru/rukovoditelju ili osobi kojoj ste direktno odgovorni.

			Ni		
	Izričito	Ne	jedno	Slažem	Izričito
	se ne	slažem	ni	se	se
	slažem	se	drugo	se	slažem
	▼	▼	▼	▼	▼

1. Moj supervizor/rukovoditelj izražava pohvalu kada je posao obavljen prema usvojenim principima sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

2. Moj supervizor/rukovoditelj uzima u obzir prijedloge osoblja za poboljšanje sigurnosti pacijenata	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

3. U slučaju povećane količine posla moj supervizor/rukovoditelj traži od nas da radimo brže, čak i po cijenu rada na prečac	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

4. Moj supervizor/rukovoditelj zanemaruje probleme sigurnosti pacijenata koji se opetovano ponavljaju	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

ODJELJAK C: Komunikacije

Koliko često se u vašem radnom okruženju/odjelu događa sljedeće?

Odnosi se na vaše adnom mjesto/odjelu...	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Uvijek
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Dobivamo povratnu informaciju o promjenama uvedenim na osnovi prijava neželjenih događaja	1	2	3	4	5
2. Osoblje slobodno upozorava ako uoči nešto što može imati negativan učinak na liječenje bolesnika	1	2	3	4	5
3. Informirani smo o pogreškama koje se dogode na odjelu	1	2	3	4	5
4. Osoblje se osjeća lobodnim preispitivati odluke ili postupke pretpostavljenih	1	2	3	4	5
5. Na ovom odjelu raspravljamo o načinima kako spriječiti ponavljanje pogrešaka	1	2	3	4	5
6. Osoblje se boji postavljati pitanja kad im se čini da nešto nije u redu	1	2	3	4	5

ODJELJAK D: Učestalost prijavljivanja neželjenih događaja

Koliko često šaljete prijavu kada se na vašem radnom mjestu/odjelu dogode sljedeće pogreške?

Nikad Rijetko Ponekad Često Uvijek

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

1. Kada se dogodi pogreška, ali bude uočena i ispravljena prije no što naštetiti bolesniku, koliko često to prijavite?

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

2. Kada se dogodi pogreška, ali ne može izazvati štetne posljedice za bolesnika, koliko često to prijavite?

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

3. Kada se dogodi pogreška koja može naškoditi bolesniku, ali nije naškodila, koliko često to prijavite?

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

ODJELJAK E: Razina sigurnosti pacijenata

Ocijenite prosječnu razinu sigurnosti pacijenata na svom radnom mjestu/odjelu. Označiti samo jedno.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A | B | C | D | E |
| Odlična | Vrlo
dobra | Prihvatljiva | Loša | Nikakva |

ODJELJAK F: Vaša bolnica

Označite svoje slaganje ili neslaganje sa sljedećim navodima o vašoj bolnici.

Odnosi se na vašu bolnicu...	Izričito se ne slažem ▼	Ne slažem se ▼	ni jedno ni drugo ▼	Slažem se ▼	Izričito se slažem ▼
---------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---------------------------------	-------------------	-------------------------------

1. Bolnički menadžment stvara klimu koja

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

poboljšava sigurnost pacijenata					
2. Bolnički odjeli ne surađuju najbolje međusobno	1	2	3	4	5
3. Dokumentacija se zametne prilikom premještanja bolesnika s jednog odjela na drugi					
4. Dobra je suradnja među bolničkim odjelima koji trebaju raditi zajedno	1	2	3	4	5
5. Važni podaci o liječenju pacijenata često se izgube prilikom primopredaje službe					
6. Često je neugodno raditi s osobljem s drugih bolničkih odjela	1	2	3	4	5
7. Problemi uvijek nastanu pri razmjeni informacija između bolničkih odjela					
8. Aktivnosti bolničkog menadžmenta pokazuju da je sigurnost pacijenata vrhunski prioritet.	1	2	3	4	5
9. Čini se da se bolnički menadžment zanima za sigurnost pacijenata samo nakon što je do neželjenog događaja došlo					
10. Bolnički odjeli dobro	1	2	3	4	5

zajedno surađuju da bi
bolesnicima pružili
najbolju skrb

11. Promjene smjena su za bolničke bolesnike problematične	1	2	3	4	5
------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

ODJELJAK G: Broj izvještaja o neželjenom događaju

9.U posljednjih 12 mjeseci, koliko ste izvještaja o neželjenom događaju ispunili i poslali?

- a. Niti jedan
- b. 1 do 2 izvještaja
- c. 3 do 5 izvještaja
- d. 6 do 10 izvještaja
- e. 11 do 20 izvještaja
- f. 21 izvještaj ili više

ODJELJAK H: Osobni podaci

Ovi podaci mogu biti korisni u analizi rezultata ankete.

1 Koliko dugo radite u ovoj bolnici?

- a. Manje od 1 godine
- b. 1 do 5 godina
- c. 6 do 10 godina
- d. 11 do 15 godina
- e. 16 do 20 godina
- f. 21 godina ili više

2 Koliko dugo radite na svom trenutnom radnom mjestu/odjelu?

- a. Manje od 1 godine
- b. 1 do 5 godina
- c. 6 do 10 godina
- d. 11 do 15 godina
- e. 16 do 20 godina
- f. 21 godina ili više

3 Koliko obično sati tjedno radite u ovoj bolnici?

- a. Manje od 20 sati tjedno
- b. 20 do 39 sati tjedno
- c. 40 do 59 sati tjedno
- d. 60 do 79 sati tjedno
- e. 80 do 99 sati tjedno
- f. 100 sati tjedno ili više

4 Koja je vaša pozicija u ovoj bolnici? Označiti **jedan odgovor koji to najbolje opisuje.**

- a. medicinska sestra
- b. viša medicinska sestra
- c. odjelni liječnik
- d. odjelni činovnik/administrator
- e. fizioterapeut
- f. tehničar (npr., EKG, Lab, Radiologija)

- d.specijalizant
- e.farmakolog
- f.dijetetičar

- j.administracija/uprava
 - k.drugo, molimo navesti:
-

5 Jeste li na svom poslu u neposrednom kontaktu s bolesnicima?

- a.DA
- b.NE

6 Koliko dugo radite u svom trenutnom zvanju/specijalizaciji?

- a.Manje od 1 godine
- b.1 do 5 godina
- c.6 do 10 godina
- d.11 do 15 godina
- e.16 do 20 godina
- f.21 godina ili više

ODJELJAK I: Vaši komentari

Slobodno upišite bilo kakav komentar o sigurnosti pacijenata, pogreškama ili prijavi neželjenih događaja u svojoj bolnici.

ANNEX 4: Dimensions i ítems de la HSOPSC

DIMENSIONS I ÍTEMS DE LA HSOPSC

1. FREQUÈNCIA D' ESDEVENIMENTS NOTIFICATS

- P.40.- Es notifiquen els errors que són descoberts i corregits abans d'afectar al pacient
- P.41.- Es notifiquen els errors que previsiblement no danyaran el pacient
- P.42.- Es notifiquen els errors que no han tingut conseqüències adverses encara que previsiblement podrien haver danyat al pacient

2. PERCEPCIÓ DE SEGURETAT

- P.15.- Mai s'augmenta el ritme de treball si això implica sacrificar la seguretat del pacient
- P.18.- Els nostres procediments i mitjans de treball són bons per a evitar errors en l'assistència
- P.10.- No es produeixen més fallades per casualitat
- P.17.- En aquesta unitat hi ha problemes relacionats amb la "seguretat del pacient"

3. ESPECTATIVES I ACCIONS DE LA DIRECCIÓ/SUPERVISIÓ DE LA UNITAT/SERVEI QUE AFAVOREIXEN LA SEGURETAT

- P.19.- El meu superior/cap expressa la seva satisfacció quan intentem evitar riscos en la seguretat del pacient
- P.20.- El meu superior/cap te en compte, seriosament, els suggeriments que li fa el personal per a millorar la seguretat del pacient
- P.21.- Quan augmenta la pressió del treball, el meu superior/cap pretén que treballem més ràpid, encara que es pugui posar en risc la seguretat del pacient
- P.22.- El meu superior/cap, passa per alt els problemes de seguretat del pacient que passen habitualment

4. APRENENTATGE DE L' ORGANITZACIÓ

- P.06.- Tenim activitats dirigides a millorar la seguretat del pacient
- P.09.- Quan es detecta alguna fallada en l'atenció al pacient es duen a terme les mesures apropiades per a evitar que passi de nou
- P.13.- Els canvis que fem per a millorar la seguretat del pacient s'avaluen per a comprovar la seva efectivitat

5. TREBALL EN EQUIP A LA UNITAT/SERVEI

P.01.- El personal es recolza mútuament

P.03.- Quan tenim molta feina, col·laborem tots com un equip per a poder-la acabar

P.04.- En aquesta unitat ens tractem tots amb respecte

P.11.- Quan algú està sobrecarregat de feina, sol trobar ajuda en els companys

6. FRANQUESA EN LA COMUNICACIÓ

P.35.- Quan el personal veu quelcom que pot afectar negativament a l'atenció que rep el pacient, parla d'això amb total llibertat

P.37.- El personal pot qüestionar amb total llibertat les decisions o accions dels seus superiors/caps

P.39.- El personal té por de fer preguntes sobre el que sembla que s'ha fet de forma incorrecta

7. FEED-BACK I COMUNICACIÓ SOBRE ELS ERRORS

P.34.- Quan notifiquem algun incident, ens informen sobre quin tipus d'actuacions s'han dut a terme

P.36.- Se'ns informa dels errors que passen en aquest servei/unitat

P.38.- En el meu servei/unitat discutim de quina manera es pot evitar que un error torni a passar

8. RESPOSTA NO PUNITIVA ALS ERRORS

P.08.- Si els companys o els superiors se n'assabenten de que has comès algun error, ho utilitzen en la teva contra

P.12.- Quan es detecta alguna fallada, abans de buscar la causa, busquen "un culpable"

P.16.- Quan es comet un error el personal te por que això quedi en el seu expedient

9. DOTACIÓ DE PERSONAL

P.02.- Hi ha suficient personal per afrontar la càrrega de treball

P.05.- A vegades, no es pot proporcionar la millor atenció al pacient perquè la jornada laboral és esgotadora

P.07.- En ocasions no es presta la millor atenció al pacient perquè hi ha massa substituïts o personal temporal

P.14.- Treballem sota pressió per a realitzar moltes coses massa depressa

10. SUPORT DE LA GERÈNCIA DE L'HOSPITAL EN RELACIÓ A LA SEGURETAT DEL PACIENT

P.23.- La gerència o la direcció del centre facilita un clima laboral que afavoreix la seguretat del pacient

P.30.- La gerència/direcció del centre mostra amb fets que la seguretat del pacient és una de les seves prioritats

P.31.- La gerència/direcció del centre només sembla interessar-se per la seguretat del pacient quan ja ha passat algun esdeveniment advers en un pacient

11. TREBALL EN EQUIP ENTRE UNITATS/SERVEIS

P.26.- Hi ha una bona cooperació entre les unitats/serveis que han de treballar conjuntament

P.24.- Les diferents unitats/serveis del centre no es coordinen bé entre elles

P.32.- Els serveis/unitats treballen de forma coordinada entre sí per a proporcionar la millor atenció possible als pacients

P.28.- Sol resultar incòmode haver de treballar amb personal d'altres serveis/unitats

12. PROBLEMES EN ELS CANVIS DE TORN I TRANSICIONS ENTRE SERVEIS/UNITATS

P.25.- La informació dels pacients es perd, en part, quan aquests es transfereixen des d'una unitat/servei a l'altra

P.27.- En els canvis de torn, es perd amb freqüència informació important sobre l'atenció que ha rebut el pacient

P.29.- L'intercanvi d'informació entre els diferents unitats/serveis és habitualment problemàtic

P.33.- Sorgeixen problemes en l'atenció als pacients com a conseqüència dels canvis de torn.

Font: AHRQ

ANNEX 5: Guia d'entrevista semiestructurada

INTERVIEW GUIDE

Introduction (Presentations and explanation of the project.....)

I am going to make some questions related to your workplace. You are free to avoid answer any question at any time. Be free to answer the 15 questions, the interview is anonymous and the aim is to understand the patient safety culture of your hospital. If you give me permission I will record the interview for a further transcription and data management.

1. How long have you work in the unit?
2. What kind of work do you do?
3. How many beds have you got? How many staff works on shift in your unit? Do you have work pressure on shift? What kind of pressure?
4. Have you ever heard the term patient safety culture? What do you understand for patient safety and patient safety culture?
5. Do you receive any training related to patient safety at work? What training? Why do you think that it is related to patient safety?
6. Do you think that there is a relation between the patient safety culture of the hospital and the culture and resources of your country? Why?
7. Do you think there is a good communication between the staff and units? Do you identify mistakes related to communication? Can you give some examples?
8. Do you think the system and protocols are good at preventing errors from happening? Why? Can you give some examples?
9. Do you apply double checking in some actions at work? What is your opinion about it?
10. Do you think that actions for patient safety are always present on your actions at your workplace? Why? Can you give examples?
11. Do hospital managers provide a work climate that promotes patient safety? If not, why? In which cases? Is it a priority for the managers?
12. Do you think pressure put at risk the patient? Why?
13. Staff will freely speak up if they see something wrong? Why?
14. Have you work in any other hospital? Do you identify differences related to patient safety between hospitals? What are the similitudes and differences?
15. There is any other information that you want to add related to patient safety? Thanks for your contribution on the project.

**ANNEX 6: Full d'informació de la recerca en
anglès**

PARTICIPANT INFORMATION SHEET FOR THE PROFESSIONALS PARTICIPATING IN THE STUDY (PIS)

Study title: Patient safety culture in nursing practice in Europe

Principal researcher: Nina Granel

INFORMATION:

We would like to invite you to participate in this research project. You should only participate if you want to; choosing not to take part will not disadvantage you in any way. Before you decide whether you want to take part, it is important for you to understand why the research is being done and what your participation will involve. Please take time to read the following information carefully and discuss it with others if you wish. Ask us if there is anything that is not clear or if you would like more information.

The study has been approved by the Clinical Research Ethics Committee. Our intention is to provide the right information and enough power to assess and judge whether you want to participate in the study.

Background:

The World Health Organization (WHO) defined the patient safety culture as a priority line of research in developed countries in 2008.^{1,2} Nursing plays a fundamental role in patients' safety, taking into account that avoidable adverse effects such as (medication errors, UPP, lack of information, falls, nosocomial infections ...) are majoritarian nursing competences.³

Main objective:

To compare the perception of safety culture from the experience of nurses in several European countries: Croatia, Hungary, Italy, Spain, Sweden and the UK.

Specific objectives:

1. Assess the perception of patient safety culture in the participating countries. 2. Understand the context in which the nursing practice is developed. 3. Analyze the live experience of the nurses participating in the study related to the patient safety in practice.

Methods:

The study emerges from the constructive paradigm, the reality is what the nurses perceive to be patient safety and it is socially constructed, it change with changes in nurses perceptions.

The methodology of the study is based on a mixed methods research. The mixed method design to be applied is the convergent parallel design, it consist of collect and analyze both quantitative and qualitative data during the same phase of the research process and then merges the two sets of results into an overall interpretation.

Data for the quantitative approach will be collected from the nursing staff of each country participant through the validated scale Hospital Survey on Patient Safety Culture. (HSOPSC) from the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Data for the qualitative approach will be collected through non participant observation of the nurses at their workplace and in-depth interviews. The number of interviews and the hours of observation cannot be determined (Qualitative data in each country will be collected until achieve the saturation).

What If you have Questions about the Project?

Please contact Nina Granel at nina.granel@gmail.com, by phone at 0034606094043

It is up to you to decide whether to take part or not. If you decide to take part you are still free to withdraw at any time and without giving a reason.

References:

- 1.OMS. La Investigación en Seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [Monografía en línea]. OMS. 2008.
2. Padilla P. Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC. Europubhealth. Copenhagen; 2012.
3. Pérez A, Frias S, López M, Vilaño MA, Fernández R, Moreno A. La medición de la cultura de Seguridad del paciente: una revisión bibliográfica. Rev ROL enfermería 2013; 36(9):602-607

ANNEX 7: Full d'informació de la recerca en castellà

INFORMACIÓN DIRIGIDA A LOS PARTICIPANTES DE ESTUDIO.

Título del estudio: Percepción enfermera de la cultura de seguridad del paciente en Europa.

Investigadora principal: Nina Granel. MsC, RGN.

INFORMACION:

Este documento invita a participar en el proyecto doctoral “Percepción enfermera de la cultura de seguridad del paciente en Europa”. La intención es proporcionar la información adecuada para valorar la participación en el estudio y conocer de qué manera involucra a las enfermeras participantes. La participación es voluntaria i no remunerada, la renuncia a la participación no tiene consecuencias para los trabajadores. El estudio ha estado aprobado por la escuela de doctorado de la UAB, el departamento de enfermería de la UAB i por comités éticos de investigación de diversos países de la UE.

Antecedentes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el año 2008, la cultura de seguridad del paciente como línea prioritaria de investigación en los países desarrollados. 1, 2 La cultura de seguridad de una organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización. 1, 2, 3 Enfermería tiene un papel fundamental en la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que el tipo de efectos adversos evitables (errores de medicación, UPP, falta de información, caídas, infecciones nosocomiales, etc.) son, en gran parte, competencia enfermera. 3

Objetivo principal:

Comparar la percepción de cultura de seguridad a partir de la experiencia de profesionales de enfermería de 4 países de la Unión Europa: Croacia, Hungría, España y Suècia.

Objetivos específicos:

1. Valorar la percepción de cultura de seguridad del paciente mediante el cuestionario HSOPSC. 2. Valorar la cultura de seguridad en la práctica enfermera de los países participantes en el estudio. 4. Valorar donde se desarrolla la práctica enfermera para poder comprender la experiencia vivida de los profesionales. 5. Analizar cómo viven los profesionales enfermeros participantes en el estudio la seguridad del paciente en la práctica.

Metodología:

Estudio mixto cuantitativo / cualitativo. La muestra estará formada por el conjunto de enfermeras de las unidades de medicina interna, cirugía general y urgencias de 2 hospitales de cada país participante. Las variables de estudio son: los valores, creencias y normas de una organización, la presentación de informes de eventos, la comunicación adecuada, el liderazgo y la gestión. Los datos cuantitativos se obtendrán mediante el cuestionario validado al español sobre la cultura de seguridad del paciente en los hospitales. Los datos cualitativos se obtendrán mediante entrevistas y la observación no participante. En España no se obtendrán del centro donde trabaja la investigadora principal para evitar el riesgo de sesgo durante la recogida de datos, los datos cualitativos se obtendrán del otro centro participante.

Si tiene dudas sobre su participación contacte con la investigadora principal mediante el siguiente correo electrónico: nina.granel@gmail.com

Si decide participar, recuerde que puede decidir salir del estudio sin dar explicaciones.

Bibliografía:

- 1.OMS. La Investigación en Seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [Monografía en línea]. OMS. 2008.
2. Padilla P. Are there differences in patient safety between different countries using the HSOPSC. Europubhealth. Copenhagen; 2012.
3. Pérez A, Frias S, López M, Vilaño MA, Fernández R, Moreno A. La medición de la cultura de Seguridad del paciente: una revisión bibliográfica. Rev ROL enfermería 2013; 36(9):602-607

ANNEX 8: Consentiment informat en anglès

INFORMED CONSENT SHEET FOR THE PROFESSIONALS PARTICIPATING IN THE STUDY (ICS)

Study title: Patient safety culture in nursing practice in Europe

Principal researcher: Nina Granel

INFORMED CONSENT:

- I have read the Participants Information Sheet (PIS)
- I could ask questions about the Study.
- I talked to one of the members of the research.
- I understand that my participation is voluntary.
- I understand that I can withdraw from the study: When I want without given explanations.

I want to participate in the study and I give my consent to the access and use of my data on the conditions detailed on the Participants Information Sheet.

Print Name of Participant _____

Signature of Participant _____

Date _____

I confirm that the individual has not been coerced into giving consent, and the consent has been given freely and voluntarily. A copy of this ICF has been provided to the participant.

Print Name of Researcher/person taking the consent _____

Signature of Researcher /person taking the consent _____

Date _____

I confirm that the participant was given an opportunity to ask questions about the study, and all the questions asked by the participant have been answered correctly and to the best of my ability.

ANNEX 9: Consentiment informat en castellà

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS PARTICIPANTES DE ESTUDIO.

Título del estudio: Percepción enfermera de la cultura de seguridad del paciente en Europa.

Investigadora principal: Nina Granel. MsC, RGN

El participante de estudio acepta que,

- Ha leído el documento “Información y consentimiento informado dirigido a los participantes de estudio”
- Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.
- Ha entendido que la participación es voluntaria.
- Ha entendido que puede salir del estudio sin dar explicaciones.

Quiero participar en el estudio y doy mi consentimiento para utilizar para investigación las respuestas de la encuesta de cultura de seguridad del paciente en los hospitales (HSOPSC).

Nombre y firma del participante

Fecha _____

Confirmando que el participante no ha estado coaccionado para dar su consentimiento y que se ha administrado una copia del documento al participante.

Nombre y firma del investigador/ Persona que administra el documento

Fecha _____

ANNEX 10: Guia d'observació no participant

GUIA D'OBSERVACIÓ NO PARTICIPANT

1. Estructura organitzacional

1.1 Estructura física (espais on treballa el professional)

1.2 Recursos materials i humans (número de pacients i auxiliars per infermera, material disponible)

POSSIBLES RECURSOS MATERIALS	NOTES	POSSIBLES RECURSOS HUMANS	NOTES
Llits electrònics		Número d'infermeres matí	
Armaris, tauletes...		Número d'infermeres tarda	
Lavabos adaptats		Número d'infermeres nit	
Gimnàs		Número d'auxiliars matí	
Menjador i sala de dia per els pacients		Número d'auxiliars tarda	
Zona bruta		Número d'auxiliars nit	
Sala per personal		Metges matí	
Lavabo per personal		Metge tarda i nit i cap de setmana	
Sala reunió		Metge rehabilitador	
Sala de treball		Supervisora	
Habitació material cures		Fisioterapeutes	
Habitació de medicació		Terapeuta ocupacional	

Despatx mèdic		Personal de neteja	
Despatx supervisora		Logopeda	
Despatx secretaria		Camiller	
Despatx fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals		Encarregat dels menjars	
Accés restringit amb targeta electrònica		Secretària	
Estoc de medicació i material de cures.		Assistent social	
Ordinador, impressores		Podòleg	
Uniformes i identificació		Dietista	
Portes i finestres de seguretat		Psicòleg	
Dispensadors de guants i bosses passadissos		Perruquera	
Dispensadors solució alcohòlica passadissos		Familiars	
Màquina de destrucció de cunyes i ampolles de cartró			
ECG, Carro de parades, mesurador de glicèmia			
Televisors			
Tub d'aire comprimit connectat amb altres unitats i farmàcia			
Informació en suport paper sobre la unitat, educació sanitària i de prevenció			

Extintors i indicadors de sortides d'emergència			
--------------------------------------------------------	--	--	--

Material per la mobilització de pacients: caminadors, grues, crosses i cadires.

Aparell de mesura de l'INR			
-----------------------------------	--	--	--

2. La pràctica infermera

- 2.1 Organigrama del dia (horaris i temps destinat a cada tasca)
- 2.2 Característiques del canvi de torn oral (espai, durada, personal que hi assisteix, condicions...)
- 2.3 Habilitats clíniques que desenvolupa la infermera (tècniques, educació sanitària, escolta activa)
- 2.4 Procés d'administració de medicació.
- 2.5 Rols i relacions amb l'equip i pacients.
- 2.6 Protocols que segueix.
- 2.7 Tipus de documentació que implementa.



**Universitat Autònoma
de Barcelona**