

Ohutuskultuuri raamistik hooldusteenuseid pakkuvate asutuste näitel

Jaana Sepp¹

Taust. Edukad organisatsioonid suudavad olukorda ennetades reageerida makrokeskonna muutustele ja muutuda tänapäevaseks võrgustikuks, kus eri osapoolte koosmõjul moodustub vastastikku kasu toov süsteem. Proaktiivsuses nähakse organisatsioonisest võimet ennetuseks ja kohanemiseks, mille keskmes on ohutuskultuur oma toetava töökeskkonna, kaasava ja läbipaistva juhtimissüsteemi ning võimekate juhtidega. Varasemad uuringud on näidanud, et hoolekandeesutustes on pigem reaktiivne ohutuskultuur, ebaproportsionaalne füüsiline ja vaimne töökoormus ning võimalik negatiivne mõju pakutavate teenuste kvaliteedile.

Eesmärk. Töö eesmärgiks oli luua holistiline tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeesutuste ohutuskultuuri raamistik, mis põhineks võimalikel ohutust ennustavatel teguritel ning soodustaks hooldustöötajate ning patsientide/klientide ohutust ja heaolu.

Järeldused. Proaktiivse ohutuskultuuri eelduseks on karistusvaba kultuur ja toetav töökeskkond, mille keskmes on töötajate kaasamine ja vigadest õppimine. Hoolekandeesutustes ei ole vigadest õppimine laialt levinud praktika, pigem domineerib hirm karistuse ees. Ennetav ohutuskultuur sõltub organisatsiooni valmisolekust suurendada töötajate erialaoskusi ja soodustada töötajate psühhosotsiaalset heaolu. Kirjutises on defineeritud kaks uut subkultuuri: professionaalsete kompetentside kultuur ja psühhosotsiaalse heaolu kultuur, mis on nimetatud ohutuskultuuri proaktiivsuse eelduseks ja töötajate ohutut käitumist soodustavaks teguriks.

COVIDi-pandeemia esimese laine ajal leidis üle poolte surmaga lõppenud juhtudest aset hoolekandeesutustes (1). Pandeemia näitas, et hoolekandevaldkond vajab süsteemset ressurside juhtimist, sh kaasaegsete ja innovaatiliste juhtimispõhimõtete rakendamist (2). Sageli vajavad eakad korraga nii meditsiini- kui ka sotsiaalhoolekandeteenuseid, seega on multidistsiplinaarsete sotsiaal- ja tervishoiu mudelite väljatöötamine mõõdapääsmatu (3). Töötajate riskasutamine nimetatud valdkondades on tavakogemus ning organisatsioonide jaoks on oluline, et töötajatel oleksid sarnased hoiakud ja väärtused, mis väljenduvad ühtses organisatsioonikultuuris. Ohutuskultuuri on nimetatud tervishoiuteenuste kvaliteedi, sh ohutu teenuse tagamise võtmeindikaatoriks (4, 5).

Kõrge ohutuskultuuriga organisatsioonides on töötajad pühendunud ohutuse tagamisele, neis on väiksem patsiendi ohutuse

tagamata jätmisega seotud juhtumite ja tööõnnetuste arv, töötajad on rahulolevad ning organisatsiooni tulemused on kooskõlas seotud eesmärkidega. Ohutuskultuuri on defineeritud kui rühma ja isiku ühiste oskuste, väärtuste, uskumuste, hoiakute ja käitumisreeglite kogumit, mis peegeldub organisatsiooni liikmete pühendumises ohutusjuhtimise põhimõtete elluviimisele tõhusate ennetusmeetmetega organisatsiooni kõikidel tasanditel (6).

Ohutuskultuuri on võimalik vaadelda ohutuskliima kaudu, mida on nimetatud ohutuskultuuri mõõdetavaks komponendiks ja defineeritud kui rühma liikmete ohutusjuhtimise tajutud hoiakuid ohutusmeetmete, poliitika, protseduuride ja praktika kohta (7). Organisatsiooni seisukohast on oluline luua ohutuskultuur, mille tulemusel on rakendatud kõikvõimalikud ennetusmeetmed ning tagatud töötajate ja patsientide füüsiline ja psühholoogiline heaolu.

Eesti Arst 2023;
102(6-7):319-325

Saabunud toimetusse:
09.11.2022
Avaldamiseks vastu võetud:
07.03.2023
Avaldatud internetis:
22.06.2023

¹ Tallinna Tervishoiu
Kõrgkool

Kirjavahetajaautor:
Jaana Sepp
jaana.sepp@ttk.ee

Võtmesõnad:
ohutus, ohutuskultuur,
ohutusjuhtimine,
psühhosotsiaalsed riskid,
kompetentsid

Ohutuskultuur tervishoiuvaldkonnas on olnud paljude kontseptuaalsete käsitluste ja uuringute keskmes (8–12). Flini ohutuskliima mudelis on toodud välja, et ohutusjuhtimine mõjutab olulisel määral ohutusolukorda ja -taset organisatsioonis ning nõrga ohutuskliima tulemuseks on negatiivsed juhtumid ja vead nii töötajate kui ka patsientidega (11). Reason ja Hobbs vaatlesid ohutuskultuuri diferentseerimise kaudu ja pakkusid oma mudelis välja, et tervishoius sõltub ohutus järgmistest ohutuskultuuri subkultuuridest: õiglus, raporteerimine ja õppimine (12).

Varasemad uuringud on näidanud, et hoolekandeesutustes on patsiendiohutuskultuur madalam kui haiglates (9) ja hoolekandes puudub terviklik ohutuskultuuri kontseptsioon patsientide ja töötajate ohutusega seotud probleemide tõendus põhiseks lahendamiseks (13, 14). Lisaks ei ole teada, kuidas hooldusasutustes on korraldatud tervise- ja ohutusprobleemide käsitus (13, 15) ning kuidas mõjutab ohutusjuhtimine pakutavate teenuste kvaliteeti.

Tuginedes eelnimetatule, oli autori eesmärk luua tervishoiu- ja sotsiaalhoolekandeesutuste ohutuskultuuri holistiline raamistik, mis põhineks võimalikel ohutust ennustavatel teguritel ning soodustaks hooldustöötajate ning patsientide/klientide ohutust ja heaolu.

Peamine uurimisküsimus oli, kuidas tagada kõrge ohutuskultuur tervishoiu-

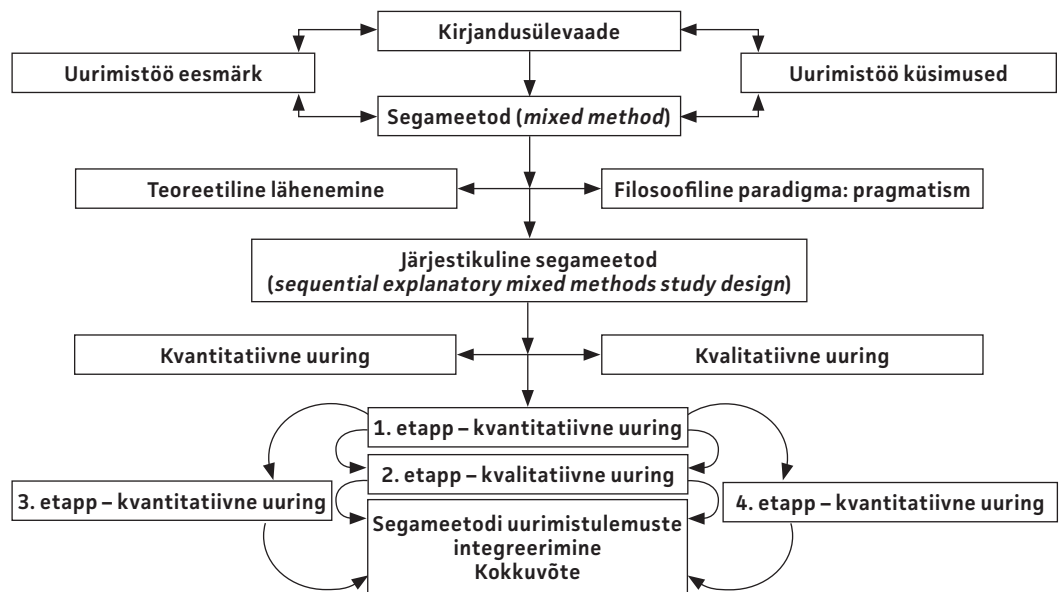
ja hoolekandeesutustes. Lisaks käsitleti uuringus seda, kuidas tajuvad hooldustöötajad ohutuskultuuri Eesti hoolekandeesutustes, millised töökeskkonna aspektid mõjutavad töötajate ohutuskäitumist ja kuidas hooldustöötajate erialalised oskused mõjutavad nende pühendumist ohutuse tagamisele ning kuidas psühhosotsiaalsete riskide juhtimine mõjutab töötajate heaolu ja ohutuskäitumist. Autor lähenes probleemile organisatsioonikultuuri diferentseerimise kaudu (16), ühelt poolt olid uurimises keskseteks mõisteteks ohutuskultuuri funktsionaalsed subkultuurid, teisalt ühe konkreetse valdkonnaga seotud erialaspetsialistid.

METOODIKA

Uurimistöös sõnastatud probleemi lahendamise põhineb pragmatismi filosoofilisel raamistikul. Pragmatism toetab probleemide tuvastamist (17), keeruliste nähtuste uurimist (18) kombineeritud uurimismeetodite abil. Tuginedes selle raamistiku multidistsiplinaarsele lähenemisele, kasutati kohandatud järjestikust kombineeritud ehk segameetodit (19). Uuringu kontseptuaalne raamistik on esitatud joonisel 1.

Andmete kogumine

Uurimisprotsess koosnes neljast iseseisvast uuringust, mis viidi läbi perioodil 2014–2017 (vt tabel 1). Esimeses etapis uuriti ohutuskultuuri ohutuskliimat klassikalise mõõt-



Joonis 1. Uurimistöo kontseptuaalne raamistik (autor Sepp, 2021).

Tabel 1. Uuringu disain ja läbiviimise protsess

Uuringu disain	Valim	Institutsiooni valiku kriteeriumid	Instrument
Kirjeldav, kvantitatiivne	15 institutsiooni, 233 vastajat. Valim 62,8%	Asutused, mis pakuvad järgmisi teenuseid: <ul style="list-style-type: none"> • õendusabi; • pikaajaline hooldus; • taastusravi; • palliatiivravi; • vähenenud kognitiivsete võimetega inimeste toetamine, hooldus 	Põhjamaade tööohutuskliima küsimustik (NOSACQ-50)
Kirjeldav, kvalitatiivne	6 institutsiooni, 73 vastajat		Fookusgrupi intervjuud, tööheaolu küsimustik (KIVAQ)
Kirjeldav, kvantitatiivne	7 institutsiooni, 241 vastajat. Valim 66,6%		Hooldustöötajate kompetentside küsimustik (CCQ)
	9 institutsiooni, 340 vastajat. Valim 66,8%		Kopenhaageni psühhosotsiaalse küsimustiku II versioon (COPSOQ-II)

mise kaudu ning teises etapis mindi süvitsi fookusgrupi intervjuudega, et selgitada välja mõõtmisinstrumentide ulatusest välja jäävad ohutuskäitumist mõjutavad aspektid. Ohutuskliima iseloomustamiseks kasutati Põhjamaade tööohutuse kliimaküsimustikku (*Nordic Safety Climate Questionnaire – NOSACQ-50*) (7, 20).

Teises etapis, rühmades suurusega 6–9 inimest, viidi hooldustöötajatega läbi poolstruktureeritud intervjuud. Intervjuud koosnesid kuuest teemast: pühendumus, suhtlemine, sh vigadest õppimine ja raporteerimine, juhtimine, koostöö, meeskonnatöö ja õppimine. Nende teemade kaudu olid eelnevalt määratud ohutussüsteemi ja -juhtimise õigluse aspektid. Lisaks kasutati vastajate heaolu uurimiseks tööheaolu küsimustikku (KIVAQ).

Kolmandas etapis loodi töötajate ameti- ja ohutuspädevuse ning ohutusele pühendumise vahelise seose uurimiseks hooldustöötajate kompetentside küsimustik (*Care workers' Competence Questionnaire – CCQ*). Neljandas etapis viidi läbi uuring, kasutades Kopenhaageni psühhosotsiaalse küsimustiku II versiooni (*Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ-II*) (21), et hinnata tööga seotud psühhosotsiaalseid riskitegureid ja heaolu ning nende seost töötajate vaimse tervise probleemidega.

Eesti- või venekeelsed paberküsimustikud jagati uuringusse kutsutud täiskohaga hooldustöötajatele, kes olid töötanud asutuses vähemalt ühe aasta. Uuringus kasutatud küsimustikud oli litsentsiga tõlkija tõlkinud nõuetekohaselt originaalkeelest eesti ja vene keelde ning tagasi. Küsimustikud olid läbi proovitud ja neid oli kohandatud

selle tulemustest lähtudes (22–25). Kokku osales uuringus 23 asutust (7 tervishoiu- ja 16 hoolekandeesutust), mis moodustasid juhuvalimi seatud kriteeriumite alusel (vt tabel 1), 4 asutust osales kõigis neljas etapis (2 tervishoiu- ja 2 hoolekandeesutust).

Andmete analüüs

Tagastatud andmed (NOSACQ-50, CCQ, COPSOQ-II) analüüsiti kirjeldava statistika abil (t-test, Spearmani korrelatsioonid, Pearsoni korrelatsioon, lineaarne regressioon ja Cronbachi alfa). Küsimustiku faktorstruktuuri eraldamiseks kasutati faktoranalüüsi. Põhikomponentide analüüsi ja Varimaxi rotatsiooni meetodit kasutati küsimustikus NOSACQ-50, T-testi dispersiooni määramiseks kasutati küsimustikes CCQ ja COPSOQ-II, Friedmani test tehti andmete analüüsimiseks küsimustikes NOSACQ-50 ja CCQ. Pearsoni korrelatsioonitesti kasutati lineaarse seose mõõtmiseks eelnevalt määratletud parameetrit vahel (NOSACQ-50; CCQ; COPSOQ-II).

Muutujate olemus oli vastutav suhete kindluse tõlgendamise eest. Iga korrelatsioon, mis ületas arvu 0,85 olulisuse tasemel 0,01, peeti väga tugevaks korrelatsiooniks; mõõdukas positiivne korrelatsioon üle 0,5 olulisel tasemel 0,05 loeti positiivseks. Väärtus alla 0,5 tunnustati nõrgaks või väga nõrgaks. „+“ või „-“ ei mõjuta tugevust (26).

Intervjuudega kogutud andmete käsitlemiseks kasutati sisuanalüüsi. Andmete analüüs algas väidete ja üldise arusaama saamiseks kõigi andmete korduvast lugemisest. Seejärel tekst kodeeriti, tõstes esmalt esile täpse sõna tekstist, mis paistis võtmemõtteid või -kontseptsioone peegeldavat.

Need kriteeriumid töötati välja uuringu eesmärgi järgides.

Osalemine uuringutes oli vabatahtlik, iga küsimustik sisaldas tutvustavat kaaskirja uuringu eesmärgi ja protsessi kohta. Intervjuudel tutvustati osalejatele samuti osalemise tingimusi, selgitati eesmärgi ja intervjuust loobumise põhimõtteid.

TULEMUSED JA ARUTELU

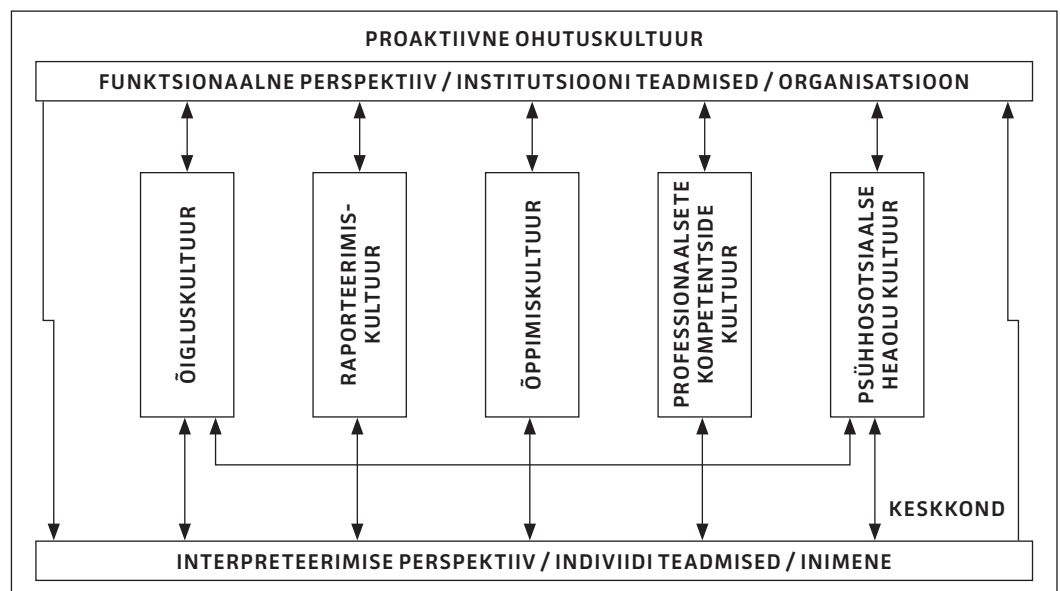
Uurimuse tulemusena selgus, et ühel erialaspetsialistide rühmal võib olla sarnane ohutuskäsitlus ja -kultuuri tajumine riigis. Uurimistöös uuriti ühe ametirühma (hooldustööd tegevad töötajad) arusaamu ja tehti kindlaks selle rühma ohutuskäitumisega seotud konkreetsed aspektid. Tulemused näitasid, et hooldustöötajad hindavad ohutuskliimat positiivseks ja ohutusregulatsiooni usaldusväärseks (22), kuid see ei peegeldu nende käitumises (23). Vigadest õppimine ja vigade registreerimine ei ole Eesti hoolekande- ja tervishoiuasutustes hooldustöötajate seas tavapärane. Olulisteks takistavateks teguriteks on hirm karistuse ees ning stigma (23). Juhtimise seisukohast on oluline tunnustada organisatsiooni vajadusi ja piiranguid, mis tulenevad inimkomponendist (*human component*).

Uurimuse tulemusel selgus, et töötajad, kes hindavad kõrgelt oma erialaseid oskusi, on pühendunud ohutusele ning altimad pakkuma mitmekülgset hooldusteenust

ja nõustamist nii hoolealustele kui ka nende lähedastele (24). Professionaalsete kompetentside kultuur on defineeritud kui organisatsiooni võimekus väärtustada ja kasutada nii formaalhariduse kui ka täienduskoolitusprogrammide võimalusi, et pakkuda töötajatele elukestvat õpet, professionaalse identiteedi ja erialaste kompetentside arengut (27). Organisatsioonid peavad muutuma tõhusateks teadmussiiddevõrgustikeks, kus töötajate professionaalsus toetab organisatsioonide eesmärkide elluviimist ja kvaliteetsete teenuste pakkumist (28).

Lisaks näitasid uuringu tulemused, et hooldustöötajad tajuvad suurt töökoormust ja on emotsionaalselt kurnatud ning see mõjutab nende vaimset tervist ja võimalikke töötulemusi, mis korreleeruvad läbipõlemise, stressi, somaatiliste ja depressiooni sümptomitega. Hooldustöötajad tajuvad, et neil ei ole võimalik oma töötegemist muuta/mõjutada, ning see võib olla motivatsiooni vähendavaks teguriks ning väljendub töötajate suhtumises tööohutusse. Lisaks mõjutab kõrge emotsionaalne kurnatus töötajate mälu, keskendumis- ja otsustusvõimet (25).

Psühhosotsiaalsete riskitegurite vähendamisel kannab olulist rolli juhtimine ja eestvedamine (29, 30). Uurimistulemustest nähtub, et töötajate tunnustamine, juhtide toetus, sotsiaalne kaasatus ja juhtimise parem kvaliteet mõjub positiivselt töötajate vaimsele tervisele. Oluline on luua hoole-



Joonis 2. Tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna ohutuskultuur Reasoni ja Hobbsi (12) järgi (autori täiendustega).

kandeesutustes positiivne psühhosotsiaalne töökeskkond ja parandada seeläbi töötajate heaolu, mis peab kuuluma juhtide väärtuste paketti. Juhtide ülesanne on luua positiivne psühhosotsiaalse heaolu kultuur, mis toetab töötajate vaimset tervist ja heaolu kvaliteetse juhtimise, adekvaatsete tööõuete ning sobiva töökorralduse kaudu. Lisaks soodustab positiivne psühhosotsiaalse heaolu kultuur toetavaid suhteid töökohal nii kolleegide vahel kui ka juhtide ja töötajate vahel (27).

Uurimuse oluliseks panuseks on, et ühe erialarühma põhjal jaotati ohutuskultuur astmeisse, mille tulemusel selgus, et hooldustöötajad ei taju ohutust organisatsiooni sees väärtustatuna, vaid tunnetavad seda pigem riiklike õigusaktide doktriinina (23). Antropoloogilise ohutuskultuuri vaatest on oluline postsovetlikus ruumis arvestada hoiakute ja käitumise võimalikku ebakõla.

Uurimistöö teiseks panuseks on Reasoni ja Hobbsi lähenemise täiendamine (12). Lisaks eelnevalt artiklis nimetatud ohutuskultuuri subkultuuridele – õiglus, raporteerimine ja õppimine – peab tervishoiu- ja hoolekandeesutustes looma professionaalsete kompetentside ja psühhosotsiaalse heaolu kultuuri. Autor leidis tõestust, et hooldustöötajate käitumist mõjutavad tegurid on seotud eelnevalt loetletud ohutuskultuuri subkultuuridega ning on ohutuskultuuri holistilise kontseptuaalse raamistiku aluseks (vt joonis 2).

Pakutud ohutuskultuuri raamistik loob eelkõige subkultuuride keskse pideva hindamise ja täiustamise kaudu eelduse töötajate ohutuks käitumiseks ning seeläbi kvaliteetse teenuse pakkumiseks. Loodud raamistik on proaktiivse iseloomuga, mis eeldab organisatsiooni pidevat täiustamist, vigadest õppimist, läbipaistvust ning otsuste vastuvõtmist usaldusväärsete andmete põhjal. Uurimuse oluliseks panuseks on läbi katsetatud ja kasutatud instrumendid, millega on võimalik organisatsioonide tasandil hinnata ohutuskultuuri multidistsiplinaarselt.

Tulemuste põhjal on soovitatud täiendada hooldustöötajate õppekava iseseisva ohutusmooduliga, et paraneks töötajate arusaam ohutusest, ohutuskäitumist mõjutavatest teguritest ning ohutussüsteemist tulenevate reeglite ja protseduuride eiramise tagajärgedest. Töötajate ohutuspühendumuse ja soorituse parendamiseks

erialase haridusprotsessi alguses on vajalik tervikvaade, mis annab erialase enesemääratluse kujundamiseks tugeva aluse. Lisaks on oluliseks ja praktiliseks sisendiks tervishoiu- ja sotsiaalhoolekande juhtide koolitusprogrammi täiendamise soovitus, mille järgi peab tervishoiu- ja sotsiaalvaldkonna juht oskama hinnata ohutuskultuuri ning tõlgendada küsitluste tulemusi, oskama koostada vajalikke tegevusplaanid olukorra parendamiseks ning paranduste elluviimiseks. Juhil peavad olema teadmised psühhosotsiaalsete riskide mõjust töötajate vaimsele tervisele ning arusaam, kuidas negatiivsed ohutegurid mõjutavad töötajate käitumist ja organisatsiooni toimimist.

Uurimistöö andmed on kogutud ühest riigist, see seab tulemuste üldistamisele mõningaid piiranguid. Uuritud on ainult töötajaid, tulemused ei kajasta juhtide või omanike seisukohti. Lisaks on metodoloogilised piirangud, näiteks vastajate subjektiivsus. Kvantitatiivsed andmed esitasid vastajad ise ning seda võis mõjutada kallutatus, eriti seoses delikaatsete ja tundlike aspektidega, nagu tervisekaebused, haigused ja tööõnnetused. Uuringu meetodika on rakendatav sarnase ajaloo, sotsiaal- ja haridussüsteemiga riikide puhul.

KOKKUVÕTE

Kvaliteetsete teenuste osutamiseks hoolekandeesutustes peab ohutusjuhtimine olema proaktiivne ja toetama positiivset ohutuskultuuri. Ohutuskultuur ei ole iseseisev nähtus – tegemist on organisatsioonikultuuri subkultuuriga, mida tuleb vaadelda nii organisatsioonilisest kui ka kultuurilisest vaatenurgast. Positiivse ohutuskultuuri arendamisel tuleb lähtuda tõendus põhiseest ja multidistsiplinaarsest vaatest, mis hõlmab holistilist lähenemist ja lähtub komplekssest hindamismetoodikast. Juhtide ülesanne on teadvustada, et kvaliteedi üheks näitajaks on nii töötajate kui ka patsientide/klientide ohutus. Juhtide roll on välja töötada ohutusmeetmed, protseduurid, organisatsiooni struktuur ja ohutu töökeskkond, mis soodustavad töötajate ohutuskäitumist. Oluline on märkida, et proaktiivne ohutuskultuur on viis tagada töötajate ohutuskäitumine. Organisatsiooni juhtimise seisukohast peab ohutusjuhtimise kavandamine põhinema teadmistel, kuidas organisatsioonide erinevad rühmad ohutust tajuvad. Ohutuse käsitlemine sõltub juhtide

ettevalmistusest, organisatsiooni juhtimise põhimõtetest ja organisatsioonikultuurist, kus omal kohal on ka ajaloo ja kultuuri tundmine ning ei tohi unustada antropoloogilist pärandit.

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Autoril puudub huvikonflikt seoses artiklis käsitletud teemaga.

SUMMARY

Safety culture framework for nursing and care institutions

Jaana Sepp¹

Successful organisations can proactively respond to the dynamics of the macro-environment and become a modern network. This results in formation of a mutually benefiting ecosystem influenced by a combination of various parties. Proactivity is seen as an ability within an organisation to prevent and to adapt, focused on safety culture, which includes a supportive work environment, an inclusive and transparent management system, and high capacity of managers. Earlier research papers have demonstrated a quite reactive safety culture in care providing institutions, which includes a disproportionate physical and mental workload and possible negative influence on the quality of provided services.

The aim of the study was to create a holistic framework for safety culture in health care and social welfare institutions, based on potential factors predicting safety, and promoting the safety and welfare of care workers and patients/clients.

Methods. Safety culture was defined as a complex phenomenon, which was studied by using a sequential explanatory mixed method study design and multidisciplinary approach.

The research process consisted of four stages, in which quantitative and qualitative research methods were used.

Results. The study demonstrated that the prerequisites for proactive safety culture is a non-punitive culture and a supportive work environment, focused on the inclusion of workers and learning from their

mistakes. Learning from mistakes is not a widespread practice in care institutions, instead there is the dominating fear of being punished. Proactive safety culture depends on the organisation's readiness to empower professional competences of the staff members and to increase their psychosocial welfare.

Conclusion. As a result of this study, two new subcultures were defined: professional competences culture and psychosocial wellbeing culture, which were defined as the prerequisite components of proactive safety culture and the factors improving the safety behaviour of staff members.

KIRJANDUS / REFERENCES

- Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, et al. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence. *Int Long-Term Care Policy Netw* 2020, <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
- Balia S, Brau R. A country for the old men? Long-term home care utilization in Europe. *Health Economics* 2014;23:1185–212.
- Purdy G. ISO 31000:2009 – Setting a new standard for risk management. *Risk Analysis* 2010;30:881–6.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 2000.
- Ree E, Wiig S. Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research* 2019;19:e607.
- ACSNI. *Human Factors Study Group: Third report – Organising for safety*. HSE Books, ISBN 07176 08654; 1993.
- Kines P, Lappalainen J, Mikkelsen KL, et al. Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50): A new tool for diagnosing occupational safety climate. *Int J Industrial Ergonomic* 2011;41:634–46.
- Pousette A, Larsman P, Eklöf M, Törner M. The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare – A multi-level investigation. *Safety Res* 2017;61:187–98.
- Bondevik GT, Hofoss D, Husebø BS, Deikås ECT. Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMS Health Services Res* 2017;17:e424.
- Cappelen K, Aase K, Storm M, Hetland J, Harris A. Psychometric properties of nursing homes survey on patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMS Health Services Res* 2016;16:e46.
- Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Sci* 2007;45:653–67.
- Reason J, Hobbs A. *Managing maintenance error*. Aldershot: Ashgate; 2003.
- Gartshore E, Waring J, Timmons S. Patient safety culture in care homes for elder people: A scope review. *BMS Health Services Res* 2017;17:e752.
- Wagner A, Hammer A, Manser T, Martus P, Sturm H, Rieger MA. Do occupational and patient safety culture in hospitals share predictors in the field of psychosocial working conditions? Findings from a cross-sectional study in German university hospitals. *Int J Environment Res Pub Health* 2018;15:e2131.
- Blanco-Donoso LM, Moreno-Jiménez J, Gallego-Alberto L, Amutio A, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!! The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health Socl Care Community* 2021;1–13.
- Martin J. *Cultures in organizations—three perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Antonenko PD. The instrumental value of conceptual frameworks in educational technology research. *Educ Technol Res Dev* 2015;63:53–71.
- Pappas GF. Empirical approaches to problems of injuries: Elizabeth Andedron and the Pragmatism. In: Dieleman S, Rondel D, Voparil C, eds. *Pragmatic and Justice*. New York: Oxford University Press, 2017:81–96.

¹ Tallinn Health Care College, Tallinn, Estonia

Correspondence to: Jaana Sepp jaana.sepp@ttk.ee

Keywords: safety, safety culture, safety management, psychosocial risks, professional competences.

19. Othman SME, Steen M, Fleet JA. A sequential explanatory mixed methods study design: An example of how to integrate data in a midwifery research project. *J Nurs Ed Pract* 2021;11:75–89.
20. Bosak J, Coetsee WJ, Cullinane SJ. Safety climate dimensions as predictors for risk behavior. *Acc Anal Prev* 2013;55C:256–64.
21. Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire – A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scan J Work Environ Health* 2005;36:438–49.
22. Sepp J. Development of a reciprocal health care model for determination of safety level in the nursing homes in Estonia. *Eur J Econom Business Studies* 2018;4:122–30.
23. Sepp J, Tint P. The components of non-punitive environment in nursing. *Sci J Riga Tech Un: Safety Tech Environ* 2017;8:24–30.
24. Sepp J, Reinhold K, Jarvis M, Tint P. Human factors and ergonomics in safety management in healthcare: building new relationships. *Agr Res* 2018;16:1862–76.
25. Sepp J, Jarvis M, Reinhold K. Assessment of psychosocial risk factors and their impact on health-care workers' mental health: an empirical Study in Estonian nursing homes. *Res Econom Business: Central Eastern Eur* 2019;11:17–32.
26. Gerrish K, Lacey A. *The Research Process in Nursing*. 6th ed. Blackwell Publishing Ltd, 2010:468.
27. Sepp J. *Safety Culture Framework for Nursing and Care Institutions*. (PhD Thesis Tallinn University of Technology). Tartu: 2021,140.
28. Wong AK, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. *Med Ed* 2014;48:489–501.
29. Dehring T, Treuer K, Redley B. The impact of shift work and organisational climate on nurse health: a cross-sectional study. *BMC Health Service Research* 2018;18:856.
30. Eatough EM, Way JD, Chang CH. Understanding of the link between psychosocial work stressors and work-related musculoskeletal complaints. *Applied Ergonomics* 2012;43:554–63.

LÜHIDALT

Rasvumise medikamentoosse ravi vastuse ta küsimused

Hinnanguliselt elab maakeral 650 miljonit rasvunud inimest ja nende arv suureneb pidevalt, ületades aastaks 2030 ühe miljardi piiri. Rasvumine on krooniline heterogeenne haigusseisund, mis kahjustab mitmeid elundisüsteeme ja mille patogeneesis osalevad paljud tegurid.

Viimaste aastate uurimused on tõestanud diabeediravimite rühma – glükagoonilaadse peptiidi 1 (GLP 1) agonistide – tõhusat toimet kaalu langetamisel rasvunud (1). Mitmete platseeboga kontrollitud uuringute andmeil langetas GLP 1 rühma ravim semaglutiid pooltel rasvunud kehakaalu 15–20% võrra, kuid mitte kõikidel rasvunud patsientidel. USA Mayo kliiniku tööühik 2021. aastast kinnitas, et

erinevate kehakaalu langetavate ravimite mõju sõltub konkreetse patsiendi fenotüübist (2). Eristati 4 peamist rasvumise patogeneesi komponenti: nälgane aju (peab sööma palju, et tunneks küllastust), emotsionaalne nälg (naudib söömist), nälgane sool (sööb korraka tavalisel hulgal, kuid nälgatunne tekib kiiresti uuesti), aeglane metabolism (toit seedub aeglaselt). Uuringu autorite hinnangul ilmneb semaglutidi kaalu langetav toime enam nälgase soolega isikutel.

Kaalu langetava ravimi soodsa toime korral ei ole üheselt selge, kui kaua peaks ravimit kasutama. Mayo kliiniku spetsialistide ja mitmete uuringute hinnangul peaks ravi sel puhul kestma pikemat aega ja edasised uuringud peaksid selle pikkust täpsustama.

Seni ei ole ka ühist arusaama, millise piirini tuleks rasvumise korral kehakaalu langetada. Kaalu

langedes väheneb ka lihasmass (1). Selle liigne vähenemine suurendab südame-veresoonkonna haiguste, osteoporoosi ja paljude teiste haiguste riski. Eriti on ohustatud eakad.

Rasvumise ravi peamine eesmärk on ära hoida ja võimaluse korral lahendada rasvumisega seotud kardiometaaboolseid häired – uneapnoe, rasvmaks, 2. tüüpi diabeet, kardiovaskulaarsed häired. Edasised uuringud peaksid selgitama, kuidas leida rasvunud patsientide ravis tasakaal kaalu langetamise ja teiste rasvumisega seotud tüsistuste mõjutamise vahel (1).

REFEREERITUD

1. Lenharo M. Game-changing obesity drugs go mainstream: what scientists are learning *Nature* 2023;618:17–8. <https://www.nature.com/articles/d41586-023-01712-8>.
2. Acosta A, Camilleri M, Dayyeh BA, et al. Selection of Antiobesity Medications Based on Phenotypes Enhances Weight Loss: A Pragmatic Trial in an Obesity Clinic *Obesity* 2021;29:662–71.