

*DIMENSION OF PATIENT SAFETY CULTURE*

**DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

**Haerawati Idris**

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

**ABSTRACT**

**Background:** Patient safety is a serious public health issue. Several studies reported security problems in healthcare systems in various countries. The impacts were varied, starting from mild pain, disability, death, and high cost of service. This study attempted to review the culture of patient safety from several studies and to identify factors that influence them.

**Methods:** This study was conducted with systematic mapping studies related to patient safety culture. There were 40 research articles were evaluated from various online sources that related from Pubmed, MEDLINE, web of science, and google scholar. It was conducted by entering keywords which appropriate to the topic, The obtained results were analyzed and discussed to produce conclusions.

**Results:** Adverse events were common problems. Healthcare employees had roles in creating safe and high quality services. One of them was through implementation of a culture of patient safety. There were several factors which support a culture of patient safety, namely leadership, teamwork, patient care, evidence-based, communication, learning, just, and patient-centered.

**Conclusions:** Patient safety has not yet become a culture in health care. Adverse events are like an iceberg phenomenon. Efforts to develop factors which support a culture of patient safety need to be encouraged by health care provider organizations.

**Keywords:** culture, patient safety, dimension, quality, health care

**ABSTRAK**

**Latar belakang:** Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Berbagai studi melaporkan masalah ketidakamanan dalam sistem pelayanan kesehatan di berbagai negara. Dampak yang ditimbulkan pun beragam. Mulai dari kesakitan ringan, kecacatan, kematian hingga berdampak pada besarnya biaya pelayanan. Tulisan ini mencoba mengkaji budaya keselamatan pasien dari beberapa penelitian dan mengidentifikasi faktor yang mempengaruhinya.

**Metode:** Studi ini dilakukan dengan cara pemetaan sistematis terkait budaya keselamatan pasien. Sejumlah 40 artikel penelitian dievaluasi dari berbagai sumber informasi online: Pubmed, MEDLINE, Web of science dan google scholar. Penelusuran dilakukan dengan memasukkan kata kunci sesuai dengan topik yakni budaya keselamatan pasien dan faktor yang berpengaruh. Dari hasil yang diperoleh, dianalisis dan dibahas hingga menghasilkan kesimpulan.

**Hasil Penelitian:** Masalah Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) masih sering terjadi. Tenaga kesehatan memiliki peran dalam menciptakan pelayanan yang aman dan bermutu. Salah satunya melalui budaya keselamatan pasien. Beberapa faktor yang mendukung budaya keselamatan pasien terdiri dari kepemimpinan, kerjasama tim, perawatan pasien berdasarkan bukti, komunikasi, pembelajaran, tepat dan berfokus pada pasien

**Kesimpulan:** Keselamatan pasien belum menjadi budaya dalam organisasi layanan kesehatan. Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) seperti fenomena gunung es. Upaya pengembangan faktor budaya keselamatan pasien perlu terus digalakkan oleh organisasi pemberi pelayanan kesehatan.

**Kata kunci:** budaya keselamatan pasien, dimensi, mutu, pelayanan kesehatan

## PENDAHULUAN

Setiap pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu memperhatikan keamanan pasien. Tindakan medik yang diberikan kepada pasien memiliki risiko yang dapat menimbulkan kesakitan, kecacatan maupun kematian. Risiko dalam pelayanan kesehatan dapat diakibatkan oleh kesalahan dalam sistem. Umumnya infeksi setelah operasi ataupun *nosokomial infectious* terjadi karena kesalahan dalam sistem keperawatan seperti tidak adanya manajemen risiko dan tidak terdeteksinya bakteri yang resisten.<sup>1</sup>

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Berbagai studi melaporkan masalah ketidakamanan dalam sistem pelayanan yang bersifat kronis di berbagai negara.<sup>2-5</sup> *Medical error* yang terjadi di Amerika Serikat, diestimasikan mengakibatkan kematian 100.000 orang pertahun.<sup>6</sup> Studi yang dilakukan di Rumah Sakit New South Wales, Australia melaporkan kejadian *medical error* pada 16,6% pasien, yang mengakibatkan terjadinya kecacatan tetap pada 13,7% pasien dan kematian sekitar 4,9%.<sup>7</sup> Selain itu, Bates *et al*<sup>8</sup> melaporkan angka kejadian efek samping 6,5% di dua rumah sakit Kota Boston yakni 28% di antaranya terjadi akibat *medical error*.

Dampak yang ditimbulkan dari ketidakamanan dalam pelayanan kesehatan pun beragam. Mulai dari kesakitan ringan, kecacatan, kematian serta berdampak ke biaya pelayanan. Pasien dapat lebih lama dirawat di rumah sakit dan tentunya berakibat pada besarnya biaya pelayanan kesehatan yang harus dikeluarkan.<sup>1</sup> Studi yang dilakukan oleh Classen *et al*,<sup>9</sup> menunjukkan *extra cost* yang dibutuhkan sejumlah US\$ 2262 (sekitar Rp 23 juta) per pasien untuk mengatasi masalah *medical error* dan tambahan hari rawat rata-rata 1,9 hari. Selain itu, kondisi ini dapat menyebabkan timbulnya persepsi, sikap dan kepercayaan dari *customer*.<sup>10</sup> Di sisi lain,

mampu berdampak pada menurunnya integritas penyedia layanan kesehatan.<sup>11</sup>

Komite IOM (*Institute of Medicine*) merekomendasikan kepada organisasi kesehatan agar menciptakan suatu lingkungan dimana budaya keselamatan menjadi tujuan organisasi, prioritas utama, dan didorong oleh kepemimpinan. Untuk merespon rekomendasi tersebut, organisasi pelayanan kesehatan mulai berfokus pada proses keselamatan pasien secara menyeluruh termasuk pengorganisasian budaya keselamatan pasien.

Pentingnya budaya keselamatan pasien telah ditekankan dalam sebuah laporan Institute of Medicine (IOM) "*to err is human*" yang menjelaskan bahwa organisasi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan budaya *patient safety* agar nantinya berfokus dalam meningkatkan reliabilitas dan keamanan pasien.<sup>12</sup> Studi yang dilakukan oleh Nieva dan Sorra melaporkan bahwa budaya *patient safety* yang buruk menjadi faktor risiko penting yang dapat mengancam keselamatan pasien.<sup>13</sup> Ancaman terhadap keselamatan pasien tersebut tidak dapat diubah, jika budaya keselamatan pasien dalam organisasi pun tidak pula diubah.<sup>14</sup>

Beberapa studi melaporkan bahwa faktor kepercayaan, sikap, perilaku merupakan bagian integral dalam budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Selain itu, peran pimpinan senior dianggap sebagai faktor kunci dalam membentuk budaya keselamatan pasien. Tulisan ini mencoba mengkaji budaya keselamatan pasien dari beberapa penelitian dan mengidentifikasi faktor yang mempengaruhinya.

## METODE

Studi ini dilakukan dengan cara pemetaan sistematis terkait budaya keselamatan pasien. Sejumlah 40 artikel penelitian dievaluasi dari berbagai sumber informasi online: Pubmed, MEDLINE, Web of science dan google scholar. Penelusuran dilakukan dengan memasukkan kata kunci

sesuai dengan topik yakni budaya *patient safety* dan faktor yang berpengaruh. Berdasarkan hasil yang diperoleh, dianalisis dan dibahas hingga menghasilkan kesimpulan.

## PEMBAHASAN

*Patient safety* didefinisikan sebagai terbebasnya pasien dari luka karena tindakan medis atau *medical error*. *Medical error* merupakan kegagalan rencana untuk mencapai tujuan dikarenakan rencana yang salah atau tidak mencapai tujuan. Hal ini dapat disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya dari penyedia layanan kesehatan dan sumber daya yang tidak memadai.<sup>15</sup>

Tenaga kesehatan memiliki peran dalam menciptakan pelayanan yang bermutu. Salah satunya melalui budaya keselamatan pasien. Saat ini, keselamatan pasien belum menjadi budaya dalam pelayanan kesehatan.<sup>16</sup> Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) sering terjadi. Fenomena ini seperti dengan gunung es.<sup>1,16</sup> Hanya kasus-kasus yang serius dan mengancam jiwa yang secara mudah terdeteksi dan tampak di permukaan, sedangkan kasus-kasus yang sifatnya ringan sampai sedang umumnya tidak terdeteksi, tidak dicatat, ataupun tidak dilaporkan.<sup>1</sup> Suatu studi yang dilakukan oleh Dwiprahasto,<sup>17</sup> di praktik swasta di Yogyakarta, melaporkan bahwa sebagian besar (82%) pemberian antibiotika pada ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) ternyata tidak tepat, dan angka ini tidak berbeda antara dokter umum dan dokter spesialis. Studi yang dilakukan Utarini juga menunjukkan angka kejadian *medical error* yang tidak kecil, antara lain hampir separuh pemberian antibiotik profilaksis untuk tindakan bedah caesar tidak tepat, baik dari segi waktu maupun dosis. Sekitar 1,9% ibu yang terminasi kehamilannya melalui bedah caesar terpaksa harus menjalani histerektomi. Selain itu, lebih dari 80% pasien dengan apendektomi ternyata tanpa disertai hasil pemeriksaan Patologi Anatomi (PA).<sup>18</sup>

Masalah keselamatan pasien dipengaruhi banyak faktor. Keraguan untuk berbicara adalah salah satu faktor yang dapat berkontribusi terhadap kesalahan komunikasi dan atau efek samping. Banyak dokter junior dan perawat memiliki pengalaman ragu untuk menyuarakan keprihatinan mereka atas keselamatan pasien, bahkan ketika mereka sadar akan risiko dan kekurangan dari kelalaian tersebut. Jika profesional perawatan kesehatan terus terang berbicara tentang keprihatinan mereka akan keselamatan pasien, ini dapat memberikan kesempatan yang baik untuk menghindari kesalahan dalam pelayanan kesehatan.<sup>19</sup>

Komite IOM (*Institute of Medicine*) merekomendasikan organisasi kesehatan seharusnya menciptakan budaya keselamatan.<sup>20</sup> Komisi Kesehatan dan Keselamatan Inggris membuat definisi budaya keselamatan. Budaya keselamatan suatu organisasi adalah produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen terhadap program *patient safety*.<sup>21</sup> Menurut Kirk *et al*, budaya *patient safety* merupakan produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, gaya dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program *patient safety*. Akibat yang ditimbulkan dari organisasi yang tidak memiliki budaya *patient safety* berupa kesalahan laten, gangguan psikologi maupun *physiologi* pada staf, penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pasien dan dapat menimbulkan konflik interpersonal. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak memiliki budaya keselamatan pasien, maka kecelakaan dapat terjadi dan mengakibatkan kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staf, penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pada pasien dan mampu menimbulkan konflik interpersonal.<sup>22</sup>

Karakteristik dari budaya keselamatan pasien:<sup>22</sup>

1. Komunikasi dibentuk dari keterbukaan dan saling percaya
2. Alur informasi dan proses yang baik
3. Persepsi terhadap pentingnya keselamatan
4. Kesadaran bahwa kesalahan tidak bisa sepenuhnya dihindari
5. Identifikasi ancaman laten terhadap keselamatan secara proaktif
6. Pembelajaran organisasi
7. Memiliki pemimpin yang berkomitmen dan eksekutif yang bertanggung jawab
8. Pendekatan untuk tidak menyalahkan dan tidak memberikan hukuman pada insiden yang dilaporkan

Adapun Sammer *et al* dalam studinya melaporkan bahwa budaya keselamatan pasien yang disusun dari tujuh faktor sub kultural yakni:<sup>23</sup>

### 1. Kepemimpinan

Pemimpin mengakui lingkungan kesehatan adalah lingkungan berisiko tinggi dan berusaha untuk menyelaraskan visi/misi, kompetensi staf, fiskal dan sumber daya manusia dari ruang rapat ke *front liner*. Literatur menunjukkan peran kepemimpinan senior sebagai elemen kunci untuk merancang, mengembangkan, dan memelihara budaya keselamatan. Pemimpin senior penting untuk mencapai keberhasilan pengembangan organisasi dan budaya keselamatan. Pemimpin yang terlibat mendorong budaya keselamatan pasien dengan merancang strategi dan struktur bangunan yang memandu proses keselamatan dan hasil.<sup>24</sup> Cohen *et al* melaporkan bahwa kepemimpinan di salah satu rumah sakit komunitas meningkatkan kualitas pelayanan dengan mengubah budaya keselamatan pasien.<sup>25</sup>

### 2. Kerja Tim

Organisasi pelayanan kesehatan yang merawat pasien dengan teknologi dan proses penyakit yang semakin kompleks dan teknologi yang memerlukan upaya yang lebih kuat terhadap aplikasi dari kerja sama tim dan kolaborasi untuk mencapai

budaya seluruh sistem keselamatan pasien.<sup>26</sup> Sebuah semangat kolegalitas, kolaborasi, dan kerja sama yang ada di antara eksekutif dan staf, dan praktisi independen. Hubungan yang terbuka, aman, hormat, dan fleksibel.

### 3. Berbasis Bukti

Praktik perawatan pasien didasarkan pada bukti. Standardisasi bertujuan untuk mengurangi variasi kesalahan yang terjadi pada setiap kesempatan. Beberapa literatur melaporkan organisasi kesehatan yang didukung dengan praktik terbaik berdasarkan bukti, termasuk proses standar, protokol, daftar periksa, dan pedoman, dianggap menunjukkan budaya keselamatan.<sup>27-34</sup>

### 4. Komunikasi

Budaya komunikasi merupakan suatu kondisi dimana seorang individu/staf, mampu menangani masalah pekerjaan, memiliki deskripsi pekerjaan, memiliki hak dan tanggung jawab untuk berbicara bersama pasien. Beberapa studi terdahulu menyarankan agar menerapkan bentuk komunikasi seperti *briefing*.<sup>30,35</sup> *Briefing* merupakan diskusi yang efektif untuk memastikan prosedur peralatan, obat-obatan, dan dokumen pendukung berada di tempat. Sebuah *debriefing* terjadi lagi pada akhir prosedur untuk memungkinkan *review*. Pada akhirnya, komunikasi para staf dapat didengar dan diakui oleh manajer. Memberikan umpan balik atau membangun kepercayaan dan keterbukaan merupakan sifat penting dari budaya keselamatan.<sup>30,36-38</sup>

### 5. Pembelajaran

Rumah sakit perlu belajar dari kesalahan dan mencari peluang baru untuk meningkatkan kinerja. Pembelajaran merupakan sebuah *value* yang harus dilaksanakan oleh semua pegawai termasuk tenaga medis. Merupakan suatu

budaya pembelajaran yang ada dalam rumah sakit ketika organisasi berusaha untuk belajar dari kesalahan dan meningkatkan kinerja ke dalam sistem pemberian perawatan<sup>34,38-42</sup>

**6. Tepat**

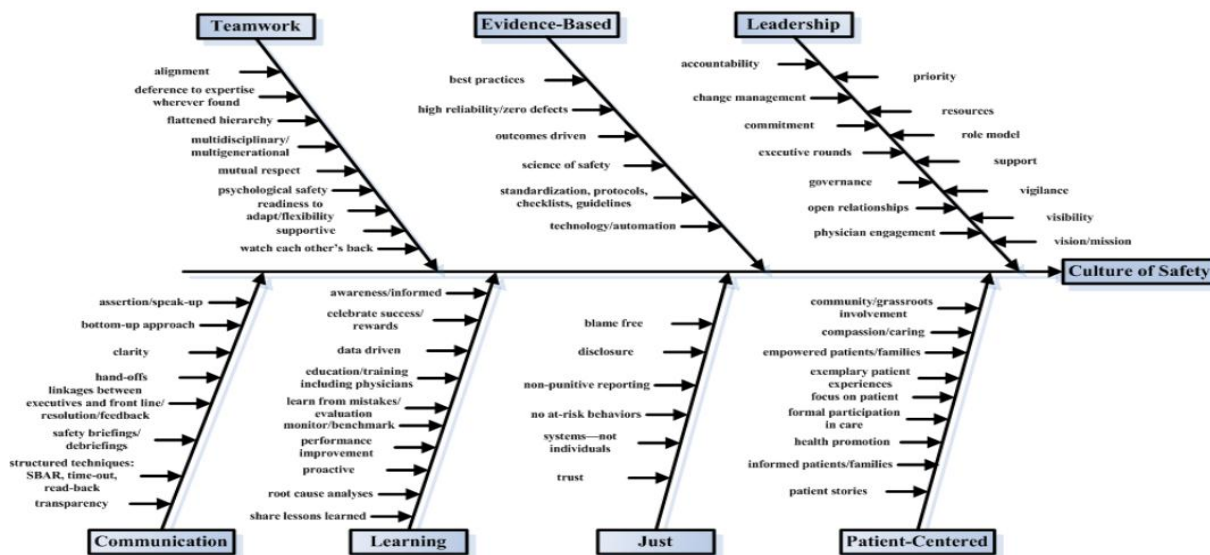
Salah satu cara untuk mendefinisikan ketepatan dalam budaya keselamatan pasien adalah mempertimbangkan dua sisi skala keadilan. Satu sisi skala merupakan akuntabilitas individu dan sisi lain adalah kegagalan sistem<sup>43</sup>. Marx<sup>44</sup> menjelaskan metode yang berguna untuk organisasi kesehatan untuk menentukan apakah kesalahan yang gagal dari individu atau kegagalan sistem dengan mengajukan empat pertanyaan: (a) Apakah perilaku penyedia layanan ini menyadari bahaya? (b) Apakah penyedia perawatan dibawah pengaruh alkohol atau obat-obatan? (c) Apakah penyedia perawatan sadar ia membuat kesalahan? (d) Apakah dua atau

tiga dari rekan-rekan penyedia perawatan ini membuat kesalahan yang sama?<sup>34,38,39,45-47</sup>

**7. Berfokus pada Pasien**

Pelayanan kepada pasien dan keluarga, dalam hal ini melibatkan pasien untuk berpartisipasi aktif untuk menjaga kesehatannya. Budaya berpusat pada pasien mencakup pasien dan keluarga sebagai satu-satunya alasan keberadaan rumah sakit.<sup>31,37,48</sup> Suatu hal yang menjanjikan untuk menghargai pasien dengan menyediakan lingkungan untuk mendukung penyembuhan selama rawat inap dan juga untuk promosi kesehatan dan perawatan berkelanjutan.<sup>37</sup> Rumah sakit berfokus pada pasien memungkinkan dan memberdayakan pasien untuk partisipatif dalam pengambilan keputusan perawatan mereka.<sup>34</sup>

Hal tersebut dapat dirincikan pada Gambar 1.



**Gambar 1. Budaya patient safety rumah sakit**

Untuk menilai budaya keselamatan pasien, umumnya peneliti menggunakan kuesioner *self completion*. Hal ini dilakukan

dengan jalan memberikan kuesioner kepada semua staf di organisasi pelayanan kesehatan, kemudian akan dihitung nilai rata-rata respon

terhadap masing masing faktor yang dinilai. Langkah awal yang dilakukan dalam mengembangkan *budaya patient safety* adalah menilai budaya yang telah ada. Salah satunya dengan menggunakan kerangka “*Manchester patient safety*”. Adapun pernyataan yang digunakan untuk dimensi budaya keselamatan pasien adalah 1). Pernyataan-pernyataan untuk mengukur nilai, pemahaman dan sikap. 2). Pernyataan-pernyataan untuk mengukur aktifitas atau perilaku yang bertujuan untuk mengembangkan budaya keselamatan pasien seperti kepemimpinan, kebijakan dan prosedur.<sup>22</sup>

Menurut Morath,<sup>49</sup> ada beberapa langkah dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien:

1. Mendeklarasikan keselamatan pasien sebagai salah satu prioritas
2. Menentukan tanggung jawab eksekutif dalam program keselamatan pasien
3. Memperbaharui ilmu dan keahlian medis
4. Membudayakan sistem pelaporan tanpa menyalahkan pihak-pihak terkait
5. Membangun akuntabilitas
6. Reformasi pendidikan dan membangun organisasi pembelajar
7. Mempercepat perubahan untuk perbaikan

Budaya di dalam sebuah organisasi pelayanan kesehatan dapat diketahui telah berubah menjadi budaya keselamatan pasien melalui:<sup>49</sup>

1. Orang akan melihat bahwa manajemen/tim *leadership* mempunyai komitmen terhadap *safety*, dengan cara mencegah terjadi *error* dan bukan dengan menghukum pelakunya.
2. Staf yang sehat dan bahagia menjadi bagian *esensial* di dalam pelayanan kesehatan yang aman. Staf memperhatikan kesehatan dan keselamatan pribadi dan anggota tim lainnya secara serius dan bisa menyadari ketika terjadi kesalahan.
3. Masalah dan kesalahan diantisipasi oleh sistem secara proaktif.

4. Setiap staf secara konsisten akan menegur staf lain jika melakukan tindakan yang tidak aman, dan mengutamakan keamanan daripada efisiensi.
5. Staff dan manajemen secara konsisten mengimplementasikan *remedial actions*.
6. Keselamatan pasien dipandang sebagai sesuatu hal yang esensial dan menarik

Mengembangkan *budaya patient safety* bukanlah hal yang mudah. Banyak tantangan yang dihadapi untuk merubah budaya yang sudah ada menjadi budaya keselamatan pasien. Hal yang dapat dilakukan berupa menjadikan keselamatan pasien sebagai salah satu bagian utama dalam organisasi pelayanan kesehatan. Dalam hal pelaksanaannya, didukung dari pihak organisasi mulai dari eksekutif, tim klinik, dan staf di berbagai level organisasi. Perubahan budaya erat kaitannya dengan opini dan perasaan individu dalam organisasi. Kebebasan dalam menyampaikan pendapat secara terbuka diakomodasi sistem akan memungkinkan setiap individu melaporkan kejadian tidak diinginkan. Kebiasaan saling menyalahkan dapat memungkinkan individu melaporkan dan mendiskusikan kejadian tidak diinginkan tanpa merasa takut akan hukum serta memastikan setiap individu bertanggung jawab dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Semua pihak bertanggung jawab menciptakan keselamatan pasien.<sup>49</sup>

## KESIMPULAN DAN SARAN

Keselamatan pasien belum menjadi budaya oleh organisasi pemberi layanan kesehatan. Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) seperti fenomena gunung es. Upaya pengembangan faktor yang mendukung budaya keselamatan pasien perlu terus digalakkan oleh organisasi pemberi pelayanan kesehatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

1. Dwiprahasto, I. Medical Error di rumah sakit dan upaya untuk meminimalkan risiko. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2004; 7 (01).
2. Brennan TA, Leape LL, Laird L, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370.6.
3. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian healthcare study. *Med J Aust* 1995;163:458.71.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:501.2
5. Institute of Medicine. To err is human: building a safety health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
6. Charatan F. Medical errors kill almost 100,000 Americans a year. *BMJ* 1999;319:1519.
7. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian healthcare study. *Med J Aust* 1995;163:458.71.
8. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 1995;274:29.34.
9. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1997;277:301.6.
10. Charlton Research Company for Research America. Health care and health services research. National Survey. 2005
11. Waterman, A.D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W.C., Levinson, W., Fraser, V.J. and Gallagher, T.H. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007; 33, 467- 476.
12. Institute of Medicine, To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine: Washington DC. 2000.
13. Nieva, V. and J. Sorra, Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 2003. 12: p. 7-23
14. Vincent, C., Patient Safety. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2005
15. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. National Academy Press, Washington DC. 1999
16. Mudayana AA. Peran Aspek Etika Tenaga Medis dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Majalah Kedokteran Andalas*. 2015 May 21;37(6):69-74.
17. Dwiprahasto I. Antibiotic utilization in the treatment of ARI in children under 10 years of age seen in private practices. Thesis, master degree, Newcastle University Australia, 1991.
18. Utarini A. Medical error in health care organizations and quality system in higher education institutions of health personnels. Laporan Penelitian, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta, 2000 (unpublished)
19. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMC health services research*. 2014 Feb 8;14(1):61.
20. Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (Eds.). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press. 2000
21. Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors. Sudbury, UK: HSE Books. 1993
22. After Kirk, S., et al., Evaluating safety cultures, in Patient safety - Research into practice, B. WK, Editor. Open University Press: Maidenhead. 2006
23. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010 Jun 1;42 (2):156-65.

24. Yates GR, Bernd DL, Sayles SM, Stockmeier CA, Burke G, Merti GE. Building and sustaining a systemwide culture of safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2005;31(12):684-9
25. Cohen MM, Eustis MA, Gribbins RE. Changing the culture of patient safety: leadership's role in health care quality improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003;29(7):329-35
26. National Quality Forum (NQF). *Safe practices for better healthcare*. Washington, DC: National Quality Forum. 2006
27. Apold J, Daniels T, Sonneborn M. Promoting collaboration and transparency in patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32(12):672-5
28. Ballard L. Putting safety at the core. *Health progress* (Saint Louis, Mo). 2006;87(1):29-34.
29. Clarke JR, Lerner JC, Marella W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. *American Journal of Medical Quality*. 2007;22(5):311-8
30. Frankel A, Gandhi TK, Bates DW. Improving patient safety across a large integrated health care delivery system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003;15(suppl\_1):i31-i40
31. Hansen MM, Durbin J, Sinkowitz-Cochran R, Vaughn A, Langowski M, Gleason S. Do no harm: Provider perceptions of patient safety. *Journal of nursing administration*. 2003;33(10):507-8
32. Ketring SP, White JP. Developing a systemwide approach to patient safety: The first year. *The Joint Commission journal on quality improvement*. 2002;28(6):287-95
33. Odwazny R, Hasler S, Abrams R, McNutt R. Organizational and cultural changes for providing safe patient care. *Quality Management in Healthcare*. 2005;14(3):132-43
34. Reiling J. Facility design focused on patient safety. *Frontiers of health services management*. 2004;21(1):41-6
35. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(suppl 1):i85-i90
36. Nurses AopR. AORN guidance statement: creating a patient safety culture. *AORN journal*. 2006;83(4):936.
37. McCarthy D, Blumenthal D. Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. *The Milbank Quarterly*. 2006;84(1):165-200
38. Whittington J, Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. *Quality Management in Healthcare*. 2004;13(1):53-9.
39. Blake SC, Kohler S, Rask K, Davis A, Naylor DV. Facilitators and barriers to 10 National Quality Forum safe practices. *American Journal of Medical Quality*. 2006;21(5):323-34.
40. Farrell VE, Davies KA. Shaping and cultivating a perioperative culture of safety. *Association of Operating Room Nurses AORN Journal*. 2006;84(5):857
41. Rapala K, Kerfoot KM. From metaphor to model: The Clarian safe passage program. *Nursing Economics*. 2005;23(4):201.
42. Smith AP. In search of safety: An interview with Gina Pugliese. *Nursing Economics*. 2002;20(1):6-13
43. Kaissi A. An organizational approach to understanding patient safety and medical errors. *The health care manager*. 2006;25(4):292-305
44. Marx DA. Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives. *Trustees of Columbia University*; 2001
45. Johnson K, Maultsby CC. A plan for achieving significant improvement in patient safety. *Journal of nursing care quality*. 2007;22(2):164-71.
46. Nadzam DM, Atkins PM, Waggoner DM, Shonk R. Cleveland clinic health system: A comprehensive framework for a health system patient safety initiative. *Quality Management in Healthcare*. 2005;14(2):80-90
47. Pronovost PJ, Weast B, Holzmuller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller KB, et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an



- academic medical center. Quality and safety in health care. 2003;12(6):405-10
48. Connor M, Ponte PR, Conway J. Multidisciplinary approaches to reducing error and risk in a patient care setting. Critical care nursing clinics of North America. 2002;14(4):359-67
49. Morath, JM. and Turnbull, JE. To do no harm: ensuring patient safety in health care organizations., San Fransisco: John Wiley & Sons. 2005.