

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
MEDICINOS AKADEMIJA

Loreta Marmienė

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
SPECIALISTŲ POŽIŪRIO Į PACIENTŲ
SAUGĄ BENDROJO POBŪDŽIO
LIGONINĖSE VERTINIMAS**

Daktaro disertacija
Biomedicinos mokslai,
visuomenės sveikata (09B)

Kaunas, 2015

Disertacija rengta 2007–2015 metais Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Visuomenės sveikatos fakulteto Sveikatos vadybos katedroje.

Mokslinė vadovė:

prof. habil. dr. Ramunė Kalėdienė (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
PAGRINDINĖS SĄVOKOS	6
ĮVADAS	7
1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	11
2. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
2.1. Pacientų saugos samprata.....	12
2.2. Teisinis pacientų saugos reglamentavimas.....	14
2.3. Pacientų saugos moksliniai tyrimai	17
2.4. Pacientų saugos kultūra sveikatos priežiūros įstaigose	21
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI	31
3.1. Bendroji tyrimo proceso logika	31
3.2. Kiekybinis tyrimas.....	32
3.2.1. Kiekybinio tyrimo eiga ir imtis	32
3.2.2. Tiriamasis kontingentas	35
3.2.3. Tyrimo instrumentas ir jo vertinimas	37
3.2.4. Statistinės analizės metodai	39
3.3. Kokybinis tyrimas	40
3.3.1. Kokybinio tyrimo imtis	40
3.3.2. Kokybinio tyrimo instrumentas	41
3.3.3. Tyrimo eiga ir duomenų rinkimas	42
3.3.4. Tyrimo duomenų analizė	42
4. REZULTATAI.....	44
4.1. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugos kultūrą.....	44
4.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į komandinį darbą	57
4.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų valdymą.....	72
4.4. Pacientų saugos kultūros vertinimas pagal skirtingus ligoninių lygmenis	91

5. REZULTATŲ APTARIMAS	107
IŠVADOS	120
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	122
AUTORĖS PUBLIKUOTŲ DARBŲ SĄRAŠAS.....	124
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS.....	125
PRIEDAI	140

SANTRUMPOS

AB	–	apibendrintas balas
ES	–	Europos Sąjunga
GS	–	galimybių santykis
ISO	–	tarptautinė standartizacijos organizacija (angl. <i>International Organization for Standardization</i>)
JAV	–	Jungtinės Amerikos Valstijos
N	–	respondentų skaičius
p	–	statistinis reikšmingumas
PI	–	pasikliautinasis intervalas
PSO	–	Pasaulio sveikatos organizacija
R	–	referentinė grupė
SAM	–	Sveikatos apsaugos ministerija
VšĮ	–	viešoji įstaiga
χ^2	–	chi kvadrato kriterijus

PAGRINDINĖS SĄVOKOS

Gydytojas – medicinos gydytojas, gydytojas rezidentas, šeimos gydytojas ar gydytojas specialistas [119].

Neatitiktis – sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktams bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų [134].

Nepageidaujamas įvykis – įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui [136].

Pacientų sauga – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą [133].

Požiūris – sąlygiškai pastovi nuomonių, interesų, pažiūrų išraiška, atspindinti asmens individualią patirtį [100].

Saugos kultūra – individualaus ir organizacinio elgesio bendrais įsitikinimais ir vertybėmis pagrįstas sudėtinis (kompleksinis) modelis, skirtas nuolat mažinti pacientui žalą, kuri gali būti padaryta teikiant jam sveikatos priežiūros paslaugas [8].

Slaugytojas – asmuo, įgijęs slaugos studijų baigimo diplomą, taip pat bendrosios praktikos ir (ar) atitinkamą specialiosios praktikos slaugytojo profesinę kvalifikaciją [121].

Sveikatos priežiūros specialistas – asmuo, kuriam Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka suteikta teisė verstis sveikatos priežiūra [126].

IVADAS

Pacientų sauga pastarąjį dvidešimtmetį išlieka aktuali visuomenės sveikatos problema. Visuomenė tikisi saugių sveikatos priežiūros paslaugų, tačiau, kaip rodo tyrimai, Europos Sąjungos (ES) šalių ligoninėse 8–12 proc. pacientų patiria nepageidaujamus įvykius, susijusius su infekcijomis (maždaug 25 proc. nepageidaujamų įvykių), vaistais, medicinos prietaisų gedimais, klaidingai nustatytomis diagnozėmis ir kt. [38]. Remiantis mokslo literatūros analize, sveikatos priežiūra neatsiejamai susijusi su rizika ir jos išvengti neįmanoma. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, ES ir kitos institucijos ragina ES šalių bendradarbiavimą, dalijimąsi žiniomis, patirtimi ir gerąja praktika, kad būtų sumažinta rizika ir galima žala pacientams [57, 58, 82]. Sveikatos priežiūros įstaigos kokybiškų paslaugų teikimą lemia ne tik optimali struktūra, gerai organizuoti procesai, bet ir vidinė jos kultūra, o siekiant užtikrinti pacientų saugą itin svarbus dėmesys skiriamas pacientų saugos kultūrai [110]. Pastarąjį dešimtmetį tarptautiniuose ir nacionaliniuose dokumentuose pabrėžiamas pozityvios pacientų saugos kultūros kūrimas, siekiant užtikrinti pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigose [59, 158]. Tyrimai rodo, kad svarbu vienareikšmiškai suprasti organizacijoje kuriamą saugos kultūrą, kad būtų galima gerinti pacientų saugą.

Kitas svarbus pacientų saugos aspektas – nepageidaujami įvykiai, įpareigojantys sveikatos priežiūros įstaigas ieškoti būdų, kaip teisingai reaguoti į juos ir kaip spręsti jų padarinius. Nepageidaujamų įvykių paplitimas intensyviai analizuojamas visame pasaulyje, diegiamos nepageidaujamų įvykių pranešimo ir mokymosi sistemos. Tokias sistemas jau turi Jungtinės Amerikos Valstijos (JAV), Australija, Kanada, 27 ES valstybės narės [59]. Atlikta nemažai mokslinių tyrimų apie nepageidaujamų įvykių dažnį ir rūšis [154, 204], registravimo naudą [52, 173], sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie nepageidaujamų įvykių registravimą; kliūtis, trukdančias, ir motyvus, skatinančius registruoti nepageidaujamus įvykius [25, 60, 172].

Lietuvoje pacientų saugai užtikrinti buvo patvirtinta ir vykdyta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. [128], buvo įgyvendinama Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m. [158], teisės aktais reglamentuota privaloma nepageidaujamų įvykių, kuriais įvardijami įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, registravimo tvarka [136]. 2013 m. pradėtas vykdyti ES paramos lėšomis finansuojamas projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų

įvykių registravimo sistemą“. Vienas iš strateginių jo tikslų – įdiegti nepageidaujamų įvykių registravimo ir stebėsenos sistemą, siekiant užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gyventojams [265]. Šiuo metu veikia tik kai kurių nepageidaujamų įvykių, susijusių su medicinos prietaisų naudojimu; kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija; vaistinių preparatų naudojimu; pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis; audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu (transportavimu) ir transplantacija; nustatyta hospitaline infekcija; registravimas [136].

Šalyje atliekami moksliniai tyrimai, siekiant nustatyti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į nepageidaujamų įvykių registravimą [94, 104, 152], klaidas [114]. Tačiau nėra tiksliai žinoma nepageidaujamų įvykių apimtis sveikatos priežiūros įstaigose šalies mastu. Tik didėjantis ieškinių, pacientų skundų skaičius ir žiniasklaidoje aprašomi pacientams padarytos žalos atvejai atskleidžia šios problemos aktualumą.

Nustatyta, kad siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę svarbu registruoti ir analizuoti įvykius, jeigu ir nesukėlė žalos. 1998 m. teisės aktais buvo numatyta neatitikčių registravimas sveikatos priežiūros įstaigose [123]. Neatitiktis apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktais bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų [134]. Neatitiktys retai pažymimos dokumentuose, nors atsitinka dažniau negu nepageidaujami įvykiai, tačiau jos teikia vertingas pamokas.

Kaip teigia mokslininkai, siekiant sumažinti galimą žalą pacientams, itin svarbu teigiamas darbuotojų požiūris į nepageidaujamų įvykių registravimą bei jų prevenciją. Tai priklauso nuo organizacijos kultūros, įstaigos vadovo požiūrio į nesėkmes, nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimo sistemos santykio su išorės aplinka. Neabejotina tai – lemia sveikatos priežiūros specialistų elgseną [94]. Visos pacientų saugos kultūros kūrimo ir nepageidaujamų įvykių mažinimo priemonės labai artimai susijusios su sveikatos priežiūros personalo darbu, todėl svarbu žinoti sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į pacientų saugos kultūros raišką sveikatos priežiūros įstaigose bei nepageidaujamų įvykių priežastis ir jų prevenciją. Pacientų saugos kūrimo ir analizės klausimai sudėtingi, tačiau rasti atsakymus būtina ir aktualu ne tik mokslui, bet ir praktikai. Praktinį problemas aktualumą lemia ir tai, kad Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose vis dar mažai nagrinėjama pacientų saugos kultūra. Stokojama mokslo darbų, kuriuose būtų nagrinėjamos pacientų saugos kultūros kūrimo, plėtros ir keitimo prielaidos.

Tiriant pacientų saugą iškyla daug sunkumų: trūksta aiškos koncepcijos, pacientų saugos kultūrai vertinti dažniausiai taikomi kiekybiniai meto-

dai, standartizuoti klausimynai. Šios problemos riboja galimybes atskleisti pacientų saugos kultūrai būdingas silpnybes ar stiprybes. Dauguma klausimynų sukurta užsienyje (JAV, Didžiojoje Britanijoje). Jiems būdingos tinkamos psichometrinės savybės, tačiau šių klausimynų nederėtų mechanškai taikyti atliekant tyrimus bet kurioje kitoje šalyje, dėl egzistuojančių kultūrinių, socialinių ir ekonominių skirtumų [145, 187]. Mokslininkai, siekdami išspręsti minėtas problemas, tyrimų metu bando pasitelkti mišrius – kiekybinius ir kokybinius – metodus [49, 76, 241]. Lietuvoje taip pat stinga išsamių šios srities tyrimų. Tad galima teigti – siekiant daryti įtaką pacientų saugos ir jos kultūros kūrimo procesui, būtina iš esmės įvertinti sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrį į pacientų saugą ir į veiklas, susijusias su pacientų sauga, pasinaudojant kiekybinio ir kokybinio tyrimų metodų privalumais.

Mokslinis naujumas. Mūsų atliktas tyrimas – tai vienas iš nedaugelio tyrimų Lietuvoje. Jis analizuoja pacientų saugą stacionarinėje asmens sveikatos priežiūroje sveikatos priežiūros specialistų požiūriu. Mokslo literatūroje dažniausiai analizuojama konkretaus regiono ar valstybės pacientų saugos (kultūros) sveikatos priežiūros įstaigose situacija. Pripažįstama, kad socialinė aplinka: kultūrinė, socialinė, ekonominė bei politinė – daro reikšmingą įtaką tiek pacientų saugos kultūrai, tiek nepageidaujamų įvykių valdymui. Lietuvoje pasigendama tyrimų, analizuojančių pacientų saugos kūrimo ypatumus ir turinčius lemiamą reikšmę sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti. Šioje disertacijoje yra sujungiama nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų valdymo sveikatos priežiūros įstaigose analizė bei pacientų saugai plėtoti trukdantys veiksniai.

Darbe nagrinėjama pacientų saugos kultūra bei nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų valdymas skirtingų lygmenų Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse: respublikos, regiono ir rajono. Mokslinį naujumą sudaro ir tai, kad taikomi kiekybinio ir kokybinio tyrimų metodai, padedantys atskleisti pacientų saugą sveikatos priežiūros specialistų požiūriu. Kokybinio tyrimo metu taikytas pusiau struktūrizuotas interviu metodas suteikė galimybę atskleisti sveikatos priežiūros specialistų požiūriu pacientų saugos raišką ir pagrindines problemas, susijusias su pacientų sauga, pateikiant ir aptariant konkrečias situacijas, kurios nebuvo analizuojamos kiekybinio tyrimo metu.

Praktinė vertė. Darbe išanalizuota pacientų saugos kultūra Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Nustatyti sveikatos priežiūros specialistų požiūrių į pacientų saugos kultūrą, nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų valdymą skirtumai įgalino pateikti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms praktines rekomendacijas. Be to, tyrime dalyvavusių ligoninių vadovams pristatyti apibendrinti tyrimo rezultatai ir išvados.

Kokybinio tyrimo metu išryškintos pacientų saugos kultūros formavimo problemos skatina hipotezes būsimiems moksliniams tyrimams bei skatina tyrinėti reiškinį platesniu mastu. Atlikto tyrimo duomenų analizė atskleidė sveikatos priežiūros darbuotojų žinias apie pacientų saugą ir jos kultūrą bei kryptis, kuriomis vadovaujantis galėtų būti vykdoma šviečiamoji veikla sveikatos priežiūros įstaigų specialistams. Tyrimo metu gauti rezultatai galėtų būti panaudoti plėtojant sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikacijos tobulinimą pacientų saugos klausimais: organizuojant bendravimui, lyderystės ir komandinio darbo įgūdžių ugdymui skirtus seminarus. Atliktas tyrimas atskleidė, kad pacientų sauga priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros specialistų veiklos, bet ir nuo paciento elgsenos sveikatos priežiūros įstaigoje. Tyrimo metu gauti duomenys leidžia teigti, kad siekiant užtikrinti pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse svarbus sisteminis požiūris. Sprendžiant su pacientų sauga susijusias problemas pokyčiai turėtų apimti visus lygmenis: individualų (sveikatos priežiūros specialistų švietimą ir mokymą), organizacinį (ligoninės saugios aplinkos užtikrinimas), visuomeninį (visuomenės švietimas). Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą atskleidžia silpnąsias bendrojo pobūdžio ligoninių veiklos, teikiant kokybiškas paslaugas, sritis, kurias patobulinus galima tikėtis saugesnių sveikatos priežiūros paslaugų pacientams.

Autorės indėlis. Autorė išanalizavo esamus pacientų saugos empirinio tyrimo metodus ir jų pagrindu savarankiškai parengė pacientų saugos kultūros vertinimo klausimyną, atliko apklausą 16 Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninių. Suvedė gautus duomenis į elektronines laikmenas, atliko statistinę duomenų analizę ir interpretavo tyrimo rezultatus. Autorė taip pat išmoko taikyti kokybinio tyrimo metodologiją, atliko sveikatos priežiūros specialistų interviu bei išanalizavo gautus duomenis. Tyrimo rezultatai publikuoti recenzuojamuose Lietuvos žurnaluose, pristatyti konferencijose.

1. DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Darbo tikslas:

Įvertinti asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse.

Darbo uždaviniai:

1. Nustatyti bendrojo pobūdžio ligoninių sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugos kultūrą, atsižvelgiant į specialistų amžių, darbo patirtį ir einamas pareigas.
2. Nustatyti komandinio darbo ypatumus, susijusius su pacientų sauga, Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse.
3. Nustatyti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį valdymą.
4. Palyginti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugos kultūrą skirtingų lygmenų Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Pacientų saugos samprata

Pastaruosius du dešimtmečius asmens sveikatos priežiūroje itin reikšminga tampa paslaugų kokybės valdymo problema. Kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos suprantamos kaip prieinamos, saugios, veiksmingos sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, ligonių gydymo ir slaugos paslaugos. Jas pacientui tinkamu laiku, tinkamoje vietoje suteikia tinkamas sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda pagal šiuolaikinio medicinos ir slaugos mokslo lygį bei gerą patirtį, atsižvelgdami į paslaugos teikėjo galimybes ir paciento poreikius bei lūkesčius, juos tenkindami ar viršydami [120]. Viena iš kokybiškos asmens sveikatos priežiūros dimensių – pacientų sauga, kuri analizuojama kaip visuomenės sveikatos problema [59] bei kaip sudėtinė kokybiškos sveikatos priežiūros dalis [211, 220].

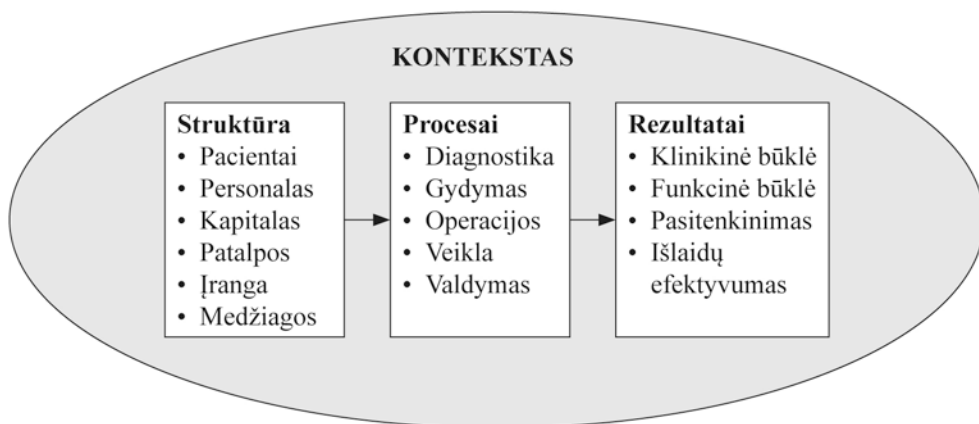
Pagrindinis dokumentas, padaręs neabejotiną įtaką asmens sveikatos priežiūros specialistų, mokslininkų, visuomenės ir politikų susirūpinimui pacientų saugos problema – JAV Medicinos instituto ataskaita „Klysti yra žmogiška: saugesnė sveikatos priežiūra“ (angl. *“To Err is human. Building safer health system”*) [110]. Minėtame dokumente teigiama, kad klaidos asmens sveikatos priežiūroje sukelia 44–98 tūkst. mirčių JAV.

Pacientų saugos sampratos konceptualizacija dažniausiai sietina su nepageidaujamais įvykiais ir apibrėžiama kaip jų nebuvimas [110], tačiau jos turinys kinta ir priklauso nuo požiūrio į asmens sveikatos priežiūros sistemą. Kai pacientų sauga apibūdinama kaip sveikatos sistemos dalis, nusakanti sveikatos priežiūros kokybę, itin reikšmingais tampa organizacijos struktūra (pvz., ligoninės dydis) ir organizaciniai procesai (pvz., darbo aplinkos suvokimas) [83, 186]. Per pastarąjį dešimtmetį ligoninėse pacientų saugos gerinimo iniciatyvomis tapo įrodymais pagrįsta praktika, atliekamos veiklos matavimai bei grįžtamojo ryšio užtikrinimas [229]. ES Taryba pacientų saugą apibrėžia kaip sąlygas, kuriomis pacientas nepatiria potencialios žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis [59]. PSO pacientų saugą įvardija, kaip konkrečią žmogaus teisę apsisaugoti nuo galimos žalos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugomis [257]. Tokios pacientų saugos apibrėžtys atkreipia dėmesį ne tik į paciento teisę gauti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą, tačiau ir aktyvų jo dalyvavimą siekiant užtikrinti saugą. Nacionalinė pacientų saugos agentūra, apibrėždama pacientų saugą, įtraukia ir organizacinę veiklą: rizikos ir nepageidaujamų įvykių,

susijusių su pacientu, atpažinimas, analizė ir valdymas, kad pacientų sveikatos priežiūra taptų saugesnė ir būtų sumažinta žala pacientui [160].

Panašiai pacientų sauga apibrėžiama ir Lietuvos teisės aktuose. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programoje 2005–2010 m. pacientų sauga įvardinama kaip sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas mažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą [128].

Sveikatos priežiūros kokybės pradininkas A. Donabedianas, siekdamas apibūdinti sveikatos priežiūros kokybės vertinimo modelį, netiesiogiai pateikė pacientų saugos koncepciją. Jis sveikatos priežiūros kokybės vertinimą suskirstė į struktūrą, procesus, ir rezultatą [47]. M. Makary'as ir bendra autoriai papildė A. Donabediano modelį [144]. Jų nuomone, pacientų sauga apima ne tik struktūrą ir procesus, svarbus ir šios sistemos kontekstas – vietinė saugos kultūra, kuri daro įtaką visiems komponentams. D. Jankauskienė įvardijo struktūros, procesų, rezultatų turinį sveikatos priežiūroje (2.1.1 pav.) [91]. Sveikatos priežiūros įstaigoje struktūrai priskiriami žmogiškieji, materialieji ir finansiniai ištekliai, fizinė ir organizacinė aplinka, kuri jungia šiuos išteklius, siekdama užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą ir pacientų saugą. Vertinant struktūrą keliama klausimai, kaip organizuojamos paslaugos, kaip mažinama žalos tikimybė? Procesai įvardijami kaip sveikatos priežiūros paslaugų teikimas: visiems pacientams turi būti tinkamai atliekama diagnostika bei taikomas tinkamas gydymas. Vertinant procesus, klausiama – kaip struktūra naudojama sistemoje? Rezultatu laikoma paslaugų kokybė ir pacientų pasitenkinimas. Vertinant rezultatą analizuojama, ar dažnai daroma žala, koks proceso poveikis pacientui ir organizacijai? [47, 91, 111, 144, 183].



2.1.1 pav. *Pacientų saugos modelis sudarytas autorės pagal šaltinius [47, 91, 144]*

Galima teigti, kad pacientų saugos kūrimo ir plėtros tikslas – sumažinti pacientui žalos ar pavojaus riziką, kurią gali sukelti sveikatos priežiūros struktūra ar procesai. Remiantis pateiktu modeliu siekiama pagerinti rezultata – iki minimumo sumažinti galimą žalą pacientui [13].

Požiūris į sveikatos priežiūros įstaigose pasitaikančius nepageidaujamus įvykius gali būti tradicinis arba šiuolaikinis. Remiantis tradicinio požiūriu – blogi dalykai nutinka blogiems žmonėms arba sveikatos priežiūros specialistai klaidų nedaro. Tradicinis požiūris grindžiamas „žmogiškojo veiksnio“ teorija (angl. *person approach, human factors theory*), kuriai vyraujant įvykus klaidai ieškoma kaltų ir problema sprendžiama „kaltininko“ nubaudimu [168,183].

Šiuolaikinis požiūris grindžiamas „sisteminių veiksnių“ teorija (angl. *systems approach, system factors theory*), kuri teigia, kad žmogaus veikloje klaidų pasitaiko [183]. Įstaigose, kuriose vadovaujamas sisteminiu požiūriu, įvykus klaidai, aiškinamasi, kodėl ji įvyko ir ieškoma įvykio priežasčių. Tokiu būdu problema sprendžiama iš esmės ir taikomos priemonės, kad tokia klaida nepasikartotų. Britų mokslininkas J. Reasonas pagal „sisteminių veiksnių“ teoriją pademonstravo, kaip sistemoje pasireiškia nepageidaujami įvykiai. Jis sukūrė „šveicariško sūrio“ modelį, pagal kurį ne vieno žmogaus nesėkmė, o visos sistemos netobulumas daro įtaką nepageidaujamam įvykiui atsirasti [183]. Pagal šį modelį dažniausiai nesitikima nesėkmių esant „kiauryme“ viename apsaugos „griežinėlyje“, tačiau jeigu „kiaurymės“ sutampa, tuomet nepageidaujamas įvykis gali atsirasti. J. Reasono nuomone, nesėkmės įstaigoje gali sukelti tam tikri veiksniai. Mokslininkas juos suskirstė į individualius (pvz., klaidos priimant sprendimus, klaidinga praktika, neapdairumas, neatidumas, standartų pažeidimai) ir latentinius (slaptuosius) (pvz., didelis darbo krūvis, netinkamas vadovavimas, stresinė aplinka, blogas bendravimas, nekokybiška aparatūra).

Apibendrinant galima teigti – siekiant suteikti kokybišką paslaugą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, būtina užtikrinti pacientų saugą, o tai siejama su priemonių, kurios padėtų išvengti nepageidaujamų įvykių taikymu. Teisinis pacientų saugos reglamentavimas padeda pacientų saugos plėtrai pasitelkti numatytas sveikatos politikoje priemones ir išteklius.

2.2. Teisinis pacientų saugos reglamentavimas

Pacientų sauga apibrėžta teisės aktuose, reglamentuojančiuose sveikatos politikos planavimą ir įgyvendinimą. PSO 2002 m. 55-oje Pasaulio sveikatos asamblėjoje pristatytam dokumentui „Sveikatos priežiūros kokybė: pacientų sauga“ pritarė visos 192 delegacijos ir priimta rezoliucija, įpareigo-

janti siekti pacientų saugos savo šalyse [259]. PSO siekdama plėtoti pacientų saugos politiką, 2004 m. įkūrė Pacientų saugos aljansą. Ši institucija 2005 m. parengė rekomendacijas nepageidaujamų įvykių registravimo ir mokymosi sistemoms sukurti ir įgyvendinti [258]. ES 2005 m. patvirtino Liuksemburgo pacientų saugos deklaraciją. Joje apibrėžiama, kad teisė į kokybišką sveikatos priežiūrą – viena iš pagrindinių žmogaus teisių, kurią turėtų gerbti ES, jos institucijos ir visi Europos piliečiai [140]. 2009 m. birželio 9 d. ES Taryba patvirtino rekomendaciją 2009/C 151/01 „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės“ (toliau – Rekomendacija), kurioje šalys raginamos spręsti pacientų saugos klausimus valstybiniu lygmeniu [59]. 2012 m. Europos Komisija paskelbė Rekomendacijos įgyvendinimo ataskaitą. Joje nurodoma, kad plėtojant nacionalinę pacientų saugos politiką ir programas padaryta pažanga. Tačiau taip pat skatinama pagerinti tam tikras sritis: už pacientų saugą atsakingų sveikatos priežiūros darbuotojų švietimą ir mokymą, mokymosi iš klaidų kultūros puoselėjimą. Kai kurios valstybės narės pranešė, kad dėl ekonominės ir finansinės krizės patirtų finansinių sunkumų negalėjo sėkmingai siekti pažangos pacientų saugos srityje, todėl Europos Komisija pratęsė įgyvendinimo stebėseną dar dvejim metams [58]. 2014 m. vertintas Rekomendacijų įgyvendinimas. Nustatyta, kad pasiekta pažanga šiose srityse: pacientų saugos politikos kūrimas ir programų rengimas, pranešimai apie nepageidaujamus įvykius ir su jais susijusios mokymosi sistemos, teisių suteikimas pacientams [59].

Rekomendacijos nuostatomis įgyvendinti Lietuvoje 2002 m. Sveikatos apsaugos ministras patvirtino sveikatos priežiūros kokybės koncepciją. Vienas iš jos keliamų uždavinių – tobulinti paciento saugos reikalavimų ir priemonių jiems įgyvendinti sąveiką [127]. Šiai koncepcijai įgyvendinti 2004 m. parengta Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programa (toliau – Programa). Pagrindiniai jos tikslai – orientuoti sveikatos priežiūrą į paciento ir visuomenės poreikius bei lūkesčius; gerinti sveikatos priežiūros paslaugų saugą ir kokybę; tobulinti sveikatos priežiūros kokybės vadybą [128]. 2007 m. parengta šio įsakymo nauja redakcija, siekiant patikslinti 2005–2010 m. Programos įgyvendinimo priemones 2007–2010 m. laikotarpiui [133]. Vykdam Programą atlikti moksliniai tyrimai, siekiant išsiaiškinti pacientų ir sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į nepageidaujamus įvykius ir jų priežastis sveikatos priežiūros sistemoje [104, 105]. Tačiau dėl žmogiškųjų išteklių ir lėšų stokos, ši Programa buvo vykdoma vangiai: 2005 m. iš numatytų įgyvendinti 27 priemonių įgyvendintos 4, o 2006 m. iš 32 – įgyvendintos 3, kai kurios Programoje numatytos priemonės įgyvendintos tik pasibaigus laikotarpiui [138].

Siekiant nustatyti pagrindines asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kryptis teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei gerinti ir vidaus medicininio audito darbo principus 2008 m. patvirtinti minimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimai, reglamentuojama vidaus medicininio audito veikla [134]. Viena iš vidaus medicinos auditoriaus funkcijų: organizuoti nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimą, atlikti jų priežasčių analizę ir įstaigos vadovui siūlyti prevencines priemones.

Plėtojant nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą, skatinančią nepageidaujamų įvykių analizę ir klaidų asmens sveikatos priežiūroje prevenciją 2010 m. patvirtintas privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas [136], nors jame pateiktus įvykius jau buvo reglamentuota registruoti ir anksčiau [125, 129, 130, 131, 132, 135, 234].

2008 m. gruodžio 9 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytas komitetas nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. Viena iš Nacionalinės pacientų saugos platformos rekomendacijų: asmens sveikatos priežiūros įstaigose diegti organizacinę saugos kultūrą, paremtą atvirumu ir pasitikėjimu, užtikrinant laisvą informacijos sklaidą, nepageidaujamų įvykių registravimą ir aktyvų mokymąsi iš klaidų: organizuoti sistemingą pacientų saugos kultūros vertinimą, diegiant kokybinius ir kiekybinius saugos kultūros vertinimo metodus; aktyviai diegti pacientų saugą gerinančias priemones ir „gerąsias praktikas“; kurti abipusią pagarbą ir supratimą paremtus pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų santykius, skatinant atvirą pokalbį tarp gydytojo ir paciento, įvykus nepageidaujamam įvykiui; sudarant galimybę gydytojui atskleisti klaidą, suteikiant tinkamą informaciją pacientui, atsiprašyti paciento [158].

2008–2010 m. Lietuva dalyvavo projekte EUNetPaS (angl. *European Union Network for Patient Safety*). Jo tikslas – įkurti tinklą, vienijantį visas ES šalis nares ir tarptautines ES organizacijas, skatinant pagerinti bendradarbiavimą pacientų saugos srityje ir tokiu būdu padidinti sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą. Lietuvai projekte atstovavo Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Pagrindinės šio projekto veiklos – pacientų saugos kultūra, pacientų saugos švietimas ir mokymas, nepageidaujamų įvykių registravimo ir analizavimo sistemos bei vaistų vartojimo ligoninėse saugumas. Šio projekto metu Lietuvoje atlikti bandomieji pacientų saugos kultūros ir vaistų vartojimo praktikos tyrimai [233].

2012–2014 m. vyko tęstinis pacientų saugos projektas PaSQ (angl. *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care*), kuriuo siekta apgalvoti geros kokybės sveikatos priežiūros principus ir užtikrinti bendradarbiavimą ES sveikatos priežiūros kokybės (įskaitant pacientų sau-

gą) klausimais. Lietuva dalyvavo šio projekto darbo grupių, atsakingų už pacientų saugos gerųjų klinikinių praktikų surinkimą, analizę bei dalijimąsi jomis; pacientų saugos iniciatyvų – gerųjų klinikinių praktikų – įgyvendinimą ir nuoseklų tinklo palaikymą, veikloje [167].

Parengti ir patvirtinti būtini esminiai tarptautiniai bei nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigose, tačiau dalis juose pateiktų nuostatų įgyvendinamos neefektyviai ar netolygiai. Moksliniai tyrimai taip pat patvirtina, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūros įstaigose nutinka dažnai ir sukelia valstybėms bei jų piliečiams didelius psichologinius, finansinius ir moralinius nuostolius [110].

2.3. Pacientų saugos moksliniai tyrimai

Moksliniai pacientų saugos tyrimai – daugialypiai [220]. Iš pradžių mokslinių tyrimų metu daugiausia dėmesio skirta klaidoms ir nepageidaujamų įvykių dažniui (mastui) sveikatos priežiūros įstaigose nustatyti [10, 27, 43, 205, 239, 248]. Harvardo medicinos mokslininkų T. A. Brennanas ir bendraautorii atliktas tyrimas – viena iš pagrindinių tyrimų, atkreipusių dėmesį į klaidų asmens sveikatos priežiūros įstaigose problemą. Minėti mokslininkai išanalizavę 30 121 paciento medicinos dokumentus iš 51 Niujorko valstijos ligoninės nustatė, kad 3,7 proc. hospitalizacijos atvejų susiję su nepageidaujamais įvykiais [27]. Taikant šio tyrimo metodologiją, 1995 m. Australijoje atliktas mokslinis tyrimas. Nustatyta, kad nepageidaujami įvykiai susiję su 16,6 proc. hospitalizacijos atvejų, o 51 proc. tokių atvejų buvo galima išvengti [248]. Vėliau tokio pobūdžio moksliniai tyrimai atlikti ir kitose šalyse: Didžiojoje Britanijoje [238], Naujojoje Zelandijoje [42], Danijoje [198] ir kt. Pavyzdžiui, 2008 m. atliktas tyrimas atskleidė, kad Švedijos ligoninėse 2003 m. spalio – 2004 m. rugsėjo 12,3 proc. hospitalizacijos atvejų susiję su nepageidaujamais įvykiais [214].

Nepageidaujamų įvykių masto tyrimai dažniau atliekami stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose negu pirminės sveikatos priežiūros grandyje [81, 194]. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad nepageidaujamų įvykių tikimybė didesnė tarp vyresnio amžiaus pacientų, esant sudėtingam gydymui ar slaugai, ilgai gulint ligoninėje [11]. Mokslininkai taip pat nustatė, kad su kiekviena gulėjimo ligoninėje diena 6 proc. padidėja tikimybė patirti nepageidaujamą įvykį [6].

2014 m. „Eurobarometro“ tyrimo duomenimis, 53 proc. apklaustųjų iš 28 ES šalių mano, kad gydymas ligoninėje gali pakenkti pacientui. Gyventojų nuomonė skyrėsi atsižvelgiant į valstybę, kurioje respondentas gyvena: nuo 82 proc. Kipre iki 21 proc. Austrijoje. Lietuvoje 53 proc. gyventojų

manė, kad gydymas ligoninėje gali pakenkti. 2009 m. buvo atlikta panaši apklausa, tuomet beveik trečdalis europiečių (24 proc. Lietuvos gyventojų) pažymėjo, kad jiems ar jų šeimos nariams teko patirti nepageidaujamą įvykį [55].

Moksliniai tyrimai atliekami ir siekiant įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų, t. y. pacientų, požiūrį į suteikiamų paslaugų kokybę [67, 68, 75, 105, 247]. Lietuvoje viename iš atliktų tyrimų nustatyta, kad 76,2 proc. pacientų, nors ir nežinodami priežasčių, galinčių kelti riziką gydymo procesui, visiškai ar iš dalies sutiko su teiginiu – gydytojo darbą nebūtinai lydi sėkmė. Net padarius viską, kas įmanoma, gali būti sunkių komplikacijų ar net mirčių. Minėto tyrimo metu nustatyta, kad 90,3 proc. pacientų sutinka, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kaip ir kitose veiklos srityse, klaidų išvengti neįmanoma [75].

Viena iš pagrindinių pacientų saugos užtikrinimo priemonių – nepageidaujamų įvykių valdymas [110]. Nepageidaujamų įvykių valdymo sistema skirta duomenų apie nepageidaujamus įvykius kaupimui, įvykių analizei, priežasčių nustatymui ir prevencijos priemonių kūrimui. Tokiu būdu siekiama skatinti atvirą, mokymais paremtą pacientų saugos kultūrą, kad panašūs įvykiai nepasikartotų ir jiems būtų užkirstas kelias [87]. Nepageidaujamų įvykių valdymo sistema atlieka ne tik įvykių fiksavimo funkciją, bet kuria grįžtamąją ryšį tarp sistemos ir sveikatos priežiūros specialisto, užregistravusio įvykį.

Kaip teigia mokslininkai, pagrindinės veiksmingos nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos kūrimo sąlygos: 1) sveikatos priežiūros darbuotojai turi būti susipažinę su nepageidaujamų įvykių registravimo svarba (požiūris); 2) jie turi žinoti, kaip pranešti apie nepageidaujamą įvykį (žinios); 3) jie turi gebėti atpažinti rizikingas situacijas, apie kurias reikia pranešti (įgūdžiai) [92]. V. Janušonis teigia, kad nepageidaujamų įvykių registravimo sistemai būdingos šios pagrindinės charakteristikos: veiksmingumas ir naudingumas, maksimalus nepageidaujamų įvykių atskleidžiamumas, nepageidaujamų įvykių atskleidimas laiku, konfidencialumas, sveikatos priežiūros darbuotojų saugumo garantavimas [96].

Kadangi profesinę elgseną lemia nuostata, tad sveikatos priežiūros darbuotojų požiūrio į nepageidaujamų įvykių registravimą išaiškinimas bei vertinimas, mokslininkų nuomone, yra svarbus jų veiklos požymis [5, 26, 60, 94, 102, 152, 226]. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad slaugytojai dažniau registruoja nepageidaujamus įvykius negu gydytojai [98, 222, 227].

2005 m. PSO vykdė projektą, kuriame buvo pateiktos pranešimų apie pacientų saugos įvykių teikimo ir mokymosi iš jų sistemų gairės. Konstatuotina, kad daugelyje valstybių (JAV, Jungtinėje Karalystėje, Australijoje, Kanadoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Danijoje, Japonijoje, Airijoje, Švedi-

joje, Šveicarijoje, Lenkijoje, Slovėnijoje ir kt.) yra privalomos nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos [57]. Lietuvoje nėra sukurtos nacionaliniu lygiu funkcionuojančios bendros nepageidaujamų įvykių valdymo (registravimo, kaupimo, analizės ir prevencijos) sistemos. Veikia tik tam tikrų sričių nepageidaujamų įvykių, susijusių su medicinos prietaisų naudojimu, kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, vaistinių preparatų naudojimu, nustatyta hospitaline infekcija, su pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis, su audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu (transportavimu) ir transplantacija, registravimas [136,169]. Panašios sistemos galioja ir kitose Europos šalyse, pvz., Vengrijoje, Lenkijoje ir kt. [57].

2013 m. Lietuvoje pradėtas vykdyti ES struktūrinių fondų lėšomis finansuojamas projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“. Vienas iš jo tikslų – diegti nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą. Projekto metu numatoma atlikti asmens sveikatos priežiūros įstaigų pasirengimo nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimui įvertinimą ir nepageidaujamų įvykių modelio sukūrimą bei jų registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos išbandymą. Projekte dalyvavo 4 stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos [265].

Mokslinių tyrimų duomenimis, sveikatos priežiūros specialistams stinga žinių apie tai, ką ir kur reikia registruoti kaip nepageidaujamą įvykį [60, 94, 102, 104]. Atliktų mokslinių tyrimų metu nustatyta, kad tik 4–50 proc. nepageidaujamų įvykių yra užregistruojama [29]. Pagrindinės neregistruavimo priežastys: nepalanki saugos kultūra, neigiamas visuomenės požiūris į suklydusį sveikatos priežiūros specialistą, galimų pacientų skundų, keliamų bylų ir reputacijos praradimo baimė, laiko užregistruoti įvykį stoka, sudėtingos, ilgos registravimo formos, grįžtamojo ryšio stoka [29, 36, 60, 94, 112, 142, 181]. Mokslininkų nuomone, dažniausios priežastys, kodėl sveikatos priežiūros specialistai nepraneša apie nepageidaujamus įvykius, yra baimė ir tikėjimo, kad pranešimas duos naudos, stoka. Bijoma bausmių, skundų, bylų, kitų pasmerkimo ir pan. Baimė atsiranda, nes manoma, kad klaidos nutinka dėl neapdairumo. Gydytojai ir slaugytojai įprato tuo tikėti. Tiek kolegos, tiek visuomenė kaltina individą, kai šis padaro klaidą. Ekspertų grupė pabrėžė, kad „kaltinimo kultūra“ skatina žmones slėpti klaidas dėl baimės būti nubaustiems [117]. Dėl minėtų priežasčių daugelis nepageidaujamų įvykių lieka nežinomi, o užregistruoti nepageidaujami įvykiai nėra tinkamai ištiriami ir analizuojami, nesudaroma galimybė iš jų pasimokyti. Atlikti kokybiniai tyrimai siekiant išsiaiškinti, kas skatina gydytojus ir slaugytojus registruoti nepageidaujamus įvykius [98, 108]. Nustatyta, kad

kultūra, kuriai būdinga anoniminių pranešimų, laisvės nuo padarinių, ir grįžtamojo ryšio apie užregistruotus nepageidaujamus įvykius užtikrinimas, turėtų skatinti sveikatos priežiūros specialistus registruoti nepageidaujamus įvykius [98]. Mokslininkų nuomone, sveikatos priežiūros personalas motyvuotas registruoti nepageidaujamus įvykius tais atvejais, kai užtikrinamas anonimiškumas, konfidencialumas, aiški registravimo tvarka, vyksta personalo švietimas ir mokymas, pozityvus įstaigos vadovų požiūris, vyrauja kolegų palaikymas [28, 69, 92]. Palankias nepageidaujamų įvykių registravimo sąlygas turėtų užtikrinti ir žalos pacientų sveikatai atlyginimo „be kaltės“ modelio įdiegimas Lietuvoje [28,116].

Pavyzdžiui, vienoje Anglijos ligoninėje atliktas tyrimas, kurio metu nagrinėta 288 pacientų gydymo atvejai, siekiant nepageidaujamus įvykius nustatyti trimis metodais: nepageidaujamų įvykių registravimas, medicinos dokumentų ir vaistų išrašymo peržiūra. Nustatyta, kad nepageidaujamų įvykių registravimas nepajėgus fiksuoti visų įvykių, todėl šį metodą rekomenduojama papildyti ir kitomis duomenų rinkimo formomis [166]. Konstatuotina, kad dažniausiai sveikatos priežiūros įstaigose taikomi metodai nepageidaujamiems įvykiams nustatyti: medicinos dokumentų peržiūra, nepageidaujamų įvykių registravimas, sergamumo ir mirtingumo konferencijos, administracinių duomenų peržiūra, elektroninių įrašų patikrinimas, pacientų skundai, tarnybiniai pranešimai, autopsijų pranešimai, anoniminiai pacientų pranešimai, audito kokybės duomenų įrašai, receptų išrašymo stebėsena [14, 97]. Kaip teigia mokslininkai, visi nepageidaujamų įvykių nustatymo metodai turi tiek privalumų, tiek trūkumų [13, 32, 153, 166].

Kyla diskusijų dėl neatitiktųjų registravimo. Nors neatitiktys sveikatos priežiūros įstaigose nutinka daug dažniau negu nepageidaujami įvykiai, tačiau neatitiktųjų registravimo sistemos yra daug retesnės [8]. Kai kurie mokslininkai teigia, kad naudinga registruoti neatitiktis, nes sveikatos priežiūros specialistai labiau linkę diskutuoti apie jas su kolegomis, tokiu būdu išryškėja silpna organizacijos grandis. Žinios apie neatitiktį suteikia galimybę iš jos pasimokyti [17]. Pagrindinis pranešimų apie vos neįvykusius nepageidaujamus įvykius sistemos pranašumas – nebuvo padaryta jokios žalos, todėl pranešėjas nerizikuoja būti apkaltintas [57].

Mokslininkai, taikydami tam tikrus nepageidaujamų įvykių nustatymo metodus, atskleidė, kad nepageidaujami įvykiai dažniausiai susiję su vaistų administravimu. Atlikti tyrimai parodė, kad 7,5–10,4 proc. hospitalizuotų pacientų patiria nepageidaujamus įvykius dėl vaistų administravimo [99]. Priežastys, sukėlusios nepageidaujamus įvykius, taip pat susijusios su medicinos įranga, gydytojų nepatyrimu ir naujų technologijų įdiegimu, komandinio darbo, bendravimo stoka [95, 190, 243].

S. P. Rodrigues kartu su bendraautorais, pasinaudoję vizualizacijos metodu, pagal bibliometrinius duomenis 2000–2010 m. atliko mokslinių tyrimų temų, susijusių su pacientų sauga, apžvalgą. Minėti autoriai nustatė, kad moksliniai tyrimai dažniausiai skirti pacientų saugos problemų mastui vertinti (42 proc. visų atliktų tyrimų); pacientų saugos rizikos veiksnių analizei (31 proc.) ir pacientų saugos gerinimo strategijoms įgyvendinti (19 proc.). Kaip teigia mokslininkai, vis daugiau dėmesio skiriama rizikos veiksnių analizei [189].

Nustačius, kad nepageidaujami įvykiai sveikatos priežiūros įstaigose dažni ir sukelia didelių finansinių, moralinių bei psichologinių problemų, mokslininkai ieško priemonių, strategijų, metodų pacientų žalai išvengti arba jai sumažinti [162]. Tyrėjai rekomenduoja tobulinti bendravimą tarp darbuotojų, skatinti pacientų dalyvavimą sveikatos priežiūros procese, tobulinti žmoniškųjų išteklių valdymą (pvz., gerinti darbuotojų ir pacientų santykius, mažinti darbuotojų pervargimo ir nuovargio sindromą), didinti vadovybės įsipareigojimus dėl saugos kultūros kūrimo, skatinti informacijos sklaidą visuomenei apie nepageidaujamus įvykius, bei šviesti ir mokyti sveikatos priežiūros specialistus pacientų saugos, standartizuoti bendrus procesus, reguliariai naudoti kontrolinius sąrašus [93, 118, 242, 256].

Apibendrinant galima teigti – siekiant užtikrinti pacientų saugą, esami ir būsimi sveikatos priežiūros specialistai turi žinoti, kaip atpažinti nepageidaujamus įvykius ir laiku į juos reaguoti, siekdami užkirsti kelią tolesnei pacientų žalai. Tam yra svarbi pozityvi saugos kultūra, kuriai esant pasireiškia efektyvus komandinis darbas, sveikatos priežiūros specialistai atvirai diskutuoja apie nepageidaujamus įvykius ir iš jų mokosi.

2.4. Pacientų saugos kultūra sveikatos priežiūros įstaigose

Mokslininkai pripažįsta, kad siekiant užtikrinti ir pagerinti pacientų saugą, reikalingi pacientų saugos kultūros pokyčiai [58, 110]. Terminas „saugos kultūra“ pirmą kartą paminėtas 1986 m. Tarptautinės atominės energetikos agentūros viešame pranešime po nelaimės Černobilyje [77]. Nuo to laiko pradėta domėtis tam tikrų sričių saugos kultūra, siekiant pagerinti saugą. Ypatinga svarba teikta didelės rizikos pramonės sritims (aviacijos, branduolinės energetikos) [78]. Visai neseniai, į saugos kultūrą atkreiptas dėmesys ir sveikatos priežiūros įstaigose.

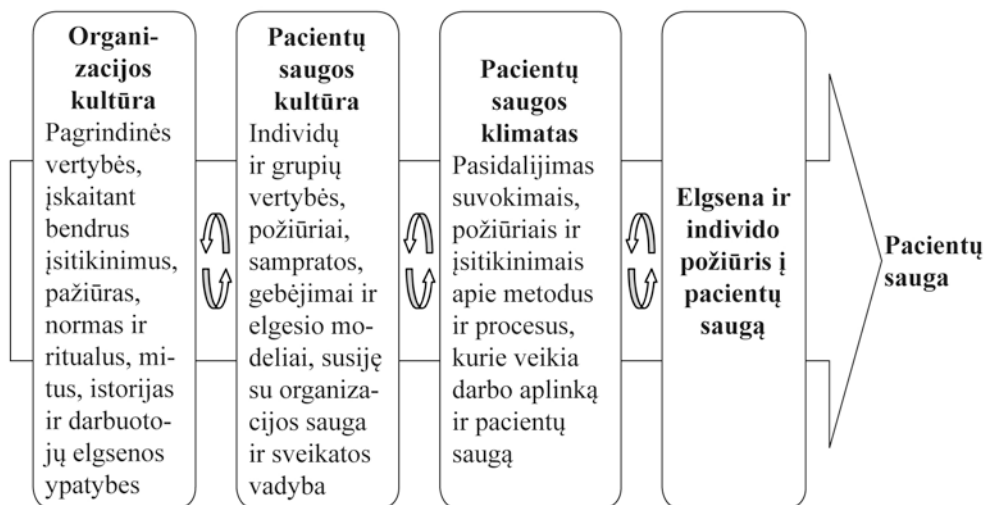
Mokslininkai nesutaria dėl saugos kultūros apibrėžties [80, 161]. Pasaulio sveikatos organizacija įvardija, kad saugos kultūra apima bendrus požiūrius, vertybes ir normas, susijusias su paciento sauga [254]. Pacientų saugos kultūra – tai kultūra, skatinanti veiksmingą ir efektyvų bendravimą

tarp asmens sveikatos priežiūros specialistų, kai nekliudo hierarchinis statusas [33]. Kiti mokslininkai pacientų saugos kultūrą apibrėžia, kaip norą ir gebą suprasti organizacijos saugą ir galimus pavojus, taip pat norą ir gebėjimą saugiai veikti keičiantis aplinkybėms [184]. Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacija pacientų saugos kultūrą įvardija kaip individualaus ir organizacinio elgesio bendrais įsitikinimais ir vertybėmis pagrįstą sudėtinį (kompleksinį) modelį, siekiant nuolat mažinti pacientui žalą, kuri gali būti padaryta teikiant jam sveikatos priežiūros paslaugas [230].

Sampratų įvairovė didelė, tačiau vyrauja tendencija pacientų saugos kultūrą sieti su individualiomis ir grupių vertybėmis, požiūriais, sampratomis, gebėjimais ir elgesio modeliais, susijusiais su organizacijos sauga ir sveikatos vadyba [82, 217].

Kyla diskusijų dėl sąvokų „saugos kultūra“ ir „saugos klimatas“ vartojimo [161], nes vieni mokslininkai pabrėžia skirtumą tarp saugos klimato ir saugos kultūros [78, 109], kiti šiuos terminus vartoja kaip sinonimus [260]. Dažniausiai manoma, kad saugos klimatas yra vienas iš saugos kultūros aspektų [161, 199, 211]. Klimatas yra lengviau pamatuojamas, tačiau kiekybiniais tyrimais dažniausiai nėra įmanoma įvertinti visus kitus kultūros aspektus – elgesį, vertybes ir kompetencijas [199, 262].

Mokslininkai teigia, kad saugos kultūros samprata asmens sveikatos priežiūros įstaigose nėra tinkamai pagrįsta, nes trūksta vienareikšmiško pacientų saugos kultūros modelio ir apibrėžties. Tad daroma prielaida, kad saugos kultūra gali būti suprantama kaip organizacijos kultūros dalis, kuri daro įtaką požiūriui ir elgesiui, susijusiems su sauga [78, 79, 157] (2.4.1 pav.).



2.4.1 pav. Pacientų saugos kultūros modelis (R. T. Morello ir kt.) [157]

Pacientų saugos kultūrą veikia tam tikri veiksniai, kurie mokslo literatūroje aprašomi kaip pacientų saugos kultūros dimensijos arba sritys. Tiek bendra saugos kultūros apibrėžtis, tiek saugos kultūros dimensijų, kurios sudaro teigiamą saugos kultūrą, apibrėžtys kinta ir priklauso nuo to, ką su-reikšmina vienas ar kitas mokslininkas [2]. Egzistuoja keletas skirtingų di-mensijų derinių, kurie suformuluoti analizuojant kiekybinių tyrimų, susiju-sių su saugos kultūros vertinimu, duomenis, o šių dimensijų deriniai vėliau tapo saugos kultūros konceptualizavimo pagrindu [80].

C. E. Sammer ir bendraautorai įvardija pacientų saugos kultūros dimensijas: vadovavimą, įrodymais pagrįstą praktiką, komandinį darbą, bendravimą, mokymąsi, teisingą kultūrą (angl. *just culture*) ir į pacientą orientuotą kultūrą [193]. J. Sexton ir bendraautorai pateikia pacientų saugos kultūros sritis, susijusias su sveikatos priežiūra: saugos klimatas, koman-dinis darbas, pasitenkinimas darbu, požiūris į valdymą, streso įvertinimas, darbo aplinka [200].

Mokslininkai pacientų saugos kultūrai vertinti sukūrė klausimynus [109, 200, 216, 217, 246]. Dažniausiai vartojami klausimynai:

- Požiūrio į saugą vertinimo klausimynas (angl. *Safety Attitudes Questionnaire – SAQ*), parengtas Teksaso universiteto Pacientų saugos tyrimų centre, JAV (2000);
- Pacientų saugos kultūros vertinimas ligoninėse (angl. *Hospital Survey on Patient Safety – HSPSC*), sukurtas Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūros (AHRQ), JAV (2004);
- Mančesterio pacientų saugos vertinimo sistema (angl. *Manchester Patient Safety Framework – MaPSaF*), sukurta Nacionalinio pirmi-nės sveikatos priežiūros tyrimų ir plėtojimo centro, Mančesterio universitetas, Jungtinė Karalystė (2006).

Mokslininkų įvardijamos tokios pozityvios pacientų saugos kultūros charakteristikos kaip bendravimas, grindžiamas abipusiu pasitikėjimu ir atvirumu; bendrai suvokiama saugos svarba; pasitikėjimas prevencinių sau-gos priemonių veiksmingumu; tvirtas vadovavimas ir vadovų atsakomybė; sauga laikoma įstaigos prioritetu; pripažinimas, kad būna nepageidaujamų įvykių; grįžtamojo ryšio užtikrinimas; mokymasis iš klaidų; nebaudžiamojo pobūdžio reagavimas į užregistruotus nepageidaujamus įvykius [109].

Remiantis mokslinių straipsnių analize, vienas iš pagrindinių žingsnių, siekiant pagerinti pacientų saugą – pacientų saugos kultūros vertinimas [15, 85, 89, 160, 176]. Juk svarbu nustatyti esamą situaciją, kad pasiekus poky-čius vėl būtų galima įvertinti gautus rezultatus. Europoje [85, 113, 165, 188, 211, 228, 244] ir daugelyje pasaulio šalių – Australijoje [70], JAV [209], Japonijoje [150], Irane [180], Libane [50,51], Naujoje Zelandijoje [72], Ki-

nijoje [35, 261], Saudo Arabijoje [1], Turkijoje [22] – atliekami moksliniai tyrimai, susiję su pacientų saugos kultūros vertinimu.

Pacientų saugos kultūros tyrimai suteikia galimybę asmens sveikatos priežiūros įstaigai gauti informacijos apie probleminius pacientų saugos aspektus, į kuriuos reikėtų atkreipti dėmesį [45, 109], palyginti gautus įstaigoje rezultatus tarp skyrių, su kitomis tos pačios ir kitų šalių asmens sveikatos priežiūros įstaigomis [21, 35, 50, 199, 210, 240]. Kai kurie mokslininkai pabrėžia, kad svarbu vertinti tik konkretaus skyriaus pacientų saugos kultūrą, o ne visos ligoninės, nes reikšmingą įtaką saugos kultūrai daro aplinka, kurioje suteikiama paslauga [44, 175].

Pozityvi pacientų saugos kultūra asmens sveikatos priežiūros įstaigose konstatuojama, jei personalas aiškiai supranta – klaidų padaroma ir sveikatos priežiūros įstaigose. Sveikatos priežiūros darbuotojai gali atvirai kalbėti apie nesėkmes, susipažinti su tuo, kas vyksta netinkamai, ir pataisyti esamą padėtį [2, 162]. Įstaigose, kuriose būdinga pozityvi saugos kultūra registruojant nepageidaujamus įvykius nekaltinamas darbuotojas – jam suteikiama galimybė pasitaisyti. Taip siekiama, kad ateityje būtų išvengta tiek konkretaus žmogaus, tiek sistemos klaidų bei skatinama pacientų sauga [110].

Mokslininkai analizuoja minėtų pacientų saugos kultūrą vertinančių klausimynų psichometrinės savybės [21, 37, 54, 65, 188]. Pavyzdžiui, J. Colla ir bendraautoriai atliko 9 klausimynų, susijusių su pacientų sauga, analizę [37]. Nustatyta, kad siekiant įvertinti respondentų požiūrį į pacientų saugą, klausimynuose vartota Likerto skalė.

Kai kurie mokslininkai, vartodami minėtus klausimynus, atliko savo šalyse apklausas ir remdamiesi gautais duomenimis atliko patvirtinamąją faktorinę analizę [35, 188]. Konstatuota, kad faktorinė analizė ne visada patvirtina klausimyno tinkamumą vartoti, nes klausimynai, sukurti tam tikros šalies kultūros aplinkoje, ne visada gali būti išversti į tos šalies kalbą ir tiesiogiai vartojami kitoje šalyje [145]. Tokie skirtumai iš dalies gali būti paaiškinti tuo, kad šalyse skiriasi gydytojų ir slaugytojų elgsena, todėl patariama atsižvelgti į kultūrinę aplinką.

Pacientų saugos kultūrai vertinti dažniausiai vartojami kiekybiniai tyrimo metodai – apklausos [80, 179], M. Haligan ir bendraautoriai teigia, kad klausimynai yra patogus būdas rinkti duomenis, tačiau duomenų analizė pateikia tik paviršutinišką supratimą apie saugos klimatą, o ne apie saugos kultūrą [80, 109].

Pacientų saugos kultūros vertinimas, taikant kiekybinius tyrimo metodus, atskleidžia asmens sveikatos priežiūros personalo požiūrį į pacientų saugos kultūrą nusakančias dimensijas, bet nepaaiškina, su kuo tai siejama. Todėl siekiant giliau ir nuodugniau išnagrinėti minėtas pacientų saugos kul-

tūros sritis taikomi kokybiniai tyrimo metodai [2, 185]. Atskirai taikomi kokybiniai ar kiekybiniai tyrimo metodai tik iš dalies atskleidžia tiriamą problemą, todėl mokslininkai pataria taikyti šių metodų derinį [84, 162, 163, 207]. Manoma, kad asmeniniai interviu, tikslinės grupės interviu, stebėjimai, etnografiniai tyrimai galėtų papildyti klausimynais surinktus duomenis ir giliau atskleisti pacientų saugos kultūrą [163]. Pacientų saugos kultūrai vertinti atlikta tyrimų, kurių metu taikyti ir kiekybiniai, ir kokybiniai metodai [2, 49, 76, 241].

Pacientų saugos kultūros tyrimai asmens sveikatos priežiūros įstaigai suteikia galimybę gauti duomenis, kaip personalas vertina konkrečias saugą nusakančias dimensijas. Šie vertinimai gali būti vartojami: 1) nustatant tobulintinas įstaigos sritis; 2) numatant pacientų saugos gerinimo priemones ar programas ir nustatant pokytį per tam tikrą laiką; 3) vykdant direktyvose arba reglamentuose pateiktus reikalavimus [162, 212].

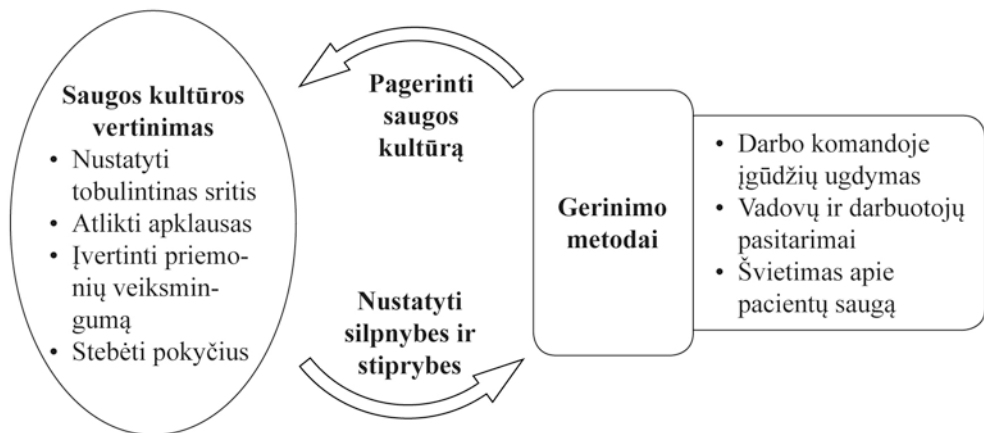
Kirk S. ir bendraautoriai papildė R. Westrumo [250] sukurtą kultūros tipologiją [109]. Pagal ją, atlikus pacientų saugos kultūros vertinimą, organizaciją galima priskirti tam tikram lygiui pagal kultūros brandą (2.4.1 lentelė). Sveikatos priežiūros įstaigų siekiamybė – kuriamoji kultūra, skatinant susiderinimą, sąmoningumą ir sudarymą sąlygų, kurios pakeistų įtarimą, izoliaciją, ir pasyvumą.

2.4.1 lentelė. Saugos kultūros lygmenys (Kirk S. ir kt.) [109]

Saugos kultūros lygmenys	Apibūdinimas
Patologinis	Kodėl švaistyti laiką rizikos valdymo ir saugos problemoms?
Reaktyvusis	Rizika vertinama rimtai ir imamasi veiksmų, kai nutinka įvykis
Biurokratinis	Įstaiga turi sistemas, leidžiančias valdyti visas galimas rizikas
Iniciatyvusis	Numatoma rizika, kuri gali atsirasti
Kuriamasis	Rizikos valdymas neatsiejamas nuo kasdienės veiklos

P. Pronovostas ir bendraautoriai siūlo tokius žingsnius siekiant pagerinti pacientų saugą: 1) įvertinti saugos kultūrą; 2) rengti pacientų saugos mokslinį švietimą; 3) nustatyti saugos problemas; 4) sukurti vadovų partnerystę tarp skyrių; 5) per mėnesį išsiaiškinti po vieną saugos trūkumą; 6) iš naujo įvertinti kultūrą [175].

M. Halligan ir kt. pateikia pacientų saugos gerinimo modelį, kuriame išskiriami du svarbūs aspektai: pacientų saugos kultūros vertinimas ir priemonių pacientų saugos kultūrai gerinti taikymas (2.4.2 pav.) [80].



2.4.2 pav. *Pacientų saugos kultūros gerinimo modelis*
(M. Halligan ir kt.) [80]

Pacientų saugos kultūros vertinimas tapo svarbus siekiant nustatyti sveikatos priežiūros įstaigose taikomas pacientų saugos programas: apklausus darbuotojus įvertinama pacientų saugos kultūra, tada įgyvendinamos poveikio priemonės ir po to vėl vertinama pacientų saugos kultūra [213]. Nors pacientų saugos vertinimo priemonės asmens sveikatos priežiūros įstaigose naudojamos neseniai ir kai kurie mokslininkai teigia, kad trūksta tyrimų, kaip pacientų saugos kultūros vertinimo duomenys vartojami pacientų saugos kultūrai gerinti [162, 164], tačiau pacientų saugos kultūros tyrimų analizė leidžia teigti, kad pacientų saugos kultūra daro įtaką pacientų gydymo rezultatams, nepageidaujamų įvykių skaičiui. Ligoninės skyriuose, kuriuose požiūris į pacientų saugos kultūrą teigiamas, darbuotojai jaučia psichologinį saugumą ir atvirai dalijasi apie nesėkmes savo darbe, teikiamos saugesnės paslaugos ir sukuriamą saugesnę aplinką pacientams [37, 101, 148, 181]. Pozityvesnis pacientų saugos kultūros vertinimas susijęs su trumpesniu gulėjimu ligoninėje, retesnėmis nesėkmėmis, susijusiomis su vaistais, ir mažesniu kraujo infekcijų dažniu [203]. Pavyzdžiui, mokslininkai D. Huangas ir bendraautorai, tyrimą atliko intensyviosios terapijos skyriuose. Jie nustatė, kad pacientų hospitalizavimo trukmė priklauso nuo pacientų saugos kultūros: per mažas dėmesys pacientų saugai gali sukelti klaidas, nulemiančias ilgesnį gulėjimą ligoninėje [88].

J. Sorra su kolegomis atliko pacientų saugos kultūros tyrimą, siekdami išsiaiškinti sąsajas tarp darbuotojų pacientų saugos kultūros vertinimo ir sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo pacientų požiūriu [215]. Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurių darbuotojai pozityviau vertina pacientų saugos kultūrą dažniau gavo teigiamų vertinimų iš tyrime

dalyvavusių pacientų. Kanadoje atliktas pacientų saugos kultūros tyrimas, siekiant įvertinti ryšį tarp darbuotojų pacientų saugos kultūros vertinimo ir sveikatos priežiūros paslaugų intensyviosios terapijos skyriuje vertinimo šeimos narių požiūriu. Nustatytas teigiamas ryšys tarp darbuotojų pozityvaus pacientų saugos kultūros vertinimo ir šeimos pasitenkinimo rodo, kad tobulinant organizacijos kultūrą, taip pat galima pagerinti šeimos narių pasitenkinimą sveikatos priežiūros paslaugomis [46].

Pacientų saugos kultūros tyrimai atliekami ligoninės reanimacijos ir intensyviosios terapijos chirurgijos skyriuose, operacinėse, laboratorijose [33, 89, 197, 213, 223]. Pacientų saugos kultūra susidomėjimas padidėjo ir pirminės sveikatos priežiūros įstaigose [24, 109, 156, 237, 241], slaugos namuose [34], lyginamas gydytojų ir slaugytojų [22, 24, 89], eilinių darbuotojų ir vadovaujančias pareigas einančių darbuotojų požiūris [35, 89, 206]. Pacientų saugos kultūra analizuojama įvairiais lygmenimis: palatos, skyriaus ir visos ligoninės mastu [45, 212].

Mokslininkai ir tyrėjai ieško būdų, kaip pagerinti pacientų saugos kultūrą: sveikatos priežiūros personalo dirbti komandoje mokymas, pacientų saugos komandos kūrimas, vadovų ir darbuotojų pasitarimai pacientų saugos klausimais [31, 202, 245]. Tačiau trūksta mokslinių tyrimų šių metodų efektyvumui įvertinti [80]. Daugelis atliktų tyrimų tęsėsi vienus ar dvejus metus, o kultūros pokyčiams reikia laiko.

Neabejotina, kad iš esmės siekiant saugos kultūros būtina pripažinti – žmonės, procesai ir įranga gali patirti nesėkmių, vadinasi, kad organizacija turi sutelkti dėmesį į pokyčius ir sukurti pasirengimo nenumatytiems atvejams planus, kurie padėtų įveikti nesėkmes [160].

Remiantis mokslo literatūros analize, yra darbų, skirtų tam tikroms saugos kultūros dimensijoms įvertinti. Pavyzdžiui, komandiniam darbui, bendravimui, mokymuisi. PSO sveikatos priežiūros komandą apibrėžia kaip hierarchinės struktūros neturinčią žmonių sąjungą, kurios nariai turi skirtingą profesinį išsilavinimą, bet siekia bendro tikslo, kurį visada galima apibūdinti kaip visapusį sveikatos priežiūros teikimą pacientams ir jų šeimoms [219]. Sveikatos priežiūros komandą sudaro tam tikrų sričių sveikatos priežiūros specialistai – gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, psichiatrai ir kt. [41, 147]. Lietuvos teisės aktuose sveikatos priežiūros specialistų kaip viena iš kompetencijų apibrėžiama – bendradarbiauti su sveikatos priežiūros specialistais; dirbti asmens sveikatos priežiūros specialistų komandoje [137, 124].

Kaip teigia mokslininkai, šiuolaikinėje medicinoje paciento lūkesčiams patenkinti ir kokybiškoms sveikatos priežiūros paslaugoms suteikti vieno asmens sveikatos priežiūros specialisto nepakanka [195, 249]. Komandinio darbo svarba asmens sveikatos priežiūros įstaigose susijusi su tam tikrų

specializacijų darbuotojų bendradarbiavimo poreikiu, pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis skaičiaus didėjimu, mokslu grindžiamais įrodymais, kad komunikacijos ir bendradarbiavimo stoka – veiksniai, sukeliantys nepageidaujamus įvykius ir klaidas [73, 146]. Sveikatos priežiūros komandų specifiskumas pasireiškia dinamiškumu, darbuotojų įgūdžių įvairove. Dirbant tokioje komandoje svarbu žinoti bendrą tikslą, efektyviai bendrauti ir bendradarbiauti.

Mokslinių tyrimų metu komandinis darbas vertinamas analizuojant pacientų saugos kultūrą. Pabrėžiama jo svarba siekiant pagerinti pacientų saugą ir teikiamų paslaugų kokybę, sumažinti nepageidaujamų įvykių tikimybę ir sutrumpinti pacientų laukimo laiką pas sveikatos priežiūros specialistą. Tyrimų metu nagrinėjamos efektyvaus komandinio darbo prielaidos sveikatos priežiūroje [107, 147, 195, 249]. Dažniausiai analizuojamos konkrečių ligoninės skyrių – operacinės, reanimacijos ir intensyviosios terapijos, chirurgijos, priėmimo ir skubios pagalbos – darbuotojų komandinio darbo problemos [73, 146, 133]. Mokslo literatūroje minimi komandinio darbo trikdžiai siejami su informacijos sklaidos stoka, sunkiu bendravimu, nelygiaverčiais komandos narių santykiais, įgūdžių dirbti komandoje stoka [182, 201]. Mokslininkai nustatė, kad komandinio darbo vertinimas priklauso nuo profesijos, darbo patirties, specialybės [66, 143, 155]. Nustatyta, kad kultūra, kurioje vyrauja pagrįsti hierarchija sveikatos priežiūros darbuotojų tarpusavio santykiai, siejasi su žemesniu saugos klimato vertinimu [208].

Lietuvoje komandinis darbas nagrinėtas pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, tirtas bendrosios praktikos slaugytojų požiūriu, analizuotas socialinio darbuotojo vaidmuo sveikatos priežiūros komandoje, atlikti tyrimai psichiatrijos srityje [23, 74, 170, 171, 196, 231, 236]. Lietuvos tyrėjų darbuose mažai nagrinėta bendravimo tarp gydytojo ir slaugytojo klinikinėje praktikoje svarba.

Neabejotina, kad komandinė veikla grindžiama komandos narių bendradarbiavimu ir mokymusi vieniems iš kitų. Ligoninėje gydytojas ir slaugytojas yra pagrindiniai komandos nariai, todėl kokybiškas jų bendravimas yra reikšmingas veiksnys, siekiant užtikrinti efektyvų komandinį darbą ir kokybišką sveikatos priežiūrą [12, 30, 141, 151, 251].

Mokslininkų dažniausiai įvardijamos efektyvaus komandinio darbo sudedamosios dalys: atviras bendravimas; kultūra „be bausmių“; aiškos atsakomybės; aiškūs ir suprantami komandos nariams vaidmenys; atsakomybės už sėkmingą darbą pasidalijimas; aiški ir suprantama sprendimų priėmimo procedūra; santykiai tarp darbuotojų atviri, saugūs, pagarbūs ir lankstūs [39, 48, 171, 193].

Bendravimas sveikatos priežiūros įstaigose apibrėžiamas kaip sveikatos priežiūros specialistų vaidmenų pasiskirstymas ir darbas kartu, tiek dalijan-

tis atsakomybe už problemų sprendimą, tiek priimant sprendimus teikiant sveikatos priežiūrą pacientams [39, 62]. Efektyvus bendravimas ypač svarbus tarp sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių dinamiškoje aplinkoje [3, 7, 16]. Personalas privalo žinoti ir gebėti efektyviai bendrauti ir bendradarbiauti komandoje. Stingant efektyvaus bendravimo įgūdžių nukenčia pacientų priežiūra. Bendravimas (angl. *interaction*) – tarpusavio sąveika, sudėtingi, įvairialypiai žmonių kontaktai, atsirandantys iš bendros veiklos poreikių. Apima keitimąsi informacija, bendros sąveikų strategijos parenkimą, kito žmogaus suvokimą ir supratimą [177]. Bendravimo aplinkoje asmuo, nesvarbu kokias pareigas eina, turi teisę ir atsakomybę kalbėti apie pacientą [193]. Sveikatos priežiūros įstaigose taikomi tam tikri bendravimo būdai – instruktažai, tai komandos narių pasitarimai prieš ir po procedūros (operacijos); informacijos apie pacientus perdavimas yra struktūrinis komunikacijos būdas tarp priežiūros teikėjų, siekiant užtikrinti informacijos perdavimą tarp pamainų, skyrių, ir padalinių [193].

Neabejotina, kad organizacijos kultūra ir vadovavimas yra neatsiejami, o viena iš pagrindinių organizacijos vadovo užduočių – kryptingas organizacijos kultūros kūrimas [71]. Tad ir pozityvi saugos kultūra sveikatos priežiūros įstaigose susijusi su vadovavimu ir organizacijos įsipareigojimu, pripažįstant, kad sauga yra pagrindinis organizacijos prioritetas [160, 193]. Daugelis mokslininkų pabrėžia ligoninės vadovybės vaidmenį kuriant, plėtojant ir palaikant pacientų saugos kultūrą [20, 193]. Tvirtas vadovavimas dažnai minimas kaip svarbus saugos kultūros aspektas, todėl nagrinėjama kaip turėtų pasireikšti lyderystė arba kaip lyderystė turėtų būti plėtojama, siekiant užtikrinti tinkamą saugos kultūrą. Dauguma mokslininkų pagrindiniu raktu į sėkmę vardina vadovo saviugdą ir pacientų saugos žinių gilinimą [71, 193]. Vadovavimas sveikatos priežiūros įstaigoje kuria kultūrą, o vadovo požiūris į pacientų saugos kultūrą daro įtaką ir darbuotojų požiūriui į pacientų saugą bei jos kultūrą [2]. Netiesioginis vadovo poveikis susijęs su teisės normomis, nustatyta vidaus tvarka – tokiu būdu sukuriamas tam tikra saugos kultūra. Tiesioginis poveikis susijęs su sveikatos priežiūros specialistų saugaus ir nesaugaus elgesio stebėjimu ir kontrole. Tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai įstaigos vadovo veiksmai daro įtaką darbuotojų lūkesčiams ir motyvacijai. Tokiu būdu sukeliamas tam tikro elgesio tikimybė (pvz., taisyklių pažeidimas) [4]. Moksliniai tyrimai atskleidė, kad vadovavimas daro įtaką darbuotojų elgsenai, susijusiai su nepageidaujamų įvykių registravimu [213]. Galiausiai gydytojai ir slaugytojai nori žinoti, kad bendraudami su vadovu bus išgirsti ir pripažinti. Įstaigos vadovams, siekiantiems sukurti sėkmingą komandą, kuri padėtų užtikrinti teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, būtina atsižvelgti ir į tai, kad jauni sveikatos priežiūros specialistai yra Y kartos atstovai. Jiems, kaip teigia V. Stanišauskienė, būdingos kitokios

vertybės ir elgsena, nei kol kas darbo rinkoje vyraujančiai X kartai, o kylantis kartų konfliktas sunkina darbo santykius [218].

Ne mažiau svarbi pacientų saugos kultūros dimensija – grįžtamojo ryšio užtikrinimas [15, 193]. Efektyvus grįžtamojo ryšio užtikrinimas asmeniui, pranešusiam apie nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį, yra svarbus siekiant sudaryti galimybes pasimokyti iš nesėkmių ir kitiems asmens sveikatos priežiūros specialistams [15, 57]. Vadovo vaidmuo, patikimumas, gebėjimas greitai veikti ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas visais organizacijos lygmenimis – tai pagrindinės efektyvus grįžtamojo ryšio užtikrinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje prielaidos [15].

Pacientų saugos kultūrai taip pat svarbu, kad sveikatos priežiūros įstaigose būtų sudaromos sąlygos mokytis iš klaidų ir ieškoma naujų galimybių veiklai tobulinti [20, 193]. Mokymasis asmens sveikatos priežiūroje, pasireiškia tuo, kad siekiama mokytis iš klaidų ir veiklos tobulinimo procesai įtraukiami į sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Esant mokymosi kultūrai, tiriant klaidas, nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, atliekama pagrindinių priežasčių analizė. Mokymosi procese skatinama dalytis galimybe pasimokyti iš kolegų klaidų. Manoma, kad švietimo procesas turėtų būtų nuolatinis [193, 235]. Tačiau, kaip teigiama 2014 m. Europos Komisijos ataskaitoje, esama sveikatos priežiūros sistema akivaizdžiai nesuteikia galimybės mokytis iš savo klaidų [57]. Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje 2000 m. pateiktoje ataskaitoje „Organizacija, kuri mokosi iš savo patirties“ (angl. „*An Organisation with a Memory*“) buvo išskiriamos dvi mokymosi iš klaidų kliūtys: egzistuoja labiau „kaltės“, o ne „saugumo“ kultūra; nėra nacionalinės nepageidaujamų įvykių pranešimo sistemos [61]. Minėtoje ataskaitoje pabrėžiama, kad atlikę tyrimus ir išanalizavę rezultatus, sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai ir organizacijos keistųsi įgyta patirtimi.

Apibendrinant galima teigti, kad siekiant užtikrinti pacientų saugą svarbu tirti ir analizuoti pacientų saugos kultūros raišką sveikatos priežiūros įstaigose, nes tik gilesnis ir platesnis pacientų saugos kultūrą veikiančių veiksnių pažinimas gali padėti geriau suprasti nepageidaujamų įvykių atsiradimą, priežastis bei sukurti efektyvias pacientų saugos gerinimo strategijas.

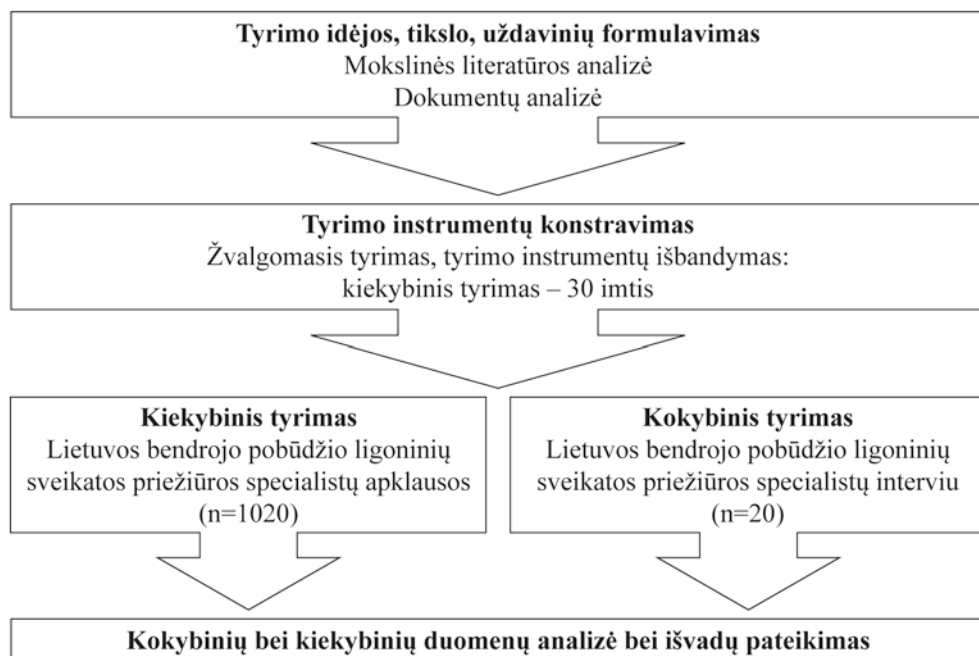
3. TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

3.1. Bendroji tyrimo proceso logika

Kokybinių ir kiekybinių metodų derinimas tampa vis populiaresnis moksliniuose tyrimuose atliekamuose sveikatos priežiūros srityje [32, 84]. Disertacijos tikslui pasiekti buvo taikyta mišrių metodų tyrimų strategija [40]. Siekiant išsamios tyrimo problemos analizės vienu metu rinkti ir kiekybiniai, ir kokybiniai duomenys.

Kiekybiniai tyrimai, kuriuose taikomas apklausos metodas, naudojant klausimyną, turi tiek privalumų, tiek trūkumų. Privalumams galima priskirti santykinai pigų bei greitą administravimą, tyrėjo poveikio respondentams pašalinimą bei anonimiškumo užtikrinimą. Trūkumais galima įvardinti – gaunamų žinių apie problemą ribotumą, didesnę žemo atsako dažnio riziką, tikimybę gauti nepilnai užpildytą klausimyną. Naudojant kiekybinį tyrimą siekiama nustatyti statistinę tiesą, o kokybiniai tyrimai taikomi mažai tyrinėtiems reiškiniams atskleisti, yra aiškinamojo pobūdžio, siekiant atrasti, kokią reikšmę tiriamajam reiškiniui suteikia tiriamieji, interpretuojant šias reikšmes tyrėjo požiūriu. Pažymėtina tai, kad kokybinis tyrimas leidžia atskleisti gilumines reiškinių prasmes tiriamųjų požiūriu. Kokybinis tyrimas taip pat turi savo trūkumų: stokojama patikimumo ir pagrįstumo; akcentuojamas duomenų apdorojimo analizės sudėtingumas ir neapibrėžtumas; paabrėžiamas reprezentatyvumo stygius ir rezultatų apibendrinimo problema bei didelės laiko sąnaudos.

Kokybinis ir kiekybinis metodai derinti siekiant 1) įveikti atskirų metodų trūkumus, 2) surinkti įvairesnę, turtingesnę empirinę medžiagą, 3) pagrįsti tyrimo rezultatus skirtingais duomenų šaltiniais ir formomis [19, 90]. Tyrimo schema pateikta 3.1.1 pav.



3.1.1 pav. Tyrimo schema

3.2. Kiekybinis tyrimas

3.2.1. Kiekybinio tyrimo eiga ir imtis

Lietuvos sveikatos priežiūros stacionariųjų įstaigų tinklą charakterizuoja bendras ligoninių skaičius, kuriame išskiriama bendrojo pobūdžio, slaugos, specializuotos ir reabilitacijos ligoninės [86]. Šiame tyrime analizuojamos tik Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninės. Tyrimas atliktas 2014 m. birželio–gruodžio mėn.

Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2012 m. Lietuvoje buvo 63 bendrojo pobūdžio ligoninės (iš jų – 60 juridinių vienetų), kurios teikė stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas: 17 miestų bei 43 rajonų ir apskričių [122]. Tyrimui ligoninės buvo atrinktos iš Valstybinės akreditavimo tarnybos sveikatos priežiūrai prie Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos tinklalapyje pateikto asmens sveikatos priežiūros įstaigų licencijų sąrašo [232].

Pagal Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą sveikatos priežiūros įstaigos pagal teikiamų paslaugų struktūrą suskirstytos į 3 lygmenis: *rajono* lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios neatitinka šių dviejų kriterijų kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus; *regiono* lygmeniui priskiriamos įstaigos, kurios atitinka

šiuos du kriterijus kartu: 1 100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus; *respublikos* lygmeniui priskiriamos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims [139].

Tiriamoji populiacija – Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninių asmens sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, skyrių vedėjai, slaugos administratorės, slaugytojai, akušerės, rezidentai). Tyrimo imčiai sudaryti skaičiuoti asmens sveikatos priežiūros specialistai, dirbantys Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Informacija apie sveikatos priežiūros specialistus, dirbančius ligoninėse surinkta iš ligoninių internetiniuose tinklalapiuose pateiktų įstaigos veiklos ataskaitų. Įstaigoms, kurių tinklalapiuose nebuvo rasta įstaigos veiklos ataskaitų, buvo išsiųsti užklausimai elektroniniu paštu. Gauti duomenys suvesti ir apskaičiuota, kad Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse dirba 9 250 gydytojų ir 16 247 slaugytojai. Imtis paskaičiuota naudojantis statistinio paketo EpiInfo 6 (EpiInfo, 2002) imties skaičiavimo programa ir sudaryta remiantis 95 proc. pasiklovimo lygmeniu ir 5 proc. paklaidos tikimybe (p). Tokia paklaidos tikimybė pasirinkta, remiantis realiu imties tūrio poreikiu. Skaičiavimai parodė, kad reikia apklausti 369 gydytojus ir 375 slaugos specialistus.

Kvietimai dalyvauti tyrime elektroniniu paštu buvo išsiųsti visoms Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėms jų internetiniuose tinklalapiuose nurodytais elektroninio pašto adresais. Kvietime buvo nurodytas disertacijos pavadinimas, tikslas, uždaviniai. Dėl mažo atsakymų skaičiaus po dviejų savaičių kvietimai išsiųsti pakartotinai. Tyrime sutiko dalyvauti 16 stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (26,7 proc. iš visų pakviestų). Tyrimas buvo atliekamas gavus teigiamą atsakymą iš įstaigos vadovo.

Apklausą ligoninėse atliko įstaigos vadovo paskirtas darbuotojas, kurį tyrėja supažindino su tyrimo tikslais ir gautų duomenų panaudojimu. Gavus žodinį informuotą sutikimą, kiekvienam sutikusiam dalyvauti tyrime atsakingas darbuotojas asmeniškai įteikė klausimyną, paaiškindamas tyrimo tikslą bei uždavinius, akcentuodamas atsakymų svarbą. Tiriamųjų konfidencialumas buvo užtikrintas, nes klausimynas anoniminis, tiriamojo vardo, pavardės, adresų nebuvo klausiama. Kiekvienas klausimynas respondentui įteiktas su voku, į kurį paprašyta įdėti užpildytą klausimyną ir grąžinti atsakingam darbuotojui. Apklausą atlikta laikantis laisvanoriškumo, anonimiškumo, konfidencialumo bei lygiavertiškumo principų.

Respublikos ir regiono lygmens ligoninėse buvo apklausiami visi asmens sveikatos priežiūros specialistai apklausos atlikimo dieną dirbantys atsitiktinai atrinktuose chirurgijos ir terapijos profilio skyriuose. Rajoninėse ligoninėse klausimynai išdalinti visiems chirurgijos ir terapijos profilio skyriuose apklausos atlikimo dieną dirbantiems asmens sveikatos priežiūros specialistams.

Tyrimo metu išdalinta 1250 klausimynų, grąžinta – 1020 (atsako dažnis 81,6 proc.). Tyrime dalyvavusios ligoninės bei išdalintas ir surinktas klausimynų skaičius pateikiamas 3.2.1.1 lentelėje.

3.2.1.1 lentelė. *Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninės, kuriose buvo vykdomas tyrimas*

Ligoninės lygmuo	Ligoninės pavadinimas	Tyrimė dalyvavusių ligoninių skaičius	Išdalintų klausimynų skaičius	Grąžintų klausimynų skaičius
Universiteto	1.Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos	1	370	289
Respublikos	2.VŠĮ Kauno klinikinė ligoninė 3.VŠĮ Respublikinė Kauno ligoninė 4.VŠĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė 5.VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	4	340	302
Regiono	6.VŠĮ Kėdainių ligoninė 7.VŠĮ Šilutės ligoninė 8.VŠĮ Radviliškio ligoninė 9.VŠĮ Utenos ligoninė	4	230	222
Rajono	10.VŠĮ Anykščių rajono savivaldybės ligoninė 11.VŠĮ Biržų ligoninė 12.VŠĮ Joniškio ligoninė 13.Klaipėdos raj. savivaldybės VŠĮ Gargždų ligoninė 14.VŠĮ Pakruojo ligoninė 15.VŠĮ Prienų ligoninė 16. VŠĮ Vilkaviškio ligoninė	7	310	207
Iš viso:		16	1250	1020

Prieš atliekant tyrimą buvo kreiptasi į Kauno regioninį biomedicininį tyrimų etikos komitetą dėl leidimo tyrimui atlikti gavimo. Kauno regioninis biomedicininis tyrimų etikos komitetas raštu informavo, kad planuojamam tyrimui leidimas nėra reikalingas.

3.2.2 Tiriamasis kontingentas

Apklausoje dalyvavo 4,8 proc. (N=49) skyriaus vedėjų, 31,3 proc. (N=319) gydytojų, 3,9 proc. (N=40) slaugos administratorių, 58,6 proc. (N=598) slaugytojų ir 1,4 proc. (N=14) respondentų savo pareigų nenurodė. Pagal pareigas respondentai buvo sujungti: skyriaus vedėjai, rezidentai priskirti prie gydytojų, slaugos administratorės, akušerės priskirtos prie slaugytojų. Po suskirstymo tyrimo dalyviai pagal pareigas pasiskirstė taip: 36,1 proc. (N=368) gydytojų, 62,5 proc. (N=638) slaugytojų, 1,4 proc. (N=14) pareigų nenurodė. Analizuojant tyrimo duomenis pagal pareigas, respondentų, kurie jų nenurodė, duomenys nenaudojami.

Tyrimo dalyvavusių respondentų bendrosios charakteristikos pateikiamos 3.2.2.1 lentelėje.

3.2.2.1 lentelė. Tyrimo dalyvių bendrosios charakteristikos

Požymis	Gydytojai		Slaugytojai		Iš viso	
	N	proc.	N	proc.	N	proc.
Darbo patirtis pagal specialybę						
Mažiau nei metai	24	6,5	22	3,4	46	4,6
1–5 m.	87	23,6	47	7,4	134	13,3
6–10 m.	52	14,1	41	6,4	93	9,2
11–15 m.	33	9,0	41	6,4	74	7,4
16–21 m.	29	7,9	109	17,1	138	13,7
Daugiau nei 21 m.	143	38,9	378	59,2	521	51,8
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0
Lytis						
Vyras	108	29,3	3	0,5	111	11,0
Moteris	260	70,7	635	99,5	895	89,0
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligoninėje						
Mažiau nei metai	39	10,6	26	4,1	65	6,5
1–5 m.	88	23,9	56	8,8	144	14,3
6–10 m.	59	16,0	61	9,6	120	11,9
11–15 m.	39	10,6	47	7,4	86	8,5
16–21 m.	30	8,2	111	17,4	141	14,0
Daugiau nei 21 m.	113	30,7	337	52,8	450	44,7
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0

3.2.2.1 lentelė tęsinys

Požymis	Gydytojai		Slaugytojai		Iš viso	
	N	proc.	N	proc.	N	proc.
Amžius						
21–30 m.	77	20,9	51	8,0	128	12,7
31–40 m.	83	22,6	104	16,3	187	18,6
41–50 m.	80	21,7	261	40,9	341	33,9
51–60 m.	80	21,7	194	30,4	274	27,2
Vyresni nei 60 m.	48	13,0	28	4,4	76	7,6
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0
Ligoninės lygmuo						
Universiteto	145	39,4	142	22,3	287	28,5
Respublikos	85	23,1	216	33,9	301	29,9
Regiono	55	14,9	158	24,8	213	21,2
Rajono	83	22,6	122	19,1	205	20,4
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0
Skyrius						
Akušerijos ir ginekologijos sk.	29	7,9	62	9,7	91	9,1
Reanimacijos ir intensyvios terapijos sk.	26	7,1	59	9,3	85	8,5
Vidaus ligų sk.	71	19,3	122	19,2	193	19,2
Chirurgijos sk.	46	12,5	128	20,1	174	17,3
Kardiologijos sk.	50	13,6	13	2,0	63	6,3
Vaikų ligų sk.	28	7,6	52	8,2	80	8,0
Neurologijos sk.	10	2,7	19	3,0	29	2,9
Anesteziologijos sk.	25	6,8	43	6,8	68	6,8
Kita	82	22,3	139	21,8	221	22,0
Iš viso	367	100,0	637	100,0	1004	100,0

Kadangi tiriamųjų kontingente vyrai sudarė tik 11 proc., o tarp slaugytojų buvo vos 3 vyrai, duomenys pagal lytį nebuvo analizuoti. Statistinei duomenų analizei respondentai sujungti į grupes: pagal amžių – į 21–40 m., 41–50 m. ir 51 m. bei vyresnių grupes; pagal darbo patirtį – į dirbančius iki 10 m., 11–21 m. ir daugiau nei 21 m.; pagal laiką, išdirbtą tyrime dalyvavusioje ligoninėje – į dirbusius iki 10 m., 11–21 m. ir daugiau nei 21 m. Tyrimo dalyvių pasiskirstymas pagal analizuojamus požymius pateiktas 3.2.2.2 lentelėje.

3.2.2.2 lentelė. Tyrimo dalyvių bendrosios charakteristikos sujungus į grupes

Požymis	Gydytojai		Slaugytojai		Iš viso		χ^2 ; p
	N	proc.	N	proc.	N	proc.	
Amžius							
21–40 m.	159	43,3	146	23,0	305	30,4	$\chi^2=54,330$; p<0,001
41–50 m.	79	21,5	249	39,2	328	32,7	
51 m. ir vyresni	129	35,1	241	37,9	370	36,9	
Iš viso	367	100,0	636	100,0	1003	100,0	
Darbo patirtis							
Iki 10 m.	161	43,9	105	16,5	266	26,5	$\chi^2=91,019$; p<0,001
11–21 m.	62	16,9	136	21,4	198	19,7	
Daugiau nei 21 m.	144	39,2	396	62,2	540	53,8	
Iš viso	367	100,0	637	100,0	1004	100,0	
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligoninėje							
Iki 10 m.	186	50,5	143	22,4	329	32,7	$\chi^2=85,726$; p<0,001
11–21 m.	69	18,8	158	24,8	227	22,6	
Daugiau nei 21 m.	113	30,7	337	52,8	450	44,7	
Iš viso	368	100,0	638	100,0	1006	100,0	

3.2.3. Tyrimo instrumentas ir jo vertinimas

Siekiant išsiaiškinti sveikatos priežiūros įstaigų personalo požiūrį į pacientų saugos kultūrą, atlikta mokslininkų siūlomų klausimynų pacientų saugos kultūrai tirti vertinimo analizė. Peržiūrėjus klausimynus ir siekiant pasirinkti tinkamą Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigoms, buvo atlikti du interviu su gydytojais apie pacientų saugos kultūros vertinimo klausimyno tinkamumą nustatytai problemai spręsti. Analizuoti klausimynai: požiūrio į saugą klausimynas (angl. *Safety attitudes questionnaire* – SAQ), pacientų saugos kultūros tyrimas ligoninėse klausimynas (angl. *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSPSC), Mančesterio pacientų saugos tyrimo klausimynas (angl. *Manchester Patient Safety Framework* – MaPSaF). Naujas klausimynas parengtas remiantis atliktais interviu, vadovaujantis literatūros šaltiniais [37, 65, 104, 150] standartizuotais pacientų saugos kultūros klausimynais [109, 200, 217] bei Lietuvoje galiojančiais teisės aktais [128, 130, 134, 136] (1 priedas).

Sudarytą klausimyną sudarė 8 uždari klausimai ir 72 teiginiai. Klausimyne pateiktais šešiais klausimais buvo siekiama nustatyti tyrimo dalyvių demografines, socialines bei su darbu susijusias charakteristikas: einamas pareigas, darbo patirtį pagal specialybę, lytį, laiką, išdirbtą tyrime dalyvavusioje ligoninėje, skyrių, amžių. Dviem klausimais siekta išsiaiškin-

ti, ar respondentas buvo pranešęs apie neatitiktį arba apie nepageidaujamą įvykį.

Kita klausimyno dalis (72 teiginiai) skirta asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūriui į pacientų saugos kultūrą įvertinti. 72 teiginiai atspindi 6 pacientų saugos kultūros dimensijas:

- bendravimo atvirumą (12 teiginių) – kadangi pacientų saugos kultūra pasireiškia atviru bendravimu [160], klausimyne pateikti teiginiai apie galimybę atvirai išsakyti savo nuomonę bendradarbiams; pasidalinti skyriuje informacija, jeigu kas nors nepasisekė, atliekant savo pareigas; aptarti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis pasitarimų metu; sužinoti, ar kyla problemų bendraujant su kolegomis; ar darbuotojas skyriuje jaučiasi saugus;
- komandinį darbą (14 teiginių), siekiant įvertinti, ar respondentui patinka dirbti komandoje, kaip jis vertina gydytojo ir slaugytojo komandą, ligoninės skyrių koordinavimą, ar darbo sėkmė priklauso ir nuo kitų komandos narių, ar žino savo atsakomybes, bendradarbių vardus ir pavardes;
- skyriaus vadovo vaidmenį (12 teiginių), siekiant sužinoti, kaip respondentai vertina skyriaus vadovo funkcijas, susijusias su komandiniu darbu bei pacientų saugos užtikrinimu skyriuje;
- ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga (6 teiginiai), siekiant sužinoti, kaip respondentai vertina ligoninės vadovybės veiklą, susijusią su pacientų sauga;
- nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą (16 teiginių), siekiant atskleisti respondentų požiūrį į neatitikčių ir nepageidaujamų įvykių registravimą, jos naudą, įvykių analizę, darbuotojų informuotumą apie šiuos įvykius;
- grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi (12 teiginių), siekiant atskleisti kaip respondentai vertina teisės aktų, susijusių su pacientų sauga, žinojimą, naujų darbuotojų supažindinimą su esama tvarka, grįžtamojo ryšio apie darbuotojo veiklą svarbą, dalyvavimą mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga.

Klausimyne pateiktų teiginių vertinimui pasitelkta Likerto skalė: tiriamųjų prašoma įvertinti kiekvieną teiginį, pasirenkant reikšmę nuo „visiškai nesutinku“ (atitinka reikšmę „1“) iki „visiškai sutinku“ (atitinka reikšmę „5“). Suvedant duomenis į programą, atsakymai buvo koduojami: 1 – „visiškai nesutinku“, 2 – „nesutinku“, 3 – „nei sutinku, nei nesutinku“, 4 – „sutinku“, 5 – „visiškai sutinku“. Atliekant tyrimo duomenų analizę, respondentų atsakymai buvo sujungti: „visiškai nesutinku“ ir „nesutinku“ buvo laikoma

neigiamu vertinimu, o „visiškai sutinku“ ir „sutinku“ buvo laikoma teigiamu vertinimu.

Klausimyno tinkamumui įvertinti atliktas žvalgomasis tyrimas, kuriame dalyvavo 30 respondentų atsitiktinai pasirinktoje ligoninėje. Tyrimo metu respondentų prašyta užpildyti klausimynus bei pateikti pastabas raštu esant neaiškumams. Išanalizavus tyrimo rezultatus nustatyta, kad esminių pastabų nėra, pataisytos tik kelios stiliumo klaidos.

Klausimyno skalių vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo skaičiuojamas Kronbacho alfa (*Cronbach's alpha*) koeficientas, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija, ir įvertina, ar visi klausimai pakankamai atspindi tiriamą problemą bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių. Buvo remtasi tuo, jog kuo Kronbacho alfa koeficientas artimesnis vienetui, tuo teiginių, sudarančių klausimyną, vidinis nuoseklumas didesnis, kuris gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnis negu 0,70 [178]. Klausimyno patikimumo koeficientas 0,94, apskaičiuotos atskirų klausimyno skalių Kronbacho alfa koeficiento reikšmės pateiktos 3.2.3.1 lentelėje.

3.2.3.1 lentelė. *Kronbacho alfa koeficiento reikšmės atskiroms klausimyno skalėms*

Skalės pavadinimas	Kronbacho alfa koeficientas
Bendravimo atvirumas	0,813
Darbas komandoje	0,784
Skyriaus vadovo vaidmuo	0,935
Ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga	0,729
Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas	0,827
Grijtamas ryšys ir mokymasis	0,844

3.2.4. Statistinės analizės metodai

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant statistinių duomenų kaupimo ir analizės SPSS 20.0 programų paketą, taip pat buvo naudota MS Excel 2007 programa.

Apibendrinti pacientų saugos kultūros dimensijų balai apskaičiuoti 100 balų sistema pagal formulę [192]:

$$AB = \frac{(\text{vidutinis balas} - 1) \cdot 100}{4},$$

čia AB – apibendrintas balas; vidutinis balas – visų vienai pacientų saugos kultūros dimensijai priklausančių teiginių vertinimo aritmetinis vidurkis.

Respondentų požiūris į atskiras pacientų saugos kultūros dimensijas laikomas teigiamu, kai apibendrintų balų suma yra lygi 75 arba daugiau [192].

Kokybiniams kintamiesiems skaičiuoti procentai, kiekybiniams – vidurkis, standartinis nuokrypis, mediana ir 25 bei 75 procentiliai.

Kintamųjų skirstinių normalumui nustatyti atliktas Kolmogorovo-Smirnov (angl. *Kolmogorov-Smirnov*) testas. Kadangi analizuoti kintamieji buvo ranginio pobūdžio ir jų skirstiniai neatitiko normalumo kriterijų, duomenų analizei buvo taikomi neparаметriniai kriterijai: Mann-Whitney U (lyginant du skirstinius), Kruskal-Wallis K (lyginant tris ir daugiau skirstinių). Kokybinių požymių tarpusavio priklausomumas vertintas naudojant Chi kriterijų (χ^2). Jei buvo lyginamos daugiau nei dvi grupės, poriniam palyginimui taikytas z-kriterijus su Bonferroni korekcija. Ryšių stiprumas tarp dviejų kiekybinių dydžių buvo vertintas skaičiuojant Spirmeno (angl. *Spearman*) koreliacijos koeficientą (r).

Daugiaveiksni logistinė regresinė analizė taikyta nustatant pacientų saugos kultūros dimensijų ryšius su amžiumi, darbo patirtimi, išdirbtu darbo laiku ligoninėje. Priklausomais kintamaisiais pasirinktas teigiamas teiginių, susijusių su pacientų sauga, vertinimas, pranešimas apie neatitiktį ir pranešimas apie nepageidaujamą įvykį. Nepriklausomais kintamaisiais pasirinkti socialiniai, demografiniai ir kiti veiksniai. Skaičiuoti galimybių santykiai (GS) ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI).

Hipotezėms tikrinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $\alpha=0,05$. Skirtumas tarp lyginamųjų grupių laikomas statistiškai reikšmingu, kai $p \leq 0,05$.

3.3. Kokybinis tyrimas

3.3.1. Kokybinio tyrimo imtis

Kokybinio tyrimo imties dydžiui nėra nustatyta griežtų reikalavimų [106]. Tyrimo dalyviai įvardinti – ekspertais, kuris suvokiamas ne kaip unikalūs atvejais, bet kaip tam tikros grupės (pvz., sveikatos priežiūros specialistų) atstovas [64]. Pasirinkti ekspertai yra nevienalytė grupė pagal vaidmenų pozicijas. Mokslininkai teigia, kad įvairesnėse ekspertų grupėse mažiau prieinama bendros nuomonės, tačiau pateikiama daugiau alternatyvų, o tai suteikia galimybę analizuoti pasirinktą reiškinį iš įvairių pusių [264].

Ekspertais pasirinkti sveikatos priežiūros specialistai, galintys suteikti prasmingos informacijos apie tiriamąjį dalyką – pacientų saugą ir jos kultūrą sveikatos priežiūros įstaigoje. Kadangi mokslininkų teigimu organizacijos kultūra daro reikšmingą įtaką darbuotojų elgsenai, o kultūros formavimą lemia lyderiai [71], analizuojant pacientų saugos kultūrą, kokybiniam tyri-

mui buvo pasirinkti ligoninių vadovai ir vadovaujančias pareigas einantys asmens sveikatos priežiūros specialistai, visi jie taip pat dirbo gydytojais ar slaugytojais ir turėjo tiesioginį kontaktą su pacientu.

Iš viso buvo apklausta 20 asmens sveikatos priežiūros specialistų:

- pagal lytį: 9 vyrai ir 11 moterų;
- pagal pareigas: 4 ligoninių vadovai; 2 ligoninių pavaduotojai; 7 gydomųjų skyrių vadovai; 1 vidaus medicininio audito skyriaus vadovas; 6 slaugos administratorės;
- pagal ligoninės lygmenį: 7 iš rajono, 6 iš regiono, 3 iš respublikos ir 4 iš universiteto lygmens sveikatos priežiūros įstaigų.

3.3.2. Kokybinio tyrimo instrumentas

Siekiant atskleisti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą, naudotas pusiau struktūruotas interviu [115]. Mokslo literatūroje nurodoma, kad naudojant šį kokybinio tyrimo duomenų rinkimo metodą galima surinkti daugiau naudingos informacijos, kuri atskleistų naujas įžvalgas, visiškai netikėtus ir iš anksto nenumatytus tiriamo reiškinių aspektus [18].

Interviu klausimų formulavimas buvo grindžiamas literatūros šaltinių analize, t. y. išsiaiškinus pacientų saugos ir pacientų saugos kultūros dimensijas. Kokybinio tyrimu buvo siekta išryškinti sveikatos priežiūros specialistų supratimą apie pacientų saugą, su ja susijusias problemas ir jų galimus sprendimus.

Interviu buvo suformuluoti 3 atviri klausimai, sudarant galimybę tyrimo dalyviams laisvai reikšti savo mintis ir nuomonę. Po įžanginio klausimo „Kaip Jūs manote, kas yra pacientų sauga ir su kuo ji Jums siejasi?“ Interviu sutelktas į atvejus, kai įvyko nepageidaujami įvykiai, priemonės, kurios padėjo užtikrinti pacientų saugą bei dažniausiai pasitaikančias problemas, susijusias su pacientų sauga. Ekspertų buvo prašoma papasakoti, kas padeda užtikrinti pacientų saugą; kaip vyksta nepageidaujamų įvykių registravimas, analizė, prevencija įstaigoje; kas padėtų pagerinti pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigoje; kaip kuriama pacientų saugos kultūra.

Pusiau struktūruoto interviu metu informantams pateikiamų klausimų eiliškumas, atsižvelgiant į situaciją buvo keičiamas. Taip pat interviu metu, nenuklystant nuo tyrimo problemos, buvo užduodami ir anksčiau nenumatyti klausimai, susiję su eksperto atsakymais, o taip pat perfrazuojami klausimai, kad būtų galima papildyti turimą informaciją. Tokiu būdu gaunama išsamesnių, susistemintų duomenų.

Atlikus antrąjį interviu buvo atsisakyta klausimo apie pacientų saugos kultūrą, kadangi ekspertai teigė, kad jie tik „įsivaizduoja“, kas tai yra. Todėl

atliekant sekančius interviu buvo užduodami klausimai ir prašoma ekspertų pateikti nepageidaujamų įvykių pavyzdžių, susijusių su pacientų sauga. Atsižvelgiant į tai, kad sveikatos priežiūros specialistai nėra linkę dalintis savo nesėkmėmis darbe, buvo prašoma pateikti pavydžių, kurie buvo nutikę jų skyriuje ar ligoninėje. Pateiktų konkrečių nepageidaujamų įvykių analizė naudinga siekiant išsiaiškinti problemas, susijusias su pacientų sauga ir pacientų saugos kultūra, bei galimus sprendimo būdus.

3.3.3. Tyrimo eiga ir duomenų rinkimas

Interviu buvo vykdomi 2014 m. birželio–rugpjūčio mėn. Atvykus į įstaigą, kreiptasi į vadovą, kurio paprašyta rekomenduoti sveikatos priežiūros specialistus, jo nuomone, ekspertus pacientų saugos srityje. Tokiu būdu dalyvauti kokybiniame tyrime buvo atrinkti tie asmenys, kuriuos pasiūlė ligoninės vadovas, kadangi darbo vietoje reikalingas vadovo sutikimas, kad asmuo galėtų teikti informaciją apie įstaigoje vykstančius įvykius.

Ekspertai interviu pradžioje buvo informuojami apie tyrimo tikslą, duomenų konfidencialumą bei galimybę interviu bet kada nutraukti. Eksperto taip pat buvo atsiklausta, ar galima įrašyti pokalbį diktofonu, kai kurios pastabos buvo pasižymėtos tyrėjo užrašuose. Interviu vyko eksperto darbo vietoje, truko nuo 25 min. iki 1 val. ir 45 min., vidutiniškai apie vieną valandą.

3.3.4. Tyrimo duomenų analizė

Interviu metu gauti duomenys buvo transkribuoti – iš garso įrašo į rašytinį tekstą. Atlikta kokybinė turinio (*content*) analizė, kuri padėjo išgryninti pagrindines temas, susijusias su pacientų sauga ir kultūra, bei išryškinti esamas problemas. Mokslininkų teigimu, kokybinės turinio analizės tikslas – identifikuoti informaciniame masyve tyrimui prasminius vienetus [174, 264].

Kokybinė turinio analizė atlikta remiantis dažniausiai naudojamu sistemišku žingsnių vykdymu: 1) daugkartiniu teksto skaitymu; 2) kategorijų išskirimu ir jų pagrindu teksto ištraukomis; 3) kategorijų interpretavimu [18, 53].

Duomenys surašyti į lenteles, kur išskirtos kategorijos ir jas iliustruojantys pavyzdžiai iš ekspertų pasisakymų. Kadangi viena iš kokybinio tyrimo sąlygų – savo terminologijos neprimetimas, todėl pateikiant rezultatus bei rezultatų aptarime buvo remtasi ekspertų vartojamais terminais, pvz., tyrėja savo tyrime vartojo terminus „nepageidaujami įvykiai“ ir „neatitiktys“, kuriuos ekspertai dažnai įvardindavo kaip „klaidas“. Rezultatuose ci-

tuojant ekspertų išsakytas mintis, kalba netaisyta, vengiant iškraipymų bei siekiant ekspertų minčių autentiškumo. Prie pateikiamų citatų nurodytos respondento pareigos (V – įstaigos vadovas, GSV – skyriaus vedėjas, GP – vadovo pavaduotojas, GA – vidaus medicininio audito skyriaus vadovas, S – slaugos administratore) ir numeris. Ženklas (...) reiškia, jog cituojant praleidžiama respondento minties dalis, laužtiniuose skliaustuose pateikiamas tyrėjos paaiškinimas.

4. REZULTATAI

4.1. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugos kultūrą

Tyrimė dalyvavę asmens sveikatos priežiūros specialistai labiausiai pritarė teiginiams apie komandinį darbą – balų vidurkis 73,3 ($\pm 10,4$) ir apie nepageidaujamų įvykių ir neatitiktikčių valdymą – balų vidurkis 70,8 ($\pm 13,5$). Mažiausiais balais tyrimo dalyviai įvertino bendravimo atvirumą ir ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga – abiejų dimensijų balų vidurkis 64,6. Visų respondentų pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimas pateikiamas 4.1.1 lentelėje.

4.1.1 lentelė. *Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimo balais aprašomoji charakteristika*

Dimensijos	Respondentų sk.	Vidurkis	Standartinis nuokrypis	Mediana	Procentiliai	
					25	75
Bendravimo atvirumas	1020	64,6	13,1	64,6	58,3	72,9
Komandinis darbas	1020	73,3	10,4	72,3	67,9	80,4
Skyriaus vadovo vaidmuo	1019	65,9	18,7	68,8	52,8	77,1
Ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga	1019	64,6	15,7	62,5	54,2	70,8
Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktikčių valdymas	1020	70,8	13,5	71,9	62,5	76,6
Grižtamasis ryšys ir mokymasis	1020	64,7	15,3	64,6	54,2	75,0

Atlikto tyrimo duomenų analizė atskleidė sąsajas tarp respondentų socialinių, demografinių ir su darbu susijusių charakteristikų bei jų požiūrio į pacientų saugos kultūros dimensijas. Daugiausiai reikšmingų skirtumų nustatyta pacientų saugos kultūros sritis vertinant pagal respondentų amžių, darbo patirtį ir ligoninėje išdirbtą laiką.

Respondentų amžius buvo reikšmingai susijęs su visomis pacientų saugos kultūros sritimis, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį. Vyresni kaip 51 m. respondentai, palyginti su amžiaus kitų grupių respondентаis, visas pacientų saugos kultūros sritis vertino didesniais įverčiais. Daugiausia reikšmingų nuomonių skirtumų nustatyta tarp vyriausių (51 m. ir vyresni) ir pačių jauniausių (21–40 m.) tyrimo dalyvių grupių. Pastarieji pacientų saugos kultūros dimensijas vertino mažesniais balais, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį ($p < 0,01$) (4.1.2 lentelė).

4.1.2 lentelė. Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimas balais pagal amžių

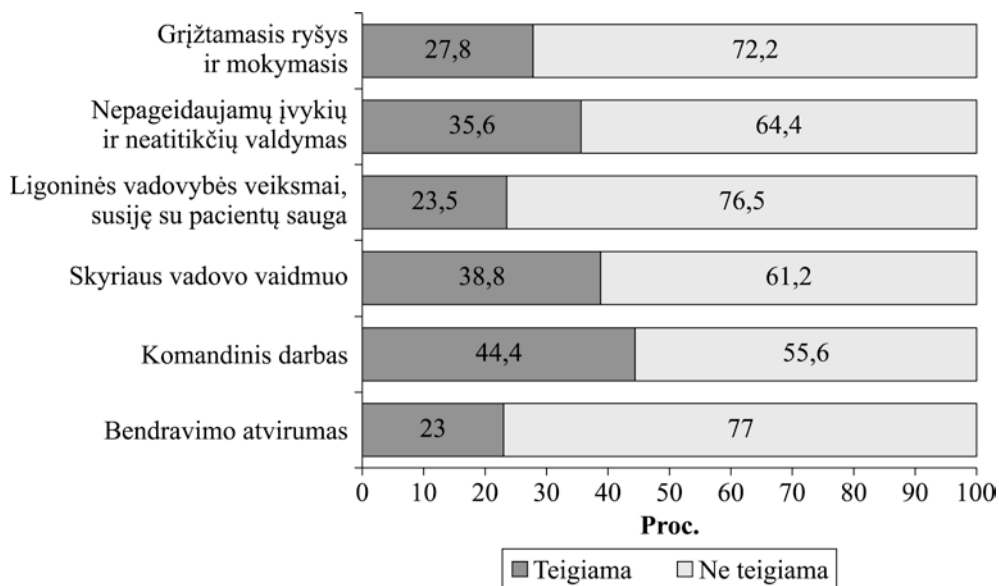
Dimensijos	Amžius															p
	21–40 m.					41–50 m.					51 m. ir vyresni					
	$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		
				25	75				25	75				25	75	
Bendravimo atvirumas	63,7	13,0	64,6	56,3	72,9	65,4	13,3	66,7	58,3	75,0	65,9	11,8	64,6*	60,4	72,9	0,001
Komandinis darbas	72,0	10,6	73,2**	64,3	80,4	74,3	10,4	75,0	67,9	82,1	74,6	10,2	71,4	67,9	82,4	<0,001
Skyriaus vadovo vaidmuo	64,4	17,0	64,6	53,1	75,0	68,3	17,8	70,8	58,3	77,1	65,2	19,4	68,8	43,8	77,1	0,220
Ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga	60,3	12,7	58,3	50,0	70,8	62,6	14,6	62,5	54,2	70,8	71,8	18,0	70,8***	62,5	83,3	<0,001
Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas	68,8	13,2	70,3	60,9	75,0	72,8	14,9	71,9*	65,3	78,1	72,9	11,7	71,9***	68,5	77,4	<0,001
Grįžtamasis ryšys ir mokymasis	62,5	14,7	64,6**	52,1	72,9	68,8	13,4	68,8	60,4	75,0	64,9	16,5	66,7	50,0	75,0	<0,001

$\bar{x}$ – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; *p < 0,05, palyginti su 21–40 m. amžiaus grupe; **p < 0,05, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis.

Nustatyti reikšmingi skirtumai tarp respondentų **darbo patirties** ir požiūrio į pacientų saugos kultūrą (4.1.3 lentelė). Tyrimo dalyviai, kurių darbo patirtis 21 m. ir ilgesnė, pacientų saugos kultūros dimensijas vertino didesniais įverčiais. Daugiausia reikšmingų skirtumų nustatyta tarp didžiausią ir mažiausią darbo patirtį turinčių respondentų. Mažiausią darbo patirtį (iki 10 m.) turintys asmens sveikatos priežiūros specialistai, palyginti su didžiausią darbo patirtį turinčiais respondentais (daugiau nei 21 m.), mažesniais balais vertino pacientų saugos kultūros dimensijas, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį ($p < 0,01$).

Analizuojant tyrimo duomenis pagal respondentų **einamas pareigas** nustatyta, kad gydytojai bendravimo atvirumui ir skyriaus vadovo vaidmeniui skyrė reikšmingai didesnius įverčius negu slaugytojai. Pastarieji reikšmingai didesniais balais nei gydytojai įvertino nepageidaujamų įvykių valdymą ir grįžtamąjį ryšį bei mokymąsi (4.1.4 lentelė).

Pacientų saugos kultūrą atspindinčios dimensijos vertinamos teigiamai, kai atskirų skalių balų suma yra didesnė nei 75. Tyrimo duomenų analizė parodė, kad beveik pusė respondentų (44,4 proc.) teigiamai vertino komandinį darbą, beveik penktadalis (23 proc.) – bendravimo atvirumą (4.1.1 pav.).



Teigiamas vertinimas – pacientų saugos kultūros srities įvertis ≥ 75 ;
kitas vertinimas (ne teigiamas) – pacientų saugos kultūros srities įvertis < 75 .

4.1.1 pav. *Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimo skirstiniai, atsižvelgiant į pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimą*

4.1.3 lentelė. Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimas balais pagal darbo patirtį

Dimensijos	Darbo patirtis														p	
	Iki 10 m.					11–20 m.					21 m. ir daugiau					
	$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		$\bar{x}$	SN	Media- na	Procentiliai		
				25	75				25	75				25		75
Bendravimo atvirumas	62,2			54,2	70,8	64,5	11,8	66,7	56,3	72,9	65,8	12,4	65,6	58,3	75,0	0,001
Komandinis darbas	70,5	10,2	69,6**	64,3	76,8	73,4	10,2	73,2	66,1	82,1	74,7	9,9	73,2	67,9	82,1	<0,001
Skyriaus vadovo vaidmuo	65,1	18,0	65,2	52,1	75,5	65,7	19,4	68,8	52,1	77,6	66,7	18,9	70,8	54,2	77,1	0,305
Ligoninės vadovybės veiksmų, susiję su pacientų sauga	59,6	12,8	58,3	50,0	66,7	61,2	18,0	62,5	54,2	70,8	67,8	16,1	66,7**	58,3	75,0	<0,001
Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį valdymas	65,9	13,6	66,1**	57,4	75,0	71,2	11,7	71,9	62,5	77,0	73,0	12,3	71,9	67,2	78,1	<0,001
Grįžtamasis ryšys ir mokymasis	60,0	15,7	60,4**	47,9	68,8	65,9	16,5	66,3	56,3	75,0	66,8	15,1	68,8	58,3	75,0	<0,001

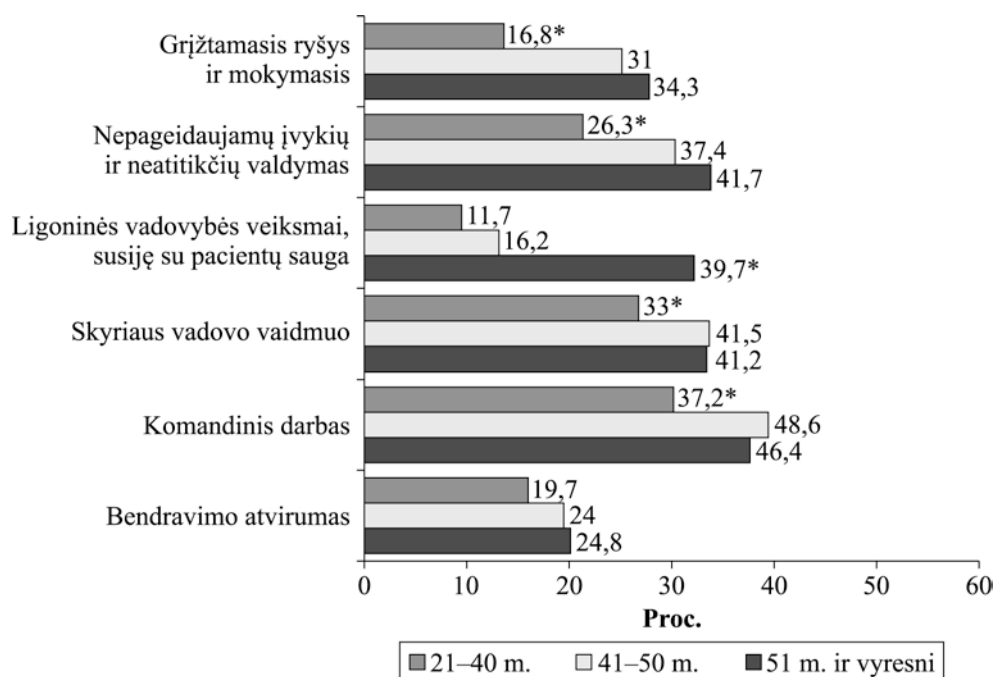
$\bar{x}$ – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; *p < 0,01, palyginti su 21 m. ir ilgesnę darbo patirtį turinčiais; **p < 0,01, palyginti su kitomis darbo patirties grupėmis.

4.1.4 lentelė. Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimas balais pagal pareigas

Dimensijos	Pareigos										p
	Gdytojai					Slaugytojai					
	$\bar{x}$	SN	Mediana	Procentiliai		$\bar{x}$	SN	Mediana	Procentiliai		
				25	75				25	75	
Bendravimo atvirumas	66,2	13,4	66,7	58,3	75,0	64,6	12,9	64,6	56,3	72,9	0,004
Komandinis darbas	73,6	11,0	73,2	66,1	82,1	73,1	10,1	73,1	67,9	80,4	0,641
Skyriaus vadovo vaidmuo	69,5	18,4	72,9	58,3	81,3	66,7	18,7	66,7	50,0	75,0	<0,001
Ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga	63,2	13,7	62,5	54,2	70,8	62,5	16,3	62,5	54,2	70,8	0,098
Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas	69,4	14,6	70,3	59,4	76,6	71,9	12,8	71,9	65,6	76,6	0,039
Grįžtamasis ryšys ir mokymasis	62,7	15,9	62,5	50,5	72,9	66,7	14,6	66,7	58,3	75,0	<0,001

$\bar{x}$ – vidurkis, SN – standartinis nuokrypis; *p < 0,01, palyginti su gydytojais.

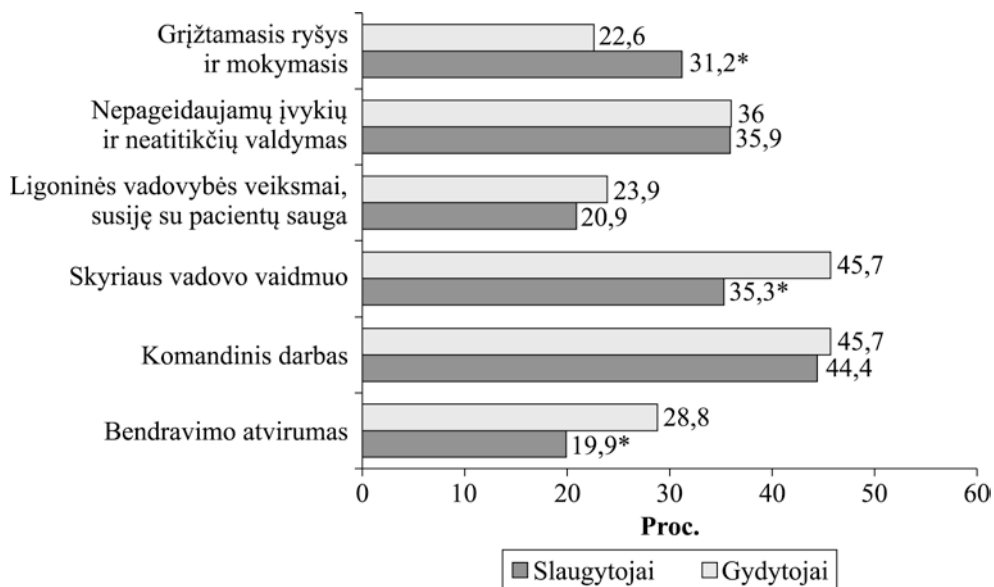
Tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp teigiamo respondentų saugos kultūros sričių vertinimo ir jų socialinių, demografinių ir su darbu susijusių charakteristikų. Atsižvelgiant į respondentų amžių, nustatyti reikšmingi skirtumai tarp visų pacientų saugos kultūros sričių vertinimo, išskyrus bendravimo atvirumą. Vyresni kaip 51 metų respondentai reikšmingai dažniau teigiamai vertino ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga ($p < 0,01$). Respondentai, priklausantys 21–40 m. amžiaus grupei, rečiau teigiamai vertino komandinį darbą, skyriaus vadovo vaidmenį, nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymą bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi palyginti su vyresniais nei 41 m. amžiaus grupės respondентаis ($p < 0,01$) (4.1.2 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis (z testas su Bonferroni korekcija).

4.1.2 pav. Respondentų, teigiamai vertinančių (įverčių vidurkis ≥ 75) pacientų saugos kultūros sritis, dalis, atsižvelgiant į amžių

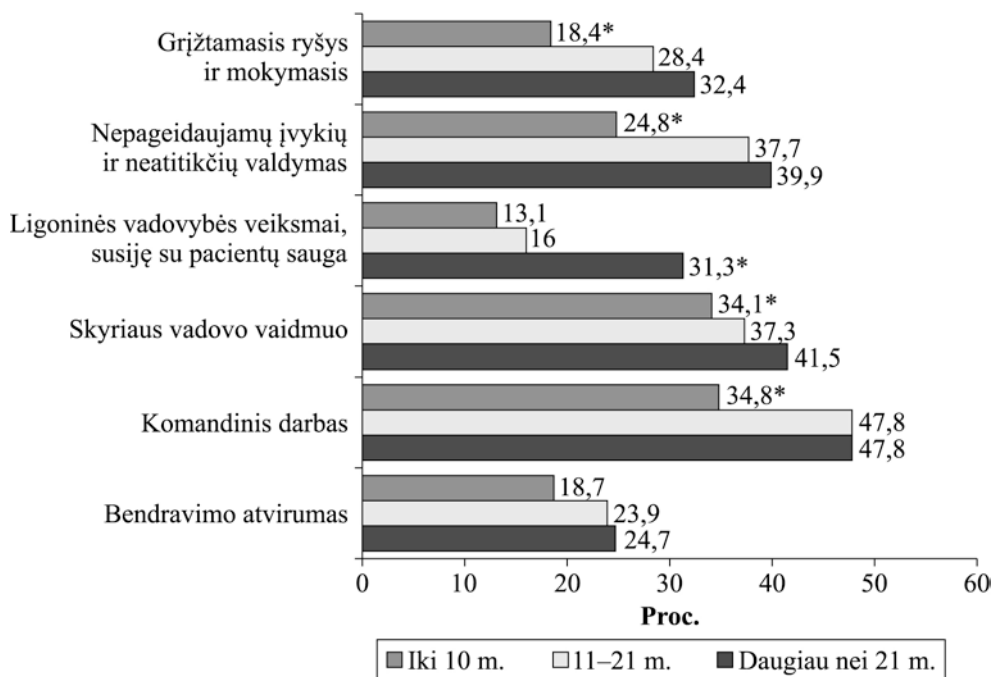
Tyrimo dalyvavę gydytojai reikšmingai dažniau teigiamai vertino bendravimo atvirumą ir skyriaus vadovo vaidmenį, lyginant su slaugytojais ($p < 0,01$). Pastarieji reikšmingai dažniau teigiamai vertino grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi negu gydytojai ($p < 0,01$) (4.1.3 pav.).



* $p < 0,01$, palyginti su gydytojais.

4.1.3 pav. Respondentų, teigiamai vertinančių (įverčių vidurkis ≥ 75) pacientų saugos kultūros sritis, dalis, atsižvelgiant į pareigas

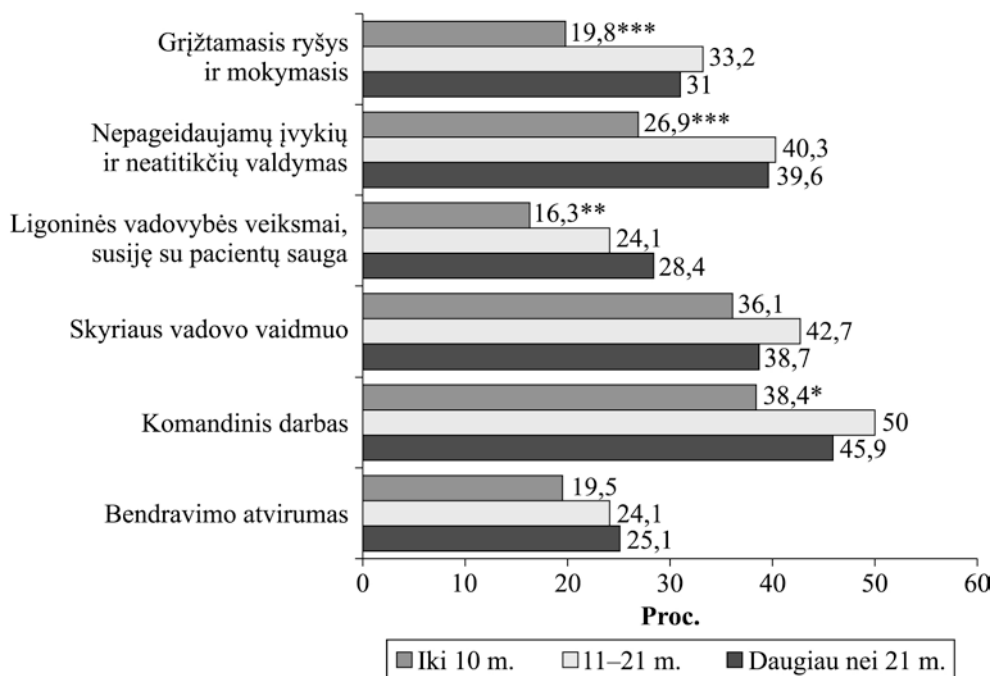
Reikšmingi skirtumai nustatyti analizuojant respondentų pacientų saugos kultūros sričių vertinimą pagal darbo patirtį. Trumpiausią darbo patirtį (iki 10 m.) turintys respondentai rečiau teigiamai vertino komandinį darbą, nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi, palyginti su respondентаis, kurie turėjo didesnę nei 10 m. darbo patirtį ($p < 0,01$). Tyrimo dalyviai, kurie turėjo didžiausią darbo patirtį (daugiau nei 21 m.), dažniau teigiamai vertino ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga, palyginti su mažesnę nei 21 m. darbo patirtį turinčiais respondентаis ($p < 0,01$) (4.1.4 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su kitomis darbo patirties grupėmis (z testas su Bonferroni korekcija).

4.1.4 pav. Respondentų, teigiamai vertinančių (įverčių vidurkis ≥ 75) tam tikras pacientų saugos kultūros sritis, dalis, atsižvelgiant į darbo patirtį

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad teigiamas pacientų saugos kultūros sričių vertinimas reikšmingai susijęs su respondentų išdirbtu laiku ligoninėje. Tyrimo dalyviai, kurie ligoninėje dirbo trumpiausiai (iki 10 m.), lyginant su ilgiau nei 10 m. dirbusiais sveikatos priežiūros specialistais, reikšmingai rečiau teigiamai vertino nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi ($p < 0,01$). Trumpiausiai dirbantys tyrimo dalyviai ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga, rečiau teigiamai vertino palyginant tik su respondentais, kurie ligoninėje dirbo ilgiau nei 21 m. ($p < 0,01$). Komandinį darbą dažniau teigiamai vertino respondentai, ligoninėje dirbantys 11–21 m., palyginti su trumpiausiai dirbančiais respondентаis ($p < 0,05$) (4.1.5 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su 11–21 m. dirbančiais tyrime dalyvavusioje ligoninėje;

** $p < 0,05$, palyginti su daugiau nei 21 m. dirbančiais tyrime dalyvavusioje ligoninėje;

*** $p < 0,05$, palyginti su kitomis grupėmis (z testas su Bonferroni korekcija)

4.1.5 pav. Respondentų, teigiamai vertinančių (įverčių vidurkis ≥ 75) tam tikras pacientų saugos kultūros sritis, dalis, atsižvelgiant į ligoninėje išdirbtą laiką

Nagrinėjant **kokybinio tyrimo rezultatus** išskirtos keturios svarbiausios temos ir jų kategorijos, kurios pateiktos 4.1.5 lentelėje.

4.1.5 lentelė. Svarbiausios temos ir jų kategorijos

Temos	Kategorijos
Pacientų sauga	Sveikatos priežiūros personalo kompetencija Asmens sveikatos priežiūros įstaigose iškylančios problemos, susijusios su pacientų sauga „Kaltinimo“ kultūra
Komandinis darbas	Vaidmenų / funkcijų pasiskirstymas Bendravimo atvirumas / bendravimas su kolegomis Bendravimas su pacientu ir jo artimaisiais Problemų / trikdžiai

4.1.5 lentelės tęsinys

Temos	Kategorijos
Skyriaus vadovo vaidmuo	Skyriaus vadovo bendravimas su darbuotojais Skyriaus vadovo suinteresuotumas ir autoritetas
Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymas	Neatitiktųjų registravimas Nepageidaujamų įvykių registravimas Problemos, susijusios su registravimu Nepageidaujamų įvykių / neatitiktųjų analizė Pasitarimai Vidaus auditas Tinkama ligoninės infrastruktūra Sveikatos priežiūros specialistų veiklos reglamentavimas Grįžtamasis ryšys bei mokymas / -sis

Šiame skyriuje aptariami kokybinio tyrimo rezultatai, susiję su pacientų sauga. 4.1.6 lentelėje pateikta šios temos 4 kategorijos ir empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai.

4.1.6 lentelė. Temos „Pacientų sauga“ kategorijos ir empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai

Kategorija	Empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai
Sveikatos priežiūros personalo kompetencija	<i>Paciento sauga iš esmės priklauso nuo viso personalo gebėjimo gydyti ir nuo viso personalo žinių (susideda nuo pirmo kurso fizikos, biochemijos, fiziologijos, anatomijos žinojimas), čia irgi yra paciento saugos pagrindai (GSV1)</i>
Asmens sveikatos priežiūros įstaigose iškylančios problemos, susijusios su pacientų sauga	<i>... klaidų tai būna (V1)</i>
„Kaltinimo“ kultūra	<i>... fiksuoti neatitiktį, reikės atlikti tam tikrų procedūrų, paskui gali likti pats kaltas (V2)</i>

Interviu metu buvo siekiama išsiaiškinti, su kuo sveikatos priežiūros specialistams susijusi pacientų sauga. Dažniausiai buvo minėtas dėmesys konkrečiam pacientui.

„...iš savo patirties galiu sakyti, ateina pacientas, aš tai skaitau, kad įvykdyti paciento lūkesčius. Tai vat ir yra pats pagrindinis dalykas.“ (GP1).

„Pacientui yra svarbu, kad būtų saugi psichosocialinė aplinka. Tai yra psichologinė, santykis su palatos draugais, gydytoju, slaugytojomis, visu personalu.“ (S3)

Kitas svarbus pacientų saugos aspektas, tyrimo dalyvių nuomone, sveikatos priežiūros personalo kompetencija.

„Saugumą užtikrina kiekvieno darbuotojo profesionalumas, tiek medicinos personalo viduriniojo, tiek slaugytojų, tiek ir gydytojo, jeigu jisai savo srities profesionalas, aukštesnės ar žemesnės kvalifikacijos, jeigu jis tikrai profesionalas žino, ką jis daro, tai automatiškai ligonis pakliuvęs į mūsų skyrių, jeigu dirba tokie žmonės, jis yra visišškai saugus.“ (GSV2)

„... praktiškai visi dirba... žmonės, turintys atitinkamą kvalifikaciją, neperžengdami savo kompetencijos ribų.“ (GSV2)

Kalbant su ekspertais apie tai, kas padeda užtikrinti pacientų saugą, jie dažnai išskirdavo tokias sveikatos priežiūros specialistų socialines kompetencijas kaip atsakomybė, atsakingumas, atidumas, sąžiningumas.

„... man gal taip atrodo, kai aš esu tokio [vyresnio] amžiaus, atsakingumas slaugytojų.“ (S2)

„... yra atidumas, čia gali laikytis tų taisyklių, sudėliot jas, bet jeigu nežiūrėt į žmogų [pacientą]...“ (GP1)

„Reikia sąžiningai elgtis su visais, ir su darbuotojais ir su pacientais.“ (V3)

„...slaugytojų atsakomybė, ta priežiūra, pakankamai etatų aš manau yra, tam atvejui pakanka, pagrindinis dalykas, kad būtų atsakingi asmenys, žmonės, tas yra svarbu ir kažkaip ta situacija tikrai yra suvaldyta, gal tiesiog ta priežiūra, atsakomybės jausmas, nuo to priklauso, jei kažkaip ten atsainiai žiūrėti ar kažkaip.“ (S2)

Kai kurie ekspertai, kalbėdami apie sveikatos priežiūros specialistų kompetenciją, išskirdavo tokį veiksnių kaip amžių. Vieni minėdavo, kad jauniems gydytojams trūksta atsakomybės: *“...yra ir jaunų daktarų, kurie nesuvokia atsakomybės prieš savo pacientą ir nenorėdami pasirodyti, kad jie kažko nesugeba nekviečia pagalbos, bet tai pavieniai atvejai.“ (GSV3)* Kitų ekspertų nuomone, jie labai atsakingai žiūri į savo darbą: *„... jei jausnesni ateina dirbti, tie gydytojai, tai jie žino savo kompetencijos ribas ir labai atsakingai žiūri į savo darbą.“ (GSV2)*

Pastebėta, kad kai kurie tyrimo dalyviai pacientų saugos užtikrinimą įstaigoje priskyrė slaugytojų veiklai: *„... skyriuje apie paciento saugą galvoja visgi pirmiausia slaugos administratorė, ne skyriaus vedėjas, skyriaus vedėja galvoja apie ligos gydymą, ar gerėja būklė paciento, o apie visą saugumą – slaugos administratorė...“ (S1)*

„Pirmiausiai priklausytų nuo slaugos personalo...“ (V4)

Pacientų saugos problemos aktualumą pabrėžė daugelis interviu dalyvių. Kai kurie ekspertai pripažino, kad sveikatos priežiūroje klaidų išvengti neįmanoma. Jie teigė, kad nuo nesėkmių savo darbe nėra apsaugotas nei vienas.

„Suklysti gali kiekvienas, absoliučiai. Mes tikrai darome viską, į kraują įauga pedantizmas, tu nieko negali daryti nepedantiškai, bet vis tiek tu žinai, kad gali suklysti.“ (GSV1)

„Visur, matyt, tų klaidų atsitinka, čia neapdraustas nei vienas gydytojas, nei viena slaugytoja.“ (S2)

Interviu dalyviai dažnai minėjo, kad nepageidaujami įvykiai neigiamai veikia ne tik pacientus, bet ir sveikatos priežiūros specialistą. Suklydę gydytojai ar slaugytojos jaučiasi pažeidžiamais, kankinasi dėl to, ką padarė.

„Blogai jaučiasi [sveikatos priežiūros specialistas], jeigu mes įtariame, kad galėjo būti kažkur klaida, pergyvena labai.“ (S2)

„Paskui jau aš galvojau atbuline tvarka ir aš pergyvenau, ir tas daktaras baisiausiai pergyveno, mes čia stengėmės ją išgelbėti“ (GP1)

Nepageidaujami įvykiai, kurie sukelia didelę žalą pacientui, neigiamai paveikia ne tik tą gydytoją ar slaugytoją, kuris jame dalyvauja, tačiau dažnai ir visą sveikatos priežiūros personalą, kuris dirba tame skyriuje.

„Šitame skyriuje turėjome vieną ypatingą, ypač skaudų įvykį, kai žmogus išlipo per langą, iššoko ir užsimušė, tai buvo be galo didelis sukrėtimas visiems.“ (S4)

„Visi labai jautriai reaguojame, tiek pats žmogus, kuris dirba, tiek visas personalas, iš tikrųjų labai jautriai reaguojame į tokius dalykus ir stengiamės, kad tai neįvyktų.“ (GSV4)

Sveikatos priežiūros specialistai interviu metu atskleidė itin aktualią sveikatos priežiūros sistemos problemą – patys sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi nesaugūs, nes dėl didelio darbo krūvio negali užtikrinti kokybiškos sveikatos priežiūros paslaugos pacientams, teisinė sistema neapsaugo suklydusio sveikatos priežiūros specialisto.

„Tiesiog fiziškai per mažai laiko, o kadangi popieriai labai dažnai yra netobuli, tai mes tikrai nesame saugūs, žiauriai nesaugūs.“ (GSV1)

„Tokioje zonoje, kai kiekvieną dieną gali būti patrauktas teisiamojon atsakomybėn ir visa kita, tai pakankamai nesaugioje zonoje.“ (GSV7)

Kai kuriose tyrime dalyvavusiose ligoninėse sveikatos priežiūros specialistai bijo prisipažinti suklydus, asmens sveikatos priežiūros įstaigos vengia atvirai diskutuoti apie nesėkmes, kadangi siekia išsaugoti gerą vardą: *„Kuri įstaiga norės viešinti savo problemą, tai yra prestižo klausimas ir paprastai šitos visos problemos retušuojamos kiek įmanoma daugiau, kadangi norima išsaugoti savo gerą vardą, tai visiškai natūralus dalykas.“ (V1)*

Svarbi pacientų saugos užtikrinimo problema, ekspertų teigimu, – sveikatos priežiūros personalo trūkumas. Tam, kad būtų užtikrinta sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, svarbu optimalus gydytojų ir slaugytojų skaičius bei jų darbo krūvis.

„Slaugytojos turi didelį darbo krūvį, slaugytojai tenka penkiolika pacientų, prie kiekvieno stovėti yra labai sunku, o pacientai pas mus yra vyresnio amžiaus. Susiduriame su šia problema.“ (S3)

„... nes tam turbūt įtakos turi ir mažėjantis etatų skaičius, tuo pačiu mažėja dirbančių žmonių, kurie galėtų būti prie ligonių, ... kada žmogaus nematai, gali ir kažkas įvykti ir įvyksta.“ (S4)

„Personalas išvažiuoja į užsienį, mažas atlyginimas, gydytojų trūksta, čia nieko naujo nepasakysiu.“ (V3)

Su pacientų sauga susijusia problema sveikatos priežiūros specialistai taip pat įvardino komandinio darbo trūkumus, susijusius su gydytojų ir slaugytojų bendravimu, mažu slaugytojų darbo užmokesčiu, pagarbos stoka tarp sveikatos priežiūros personalo.

„Jeigu būtų slaugytojos pačios finansiškai stipresnės ir jos turėtų mažiau finansinių, šeimos problemų, galėtų laisviau vaikus aprūpinti. Tiesiog gal spaudžia tiek asmeninės tos problemos, nes yra tikrai pakankamai labai maži atlyginimai. Oresnis esi [esant didesniai atlyginimui], saugesnis, ir kažkaip gali kitiems padėti, jei pats esi laimingesnis, saugesnis.“ (S2)

„Problema šiandieninė, nors mes deklaruojame apie komandinį darbą, yra išsiskyrimas: gydytojai ir slaugytoja nekontaktuoja.“ (GSV7)

„...o Kauno daktarai pasakė: „padėkokite daktarams, kad jie taip aplaidžiai žiūrėjo jus“ (S5)

Apibendrinant galima teigti, kad tyrime dalyvavusiose ligoninėse pasitaiko problemų, susijusių su pacientų sauga, vyrauja nepalanki aplinka nepa-

geidaujamų įvykių ir neatitikčių registracijai, sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi nesaugūs. Tyrime dalyvavę asmens sveikatos priežiūros specialistai, vertindami pacientų saugos kultūrą, labiausiai pritarė teiginiams apie komandinį darbą ir nepageidaujamų įvykių bei neatitikčių valdymą. Silpniausia pacientų saugos kultūros sritis asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūriu – bendravimo atvirumas ir ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga. Labiausiai skyrėsi vyriausių ir jauniausių tyrimo dalyvių pacientų saugos kultūros vertinimas. Gydytojai ir slaugytojai panašiai vertino pacientų saugos kultūros sritis, tačiau nuomonės išsiskyrė dėl bendravimo atvirumo ir skyriaus vadovo vaidmens bei grįžamojo ryšio ir mokymosi. Tyrimo rezultatai atskleidė reikšmingas sąsajas tarp teigiamo asmens sveikatos priežiūros darbuotojų saugos kultūros sričių vertinimo ir jų socialinių, demografinių ir su darbu susijusių charakteristikų.

4.2. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į komandinį darbą

Beveik visi (96,5 proc.) tyrimo dalyviai pritarė, kad jie žino, kas vadinama komandiniu darbu ir daugumai (95,0 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų patinka dirbti komandoje (4.2.1 lentelė). Reikšmingo skirtumo tarp gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo vertinimo nenustatyta. Beveik trys ketvirtadaliai (71,8 proc.) tyrimo dalyvių pritarė, kad gydytojas ir slaugytojas dirba kaip koordinuota komanda. Tačiau analizuojant tyrimo duomenis pagal pareigas nustatyta, kad gydytojai dažniau savo ir slaugytojų darbą vertino kaip komandinį, palyginti su tyrime dalyvavusiais slaugytojais ($p < 0,01$) (4.2.1 lentelė). Vertinant ligoninės skyrių darbo koordinavimą, tik pusė (51,5 proc.) tyrimo dalyvių pritarė, kad tarp skyrių darbas vyksta koordinuotai. Reikšmingo skirtumo tarp darbuotojų nuomonių pagal pareigas nenustatyta.

4.2.1 lentelė. Respondentų skirstinys pagal teiginių, susijusių su komandiniu darbu, vertinimą, atsižvelgiant į pareigas

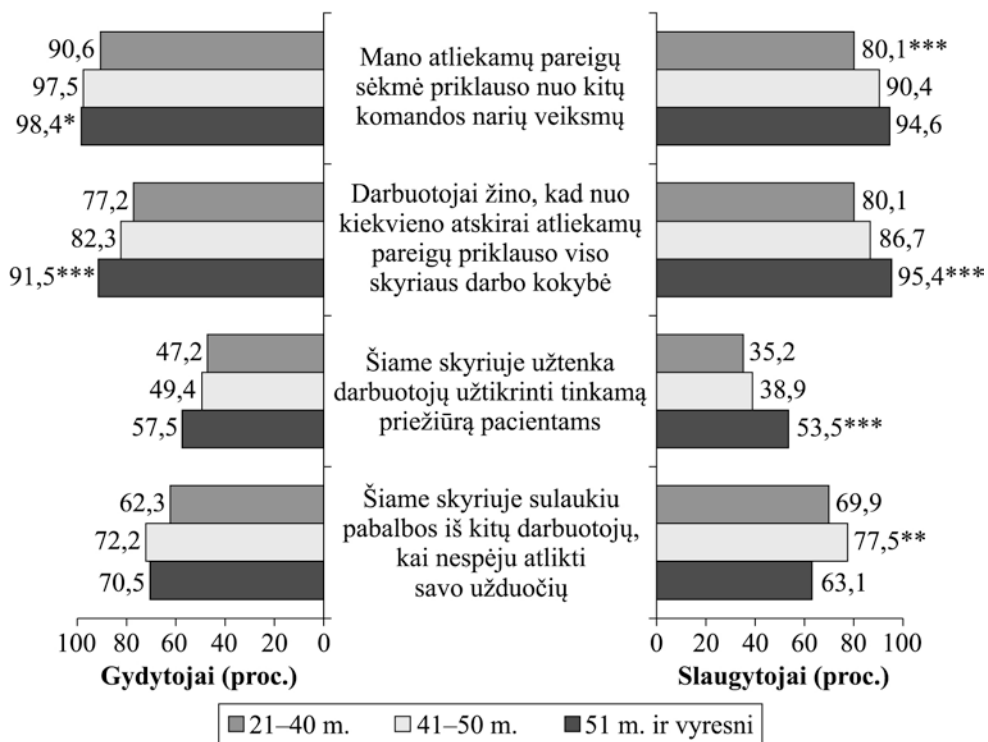
Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	χ^2 , p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Žinau, kas vadinama komandiniu darbu				
Visiškai nesutinku/nesutinku	0,8 (3)	1,4 (9)	1,2 (12)	$\chi^2=0,740$ p=0,691
Nei sutinku, nei nesutinku	2,2 (8)	2,4 (15)	2,3 (23)	
Sutinku/visiškai sutinku	97,0 (357)	96,2 (614)	96,5 (971)	
Man patinka dirbti komandoje				
Visiškai nesutinku/nesutinku	1,1 (4)	1,3 (8)	1,2 (12)	$\chi^2=1,166$ p=0,558
Nei sutinku, nei nesutinku	4,6(17)	3,3 (21)	3,8 (38)	
Sutinku/visiškai sutinku	94,3 (346)	95,4 (606)	95,0(952)	
Gydytojai ir slaugytojai dirba kaip koordinuota komanda				
Visiškai nesutinku/nesutinku	3,8 (14)	13,0 (82)*	9,6 (96)	$\chi^2=39,073$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	13,3 (49)	21,7 (137)*	18,6 (186)	
Sutinku/visiškai sutinku	82,9 (305)	65,3 (413)*	71,8 (718)	
Ligoninės skyrių tarpusavio darbas yra gerai koordinuotas				
Visiškai nesutinku/nesutinku	19,3 (71)	20,3 (129)	20,0 (200)	$\chi^2=0,264$ p=0,867
Nei sutinku, nei nesutinku	29,3 (108)	28,1 (178)	28,5 (286)	
Sutinku/visiškai sutinku	51,4 (189)	51,6 (327)	51,5 (516)	

*p < 0,05, palyginti su gydytojais (z testas su Bonferroni korekcija).

Vienas iš efektyvaus komandinio darbo veiksnių – bendradarbių pastangos padėti vieni kitiems. Beveik trys ketvirtadaliai (69,3 proc.) tyrimo dalyvių pritarė, kad sulaukia pagalbos iš kitų darbuotojų, kai nespėja atlikti savo užduočių. Dažniau šiam teiginiui pritarė slaugytojai negu gydytojai (atitinkamai 70,4 proc. ir 67,4 proc., p < 0,05). Itin aktuali komandos narių pagalba, kai stokojama sveikatos priežiūros darbuotojų skyriuje. Kad trūksta gydytojų ir slaugytojų skyriuje, patvirtino daugiau nei trečdalis (33,4 proc.) tyrimo dalyvių. Mažiau nei pusė (46,5 proc.) tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų teigė, kad skyriuje užtenka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą pacientams. Tarp pritarusių didesnė dalis tyrime dalyvavusių gydytojų negu slaugytojų (atitinkamai 51,4 proc. ir 46,5 proc., p < 0,05).

Dauguma sveikatos priežiūros specialistų (91,5 proc.) pritarė, kad jų atliekamų pareigų sėkmė priklauso ir nuo kitų komandos narių veiksmų. Pastebėta tendencija, kad kuo vyresni darbuotojai tuo dažniau pritarė, kad jų atliekamų pareigų sėkmė priklauso ir nuo kitų komandos narių veiksmų (4.2.1 pav.). Reikšmingai dažniau šiam teiginiui pritarė tyrime dalyvavę gydytojai negu slaugytojai (atitinkamai 94,9 proc. ir 89,7 proc., p < 0,05).

Respondentų pritarimo teiginiams, atspindintiems komandinį darbą, palyginimas pagal amžių pateiktas 4.2.1 pav.



* $p < 0,05$, palyginti su 21–40 m. amžiaus grupe; ** $p < 0,05$, palyginti su 51 m. ir vyresni amžiaus grupe; *** $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis (z testas su Bonferroni korekcija)

4.2.1 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie komandinį darbą, dalis, atsižvelgiant į amžių

Komandiniame darbe svarbi ne tik komandinė atsakomybė, aktualu, kad kiekvienas komandos narys tiksliai žinotų, už ką yra atsakingas. Dauguma (92,2 proc.) tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų teigė žinančys savo atsakomybes. Tačiau, kad darbo užduotys ir atsakomybės sritys yra aiškiai apibrėžtos dokumentuose, pritarė 78,8 proc. tyrimo dalyvių. Tarp pritariančiųjų dažniau buvo tyrime dalyvavę slaugytojai negu gydytojai (atitinkamai 81,7 proc. ir 73,8 proc. $p < 0,05$).

Komandinio darbo efektyvumas neatsiejamas nuo bendravimo atvirumo. Respondentų buvo klausama, ar jie jaučiasi saugūs skyriuje. Daugiau nei pusė tyrimo dalyvių (54,1 proc.) tam pritarė, 28,6 proc. – neturėjo nuomonės, o 17,3 proc. – atsakė neigiamai. Nesaugūs dažniau jautėsi slaugytojai palyginti su gydytojais (atitinkamai 19,7 proc. ir 13,0 proc., $p <$

0,01). Du trečdaliai visų tyrimo dalyvių (65 proc.) teigė, kad skyriuje pasi-
taiko bendravimo problemų tarp darbuotojų. Reikšmingo skirtumo tarp
gydytojų ir slaugytojų nuomonės nenustatyta.

Tyrimo analizė atskleidė reikšmingas sąsajas tarp užimamų pareigų ir
galimybės išsakyti savo nuomonę gydytojui, slaugytojui ir skyriaus vadovui.
Nustatyta, kad gydytojai dažniau gali išreikšti savo nuomonę kolegoms
negu slaugytojai ($p < 0,01$) (4.2.2 lentelė).

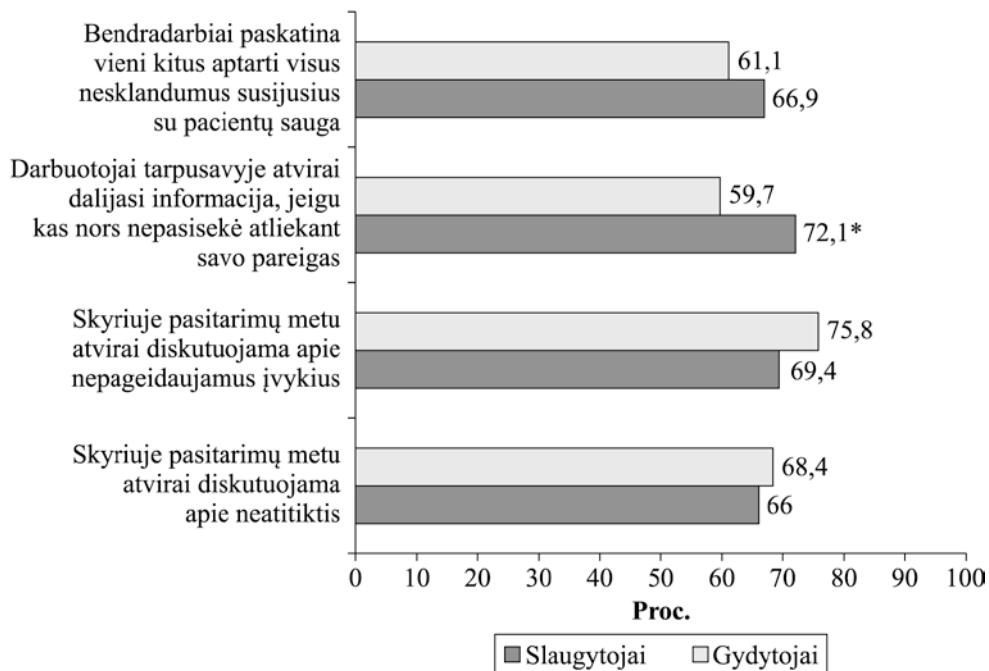
4.2.2 lentelė. Respondentų skirstinys pagal teiginių apie galimybę atvirai
išsakyti savo nuomonę gydytojams, slaugytojams bei skyriaus vadovui verti-
nimą, atsižvelgiant į pareigas

Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	χ^2 , p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Skyriuje darbuotojai atvirai gali išsakyti skyriaus vadovui pastabas dėl darbo organizavimo				
Visiškai nesutinku/nesutinku	14,4 (53)	24,0 (153)*	20,5 (206)	$\chi^2=35,679$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	19,3 (71)	29,1(186)*	25,5 (257)	
Sutinku/visiškai sutinku	66,3 (244)	46,9 (299)*	54,0 (543)	
Skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su gydytojais				
Visiškai nesutinku/nesutinku	9,2 (34)	22,3 (142)*	17,5 (176)	$\chi^2=32,008$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	20,4 (75)	22,6 (144)	21,8 (219)	
Sutinku/visiškai sutinku	70,4 (259)	55,1 (352)*	60,7 (611)	
Skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su slaugytojais				
Visiškai nesutinku/nesutinku	6,2 (23)	8,3 (53)	7,6 (76)	$\chi^2=9,213$ p=0,010
Nei sutinku, nei nesutinku	15,5 (57)	22,3 (142)*	19,7 (199)	
Sutinku/visiškai sutinku	78,3 (288)	69,4 (443)*	72,7 (731)	

* $p < 0,05$, palyginti su gydytojais (z testas su Bonferroni korekcija).

Bendravimo atvirumas sveikatos priežiūros įstaigose pasireiškia gali-
mybe atvirai pasikalbėti apie darbe patirtas savo nesėkmes. Todėl tyrimo
dalyvių buvo klausiama, ar jų skyriuje diskutuojama apie neatitiktis,
nepageidaujamus įvykius, ar bendradarbiai paskatina vieni kitus pasikalbėti
apie nesklandumus, susijusius su pacientų sauga. Nustatyta, kad daugiau nei
du trečdaliai (67,6 proc.) respondentų pritarė, kad tarpusavyje atvirai
pasidalija informacija, jeigu kas nors nepasisėkė, atliekant savo pareigas. Šia
informacija dažniau pasidalija slaugytojai negu gydytojai ($p < 0,01$) [149].
Daugiau nei du trečdaliai (66,9) tyrimo dalyvių teigė, kad pasitarimų metu
aptaria neatitiktis, beveik trys ketvirtadaliai (71,8 proc.) respondentų sutiko,

kad aptaria nepageidaujamus įvykius. Reikšmingo skirtumo tarp gydytojų ir slaugytojų nuomonės nenustatyta (4.2.2 pav.).



* $p < 0,01$, palyginti su gydytojais.

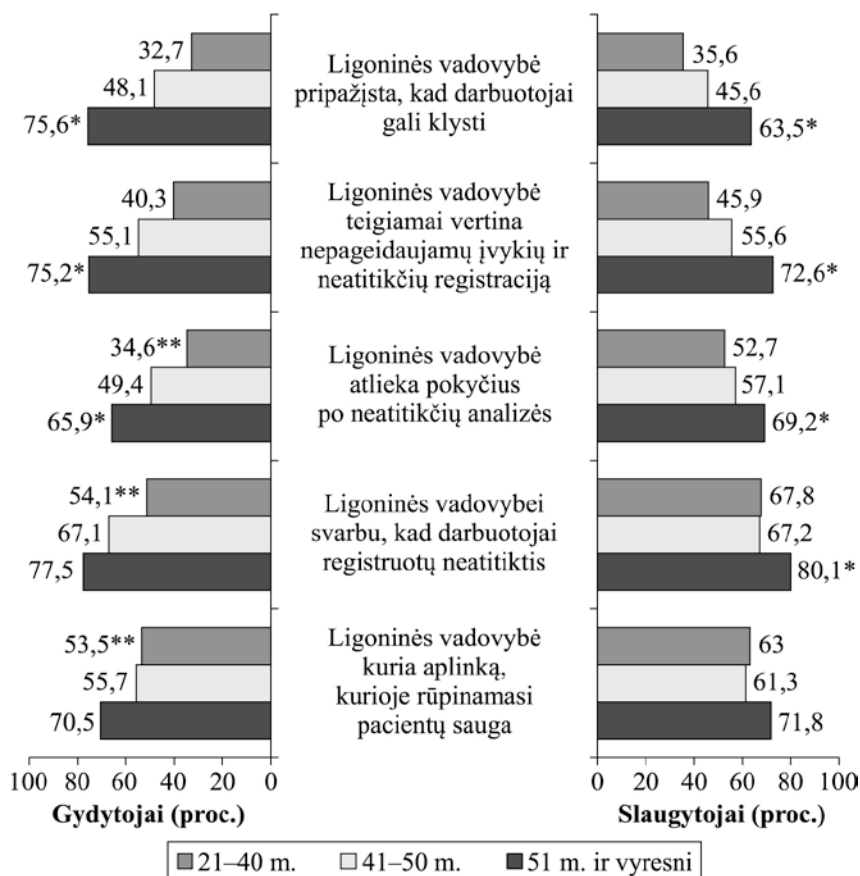
4.2.2 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie galimybę atvirai pasidalinti informacija apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis su bendradarbiais ir pasitarimų metu, dalis, atsižvelgiant į pareigas

Tyrimo duomenimis, daugiau nei du trečdaliai (63,5 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų pritarė, kad **ligoninės vadovybė** kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga. Reikšmingo skirtumo tarp gydytojų ir slaugytojų nuomonės nenustatyta, tačiau analizuojant pagal amžių paaiškėjo, kad vyresnių nei 51 m. amžiaus grupei priklausantys respondentai dažniau nei jaunesni pritarė, kad ligoninės vadovybė kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga ($p < 0,01$) (4.2.3 pav.). Reikšmingai dažniau slaugytojai negu gydytojai manė, jog ligoninės vadovybei svarbu, kad darbuotojai praneštų apie neatitiktis (atitinkamai 72,2 proc. ir 65,2 proc., $p < 0,01$). Nors daugiau nei du trečdaliai (69,7 proc.) gydytojų ir slaugytojų pritarė, kad ligoninės vadovybė pabrėžia neatitikčių registraciją, tačiau kad daro pokyčius po neatitikčių analizės, sutiko tik pusė respondentų (56,2 proc.). Tarp sutikusiųjų reikšmingai didesnė dalis buvo slaugytojų negu gydytojų (atitinkamai 60,5 proc. ir 48,9 proc. $p < 0,01$). Daugiau nei pusė

(58,3 proc.) tyrimo dalyvių teigė, kad ligoninės vadovybė teigiamai vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registraciją.

Tyrimo duomenų analizė taip pat atskleidė, kad tik pusė (50,4 proc.) tyrimo dalyvių sutiko, jog ligoninės vadovybė pripažįsta, kad darbuotojai gali klysti. Reikšmingo skirtumo tarp gydytojų ir slaugytojų nuomonės nenustatyta.

Gydytojai ir slaugytojai, priklausantys vyresnių nei 51 m. amžiaus grupei, palyginti su jaunesnio amžiaus darbuotojais, dažniau palaikė ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga ($p < 0,01$) (4.2.3 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su 51 m. ir vyresni amžiaus grupe (z testas su Bonferroni korekcija).

4.2.3 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga, dalis, atsižvelgiant į amžių

Vertinant asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į skyriaus vadovo vaidmenį, nebuvo analizuoti vadovaujančias pareigas einančių darbuotojų pateikti duomenys.

Nustatyta, kad **skyriaus vadovu** pasitiki du trečdaliai asmens sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų didesnė dalis gydytojų negu slaugytojų ($p < 0,05$) (4.2.3 lentelė). Dažniau gydytojai negu slaugytojai pritarė, kad skyriuje iškilus neaiškumams atliekant savo pareigas, darbuotojai gali nedvejodami kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą, vadovas su darbo organizavimu susijusius sprendimus priima atsižvelgdamas į darbuotojų nuomonę, padeda spręsti iškilusius konfliktus dėl darbo organizavimo tarp darbuotojų, atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo ($p < 0,01$).

4.2.3 lentelė. Respondentų skirstinys pagal teiginių apie skyriaus vadovo vaidmens vertinimą, atsižvelgiant į pareigas

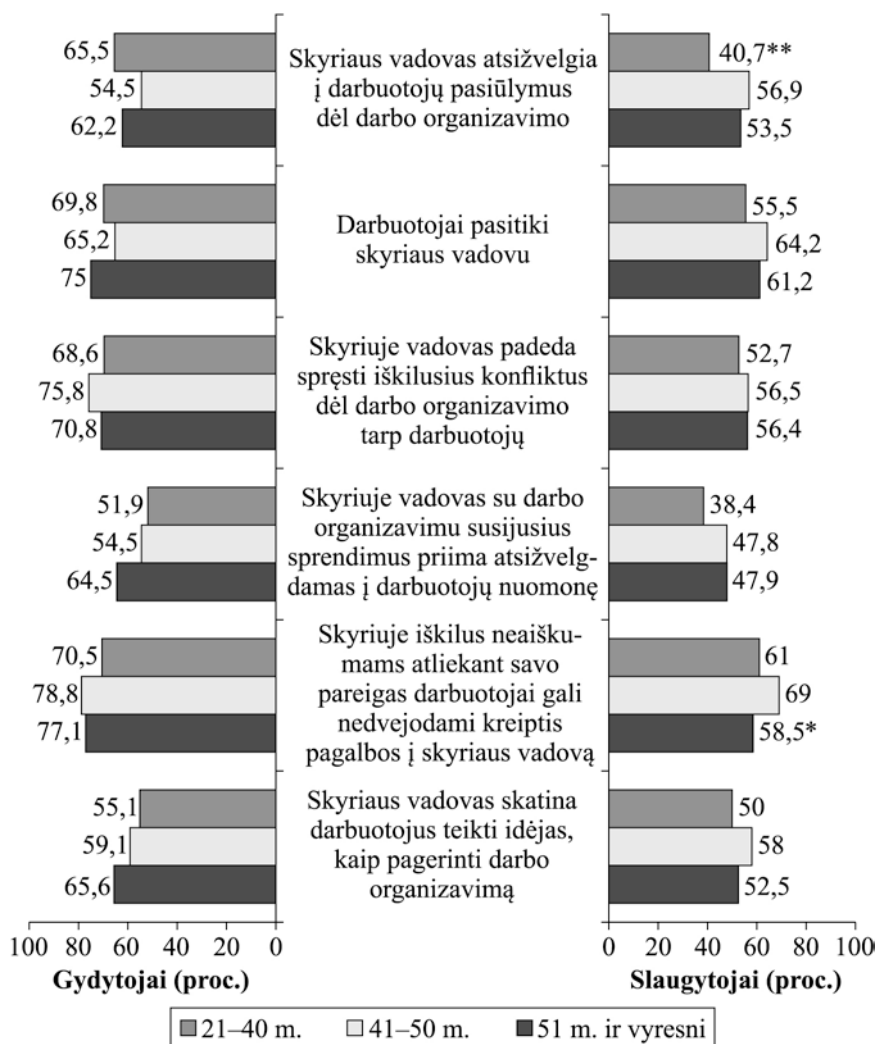
Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	χ^2 , p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti darbo organizavimą				
Visiškai nesutinku/nesutinku	16,7 (53)	14,7 (93)	15,3 (146)	$\chi^2=5,292$ p=0,071
Nei sutinku, nei nesutinku	24,1 (77)	31,3 (198)	28,9 (275)	
Sutinku/visiškai sutinku	59,2 (189)	54,0 (342)	55,8 (531)	
Skyriuje iškilus neaiškumams atliekant savo pareigas darbuotojai gali nedvejodami kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą				
Visiškai nesutinku/nesutinku	12,2 (39)	11,5 (73)	11,8 (112)	$\chi^2=18,668$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	13,5 (43)	25,5 (163)*	21,5 (206)	
Sutinku/visiškai sutinku	74,3 (237)	63,0 (401)*	66,7 (638)	
Skyriuje vadovas su darbo organizavimu susijusius sprendimus priima atsižvelgdamas į darbuotojų nuomonę				
Visiškai nesutinku/nesutinku	15,8 (50)	25,8 (163)*	22,4 (213)	$\chi^2=14,352$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	27,8 (88)	28,8 (182)	28,5 (270)	
Sutinku/visiškai sutinku	56,4 (178)	45,4 (288)*	49,1 (466)	
Skyriuje vadovas padeda spręsti iškilusius konfliktus dėl darbo organizavimo tarp darbuotojų				
Visiškai nesutinku/nesutinku	9,5 (30)	21,2 (135)*	17,3 (165)	$\chi^2=26,742$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	19,7 (63)	23,4 (149)	22,2 (212)	
Sutinku/visiškai sutinku	70,8(226)	55,4 (353)*	60,5 (579)	
Darbuotojai pasitiki skyriaus vadovu				
Visiškai nesutinku/nesutinku	8,8 (28)	16,4 (104)*	13,9 (132)	$\chi^2=13,263$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	19,7 (63)	22,6 (143)	21,6 (206)	
Visiškai nesutinku/nesutinku	71,5 (228)	61,0 (387)*	64,5 (615)	

4.2.3 lentelės tęsinys

Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	χ^2 , p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Skyriaus vadovas atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo				
Visiškai nesutinku/nesutinku	10,0 (32)	12,1 (77)	11,4(109)	$\chi^2=8,414$ p=0,015
Nei sutinku, nei nesutinku	28,2 (90)	36,0 (229)*	33,4(319)	
Sutinku/visiškai sutinku	61,8 (197)	51,9 (330)*	55,2(527)	

*p < 0,05, palyginti su gydytojais, (z testas su Bonferroni korekcija).

Analizuojant duomenis, susijusius su skyriaus vadovo vaidmens vertinimu pagal respondentų amžių, nustatyta, kad reikšmingai dažniau skyriaus vadovu nepasitikėjo darbuotojai, priklausantys vyresnių nei 41 m. amžiaus grupei, palyginti su jaunesnio amžiaus (21–40 m.) grupei priklausančiais tyrimo dalyviais: 21–40 m. – 8,5 proc., 41–50 m. – 13,5 proc., 51 m. ir vyresni – 17,3 proc., (p < 0,01). Atskirai gydytojų ir slaugytojų grupėse nustatyti keli reikšmingi skirtumai tik slaugytojų grupėje: vyresnių nei 41 m. amžiaus grupei priklausančios slaugytojos dažniau nei 21–40 m. amžiaus grupei priklausančios slaugytojos pritarė, kad skyriaus vadovas atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo (p < 0,05) (4.2.4 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su 41–50 m. amžiaus grupe; ** $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis (z testas su Bonferroni korekcija).

4.2.4 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie skyriaus vadovo vaidmenį, dalis, atsižvelgiant į amžių

Beveik trys ketvirtadaliai (70,9 proc.) visų respondentų teigė, kad skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje (4.2.4 lentelė). Gydytojai dažniau nei slaugytojai pritarė, kad skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje bei skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti pacientų saugą ($p < 0,05$).

4.2.4 lentelė. Respondentų skirstinys pagal teiginių apie skyriaus vadovo vaidmens vertinimą, atsižvelgiant į pareigas

Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	χ^2 , p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje				
Visiškai nesutinku/nesutinku	8,5 (27)	9,3 (59)	9,0 (86)	$\chi^2=8,300$ p=0,016
Nei sutinku, nei nesutinku	15,1 (48)	22,7 (144)	20,1 (192)	
Sutinku/visiškai sutinku	76,4 (243)	68,0 (432)*	70,9 (675)	
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti neatitiktis				
Visiškai nesutinku/nesutinku	15,0 (47)	10,0 (63)*	11,6 (110)	$\chi^2=6,452$ p=0,040
Nei sutinku, nei nesutinku	21,3 (67)	26,1 (165)	24,6 (232)	
Sutinku/visiškai sutinku	63,7 (200)	63,9 (403)	63,8 (603)	
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti nepageidaujamus įvykius				
Visiškai nesutinku/nesutinku	12,9 (41)	11,3 (71)	11,8 (112)	$\chi^2=4,872$ p=0,088
Nei sutinku, nei nesutinku	21,4 (68)	28,0 (176)	25,8 (244)	
Sutinku/visiškai sutinku	65,7 (209)	60,7 (382)	62,4 (591)	
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti pacientų saugą				
Visiškai nesutinku/nesutinku	12,6 (40)	14,8 (94)	14,1 (134)	$\chi^2=7,058$ p=0,029
Nei sutinku, nei nesutinku	23,9 (76)	30,6 (194)*	28,4 (270)	
Sutinku/visiškai sutinku	63,5 (202)	54,6 (346)*	57,5 (548)	
Skyriuje organizuojami pasitarimai dėl pacientų saugos gerinimo				
Visiškai nesutinku/nesutinku	20,3 (65)	19,2 (122)	19,6 (187)	$\chi^2=4,756$ p=0,093
Nei sutinku, nei nesutinku	24,8 (79)	19,3 (123)	21,1 (202)	
Sutinku/visiškai sutinku	54,9 (175)	61,5 (392)	59,3 (567)	
Skyriaus vadovas skiria dėmesio pacientų saugos problemoms				
Visiškai nesutinku/nesutinku	7,3 (23)	7,7 (49)	7,6 (72)	$\chi^2=2,631$ p=0,268
Nei sutinku, nei nesutinku	26,2 (83)	31,0 (197)	29,3 (280)	
Sutinku/visiškai sutinku	66,6 (211)	61,3 (390)	63,1 (601)	

*p < 0,05, palyginti su gydytojais (z testas su Bonferroni korekcija).

Analizuojant kokybinio tyrimo rezultatus, susijusius su komandiniu darbu, išskirtos dvi temos: komandinis darbas ir skyriaus vadovo vaidmuo. Temoje „Komandinis darbas“ išskirtos 4 kategorijos (4.2.5 lentelė).

4.2.5 lentelė. Temos „Komandinis darbas“ kategorijos ir empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai

Kategorija	Empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai
Vaidmenų / funkcijų pasiskirstymas	<i>Atvažiavo, mes griebiam tą žmogų, su neštuvais, jeigu reikia, visi viena komanda užkėlėm, atsisukom ir sakom, reikės to, to, to. Viskas, visi žinom kas ką darom, tai yra komandinis darbas (S5)</i>
Bendravimo atvirumas / bendravimas su kolegomis	<i>...nereik bijot, medicinoj jau taip, aš sakau, medikai dėl pacientų turi būti atviri visapusiškai (GP1)</i>
Bendravimas su pacientu ir jo artimaisiais	<i>Ligoniiui sakau, sakykit, aš va negavau, kažko negavau, sesutei pasakykit (GSV5)</i>
Problemos / trikdžiai	<i>Slaugytoja šiai dienai, kad ir kaip mes deklaruotume lygybę, jinaį yra pastatyta į gan žemą padėtį (V2)</i>

Analizuojant pacientų saugos kultūrą itin svarbu įvertinti komandinį darbą. Kokybinio tyrimo metu nustatyta, kad komandinis darbas siejamas su vaidmenų/funkcijų pasiskirstymu, aiškiu savo pareigų (darbų) žinojimu. Tai padeda užtikrinti sėkmingą bendradarbiavimą tarp kolegų bei kokybiškos paslaugos teikimą pacientui.

„Mes visi dirbame komandoje ir stengiamės atlikti kiekvienas savo darbą ir padėti kolegoms. Darbas komandoje labai jaučiasi, mes visi žinome pacientus, nepriklausomai nuo to, ar tai mūsų kuruojami pacientai, ar ne.“ (GSV4)

„...pagalbos visada, ar neišeina kateterio įvest ar lašinės pastatyt, to kas neaišku visada eina kolegė padėt, kad ir aš pati kartais einu, jeigu reikia.“ (S2)

Interviu metu nustatyta, kad komandiniame darbe pasireiškia ir pagalba jaunesniems kolegoms, kuriems padeda daugiau patirties turintys sveikatos priežiūros specialistai: *„Jeigu mato, kad viena ar kita intervencija, kurią jie [jauni gydytojai] turi atlikti, neatitinka jų kvalifikacijų, kompetencijos, kviečia į pagalbą labiau patyrusį gydytoją ir tada sprendžiam problemas kartu.“ (GSV2)*

Komandinio darbo sėkmė priklauso nuo daugelio veiksnių: darbuotojų amžiaus, profesijos, asmeninių savybių. Kai kurie ekspertai paminėjo, kad jiems komandoje geriau sekasi dirbti su panašaus amžiaus kolegomis: *„Pas mus jaunas kolektyvas yra, tiek gydytojos, tiek slaugytojos, tiek masažuotojai, tai yra labai gražus bendravimas, vienam lygy, jau sakyčiau komandinis.“ (S1)*

Kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad sveikatos priežiūros specialistai įgalina pacientą tapti aktyviu sveikatos priežiūros komandos nariu, tokiu būdu siekiant gerų gydymo rezultatų bei geresnės paciento jausenos. Interviu metu sveikatos priežiūros specialistai minėjo, kad teikdami sveikatos priežiūros paslaugas, jie aktyviai moko pacientą rūpintis savo sveikata, suteikia jam informacijos apie tvarkos taisykles ligoninėje, moko, kaip susigyventi su ligos pasekmėmis. Kai kurie ekspertai pabrėžė, kad patys pacientai yra labai aktyvūs ir noriai įsijungia į gydymo procesą.

„...visi gi ligoniai, jie dabar yra išprusę, sako: „Paskirkit daktare, gal aš dar tą mildronatą susileisčiau“. Tai jie [ligoniai] viską jau žino, jie jau su savo norais.“ (GSV5)

Ekspertų teigimu, siekdami gerų gydymo rezultatų gydytojai bei slaugytojos bendrauja ir su paciento artimaisiais, suteikia jiems žinių apie paciento ligą bei moko, kaip jam padėti: *„Mes taip pat griežtai, primygtinai šių dalykų mokiname ligonio artimuosius.“ (GSV4)*

Sveikatos priežiūros specialistai interviu metu atskleidė, kad tai, kaip pacientas įsijungia į sveikatos priežiūros komandos darbą, priklauso nuo paciento amžiaus, išsilavinimo, asmeninių savybių, turimų įpročių bei noro rūpintis savo sveikata.

„Be abejo, su intelektualiu pacientu yra žymiai lengviau kalbėti, tu jam kalbi, jis klauso. Su neintelektualiu, tai tas pats, kas prieš tave pasodintų kinitį. Tu pilnas geriausių norų, bet jis nesupranta. Tu turi aiškinti žmogui jo kalbą, o kartais tai neįmanoma.“ (GSV1)

Kitas svarbus komandinio darbo aspektas, kuris atsiskleidė analizuojant kokybinio tyrimo duomenis, tai bendravimo atvirumas tarp sveikatos priežiūros darbuotojų. Kai kurie tyrimo dalyviai paminėjo, kad bendradarbiaujant svarbu, atvirai bendrauti ir prisipažinti, jeigu kas nepavyko.

Interviu metu atsiskleidė ir bendravimo tarp gydytojų ir slaugytojų nesklandumai. Kai kurie ekspertai minėjo, kad slaugytojos atlieka gydytojo pavedimus, vykdo jų nurodymus, bet negali savarankiškai priimti sprendimus.

„Jos [slaugytojos] praktiškai savarankiškai negali priimti sprendimų, jos turi tik stebėti gyvybines funkcijas ir informuoti gydytoją, jeigu jo tą minutę nėra operacinėje. Tai didelio poreikio tobulinimuisi nėra.“ (GSV3)

„Slaugytojos eina pranešti daktarui, kad daktaras darytų sprendimus, kad priimtų ar ten kažkokį gydymą, ar ten stipresnę vaistų dozę skirti.“ (S6)

„Gydytojai dažniausiai, aš pats toks buvau, dėl to aš taip jums sakau, nes gydytojai dažniausiai galvoja: „O jisai [gydytojas] tai jau geriausiai žino, kaip tai reikia daryti ir nieks jam čia nepaaiškins“. Slaugytojos neturi tos arogancijos.“ (V2)

Sveikatos priežiūros specialistai interviu metu minėjo, kad bendravimui tarp gydytojų ir slaugytojų įtaką daro amžius ir darbo patirtis – vyresnio amžiaus bei didesnę darbo patirtį turinčios slaugytojos jaučiasi saugios bendraudamos su gydytojais.

„Ką jie [gydytojai] pasakys, aš galiu prieiti, nes šiaip 27 mano metai ligoninėje, o vyriausia slaugytoja 17–18 metų, tai aš jau kažkaip irgi ne per labiausiai ir bijau, jeigu esi teisus tu nebijai.“ (S6)

„Mano merginos [slaugytojos] eina dešimt kartų pas daktarą paklausti pas mane nėra naujokų, visos esame senbuvės, net ir daktaro kartais paklausiam, ar tikrai tą reikia vaistą skirti.“ (S5)

Temoje „Skyriaus vadovo vaidmuo“ išskirtos 2 kategorijos (4.2.6 lentelė).

4.2.6 lentelė. Temos „Skyriaus vadovo vaidmuo“ kategorijos ir empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai

Kategorija	Empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai
Skyriaus vadovo bendravimas su darbuotojais	Aš, pvz., laikausi tokios nuomonės, kad reikia kalbėti su žmonėmis, paprasčiausi jis [darbuotojas] pamiršo, pamiršo kad taip reikia daryti (V1)
Skyriaus vadovo suinteresuotumas ir autoritetas	Aš manau, galima ligoninėje viską labai greitai sutvarkyti, jeigu vadovaus padalinuose vadovai suinteresuoti, kad skyriuose būtų tvarka, jeigu padalinio vadovui rūpi, kad jo skyriuje būtų tvarka (GA1)

Interviu dalyvavę vadovaujančias pareigas einantys sveikatos priežiūros specialistai, teigė, kad nepageidaujamų įvykių registravimo efektyvumui svarbus nuolatinis bendravimas su darbuotojais.

„Kai pradedi aiškinti, kad tai [registruoti nepageidaujamus įvykius] nėra blogai, tai rodo jūsų [darbuotojų] gerą darbą, pavienės tos infekcijos, žiūrėk, ir užregistruojamos, paskui vėl primiršta ir paskui vėl neregistruoja.“ (V4)

„Kalimas, ištisai šnekėt. Tad jau pradėjo po biškį, pradėjo rašyti [registruoti nepageidaujamus įvykius], pradžioje ne tą, ką reikėjo rašydavo,

kad ten lemputė nedega, dar kas nors, bet dabar jau pradėjo normaliai, kad ten termometras blogai rodo.“ (GP2)

„Ko gero, pastovus procesas, kalbėjimas, motyvavimas žodžiu, pastabų davimas, esant kokiam nors neatitikimui.“ (V3)

Itin svarbus, ekspertų manymu, skyriaus vadovo vaidmuo kuriant pozityvią aplinką, kad sveikatos priežiūros specialistai galėtų atvirai diskutuoti apie nepageidaujamus įvykius ar kitas nesėkmes.

“Tokią sukurti atmosferą skyriuje, kad žmonės nebijotų pasipasakoti apie savo komplikacijas, kad jie [darbuotojai] pripažintų savo silpnas vietas, prašytų tobulinti savo įgūdžius tose vietose, kur jiems nesiseka. Tokiu būdu tų komplikacijų galima sumažinti, jeigu neskatinisime darbuotojų to daryti, tai situacija nesikeis iš esmės.“ (GSV3)

„...aš [slaugos administratorė] ateinu pirmadienį ir klausiu, nu kaip jums sekėsi savaitgalį? Kas įvyko? Aš turiu pirma išgirsti iš savo įstaigos, kad pvz., mane pakvies ant kilimo, kad aš žinočiau, ką pasakyti? Ir aš žinau, kad buvo tas, buvo tas, buvo tas ... ir aš žinau, nė viena nepaslėps nuo manęs nieko, ne.“ (S5)

Kuriant efektyvų komandinį darbą skyriuje bei plėtojant pozityvią pacientų saugos kultūrą, ekspertų manymu, vadovo bendravimas su darbuotojais pasireiškia ir tiesiogine pagalba bei mokymu.

“Mano vienas jaunas kolega neišpunktuoja kraujagyslės, mano kaip vadovo pareiga yra nueiti į operacinę, apsirengti, užsidėti pirštines, praeiti tą kamą, kuriuo jis nepraeina, tuo pačiu jis pažiūrės, kaip tai daroma, padaręs aš apsisuku ir žinau, kad visa kita jis padarys. Man nėra jokio reikalo būti.“ (GSV1)

Itin svarbus vadovo vaidmuo bendraujant su darbuotojais – kurti tinkamą jų nuostatą pacientų saugos atžvilgiu: „...kantriai aiškinant, ir visų pirma akcentuojant, kad tai yra dėl paties jo, kaip asmens, kaip gydytojo, kaip žmogaus saugumo. ... na, pavyksta perorientuoti jo įsitikinimus kita linkme.“ (V2); savo asmeniniu pavyzdžiu skatinti darbuotojų pozityvią elgseną: „Jau aš [slaugos administratorė] šitą išsimokiau savo mergaites [slaugytojas], nes moteriškas kolektyvas yra, pirmoje vietoje yra pacientas, jo sauga ir priemonės jam, tik vėliau mes pagalvosim apie spintelę personalo kambariui, tik vėliau, kas liečia būtinybę įsigijimo kažkokio.“ (S1)

„Tai šitą dalyką aš [slaugos administratorė] padariau, atėjo žmogus klausia, kur administracija, tu negali pasiųsti: „Eikit tiesiai, pasuksit į

kairę, ten bus tas, tas, tas“ – ne. Prašome palydėti ir parodyti, konkrečiai ten, tai yra mano šitas dalykas, taip, aš taip darau, kitos mato kolegės, jos iš paskos irgi darys taip.“ (S5)

Ekspertai atskleidė, kad sėkmingam komandiniam darbui svarbus ne tik vadovo asmeninis pavyzdys, bet ir jo autoritetas skyriuje.

„Vadovas turi svorį, jis yra moralinis autoritetas. Jei ne tik kolega, bet ir vadovas padeda, jei su juo gali normaliai analizuoti kas, kaip nutiko. Vadovo žodis yra svarus ir jis turi būti normalus.“ (GSV1)

„Aš manau, kad čia viskas nuo vadovo [priklauso], nesakau, kad nuo vyriausiojo gydytojo, bet nuo padalinio vadovo.“ (GA1)

„Priklauso nuo aktyvumo, ar jis [vadovas] rūpinasi klinikos padaliniais, ar jam rūpi, kaip kiekviena darbo vieta sutvarkyta, koks ten dirba gydytojas, ar jis yra kvalifikuotas, ar saugūs mūsų pacientai, ar darbas gerai organizuotas.“ (GSV3)

Apibendrinant galima teigti, kad tyrime dalyvavę asmens sveikatos priežiūros specialistai pritarė, jog patinka dirbti komandoje, tačiau gydytojai ir vyresnio amžiaus grupei priklausantys darbuotojai labiau jautėsi dirbantys komandiniu principu. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūriu, kuomet trūksta sveikatos priežiūros personalo užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą pacientams, darbuotojai linkę vieni kitiems padėti. Tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų nuomone, pasitaikė bendravimo problemų tarp darbuotojų. Gydytojai aktyviau galėjo išreikšti savo nuomonę kitiems darbuotojams negu slaugytojai, pastarieji dažniau pasidalino savo nesėkmėmis darbe. Tačiau ligoninės vadovybė, tyrimo dalyvių nuomone, ne visada pripažįsta, kad darbuotojai gali klysti. Skyriaus vadovo vaidmenį pacientų saugos užtikrinime taip pat pozityviau vertino gydytojai negu slaugytojai.

4.3. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas apima įvykių registravimą, analizę, koregavimo ir prevencinių veiksmų atlikimą.

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimas. Nustatyta, kad kas dešimtas tyrimo dalyvis nežinojo ir beveik penktadalis – abejojo, kas yra neatitiktis bei kas dešimtas nežinojo, kas yra nepageidaujamas įvykis (4.3.1 lentelė). Trys ketvirtadaliai respondentų susipažinę su nepageidaujamų įvykių ir beveik tiek pat su neatitikčių registravimu. Daugiau slaugytojų negu gydytojų žinojo, kas yra neatitiktis ir nepageidaujamas įvykis bei kur juos registruoti ($p < 0,01$). 2010 m. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ reglamentuota, kokius nepageidaujamus įvykius privaloma registruoti [136]. Su šiuo teisės aktu susipažinę daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų daugiau slaugytojų negu gydytojų ($p < 0,01$). Iš visų tyrime dalyvavusių apklaustųjų trečdalis nežinojo arba abejojo, kad įstaigoje yra patvirtinta neatitikčių registravimo sistema. Didesnę dalį susipažinusių su įstaigoje esančia registravimo sistema sudarė slaugytojai negu gydytojai ($p < 0,01$).

4.3.1 lentelė. Respondentų skirstinys pagal teiginių apie nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimą vertinimą, atsižvelgiant į einamas pareigas

Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Žinau, ką reikia žymėti kaip neatitiktį				
Visiškai nesutinku/nesutinku	16,6 (61)	7,4 (47)*	10,7 (108)	$\chi^2=20,630$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	17,9 (66)	20,6 (131)	19,6 (197)	
Sutinku/visiškai sutinku	65,5 (241)	72,0 (459)*	69,7 (700)	
Žinau, ką reikia žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį				
Visiškai nesutinku/nesutinku	15,2 (56)	6,8 (43)*	9,9 (99)	$\chi^2=20,674$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	13,0 (48)	11,3 (72)	11,9 (120)	
Sutinku/visiškai sutinku	71,8 (264)	81,9 (522)*	78,2 (782)	
Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį				
Visiškai nesutinku/nesutinku	19,4 (72)	8,2 (52)*	12,3 (123)	$\chi^2=43,156$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	16,1 (59)	9,1 (57)*	11,7 (116)	
Sutinku/visiškai sutinku	64,5 (236)	82,7 (520)*	76,0 (756)	

4.3.1 lentelės tęsinys

Teiginiai	Pareigos		Iš viso, proc. (N)	p
	Gydytojai, proc. (N)	Slaugytojai, proc. (N)		
Žinau, kur užregistruoti neatitiktį				
Visiškai nesutinku/nesutinku	19,6 (72)	7,4 (47)*	11,9 (119)	$\chi^2=35,662$ p<0,001
Nei sutinku, nei nesutinku	17,7 (65)	16,2 (103)	16,8 (168)	
Sutinku/visiškai sutinku	62,7 (230)	76,4 (485)*	71,3 (715)	
Ištaigoje yra patvirtinta neatitiktį registravimo sistema				
Visiškai nesutinku/nesutinku	10,4 (38)	5,2 (33)*	7,1 (71)	$\chi^2=10,975$ p=0,004
Nei sutinku, nei nesutinku	25,0 (92)	22,9 (145)	23,7 (237)	
Sutinku/visiškai sutinku	64,6 (237)	71,9 (456)*	69,2 (693)	
Esu susipažinęs su LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“				
Visiškai nesutinku/nesutinku	23,4 (86)	16,0 (101)*	18,7 (187)	$\chi^2=9,129$ p=0,010
Nei sutinku, nei nesutinku	15,5 (57)	14,7 (93)	15,0 (150)	
Sutinku/visiškai sutinku	61,1 (225)	69,3 (437)*	66,3 (662)	

* $p < 0,05$, palyginti su gydytojais (z testas su Bonferroni korekcija).

Daugiau nei du trečdaliai (64,1 proc.) respondentų pritarė, kad su neatitiktį ir nepageidaujamų įvykių registracija nauji darbuotojai tinkamai supažindinami. Mažiau nei pusė (42,2 proc.) tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų teigė, kad darbuotojas sukėlęs įvykį, kuris galėjo pakenkti ar pakenkė pacientui, yra palaikomas kolegų. Reikšmingo skirtumo tarp tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų nuomonių nenustatyta.

Asmens sveikatos priežiūros specialistų žinojimas, ką ir kur reikia žymėti kaip neatitiktį, labai stipriai koreliuoja su žinojimu apie nepageidaujamų įvykių registravimą (4.3.2 lentelė).

4.3.2 lentelė. Sąsajos tarp respondentų žinių apie neatitiktį ir nepageidaujamų įvykių registravimą (Spirmeno koreliacijos koeficientas)

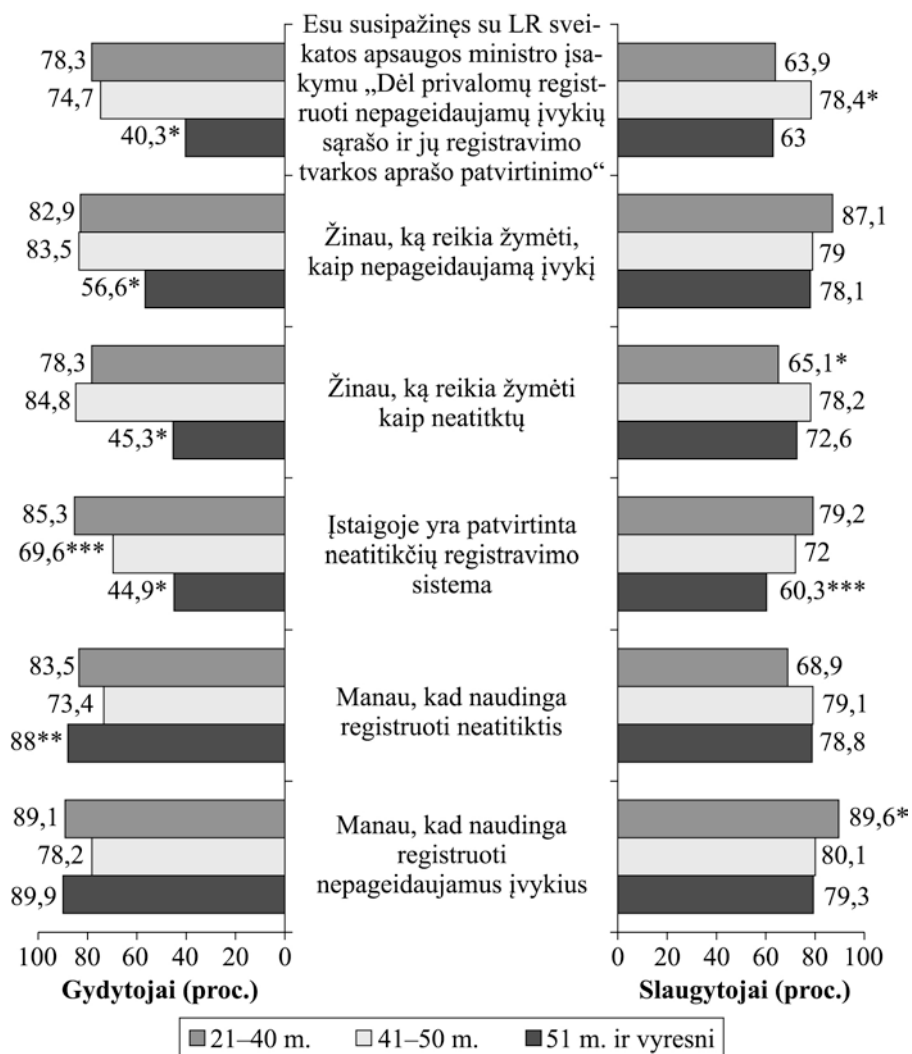
Teiginiai	Žinau, ką žymėti, kaip neatitiktį	Žinau, ką žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį	Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį
Žinau, ką žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį	0,854*		
Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį	0,779*	0,806*	
Žinau, kur užregistruoti neatitiktį	0,774*	0,734*	0,910*

* $p < 0,01$.

Moksliniai tyrimai rodo, kad daugiausia nepageidaujamų įvykių siejasi su vaistų administravimu, todėl tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar tyrimo dalyviai yra susipažinę su LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) pateikimo tvarkos aprašo, sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos ir paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos patvirtinimo” (2013-02-20 Nr. V-185), kuris reglamentuoja kaip pranešti apie vaistų sukeltas nepageidaujamas reakcijas [130]. Nustatyta, kad su šiuo įsakymu yra susipažinę tik vos daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų, beveik trečdalis (28,3 proc.) respondentų – atsakė neigiamai. Reikšmingo skirtumo tarp tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų nuomonių nenustatyta.

Analizuojant atsakymų pasiskirstymą pagal respondentų amžių, nustatyta, kad didesnė dalis vyresnių nei 41 m. gydytojų negu jaunesnių buvo susipažinę su teisės aktu, reglamentuojančiu nepageidaujamų įvykių registravimo tvarką, bei žino, ką ir kur registruoti, kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį ($p < 0,01$) (4.3.1 pav.).

Dauguma asmens sveikatos priežiūros specialistų pripažino, jog naudinga registruoti nepageidaujamus įvykius (84,9 proc.) ir neatitiktis (78,1 proc.). Nustatyta, kad jauniausiai amžiaus grupei priklausančios gydytojai rečiau žinojo, ką reikia žymėti kaip neatitiktį ir nepageidaujamą įvykį, o jauniausio amžiaus slaugytojai rečiau buvo susipažinę, ką reikia žymėti kaip neatitiktį ($p < 0,01$) (4.3.1pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su 41–50 m. amžiaus grupe ; *** $p < 0,05$, palyginti su 51 m. ir vyresni amžiaus grupe (z testas su Bonferroni korekcija).

4.3.1 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registraciją, dalis, atsižvelgiant į amžių

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių analizė bei koregavimo ir prevencinių veiksmų atlikimas. Nepageidaujamo įvykio ar neatitikties pasikartojimui išvengti svarbu nuodugniai išanalizuoti jų priežastis bei pasinaudojus gauta informacija pagerinti pacientų saugą įstaigoje. Dauguma tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų sutiko, kad užregistravus neatitiktį (69,5 proc.) ar atsitikus įvykiui, kuris galėjo sukelti

žalą pacientui (79,9 proc.), siekta išsiaiškinti jo priežastis. Tačiau tik pusė (49,1 proc.) tyrimo dalyvių pritarė, kad neatitiktį užregistravęs darbuotojas žino tolimesnius neatitikties tyrimo veiksmus. Tarp pritariančiųjų dažniau buvo slaugytojai negu gydytojai (atitinkamai 43,5 proc. ir 52,4 proc., $p < 0,01$). Taip pat tik pusė (50,3 proc.) visų respondentų teigė, kad darbuotojas, kuris užregistravo neatitiktį, yra informuojamas apie koregavimo bei prevencinius veiksmus ir šiam teiginiui dažniau pritarė slaugytojai negu gydytojai (atitinkamai 45,3 proc. ir 53,2 proc., $p < 0,05$).

Analizuojant duomenis pagal amžių, pastebėta tendencija, kad kuo vyresnei amžiaus grupei priklauso gydytojai, tuo labiau linkę pritarti, kad nagrinėjamos nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių priežastys, bei yra geriau susipažinę su neatitikties tyrimo veiksmais ($p < 0,01$). Jauniausiai amžiaus (21–40 m.) grupei priklausančios slaugytojai rečiau linkę pritarti teiginiui, kad yra susipažinę su neatitikties tyrimu ir informacija apie koregavimo ir prevencinius veiksmus, palyginti su vyresnio amžiaus grupei priklausančiais slaugytojais ($p < 0,01$) (4.3.3 lentelė).

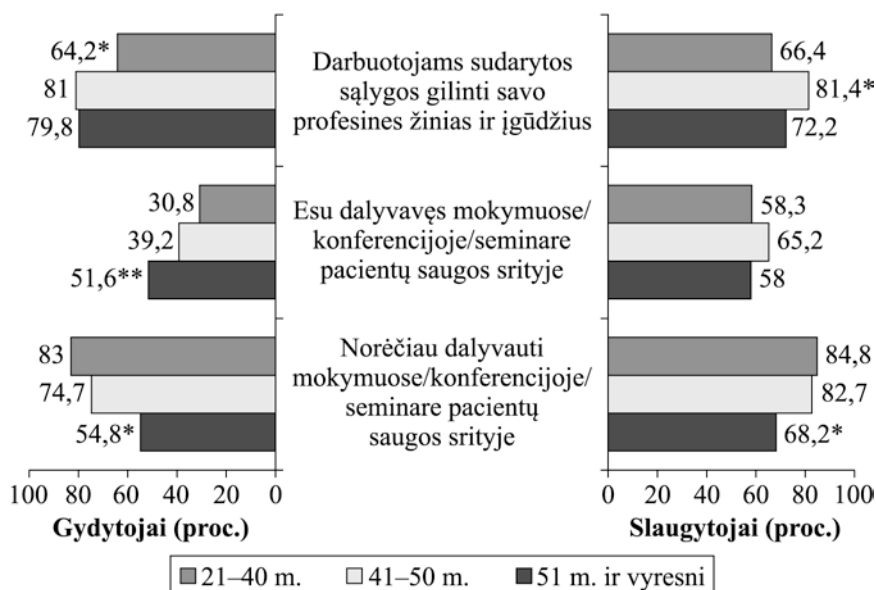
4.3.3 lentelė. Respondentų, pritarusių teiginiams, susijusiems su nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių analize, dalis, atsižvelgiant į amžių ir pareigas

Teiginiai	Pareigos	Amžius grupės (metais)			χ^2 , p
		21–40 m., proc. (N)	41–50 m., proc. (N)	51 m. ir vy- resni, proc. (N)	
Skyriuje siekiama išsiaiškinti įvykio, kuris galėjo sukelti pacientui žalą, priežastis	Gydytojai	73,4 (116)	78,5 (62)	89,0 (113)*	$\chi^2=12,546$, $p=0,014$
	Slaugytojai	80,8 (118)	81,3 (200)	88,3 (212)	$\chi^2=6,161$, $p=0,187$
Skyriuje siekiama išsiaiškinti užregistruotos neatitikties priežastis	Gydytojai	63,5 (101)	70,9 (56)	76,0 (98)**	$\chi^2=9,808$, $p=0,044$
	Slaugytojai	75,9 (110)	79,6 (195)	70,4 (169)***	$\chi^2=9,856$, $p=0,043$
Jeigu darbuotojas užregistruoja neatitiktį, jis žino tolimesnius neatitikties tyrimo veiksmus	Gydytojai	27,0 (43)***	44,3 (35)	62,8 (81)*	$\chi^2=42,539$, $p<0,001$
	Slaugytojai	40,4 (59)*	60,0 (147)	51,5 (123)	$\chi^2=22,284$, $p<0,001$
Jeigu darbuotojas užregistruoja neatitiktį, jis informuojamas apie koregavimo ir prevencinius veiksmus	Gydytojai	27,0 (43)*	55,1 (43)	61,9 (78)	$\chi^2=42,249$, $p<0,001$
	Slaugytojai	42,1 (61)***	61,5 (150)	51,5 (122)	$\chi^2=19,273$, $p<0,001$

* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su 21–40 m. amžiaus grupe; *** $p < 0,05$, palyginti su 41–50 m. amžiaus grupe (z testas su Bonferroni korekcija).

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose nuo 2008 m. organizuojami vidaus medicininiai auditai, kuriuos reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ [134]. Tyrimo metu respondentų buvo klausama, ar jie dalyvavo vidaus medicininiam audite. Nustatyta, kad vos daugiau nei trečdalis (36,3 proc.) tiriamųjų dalyvavo medicininiam audite, o beveik pusė (46,5 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų atsakė neigiamai. Dažniau medicininiam audite nedalyvavo gydytojai negu slaugytojai (atitinkamai 51,9 proc. ir 43,3 proc., $p < 0,05$).

Siekiant užtikrinti pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigose, svarbus asmens sveikatos priežiūros specialistų mokymas. Trys ketvirtadaliai (74,0 proc.) respondentų pritarė, kad darbuotojams sudarytos sąlygos gilinti savo žinias ir įgūdžius. Jauniausiai amžiaus grupei (21–40 m.) priklausantys gydytojai ir slaugytojai dažniau jautė galimybių mokytis stoką negu vyresni darbuotojai ($p < 0,01$) (4.3.2 pav.). Pacientų saugos mokymuose dalyvavo daugiau nei pusė (53,2 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų daugiau slaugytojų negu gydytojų (atitinkamai 60,9 proc. ir 40,0 proc., $p < 0,01$). Mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga, dažniau dalyvavo vyriausiai amžiaus grupei priklausantys gydytojai, palyginti su jauniausiais gydytojais. Savo žinias gilinti šioje srityje dažniau norėjo jauniausiai amžiaus grupei priklausantys gydytojai ir slaugytojai palyginti su kitomis amžiaus grupėmis ($p < 0,01$) (4.3.2 pav.).



* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su 21–40 m. amžiaus grupe (z testas su Bonferroni korekcija)

4.3.2 pav. Respondentų, pritarusių teiginiams apie mokymąsi pacientų saugos srityje, dalis, atsižvelgiant į amžių

Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų registravimo sąsajos su tyrimo dalyvių socialinėmis, demografinėmis ir su darbu susijusiomis charakteristikomis. Tyrimo metu respondentų buvo klausiama, ar esate pranešę apie neatitiktį ir nepageidaujamą įvykį. Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad per pastaruosius 12 mėnesių 21,3 proc. respondentų yra pranešę apie nepageidaujamą įvykį ir 19,2 proc. – apie neatitiktį. Palyginus gydytojų ir slaugytojų tyrimo rezultatus apie praneštus atvejus statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta, tačiau nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis dažniau registravo vadovaujančias pareigas einantys darbuotojai – skyriaus vedėjai ir vyriausieji slaugos administratoriai ($p < 0,01$). Nepageidaujamų įvykių registravime rečiau dalyvavo jauniausio (21–40 m.) amžiaus grupei priklausantys, mažiausią patirtį turintys bei trumpiausiai (iki 10 m.) išdirbę įstaigoje asmens sveikatos priežiūros specialistai ($p < 0,01$) (4.3.4 lentelė).

4.3.4 lentelė. Respondentų skirstinys pagal pranešimus apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, atsižvelgiant į amžių ir su darbu susijusias charakteristikas

Požymis	Apie nepageidaujamą įvykį		Apie neatitiktį	
	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)
Iš viso:	21,3 (212)	78,7 (784)	19,2 (193)	80,8 (811)
Amžius				
21–40 m.	14,1 (43)*	85,9 (261)*	15,7 (48)	84,3 (257)
41–50 m.	23,2 (75)	76,8 (323)	20,2 (66)	79,8 (261)
51 m. ir vyresni	25,7 (94)	74,3 (366)	21,4 (79)	78,6 (290)
	$\chi^2=14,164$; p=0,001		$\chi^2=3,705$; p=0,157	
Darbo patirtis				
Iki 10 m.	11,7 (31)**	88,3 (264)**	12,0 (32)**	88,0 (234)**
11–21 m.	26,5 (52)	73,5 (196)	25,8 (51)	74,2 (147)
Daugiau nei 21 m.	24,2 (129)	75,8 (534)	20,4 (110)	79,6 (428)
	$\chi^2=20,166$; p<0,001		$\chi^2=14,803$; p=0,001	
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligoninėje				
Iki 10 m.	14,5 (47)***	85,5 (278)***	13,4 (44)***	86,6 (285)***
11–21 m.	25,1 (57)	74,9 (170)	25,1 (57)	74,9 (356)
Daugiau nei 21 m.	24,3 (108)	75,7 (336)	20,5 (92)	79,5 (356)
	$\chi^2=8,509$; p=0,014		$\chi^2=12,813$; p=0,002	
Pareigos				
Skyriaus vedėjai	58,3 (28)****	41,7 (20)****	59,2 (29)****	40,8 (20)****
Gydytojai	14,1 (45)	85,9 (274)	13,5 (43)	86,5 (275)
Vyr.slaugos administratoriai	50,0 (20)****	50,0 (20)****	45,0 (18)****	55,0 (22)****
Slaugytojai	20,2 (119)	79,8 (470)	17,3 (103)	82,7 (494)
	$\chi^2=69,230$; p<0,001		$\chi^2=75,655$; p<0,001	

* $p < 0,05$, palyginti su kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su kitomis darbo patirties grupėmis; *** $p < 0,05$ palyginti su kitomis laiko trukmėmis, išdirbtomis įstaigoje; **** $p < 0,05$, palyginti su gydytojais ir slaugytojais (z testas su Bonferroni korekcija).

Tyrime dalyvavę gydytojai, priklausantys 21–40 m. amžiaus grupei, turintys trumpiausią darbo patirtį (iki 10 m.) ir išdirbę ligoninėje iki 10 m. rečiau pranešė apie neatitiktį lyginant tarp atitinkamų požymių grupių ($p < 0,05$). Tarp slaugytojų, kurie pranešė apie neatitiktį, pagal amžių ir su darbu susijusias charakteristikas reikšmingų skirtumų nenustatyta, išskyrus tai, kad turintys trumpiausią darbo patirtį (iki 10 m.) rečiau pranešdavo lyginant su

priklausančiais 11–21 m. turinčių darbo patirtį grupei ($p < 0,05$) (4.3.5 lentelė).

4.3.5 lentelė. *Gydytojų ir slaugytojų skirstinys pagal pranešimus apie ne-
atitiktį, atsižvelgiant į amžių ir su darbu susijusias charakteristikas*

Požymis	Gydytojai		Slaugytojai	
	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)
Amžius				
21–40 m.	13,2 (21)*	86,8 (138)	18,5 (27)	81,5 (119)
41–50 m.	25,3 (20)	74,7 (59)	18,5 (46)	81,5 (202)
51 m. ir vyresni	24,2 (31)	75,8 (97)	19,9 (48)	80,1 (193)
	$\chi^2=7,472$; p=0,024		$\chi^2=0,187$; p=0,911	
Darbo patirtis				
Iki 10 m.	11,8 (19)**	88,2 (142)	12,4 (13) ****	87,6 (92)
11–21 m.	27,4 (17)	72,6 (45)	25,0 (34)	75,0 (102)
Daugiau nei 21 m.	25,2 (36)	74,8 (107)	18,7 (74)	81,3 (321)
	$\chi^2=11,407$; p=0,003		$\chi^2=6,182$; p=0,045	
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligoninėje				
Iki 10 m.	14,0 (26)***	86,0 (160)	12,6 (18)	87,4 (125)
11–21 m.	29,0 (20)	71,0 (49)	23,4 (37)	76,6 (121)
Daugiau nei 21 m.	23,2 (26)	76,8 (86)	19,6 (66)	80,4 (270)
	$\chi^2=8,509$; p=0,014		$\chi^2=5,916$; p=0,052	

* $p < 0,05$, palyginti su gydytojų kitomis amžiaus grupėmis; ** $p < 0,05$, palyginti su gydytojų kitomis darbo patirties grupėmis; *** $p < 0,05$, palyginti su gydytojų kitomis laiko trukmėmis, išdirbtomis įstaigoje; **** $p < 0,05$, palyginti su slaugytojais, kurių darbo patirtis 11–21 m. (z testas su Bonferroni korekcija).

Apie nepageidaujamus įvykius taip pat rečiau pranešė gydytojai, kurie priklausė jauniausiai amžiaus grupei, lyginant su vyriausia amžiaus grupe, bei gydytojai, kurie turėjo trumpesnę darbo patirtį, ir trumpiau dirbo ligoninėje, kuri dalyvavo tyrime ($p < 0,01$). Tarp tyrime dalyvavusių slaugytojų pranešimų apie nepageidaujamus įvykius pasiskirstymo reikšmingų skirtumų nenustatyta (4.3.6 lentelė).

4.3.6 lentelė. Gydytojų ir slaugytojų skirstinys pagal pranešimus apie nepageidaujamą įvykį, atsižvelgiant į amžių ir su darbu susijusias charakteristikas

Požymis	Gydytojai		Slaugytojai	
	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)	Taip, proc. (N)	Ne, proc. (N)
Amžius				
21–40 m.	13,2 (21)*	86,8 (138)*	15,2 (22)	84,8 (123)
41–50 m.	19,2 (15)	80,8 (63)	24,5 (60)	75,5 (185)
51 m. ir vyresni	28,7 (37)	71,3 (92)	24,1 (57)	75,9 (180)
	$\chi^2=10,713$ p=0,005		$\chi^2=5,365$ p=0,068	
Darbo patirtis				
Iki 10 m.	9,9 (16)**	90,1 (145)**	14,6 (15)	85,4 (88)
11–21 m.	29(18)	71,0 (44)	25,4 (34)	74,6 (100)
Daugiau nei 21 m.	27,3 (39)	72,7 (104)	23,0 (90)	77,0 (301)
	$\chi^2=18,113$ p<0,001		$\chi^2=4,419$ p=0,110	
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligoninėje				
Iki 10 m.	13,5 (25)***	86,5 (160)	15,7 (22)	84,3 (118)
11–21 m.	24,6 (17)	75,4 (52)	25,3 (40)	74,7 (118)
Daugiau nei 21 m.	27,4 (31)	72,6 (82)	23,3 (77)	76,7 (254)
	$\chi^2=9,732$ p=0,008		$\chi^2=4,526$ p=0,104	

*p < 0,05, palyginti su gydytojais, kurie priklausė 51 m. ir vyresni amžiaus grupei;
 p < 0,05, palyginti su kitomis darbo patirties grupėmis; *p < 0,05, palyginti su kitomis laiko trukmėmis, išdirbtomis įstaigoje (z testas su Bonferroni korekcija).

Siekiant išsiaiškinti, kokie veiksniai lėmė nepageidaujamo įvykio ir / ar neatitikties registravimą, atlikta daugiaveiksnė logistinė regresija (4.3.7 ir 4.3.8 lentelė).

4.3.7 lentelė. Pranešimų apie neatitiktį galimybių santykiai, atsižvelgiant į respondentų charakteristikas (daugiaveiksnė logistinė regresinė analizė)

Veiksny	Galimybių santykis (95 proc. PI)
Pareigos	
Gydytojai (R)	1,0
Slaugytojai	0,79 (0,56–1,12)
Darbo patirtis	
Iki 10 m.(R)	1,0
11–21 m.	2,19 (1,07–4,47)*
Daugiau nei 21 m.	1,75 (0,81–3,84)

4.3.7 lentelės tęsinys

Veiksny	Galimybių santykis (95 proc. PI)
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligininėje	
Iki 10 m. (R)	1,0
11–21 m.	1,49 (0,80–2,77)
Daugiau nei 21 m.	1,34 (0,72–2,50)
Amžius	
21–40 m.	1,0
41–50 m.	0,83 (0,47–1,46)
51 m. ir vyresni	0,91 (0,48–1,71)

PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė; *p < 0,05, palyginus referentinę grupę su kitomis to pačio požymio grupėmis.

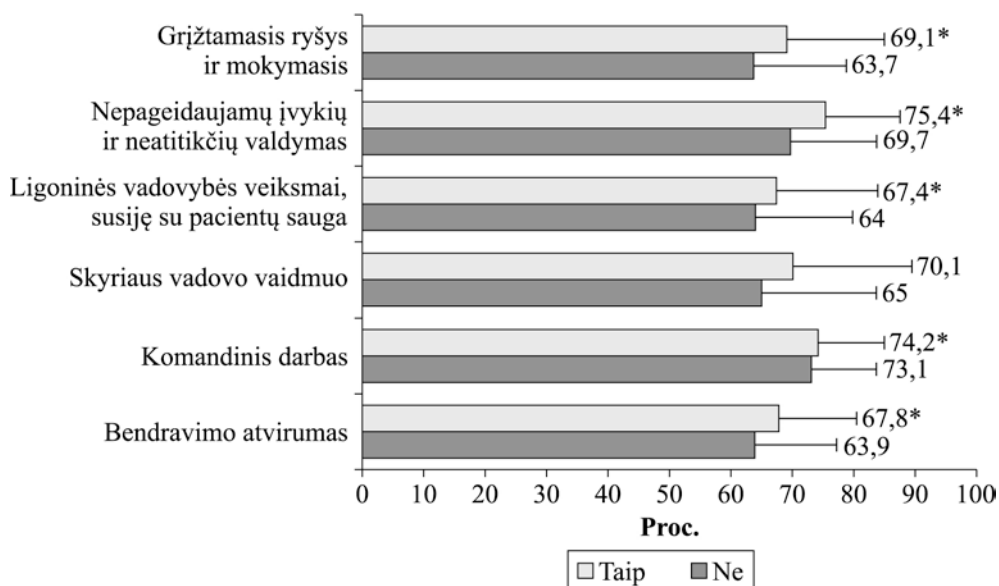
4.3.8 lentelė. Pranešimų apie nepageidaujamą įvykį galimybių santykiai, atsižvelgiant į respondentų charakteristikas

Veiksny	Galimybių santykis (95 proc. PI)
Pareigos	
Gydytojai (R)	1,0
Slaugytojai	0,94 (0,67–1,33)
Darbo patirtis	
Iki 10 m. (R)	1,0
11–21 m.	2,34 (1,17–4,70)
Daugiau nei 21 m.	1,75 (0,83–3,67)
Laikas, išdirbtas tyrime dalyvavusioje ligininėje	
Iki 10 m. (R)	1,0
11–21 m.	1,03 (0,57–1,87)
Daugiau nei 21 m.	1,05 (0,59–1,87)
Amžius	
21–40 m.	1,0
41–50 m.	1,27 (0,72–2,21)
51 m. ir vyresni	1,49 (0,80–2,76)

PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė; *p < 0,05, palyginus referentinę grupę su kitomis to pačio požymio grupėmis.

Remiantis daugiaveiksnės logistinės regresinės analizės duomenimis, galimybę pranešti apie neatitiktį ir nepageidaujamą įvykį didino 11–21 m. darbo patirtis, o pareigos, amžius bei laikas, išdirbtas ligininėje, su pranešimu apie neatitiktį ar nepageidaujamą įvykį nebuvo susiję.

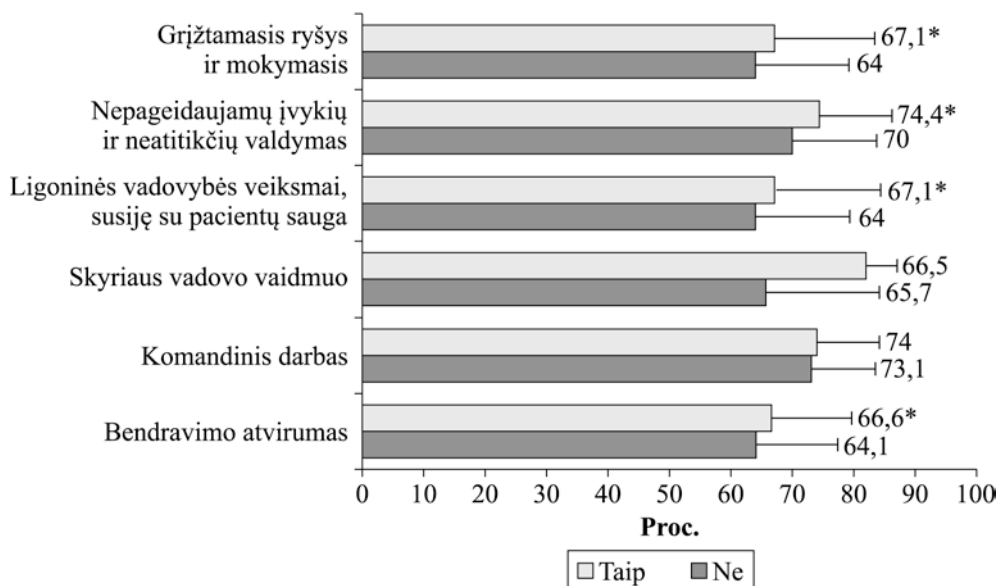
Analizuojant tyrimo dalyvių pacientų saugos kultūros vertinimus, nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp respondentų, pranešusių ir nepranešusių apie neatitiktį. Reikšmingai didesnę pritarimą pacientų saugos kultūros dimensijas atspindintiems teiginiams, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį, išreiškė respondentai, kurie buvo užregistravę neatitiktį ($p < 0,01$) (4.3.3 pav.).



* $p < 0,01$, palyginti su respondentais, kurie nepranešė apie neatitiktį.

4.3.3 pav. *Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimo balais vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai pagal neatitikties užregistravimą*

Respondentai, kurie pranešė apie nepageidaujamą įvykį, taip pat išreiškė reikšmingai didesnę pritarimą pacientų saugos kultūros dimensijas atspindintiems teiginiams, išskyrus komandinį darbą bei skyriaus vadovo vaidmenį (4.3.4 pav.).



*p < 0,05, palyginti su respondентаis, kurie nepranešė apie nepageidaujamą įvykį.

4.3.4 pav. Pacientų saugos kultūros dimensijų vertinimo balais vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai pagal nepageidaujamo įvykio užregistravimą

Analizuojant **kokybinio tyrimo rezultatus**, susijusius su nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymu sveikatos priežiūros įstaigose, išskirtos 9 kategorijos (4.3.9 lentelė).

4.3.9 lentelė. Temos „Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas“ kategorijos ir empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai

Kategorija	Empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai
Neatitikčių registravimas	<i>Neatitikčių, ten [neatitikčių registracijos žurnale] tuščia, ten būna įrašas nebent sukongfliktavo kažkokie darbuotojai, ir tada vienas kitam jie pradeda ieškoti neatitikčių (V2)</i>
Nepageidaujamų įvykių registravimas	<i>Pas mus yra toks registras nepageidaujamų įvykių, jei kažkas atsitiktų, ar vaistai ne tokie, ar kažkokios reakcijos medikamentų ar kraujo (S2)</i>
Problemos, susijusios su nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimu	<i>Galbūt dalis [įstaigos personalo] netraktuoja, kad tai yra nepageidaujama ir kad tai turi būti įrašyta (V3)</i>
Nepageidaujamų įvykių / neatitikčių analizė	<i>Mes [įstaigos administracija] stengiamės patys analizuoti, jeigu yra kažkoks įvykis. Tarnybiniai susitikimai skyriaus vedėjo reikalas, stengiasi šituos dalykus išspręsti (V3)</i>
Pasitarimai	<i>Mūsų tokia metodika, darbo skyriuje tvarka, kad kiekvieną pirmadienį vykdomė ligonių aptarimą (GSV4)</i>

4.3.9 lentelės tęsinys

Kategorija	Empirinių indikatorių (teiginių) pavyzdžiai
Vidaus medicininis auditas	<i>Audito grupė irgi tuos nepageidaujamus įvykius pasvarsto, paanalizuoja, bet nepakankamai (V4)</i>
Tinkama ligoninės infrastruktūra	<i>Vidinės infrastruktūros sutvarkymas, kad jis [pacientas] jaustųsi komfortabiliai ... (V3)</i>
Sveikatos priežiūros specialistų veiklos reglamentavimas	<i>Normatyvinių aktų bet kurioje srity, tai yra saugumo sąlygų laikymasis (V1)</i>
Grįžtamasis ryšys bei mokymas /sis	<i>Neatitiktis mėnesio gale aptariam, tai surašai aktą, tą aktą atiduodi įstaigos vadovui, o kitą variantą pateiki reanimatologams susipažinti ir žiūrėk pasitaisto (V4)</i>

Ekspertai pripažino, kad kasdienėje jų darbo praktikoje būna nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių.

„...tai yra norma, šiaip sako, jeigu dirbi be klaidų, tai nedirbi, tos neatitiktys gal pasitaiko, apie savo skyrių kalbu, bet turbūt taip visoje ligoninėje, jeigu nėra neatitikčių, tai kažkas ne taip, taip negali būt.“ (S6)

„...pas mus [skyriuje] yra toks registras nepageidaujamų įvykių, jei kažkas atsitiktų, ar vaistai ne tokie, ar kažkokios reakcijos medikamentų ar kraujo.“ (S2)

Kai kurie ekspertai teigė, kad dalis darbuotojų įstaigoje mano, kad gydytojai ir slaugytojai negali klysti: *„... mūsų sistemoje dar gąji sovietinė dvasia tokia, klaidų daryti negalima, neklysdavo seniau.“ (V2)*

Kalbant su ekspertais apie nesėkmes jų darbo praktikoje, pastebėta naudojamų terminų įvairovė, dažnai nepageidaujamas įvykis ar neatitiktis įvardinama kaip klaida.

Analizuojant sveikatos priežiūros specialistų patirtį, susijusią su nepageidaujamais įvykiais ir neatitiktimis, pastebėta, kad ne visi ekspertai galėjo tiksliai įvardinti, kuriuos įvykius reikia registruoti į nepageidaujamų įvykių registrą, o kuriuos į neatitikčių.

„...aš įrašiau į tokį [žurnalą], kaip jisai dabar skamba? Kad labai retai naudojames, nepageidaujamų įvykių, ne, neatitikčių registras?“ (S2)

“Iš tikrųjų aš turbūt suklysiu greičiausiai, mėgindamas jas atskirti, neatitiktis ir nepageidaujamas įvykis.“ (V2)

Kadangi nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūros įstaigose problemai spręsti taikomos įvairios priemonės, o viena iš jų – nepageidaujamų įvykių registravimas, ekspertų buvo prašoma pasidalinti turima patirtimi šioje srityje. Paaiškėjo, jog visose bendrojo pobūdžio ligoninėse, kurių sveikatos priežiūros specialistai dalyvavo interviu, yra nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų registrai: „*Pas mus yra toks registras nepageidaujamų įvykių, jei kažkas atsitiktų ar vaistai ne tokie, ar kažkokios reakcijos medikamentų, ar kraujo*“ (S2).

Tačiau nors ir nepageidaujami įvykiai nutinka, juos vengiama registruoti: „*Aš tikrai eidamas žinau ir matau, ir krūvas mes jų galime priregistruoti ir tikrai yra. Tikrai yra ne tiek, kiek jų užregistruojama.*“ (GA1)

Ekspertai minėjo įvairias priežastis, dėl kurių nepageidaujami įvykiai neregistruojami: vieni teigė, jog tai papildomas darbas, kiti galbūt nežino, kad tai nepageidaujamas įvykis ir jį reikia registruoti. Ekspertai atskleidė, kad nepageidaujami įvykiai neregistruojami ir dėl darbuotojų sąmoningumo stokos, manymo, kad registruoti tokius įvykius nėra prasmės, taip pat dėl didelio sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvio, kai kurie įvardijo, kad dėl baimės būti apkaltintais.

„*...papildomas darbas, vieni [darbuotojai] iš dalies tingi rašyti.*“ (V3)

„*Nežino [darbuotojai], kad reikia registruoti, kaip reikia, ką reikia registruoti...*“ (S4)

„*Daug darbo turi, tai [nepageidaujamų įvykių registravimas] yra papildomas rūpestis, užsikrauti, paskui užregistruoti, po to dar svarstyti, nagrinėti ir t. t.*“ (GSV4)

„*Personalo medicinos vis dėl to jau yra amžius toks, jau ne šiuolaikinis, kaip aš sakau, o tuos pagyvenusius žmones, kaip ir aš, tokius perverstti yra sudėtinga, ... ypatingai, kuriems yra 60 ir daugiau metų. Jiems perėjimas yra labai sunkus.*“ (GP1)

Kita nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų neregistravimo priežastis – konkrečios gydymo įstaigos kultūra, kai vyrauja nuostata, kad tokio pobūdžio pranešimai yra skundimas.

„*Padalinys turi registruoti, bet sunkiai. Žmonės galvoja, kad tai yra vienas kito skundimas.*“ (V4)

„*... kas nors ims ir parašys [užregistruos nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį], sakys: „ką aš skundikas koks ar dar ką“, toks suvokimas.*“ (GA1)

„*... bet buvo pasakyta: „Ko tu čia mane skundi?“ ir viskas, po tokio [pasakymo] daugiau nieko nebus ir viskas. Pas mus nuo seno tarybiniai*

laikai, jeigu tu pasakei kam nors, kad kažkas kažką blogai padarė ir tai yra blogai.“ (GP1)

Interviu metu paaiškėjo, jog nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis taip pat nenorima registruoti ir dėl to, kad kai kurie sveikatos priežiūros specialistai mano, kad pakanka įvykį aptarti skyriuje arba tik pasikalbėti su žmogumi, kuris tą įvykį sukėlė.

„...neatitiktis kažkokio dokumento klaida, ar kažkoks neatliktas darbas, tačiau tą sunku man pačiai rašyti, atrodo, geriau pasikalbam, bet tą kažkaip įrašyti, atrodo, sunku yra.“ (S2)

„Tai tik statistikai [nepageidaujamų įvykių registravimas], ne problemos sprendimui. Galbūt tai yra tinkamas didelei įstaigai, kur sunku prisibraut, kur niekas nenori kreipt dėmesio, skyriaus vedėjas neprieinamas, vyresnioji žiežula ir panašiai. Tada taip, surašai ir darykitės. Mes greičiau išsprendžiam mūsų mažoj ligoninėj.“ (V3)

Tokio pobūdžio nepageidaujamų įvykių registravimo vengimo patirtis nėra vyraujanti, kai kurie ekspertai pabrėžė, kad nepageidaujamų įvykių registravimas yra darbuotojo pareiga ir ją įstaigoje tai nėra vertinama, kaip bloga patirtis.

„Žinokit, nelabai kas gilinasi, jau faktas buvo toks, visi žino, kad jis buvo ir tavo pareiga, kad reik užregistruoti. Niekas per daug, kad tu čia užregistrai, ir tu čia bloga. Ne, tai yra įsakymas, ir yra įstatymas ir privalai jį vykdyti, ir čia per daug niekas nesigilina,...“ (S6)

Nepageidaujamų įvykių valdyme sekantis žingsnis po registravimo – nepageidaujamų įvykių analizė. Ekspertų teigimu, nepageidaujamų įvykių analizė dažniausiai vyksta pasitarimų (aptarimų) forma, vertinant ar viskas padaryta pagal procedūrą, retai kada ieškoma gilesnių įvykio priežasčių.

„... kas buvo padaryta gerai, blogai ir stengiamės, kad daugiau tokie atvejai nesikartotų.“ (GSV4)

„... ir diskutavom, ir paskui tas korteles iškėlėm. Ir paskui, ir daktaras, ir vedėjas, visi sėdim ir sakom: „ką mes galėjom tam žmogui padaryti.“ (S5)

Interviu metu paaiškėjo, kad nepageidaujamų įvykių analizė dažnai vyksta tik aptariant žodžiu, aiškinantis tarpusavyje, tačiau nėra registruojami, tokiu būdu nesudaroma galimybė įstaigos mastu platesniam sveikatos

priežiūros darbuotojų ratui pasimokyti iš klaidos, o pačiai įstaigai sudėtingiau įvertinti savo veiklos silpnąsias puses.

„... tokie atvejai buvo tikrai aptarti žodžiu, aptarti tikrai buvo...“ (V4)

„...mes tą atvejį aptarėme, buvo slaugytojų susirinkime, mes tą dalyką analizavom.“ (S6)

Tyrimo dalyviai pripažino, kad sveikatos priežiūros specialistai po nepageidaujamo įvykio pasidalina informacija tarpusavyje ir ieško priemonių, kurias galėtų pritaikyti, kad toks įvykis daugiau nepasikartotų.

„Kitai persidavėm: „Tu žinai, kas įvyko, įvyko tas ir tas“, mes neslepiam, „Tu žinai, vat tai įvyko taip, ta padarė taip, tai kaip reikėtų daryti“ ... tą ir pasakom, mes galvojame, kad taip ir viskas.“ (S5)

„... paskui [po nepageidaujamo įvykio] mes diskutavom ir apgalvojom, ar gal nereikėjo daryt, tiesiog nereikėjo, žmogus vienu plaučiu...“ (GP1)

Vienas įstaigos vadovas interviu metu informacijos pasidalinimą apie nepageidaujamus įvykius su darbuotojais įvardijo kaip mokymąsi iš klaidų: *„Informuojame darbuotojus, be abejo, kad iš klaidų reikia mokintis, bet nesakom, katras gydytojas ten padarė ...“ (V2)* Mokymąsi iš klaidų minėjo ir kiti interviu dalyvavę sveikatos priežiūros specialistai.

„Jeigu yra mirties atvejis, be abejo, šitą aptaria, tai tiesiog yra pamoka ateičiai kaip vienu ar kitu atveju elgtis.“ (V4)

„...ir tas parašė, kaip nepageidaujamą įvykį, užpildė, tai, aš nematau problemos, tai padėjimas žmogui susigaudyti, iš to mokytis.“ (GP1)

Už nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų priežasčių analizę bei preventinių priemonių numatymą pagal teisės aktus atsakingas vidaus medicininis auditas. Kai kurie ekspertai tai patvirtino.

„... žmogus užpildo, supažindina padalinio vadovą, padalinio vadovas susipažįsta su situacija, pasirašo, perduota auditui ...“ (GA1)

„...nešam audito pirmininkui, jie analizuoja bendrus ligoninės rodiklius, kiek kokių buvo, kiek svarstyta, kiek teismus siekia, kiek ką, ... tai čia irgi iš neatitiktųjų ir tų nepageidaujamų įvykių toks dalykas susidaro.“ (S6)

Interviu dalyvavusių įstaigų vadovų nuomone, vidaus medicininį auditą taip pat galima priskirti prie priemonių, kurios padeda užtikrinti pacientų saugą bei kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

„... dar kad pacientų saugą užtikrinti, bet irgi čia su žmogiškaisiais santykiais bus, tai auditas, turim auditą, kontroliuojančią instituciją, kuri irgi pasako, ką mes blogai darom.“ (V4)

„Šiaip auditas, tai rekomendacijos viduje. Tai vidaus struktūrinis organas, kuris tikrina, kaip laikomasi gydymo metodikų, kaip siunčiamas pagrįstumas tyrimų, mums paaiškina, ir tada darai analizę ... Tai savo pačių lėšų taupymas ir darbuotojų kontrolė.“ (V1)

Kai kurie ekspertai, kaip vieną iš pacientų saugos užtikrinimo elementų, paminėjo darbuotojų veiklos kontrolę. Sveikatos priežiūros specialistų veikla reglamentuota, tačiau įstaigų vadovai pasigenda veiklos kontrolės.

„Jeigu kažkiek mažiau kontrolės, tai žmogus, mes kiekvienas esam toks, kad mažiausios energijos išnaudojimo principą naudojam pvz., kam man rašyti, jei aš galiu nerašyti ir tai padarys.“ (V1)

“ ...per kontrolę, ar tikrai viskas daroma taip, kaip yra surašyta popierėliuose, šiaip daugiau ar mažiau visos įstaigos tuos dokumentus yra pasirengę, svarbu, kaip jie vykdomi, o aišku, tai galima tik kontroliuojant pasakyti.“ (V2)

Nors pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymą, sveikatos priežiūros įstaigose turėtų būti atliekamas vidaus medicininis auditas, tenka konstatuoti, kad kai kurie interviu dalyvavę įstaigų vadovai nėra patenkinti vidaus medicininio audito veikla: *“Aš labai norėčiau, kad audito grupė dirbtų geriau.“ (V4)*

Ekspertų manymu, siekiant sumažinti riziką sveikatos priežiūros įstaigose bei užtikrinti pacientų saugą ypatingai svarbi tinkama ligoninės infrastruktūra: funkcinės lovos, saugi medicinos aparatūra, įranga, vienkartinės priemonės ir pan. Šios priemonės padeda užtikrinti pacientų saugą ir sudaro galimybes suteikti kokybišką paslaugą pacientams

„... ligoninėje pacientas turi gauti visas paslaugas saugias, ta prasme, ir gydymo atžvilgiu, diagnostika tame tarpe, visa aparatūra, įranga, kad būtų, saugi aplinka, kad ir ta pati lova būtų tvirta.“ (GP2)

Kadangi sveikatos priežiūros specialistų veiklą reglamentuoja visuotiniai priimti teisės aktai, mokslinių draugijų sukurtos gydymo metodikos, įstaigų

vadovų patvirtintos procedūros, algoritmai, protokolai, siekiant teikti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas bei mažinti galimą riziką, būtina vadovautis minėtais dokumentais. Tai pabrėžė ir sveikatos priežiūros specialistai interviu metu: „... svarbu, kad gydytojai dirbtų pagal metodikas, kurios yra patvirtintos, kad nesugalvotų, kokių savų.“ (GP2)

Kai kurie ekspertai minėjo algoritmų vienodumo svarbą visose stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose: „*Manyčiau, kad turėtų būti algoritmas, turėtų būti visuotinai priimti algoritmai.*“ (GSV6)

Vienas ekspertas įvardino algoritmų naudojimo problemą, susijusią su tuo, kad ne visos įstaigos gali naudotis tuo pačiu algoritmu, kadangi kiekviena ligoninė turi tiek skirtingą įrangą, tiek skirtingų specializacijų darbuotojus.

„*Yra sukurti kai kurie algoritmai, bet ne visos įstaigos gali jo ir laikytis, nes ne visos turi tą [aparaturą], mes tarkim turim, mūsų stambi įstaiga turi tam algoritmui visas reikalingas dalis.*“ (GSV6)

Kai kurių ekspertų nuomone, atliekant veiklą pagal priimtus teisės aktus bei įstaigos vidaus dokumentus didesnė tikimybė išvengti nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių: „... jeigu tu viską darai kaip iš tavęs reikalauja, kaip parašyta, tai visada bus viskas gerai, procedūros pvz., tam jos ir rašomos, jeigu tu darysi pagal procedūrą, visada bus garantuotas geras rezultatas, taip ir turi būti.“ (GA1)

Viena iš papildomų pacientų saugos priemonių – įvairiomis formomis vykstantys pasitarimai, dalijimasis informacija apie ligonį. Tyrimo dalyviai teigė, kad ligoninėse vyksta rytiniai pasitarimai, pasitarimai prie ligonio lovos, uždari pasitarimai.

Ekspertai, kalbėdami apie priemones, kurios padėtų užtikrinti pacientų saugą bei sėkmingą nepageidaujamų įvykių registraciją, minėjo personalo mokymą, ypač tai pabrėždavo įstaigų vadovai.

„*Pirmiausia tai personalo mokymas ...*“ (V4)

„... *personalui turi būti, aišku, skaitomos paskaitos, praktiniai užsiėmimai, atvejai nagrinėjami, situacijos aptariamos.*“ (S3)

Ir patys sveikatos priežiūros įstaigų vadovai išreiškė asmeninį mokymų (žinių) poreikį pacientų saugos srityje: „*Ir mes turime patys mokytis, žinoti, ką turime padaryti, gerieji pavyzdžiai turėtų būti, nuo laiptelių, pačių rankenų, na, kiekvieno ligonio neapdėsi čiužiniais apsaugoti kritimą iš*

lovos. Kitų priemonių gal yra sprendimui, gal personalą reiktų didinti, kad priežiūra būtų, saugumas.“ (V3)

Nors dauguma tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų teigė, žinantys, ką ir kur reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį, tačiau tik pusė asmens sveikatos priežiūros specialistų buvo susipažinę su teisės aktais, reglamentuojančiais nepageidaujamų įvykių registraciją, bei tik maža dalis visų darbuotojų buvo užregistravę nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį. Nors nenustatyta reikšmingo skirtumo tarp užregistravusių įvykį pagal užimamas pareigas, tačiau nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdyme aktyviau dalyvauja slaugytojai. Taip pat galima daryti prielaidą, kad į nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių analizę ligoninės vadovybė nelinkusi įtraukti darbuotojų, ypač jaunesnio amžiaus. Kad asmens sveikatos priežiūros specialistai galėtų aktyviai dalyvauti visuose nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymo etapuose jiems reikia žinių pacientų saugos srityje, tačiau, tyrimo duomenimis, tik pusė gydytojų bei slaugytojų tokiuose mokymuose dalyvavo.

4.4. Pacientų saugos kultūros vertinimas pagal skirtingus ligoninių lygmenis

Vertinant pacientų saugos kultūrą skirtingo lygmens ligoninėse, buvo atsižvelgta į dirbančiųjų amžių, darbo patirtį ir ligoninėje išdirbtą laiką, šiuos kintamuosius įtraukiant į logistinės regresijos modelius. Gydytojų ir slaugytojų pacientų saugos kultūros vertinimas analizuotas atskirai. Kiekvienai pacientų saugos kultūros dimensijai skaičiuotas atskiras daugiaveiksnės logistinės regresijos modelis.

Visų lygmenų ligoninėse dirbančių gydytojų nuomonės buvo panašios vertinant pacientų saugos kultūrą, išskyrus tai, kad rajono lygmens ligoninėse dirbantys gydytojai turėjo 2,36 karto didesnes galimybes teigiamai vertinti grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi, lyginant su respublikinėse ligoninėse dirbančiais gydytojais. Slaugytojų nuomonės vertinant pacientų saugos kultūrą, atsižvelgiant į ligoninės lygmenį, išsiskyrė. Slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais slaugytojais, rečiau teigiamai vertino bendravimo atvirumą, komandinį darbą, skyriaus vadovo vaidmenį bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi. Bendravimo atvirumą bei ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga, rajono ligoninėse dirbantys slaugytojai taip pat turėjo mažesnes galimybes vertinti teigiamai, lyginant su respublikinėse ligoninėse dirbančiais slaugytojais (4.4.1 lentelė).

4.4.1 lentelė. Pacientų saugos kultūros teigiamo vertinimo* galimybių santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Bendravimo atvirumas	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,42	(0,65–3,10)	0,378	0,42	(0,24–0,73)	0,002
	Rajono	1,47	(0,71–3,06)	0,295	0,50	(0,28–0,90)	0,020
Komandinis darbas	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,95	(0,46–1,98)	0,900	0,54	(0,34–0,84)	0,007
	Rajono	1,15	(0,58–2,52)	0,691	1,04	(0,65–1,66)	0,869
Skyriaus vadovo vaidmuo	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,18	(0,57–2,44)	0,664	0,48	(0,30–0,77)	0,002
	Rajono	0,97	(0,49–1,94)	0,935	0,68	(0,42–1,10)	0,116
Ligoninės vadybės veiksmų, susiję su pacientų sauga	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,44	(0,59–3,56)	0,425	1,29	(0,79–2,12)	0,308
	Rajono	1,55	(0,69–3,50)	0,286	0,48	(0,26–0,87)	0,016
Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymas	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,44	(0,68–3,04)	0,341	0,63	(0,40–1,01)	0,052
	Rajono	1,19	(0,59–2,37)	0,630	0,73	(0,41–1,18)	0,194
Grįžtamasis ryšys ir mokymasis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,02	(0,39–2,70)	0,969	0,56	(0,35–0,90)	0,017
	Rajono	2,39	(1,08–5,30)	0,031	0,85	(0,53–1,38)	0,519

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.

*skalių vidurkis daugiau nei 75; GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R – referentinė grupė.

Buvo analizuota, kaip skirtingo lygmens ligoninėse dirbantys gydytojai ir slaugytojai vertina atskirus, su pacientų saugos kultūra susijusius, teiginius. Kiekvienam teiginiui skaičiuotas atskiras logistinės regresijos modelis, į kurį, be ligoninės lygmens, buvo įtraukti respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas. Vertintos galimybės pritarti („visiškai sutinku/sutinku“) tam tikram teiginiui.

Komandinio darbo raiška. Skirtingo lygmens ligoninėse dirbančių gydytojų ir slaugytojų nuomonė išsiskyrė vertinant ligoninės skyrių tarpusavio darbo suderinamumą. Regiono ligoninių gydytojų galimybės pritarti teiginiui, kad ligoninės skyrių darbas yra gerai koordinuotas, buvo mažesnės 2,4 karto, o slaugytojų – 2,7 karto nei respublikos lygio ligoninėse dirbančiųjų. Slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, rečiau nei respublikos lygmens ligoninių slaugytojai pritarė teiginiui, kad jiems patinka dirbti komandoje (GS 0,27; 95 proc. PI 0,09–0,78) (4.4.2 lentelė).

Slaugytojų, dirbančių regiono bei rajono ligoninėse, galimybės pritarti teiginiui, kad gali atvirai išreikšti savo nuomonę gydytojams, buvo atitinkamai 2,6 ir 2,1 karto mažesnės, palyginti su respublikos ligoninėse dirbančiais slaugytojais. Gydytojų tarpusavio bendravimas, atsižvelgiant į ligoninės lygmenį, nesiskyrė. Gydytojų, dirbančių rajono lygmens ligoninėse, buvo 2,6 karto didesnės galimybės pritarti teiginiui, kad gali atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su slaugytojais, negu dirbančių respublikos lygmens ligoninėse. Tuo tarpu slaugytojai tarpusavyje atviriau bendravo regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais. Visų lygmenų ligoninių gydytojai panašiai vertino galimybes skyriaus vadovui išreikšti savo nuomonę dėl darbo organizavimo, tačiau slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, rečiau galėjo pateikti pastabas skyriaus vadovui, palyginti su respublikinių ligoninių slaugytojais (GS 0,53; 95 proc. PI 0,34–0,84) (4.4.2 lentelė).

Gydytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, dažniau nei dirbantys respublikos lygmens ligoninėse pritarė teiginiui, kad skyriuje užtenka darbuotojų užtikrinti pacientams tinkamą priežiūrą (GS 2,22; 95 proc. PI 1,06–4,69). Tuo tarpu slaugytojai, dirbantys rajono lygmens ligoninėse, rečiau sutiko, kad užtenka darbuotojų užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą pacientams, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais (GS 0,62; 95 proc. PI 0,38–0,99) (4.4.2 lentelė).

4.4.2 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su komandiniu darbu, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Žinau, kas vadinama komandiniu darbu	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,16	(0,10–2,96)	0,903	0,69	(0,22–2,18)	0,525
	Rajono	0,44	(0,07–2,64)	0,368	0,64	(0,20–2,09)	0,453
Man patinka dirbti komandoje	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,30	(0,06–1,48)	0,139	0,27	(0,09–0,78)	0,015
	Rajono	0,25	(0,05–1,25)	0,091	0,40	(0,13–1,25)	0,116
Gydytojai ir slaugytojai dirba kaip koordinuota komanda	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,81	(0,67–4,87)	0,243	1,21	(0,75–1,97)	0,434
	Rajono	2,36	(0,89–6,25)	0,084	0,99	(0,61–1,64)	0,984
Ligoninės skyrių tarpusavio darbas yra gerai koordinuotas	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,42	(0,20–0,89)	0,023	0,37	(0,23–0,58)	<0,001
	Rajono	0,99	(0,47–2,05)	0,969	0,90	(0,56–1,47)	0,682
Šiame skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su gydytojais	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,42	(0,16–1,11)	0,081	0,38	(0,23–0,62)	<0,001
	Rajono	0,83	(0,31–2,25)	0,715	0,47	(0,28–0,80)	0,005
Šiame skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su slaugytojomis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,43	(0,63–3,25)	0,394	1,72	(1,08–2,73)	0,022
	Rajono	2,58	(1,13–5,88)	0,024	0,95	(0,59–1,52)	0,821
Šiame skyriuje darbuotojai atvirai gali išsakyti skyriaus vadovui pastabas dėl darbo organizavimo	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,12	(0,56–2,73)	0,592	0,53	(0,34–0,84)	0,006
	Rajono	1,11	(0,52–2,34)	0,791	0,94	(0,59–1,51)	0,812

4.4.2 lentelės tęsinys

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Skyriuje užtenka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą pacientams	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	2,22	(1,06–4,69)	0,035	1,05	(0,67–1,65)	0,810
	Rajono	1,06	(0,89–3,49)	0,102	0,62	(0,38–0,99)	0,049

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas; R – referentinė grupė.

Informacijos apie nesklandumus pasidalijimui tarp gydytojų ir slaugytojų ligoninės lygmuo reikšmingos įtakos neturėjo (4.4.3 lentelė). Gydytojų dalyvavimas diskusijose apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, atsižvelgiant į ligoninės lygmenis, taip pat statistiškai reikšmingai nesiskyrė, tačiau slaugytojai, dirbantys respublikos lygmens ligoninėse, dažniau diskutavo pasitarimų metu apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, palyginti su kitų lygmenų ligoninėse dirbančiais. Taip pat slaugytojų, dirbančių regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais slaugytojais, buvo 2,78 karto mažesnės galimybės pritarti teiginiui, kad bendradarbiai paskatina vieni kitus aptarti visus nesklandumus, susijusius su pacientų sauga (4.4.3 lentelė).

4.4.3 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su diskusijomis apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Bendradarbiai paskatina vieni kitus aptarti visus nesklandumus, susijusius su pacientų sauga	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,81	(0,39–1,71)	0,580	0,36	(0,22–0,58)	<0,001
	Rajono	0,44	(0,39–1,59)	0,508	0,69	(0,41–1,16)	0,164

4.4.3 lentelės tęsinys

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Darbuotojai tarpusavyje atvirai dalijasi informacija, jeigu kas nors nepasisekė atliekant savo pareigas	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,47	(0,67–3,20)	0,333	0,86	(0,52–1,45)	0,593
	Rajono	0,95	(0,46–1,95)	0,888	0,68	(0,40–1,16)	0,155
Skyriuje pasitarimų metu atvirai diskutuojama apie nepageidaujamus įvykius	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,68	(0,69–4,10)	0,254	0,41	(0,25–0,68)	<0,001
	Rajono	0,88	(0,39–2,00)	0,763	0,43	(0,25–0,74)	0,002
Skyriuje pasitarimų metu atvirai diskutuojama apie neatitiktis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,17	(0,53–2,60)	0,700	0,35	(0,21–0,57)	<0,001
	Rajono	0,75	(0,36–1,58)	0,450	0,51	(0,30–0,87)	0,013

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R –referentinė grupė.

Gydytojai, dirbantys rajoninėse ligoninėse, ir slaugytojai, dirbantys regioninėse ligoninėse, atitinkamai 13,47 karto ir 1,6 karto dažniau pritarė teiginiui, kad žino, už ką yra atsakingi skyriuje, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais (4.4.4 lentelė). Visų lygmenų ligoninių darbuotojai panašiai pritarė teiginiui, kad darbo užduotys ir atsakomybės yra apibrėžtos dokumentuose.

Nuosekliam ir betarpiškam darbui užtikrinti svarbus darbuotojų pastovumas bei komandos narių pažinimas. Nustatyta, kad regiono ir rajono lygmens ligoninių gydytojų galimybės pritarti teiginiui, kad žino visų darbuotojų, kurie dirbo per paskutinę pamainą, vardus ir pavardes, buvo atitinkamai 5,95 ir 9,61 karto didesnės, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais gydytojais. Tuo tarpu skirtingų lygmenų slaugytojų nuomonės šiuo klausimu sutapo (4.4.4 lentelė).

4.4.4 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su savo pareigų bei kolegų vardų ir pavardžių žinojimu, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Dirbdamas (-a) šiame skyriuje žinau, už ką esu atsakingas (-a)	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,77	(0,08–7,86)	0,826	1,60	(0,69–3,72)	<0,001
	Rajono	13,47	(1,49–122,18)	0,021	1,05	(0,48–2,30)	0,164
Šiame skyriuje darbuotojų darbo užduotys ir atsakomybės sritys yra aiškiai apibrėžtos dokumentuose	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,47	(0,67–3,20)	0,333	0,86	(0,52–1,45)	0,593
	Rajono	0,95	(0,46–1,95)	0,888	0,68	(0,40–1,16)	0,155
Žinau visų darbuotojų vardus ir pavardes, kurie su manimi dirbo per pastutinę pamainą šiame skyriuje	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	5,95	(1,82–19,49)	0,003	2,79	(0,54–14,51)	0,222
	Rajono	9,61	(2,02–45,66)	0,004	0,43	(0,42–29,65)	0,246

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė.

Skyriaus vadovo vaidmuo ir ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga

Atliekant skyriaus vadovo vaidmens vertinimą nebuvo analizuojami respondentų, einančių vadovaujančias pareigas, duomenys.

Nustatyta, kad slaugytojų, dirbančių regiono ir rajono lygmens ligoninėse, galimybės pritarti teiginiui, kad skyriuje organizuojami pasitarimai dėl pacientų saugos gerinimo, buvo atitinkamai 2,5 ir 2,3 karto mažesnės nei respublikos lygmens ligoninėse (4.4.5 lentelė). Gydytojų nuomonei šiuo klausimu ligoninės lygmuo reikšmingos įtakos neturėjo. Regiono lygmens ligoninėse gydytojai ir slaugytojai rečiau pritarė, kad skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais sveikatos priežiūros specialistais.

Respublikos lygmens ligoninėse skyriaus vadovai dažniau skatino darbuotojus registruoti neatitiktis, palyginti su kitų lygmenų ligoninėmis. Visų lygmenų ligoninėse dirbantys gydytojai panašiai vertino skyriaus va-

dovų skatinimą registruoti nepageidaujamus įvykius, tačiau regiono lygmens ligoninėse dirbantys slaugytojai 2,5 karto rečiau pritarė šiai vadovo veiklai skyriuje (GS 0,40; 95 proc. PI 0,25–0,64) (4.4.5 lentelė).

Sveikatos priežiūros specialistų nuomonės išsiskyrė ir vertinant skyriaus vadovo dėmesį pacientų saugos problemoms: gydytojų vertinimui ligoninės lygmuo reikšmingos įtakos neturėjo, tačiau slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, 2,6 karto rečiau pritarė teiginiui, kad skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais (GS 0,48; 95 proc. PI 0,30–0,77) (4.4.5 lentelė).

4.4.5 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su skyriaus vadovo vaidmeniu pacientų saugoje, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Skyriuje organizuojami pasitarimai dėl pacientų saugos gerinimo	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,80	(0,38–1,66)	0,542	0,40	(0,25–0,64)	<0,001
	Rajono	0,62	(0,31–1,24)	0,177	0,43	(0,26–0,72)	0,001
Skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,41	(0,18–0,98)	0,044	0,48	(0,30–0,77)	0,003
	Rajono	0,43	(0,19–1,01)	0,052	0,84	(0,50–1,43)	0,525
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti neatitiktis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,41	(0,18–0,91)	0,028	0,24	(0,14–0,39)	<0,001
	Rajono	0,29	(0,13–0,64)	0,002	0,34	(0,20–0,59)	<0,001
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti nepageidaujamus įvykius	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,60	(0,27–1,31)	0,197	0,40	(0,25–0,64)	<0,001
	Rajono	0,49	(0,23–1,05)	0,066	0,75	(0,45–1,25)	0,278
Skyriaus vadovas skiria dėmesio pacientų saugos problemoms	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,90	(0,42–1,91)	0,778	0,38	(0,24–0,60)	<0,001
	Rajono	1,13	(0,54–2,36)	0,754	0,75	(0,46–1,25)	0,257

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R – referentinė grupė.

Analizuojant skyriaus vadovo vaidmenį, susijusį su vadovavimu (sprendimų priėmimą atsižvelgiant į darbuotojų nuomonę; skatinimą teikti idėjas, kaip pagerinti darbo organizavimą; atsižvelgimą į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo), nustatyta, kad daugelį skyriaus vadovo veiklų regiono lygmens ligoninėse dirbę slaugytojai rečiau vertino teigiamai negu slaugytojai, kurie dirbo respublikinėse ligoninėse (4.4.6 lentelė). Visų lygmenų ligoninių gydytojų nuomonės apie skyriaus vadovo vaidmenį buvo panašios, išskyrus tai, kad regiono lygmens ligoninėse dirbę gydytojai 2,5 karto rečiau pritarė teiginiui, kad skyriaus vadovas atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo, palyginti su respublikinių ligoninių gydytojais (GS 0,40; 95 proc. PI 0,19–0,87). Rajoninių ligoninių slaugytojai, kilus neaiškumams atliekant savo pareigas, dažniau galėjo nedvejodami kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą nei slaugytojai, dirbantys respublikinėse ligoninėse (GS 2,21; 95 proc. PI 1,29–3,78). Regioninių ligoninių slaugytojai 3,1 karto rečiau pritarė teiginiui, kad pasitiki skyriaus vadovu, palyginti su respublikinio lygmens ligoninių slaugytojais (GS 0,32; 95 proc. PI 0,20–0,51) (4.4.6 lentelė).

4.4.6 lentelė. *Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su skyriaus vadovo vaidmeniu, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)*

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Skyriaus vadovas skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti darbo organizavimą	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,97	(0,46–2,02)	0,926	0,46	(0,29–0,72)	0,001
	Rajono	0,91	(0,44–1,85)	0,796	0,96	(0,59–1,56)	0,873
Skyriuje iškilus neaiškumams atliekant savo pareigas darbuotojai gali nedvejodami kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,84	(0,80–4,23)	0,148	0,69	(0,44–1,08)	0,105
	Rajono	1,76	(0,79–3,92)	0,168	2,21	(1,29–3,78)	0,004

4.4.6 lentelės tęsinys

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Skyriuje vadovas su darbo organizavimu susijusius sprendimus priima atsižvelgdamas į darbuotojų nuomonę	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,71	(0,34–1,48)	0,358	0,35	(0,22–0,56)	<0,001
	Rajono	1,02	(0,49–2,12)	0,951	0,77	(0,49–1,24)	0,294
Darbuotojai pasitiki skyriaus vadovu	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,71	(0,32–1,58)	0,401	0,32	(0,20–0,51)	<0,001
	Rajono	1,71	(0,76–3,83)	0,195	0,97	(0,58–1,63)	0,911
Skyriaus vadovas atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo	Respublikos (R)						
	Regiono	0,40	(0,19–0,87)	0,021	0,34	(0,22–0,54)	<0,001
	Rajono	0,81	(0,38–1,74)	0,583	0,77	(0,48–1,52)	0,294

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinas intervalas; R – referentinė grupė.

Visų lygmenų ligoninėse dirbantys gydytojai panašiai vertino ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga. Slaugytojai, dirbantys rajono lygmens ligoninėse, rečiau nei respublikos lygio ligoninių slaugytojai pritarė teiginiui, kad ligoninės vadovybei svarbu, jog darbuotojai registruotų neatitiktis (GS 0,47; 95 proc. PI 0,28–0,79). Regiono ir rajono lygmens ligoninėse dirbantys slaugytojai atitinkamai 2,26 ir 1,76 karto dažniau pritarė teiginiui, kad ligoninės vadovybė pripažįsta, jog darbuotojai gali klysti, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais (4.4.7 lentelė).

4.4.7 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su ligoninės vadybės veikla, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Ligoninės vadybė kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,88	(0,88–4,05)	0,105	0,88	(0,55–1,41)	0,588
	Rajono	1,82	(0,90–3,69)	0,098	0,98	(0,60–1,61)	0,939
Ligoninės vadybei svarbu, kad darbuotojai registruotų neatitiktis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,53	(0,68–3,47)	0,305	0,83	(0,49–1,41)	0,495
	Rajono	0,68	(0,32–1,44)	0,319	0,47	(0,28–0,79)	0,005
Ligoninės vadybė atlieka pokyčius po neatitiktį analizės	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,27	(0,61–2,64)	0,527	1,08	(0,68–1,73)	0,735
	Rajono	1,81	(0,91–3,58)	0,091	0,96	(0,59–1,56)	0,881
Ligoninės vadybė teigiamai vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registraciją	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,91	(0,42–1,95)	0,807	1,17	(0,73–1,88)	0,516
	Rajono	0,91	(0,44–1,87)	0,794	0,89	(0,55–1,45)	0,648
Ligoninės vadybė pripažįsta, kad darbuotojai gali klysti	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,85	(0,84–4,12)	0,128	2,26	(1,44–3,55)	0,000
	Rajono	1,58	(0,77–3,24)	0,211	1,76	(1,10–2,82)	0,019

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.

GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R – referentinė grupė.

Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį valdymas. Visų lygmenų ligoninėse dirbantys gydytojai panašiai vertino savo žinias apie nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registravimą, tačiau šiuo klausimu išsiskyrė slaugytojų nuomonė atsižvelgiant į ligoninės lygmenį. Apie neatitiktį registravimą (ką žymėti kaip neatitiktį bei kur ją užregistruoti) rečiau žinojo regiono ligoninėse dirbantys slaugytojai, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais (GS 0,27; 95 proc. PI 0,15–0,46). Slaugytojai, dirbantys rajono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais, rečiau

buvo susipažinę, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį bei kur juos užregistruoti (4.4.8 lentelė).

4.4.8 lentelė. *Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su neatitiktį ir nepageidaujamų įvykių registravimu, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)*

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Žinau, ką reikia žymėti kaip neatitiktį	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,97	(0,43–2,16)	0,939	0,27	(0,15–0,46)	<0,001
	Rajono	0,78	(0,36–1,73)	0,547	0,31	(0,17–0,55)	<0,001
Žinau, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,34	(0,60–3,28)	0,439	0,94	(0,48–1,85)	0,865
	Rajono	0,83	(0,36–1,91)	0,654	0,39	(0,21–0,72)	0,003
Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,99	(0,45–2,22)	0,990	0,76	(0,37–1,55)	0,450
	Rajono	0,79	(0,36–1,71)	0,544	0,30	(0,16–0,57)	<0,001
Žinau, kur užregistruoti neatitiktį	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,70	(0,32–1,55)	0,381	0,18	(0,10–0,34)	<0,001
	Rajono	0,72	(0,33–1,55)	0,399	0,21	(0,11–0,42)	<0,001

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas. GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R – referentinė grupė.

Visų lygmenų ligoninių gydytojai ir slaugytojai panašiai vertino įvykio, kuris galėjo sukelti pacientui žalą, priežasčių nustatymą. Gydytojai, dirbantys rajono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais, 2,9 karto rečiau pritarė teiginiiui, kad skyriuje siekiama išsiaiškinti užregistruotos neatitikties priežastis (GS 0,35; 95 proc. PI 0,16–0,76). Palyginti su respublikos lygmens ligoninėmis, regiono lygmens ligoninių slaugytojai rečiau pritarė teiginiams, kad siekiama išsiaiškinti užregistruotų neatitiktį priežastis ir, kad žino apie tolimesnius neatitikties tyrimo veiksmus (atitinkamai GS 0,35; 95 proc. PI 0,21–0,58 ir GS 0,62; 95 proc. PI 0,39–0,97). Taip pat slaugytojai, dirbantys regiono bei rajono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinio lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais, re-

čiau pritarė teiginiams, susijusiems su darbuotojų informavimu apie įstai-
goje įvykusius nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis (4.4.9 lentelė).

4.4.9 lentelė. *Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su neatitikčių ir nepageidaujamų įvykių analize bei informavimu apie juos, santykiai, atsi-
žvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksė
logistinė regresija)*

Teiginys	Ligoni- nės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Skyriuje siekiama išsiaiškinti įvy- kio, kuris galėjo sukelti pacientui žalą, priežastis	Respub- likos (R)	1			1		
	Regiono	0,52	(0,21–1,29)	0,158	0,94	(0,49–1,79)	0,853
	Rajono	0,53	(0,21–1,31)	0,168	0,59	(0,32–1,09)	0,089
Skyriuje siekiama išsiaiškinti užre- gistruotos neatiti- kties priežastis	Respub- likos (R)	1			1		
	Regiono	0,66	(0,30–1,48)	0,316	0,35	(0,21–0,58)	<0,001
	Rajono	0,35	(0,16–0,76)	0,008	0,56	(0,31–0,99)	0,047
Jeigu darbuotojas užregistruoja ne- atitiktį, jis žino tolimesnius neati- tikties tyrimo veiksmus	Respub- likos (R)	1			1		
	Regiono	0,77	(0,35–1,68)	0,508	0,62	(0,39–0,97)	0,036
	Rajono	0,69	(0,34–1,43)	0,322	0,64	(0,39–1,03)	0,064
Darbuotojai yra informuojami apie šiame sky- riuje įvykusius nepageidaujamus įvykius	Respub- likos (R)	1			1		
	Regiono	0,66	(0,31–1,43)	0,291	0,34	(0,21–0,57)	<0,001
	Rajono	1,04	(0,49–2,18)	0,921	0,55	(0,32–0,94)	0,030
Darbuotojai yra informuojami apie skyriuje įvy- kusias neatitiktis	Respub- likos (R)	1			1		
	Regiono	0,72	(0,33–1,56)	0,405	0,27	(0,16–0,45)	<0,001
	Rajono	0,54	(0,26–1,12)	0,096	0,44	(0,25–0,77)	0,004

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė.

Visų lygmenų ligoninių asmens sveikatos priežiūros specialistai mano, kad naudinga registruoti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, išskyrus tai, kad slaugytojų, dirbančių regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respub-

likos lygmens ligoninėse dirbančiais, buvo 2,78 karto mažesnės galimybės pritarti teiginiui, kad naudinga registruoti neatitiktis (4.4.10 lentelė).

4.4.10 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su neatitikčių ir nepageidaujamų įvykių registravimo nauda, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksni logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Manau, kad naudinga registruoti nepageidaujamus įvykius	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,79	(0,52–6,15)	0,358	1,05	(0,55–1,99)	0,877
	Rajono	0,70	(0,27–1,79)	0,456	0,71	(0,38–1,32)	0,276
Manau, kad naudinga registruoti neatitiktis	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,17	(0,44–3,15)	0,754	0,36	(0,22–0,60)	<0,001
	Rajono	0,86	(0,37–1,99)	0,719	0,78	(0,44–1,39)	0,401

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.

GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė.

Gydytojų susipažinimui su teisės aktais, susijusiais su nepageidaujamų įvykių registravimu, ligoninės lygmuo reikšmingos įtakos neturėjo, tačiau slaugytojai, dirbantys regiono ir rajono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais, atitinkamai 2,94 ir 2,08 rečiau pritarrė teiginiui, kad yra susipažinę su LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Regiono lygmens ligoninėse dirbantys slaugytojai, lyginant su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais, buvo rečiau susipažinę ir su LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) pateikimo tvarkos aprašo, sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos ir paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos patvirtinimo“ (GS 0,65; 95 proc.; PI 0,40–1,06) (4.4.11 lentelė).

4.4.11 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su teisės aktų susipažinimu, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Esu susipažinęs su LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-401*	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,25	(0,58–2,70)	0,574	0,34	(0,20–0,56)	<0,001
	Rajono	1,41	(0,67–2,98)	0,364	0,48	(0,28–0,84)	0,010
Esu susipažinęs su LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-185**	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,65	(0,31–1,40)	0,305	0,33	(0,20–0,52)	<0,001
	Rajono	0,69	(0,34–1,40)	0,305	0,65	(0,40–1,06)	0,083

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.

GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinis intervalas; R – referentinė grupė. *, „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. **, „Dėl sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) pateikimo tvarkos aprašo, sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos ir paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (INR) formos patvirtinimo“.

Kad sėkmingai vyktų nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų registravimas bei būtų plėtojama pacientų saugos kultūra svarbu darbuotojų pacientų saugos mokymas. Galimybės mokytis statistiškai reikšmingai siejosi su ligoninės lygmeniu: rajono lygmens ligoninėse dirbantys gydytojai ir slaugytojai, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais asmens sveikatos priežiūros specialistais, atitinkamai 3,10 ir 2,07 karto dažniau pritarė teiginiiui, kad darbuotojams sudarytos sąlygos gilinti savo profesines žinias ir įgūdžius. Rajono lygmens ligoninėse dirbantys gydytojai dažniau dalyvavo pacientų saugos mokymuose / konferencijose / seminaruose, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais gydytojais (GS 2,96, 95 proc.; PI 1,47–5,97). Regioninėse ligoninėse dirbantys slaugytojai rečiau pritarė teiginiams, kad dalyvavo ir norėtų dalyvauti su pacientų sauga susijusiuose mokymuose, seminaruose bei taip pat jie rečiau pritarė, kad yra sudarytos sąlygos gilinti savo profesines žinias ir įgūdžius (4.4.12 lentelė).

4.4.12 lentelė. Galimybių pritarti teiginiams, susijusiems su mokymusi pacientų saugos srityje, santykiai, atsižvelgiant į ligoninės, kurioje dirba, lygmenį ir pareigas (daugiaveiksnė logistinė regresija)

Teiginys	Ligoninės lygmuo	Pareigos					
		Gydytojai			Slaugytojai		
		GS	95 proc. PI	p	GS	95 proc. PI	p
Darbuotojams sudarytos sąlygos gilinti savo profesines žinias ir įgūdžius	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,63	(0,75–3,69)	0,215	0,45	(0,28–0,74)	0,001
	Rajono	3,10	(1,37–7,05)	0,007	2,07	(1,09–3,45)	0,027
Esu dalyvavęs mokymuose/konferencijoje/seminare pacientų saugos srityje	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	0,71	(0,33–1,53)	0,378	0,52	(0,33–0,82)	0,004
	Rajono	2,96	(1,47–5,97)	0,002	1,32	(0,79–2,21)	0,284
Norėčiau dalyvauti mokymuose/konferencijoje/seminare pacientų saugos srityje	Respublikos (R)	1			1		
	Regiono	1,48	(0,65–3,35)	0,347	0,32	(0,19–0,55)	<0,001
	Rajono	0,84	(0,41–1,73)	0,643	0,79	(0,42–1,47)	0,449

Į modelius buvo įtraukta respondentų amžius, darbo patirtis ir ligoninėje išdirbtas laikas.
GS – galimybių santykis; PI – pasikliautinasis intervalas; R – referentinė grupė.

Apibendrinant galima teigti, kad kai kurie pacientų saugos kultūros aspektai priklausė nuo ligoninės lygmens. Visų lygmenų ligoninėse dirbančių gydytojų nuomonės buvo panašios vertinant pacientų saugos kultūrą, išskyrus tai, kad rajono lygmens ligoninėse dirbančių gydytojų buvo 2,36 karto didesnės galimybės teigiamai vertinti grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais gydytojais. Slaugytojų nuomonės vertinant pacientų saugos kultūrą atsižvelgiant į ligoninės lygmenį, išsiskyrė. Slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais slaugytojais, rečiau teigiamai vertino bendravimo atvirumą, komandinį darbą, skyriaus vadovo vaidmenį bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi. Gydytojų tarpusavio bendravimas atsižvelgiant į ligoninės lygmenį nesiskyrė. Tuo tarpu slaugytojai atviriau bendravo tarpusavyje regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėmis ligoninėmis. Gydytojų dalyvavimas diskusijose apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, atsižvelgiant į ligoninės lygmenį taip pat reikšmingai nesiskyrė, tačiau slaugytojai, dirbantys respublikos lygmens ligoninėse, dažniau diskutavo pasitarimų metu apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, palyginti su dirbančiais kitų lygmenų ligoninėse.

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Pacientų sauga neabejotinai reikšmingas asmens sveikatos priežiūros kokybės komponentas. Moksliniais tyrimais nustatyta, kad 2,9–16,6 proc. pacientų hospitalizacijos metu patiria vieną ar daugiau nepageidaujamų įvykių [27, 42, 198, 214, 238, 248]. Siekiant užtikrinti pacientų saugą, parengti PSO, Europos Komisijos ir kitų už pacientų saugą atsakingų tarptautinių institucijų dokumentai, reglamentuojantys priemonės bei veiksmus asmens sveikatos priežiūros įstaigose [57, 259]. Pacientų saugos tikslas – sumažinti pacientui žalos ar pavojaus riziką, kurią gali sukelti sveikatos priežiūros struktūra ar procesai [13]. Manoma, kad siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir saugą sveikatos priežiūros įstaigose, reikalingi pokyčiai daugelyje sričių, viena iš jų – pacientų saugos kultūra. Jos formavimas, pozityvus vaidmuo šiuolaikinėje sveikatos sistemoje pabrėžiamas tarptautinių ir nacionalinių institucijų veiklos dokumentuose [57, 59, 82, 253]. Mokslininkai savo tyrimuose taip pat skyrė didelį dėmesį pacientų saugos kultūros vertinimui, ją veikiantiems veiksniams nustatyti [262].

Pacientų saugos kultūros kūrimas siejamas su užregistruotų nepageidaujamų įvykių priežasčių nustatymu bei analize, kai dėmesys sutelkiamas ir gilinamasi į organizacijos vidinį kontekstą. Mūsų tyrimo rezultatai rodo, kad tyrime dalyvavę asmens sveikatos priežiūros specialistai nepakankamai pozityviai vertina pacientų saugos kultūrą.

Tyrimo dalyviai labiausiai pritarė komandiniam darbui ir nepageidaujamų įvykių valdymui. Kitų mokslininkų atliktose pacientų saugos kultūros vertinimo tyrimuose nustatyta, kad sveikatos priežiūros darbuotojai taip pat pozityviai vertino komandinį darbą [35, 50, 113, 211, 180].

Asmens sveikatos priežiūros specialistai iš šešių pacientų saugos kultūros dimensijų mažiausiai pritarė bendravimo atvirumui, ligoninės vadovybės veiksams, susijusiems su pacientų sauga bei grįžtamajam ryšiui. Bendravimo atvirumą, kaip tobulintiną sritį, sveikatos priežiūros įstaigose, nurodė ir kiti tyrėjai [50, 180]. Kaip parodė atliktas tyrimas Taivane, sveikatos priežiūros personalas nelinkęs atvirai kalbėti apie nepageidaujamus įvykius ir renkasi tylėjimą [35]. Kitų mokslinių tyrimų rezultatai atskleidė, kad tyrime dalyvavusių gydytojų ir slaugytojų nuomone, ligoninės vadovybė nepakankamai palaiko pacientų saugą [22]. Panašius rezultatus gavo ir kiti tyrėjai [34, 85, 210], tačiau yra mokslinių tyrimų, gavusių priešingus rezultatus – sveikatos priežiūros personalas buvo patenkintas ligoninės vadovybės veiksmais, susijusiais su pacientų sauga [197].

Pacientų saugos kultūros bendras vertinimas reikšmingai siejosi su gydytojų ir slaugytojų amžiumi, darbo patirtimi bei tyrime dalyvavusioje li-

goninėje išdirbtu laiku: vyriausi, ilgai išdirbę ligoninėje bei turintys didžiausią darbo patirtį sveikatos priežiūros specialistai, palyginti su jauniausiais, trumpiausiai išdirbusiais ligoninėje bei turinčiais mažiausią darbo patirtį, pozityviau vertino visas pacientų saugos kultūros dimensijas, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį. Galima daryti prielaidą, kad vyresnio amžiaus darbuotojai dažniau dalyvauja pacientų saugos kultūros kūrime, o jauniems darbuotojams, tikėtina, dar trūksta gebėjimų ar vyresniųjų kolegų pasitikėjimo. Siekiant tai išsiaiškinti, derėtų atlikti išsamesnius tyrimus. Kanados mokslininkai, atlikę pacientų saugos kultūros vertinimą ligoninėse, taip pat nustatė, kad vyresnio amžiaus darbuotojai didesniais balais vertino komandinį darbą bei vadovo požiūrį į saugą, lyginant su jaunesniais sveikatos priežiūros specialistais [31]. Kiti moksliniai tyrimai atskleidė, kad vyresnio amžiaus ir didesnę darbo patirtį turintys darbuotojai pozityviau vertino pacientų saugos kultūrą [35, 70]. Vertinant pacientų saugos kultūrą Saudo Arabijos ligoninėse, mokslininkai nustatė reikšmingus skirtumus pagal slaugytojų lytį, amžių, darbo patirtį ir darbo krūvį [1].

Analizuojant sąsajas tarp pacientų saugos kultūros vertinimo ir sveikatos priežiūros specialistų amžiaus bei tai, kad tyrimo dalyviai mažesniais balais įvertino ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga, ir grįžtamąjį ryšį, galima daryti prielaidą, kad tokiems rezultatams daro įtaką didelis vadovų ir darbuotojų amžiaus skirtumas bei darbo santykių pobūdis. Dauguma vadovaujančias pareigas einantys sveikatos priežiūros specialistai yra vyresnio amžiaus ir priklauso Kūdikių bumo (1946–1964) kartai. Kaip teigia V. Stanišauskienė, šios kartos vadovai rūpinasi sukurti doro ir lygiaverčio žaidimo aplinką visiems, kurie juos palaiko, tačiau nelinkę konsultuotis su kitomis kartomis, neskuba išeiti į užtarnautą poilsį ir užleisti savo pozicijų. Jauniausieji darbuotojai priklauso X kartai (1965–1982), kurių atstovams svarbi pasirinkimo laisvė, jie nemėgsta griežtos priežiūros, bei Y kartai (1982–2003), kuriai būdinga analizuoti kiekvieną komandą, kiekvieną prašymą ar instrukciją, nepagrįstą racionaliais argumentais. Y kartos atstovai reikalauja nurodyti priežastis, pagrįsti, todėl tradicinis „nes aš taip pasakiau“ jiems netinka [218]. Tad bendrai sveikatos priežiūros specialistų skirtingo požiūrio pagal amžių į pacientų saugos kultūrą priežastims nustatyti, galima daryti prielaidą, kad vyksta kartų nesusikalbėjimai, kuriems išanalizuoti reikia gilesnių tyrimų.

Moksliniuose tyrimuose, susijusiuose su pacientų sauga, ypač didelis dėmesys skiriamas komandiniam darbui teikiant sveikatos priežiūros paslaugas bei užtikrinant pacientų saugą [143, 147, 155, 195, 201, 212]. Nustatyta, kad siekiant tai įgyvendinti, svarbu įstaigoje esamus su hierarchija susijusius santykius (vertikalius) pakeisti horizontaliais, išspręsti neefektyvią komunikaciją skatinančias problemas, aktyviai mokytis iš nepageidau-

jamų įvykių [163]. Mokslininkai pabrėžia asmeninę kiekvieno sveikatos priežiūros specialisto atsakomybę vykdant savo pareigas ir gebėjimą, esant reikalui, pasikviesti kitą komandos narį, siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą pacientui [143]. Pagrindiniai komandos nariai – gydytojas, slaugytojas, pacientas ir jo artimieji. Sveikatos priežiūros specialistų komandos tikslas – pateisinti pacientų lūkesčius, tad pacientas tampa lygiaverčiu komandos nariu [160]. Kokybinis tyrimas atskleidė, kad sveikatos priežiūros specialistai pacientą įtraukia į komandą siekdami įgalinti jį priimti atsakomybę už savo sveikatą. Nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose, siekdami efektyvaus gydymo ar slaugos rezultato, specialistai turi gebėti tinkamai reikšti savo nuomonę, diskutuoti tarpusavyje ir surasti geriausią išeitį. Mokslininkai atlikto tyrimo metu nustatė, kad už pacientų saugą atsakingi slaugytojai, taip manė dauguma gydytojų ir administratorių. Tik 22 proc. respondentų pritarė, kad už pacientų saugą ir sveikatos priežiūros tobulinimą atsakingi visi sveikatos priežiūros specialistai [39].

Daugumoje mokslinių tyrimų teigiama, kad slaugytojai atlieka reikšmingą vaidmenį, kaip įvairių sveikatos priežiūros sričių koordinatoriai, dalyvaudami sveikatos priežiūros paslaugų teikimo procese ne tik atnaujina įrašus pacientų ligos istorijose, bet ir atlieka gydomąsias ir diagnostines procedūras [185, 251]. Slaugytojų gebėjimas pritaikyti profesines žinias, slaugytojų skaičius, jų darbo krūvis ir išsilavinimo lygis susijęs su įvairiais pacientų saugos rezultatais [63, 251]. Esant slaugytojų trūkumui skyriuje, pacientui skiriama mažiau dėmesio, dėl ko didėja tikimybė nepageidaujamam įvykiui atsirasti [63]. Vaistų skyrimo klaidos, hospitalinės infekcijos, pacientų griuvimai ar pragulų susidarymas yra tiesiogiai susiję su slaugytojų atsakomybe [251]. Todėl pacientų saugai užtikrinti ypatingai svarbu pakankamas sveikatos priežiūros personalo skaičius sveikatos priežiūros įstaigoje. Nustatyta, kad 57 valstybėse apytikriai trūksta 2,4 mln. gydytojų, slaugytojų ir akušerių [253]. Sveikatos priežiūros darbuotojų stoka, padidina esamų sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvį, tuo pačiu didėja darbuotojų nuovargis bei psichologinė ir fizinė įtampa, susidaro prielaidos žmogiškojo veiksnio sukeltoms klaidoms atsirasti [169]. Mūsų tyrimas taip pat atskleidė šią problemą. Daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių patvirtino, kad jaučiama sveikatos priežiūros personalo stoka siekiant užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientui. Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, gydytojai dažniau pritarė, kad užtenka darbuotojų, negu slaugytojai. Analizuojant respondentų nuomones pagal ligoninių lygmenis, nustatyta, kad gydytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, dažniau nei respublikos lygmens ligoninėse dirbantys gydytojai, pritarė, kad skyriuje užtenka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą pacientams, o slaugytojai, kurie

dirbo rajono lygmens ligoninėse, rečiau pritarė, kad užtenka darbuotojų užtikrinti kokybišką sveikatos priežiūrą pacientams, palyginti su respublikos lygmens ligoninėse dirbančiais slaugytojais. Kokybinio tyrimo metu taip pat daugelis ekspertų (slaugos administratorių) teigė, kad skyriuje trūksta slaugos darbuotojų, siekiant užtikrinti pacientų saugą.

Mūsų atliktas tyrimas parodė, kad nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdyme aktyviau dalyvauja slaugytojai negu gydytojai. Slaugytojai dažniau nei gydytojai susipažinę su teisės aktais reglamentuojančiais nepageidaujamų įvykių registravimo tvarką, dažniau dalyvavo mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga, informuoti apie dokumentuose apibrėžtas atsakomybes ir užduotis. Tačiau tyrimo duomenimis, slaugytojai rečiau gali kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą, jis dažniau atsižvelgia į vyresnio amžiaus slaugytojų darbo pasiūlymus.

Atlikto kokybinio tyrimo duomenimis, slaugytojai dirbdami komandiniu principu kartu su gydytojais, keičiasi informacija, susijusia su pacientu, ieško tinkamų paciento sveikatos priežiūros problemų sprendimų. Nors slaugytojų plataus spektro kompetencija bei gebėjimas dirbti sveikatos priežiūros specialistų komandoje Lietuvoje reglamentuotas medicinos normoje MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ [137], tačiau realiai dažni atvejai, kai slaugytojas tik vykdo gydytojo nurodymus, ne visada gali išreikšti savo nuomonę bendraudamas su gydytojais ar skyriaus vadovu. Kyla klausimas, ar slaugytojams trūksta kompetencijos ir žinių [103], priimti atsakingus sprendimus, susijusius su paciento sveikatos priežiūra, ar gydytojai tiesiog nelinkę slaugytojų vertinti, kaip lygiavertčių komandos dalyvių [224]. Veiksniams, kurie daro įtaką gydytojų ir slaugytojų tiesioginiam bendravimui ir komandiniam darbui, nustatyti reikia išsamesnių tyrimų. Taip pat ir kiti mokslininkai siūlo saugos kultūros tyrimus plėtoti ne tik ligoninės, pirminės sveikatos priežiūros centro, ar kurio nors skyriaus lygmenyje, tačiau rinkti ir analizuoti duomenis tarp slaugytojų, gydytojo ir slaugytojo ir kitų sveikatos priežiūros komandų [44].

Efektyviam komandiniam darbui plėtoti svarbu pagarbūs tarpusavio santykiai bei pasitikėjimas vienas kitu [48], tačiau kokybinis tyrimas atskleidė, kad gydytojai linkę nevertinti slaugytojų, kaip komandos narių bei trūksta pagarbos ir kitų kolegų atliktiems veiksams. Ekspertai kokybinio tyrimo metu pabrėžė, kad bendradarbiavimas grindžiamas pasitikėjimu vienas kitu, o gydytojui, dirbančiam sveikatos priežiūros komandoje, svarbios tokios savybės, kaip atsakingumas ir sąžiningumas.

Kuriant pozityvią pacientų saugos kultūrą, pagrindinis veiksnys – atviro bendravimo aplinkos kūrimas, t. y. tokios aplinkos, kurioje darbuotojai jaustųsi saugūs registruodami bei diskutuodami apie nepageidaujamus įvykius ir

neatitiktis. Remiantis mūsų tyrimo duomenų analize galima teigti, kad ligo-
ninėse asmens sveikatos priežiūros specialistai diskutuoja apie nesėkmes,
tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad diskusijose dažniau dalyvauja vyresnio
amžiaus darbuotojai. Šia informacija dažniau pasidalina slaugytojai negu
gydytojai. Sėkmingam mokymuisi iš nepageidaujamų įvykių, svarbu, kad
skyrių vadovai pasidalintų pranešimais su skyriaus gydytojais bei slaugy-
tojais [9]. Tyrimo metu nustatyta, kad ligozinėse darbuotojams pateikiama
informacija apie įvykusius nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis.

Daugelis mokslininkų nagrinėja bendravimą tarp gydytojų ir slaugytojų
[151, 159, 182, 225, 227]. Mokslininkai, tiriantys nepageidaujamų įvykių
priežastis, nustatė, kad bendravimo problemos yra vienos iš dažniausių.
Kokybiška bei saugi sveikatos priežiūra priklauso nuo sveikatos priežiūros
paslaugų teikėjų galimybės bendrauti su pacientu ir su kitais sveikatos
priežiūros specialistais [31]. Mūsų atliktas tyrimas atskleidė, kad daugiau
nei pusės tyrimo dalyvių požiūriu, skyriuje pasitaiko bendravimo problemų
tarp darbuotojų. Atsižvelgiant į bendravimą pagal profesijas, nustatyta, kad
gydytojai dažniau gali išreikšti savo nuomonę kitiems gydytojams ar
skyriaus vedėjui nei slaugytojai.

Pagrindiniu nepageidaujamo įvykio atsiradimą lemiančiu veiksniu svei-
katos priežiūros specialistai įvardina darbo aplinką (dideli darbo krūviai,
įrangos stoka, nepakankama personalo kvalifikacija), mažiau svarbūs – ko-
mandinio darbo ypatumai [104]. Daugumai mūsų tyrime dalyvavusių as-
mens sveikatos priežiūros specialistų patinka dirbti komandoje. Gydytojai
dažniau gydytojų ir slaugytojų darbą vertino kaip komandinį palyginti su
slaugytojais. Užsienio šalių moksliniai tyrimai taip pat atskleidė, kad slau-
gytojos komandinį darbą kartu su slaugytojomis įvertino didesniais balais
negu su chirurgais, o chirurgai aukštais balais įvertino komandinį darbą
kartu su gydytojais ir su slaugytojais [33].

Mūsų atlikto kokybinio tyrimo metu nustatytos neefektyvaus koman-
dinio darbo prielaidos: gydytojai slaugytojų nevertina kaip lygiateisių ko-
mandos dalyvių, didelis atotrūkis tarp gydytojų ir slaugytojų atlygio už
darbą.

Sveikatos priežiūros specialistų bendravimas svarbus ne tik skyriaus
viduje, bet ir tarp skyrių, kadangi paciento gydymui pasitelkiami kelių būti-
nų sveikatos priežiūros sričių specialistai [252]. Mūsų atliktas tyrimas paro-
dė, kad ligozinėse darbas tarp skyrių koordinuotas nepakankamai.

Sveikatos priežiūros įstaigų ir jos darbuotojų veikla reglamentuota tei-
sės aktais, įstaigos vidaus dokumentais, įstaigos valdymo schemomis, diag-
nostikos ir gydymo metodikomis [118]. Tyrimas parodė, kad vos daugiau
nei pusė sveikatos priežiūros specialistų susipažinę su teisės aktu, reglamen-
tuojančiu privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašą, bei žino,

kokia tvarka pateikti informaciją apie nepageidaujamą rezultatą sukėlusį vaistą. Nors sveikatos priežiūros sistema reglamentuota ir daugelis veiklų apibrėžta dokumentuose [125, 126, 129, 130, 131, 134], tačiau kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga turi savo unikalią kultūrą. Kaip sėkmingai organizacija sugeba prisitaikyti prie greitai kintančių sąlygų priklauso ne tik nuo sveikatos priežiūros personalo, tačiau ir nuo įstaigos vadovo. Vadovų vaidmens svarbą kuriant pacientų saugos kultūrą pabrėžia ir mokslininkai [20, 71, 160, 193].

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, daugiau nei du trečdaliai asmens sveikatos priežiūros specialistų pritarė, kad ligoninės vadovybė kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga, pabrėžia neatitiktį registravimą, tačiau pasigendama ligoninės vadovybės įtakos pokyčiams po neatitiktį analizės, o tai gali demotyvuoti sveikatos priežiūros specialistus registruoti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis ateityje. Atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad tik pusė tyrimo dalyvių pritaria, jog ligoninės vadovybė teigiamai vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registravimą ir pripažįsta, kad darbuotojai gali klysti, taip pat gali daryti neigiamą įtaką pozityvios pacientų saugos kultūros kūrimui.

Mokslininkų atlikti tyrimai leidžia teigti, kad nepageidaujami įvykiai yra aktuali ir jautri tema asmens sveikatos priežiūros specialistams [104]. Tai atskleidžia ir mūsų atliktas kokybinis tyrimas, kurio metu ekspertai pripažino, kad nepageidaujami įvykiai asmens sveikatos priežiūros įstaigoje – aktuali problema. Norint ją spręsti, būtina nustatyti nepageidaujamus įvykius, juos registruoti ir analizuoti. Nepageidaujamų įvykių registravimo sistema nesudaro sąlygų išmatuoti bei įvertinti pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigoje ir negali būti naudojama siekiant palyginti organizacijose esančią pacientų saugą, tačiau nepageidaujamų įvykių registravimas naudingas nustatant silpnas konkrečios įstaigos vidaus sistemos grandis, dalijantis informacija apie nepageidaujamus įvykius [173].

Šiuo metu daugelyje valstybių registruojami nepageidaujami įvykiai asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvoje nuo 2010 m. sveikatos priežiūros įstaigose privaloma registruoti ir pranešti atitinkamoms institucijoms su tam tikromis sritimis susijusius nepageidaujamus įvykius [136]. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos taip pat gali papildomai nusistatyti ir registruoti kitus įvykius.

Mokslininkams atlikus tyrimą trijose Lietuvos išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse, kurios yra įdiegusios nepageidaujamų įvykių registravimo sistemas, paaiškėjo, kad dauguma sveikatos priežiūros specialistų privalomąją registraciją apie nepageidaujamus įvykius vertino teigiamai. Taip pat dauguma tiriamųjų teigiamai vertino ir savanorišką registraciją

[94]. Tačiau Lietuvoje nėra atliktų išsamių nepageidaujamų įvykių pasireiškimo dažnio ir jų sukeltų padarinių tyrimų [168].

Efektyviam nepageidaujamų įvykių registravimui svarbu, kad sveikatos priežiūros specialistai gerai žinotų informacijos apie įvykius teikimo procedūrą: ką registruoti, kaip neatitiktį ar nepageidaujamą įvykį, kur registruoti ir kam pateikti duomenis [60, 94, 102]. Kaip teigiama ir kituose moksliniuose tyrimuose [60] bei mūsų tyrimo duomenimis, dauguma tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų žino, kad jų įstaigoje yra patvirtinta nepageidaujamų įvykių registravimo sistema, žino, ką registruoti, kaip nepageidaujamą įvykį ir/ar neatitiktį. Tad galima teigti, kad nepageidaujamų įvykių registravimas vystomas teigiama linkme, kadangi prieš dešimt metų užsienio šalyse atliktuose tyrimuose rezultatai rodė, kad sveikatos priežiūros specialistams trūksta žinių, kaip ir ką pranešti [39, 102]. Apžvelgus užsienio mokslininkų atliktus tyrimus [60, 101, 108, 185, 255], kuriuose nagrinėjamas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registravimą bei palyginant su mūsų atlikto tyrimo duomenimis, pasitvirtino bendra tendencija: slaugytojai dažniau negu gydytojai žino, ką ir kur registruoti kaip nepageidaujamą įvykį bei apie įstaigoje esančią registravimo sistemą. Moksliniai tyrimai [25, 60, 108, 191, 222] atskleidė, kad gydytojai rečiau praneša apie nepageidaujamus įvykius negu slaugytojai, tačiau mūsų tyrimo metu nenustatyta reikšmingų skirtumų registruojant nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį tarp gydytojų ir slaugytojų.

Susirūpinimą kelia tai, kad vos daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmenų sveikatos priežiūros specialistų susipažinę su teisės aktais, kurie reglamentuoja nepageidaujamų įvykių registraciją. Nuo 2010 m. esant įsigaliojusiai tvarkai apie privalomus registruoti nepageidaujamus įvykius, vis dar kas dešimtas asmenų sveikatos priežiūros specialistas nežinojo, ką reikia žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį. Kanapeckienės ir kt. atliktame tyrime, analizuotas ligoninių ir ambulatorinių asmenų sveikatos priežiūros įstaigų (poliklinikų) darbuotojų požiūris į nepageidaujamų įvykių registraciją, gautas panašus rezultatas [104].

Mūsų tyrimo duomenų analizė atskleidė tendenciją, kad kuo vyresni darbuotojai, tuo dažniau žino, kur registruoti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, palyginti su jaunesnio amžiaus tyrimo dalyviais. Manytume, jog reiktų nuodugnesnių (giluminių) tyrimų, siekiant nustatyti šio reiškinių priežastis bei galimybes skatinant jaunesnius darbuotojus aktyviau registruoti nesėkmes.

Kadangi mūsų atliktas tyrimas atskleidė, kad asmenų sveikatos priežiūros specialistų žinojimas, ką ir kur reikia žymėti kaip neatitiktį, stipriai koreliuoja su žinojimu apie nepageidaujamų įvykių registravimą, galima daryti prielaidą, kad asmenų sveikatos priežiūros specialistai painioja šiuos

terminus. Europos Komisija savo rekomendacijose teigia, kad pranešimus teikiantiems asmenims paprastai lengviau suprasti paprastą sąrašą, kuriame aiškiai nurodomi pranešini nepageidaujami įvykiai, tačiau, taikant platesnę apibrėžtį, pranešimus teikiantys asmenys turi galimybę tiesiog pranešti apie bet kokią kilusią problemą negalvodami, ar naudojasi tinkamu pranešimo būdu, nes yra tik vienas būdas, kuriuo galima teikti visus pranešimus. Tačiau, kad būtų išvengta painiavos, visada būtina aiškiai ir paprastai nurodyti, apie ką reikėtų pranešti [57].

Mūsų tyrimo duomenimis, per pastaruosius 12 mėnesių 19,2 proc. sveikatos priežiūros specialistų yra pranešę apie neatitiktį ir 21,3 proc. – apie nepageidaujamą įvykį. Analizuojant tyrimo rezultatus apie praneštus atvejus tarp gydytojų ir slaugytojų reikšmingo skirtumo nenustatyta, tačiau nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis dažniau registravo vadovaujančias pareigas einantys darbuotojai – skyriaus vedėjai ir vyriausiosios slaugos administratorės – tai atskleidė ir kokybinis tyrimas. Taip pat pastebėta, kad nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravime dažniau dalyvavo vyresnio amžiaus, didesnę patirtį bei ilgiau išdirbę tyrime dalyvavusioje įstaigoje gydytojai negu jaunesni, mažiausią patirtį turintys ir trumpiausiai dirbantys.

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių užregistravimo dažnius galima interpretuoti dvejopai – arba mūsų sveikatos priežiūros įstaigose nepageidaujami įvykiai labai reti, arba juos tiesiog vengiama registruoti. Kokybinio tyrimo duomenys atskleidė, kad nepageidaujami įvykiai tikrai aktuali problema sveikatos priežiūroje, o daugelis ekspertų teigė, kad sveikatos priežiūros specialistai vengia pranešti apie nesėkmes. Ir tai nėra netikėta, kadangi kitų šalių mokslininkai nustatė, kad užregistruotų nepageidaujamų įvykių skaičius sveikatos priežiūros įstaigose – tai tik ledkalnio viršūnė, daugelis nesėkmių lieka neužregistruota ir neiširta. Mokslinių tyrimų duomenimis, pagrindinės neregistravimo priežastys – laiko stoka nepageidaujamų įvykių registravimui, nežinojimas, ką ir kur registruoti, baimė sulaukti galimų bausmių ar teisminių ieškinių, neigiamas bendradarbių, įstaigos vadovybės, pacientų bei visuomenės požiūris, praktinio naudingumo suvokimo stoka bei nenorėjimas pranešti apie bendradarbių sukeltus nepageidaujamus įvykius, grįžtamojo ryšio stoka [60, 94, 112, 181, 222]. Užsienio autorių atlikto kokybinio tyrimo metu paaiškėjo, kad dauguma slaugytojų pasisakė už anoniminę nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą [108]. Nors mūsų atlikto kiekybinio tyrimo metu nepageidaujamų įvykių neregistravimo priežastys nebuvo analizuojamos, tačiau kokybinio tyrimo rezultatai atskleidė, kad nepageidaujami įvykiai dažniausiai neregistruojami dėl darbuotojų sąmoningumo stokos, manymo, kad registruoti tokius įvykius nėra prasmės, vertinama kaip papildomas darbas, taip pat dėl didelio sveikatos priežiūros specialistų darbo krūvio, dėl baimės būti apkaltintais. Kita

nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų neregistravimo priežastis – konkrečios gydymo įstaigos kultūra, kai vyrauja nuostata, kad tokio pobūdžio pranešimai yra skundimas. Interviu metu taip pat paaiškėjo, jog nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis taip pat nenorima registruoti ir dėl to, kad kai kurie sveikatos priežiūros specialistai mano, kad pakanka įvykį aptarti skyriuje arba tik pasikalbėti su žmogumi, kuris tą įvykį sukėlė.

Kanapeckienės ir kt. atlikto tyrimo metu nustatyta, kad sveikatos priežiūros specialistų dalyvavimas arba nedalyvavimas nepageidaujamų įvykių registravimo sistemoje turėjo tam tikros įtakos požiūriui į nepageidaujamus įvykius, tačiau skirtumai buvo nežymūs [104]. Mūsų atlikto tyrimo metu nustatyti reikšmingi skirtumai tarp tų tyrimo dalyvių, kurie buvo užregistravę nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį ir tų, kurie registracijoje nedalyvavo. Asmenys užregistravę nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį pozityviau vertino pacientų saugos kultūrą.

Mūsų tyrimo metu nustatyta, jog mažiau nei pusė tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų teigia, kad darbuotojas sukėlęs įvykį, kuris galėjo pakenkti ar pakenkė pacientui, yra palaikomas kolegų, tai leidžia manyti, kad darbuotojai nesijaučia saugūs registruodami nepageidaujamus įvykius ar neatitiktis. Tą atskleidė ir kokybinio tyrimo metu gauti duomenys. Esamai situacijai pagerinti svarbus pacientų saugos kultūros kūrimas, kuomet skatinama analizuoti užregistruotų nepageidaujamų įvykių priežastis gilinantis į su įstaigos vidine kultūra susijusias aplinkybes. Kanapeckienės ir bendraautorijų atlikto tyrimo metu medikai taip pat išreiškė nuomonę, kad kol vyraus „bausmių kultūra“, nebus psichologinės pagalbos suklydusiam gydytojui, tol iš nepageidaujamų įvykių bus siekiama ne pasimokyti, bet stengiamasi juos nusišalinti. Pagrindinėmis sėkmingo privalomo nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos įdiegimo prielaidomis respondentai įvardino teisinės bazės tobulinimą, siekiant užtikrinti medikų saugumą registruojant savo nesėkmes [104].

Mokslinių tyrimų metu nustatyta, kad daugiau nei pusė nepageidaujamų įvykių susiję su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu chirurgijos srityje [43, 214]. Lietuvoje atlikti tyrimai atskleidė, kad didžiausios nepageidaujamų įvykių rizikos vietos, medikų nuomone, – priėmimo ir skubios pagalbos ir chirurginio profilio skyriai, o mažiausios – vidaus ligų, slaugos skyriai [104].

Kokybinio tyrimo metu nustatyta, kad daugelis medikų išgyvena po nepageidaujamo įvykio, jaučia stresą, todėl jiems svarbi psichologinė pagalba, tokios pagalbos poreikis nustatytas ir kitų mokslininkų tyrimuose [104]. Svarbu rasti būdą, kaip suteikti paramą įtrauktiems darbuotojams bei garantuoti, kad įvykis nepasikartotų [239].

Kanapeckienės ir bendraautorų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad įstaigose, kuriose yra nepageidaujamų įvykių registravimo sistema, sveikatos priežiūros darbuotojai dažniausiai pagrindiniu nepageidaujamą įvykį lemiančiu veiksniu nurodė pacientų savybes (amžių, būsenos kompleksškumą, bendravimo gebėjimus, asmenybės ir socialinius veiksnius) [104]. Mūsų atlikto kokybinio tyrimo metu daugelis ekspertų teigia, kad tokių nepageidaujamų įvykių kaip, pavyzdžiui, griuvimas, priežastys, taip pat susiję su individualiomis paciento charakteristikomis. V. Janušonio ir kt. atliktame tyrime taip pat nustatyta, kad pagrindinės pacientų griuvimų priežastys ligoninėse yra individualios pacientų charakteristikos ir medikų komandiniai bei individualūs veiksmai [95].

Mokslininkai teigia, kad viena iš kliūčių nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų registracijai bei mokymuisi iš nepageidaujamų įvykių – grįžtamojo ryšio stoka [60, 81, 228]. Asmens sveikatos priežiūros specialistas, kuris pranešė apie nepageidaujamą įvykį ir/ar neatitiktį, turėtų gauti grįžtamąjį ryšį. Bendravimas kokybiškas tik tais atvejais, kai pranešėjas jaučia, kad nepageidaujamo įvykio ar neatitikties registravimas vertas jo skirto laiko, kai jam pranešama apie priemones, kurių buvo imtasi siekiant išanalizuoti nepageidaujamą įvykį, būtent taip galima užtikrinti geranorišką nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų registraciją ateityje [26, 160]. Mūsų tyrimas leidžia teigti, kad asmens sveikatos priežiūros įstaigose, dalyvavusiose tyrime, stinga grįžtamojo ryšio sveikatos priežiūros specialistui, kuris pranešė ar užregistravo nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį.

Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, nustatyta, kad siekiama išsiaiškinti užregistruotų įvykių priežastis, tačiau tik pusė dalyvių teigė, kad užregistravęs darbuotojas žino tolimesnius neatitikties tyrimo veiksmus ir informuojamas apie koregavimo ir prevencinius veiksmus. Remiantis kokybinio tyrimo duomenimis, informacija, susijusi su registruotu nepageidaujamu įvykiu ar neatitiktimi perduodama įstaigos vidaus medicininiam auditui, kuris šiuos įvykius analizuoja ir apibendrina. Tačiau svarbu tyrimo išvadamis pasidalyti ir su sveikatos priežiūros specialistais, kurie tą įvykį užregistravo.

Pacientų saugos gerinimas gali vykti tik besimokančioje organizacijoje, kurioje įgyvendinamos prevencinės priemonės, nustatomi, pranešami ir analizuojami nepageidaujami įvykiai bei neatitiktys. Moksliniai tyrimai parodė, kad sveikatos priežiūros specialistų mokymai pacientų saugos srityje teikia ilgalaikį teigiamą efektą jų požiūriui į nepageidaujamų įvykių registraciją, tačiau dar trūksta tyrimų, kurie nustatytų realius pokyčius jų elgsenoje [93]. Mūsų atlikto kokybinio tyrimo duomenimis, daugelis ekspertų taip pat teigė, kad siekiant efektyvaus nepageidaujamų įvykių registravimo, būtina nuolat pabrėžti sveikatos priežiūros specialistams nepageidaujamų įvykių ir neatitiktų analizės svarbą bei naudą. Kaip ir Kanapeckienės

ir kt. atliktame tyrime, mūsų tyrimas parodė, kad svarbus visų sveikatos priežiūros proceso dalyvių (pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, visuomenės) švietimas ir mokymas pacientų saugos srityje [104]. Atlikto tyrimo duomenimis, dauguma darbuotojų pritarė, kad įstaigoje sudarytos sąlygos gilinti savo žinias, tačiau jaunesnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistai dažniau jaučia galimybių stoką tobulinti kvalifikaciją negu vyresnieji. EUNetPaS projekto parengtose gairėse visi profesionalai, tiesiogiai ar netiesiogiai susiję su sveikatos priežiūra, skatinami turėti bent jau minimalias žinias bei įgūdžius apie pacientų saugą ir jos gerinimą [56]. Todėl saugios elgsenos užtikrinimui siūloma organizuoti sveikatos priežiūros profesionalų mokymus apie pacientų saugą, įtraukiant pacientų saugą į jų vertybių sistemą, įsitikinimus bei praktiką [235]. Mūsų atliktas tyrimas atskleidė, kad tik pusė sveikatos priežiūros specialistų dalyvavo mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga. Kaip rodo tyrimo rezultatai, mokymuose dažniau dalyvavo slaugytojai negu gydytojai. Mokslininkų J. B. VanGeesto ir D. S. Cummins atlikto nacionalinio sveikatos priežiūros specialistų tyrimo rezultatai atskleidė, jog gydytojai nesijautė turintys pakankamai žinių, ir teigė, jog jiems yra reikalinga tiek papildoma informacija, tiek mokymai [235]. Mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga, dažniau dalyvavo vyresnio amžiaus sveikatos priežiūros specialistai, o norinčių savo žinias pagilinti šioje srityje daugiau yra tarp jaunesnio amžiaus darbuotojų.

Kultūros pokyčiams reikia daug laiko, išteklių ir ryžtingumo. Pagrindinis kaitos būdas – personalo mokymas. Kadangi nuolat mokomų sveikatos priežiūros personalo žinios tvirtėja, plečiasi tokiu būdu keičiasi jų suvokimas bei elgsena. Darbuotojų požiūrio kaitai didžiausią įtaką daro vadovai, bendravimas, aiškinamasis darbas ir vadovo ugdymas [71]. Tai atskleidė ir mūsų atliktas tyrimas, kurio metu daugelis ekspertų pabrėžė, kad siekiant įgyvendinti tam tikrus pokyčius svarbus personalo mokymas, pastovus aiškinimas apie pokyčių naudą jų organizacijai.

Daugelis sveikatos priežiūros specialistų patvirtino, kad įstaigose vyksta pasitarimai, diskutuojama apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis. Kad apie nepageidaujamus įvykius diskutuojama skyriuose patvirtino ir Kanapecienės ir kt. atliktas tyrimas [104]. Formalios grupinės diskusijos, pasitarimai – tai vienas iš kultūros keitimo būdų [71]. Tokiu būdu gerinamas sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio bendravimas ir kontrolė, plečiama problemų sprendimų patirtis.

Ligoninių dydis yra reikšmingas veiksnys, turintis įtakos pacientų saugos kultūrai [50, 70]. Tai patvirtina ir mokslininkų atlikti pacientų saugos kultūros vertinimai, palyginant miesto ir kaimo ligonines [185]. Mažose ligoninėse nustatytas pozityvesnis požiūris į pacientų saugą. Kaip teigia mokslininkai, tai neturėtų stebinti, nes didelės ligoninės susiduria su kitokio

pobūdžio iššūkiais teikiant kokybiškas paslaugas pacientams, nei mažos ligoninės [50]. Mūsų tyrimo duomenimis, gydytojų ir slaugytojų požiūriu respublikos lygmens ligoninėse aktyviau vykdomas neatitiktųjų valdymas. Ką reikia registruoti, kaip neatitiktųjų daugiau žino respublikinėse ligoninėse dirbantys darbuotojai, todėl galima daryti prielaidą, jog tai sietina su tuo, kad tyrime dalyvavusios respublikinės ligoninės arba siekia turėti, arba turi ISO standartą, kurio vienas iš esminių reikalavimų - neatitiktųjų žymėjimas.

Pacientų saugos gerinimui nepakanka vien tik nepageidaujamų įvykių registravimo sistemos, efektyvaus komandinio darbo ar pacientų saugos kultūros, svarbu kurti pacientų saugos valdymo sistemas [87]. Tai patvirtino Švedijoje atliktas tyrimas, kurio metu buvo nustatyta, kad siekiant pagerinti pacientų saugą, svarbi intervencijų, praktikų ir metodų įvairovė, taip pat akcentuojama, kad pacientų saugos problemoms spręsti svarbūs daugiafunkciniai sprendimai. Nepageidaujamų įvykių registravimas bei priežasčių ir rizikos sveikatos priežiūroje analizė pripažįstama kaip svarbiausi veiksniai, darantys įtaką esamam pacientų saugos lygiui [175]. Skatinama mokytis, kaip panaudoti pacientų saugos kultūros įvertinimo duomenis, siekiant pokyčių pacientų saugoje. Pacientų saugos kultūros vertinimo duomenis būtina sieti su kitais pacientų saugos duomenimis, priimant sprendimus kaip pagerinti pacientų saugą.

Atlikto tyrimo ribotumai:

Mūsų atliktas tyrimas turi tam tikrus ribotumus. Tyrime analizuota pacientų sauga tik tose bendrojo pobūdžio ligoninėse, kurių vadovai sutiko, kad įstaigoje būtų atliekamas tyrimas. Tyrime nedalyvavo specializuotos bei privačios ligoninės, todėl nėra aišku, kaip pacientų sauga pasireiškia tyrime nedalyvavusiose ligoninėse. Analizuojant duomenis pagal ligoninės lygmens etikos sumetimais į analizę nebuvo įtraukti universitetinės ligoninės duomenys, kadangi iš šio lygmens tyrime sutiko dalyvauti tik vienos ligoninės vadovas.

Kadangi tyrime nebuvo apribotas ligoninių skyrių vedėjų bei slaugos administratorių, kurie tuo pačiu metu dirba atitinkamai gydytojais ir slaugytojais, dalyvavimas, jų tyrime pateikti duomenys, tikėtina, galėjo iškreipti esamą situaciją ir tokiu būdu padaryti įtaką skyriaus vadovo vertinimui.

Dėl didelio duomenų išsibarstymo požiūrio į pacientų saugą skirtumai nebuvo analizuojama pagal ligoninės skyrius bei vadovaujančias pareigas. Kadangi didžiąją dalį respondentų sudarė moteriškos lyties atstovės, tiriamųjų požiūrio į pacientų saugą priklausomybė nuo lyties nebuvo analizuojama.

Kadangi kokybiniame tyrime dalyvavo tik tie asmenys, kuriuos rekomendavo ligoninės vadovas, tikėtina, jog lojalumas įstaigai galėjo daryti įtaką eksperto atvirumui interviu metu. Pasisiekus pakankamą duomenų prisotinimą, kokybinis tyrimas buvo sustabdytas, todėl jame dalyvavo ne visų bendrojo pobūdžio ligoninių atstovai.

Tiek atliekant mokslo literatūros analizę, tiek tyrimo rezultatų aptarimą, buvo susidurta su sampratų įvairove, tai pasakytina apie sąvokas nepageidaujami įvykiai, neatitiktys, klaidos, nepageidautini įvykiai, nesėkmės. Tai pastebima ir mūsų atlikto interviu metu, pavyzdžiui, tyrimo dalyviai dažnai nepageidaujamus įvykius vadino klaidomis.

Tenka pripažinti, jog pastaruoju metu vis dar diskutuojama, ar medicininė klaida sveikatos priežiūros procese turi įtakos nepageidaujamam įvykiui, ar pati medicininė klaida yra nepageidaujamas įvykis. Medicininė klaida, nesėkmė, aplaidumas, apsirikimas yra konkretesnės nepageidaujamų įvykių išraiškos. Nepageidaujamas įvykis – tai labiau sisteminis reiškinys, susijęs su sveikatos priežiūros proceso vadyba. Pastaruoju metu žmogaus klaidos teorijos šalininkai siūlo vietoje termino „medicinos klaida“, kuris asocijuojasi su tradiciniu „kaltės ir gėdos“ požiūriu, vartoti terminą „klaida medicinoje“, nes klaida savaime retai turi tiesioginį ryšį su medicina [221].

Atlikus kiekybinį ir kokybinį tyrimus sveikatos priežiūros įstaigose sunku daryti apibendrintas išvadas, kadangi kaip teigia ir kiti mokslininkai [44], pacientų saugos kultūrai ypatingai svarbus įstaigos kontekstas: su kokiomis pagrindinėmis problemomis susiduriama, kokia jos geografinė padėtis, su kokiais pacientais dažniausiai dirba sveikatos priežiūros personalas, kokį „toną“ užduoda įstaigos vadovas. Todėl svarbu, kad kiekviena įstaiga analizuotų savo įstaigos pacientų saugos kultūrą bei pagal gautus rezultatus atliktų pokyčius.

Taip pat dar lieka daug neatsakytų klausimų, kurie reikalauja tolimesnių tyrimų: pacientų saugos kultūros įtaka saugiam personalo elgesiui; efektyvios strategijos, siekiant išvengti nepageidaujamų įvykių. Kitas svarbus klausimas, kaip su pacientų sauga susiję duomenys yra analizuojami ir panaudojami mokymuisi sveikatos priežiūros įstaigoje. Reikalingi tyrimai, kaip duomenys apie nepageidaujamus įvykius panaudojami kuriant tinkamas strategijas, siekiant pasimokyti iš jų. Trūksta mokslinių tyrimų, kurie atskleistų, kaip paciento dalyvavimas gali prisidėti prie paciento saugos, ir kaip pacientų saugos kultūros vertinimai gali būti susieti su pacientų saugos tobulinimo strategijomis.

IŠVADOS

1. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugos kultūrą yra nepakankamai pozityvus. Nepalankiai vertinama aplinka nepageidaujamiems įvykiams ir neatitiktims registruoti, sveikatos priežiūros specialistai jaučiasi nesaugūs pranešdami apie nesėkmes. Palankiausiai vertinamas komandinis darbas, rečiau pritariama teiginiams apie bendravimo atvirumą ir tinkamus ligoninės vadovybės veiksmus, susijusius su pacientų sauga. Vyriausi ir didžiausią darbo patirtį turintys sveikatos priežiūros specialistai visas pacientų saugos kultūros dimensijas, išskyrus skyriaus vadovo vaidmenį, dažniau vertina teigiamai, palyginti su jauniausiais ir trumpiausią darbo patirtį turinčiais darbuotojais. Gydytojai dažniau nei slaugytojai yra patenkinti bendravimo atvirumu ir skyriaus vadovo veikla, o slaugytojai palankiau vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymą, grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi.
2. Asmens sveikatos priežiūros specialistams patinka dirbti komandoje, tačiau 65 proc. visų tyrimo dalyvių teigė, kad būna bendravimo problemų tarp darbuotojų. Gydytojai dažniau negu slaugytojai gali pasakyti savo nuomonę kitiems gydytojams, slaugytojams ir skyriaus vadovui. Ligoninės vadovybė ir skyriaus vadovai skiria per mažą dėmesį pacientų saugai užtikrinti ligoninėse. Tik apie pusė tyrimo dalyvių pritarė, kad ligoninės vadovybė teigiamai vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimą (58,3 proc.), atlieka pokyčius po neatitikčių analizės (56,2 proc.) ir pripažįsta – darbuotojai gali klysti (50,4 proc.).
3. Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas ligoninėse vyksta nepakankamai veiksmingai. Dauguma sveikatos priežiūros specialistų žino, kaip pranešti apie nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį. Slaugytojai yra geriau informuoti nei gydytojai. Per praėjusius 12 mėnesių apie nepageidaujamą įvykį yra pranešę 21,3 proc. respondentų, apie neatitiktį – 19,2 proc., panaši dalis gydytojų ir slaugytojų. Nepageidaujamų įvykių registracijoje rečiau dalyvauja jauniausio amžiaus, turintys mažiausią darbo patirtį bei trumpiausiai išdirbę įstaigoje sveikatos priežiūros specialistai. Nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis vengiama registruoti dėl sąmoningumo stokos, baimės būti apkaltintiems ir nuomonės – pakanka nepageidaujamus įvykius aptarti žodžiu. Ligoninėse siekiama išsiaiškinti neatitikčių ir nepageidaujamų įvykių priežastis, tačiau ligoninės vadovybė skiria per mažai dėmesio grįžtamajam ryšiui užtik-

rinti. Mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga, dalyvavo tik pusė gydytojų bei slaugytojų.

4. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugos kultūrą priklauso nuo ligoninės, kurioje jie dirba, lygmens. Visų lygmenų ligoninėse dirbančių gydytojų, vertinančių pacientų saugos kultūrą, išskyrus grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi, nuomonės buvo panašios. Slaugytojai, dirbantys regiono lygmens ligoninėse, palyginti su respublikinėse ligoninėse dirbančiais slaugytojais, prasčiau vertino bendravimo atvirumą, komandinį darbą, skyriaus vadovo vaidmenį bei grįžtamąjį ryšį ir mokymąsi. Regioninių ligoninių darbuotojai rečiau dalyvavo ir mažiau domėjosi pacientų saugos mokymais, skyriaus vadovai rečiau pabrėžė pacientų saugos svarbą ir skatino sveikatos priežiūros specialistus registruoti nepageidaujamus įvykius neigiamose ligoninėse. Neatitikčių valdymas, diskusijos apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, darbuotojų skatinimas registruoti neatitiktis aktyviausiai vyko respublikos lygmens ligoninėse.

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimui pagerinti rekomenduojama:

- Skyriaus vadovams ar atsakingiems vidaus medicininio audito grupės atstovams pasitarimų ar susirinkimų metu ne tik supažindinti sveikatos priežiūros specialistus su situacijomis, įvykiais, reiškiniais, apie kuriuos privaloma pranešti, bet ir parodyti, kur ir kaip įvykius reikia registruoti. Tuomet sveikatos priežiūros specialistai aktyviau dalyvautų nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravime.
- Ligoninių administracija, pasitelkusi informacinių technologijų specialistus ir skyrių vadovus, galėtų sukurti visiems suprantamą, paprastą, lengvai pasiekiamą nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimo formą (pasitarimų metu kartu su sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojais nutarti kokia forma patogesnė – elektroninė ar popierinė).
- Numatyti efektyvias priemones, skatinančias darbuotojus pranešti ir registruoti pastebėtus nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis.

Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių priežasčių analizei pagerinti siūloma:

- Įstaigoje suburti sveikatos priežiūros specialistų grupę, kuri ištirtų ir nustatytų užregistruotų nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių priežastis bei numatytų ir įgyvendintų prevencijos priemones.
- Reguliarių pasitarimų metu sveikatos priežiūros specialistus supažindinti su įstaigoje registruotais nepageidaujamais įvykiais ir neatitiktimis bei jų koregavimo ir prevencinėmis priemonėmis. Tokiu būdu sudaryti galimybę iš jų pasimokyti ir išvengti pasikartojimo.

Pacientų saugai sveikatos priežiūros įstaigose pagerinti rekomenduojama:

- Sudaryti sąlygas ir skatinti sveikatos priežiūros specialistus tobulinti kvalifikaciją pacientų saugos srityje, ugdyti komandinio darbo įgūdžius.
- Organizuoti ligoninių skyriuose pasitarimus iškilus problemoms, susijusioms su pacientų sauga, diskutuoti apie jų priežastis bei aktyviai ieškoti prevencinių priemonių.
- Į organizuojamus pasitarimus pakviesti visus skyriaus darbuotojus. Taip skatinti komandinį darbą ir aktyvų dalyvavimą, sprendžiant problemas.

- Kurti ir plėtoti pacientų saugos kultūrą: skatinti atviras diskusijas apie esamus nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis bei pripažinti jų registravimo vertę be baudžiamųjų veiksmų.
- Jauniems sveikatos priežiūros specialistams sudaryti sąlygas ir skatinti aktyviau dalyvauti kuriant ir plėtojant pacientų saugos kultūrą.
- Plėtoti vidaus medicininio audito funkcijas ir skatinti aktyviau teikti ligoninės vadovybei siūlymus rizikos valdymo klausimais.
- Skatinti vidaus medicininio audito grupės narius inicijuoti gilesnę nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių analizę – ne tik patikrinti atliktą veiklą pagal nustatytus reikalavimus, bet ir ieškoti gilesnių įvykių priežasčių.
- Ligoninės skyriuose, kuriuose gydomi senyvo amžiaus pacientai, taikyti griuvimo prevencijos programas.
- Sveikatos priežiūros specialistams ligoninės patalpose organizuoti komandinio darbo įgūdžių, konfliktų valdymo, bendravimo su pacientais mokymus (kursus).
- Ligoninių skyrių vadovams organizuoti vadybinių įgūdžių, komandinio darbo, vadovavimo skirtingų kartų darbuotojams mokymus.
- Ieškoti galimybių suteikti psichologinę pagalbą (samdyti psichologo paslaugas, sukurti psichologo etatą ligoninėje) suklydusiems ar nepageidaujamame įvykyje dalyvavusiems sveikatos priežiūros specialistams.
- Diegti pacientų saugos kultūros vertinimo metodus (atlikti apklausas, kalbėtis su darbuotojais).
- Ligoninės skyriuose taikyti gerąsias pacientų saugos praktikas.
- Kiekvieną paciento skundą vertinti kaip galimybę nustatyti sveikatos priežiūros įstaigos silpnąją sritį.
- Organizuoti įstaigos vadovų mokymus, supažindinti su šiuolaikinio vadovo vaidmens svarba organizacijoje.
- Kurti ligoninės veiklos vertinimo sistemas, apimančias užregistruotų nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių pobūdį, jų sprendimo būdų įgyvendinimą, sveikatos priežiūros darbuotojų dalyvavimą pacientų saugos mokymuose, siūlymų ligoninės vadovybei kaip pagerinti pacientų saugą teikimo skaičių. Metų gale rezultatus susumuoti ir ligoninės skyrių, geriausiai vykdančių pacientų saugą, nominuoti (nebūtinai piniginiu prizu – mokymais, išvykomis, patogesniu atostogų grafiku).

AUTORĖS PUBLIKUOTŲ DARBŲ SĄRAŠAS

Disertacijos tema publikuotų darbų sąrašas

1. Marmienė L, Kalėdienė R, Kaselienė S, Vladičkienė J. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinį darbą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Visuomenės sveikata 2015;2(69):48-55.
2. Marmienė L, Kalėdienė R. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktikių valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Sveikatos politika ir valdymas 2015;1(8):29-45.

Kiti autorės publikuoti moksliniai darbai:

1. Marmienė L. Grįžtamasis ryšys bei mokymasis pacientų saugos srityje gydytojų ir slaugytojų požiūriu. VIII nacionalinė doktorantų mokslinė konferencija „Mokslas – sveikatai“: konferencijos pranešimų tezės. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2015 m. balandžio 10 d.
2. Marmienė L. Patient Safety Empowerment in the Health Care Sector // Moc ve výchově, umění a sportu: mezinárodní interdisciplinární konference / editorky Naděžda Pelcová a Anna Hogenová; [Recenzovali: Antonín Rychtecký, Ivana Olšáková]. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2015. (Pedagogické souvislosti a systémy.), p.131 – 138.
3. Treigytė Marmienė L, Jankauskaitė D, Radžiūnaitė L, Gendvilis S. Hospital staff attitudes towards their health and workplace. 16th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH) and Health Services “Hospitals and health services in the health society: Quo vadis, HPH?”: May 14-16, 2008, Berlin, Germany: conference abstractbook. Health Promoting Hospital. 2008; P110:111-112.
4. Radžiūnaitė L, Treigytė Marmienė L, Gendvilis S. Medical staff attitude towards improvement. 15th International Conference on Health Promoting Hospitals “Contributions of HPH to quality of care, quality of life and quality of Health systems”: April 11-13, 2007 Vienna, Austria: abstractbook. Vienna, 2007;135:137.
5. Gendvilis S, Treigytė Marmienė L. Žmonių išteklių problemos sveikatos priežiūros įstaigose. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas 2006: Žmonių ištekliai sveikatos priežiūroje. Vilnius: VI Seimo leidykla „Valstybės žinios“. 2006;27-29.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

1. Aboshaiqah AE, Baker OG. Assessment of nurses' perceptions of patient safety culture in a Saudi Arabia hospital. *J Nurs Care Qual* 2013;28(3):272-80.
2. Allen S, Chiarella M, Homer CS. Lessons learned from measuring safety culture: an Australian case study. *Midwifery* 2010;26(5):497-503.
3. Amsalu E, Boru E, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nurs* 2014;13:37.
4. Anam Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4:9 e005055.
5. Anderson JE, Kodate N, Walters R, Dodds A. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *Int J Qual Health Care* 2013;25(2):141-50.
6. Andrews L, Stokcing C, Krizek T, Gottlieb L, Vargish T. An alternative strategy for studying adverse events in medical scare. *Lancet* 1997;349:309-13.
7. Arford PH. Nurse-physician communication: an organizational accountability. *Nurs Econ* 2005;23(2):72-77.
8. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. Patient Safety: Achieving a new standard for care. The National Academies Press. Washington; 2004.
9. Baesley JW, Escoto KH, Karsh BT. Design elements for primary care medical error reporting system. *WMJ* 2004;103:56-9.
10. Baker GR, Norton PG, Flintoft V. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170:1678-86.
11. Barber N, Rawlins M, Franklin BD. Reducing prescribing error: competence, control, and culture. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:29-i32.
12. Barjere C, Ellis P. Changing attitudes among nurses and physicians: a step toward collaboration. *J Health Quality* 2009;24(3):9-15.
13. Battles JB, Lilford RJ. Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Qual Saf Health Care* 2003;12:2-7.
14. Beasley MS, Clune R, Hermanson DR. Enterprise risk management: An empirical analysis of factors associated with the extent of implementation. *JAPP* 2005; 24(6): 521-31.
15. Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, Vincent C. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care* 2009;18(1):11-21.
16. Benner AB. Physician and nurse relationships, a key to patient safety. *J Ky Med Assoc* 2007;105(4):165-9.
17. Bernstein M, Hebert PC, Etchells E. Patient Safety in Neurosurgery: Detection of Errors, Prevention of Errors, and Disclosure of Errors. *Neurosurgery Quarterly* 2003;13(2):125-37.
18. Bitinas B, Rupšienė L, Žydzūnaitė V. Kokybinių tyrimų metodologija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė; 2008.
19. Black N. Why we need qualitative research. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 425-6.
20. Blake SC, Kohler S, Rask K, Davis A, Naylor DV. Facilitators and barriers to 10 National Quality Forum safe practices. *Am J Med Qual* 2006;21(5):323-34.

21. Blegen M, Gearhart S, Brien R, Sehgal N, Alldredge B. AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety Culture: Psychometric Analyses. *J Patient Saf* 2009;5:139-44.
22. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res* 2010;28;10:28.
23. Bogdanova J, Večkienė NP. Partnerystė rengiant socialinius darbuotojus: tarpdisciplininės komandos patirtis psichiatrijos skyriuje. *Socialinis darbas. Patirtis ir metodai* 2009;3(1):23-43.
24. Bondevik GT, Hofoss D, Hansen EH, Deilkas EC. Patient safety culture in Norwegian primary care: a study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scand J Prim Health Care* 2014;32(3):132-8.
25. Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF, Hughes C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(3):229-33.
26. Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF. Attitudes toward large scale implementation of an incident reporting system. *Int J Qual Health Care* 2008;20(3):184-94.
27. Brennan TA, Leape LL, Laird NM. 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.
28. Brogienė D, Mačiulienė K. Ką pasirinksi: gydytojo baudimą ar pacientų saugos kultūrą? *Lietuvos akušerija ir ginekologija* 2010;13(4):385-7.
29. Brubacher JR, Hunte GS, Hamilton L, Taylor A. Barriers to and incentives for safety event reporting in emergency departments. *Healthc Q* 2011;14(3):57-65.
30. Bubnienė D, Ruževičius J. Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos: mokslo darbai* 2010;5(1):22-40.
31. Canadian Patient Safety Institute. The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions, 1st edn. Canada: Canadian Patient Safety Institute, 2009. [cited 2014 Mar 03] Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>
32. Carayon P, Kianfar S, Li Y, Xie A, Alyousef B, Wooldridge A. A systematic review of mixed methods research on human factors and ergonomics in health care. *Appl Ergon* 2015;51:291-321.
33. Carney BT, West P, Neily J, Mills PD, Bagian JP. Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J* 2010;91(6):722-29.
34. Castle NG, Sonon KE. A culture of patient safety in nursing home. *Qual Saf Health Care* 2006;15:405-8.
35. Chen IC, Li H. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Serv Res* 2010;7;10:152.
36. Cole YM, Mercer SQ, Murphy-Cullen CL, Schneider GW, Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. *Qual Saf Health Care* 2005;14:383-88.
37. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care* 2005;14:364-66.
38. Conklin A, Vilamovska AM, Vries H, Hatziaandren E. Improving Patient Safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action. RAND Technical Report prepared for the European Commission, 2008. [cited 2014 Nov 20] Available from: http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR596/.

39. Cook AF, Hoas H, Guttmanova K, Joyner JC. An Error by Any Other Name. *Am J Nurs* 2004; 104(6):32–43.
40. Creswell J, Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd edition ed. Thousand Oaks, Sage Publications; 2011.
41. David BP, Rachel D, Salas E. Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Serv Res* 2006;41:1576–98.
42. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J*. 2002;13;115(1167): U271.
43. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17:216–23.
44. Deilkas E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Serv Res* 2010; 31; 10:85.
45. Deilkas E, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), generic version (short form 2006). *BMC Health Serv Res* 2008;22;8:191.
46. Dodek PM, Wong H, Heyland DK, Cook DJ, Rocker GM, Kutsogiannis DJ, et al. The relationship between organizational culture and family satisfaction in critical care. *Crit Care Med* 2012;40(5):1506–12.
47. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12): 1743–48.
48. Dromantas M. Komandinio darbo vaidmuo šiuolaikinėje darbo organizacijose. *Viešojo politika ir administravimas* 2007;22:33–9.
49. Elder NC, Brungs SM, Nagy M, et al. Intensive care unit nurses' perceptions of safety after a highly specific safety intervention. *Qual Saf Health Care* 2008;17:25–30.
50. El-Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The Current state of Patient Safety Culture in Lebanese Hospitals: A study at Baseline. *Int J Qual Health Care* 2010; 22:386–95.
51. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res*. 2014;12;14:122.
52. Elliott P, Martin D, Neville D. Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. *JMIR Medical Informatics* 2014;2(1):12.
53. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr; 62(1):107–15.
54. Etchegaray JM, Thomas EJ. Comparing two safety culture surveys: safety attitudes questionnaire and hospital survey on patient safety. *BMJ Qual Saf* 2012;21:490–98.
55. Eurobarometras B80.2. Pacientų sauga ir sveikatos priežiūros kokybė. Paskelbta 2014 m. birželio mėn. [Žiūrėta 2014 m. gruodžio 4 d.]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.
56. European Union Network for Patient Safety. Diversified teaching programs for medical and nursing schools and continuing professional development 2010. [cited 2015 Mar 03] Available from: http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/Diversified_Teaching_Programs-final-July2010.pdf.
57. Europos Komisija, Pacientų saugos ir priežiūros kokybės darbo grupė. Pagrindiniai nustatyti faktai ir rekomendacijos dėl pranešimų apie pacientų saugos incidentus teikimo ir mokymosi iš jų sistemų Europos šalyse; 2014. [Žiūrėta 2015 m. sausio 15

- d.] Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_lt.pdf.
58. Europos Komisija. Komisijos ataskaita Tarybai, parengta remiantis valstybių narių pateiktomis Tarybos rekomendacijos dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimo ataskaitomis (2009/C 151/01) (COM(2012) 658 final). Briuselis, 2012. [Žiūrėta 2014 m. balandžio 15 d.]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_lt.pdf.
 59. Europos Komisija. Komisijos ataskaita Tarybai, Tarybos rekomendacijos dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės (2009/C 151/01) įgyvendinimo antroji Komisijos ataskaita Tarybai (COM(2014) 371 final). Briuselis, 2014. [Žiūrėta 2015 m. sausio 15 d.]. Prieiga per internetą: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_lt.pdf
 60. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, DeWit M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care* 2006;15(1):39–43.
 61. Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. An organisation with a memory. London: Stationery Office; 2000. [cited 2014 Nov 03] Available from: <https://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>
 62. Fagin CM. Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Nurs Health Care* 1992;13(7):354–62.
 63. Farquhar M, Collins SB, Clancy CM. Patient Safety in Nursing Practice. *AHRQ Commentary. AQRN Journal* 2007; 86(3):455–57.
 64. Flick U. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt's Enzyklopädie Verlag, 2002.
 65. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care* 2006;15:109–15.
 66. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon* 2006;4(3):145-51.
 67. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med*. 2003;138(3):161-7.
 68. Friedman SM, Provan D, Moore S, Hanneman K. Errors, near misses and adverse events in the emergency department: what can patients tell us? *CJEM* 2008;10(5):421-7.
 69. Fukuda HH, Imanaka Y, Hirose M, Hayashida K. Impact of system-level activities and reporting design on the number of incident reports for patient safety. *Qual Saf Health Care* 2010;19:122-27.
 70. Gallego B, Westbrook MT, Dunn AG, Braithwaite J. Investigating patient safety culture across a health system: multilevel modelling of differences associated with service types and staff demographics. *Int J Qual Health Care* 2012;24(4):311-20.
 71. Garalis A. Organizacijos kultūra ir vadovas. Lietuvos katalikų mokslo akademijos suvažiavimo darbai 2005;19:1-18.
 72. Gauld R, Horsburgh S. Healthcare professional perspectives on quality and safety in New Zealand public hospitals: findings from a national survey. *Aust Health Rev* 2014;38(1):109-14.
 73. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614-21.
 74. Germanavičius A. Komandinis darbas medicinoje ir psichiatrijoje. *Slauga, mokslas ir praktika* 2004;12:4-5.

75. Giedrikaitė R. Pacientų teisių raiškos įvertinimas per gydytojo ir paciento santykius stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Disertacija. Kaunas: Kauno medicinos universitetas; 2008.
76. Ginsburg L, Norton PG, Casebeer A, et al. An educational intervention to enhance nurse leaders' perceptions of patient safety culture. *Health Serv Res* 2005;40:997-1020.
77. Groves PS, Meisenbach RJ, Scott-Cawiezell J. Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *J Adv Nurs* 2011;67(8):1846-55.
78. Guldenmund F. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf Sci* 2000;34:215-57.
79. Hale AR. Culture's confusions. *Safety Science* 2000;34:1-14.
80. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf* 2011;20:338-43.
81. Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Journal of Clinical Medicine* 2014; 14(6):585-90.
82. Health and Safety Commission (HSC). Organizing for Safety: Third Report. ACSNI Study Group on Human Factors. Sudbury: HSE Books, 1993.
83. Hearld LR, Alexander JA, Fraser I, et al. Review: how do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. *Med Care Res Rev* 2008;65:259-99.
84. Heasman B, Reader TW. What can acute medicine learn from qualitative methods? *Curr Opin Crit Care* 2015;21(5):460-6.
85. Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *Int J Health Care Qual Assur* 2007;20:620-32.
86. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas, 2010. [Žiūrėta 2013 m. rugsėjo 4 d.]. Prieiga per internetą: <http://sic.hi.lt/data/stat_leid.pdf>.
87. Hoffmann B, Rohe J. Patient Safety and Error Management. What Causes Adverse Events and How Can They Be Prevented? *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(6): 92-9.
88. Huang DT, Clermont G, Kong L, Weissfeld LA, Sexton JB, Rowan KM, Angus DC. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* 2010;22(3):151-61.
89. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM, Angus DC. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Crit Care Med* 2007;35(1):165-76.
90. Įvadinis kursas į kompiuterizuotą kokybinių duomenų analizę. [Žiūrėta 2014 m. rugsėjo 4 d.]. Prieiga per internetą: http://www.lidata.eu/index.php?file=files/mokymai/NVivo/nvivo.html&course_file=nvivo_II_2_9.html.
91. Jankauskienė D. Pranešimas „Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir jos rodikliai“. [Žiūrėta 2015 m. sausio 4 d.]. Prieiga per internetą: www.djank.home.mruni.eu/wp.../gal_kokyb_ir-jos-vertinimo_rodikliai.ppt.
92. Jansma JD, Wagner C, Kate RW, Bijnen AB. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. *BMC Health Serv Res* 2011; 12;11:335.
93. Jansma JD, Zwart DL, Leistikow IP, Kalkman CJ, Wagner C, Bijnen AB. Do specialty registrars change their attitudes, intentions and behaviour towards reporting incidents following a patient safety course? *BMC Health Serv Res* 2010;23;10:100.

94. Janušonis V, Kasap G. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai* 2012;22(4):62-9.
95. Janušonis V. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: griuvimai, jų priežastys, pasekmės ir prevencija. *Sveikatos mokslai* 2005;2:45-8.
96. Janušonis V. Nepageidautinių įvykių pranešimų sistemos sveikatos priežiūros organizacijose. *Sveikatos mokslai* 2005;1:75-80.
97. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose: monografija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė; 2005.
98. Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J, Burroughs TE, Gallagher TH, Hill PR, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30(9):471-9.
99. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* 2010;19(1): 42-7.
100. Jovaiša L. Enciklopedinis edukologijos žodynas. Vilnius: Gimtasis žodis; 2007.
101. Kagan I, Barnoy S. Organizational safety culture and medical error reporting by israeli nurses. *J Nurs Scholarsh* 2013;45(3):273-80.
102. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey of Physicians in Teaching Hospitals. *Arch Intern Med* 2008; 168(1): 40–6.
103. Kalibatiienė D. Slaugos mokslo dabartis ir ateities perspektyvos. *Slauga.Mokslas ir praktika* 2006;2:7–8.
104. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis vertinimas. *Visuomenės sveikata* 2010; 4(51): 62-71.
105. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Pacientų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas. *Visuomenės sveikata* 2011;3(54):51-62.
106. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Kaunas: Judex; 2002.
107. Kilner E, Sheppard LA. The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *Int Emerg Nurs* 2010;18(3):127-37.
108. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004;181:36–9.
109. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care* 2007;16(4):313-20.
110. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Committee on Quality in Health Care; Institute of Medicine: To err is human. Building a safer Health system. Washington: National Academy Press; 1999.
111. Kosinskienė A, Ruževičius J. Sveikatos priežiūros kokybės valdymas ligoninėje. Medicinos teorija ir praktika 2011;17(1):23–36.
112. Kousgaard MB, Joensen AS, Thorsen T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: A qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30:199-205.
113. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB. Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *J Clin Epidemiol* 2015;7:149-60.

114. Kutkaitė S, Brogienė D. Vilniaus universiteto vyresniųjų medicinos kursų studentų ir vyresniųjų gydytojų rezidentų žinios ir nuomonė apie klaidą medicinoje. *Visuomenės sveikata* 2013;1(60):67-77.
115. Kvale S. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
116. Labanauskas L. Gynybinė medicina ir žalos atlyginimo be kaltės modelis. Konferencija MRU „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2011. [Žiūrėta 2015 m. vasario 18 d.]. Prieiga per internetą: http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Labanauskas_Liutauras.pdf.
117. Leape LL. Reporting of medical errors: time for reality check. *Qual Health Care* 2000;9:144-45.
118. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb ML, Sherman H, Hoffman C, et al. Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. *Int J Qual Health Care* 2014; 26(2):109-116.
119. Lietuvos Respublikos Medicinos praktikos įstatymas. 2004 m. balandžio 20 d. Nr. IX-2148. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 68-2365.
120. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. *Valstybės žinios*, 1996, Nr. 102-2317; 2009, Nr. 145-6425.
121. Lietuvos Respublikos Slaugos praktikos įstatymas, 2001 m. birželio 28 d. Nr. IX-413, *Valstybės žinios*, 2001, Nr. 62-2224.
122. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla* 2012. Vilnius; 2013.
123. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“. *Valstybės žinios*, 1998, Nr. 89-2469.
124. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymas Nr.50 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 74:2000 „Gydytojas chirurgas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2000, Nr. 11-261.
125. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. 663 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 73:2001 „Pagrindinės radiacinės saugos normos“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 11-388.
126. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. 58 „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos“. *Valstybės žinios*, 2002, Nr. 12-430; 2007, Nr.43-1650.
127. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. spalio m. 10 d. įsakymas Nr. 495 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo koncepcijos patvirtinimo“ *Valstybės žinios*, 2002, Nr.101-4523.
128. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642 įsakymas „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 144-5268.
129. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gegužės 31 d. įsakymu Nr. V-435 „Dėl Leidimų atlikti klinikinius vaistinių preparatų tyrimus išdavimo, tyrimų atlikimo ir kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 62-2292.
130. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 20 d. įsakymas Nr. V-952 „Dėl duomenų apie sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų pastebėtas įtariamas nepageidaujamas reakcijas teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ *Valstybės žinios*, 2006, Nr. 127-4852; 2013, Nr. 22-1091.

131. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugpjūčio 11 d. įsakymas Nr. V-687 „Dėl susekamumo ir pranešimų Sveikatos apsaugos ministerijai apie pavojingas nepageidaujamas reakcijas ir pavojingus nepageidaujamus reiškinius, susijusius su kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija tvarkos aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2006, Nr. 90-3535.
132. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gegužės 22 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl pranešimų apie nepageidaujamas reakcijas ir (ar) nepageidaujamus reiškinius, susijusius su audinių ir ląstelių įsigijimu, ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu ir transplantacija, tvarkos aprašo patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2007, Nr. 58-2253.
133. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-711 „Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios, 2007, Nr. 95-3864.
134. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2008, Nr. 53-1992.
135. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. lapkričio 14 d. įsakymu Nr. V-1110 „Dėl hospitalinių infekcijų epidemiologinės priežiūros ir valdymo“. Valstybės žinios, 2008, Nr. 138-5465; Teisės aktų registras, 2014, Nr. 2014-01804.
136. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2010, Nr. 55-2703; 2013, Nr. 15-752
137. Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2011, Nr. 72-3490.
138. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolės Valstybinio audito ataskaita „Asmens sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo sistema“; 2007 m. birželio 26 d. Nr. VA-P-10-4-9, Vilnius.
139. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009, Nr. 150-6713.
140. Liuksemburgo deklaracija dėl pacientų saugos, 2005 m. balandžio 5 d. [cited 2014 Nov 03]. Available from: http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg_Declaration_on_Patient_Safety_05042005-1.pdf.
141. Lockhart WK. Collaboration between nurses and doctors in clinic al practice. Br J Nurs 2000;9(5):279–80.
142. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. Br J Anaesth 2010;105(1):69-75.
143. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman EA, Rowen L, Pronovost PJ. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. J Am Coll Surg. 2006;202(5):746-52.
144. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmueller C, Pronovost PJ. Patient Safety in Surgery. Ann Surg 2006;243(5):628–35.
145. Mannion R, Konteh FH, Davies HT. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. Qual Saf Health Care 2009;18:153–56.

146. Manser T, Harrison TK, Gaba DM, Howard SK. Coordination patterns related to high clinical performance in a simulated anesthetic crisis. *Anesth Anal* 2009;108:1606–15.
147. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:143–51.
148. Mardon RE, Khanna K, Sorra J, Dyer N, Famolaro T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf* 2010;6(4):226–32.
149. Marmienė L, Kalėdienė R. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktikčių valdymą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. *Sveikatos politika ir valdymas* 2015;1(8):29–45.
150. Matsubara S, Hagihara A, Nobutomo K. Development of a patient safety climate scale in Japan. *Int J Qual Health C* 2008;20(3):211–20.
151. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care* 2014;28(6):526–33.
152. Mekšriūnaitė S, Rudaitis K, Valintėlienė R. Nepageidaujamų įvykių registravimo ir mokymosi sistemos diegimas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse: esama padėtis ir poreikiai. *Visuomenės sveikata* 2015;1(68):40–5.
153. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ* 2004;328:199.
154. Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary Electronic Reporting of Medical Errors and Adverse Events: An Analysis of 92,547 Reports from 26 Acute Care Hospitals. *J Gen Intern Med* 2006;21(2): 165–70.
155. Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implication for patient safety. *J Am Coll Surg* 2008;206(1):107–12.
156. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire – ambulatory version. *J Gen Intern Med* 2007;22:1–5.
157. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL, McGinnes R, Dunt D, Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2013;22(1):11–8.
158. Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m. [Žiūrėta 2014 m. lapkričio 13 d.] Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>.
159. Nadzam M.D. Nurses'role in communication and patient safety. *J Nur Care Qual* 2009;24(3):184–88.
160. National Patient Safety Agency. Seven step to patient safety. The full reference guide. 2004. [cited 2014 Mar 11] Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>
161. Nielsen KJ. Improving safety culture through the health and safety organization: A case study. *J Safety Res* 2014;48:7–17
162. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12:17–23
163. Nilsen P, Nygren M, Ohn A, Roback K: [Patient safety: hard to attain, hard to measure]. *Läkartidningen* 2012, 20–21:1028–1031.
164. Nygren M, Roback K, Öhn A, Rutberg H, Rahmqvist M, Nilsen P. Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:52.

165. Occelli P, Quenon JL, Kret M, Domecq S, Delaperche F, Claverie O, et al. Validation of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(4):459-68.
166. Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, Vincent C. Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):40-4
167. Pacientų sauga PaSQ. [Žiūrėta 2013 rugsėjo 4 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/487>.
168. Paškevičius L. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas* 2014;1(6):133–56.
169. Paškevičius L. Pacientų saugos samprata. Pacientų saugos įvykiai ir jų valdymas sveikatos priežiūroje. VU Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas. 2014.09.24. [Žiūrėta 2015 m. vasario 17 d.]. Prieiga per internetą: <http://web.vu.lt/mf/a.berzanskyte/files/2012/09/SP-sauga-LP-2014.pdf>.
170. Petkuvienė L, Istomina N. Slaugytojų požiūrio į slaugytojo ir socialinio darbuotojo kompetencijas analizė. *Slauga:mokslas ir praktika* 2006;6(114):6-11.
171. Petrauskienė A. Komandinio darbo prielaidos palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje. *Slauga. Mokslas ir praktika* 2001;11-12(59-60):16–9.
172. Pfeiffer Y, Briner M, Wehner T, Manser T. Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Med Wkly* 2013, 12,143: w13881.
173. Pham CJ, Girard T, Pornovost JP. What to do with healthcare Incident reporting systems. *Am J Public Health* 2013;2:e27.
174. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;320(7227):114-116.
175. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, Sexton J, Holzmüller CG, Paine L, et al. Implementing and Validating a Comprehensive Unit-Based Safety Program. *J Patient Saf* 2005;1:33–40.
176. Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf* 2004; 30:59–68.
177. Psichologijos žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla; 1993.
178. Pukėnas K. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa: mokomoji knyga. Kaunas: LKKA; 2010.
179. Pumar-Méndez M, Attree M, Wakefield A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: A review of the literature. *Nurse Education Today* 2014 24(2):162–70.
180. Raeissi P, Reisi N, Nasiripour AA. Assessment of Patient Safety Culture in Iranian Academic Hospitals: Strengths and Weaknesses. *J Patient Saf*. 2015 Jul 17. [Epub ahead of print].
181. Rasmussen K, Pedersen AH, Pape L, Mikkelsen KL, Madsen MD, Nielsen KJ. Work environment influences adverse events in an emergency department. *Dan Med J* 2014;61(5):A4812.
182. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2007;13:732-36.
183. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000,320:768-70.

184. Reiman T, Pietikäinen E, Oedewald P. Multilayered approach to patient safety culture. *Qual Saf Health Care qshc*. Published Online First: 19 August 2010 doi:10.1136/qshc.2008.029793.
185. Ridelberg M, Roback K, Nilsen P. Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: a qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nurs* 2014; 13:23.
186. Rivard PE, Elixhauser A, Christiansen CL, et al. Testing the association between patient safety indicators and hospital structural characteristics in VA and nonfederal hospitals. *Med Care Res Rev* 2010;67:321–41.
187. Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J* 2010;123:68–78.
188. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care* 2013;25(4):469-75.
189. Rodrigues SP, van Eck NJ, Waltman L, Jansen FW. Mapping patient safety: a large-scale literature review using bibliometric visualisation techniques. *BMJ Open* 2014;13;4(3):e004468.
190. Rogers SO, Gawande AA, Kwaan M. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery* 2006;140:25–33.
191. Rowin EJ, et al. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(9): 537–45.
192. Safety Attitudes Questionnaire Scale Computation Instructions. [2014 Nov 03]. Available from:: <https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/Scale-Computation-Instructions.pdf>
193. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh* 2010;42(2):156-65.
194. Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice* 2003;20(3):231-236.
195. Sandra G. Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Serv Res* 2007;7:17.
196. Sapežinskienė L, Švedienė L, Guščinskienė J. Socialinio darbuotojo vaidmuo reabilitacijos specialistų komandoje (tyrimo metodika). *Medicina* 2003;9:879-83.
197. Scherer D, Fitzpatrick J. Perceptions of patient safety culture among physicians and RNs in the perioperative area. *AORN Journal* 2008;87:163–75.
198. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A. [Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records]. [Article in Danish]. *Ugeskr Laeger*. 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
199. Sexton JB, Helmreich R, Neilands T, Rowan T, Vella K, Boyden J, Roberts P, Thomas E. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006;6:44.
200. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, et al The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res* 2006;6:44.
201. Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, Pryor D, Hendrich A, Thomas EJ, et al. Teamwork in the operating room: frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*. 2006;105(50):877 – 84.
202. Sexton JB, Sharek PJ, Thomas EJ, Gould JB, Nisbet CC, Amspoker AB, Kowalkowski MA, Schwendimann R, Profit J. Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Qual Saf* 2014;23(10):814-22.

203. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL, et al. Frontline assessments of healthcare culture: Safety Attitudes Questionnaire norms and psychometric properties. Austin, TX: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2004. Technical Report No. 04-01
204. Shaw R, Drever F, Hughes H, Osborn S, Williams S. Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:279–83.
205. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2001;(43):1-668.
206. Singer S, Falwell A, Gaba D. Patient safety climate in US hospitals: variation by management level. *Med Care* 2008;46:1149-56.
207. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res* 2009;44:399-421.
208. Singer SJ, Falwell A, Gaba DM, Meterko M, Rosen A, Hartmann CW, et al. Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Manage Rev* 2009;34(4):300-11.
209. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care* 2009;47(1):23-31.
210. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care* 2003;12:112–18.
211. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal Gv, Groenewegen PP. The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res* 2008;8:230.
212. Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Wal G, Groenewegen PP: Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* 2009;18:292-6.
213. Snijders C, Kollen BJ, van Lingen RA, Fetter WP, Molendijk H; NEOSAFE Study Group. Which aspects of safety culture predict incident reporting behavior in neonatal intensive care units? A multilevel analysis. *Crit Care Med* 2009;37(1):61-7.
214. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21(4):285-91.
215. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Exploring relationships between patient safety culture and patients' assessments of hospital care. *J Nurs Adm* 2014;44:45-53.
216. Sorra J, Nieva VF. Psychometric analysis of MERS-TM Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey. Rockville, MD: Westat, under contract to Barents/KPMG, 2002. Contract No. 290-96-0004. Sponsored by the Agency for Healthcare Research and Quality.
217. Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2004. Prepared by Westat, under Contract 290-96-0004. AHRQ Publication 04-0041.
218. Stanišauskienė V. Karjeros sprendimus lemiančių veiksmų dinamika kartų kaitos kontekste. *Tiltai* 2015;2:1-20.
219. Stašys R. Sveikatos priežiūros paslaugų rinkos samprata, sudėtis ir specifika. *Tiltai* 1999;1:55-60.
220. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 2006;15(3):174-8.

221. Sveikatos apsaugos saugumo ir kokybės valdymo komitetas, saugaus medikamentų vartojimo ekspertų grupė. Terminų, susijusių su pacientų ir medikamentų sauga, žodynėlis [žiūrėta 2013 m. rugsėjo 4 d.] Prieiga per internetą: http://www.vaspvt.gov.lt/files/files/Zodynas_LT.pdf.
222. Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, Blackburn S, Strandjord TP, Klein EJ, Shafii J. Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics* 2004;114(3):729-35.
223. Thomas E, Sherwood G, Mulhollem J, Sexton BJ, Helmreich RL. Working together in the Neonatal Intensive Care Unit: Provider Perspectives. *J Perinatol* 2004; 24:552–9.
224. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*. 2003;31(3):956-9.
225. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf* 2009;5(3):145-52.
226. Travaglia JF, Westbrook MT, Braithwaite J. Implementation of a patient safety incident management system as viewed by doctors, nurses and allied health professionals. *Health (London)*. 2009;13(3):277-96.
227. Turner S, Ramsay A, Fulop N. The role of professional communities in governing patient safety. *J Health Organ Manag* 2013;27(4): 527-43.
228. Turunen H, et al. Patient safety culture in acute care: a web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *Int J Nurs Pract* 2013;19(6):609–17.
229. Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, Bukholm G. A cross-sectional study to identify organizational processes associate with nurse-reported quality and patient safety. *BMJ Open*. 2012 Dec 20;2(6).
230. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations. European Society for Quality in Healthcare-Office for Quality Indicators, Denmark, 2010. [cited 2013 Sep 03]. Available from: http://www.pasq.eu/DesktopModules/BlinkQuestionnaires/QFiles/448_WP4_REPORT%20%20Use%20of%20%20PSCI%20and%20recomman%20-%20March%20%202010.pdf
231. Vaicekauskienė V, Jankūnienė I. Socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumai gydant pacientą. *Pedagogika* 2009;93:38-46.
232. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros įstaigų veiklai tarnyba. Įstaigų asmens sveikatos priežiūros licencijų sąrašas. [Žiūrėta 2013m. spalio 10 d.] Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/150>.
233. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba. EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety) projekto aprašas [žiūrėta 2015 m. sausio 10 d.]. Prieiga per internetą: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/128>.
234. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos generalinio direktoriaus 2004 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr. T1-136 „Dėl pranešimų apie nesaugius ir neatitinkančius reikalavimų medicinos prietaisus pateikimo tvarkos patvirtinimo“ Valstybės žinios, 2004, Nr. 127-4586; 2008, Nr. 137-5434.
235. VanGeest JB, Cummins DS. An educational needs assessment for improving patient safety. National Patient Safety Foundation; 2003. [cited 2015 Jan 29] Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.9963&rep=rep1&type=pdf>
236. Varžinskienė L, Rudzevičiūtė J. Medikų požiūris į socialinio darbuotojo vaidmenį reabilitacijos specialistų komandoje. *Socialinis darbas* 2009;4(2):67-88.

237. Verbakel NJ, Van Melle M, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Exploring patient safety culture in primary care. *Int J Qual Health C*. 2014;26(6):585-591
238. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:517-9.
239. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med* 2003; 348(11): 1051-6.
240. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *Int J Qual Health Care* 2013;25(3):213-21.
241. Wallis K, Dovey S. Assessing patient safety culture in new Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *J Prim Health Care* 2011;3(1):35-40.
242. Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J. Yorkshire Quality and Safety Research Group. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. *BMC Health Serv Res* 2011;27;11:130.
243. Ward JR, Clarkson PJ. An analysis of medical device-related errors: prevalence and possible solutions. *J Med Eng Technol* 2004;28:2-21.
244. Waterson P, Griffiths P, Stride C, et al. Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Qual Saf Health Care* 2010;19:1-5.
245. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* 2014 May;23(5):359-72.
246. Weingart SN, Farbstein K, Davis RB, et al. Using a multihospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf* 2004;30:125-32.
247. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, Bates DW, Phillips RS. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med* 2005;20(9):830-6.
248. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ: British Medical Journal* 2000;320(7237):774-7.
249. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014;90:149-154.
250. Westrum R. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004;13:22-7
251. White P, McGillis Hall L. Patient Safety Outcomes. *Nursing Sensitive Outcomes.State of the Science*. Edited by Doran DM, 2003: 211-242.
252. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, Joint Commission International. Patient Safety Solutions. Geneva: World Health Organization; 2007.
253. WHO. Working together for health: the world health report 2006. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2006.
254. WHO: The Research Priority Setting Working Group of WHO Patient Safety, Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Geneva: WHO; 2008::1-2. [cited 2014 Jan 24] Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf webcite]
255. Wild E, Bradley H. The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31(1):13-20.
256. Wong J, Beglaryan H. Strategies for hospitals to improve patient safety: a review of the research Toronto: The Change Foundation; 2004.
257. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge 2005:2006: Clean Care is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2005.

258. World Alliance for patient safety. WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: World Health Organization; 2005. [cited 2014 Jan 24] Available from: http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting_Guidelines.pdf
259. World Health Organization. Fifty-fifth World Health Assembly A55/13 World Health Organization "Quality of care" Report by Secretariat (2002March23). [cited 2014 Jan 24] Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf.
260. Xuanyue M, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. JEBM 2013;6:43–9.
261. Zhu J, Li L, Zhao H, Han G, Wu AW, Weingart S. Development of a patient safety climate survey for Chinese hospitals: cross-national adaptation and psychometric evaluation. BMJ Qual Saf doi:10.1136/bmjqs-2013-002664.
262. Zohar D. Thirty years of safety climate research: reflections and future directions. Accid Anal Prev 2010;42:1517–22.
263. Žigutienė R, Riklikienė O. Sveikatos priežiūros specialistų tarpusavio sąveika komandoje. Slauga.Mokslas ir praktika. 2013;3(195):4-7.
264. Žydžiūnaitė V. Tyrimo dizainas: struktūra ir strategijos. Kaunas, Technologija; 2007.
265. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų 2013–2015 m. programos 4 prioriteto „Administracinių gebėjimų stiprinimas ir viešojo administravimo efektyvumo didinimas“ VP1-4.3-VRM-02-V priemonės „Viešųjų politikų reformų skatinimas“ „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ (kodas Nr. VP1-4.3-VRM-02-V-05-012) projekto aprašas. [Žiūrėta 2015 m. balandžio 15 d.] Prieiga per internetą:<http://www.hi.lt/vs-prieziuros-kokybes-gerinimas-diegiant-vs-technologiju-vertinimo-sistema-ir-nepageidaujamu-ivykiu-registravimo-sistema.html>.

PRIEDAI

1 priedas

Gerbiamas (-a) respondente, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto doktorantė Loreta Marmienė atlieka tyrimą, kurio tikslas – atskleisti sveikatos priežiūros įstaigų personalo požiūrį į pacientų saugos kultūrą. Anketa anoniminė, todėl tikimės atsakymų, kurie užtikrintų objektyvius ir patikimus tyrimo rezultatus. Dėkojame, kad sutikote dalyvauti tyrime, nes Jūsų nuomonė itin svarbi.

Prašytume atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir, priklausomai nuo to, kiek jis atitinka aplinką, kurioje Jūs dirbate, įvertinti 5 balų skale, kai 5 – visiškai sutinku, 1 – visiškai nesutinku. Pasirinktą atsakymo variantą pažymėkite **X**.

Eil. Nr.	TEIGINIAI	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku	Visiškai sutinku
		1	2	3	4	5
1.	Bendravimo atvirumas					
1.1.	Šiame skyriuje darbuotojai jaučiasi saugūs					
1.2.	Šiame skyriuje pasitaiko bendravimo problemų tarp darbuotojų					
1.3.	Šiame skyriuje dėl darbuotojų bendravimo problemų nukenčia pacientų priežiūros kokybė					
1.4.	Darbuotojai turi pastabų ar/ir pasiūlymų dėl darbo organizavimo gerinimo					
1.5.	Šiame skyriuje darbuotojai atvirai gali išsakyti skyriaus vadovui pastabas dėl darbo organizavimo					
1.6.	Šiame skyriuje darbuotojai laiku gauna informaciją, kuri susijusi su jų darbu					
1.7.	Šiame skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su gydytojais					
1.8.	Šiame skyriuje galima atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su slaugytojomis					
1.9.	Bendradarbiai paskatina vieni kitus aptarti visus nesklandumus susijusius su pacientų sauga					
1.10.	Darbuotojai tarpusavyje atvirai dalinasi informacija, jeigu kas nors nepasisekė atliekant savo pareigas					
1.11.	Skyriuje pasitarimų metu atvirai diskutuojama apie nepageidaujamus įvykius					

1.12.	Skyriuje pasitarimų metu atvirai diskutuojama apie neatitiktis					
2.	Darbas komandoje					
2.1.	Žinau, kas vadinama komandiniu darbu					
2.2.	Mano atliekamų pareigų sėkmė priklauso ir nuo kitų komandos narių veiksmų					
2.3.	Šiame skyriuje trumpi pasitarimai keičiantis pamainoms yra įprasti					
2.4.	Man patinka dirbti komandoje					
2.5.	Gydytojai ir slaugytojos dirba kaip koordinuota komanda					
2.6.	Dirbdamas (-a) šiame skyriuje žinau, už ką esu atsakingas (-a)					
2.7.	Šiame skyriuje kiekvienas darbuotojas atsako tik už savo veiksmus					
2.8.	Šiame skyriuje užtenka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą pacientams					
2.9.	Šiame skyriuje sulaukiu pagalbos iš kitų darbuotojų, kai nespėju atlikti savo užduočių					
2.10.	Šiame skyriuje darbuotojų darbo užduotys ir atsakomybės sritys yra aiškiai apibrėžtos dokumentuose					
2.11.	Darbuotojai žino, kad nuo kiekvieno atskirai atliekamų pareigų priklauso viso skyriaus darbo kokybė					
2.12.	Žinau visų darbuotojų vardus ir pavardes, kurie su manimi dirbo per paskutinę pamainą šiame skyriuje					
2.13.	Perkeliant pacientą iš vieno skyriaus į kitą įvyksta įvairių nesusipratimų					
2.14.	Ligoninės (priėmimo, stacionaro, diagnostinių, laboratorijos ir kt.) skyrių tarpusavio darbas yra gerai koordinuotas					
3.	Skyriaus vadovo vaidmuo					
3.1.	Skyriaus vadovas akcentuoja pacientų saugos svarbą skyriuje					
3.2.	Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti neatitiktis					
3.3.	Skyriaus vadovas skatina darbuotojus registruoti nepageidaujamus įvykius					
3.4.	Skyriaus vadovas skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti pacientų saugą					
3.5.	Skyriaus vadovas skatina darbuotojus teikti idėjas, kaip pagerinti darbo organizavimą					

3.6.	Skyriuje iškilus neaiškumams atliekant savo pareigas darbuotojai gali nedvejodami kreiptis pagalbos į skyriaus vadovą					
3.7.	Skyriuje organizuojami pasitarimai dėl pacientų saugos gerinimo					
3.8.	Skyriuje vadovas su darbo organizavimu susijusius sprendimus priima atsižvelgdamas į darbuotojų nuomonę					
3.9.	Skyriuje vadovas padeda spręsti iškilusius konfliktus dėl darbo organizavimo tarp darbuotojų					
3.10.	Darbuotojai pasitiki skyriaus vadovu					
3.11.	Skyriaus vadovas atsižvelgia į darbuotojų pasiūlymus dėl darbo organizavimo					
3.12.	Skyriaus vadovas skiria dėmesio pacientų saugos problemoms					
4.	Ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga					
4.1.	Ligoninės vadovybė susirūpina pacientų sauga tik kai gauna pacientų skundą					
4.2.	Ligoninės vadovybė kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga					
4.3.	Ligoninės vadovybei svarbu, kad darbuotojai registruotų neatitiktis					
4.4.	Ligoninės vadovybė atlieka pokyčius po neatitikčių analizės					
4.5.	Ligoninės vadovybė teigiamai vertina nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registraciją					
4.6.	Ligoninės vadovybė pripažįsta, kad darbuotojai gali klysti					
5.	Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas					
5.1.	Žinau, ką reikia žymėti kaip neatitiktį					
5.2.	Žinau, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį					
5.3.	Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį					
5.4.	Žinau, kur užregistruoti neatitiktį					
5.5.	Skyriuje siekiama išsiaiškinti įvykio, kuris galėjo sukelti pacientui žalą, priežastis					
5.6.	Skyriuje siekiama išsiaiškinti užregistruotos neatitikties priežastis					
5.7.	Manau, kad naudinga registruoti nepageidaujamus įvykius					
5.8.	Manau, kad naudinga registruoti neatitiktis					

5.9.	Informacija, gauta analizuojant nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, naudojama pacientų saugai šiame skyriuje gerinti					
5.10.	Darbuotojas, sukėlęs įvykį, kuris galėjo pakenkti ar pakenkė pacientui, yra palaikomas kolegų					
5.11.	Darbuotojai yra informuojami apie šiame skyriuje įvykusius nepageidaujamus įvykius					
5.12.	Darbuotojai yra informuojami apie skyriuje įvykusias neatitiktis					
5.13.	Darbuotojai yra informuojami apie šiame skyriuje gautus pacientų skundus					
5.14.	Įstaigoje yra patvirtinta neatitikčių registravimo sistema					
5.15.	Nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registravimo sistema padeda gerinti pacientų saugumą					
5.16.	Aš praneščiau apie nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį, jei registravimas būtų anoniminis					
6.	Grįžtamasis ryšys ir mokymasis					
6.1.	Darbuotojams sudarytos sąlygos gilinti savo profesines žinias ir įgūdžius					
6.2.	Šiame skyriuje nauji darbuotojai tinkamai supažindinami su neatitikčių ir nepageidaujamų įvykių registracija					
6.3.	Šiame skyriuje skyriaus vadovas skatina pasimokyti iš užregistruotų nepageidaujamų įvykių ir/ar neatitikčių					
6.4.	Man svarbus grįžtamojo ryšio užtikrinimas apie savo darbo kokybę					
6.5.	Man svarbus grįžtamojo ryšio užtikrinimas apie įstaigos darbo kokybę					
6.6.	Jeigu darbuotojas užregistruoja neatitiktį, jis žino tolimesnius neatitikties tyrimo veiksmus					
6.7.	Jeigu darbuotojas užregistruoja neatitiktį, jis informuojamas apie koregavimo ir prevencinius veiksmus					
6.8.	Esu susipažinęs su LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (2010-05-06 Nr. V-401)					
6.9.	Esu dalyvavęs skyriaus vidaus mediciniame audite pagal LR sveikatos apsaugos ministro įsakymą „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ (2008-04-29 Nr. V-338)					

6.10.	Esu susipažinęs su LT Sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) pateikimo tvarkos aprašo, sveikatos priežiūros ar farmacijos specialisto pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos ir paciento pranešimo apie įtariamą nepageidaujamą reakciją (ĮNR) formos patvirtinimo“ (2013-02-20 Nr. V-185)					
6.11.	Esu dalyvavęs mokymuose/konferencijoje/seminare pacientų saugos srityje					
6.12.	Norėčiau dalyvauti mokymuose/konferencijoje/seminare pacientų saugos srityje					

Bendra informacija apie Jus:

7. Jūsų užimamos pareigos:

- ☐ skyriaus vedėjas (-a)
- ☐ gydytojas (-a)
- ☐ vyresnioji slaugos administratorė
- ☐ slaugytoja
- ☐ kita

8. Jūsų darbo pagal specialybę patirtis:

- ☐ Mažiau nei metai
- ☐ 1–5 metų
- ☐ 6–10 metų
- ☐ 11–15 metų
- ☐ 16–20 metų
- ☐ daugiau nei 21 metus

9. Jūsų lytis:

- ☐ Vyras
- ☐ Moteris

10. Kiek laiko dirbate šioje ligoinėje?

- ☐ Mažiau nei metai
- ☐ 1–5 metų
- ☐ 6–10 metų
- ☐ 11–15 metų
- ☐ 16–20 metų
- ☐ daugiau nei 21 metus

11. Skyrius, kuriame Jūs dirbate:

- ☐ Vidaus ligų
- ☐ Chirurgijos
- ☐ Reanimacijos ir intensyvios terapijos
- ☐ Priėmimo-skubios pagalbos
- ☐ Anesteziologijos
- ☐ Kardiologijos
- ☐ Neurologijos
- ☐ Vaikų ligų
- ☐ Kita_____

12. Ar esate per pastaruosius metus pranešęs apie neatitiktį?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

13. Ar esate per pastaruosius metus pranešęs apie nepageidaujamą įvykį?

- ☐ Taip
- ☐ Ne

14. Jūsų amžius:

- ☐ 21–30 m.
- ☐ 31–40 m.
- ☐ 41–50 m.
- ☐ 51–60 m.
- ☐ Vyresni nei 60 m.