

Laimutis PAŠKEVIČIUS

DAKTARO DISERTACIJA

KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS
ĮVYKIŲ VALDYMAS
LIETUVOS LIGONINĖSE

SOCIALINIAI MOKSLAI,
VADYBA (03S)
VILNIUS, 2017

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Laimutis Paškevičius

KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS
ĮVYKIŲ VALDYMAS
LIETUVOS LIGONINĖSE

Daktaro disertacija
Socialiniai mokslai, vadyba (03S)

Vilnius, 2017

Mokslų daktaro disertacija rengta 2011–2016 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Aleksandro Stulginskio universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Šiaulių universitetu Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2011 m. birželio mėn. 8 d. įsakymu Nr.V-1019 suteiktą doktorantūros teisę.

Mokslinė vadovė:

Prof. dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S)

„Klysti – žmogiška.

Slėpti klaidas – nedovanotina.

Nesimokyti iš klaidų – nepateisinama“.

(Seras Liamas Donaldsonas, Pasaulio pacientų saugos aljanso pirmininkas)

Šį darbą skiriu Mamos, palikusios mūsų pasaulį dėl gydytojo klaidos, šviesiam atminimui...

Nuoširdžiai dėkoju savo Mokytojams ir darbo Vadovei, įkvėpusiems ir paskatinusiems imtis šio darbo, už nuoširdžią pagalbą man veriant vartus į mokslo pasaulį.

Esu dėkingas tyrime dalyvavusiems ligoninių bei sveikatos politiką pacientų saugos srityje formuojančių ir įgyvendinančių institucijų ekspertams už geranoriškumą, nuoširdumą ir drąsą išsakant nuomones.

Rekomenduoju šį darbą tyrėjams, medicinos įstaigų vadovams, vadybininkams ir medikams, nes tikiu, kad jis bus naudingas gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir saugą, kad būtų išvengta beprasmių netekčių.

Viliuosi, kad jis atvers naujas perspektyvas mokslinėms išvalgoms ir tyrinėjimams, vadybiniams ir klinikiniais sprendimams, sutelks mokslininkus ir praktikus dirbti išvien, kuriant saugesnę sveikatos priežiūrą.

Tebūnie šis darbas mažas, tačiau svarbus žingsnis kylant tobulėjimo keliu kokybės kalno viršūnėje šviečiančio saugos žiburio link.

L. Paškevičius

TURINYS

SĄVOKOS IR SANTRUMPOS.....	7
LENTELĖS IR PAVEIKSLAI	10
ĮVADAS	13
1. PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ GENEZĖS IR VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI	24
1.1. Pacientų saugos įvykiai, jų genezė	24
1.1.1. Sąvokų, susijusių su pacientų saugos įvykių valdymu, apibrėžtys.....	24
1.1.2. Įvykių modelių samprata ir evoliucija.....	36
1.1.3. Kompleksinės sociotechninės sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų prigimties svarba valdant pacientų saugos įvykius ligoninėse	38
1.1.4. Apibendrinimas	56
1.2. Pacientų saugos pamatinių nuostatų ir jų įgyvendinimo pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje raida	57
1.2.1. Pacientų saugos judėjimas ir pacientų saugos pamatinių nuostatų raida.....	58
1.2.2. Pacientų saugos įvykių valdymo patirtis ES ir Lietuvoje.....	68
1.2.3. Apibendrinimas	81
1.3. Pacientų saugos įvykių valdymas ligoninėje sveikatos priežiūros sektoriaus viešojo valdymo kontekste.....	82
1.3.1. Viešojo valdymo modelių apibūdinimas.....	83
1.3.2. Viešojo valdymo modelių apraiškos Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje.....	89
1.3.3. Apibendrinimas	92
1.4. Pirmosios dalies apibendrinimas.....	93
2. DARBO METODOLOGIJA	94
2.1. Kiekybinio tyrimo metodika.....	95
2.1.1. Tyrimo tikslas.....	95
2.1.2. Tiriamieji, jų atranka	105
2.1.3. Tyrimo objektai, jų atranka	105
2.1.4. Anketinė apklausa	109
2.1.5. Statistinis duomenų apdorojimas	109
2.1.6. Apibendrinimas	110
2.2. Kokybinių tyrimų metodika.....	110
2.2.1. Kokybinių tyrimų tikslai.....	110
2.2.2. Ligoninės lygmens pacientų saugos ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu	110
2.2.3. Nacionalinio lygmens pacientų saugos ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu.....	117

2.2.4. Apibendrinimas	123
2.3. Antrosios dalies apibendrinimas	124
3. TYRIMŲ REZULTATAI	125
3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai	125
3.1.1. Pirmasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys	125
3.1.2. Antrasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys	135
3.1.3. Trečiasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys	139
3.1.4. Apibendrinimas	149
3.2. Kokybinių tyrimų rezultatai	150
3.2.1. Ligoninės lygmens pacientų saugos ekspertų apklausos rezultatai	150
3.2.2. Nacionalinio lygmens pacientų saugos ekspertų apklausos rezultatai	175
3.2.3. Ketvirtasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys	185
3.2.4. Penktasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys	186
3.2.5. Apibendrinimas	186
3.3. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo ligoninėje modelis	187
3.3.1. Modelio konstravimo ir veikimo pagrindai	188
3.3.2. Modelio struktūra, funkcijos, principinė schema	204
3.3.3. Apibendrinimas	218
3.4. Modelio veikimo kontekstas, įgyvendinimas	218
3.4.1. Modelio sąveika su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant pacientų saugą	218
3.4.2. Modelio veikimas viešojo valdymo kontekste	224
3.4.3. Modelio adaptavimas ir įgyvendinimas ligoninėse ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose	229
3.4.4. Apibendrinimas	250
3.5. Trečiosios dalies apibendrinimas	250
IŠVADOS	252
REKOMENDACIJOS	254
LITERATŪRA	258
PRIEDAI	281
SANTRAUKA	305
SUMMARY	343

SĄVOKOS IR SANTRUMPOS

Sąvokos

Sąvoka	Paaškinimai
Asmens sveikatos priežiūra (angl. <i>personal (individual) health care</i>)	Valstybės pripažįstamų fizinių ir juridinių asmenų veikla, kuria siekiama laiku nustatyti asmens sveikatos sutrikimus, užkirsti jiems kelią ir padėti asmeniui atgauti bei sustiprinti sveikatą (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994).
<i>Beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis</i> (angl. <i>near miss, close call</i>)	Situacija ar veiksnys, kuris galėjo tapti nepageidaujamu įvykiu, bet juo netapo atsitiktinai dėl sėkmingai susiklosčiusių aplinkybių ar laiku padarytos intervencijos. Tai klaidos medicinoje, kurios yra nustatytos ir išaiškintos iki joms sukeltam žalai pacientui (Patient Safety Organization, 2015).
<i>Įspėjamasis įvykis</i> (angl. <i>sentinel event</i>)	Saugos įvykis (netikėtas atsitikimas), galėjęs sukelti ar sukėlęs asmens (paciento, medicinos darbuotojo) sunkų fizinės ar psichinės būklės pažeidimą, neįgalumą ar mirtį. Lietuvoje terminas <i>įspėjamasis įvykis</i> galėtų būti sietinas su NĮ, įtrauktais į LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintą privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašą (LR sveikatos apsaugos ministras, 2010).
Klaida (angl. <i>error</i>)	Nukrypimas nuo suplanuoto veiksmų plano ar klaidingo plano panaudojimas siekiant užsibrėžto tikslo, nesvarbu, ar tai sukėlė, ar nesukėlė neigiamų pasekmių (Kohn L., Corrigan J., 2000).
<i>Nepageidaujamas įvykis</i> (angl. <i>adverse event</i>)	Įvykis, atsitikęs dėl sveikatos priežiūros organizavimo ir/ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų ir sukėlęs nepageidaujamus padarinius (nebūtiną žalą) paciento sveikatai ar gyvybei.
Nepageidaujamų įvykių pranešimo ir mokymosi sistema (NĮPMS) (angl. <i>Adverse events reporting and learning system</i>)	Sistema, skirta pranešti apie nepageidaujamus įvykius, juos analizuoti, parengti ir išplatinti rekomendacijas šių įvykių prevencijai, valdymui bei mokymuisi iš jų.
Pacientas (angl. <i>patient</i>)	Asmuo, kuris naudojasi sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepaisant to, ar jis sveikas, ar ligonis (Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas, 2009).
<i>Pacientų sauga</i> (angl. <i>patient safety</i>)	Sveikatos priežiūros įstaigos gebėjimas sėkmingai teikti saugias sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, užtikrinant kuo aukštesnį suplanuotų sėkmingų rezultatų lygį, jai veikiant įprastomis ar kintančios aplinkos sąlygomis (Hollnagel E., 2014)
<i>Pacientų saugos įvykis</i> (angl. <i>patient safety event</i>)	Įvykis ar aplinkybės, dėl kurių galėjo kilti ar kilo nebūtina žala pacientui (World Health Organization, 2009, 102–148).

Pacientų saugos kultūra (angl. <i>patient safety culture</i>)	Individualaus ir organizacinio elgesio bendrais įsitikinimais ir vertybėmis pagrįstas kompleksinis modelis, nukreiptas nuolat mažinti žalą pacientui, kuri gali būti padaryta teikiant jam sveikatos priežiūros paslaugas (Aspden P. <i>et al.</i> , 2004).
Pacientų saugos valdymas (angl. <i>patient safety management</i>)	Veikla, skirta stiprinti sveikatos priežiūros įstaigos gebėjimus teikti pacientams saugias paslaugas įgyvendinant įstaigos vadybinės-organizacinės bei klinikinės veiklos formas, didinančias saugios (geros) praktikos plėtrą ir mažinančias nesaugios praktikos atvejų pasireiškimą įstaigai, jai veikiant įprastomis ar kintančios aplinkos sąlygomis.
Pacientų saugos įvykių valdymas (angl. <i>patient safety events management</i>)	Veikla, užtikrinanti saugios praktikos plėtrą ir mažinanti nesaugios praktikos atvejų pasireiškimą sveikatos priežiūros įstaigoje, apimanti įvykių ar aplinkybių, galėjusių sukelti ar sukėlusių nebūtiną žalą pacientui, prognozavimą, išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimą, jų pasireiškimo riziką bei neigiamą poveikį mažinančių priemonių (saugos barjerų) diegimą, mokantis iš savo ir kitų teigiamos bei neigiamos saugos patirties.
Pavojus (angl. <i>hazard</i>)	Bet kas, kas gali sukelti žalą. Tai aplinka, technologijos ar žmogaus veiksmai, potencialiai galintys sukelti žalą pacientui, lankytojui, darbuotojui (National Quality Forum, 2006).
Pažeidimas (angl. <i>violation</i>)	Sąmoningas taisyklių, standartų, procedūrų nesilaikymas (nukrypimas nuo jų) (World Health Organization, 2007).
Rizika (angl. <i>risk</i>)	Nepageidaujamo įvykio atsitikimo ar jo pasikartojimo tikimybė.
Rizikos valdymas sveikatos priežiūroje (angl. <i>risk management in health care</i>)	Sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2007).
Sveikatos priežiūros paslaugos (angl. <i>health care services</i>)	Sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos, diagnostikos, pacientų gydymo, reabilitacijos, slaugos ir kitos paslaugos, kurias teikia sveikatos priežiūros specialistas ar sveikatos priežiūros specialistų komanda sveikatos priežiūros įstaigoje ir/ar paciento namuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2007).
Žala (angl. <i>harm, damage</i>)	Paciento patirti turtiniai nuostoliai, susiję su padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei, taip pat negautos pajamos, kurias nukentėjęs asmuo būtų gavęs, jeigu nebūtų padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei (mirtis, neįgalumas, sveikatos sutrikimas), taip pat paciento patirta neturtinė žala, kurią pacientui sukėlė sveikatos priežiūros darbuotojų neteisėta veika (veikimas, neveikimas) (Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, 2012).

Santrumpos

Santrumpa	Paiškinimas
ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga
ES	Europos Sąjunga
LAT	Lietuvos Aukščiausiasis Teismas
LR	Lietuvos Respublika
LRLI, Ligoninė	Lietuvos rajono lygmens ligoninė
LRS	Lietuvos Respublikos Seimas
Modelis	Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo modelis
NI	Nepageidaujamas (-i) įvykis (-iai)
NIPIMS	Nepageidaujamų įvykių pranešėjimo ir mokymosi sistema
EBPO (OECD)	Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija
PS	Pacientų sauga
PSI	Pacientų saugos įvykis (-iai)
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
SAM	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
SP	Sveikatos priežiūra
SPP	Sveikatos priežiūros paslaugos
VASPV	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

LENTELĖS IR PAVEIKSLAI

Lentelių sąrašas

1 lentelė.	Sąvokos <i>pacientų sauga</i> apibrėžtys.....	24
2 lentelė.	Sąvokos <i>pacientų saugos įvykis</i> apibrėžtys.....	26
3 lentelė.	Sąvokos <i>nepageidaujamas įvykis</i> apibrėžtys.....	28
4 lentelė.	Sąvokos <i>įspėjamas įvykis</i> apibrėžtys.....	30
5 lentelė.	Sąvokos <i>beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis</i> apibrėžtys.....	31
6 lentelė.	Sąvokos <i>rizika</i> apibrėžtys.....	32
7 lentelė.	Sąvokos <i>pacientui padaryta žala</i> apibrėžtys.....	33
8 lentelė.	Sąvokos <i>pacientų saugos įvykių valdymas</i> apibrėžtys.....	35
9 lentelė.	Sociotechninių sistemų kompleksiskumo lygiai.....	43
10 lentelė.	Pagrindinės sritys, kuriose dažniausiai identifikuojami NĮ registruojami į NĮPMS.....	73
11 lentelė.	Asmenų grupės, turinčios teisę pranešti apie NĮ į NĮPMS.....	74
12 lentelė.	Pranešimo apie NĮ priemonių paplitimas.....	75
13 lentelė.	NĮ analizės metodai.....	76
14 lentelė.	PS priemonių, neįtrauktų į tiriamų PS priemonių sąrašą, pavyzdžiai.....	98
15 lentelė.	PSĮ sukeliančių veiksnių ir PSĮ prevencijos priemonių (sistemų apsaugos barjerų, saugiklių) klasifikacija.....	101
16 lentelė.	Ligoninės lygmens ekspertų, atrinktų kokybiniam tyrimui, einamos pareigos.....	112
17 lentelė.	Duomenys apie ekspertų amžių pagal pateiktas amžiaus ribas.....	114
18 lentelė.	Duomenys apie ekspertų bendrą darbo stažą ASPĮ.....	114
19 lentelė.	Duomenys apie ekspertų administracinio darbo ASPĮ patirtį.....	114
20 lentelė.	Duomenys apie ekspertų asmens SPP teikimo darbo patirtį.....	114
21 lentelė.	Duomenys apie ekspertų įgytas specialybes (profesines kvalifikacijas).....	115
22 lentelė.	Temos bei temų sritys (klausimai) ekspertų grupinei diskusijai.....	116
23 lentelė.	Ekspertų atstovaujamos institucijos ir pareigos.....	118
24 lentelė.	Temos bei temų sritys (klausimai) SP sektoriaus megasistemos lygmens ekspertų grupinei diskusijai.....	120
25 lentelė.	Pirmoji Priemonių grupė „Klaidos priimant sudėtingus sprendimus“.....	126
26 lentelė.	Antroji Priemonių grupė „Klaidos dėl nepakankamai atidaus darbo“.....	127
27 lentelė.	Trečioji Priemonių grupė „Pamiršimo klaidos“.....	128
28 lentelė.	Ketvirtoji Priemonių grupė „Klaidos dėl nepakankamos veiklos kontrolės“.....	129
29 lentelė.	Penktoji Priemonių grupė „Galimybių padaryti klaidą sumažinimas“.....	130
30 lentelė.	Šeštoji Priemonių grupė. „Dėmesį blaškančių ir jų silpninančių veiksnių pašalinimas“.....	131
31 lentelė.	Septintoji Priemonių grupė „Pacientų daromos klaidos ir jų prevencija“.....	132
32 lentelė.	Pranešinėjimas ir priemonių jam patobulinti efektyvumas.....	136
33 lentelė.	PSĮ, apie kuriuos nepranešama, procentas.....	137
34 lentelė.	Darbuotojų <i>siekio</i> gerinti PS priklausomybė nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.....	140
35 lentelė.	Darbuotojų <i>galimybių</i> gerinti PS priklausomybė nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.....	141
36 lentelė.	Antrojo (vidurinio) lygio latentiniai veiksniai, išaiškinti pirminės faktorinės analizės metodu.....	145

37 lentelė.	Ryšiai tarp antrojo (vidurinio) lygio latentinių veiksmų ir Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.....	147
38 lentelė.	Ryšiai tarp trečiojo (aukščiausio) lygio latentinio veiksmio (bendrojo PS priemonių įgyvendinimo sunkumo) ir Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.....	148
39 lentelė.	Ekspertų aptartos temos, temų sritys (klausimai) ir jų kategorijos.....	151
40 lentelė.	Temos „Modelis, jo aktualumas, reikalingumas bei atitikimas Ligoninės poreikiams“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	152
41 lentelė.	Temos „Kliūtys Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	155
42 lentelė.	Temos „Prielaidos Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	162
43 lentelė.	Temos „Modelio bendradarbiavimas su kitomis PS suinteresuotomis institucijomis ir organizacijomis“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	168
44 lentelė.	Temos „Modelio tolesnis tobulinimas ir plėtra“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	171
45 lentelė.	Ekspertų aptartos temos, temų klausimai ir jų kategorijos.....	176
46 lentelė.	Temos „Modelio svarba, aktualumas, reikalingumas“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	177
47 lentelė.	Temos „Kliūtys (problemos, sunkumai) Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir jų empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	179
48 lentelė.	Temos „Galimybės (prielaidos, paskatos) Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir jų empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	182
49 lentelė.	Temos „Modelio tobulinimas, plėtra“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai.....	184
50 lentelė.	Modelio sudarymo ir veikimo principai.....	191
51 lentelė.	Organizacijos modeliai pagal atvirumo–uždarumo, mokymosi–nesimokymo ir skaidrumo–neskaidrumo požymių santykį.....	202
52 lentelė.	Mokymosi lygmenys pagal PS koncepcijas.....	211
53 lentelė.	Metodai, taikytini rizikoms (pavojingoms būklėms) išaiškinti.....	241
54 lentelė.	Metodai, taikytini nagrinėjant būklių, keliančių PSĮ pavojų, priežastis.....	243

Paveikslų sąrašas

1 pav.	Disertacinio darbo loginė schema: ginamieji teiginiai, jų pagrindimas tyrimais, gauti rezultatai.....	21
2 pav.	Disertacinio darbo struktūrinė schema.....	23
3 pav.	PSO Pacientų saugos aljanso PSĮ taksonomijos principinė schema.....	27
4 pav.	PĮAŽ (Procedūros, Įrankiai, Aplinka, Žmogus (centre), Žmonės) modelis.....	38
5 pav.	Sistemų klasifikacija pagal socialinių-technologinių sudėtingumą.....	41
6 pav.	Ligoninės kompleksinės sociotechninės SP sistemos rizikos veiksmų poveikio schema.....	46
7 pav.	Įvykio modelių taksonomijos schema.....	48
8 pav.	Domino įvykio priežastingumo teorinis modelis.....	49
9 pav.	J. Reason nepageidaujamų įvykių barjerų modelis.....	50
10 pav.	Saugios veiklos ribų modelis.....	51
11 pav.	Kompleksinis NĮ priežastingumo modelis.....	52
12 pav.	PSĮ valdymo priemonių atrankos etapai ir kriterijai.....	97

13 pav.	Pirmasis LRLI tipas „Didelės daugiaprofilinės rajono ligoninės“	107
14 pav.	Antrasis LRLI tipas „Mažos mažaprofilinės rajono ligoninės“	107
15 pav.	Trečiasis LRLI tipas „Plataus profilio padidinto darbo krūvio rajono ligoninės“	108
16 pav.	Sunkumų profilis, įgyvendinant Priemonę „Reikia užtikrinti, kad visi darbe reikalingi protokolai, nurodymai, standartai, kontroliniai sąrašai visada būtų po ranka, tai yra, būtų randami per kelias sekundes“	135
17 pav.	Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ryšiai su sunkumais, įgyvendinant PSĮ valdymo priemones.....	142
18 pav.	Sunkumų lygiai įgyvendinant PSĮ valdymo (išaiškinimo, analizės ir reagavimo) priemones Ligoninėje.....	143
19 pav.	Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir sunkumų, įgyvendinant Priemones, tarpusavio ryšių tyrimo schema	146
20 pav.	Modelio principinė schema.....	204
21 pav.	Modelio I blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmens) PS priemonėmis“	205
22 pav.	Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“	214
23 pav.	Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis“	216
24 pav.	Modelio veikimo konteksto schema	220
25 pav.	Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis pusėmis schema	223
26 pav.	Modelio, Ligoninės ir jų ryšių su nacionalinio lygmens PS institucijomis transformacija link atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos ir naujojo viešojo valdymo modelių darnaus derinio plėtros SP sektoriuje.....	227
27 pav.	Ligoninės transformacijos link atviros, skaidrios, besimokančios organizacijos ir PS didėjimo savitarpio skatinimo mechanizmas.....	228

ĮVADAS

Temos aktualumas

Pacientai turi teisę į saugią ir kokybišką SP. Jie kreipiasi į ASPĮ tikėdamiesi pagalbos atstatant ar sustiprinant sveikatą ir nesitiki joje patirti žalą sveikatai ar prarasti gyvybę. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje besigydantis pacientas patiria žalą dėl NĮ, kuriuos lemia SP organizavimo ar paslaugų teikimo trūkumai. Mokslinių tyrimų duomenimis, pasaulyje NĮ skaičius intensyviosios priežiūros ligoninėse siekia 3–17 proc., o Europoje – 8–12 proc. (Baker G. R. *et al.*, 2004; Davis P. *et al.*, 2002; European Commission, 2009, 2016; An organization with a memory, 2000). Jungtinėje Karalystėje 3,6 proc. mirčių ligoninėse įvyksta dėl išvengiamų SP teikimo ir ligonių priežiūros klaidų (Hogan H. *et al.*, 2015); jeigu šis santykis būtų pritaikytas EBPO (OECD) šalims, išvengiamų mirčių skaičius jose siektų per 175 tūkstančius (Yu A. *et al.*, 2016). Pagal JAV Medicinos instituto atliktus tyrimus, JAV nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. pacientų miršta kasmet ligoninėse dėl NĮ, kurių buvo galima išvengti (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Europos šalyse nuo su SP susijusių infekcijų nukenčia apie 5 proc. (4,1 mln.) pacientų per metus, apie 37 tūkst. jų kasmet miršta nuo šių infekcijų, be to su šiomis infekcijomis dar yra susiję apie 110 tūkstančių mirties atvejų (Europos Taryba, 2009; ECDPC, 2015).

Europos Komisijos užsakymu ES šalyse atliktas PS tyrimas parodė, kad 50 proc. apklaustų ES gyventojų mano galintys patirti žalą gaudami SPP jų gimtojoje šalyje, o 26 proc. apklaustųjų nurodė, kad jie ar jų šeimos nariai patyrė NĮ ASPĮ-oje (European Commission, 2010).

NĮ sukelia ligoninėms, SP sektoriams ir valstybėms didelius finansinius nuostolius. Apie 13–16 proc. ligoninių sąnaudų patiriama dėl su SP susijusių sužeidimų ar sveikatos problemų (Europos Komisija, 2012). JAV kasmet NĮ padaryta žala vertinama nuo 17 mlrd. iki 29 mlrd. JAV dolerių. Vien gydymo vaistais klaidos kasmet JAV ligoninėms sudaro per 2 mlrd. JAV dolerių nuostolių. Su SP susijusių infekcijų padariniai kasmet ES šalių ligoninėms kainuoja 5–7 mlrd. eurų (Europos Komisijos sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas, 2012). Jungtinėje Karalystėje dėl įvykusių NĮ hospitalizacijos laikotarpio pailgėjimas šalies SP sektoriui papildomai kainuoja apie 2 mlrd., teisminiams ieškiniams patenkinti kasmet papildomai išleidžiama dar apie 400 mln., o per daugelį metų susikaupusi potencialių ieškinių suma gali siekti per 2,4 mlrd. svarų sterlingų (Department of Health, 2002). *Ernst & Young* audito kompanijos 2013 m. atliktoje studijoje, perkėlus į Lietuvos kontekstą kitose valstybėse skelbtus NĮ tyrimų duomenis, nustatyta, kad dėl NĮ pailgėjusios gulėjimo ligoninėje trukmės, mirties ir neįgalumo atvejų Lietuvos valstybė kasmet praranda apie 9,2 mlrd. Lt, tai sudaro apie 8,66 proc. metinio šalies bendrojo vidaus produkto (Ernst & Young, Paškevičius L. *et al.*, 2013). Pažymėtina, kad nuo 50 iki 70 proc. dėl NĮ padaromų klaidų medicinoje galėjo būti išvengta, jei būtų taikomos sisteminės jų prevencijos priemonės (World Health Organization, 2016).

Taigi, mokslinių tyrimų PS srityje rezultatai rodo, kad SP sistema ir jos organizacijos nėra saugios pacientams. Nors per pastarąjį šimtmetį įvyko didžiulė mokslo ir technikos pažanga SP sektoriuje, sparčiai diegiamos modernios technologijos, taikomi inovatyvūs saugesni diagnostikos ir gydymo metodai, SP sektoriui ir jo organizacijoms vis dar būdinga ypač didelė rizika ir aukštas klaidų potencialas, o NĮ, pasireiškiančių pacientų sveika-

tos sužalojimu ar mirtimi bei sukeliančių didelius moralinius, socialinius bei finansinius nuostolius pacientams ir jų artimiesiems, ASPĮ, SP sektoriams ir bendrai, valstybių ekonomikoms, dažnis bei jų sukeltos žalos mastas yra neleistinai dideli. Todėl saugios SP užtikrinimas ASPĮ-ose teikiant pacientams SPP išlieka vienu svarbiausių XXI a. SP iššūkių ir prioritetu planuojant, organizuojant ir pertvarkant SP sektorius tarptautiniu, nacionaliniu (šalies) ir lokaliu (ASPĮ) lygmenimis.

Būtinybė apsaugoti pacientus nuo žalos ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose sukėlė plataus masto tarptautinį ir nacionalinį (šalies lygmens) PS judėjimus. Tarptautinis PS judėjimas pradėjo formuotis XX a. paskutinį dešimtmetį, jam impulsą suteikė 1999 m. JAV Medicinos instituto atlikta studija „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000), o didžiausią pagreitį jis įgavo XXI a. pirmąjį dešimtmetį, kuomet lyderystę PS srityje tarptautiniu lygmeniu prisiėmė Pasaulio pacientų saugos aljansas (World alliance for Patient safety, 2004), į šią veiklą įsitraukė kitos didelį politinį svorį tarptautinėje arenoje turinčios organizacijos (PSO, Europos Komisija); jos išleido tarptautinio lygmens politines deklaracijas (Europos Komisija, 2005; Europos Taryba, 2009 ir kt.), inicijavo mokslinius tyrimus PS srityje, išleido PS užtikrinimo ir gerinimo rekomendacijas, kitus strateginio lygmens dokumentus. Nacionalinis pacientų saugos judėjimas Lietuvoje prasidėjo XX a. paskutiniame dešimtmetyje, – pradėta formuoti Lietuvos nacionalinę sveikatos politiką, kurti viešojo administravimo institucijų, kurujančių priskirtas PS sritis, tinklą, rengti teisės aktus, reglamentuojančius PS (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2004); Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010 ir kt.), bei atlikti mokslinius tyrimus ir studijas PS srityje (Brogienė D., 2010; Giedrikaitė R., 2008; Marmienė L., 2015; Ernst & Young, Paškevičius L. *et al.*, 2013; Valintėlienė R. *et al.*, 2015 ir kt.).

Įvertinus tiek tarptautinio, tiek nacionalinio PS judėjimo veiklą, pažymėtina, kad daugeliu atvejų ji buvo ir išlieka *fragmentiška* ir orientuota į *retrospektyvą*, t. y. į jau įvykusius ir žala pasireiškusius NĮ registravimą ir mokymąsi iš jų *nacionaliniu lygmeniu*, nesuteikiant reikiamos svarbos šiems aspektams: 1) stokojama prevencinio požiūrio į PSĮ valdymą tiek nacionaliniu, tiek ASPĮ (instituciniu) lygmeniu; 2) stokojama dėmesio PSĮ identifikavimui ir analizei, nes pernelyg pasikliaujama nacionalinio lygmens NĮ pranešinėjimo (raportavimo) sistemomis; 3) stokojama dėmesio PSĮ plėtrai instituciniu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, jo darnai su nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimo iniciatyvomis bei rekomendacijomis. Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaupę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos dažniausiai lokaliame (ligoninės) lygmenyje išlieka tik deklaratyvus pobūdžio ir yra vangiai įgyvendinamos praktikoje, netampa pagrindu įstaigos PS priemonių sistemai formuoti. PS problematikos išviešinimas SP sektoriuje ir jo organizacijose yra santykinai „nauja“ tema, kuri istoriškai buvo laikoma konfidencialia, PS problemos buvo sprendžiamos glaustame ASPĮ padalinio ar medikų specialistų komandos rate, o ASPĮ vadybiniai gebėjimai ir patirtis šioje srityje yra menki, dažniausiai orientuoti į „gynybos mechanizmus“, o ne į sisteminius vadybinius pokyčius. Todėl tikėtina, kad susidariusią nepalankią PS srityje situaciją ligoninėse daugiausia lemia tai, kad *stokojama vadybinio-organizacinio mechanizmo*, kuris sudarytų galimybę ligoninėms kurti, diegti bei plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu lygmenimis integruotas PSĮ valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias

šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką bei galimybes, užtikrinant efektyvų PSĮ prevencinį valdymą bei saugesnę SP pacientams. Tai viena svarbiausių priežasčių, dėl kurių tarptautinio bei nacionalinio lygmenų rekomenduojamų PSĮ prevencijos ir valdymo priemonių įgyvendinimas ligoninės lygmenyje stringa, nesukelia laukiamo PS būklės pagerėjimo, neprideda prie tolesnės PS pažangos.

Todėl tikėtina, kad tokio PSĮ valdymo *vadybinio-organizacinio mechanizmo sukūrimas ir įgyvendinimas ASPĮ-ose* pasitarnaus sprendžiant PS problemas, užpildys šiuo metu egzistuojančią sąveikos tarp lokalaus (ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS užtikrinimo ir gerinimo lygmenų spragą bei užtikrins holistinį požiūrį į PS ir PSĮ valdymą ligoninėse bei kitose ASPĮ.

Visa tai rodo, kad tiriamoji problema aktuali, svarbi teoriniu bei praktiniu požiūriu, jos analizė prisidės toliau plėtojant mokslo žinias apie PS ir PSĮ valdymą bei praktiškai formuojant ir diegiant PSĮ valdymo sistemas ligoninėse, kitose ASPĮ-ose.

Problemos ištyrimo lygis

Moksliniai tyrimai, susiję su disertacijoje tyrinėjama tematika, *pasaulyje* vykdomi keliomis kryptimis. *NĮ paplitimą ir epidemiologiją nagrinėjo*: Assiri G., Grant L., Aljadhey H., 2015; Galt K. *et al.*, 2014; Lessing C., Schmitz A., Schrappe M., 2012; Wilson R. *et al.*, 2012; Cormack D., 2002 ir kiti mokslininkai. *Teorines metodines PS ištyrimo prielaidas ir metodus analizavo*: Reason J., 1997, 2000, 2003; Vincent U., 1999, 2004, 2006; James J. T., 2013; Hurwitz B., Sheikth A., 2009; Hazell L., Shaki S. A., 2006; Kaushal R., Bates D. W., 2001 ir kiti mokslininkai. *Organizacinės kultūros, PS kultūros formavimo ir poveikio PS ir PSĮ valdymui aspektus vertino*: Waterson P., 2014; Robb G., Seddon M., 2010; Huang D., Clermont G., Kong L., 2010; Singer S., Falwell A., Gaba D., 2009; Hazell L., Shaki S. A., 2006; Leape L. L., Fromson J. A., 2006 ir kiti mokslininkai. *Nacionalinio lygmens NĮ valdymo priemonės bei jų poveikį PS nagrinėjo*: Reiman T., Pietikäinen E., Oedewald P., 2010; Tamuz M., Harrison M., 2006; Rouse W. B., 2008; Aspden P. M. *et al.*, 2004; Boxwala A. *et al.*, 2004; Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000 ir kiti mokslininkai. *PSĮ valdymo vadybinius metodus bei priemones ASPĮ lygmeniu vertino*: Hollnagel E., 2014; James J. T., 2013; Lay-Yee R., Scott A., Davis P., 2013; Bar-Yam S. *et al.*, 2012; Levinson D. R., 2012; Dillon B. S., 2012; Carlson C., 2012; Croskerry P. *et al.* 2009; Campbell S., 2009; AlDebei M. M., El-Haddadeh R., Avison D., 2008; Boxwala A. *et al.*, 2004; Battles J. B., Lilford R. J., 2003; Lee R. C., Donaldson C., Cook L. S., 2003 bei kiti mokslininkai.

Lietuvoje PS ir PSĮ valdymo problematika patraukė įvairių specialybių tyrėjų, vykdančių tyrinėjimus keliose pagrindinėse tyrimų kryptyse, dėmesį. *NĮ paplitimą (epidemiologiją) Lietuvoje tyrė*: Nedzinskas E., Mekšrijūnaitė A., Rudaitis K., 2016; Janušonis V., 2005 ir kiti mokslininkai. *Teorinius-metodinius PS, PSĮ valdymo pagrindus nagrinėjo*: Brogienė D., 2010; Bubnienė D., Ruževičius J., 2010; Paškevičius L., 2014 ir kiti tyrėjai. *Pacientų požiūrio į PS ir NĮ įvairius aspektus Lietuvoje nagrinėjo*: Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V., 2011; Laučienė M., 2005 ir kiti mokslininkai. *Medicinos darbuotojų požiūrį į PS ir NĮ Lietuvoje nagrinėjo*: Vaicekauskienė V., Jankūnienė I., Marmienė L., 2015; Kalėdienė R., 2015; Justickis V., Bandzevičienė R., Paškevičius L., Božokienė I., 2014; Kutkaitė S., Brogienė D., 2013; Petkuvienė L., Istomina N., 2006 ir kiti tyrėjai. *PS kaip integralią SPP kokybės užtikrinimo dalį nagrinėjo*: Jankauskienė D., 2012, 2016; Ruževičius J., 2007; Kosinskienė A., Ruževi-

čius J., 2010, 2011; Bubnienė D., Ruževičius J., 2010; Paškevičius L., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012; Jurkuvėnas V., Kanapeckienė V., 2011 ir kiti autoriai. *Nacionalinio lygmens NĮ valdymo priemonės PS užtikrinti tyrė*: Janušonis V., 2005; Brogienė D., Mačiulienė K., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012; Labanauskas L., Justickis V., Sivakovaitė A., 2013; Paulauskienė I., 2015 ir kiti mokslininkai. *ASPI valdymo vadybinius metodus bei priemones gerinant SPP kokybę ir saugą ASPI lygmeniu vertino*: Janušonis V., 2005; Ruževičius J., 2006; Valintėlienė R., 2015; Rudaitis K., Mekšriūnaitė S., Jerdiakova N., Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D., 2015; Valintėlienė R., Rudaitis K., Mekšriūnaitė S., Nedzinskas E., 2015 ir kiti. *Organizacinės kultūros poveikį PS nagrinėjo*: Jankūnienė I., Petrauskienė A., 2001; Vaicekauskienė V., 2009 bei kiti mokslininkai.

Ligoninės lygmenyje diegiamų PSĮ valdymo sistemų specifika, jų sąveikos su aukštesnio (nacionalinio, tarptautinio) lygmens PS iniciatyvomis aspektai ir vaidmuo adaptuojant aukštesnių lygmenų PSĮ valdymo priemones ligoninėje dar nesulaukė didesnio tyrėjų dėmesio (Paškevičius L., 2014) ir šioje disertacijoje nagrinėjami pirmą kartą.

Rengiant šios tematikos mokslinių publikacijų apžvalgą, EBSCO sistemoje buvo atlikta informacinė paieška pagal raktinius žodžius (teikiama kartu su rastų publikacijų skaičiumi): *patient safety department* – 2476; *patient safety officer* – 237; *patient safety unit* – 546; *patient safety executive* – 256; *hospital patient safety system* – 179; *hospital patient safety model* – 27. Atlikus informacinę paiešką ir apžvelgus mokslines publikacijas, kuriose minimi šie raktažodžiai, paaiškėjo, kad nei vienoje jų PS nebuvo nagrinėjama kaip visuminis, į ligoninės veiklą integruotas, reiškinys. Lietuvoje 2010–2012 m. ir 2012–2014 m. vykdyti du nacionalinio lygmens projektai, kurių tikslas – atlikti analizę dėl NĮPMS diegimo bei parengti NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelį. Projektų išvada – parengtas NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelis nacionaliniu lygmeniu, apibrėžtos jame ASPI funkcijos, teisės ar atsakomybės šioje sistemoje, orientuojantis į NĮ pranešinėjamą ir informacijos srautų valdymą, tačiau giliau PSĮ valdymo mechanizmai ASPI lygmenyje nebuvo nagrinėjami. Apžvelgtose publikacijose dėmesys skiriamas atskiriems PS aspektams (metodams, priemonėms, kt.), nesiejant jų su ligoninės veiklos, vadybinėmis-organizacinėmis ir klinikinėmis dimensijomis. Tai rodo, kad ši problema dar nėra pakankamai ištirta.

Būtent šiai problemai tirti ir yra skirtas šis disertacinis tyrimas, siekiant parengti *PSĮ valdymo vadybinį-organizacinį mechanizmą*, sudarysiantį galimybę ligoninėms bei kitoms ASPI užtikrinti kompleksinį (daugiaaspektį) PSĮ valdymą, įvertinus aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS lygių iniciatyvas ir rekomendacijas, jų pagrindu konstruojant bei parenkant įstaigos veiklos specifikai ir galimybėms pritaikytas PSĮ valdymo priemones.

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas

1. Atlikta su PS ir PSĮ valdymu susijusių sąvokų sampratų analizė, kurios pagrindu patikslintos ar pasiūlytos šių sąvokų reikšmės, svarbios konstruojant ir įgyvendinant parengtą Modelį Ligoninėje, išnagrinėtas siūlomų vartoti sąvokų santykis su kitomis mokslinėje literatūroje vartojamomis šios srities sąvokomis.
2. Apibendrintos šiuolaikinės NĮ priežastingumo koncepcijos, jų pagrindu pasiūlytas Kompleksinis nepageidaujamų įvykių priežastingumo modelis.

3. Atliktas teorinis ir empirinis ES šalių ligoninėse veikiančių PS, PSĮ valdymo sistemų taikymo praktinės patirties apibendrinimas, atskleistos giluminės šių sistemų veikimo ir raidos dimensijos bei identifikuoti funkciniai elementai, rekomenduotini konstruojant Ligoninės poreikiams pritaikytą kompleksinės PSĮ valdymo sistemos Modelį.
4. Sukurtas ir pagrįstas unikalus Kompleksinis PSĮ valdymo ligoninėje modelis (Modelis), derinantis PS užtikrinimo ir gerinimo bendrųjų (tarptautinio, nacionalinio lygmens), specialiųjų (Ligoninės lygmens) bendrinių ir specifinių priemonių įgyvendinimą su *retroaktyvių (retrospektyvių)*, *interaktyvių (reaktyvių)* ir *proaktyvių (prospektyvių)* PSĮ valdymo metodų ir technikų panaudojimu išsiaiškinti PSĮ, į juos reaguoti, nagrinėti ir taikyti prevenciją.

Darbo praktinė reikšmė ir pritaikymo kryptys

1. Patikslintos su PS ir PSĮ valdymu susijusių sąvokų (aktualių rengiant Modelį) sampratos sudarys galimybę Ligoninėms ir kitoms ASPĮ taikant tarptautinę gerąją praktiką PS srityje atlikti palyginamosios analizės tyrimus ir matuoti pažangą PS ir PSĮ valdymo srityje.
2. Parengtas LRLI poreikiams ir specifikai pritaikytas *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo modelis (Modelis)*, kurio pagrindu Ligoninės, pritaikydamos šiuolaikinio mokslo ir geros praktikos pasiekimus PS srityje bei atsižvelgdamos į Ligoninės veiklos specifiką, poreikius ir galimybes, galės sistemiskai kurti ir plėtoti kompleksines (visapusiškas, siejančias mokymąsi iš teigiamos ir neigiamos PS patirties), integruotas (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą), vientisas (apimančias PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą ir reagavimą), bendradarbiaujančias (su kitomis PS srityje veikiančiomis institucijomis), sinergiškai veikiančias (su nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis) *PSĮ valdymo sistemas*.
3. Įvertintos Modelio diegimo, adaptavimo Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai problemos, pasiūlyti jų sprendimo būdai, parengtos Modelio adaptavimo, diegimo ir įgyvendinimo Ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose rekomendacijos.
4. Įvertinti Ligoninės svarbiausiose veiklos srityse būtini vadybiniai-organizaciniai pokyčiai siekiant užtikrinti suderinamumą (kontingenciją) tarp Modelio ir Ligoninės (vientisos organizacinės sistemos) funkcionavimo.
5. Atlikta Modelio veikimo konteksto analizė, nustatyti Modelio pagrindu parengtomis kompleksinėms PSĮ valdymo sistemoms diegti ir veikti būtini išorinės vadybinės-organizacinės aplinkos pokyčiai, atskleistas viešojo valdymo modelių poveikis Modeliui, įvertinti Modelio bendradarbiavimo su Ligoninės kitomis veiklos sritimis bei kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninės ir nacionaliniu lygiais aspektai.

Tyrimo objektas ir dalykas

Tyrimo objektas – PSĮ valdymas.

Tyrimo dalykas – PSĮ valdymas užtikrinant bei gerinant PS Ligoninėse.

Tyrimo objekto ir dalyko pasirinkimą lėmė šie faktoriai:

1. Stacionaraus profilio ASPĮ (ligoninėse), skirtingai nuo ambulatorinio, NĮ pasireiškimo rizika, dažnis ir jų sukeliama žalos mastas yra žymiai didesnės apimties dėl jų teikiamų SP paslaugų specifikos. Todėl PSĮ valdymo efektyvinimas stacionariųjų SP paslaugų teikėjų sektoriuje yra svarbesnis, turės žymiai didesnę teigiamą poveikį užtikrinant ir gerinant PS. LRLI pasižymi ženkliai blogesne situacija PS srityje palyginti su universiteto, respublikos ir regiono lygmens ligoninėmis. 2013–2014 m. VASPVT atlikti ASPĮ veiklos kokybės vertinimai parodė, kad LRLI pasižymi ženkliai blogesniais PS rodikliais, lyginant su universiteto, respublikos ir regiono lygmens ligoninėmis (VASPVT, 2014).
2. LRLI sudėtingiau negu universiteto, respublikos ar regiono lygmens ligoninėms pritraukti ir išlaikyti aukštos kvalifikacijos specialistus (medikus, mokslininkus, vadybininkus), vykdyti mokslinę tiriamąją veiklą, diegti mokslo ir praktikos naujoves PSĮ valdymo srityse. Todėl tikėtina, kad LRLI-ose ne tik labiau pasireiškia PSĮ sukeliantys veiksniai, nulemiantys prastesnę PS būklę jose, bet čia susiduriama ir su didesniais sunkumais kuriant, diegiant ir plėtojant PSĮ valdymo sistemas. Todėl šis tyrimo dalyko pasirinkimas leis geriau identifikuoti PSĮ valdymo bei vadybines-organizacines problemas, su kuriomis bus susidurta diegiant jose siūlomą PSĮ valdymo modelį bei numatyti veiksmingas jų sprendimo priemones.
3. LRLI pasirinkimas yra tinkamas įvertinus ir tai, kad, skirtingai nei kitų lygių ligoninės, jos turi panašų, teisės aktais reglamentuotą teikiamų SPP spektrą, panašią struktūrą bei panašius iššūkius PS ir PSĮ valdymo srityje.

Tyrimo apribojimai

1. Apsibrėžiant disertacinio tyrimo objektą ir dalyką, jie atsieti nuo kitų artimų, tačiau likusių už disertacinio tyrimo ribos, tyrimo objektų ir dalykų: a) disertacinio tyrimo objektas apsiriboja tik pacientų saugos įvykių valdymu. Tai reiškia, kad visos kitos Ligoninės veiklos rizikos (finansinių išteklių, komunikacijos, technologinės, kt.), taip pat kitos su sveikatos priežiūra susijusios rizikos (Ligoninės darbuotojų ir lankytojų) ir jų valdymas šiame darbe nėra nagrinėjamos; b) disertacinio tyrimo dalykas apsiriboja *Lietuvos rajono lygmens ligoninių (LRLI) lygmeniu*. Tai reiškia, kad disertacinio darbo tyrimas neapėmė kitų lygmenų stacionarinio (universiteto, respublikos, regiono ligoninių) ir ambulatorinio profilio (poliklinikų, šeimos gydytojo kabinetų, kt.) ASPĮ.
2. Disertaciniame darbe nekeltas tikslas sukurti tipinę PSĮ valdymo sistemą, kurią būtų galima „instaliuoti“ Ligoninėse, pakeičiant šiuo metu jose veikiančias PS, PSĮ valdymo sistemas ar jų komponentus. Todėl disertacijoje kuriama ne galutinė, parengta naudojimui PSĮ valdymo sistema, bet jos Modelis, kurio pagrindu ligoninė ar kita ASPĮ galės susikurti jos veiklos specifiką, poreikius ir galimybes atitinkančią, jai pritaikytą PSĮ valdymo sistemą. Taip pat nebuvo keltas tikslas atlikti išsamią PSĮ valdymo metodų, instrumentų ir priemonių palyginamąją analizę, suformuoti PSĮ valdymo visas „įrankių dėžės“ atskiriems procesams bei pateikti jų išsamius aprašymus (tai palikta atlikti pačioms Ligoninėms pagal jų veiklos specifiką bei sudaryta erdvė tolesniems moksliniams tyrinėjimams šioje srityje). Disertaciniame darbe iškeltas tikslas – remiantis teorine analize ir empirinių tyrimų rezultatais, parengti ir pasiūlyti PSĮ valdymo siste-

mos modelį, kuris atspindėtų PSĮ valdymo sistemai keliamus reikalavimus, ir pateikti rekomendacijas, kaip Ligoninės teikiamo Modelio pagrindu galėtų kurti ir įgyvendinti Ligoninės ir jos aplinkos kontekstui pritaikytas kompleksines PSĮ valdymo sistemas.

3. Disertaciniame darbe nebuvo iškeltas tikslas sukurti išsamų PS srities terminų klasifikatorių. Atsižvelgiant į tai, kad tarptautiniu ar nacionaliniu lygmenimis dar iki šiol nėra prieita vieningos nuomonės ir nėra priimtoms vieningos PS srities terminijos, o mokslinėje literatūroje šios srities sąvokos dažnai vartojamos apibrėžiant skirtingus reiškinius ar objektus, *darbe atlikta su PS ir PSĮ valdymu susijusių pagrindinių sąvokų sampratų analizė, pasiūlytos patikslintos sąvokos disertacinio darbo tikslams pasiekti*, kuriomis siūloma vadovautis Ligoninėms ir kitoms ASPĮ-oms diegiant pasiūlyto Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas. Pažymėtinas poreikis sukurti PSĮ išsamią taksonomiją ir PS srities terminų žodyną siekiant vienodai apibrėžti tapačius objektus bei reiškinius, tam būtini tolesni tyrėjų darbai tarptautiniu bei nacionaliniu lygmeniu.

Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – sukurti ir pasiūlyti Ligoninėms *kompleksinį PSĮ valdymo sistemos modelį*, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes, moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti ir apibendrinti PSĮ valdymo teorinius pagrindus.
2. Įvertinti tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo patirtį PSĮ valdymo srityje.
3. Įvertinti nacionalinio ir Ligoninės lygmens PS ekspertų požiūrius ir poreikius, susijusius su PSĮ valdymo sistemų kūrimu ir įgyvendinimu Ligoninėse.
4. Įvertinti PSĮ valdymo teorinius ir praktinius aspektus, nacionalinio ir Ligoninės lygmens PS ekspertų nuomones, identifikuoti mokslo įrodymais ir gerąja praktika pagrįstus PSĮ valdymo sistemos principus, elementus ir priemones.
5. Identifikuotų PSĮ valdymo sistemos principų, elementų ir priemonių pagrindu sukurti ir pasiūlyti Ligoninėms kompleksinės (visapusiškos (apimančios mokymąsi iš teigiamos ir neigiamos PS patirties), integruotos (užtikrinančios retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą), vientisos (apimančios PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimą ir prevenciją), bendradarbiaujančios (su kitomis PS kontrolę ir priežiūrą vykdančiomis, PS srityje veikiančiomis institucijomis), sinergiškai veikiančios (su nacionalinio ir tarptautinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis)) *PSĮ valdymo sistemos modelį (Modelis)*.
6. Įvertinti Modelio pritaikomumo Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai bei kitoms ASPĮ galimybes.
7. Įvertinti Modelio diegimo ir veikimo kontekstą (Modelio sąveikos su Ligoninėje veikiančiomis PS, PSĮ valdymo priemonėmis, Ligoninės vadybiniais-organizaciniais procesais; Modelio bendradarbiavimo su nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS institucijomis; Modelio funkcionavimo viešojo valdymo SP sektoriuje aspektais).

Ginamieji teiginiai

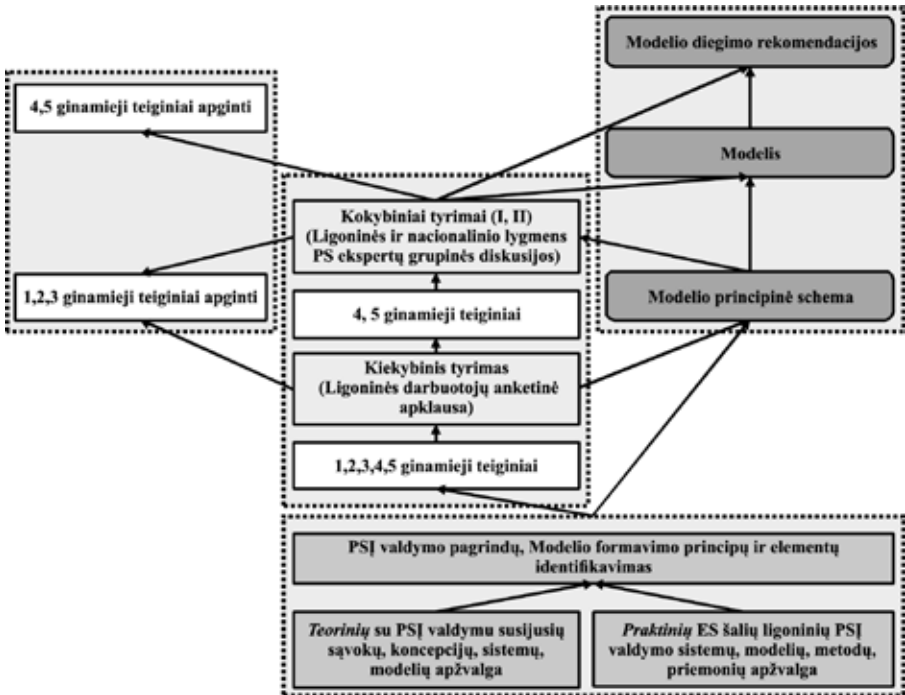
1. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, nepakanka pasikliauti vien tik vyraujančiu *retrospektyviu* (jau įvykusių) NĮ registravimu (pranešinėjimu) nacionalinėse NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integuotas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių* PSĮ valdymo metodų diegimą lokaliame (Ligoninės) lygmenyje.
2. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, aktyviai diegiamos NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemos turi būti pertvarkytos į vientisas PSĮ valdymo sistemas, apimančias šių įvykių *išaiškinimą, analizę, reagavimą ir prevenciją*.
3. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėje, tikslinga diegti ir plėtoti *darnią* PSĮ valdymo sistemą, jungiančią *įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones*, bei integruoti šią sistemą į *įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus*, prisidedant *prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo*.
4. Ligoninės PS sistema „amortizuoja“ tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl *jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą Ligoninėje gali pasireikšti tik užtikrinant koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis*.
5. Siekiant sistemškai užtikrinti ir gerinti Ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti Ligoninėms *kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelį*, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančias moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Tyrimo metodai

1. *Loginė analizė* taikyta nagrinėjant ir tikslinant pagrindines disertacijoje vartojamas su PS ir PSĮ valdymu susijusias sąvokas.
2. *Mokslinės literatūros analizė* pasitelkta apžvelgiant ir apibendrinant šiuolaikinius mokslo pasiekimus PS srityje, tiriant PSĮ priežastis ir pasekmes bei PSĮ valdymo patirtį Lietuvos ir kitų ES šalių ligoninėse. Rengiant teorinę disertacijos dalį, buvo apibendrinti Lietuvos ir kitų šalių mokslininkų moksliniai straipsniai, pranešimai, monografijos, disertacijos, šaltiniai internete, norminiai teisės aktai, metodinės rekomendacijos.
3. *Dokumentų analizė ir istorinių duomenų analizė* taikyta nagrinėjant tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų istorinę raidą ir patirtis PSĮ valdymo srityje.
4. *Anketavimas* panaudotas PSĮ prevencinio valdymo priemonių naudingumui, jų įgyvendinimo tikslingumui ir veiksmingumui įvertinti, taip pat šių priemonių taikymo problemoms identifikuoti.

5. *Ekspertų grupinės diskusijos metodu* atlikta LRLI ir nacionalinio lygmens PS ekspertų apklausa, siekiant išsiaiškinti jų poreikius ir lūkesčius, susijusius su PSĮ valdymu Ligoninėse bei jų nuomonę apie Modelį, jo įgyvendinimo LRLI kontekstą ir iššūkius.
6. *Stebėjimas dalyvaujant*. Disertacinio darbo autorius turi didelę asmeninę *tarptautinę* (4 m. ėjo Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacijos (ESQH) valdybos nario pareigas), *nacionalinę* (8 metai viešojo administravimo sveikatos priežiūros srityje (Sveikatos apsaugos ministerijoje kuravo SP kokybės ir saugos klausimus) bei *lokalią* (6 metų patirties teikiant SPP ASPĮ; 12 metų vadovavimo privačiai ASPĮ (koordinavo ir vadovavo šioje įstaigoje JAV, Jungtinės Karalystės, Vokietijos tarptautinių kokybės vadybos sistemų (8 tarptautinių standartų) diegimui) patirtį, yra *sertifikuotas* ir registruotas ISO 9001:2008 standarto Tarptautiniame sertifikuotų auditorių registre (IRCA) *vedančiuoju auditoriumi*; dirba *lektoriumi* (skaito paskaitas ir veda pratybas SP kokybės ir pacientų saugos tematika) VU Medicinos fakultete, todėl disertacijos tematiką ir reiškinius (PS, PSĮ valdymo sistemas, kt.) nagrinėja *teoriškai* ir *įgyvendina praktiškai*.

Disertacinio darbo loginė schema, nurodanti disertacijos ginamųjų teiginių pagrindimo tyrimais seką, pateikiama 1 pav.



1 pav. Disertacinio darbo loginė schema: ginamieji teiginiai, jų pagrindimas tyrimais, gauti rezultatai.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Disertacijos struktūra ir apimtis

Disertaciją sudaro įvadas, trys dalys, išvados ir rekomendacijos, literatūros sąrašas, priedai ir santrauka. Disertacijoje pateiktos 54 lentelės, 27 paveikslai, 2 priedai. Darbo apimtis – 280 puslapių (be priedų). Darbe panaudoti 394 literatūros šaltiniai.

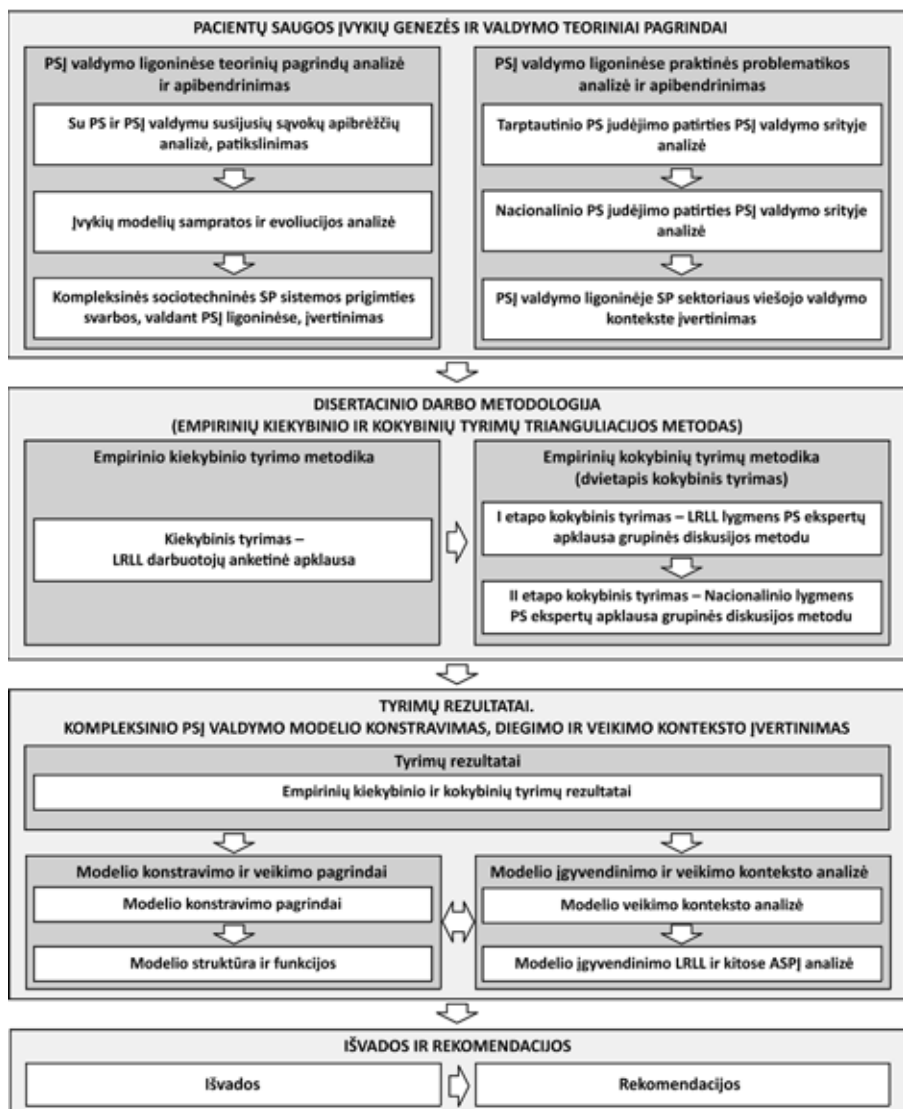
I disertacijos dalyje nagrinėjami PSĮ genezės ir valdymo teoriniai ir metodiniai pagrindai. Šią dalį sudaro trys skyriai: a) pirmajame skyriuje nagrinėjami PSĮ, juos sukeliančių veiksnių ir jų valdymo teoriniai pagrindai; b) antrajame skyriuje apžvelgiama, nagrinėjama ir apibendrinama tarptautinė ir nacionalinė PSĮ valdymo patirtis; c) trečiajame skyriuje analizuojamas viešasis PSĮ valdymo kontekstas Lietuvoje.

II disertacijos dalyje nagrinėjama disertacijoje atliktų empirinių tyrimų metodinė ir metodologinė problematika. Šią dalį sudaro du skyriai: a) pirmajame skyriuje aptariami kiekybinio tyrimo metodai ir organizavimas; b) antrajame skyriuje aptariami kokybinių tyrimų metodai ir organizavimas.

III disertacijos dalyje apibendrinami atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatai, jų pagrindu konstruojamas LRLL poreikiams ir veiklos specifikai pritaikytas Modelis, nagrinėjamas jo veiklos kontekstas, jo vidiniai (su kitomis Ligoninės struktūromis) ir išoriniai (su kitomis institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje) ryšiai, Modelio adaptavimo ir diegimo Ligoninėje ir kitose ASPĮ iššūkiai.

Remiantis disertaciniame darbe atliktų tyrimų rezultatais parengtos *išvados ir rekomendacijos*.

Disertacinio darbo struktūrinė schema pateikta 2 pav.



2 pav. Disertacinio darbo struktūrinė schema.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

1. PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ GENEZĖS IR VALDYMO TEORINIAI PAGRINDAI

1.1. Pacientų saugos įvykiai, jų genezė

Kuriant PSĮ valdymo Ligoninėse sistemos modelį svarbu suvokti įvykių genezės mechanizmus ir modelius, sisteminį požiūrį į jų valdymą kompleksinės sociotechninės prigimties SP sistemoje ir jos organizacijose bei įvertinti kuriamo modelio diegimui, veikimui ir plėtrai svarbų aplinkos kontekstą, jo poveikį. Taip pat labai svarbu apibrėžti disertaciniame darbe vartojamas su PS ir PSĮ valdymu susijusių sąvokų sampratą.

1.1.1. Sąvokų, susijusių su pacientų saugos įvykių valdymu, apibrėžtys

SP, SP kokybės ir esminės jos dimensijos – PS su ja susijusių sąvokų apibrėžimui turėtų būti keliami ypač aukšti reikalavimai, nes netikslus ar nevienodas šių sąvokų interpretavimas bei taikymas priimant klinikiškus ir vadybinius sprendimus gali suponuoti žalos pacientų sveikatai atsiradimą. Todėl šiame poskyryje bus įvertintos mokslinėje ir metodinėje literatūroje dažniausiai vartojamų su PSĮ valdymu susijusių sąvokų sampratos, jų vartojimo kontekstas bei pateiktos išgrynintos ir patikslintos disertaciniam tyrimui aktualių pagrindinių šios srities sąvokų apibrėžtys.

Sąvokos *pacientų sauga* samprata ir apibrėžtys

1 lentelėje pateikiami dažniausiai mokslinėje ir metodinėje literatūroje naudojamos sąvokos *pacientų sauga* apibrėžtys.

1 lentelė. *Sąvokos pacientų sauga apibrėžtys*

Nr.	Sąvokos <i>pacientų sauga</i> apibrėžtys
1.	Paciento laisvė nuo nereikalingos žalos sveikatos apsaugos sistemoje (World Health Organization, 2007).
2.	Žalos pacientui prevencija ir sumažinimas (National Quality Forum, 2006).
3.	Nesaugių veiksmų sveikatos apsaugos sistemoje sumažinimas ir/ar jų poveikio pacientui sušvelninimas, taip pat geriausias patirties, leidžiančios pasiekti optimalių rezultatų, panaudojimas (Davise J., Hebert P., Hoffman C., 2007).
4.	Laisvė nuo atsitiktinio sužalojimo, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat veiksmai, siekiant išvengti ar koreguoti nepageidaujamus su sveikatos priežiūra susijusius rezultatus ar užkirsti jiems kelią (Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005).
5.	Su pacientu susijusių rizikų ir atsitikimų nustatymas, analizė ir valdymas siekiant padaryti pacientų sveikatos priežiūrą saugesne ir sumažinti pacientui padaromą žalą (Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, 2005).
6.	Atskirų asmenų ir organizacijų veiksmai stengiantis apsaugoti sveikatos priežiūros paslaugų vartotojus nuo susijusios su tomis paslaugomis žalos (Spath P. L., 2000).

Nr.	Sąvokos <i>pacientų sauga</i> apibrėžtys
7.	Laisvė nuo atsitiktinio sužalojimo. Ji apima operacinių sistemų įrengimą ir procesus, kurie mažina klaidų tikimybę ir didina sugebėjimą susitvarkyti, kai jos įvyksta (Kohn L., Corrigan J. <i>et al.</i> , 2000).
8.	Nepageidaujamų rezultatų ir sužalojimų, kylančių iš sveikatos apsaugos sistemos venimas, numatymas ir sušvelninimas (Cooper J. B., 2000).
9.	Laipsnis, kuriuo sumažėja pacientų ir sveikatos priežiūros darbuotojų patiriamos rizikos, susijusios su gydymu ir jo aplinka (Joint Commission, 2005).
10.	Laisvė nuo nepriimtinos rizikos (Voges U., 2000).
11.	Laisvė nuo atsitiktinio sužalojimo (World Alliance for Patient Safety, 2005).
12.	Būklė, kai rizika yra sumažinta iki priimtino lygmens (National Audit Office, 2007).
13.	Įrodymais pagrįstų sprendimų priėmimas, stengiantis maksimaliai sumažinti neigiamą sveikatos priežiūros aplinkos poveikį pacientui ir kitiems asmenims (Aspden P. <i>et al.</i> , 2004).
14.	Pacientų saugos įvykių nebuvimas (Reason J., 2000).
15.	Tinkamas (teisingas) paslaugų teikimas arba sąlygos, kuriomis pasiekama kuo daugiau priimtinių (lauktinų) rezultatų (Hollnagel E., 2014; Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Analizuojant 1 lentelėje pateiktas sąvokos *pacientų sauga* apibrėžtis, išskirtinos šios sąvokos apibrėžimo dimensijos:

1. *Kaip paciento būklė, dėl jos atliekamas veiksmas, šio veiksmo rezultatas.* PS suvokiama kaip: tam tikra a) paciento būklė: paciento laisvė nuo pavojaus, nuo sužalojimo ir kt. (1, 4, 7, 10 ir 11 apibrėžimai); b) tam tikri asmenų ar organizacijų *veiksmai* (4, 5, 6, 13 apibrėžimai) ar sprendimų priėmimas (13 apibrėžimas), rizikų nustatymas, jų analizė ir valdymas (5 apibrėžimas); c) kaip tam tikras veiklos *rezultatas* (2, 3, 8, 9 apibrėžimai).
2. *Pagal nepatirtos žalos pobūdį ir apimtį.* PS apibrėžiama kaip laisvė nuo: a) vien *neriekalingos* žalos (1 apibrėžimas); b) *bet kokios* žalos (tiek reikalingos, tiek nereikalingos) (2 apibrėžimas); c) *nepriimtinos* žalos (10 apibrėžimas); d) *atsitiktinės* žalos (4, 11 apibrėžimai).
3. Kaip negatyvaus reiškinio ar padarinių (*PSĮ, NĮ skaičiaus, rizikos, žalos pacientui*) *pasi-reiškimo sumažinimą ar nebuvimą*. PS suvokiama kaip veikla, kuria siekiama sumažinti pacientams *riziką* (10, 12 apibrėžimai), *žalą* (1, 2, 5, 6, 8 apibrėžimai), *PSĮ pasireiškimą* (14 apibrėžimas). Šie apibrėžimai iš esmės atspindi *Pacientų sauga I* koncepciją, pagal kurią sauga apibrėžiama dvigubu neiginiu, t. y. kaip negatyvaus reiškinio (nesaugių įvykių, rizikos, žalos) nebuvimas.
4. *Kaip pozityvus reiškinys*, t. y. ASPI gebėjimas saugiai teikti saugias paslaugas pacientui įprastomis, kintančiomis ar neapibrėžtomis sąlygomis (*Pacientų sauga II* koncepcija) (15 apibrėžimas).

Apibendrinant galima teigti, kad mokslinėje ir metodinėje literatūroje vartojamos sąvokos *pacientų sauga* sampratos ir apibrėžtys skiriasi daugeliu esminių savybių, o tai reiškia, kad moksliniuose tyrimuose bei publikacijose ir jų teikiamose rekomendacijose vartojant terminą *pacientų sauga* dažnai turimi omenyje skirtingi dalykai.

Pažymėtina, kad klasikinė sąvokos *pacientų sauga* apibrėžtis suprantama kaip *pacientų saugos įvykių nebuvimas*, t. y. būklė, kuomet pacientas nepatiria PSI (t. y., *nesaugių įvykių*) sieja daugumą šiuo metu mokslinėje literatūroje vartojamų PS sampratų, atitinka *Pacientų saugos I* koncepciją. Tačiau pastaruoju metu mokslininkų, tyrinėjančių PS sritį, diskusijose vis labiau aptariama autorių E. Hollnagel ir J. Braithwaite išplėtotą *Pacientų saugos II* koncepcija (Hollnagel E., 2014; Hollnagel, E., Wears E., Braithwaite J., 2015), kurioje sąvoka *pacientų sauga* suprantama dar plačiau, t. y. į ją be „nesaugių įvykių nebuvimo“ (*Pacientų saugos I* koncepcija) įtraukiama ir visuma ASPI sukurtų veiklos sąlygų, didinančių ASPI atsparumą (stangrumą) (angl. *resilience*) – t. y. įstaigos gebėjimą veikti tinkamai (saugiai teikti saugias paslaugas) įprastomis, kintančiomis ar neapibrėžtomis sąlygomis, pasiekiant kuo aukštesnį planuojamų rezultatų (sėkmės atvejų) lygį. Todėl, disertacinio darbo tikslais, sąvokos *pacientų sauga* samprata vartojama platesniame, *Pacientų saugos II* koncepciją atitinkančiame kontekste, pagrindinį dėmesį skiriant prevenciniam PSI valdymui, suformuojant mechanizmus, stiprinančius įstaigos gebėjimus diegti mokslo ir gerosios (saugios) praktikos pasiekimus bei mokytis iš blogosios (nesaugios) savo ir kitų praktikos.

Sąvokos *pacientų saugos įvykis* samprata ir apibrėžtys

2 lentelėje pateikti dažniausiai mokslinėje ir metodinėje literatūroje vartojamos sąvokos *pacientų saugos įvykis* apibrėžtys.

2 lentelė. Sąvokos *pacientų saugos įvykis* apibrėžtys

Nr.	Sąvokos <i>pacientų saugos įvykis</i> apibrėžimai
1.	Neplanuotas ir netikėtas įvykis, kuris galėjo sukelti ar sukėlė žalą (National Patient Safety Agency, 2005).
2.	Atsitikimai, kurie apima nepageidaujamus įvykius, sukėlusius pacientui žalą, ir beveik įvykusius nepageidaujamus įvykius, kurie galėjo šią žalą sukelti (WHO, 2008, 2009).
3.	Įvykis ar aplinkybės, kurios galėjo baigtis ar baigėsi nebūtina žala pacientui (WHO, 2011).
4.	Įvykis ar aplinkybės, kurios galėjo sukelti ar realiai sukėlė nebūtiną žalą pacientui (WHO, 2007).
5.	Sąlygos, kuriomis kuo daugiau vyksta taip, kaip turi vykti ir dėl to neįvyksta nesaugūs įvykiai (Hollnagel E., 2014).

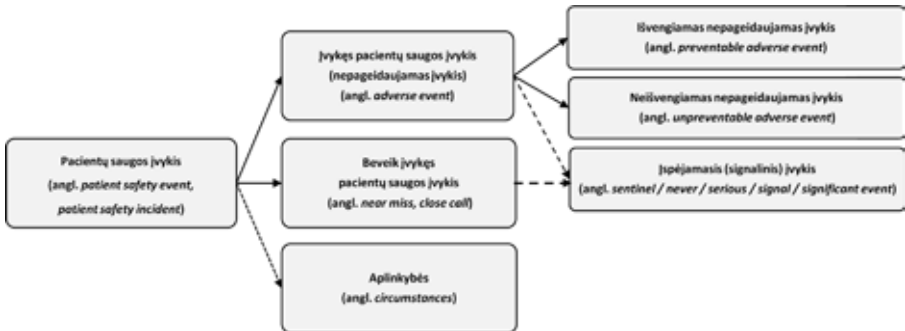
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Analizuojant 2 lentelėje pateiktas pacientų saugos įvykio sąvokos apibrėžtis, išskirtinos dvi šios sąvokos apibrėžimo dimensijos:

1. Kaip *neplanuotas ar netikėtas įvykis*, galėjęs sukelti ar sukėlęs žalą pacientui (1, 2 apibrėžimai).

2. Kaip *įvykis ar aplinkybės*, galėję sukelti ar sukėlę žalą pacientui (3, 4 apibrėžimai).
3. Kaip *sąlygos*, kurioms esant neįvyksta nesaugūs įvykiai (5 apibrėžimas).

Pažymėtina, kad 2007 m. PSO Pacientų saugos aljanso vadovaujama mokslininkų grupė, apibendrinusi pasaulinę labiausiai paplitusią PS srityje vartojamų sąvokų praktiką, parengė vieningo tarptautinio PS terminijos klasifikatoriaus projektą (WHO, 2007; The World Alliance for Patient Safety, 2009), kuriame PSĮ apibrėžė kaip „įvykį ar aplinkybes, galėjusius sukelti ar sukėlusius nebūtiną žalą pacientui“. 3 pav. pateikiama Pasaulio sveikatos organizacijos Pacientų saugos aljanso rekomenduojama valstybėms PSĮ taksonomijos principinė schema.



3 pav. PSO Pacientų saugos aljanso PSĮ taksonomijos principinė schema
Šaltinis: sudarytas pagal WHO, 2007, 2009.

Naujovišką, iš esmės kitokią sąvokos PSĮ sampratą *Pacientų saugos II* koncepcijoje pasiūlė mokslininkai E. Hollnagel, E. Wears ir J. Braithwaite (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015). Pasak šių tyrėjų, NI neįvyksta dėl to, kad jiems užkerta kelią tam tikri apsaugantys veiksniai. Dėl to, šių mokslininkų nuomone, *saugos įvykis* prilygintinas *saugiam įvykiui* (skirtingai nuo *Pacientų saugos I* koncepcijos, pagal kurią *saugos įvykis* prilyginamas *nesaugiam įvykiui*), kuomet apsauginiai veiksniai suveikė ir pacientui buvo suteiktos saugios paslaugos (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015).

Atlikus mokslinėje ir metodinėje literatūroje sąvokos *pacientų saugos įvykis* sampratų analizę, įvertinus tai, kad šiuo metu yra labiausiai paplitusi PSO Pacientų saugos aljanso pateikta ir rekomenduojama šalims vartoti PSĮ apibrėžtis, ji pasirinkta disertaciniame darbe apibrėžiant pacientų saugos įvykį: *įvykis ar aplinkybės, galėjusios sukelti ar sukėlusios nebūtiną žalą pacientui* (WHO, 2009, 102–148).

Sąvokos *nepageidaujamas įvykis* samprata ir apibrėžtys

Mokslinėje ir metodinėje literatūroje dažniausiai vartojami sąvokos *nepageidaujamas įvykis* apibrėžimai pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Sąvokos nepageidaujamas įvykis apibrėžtys

Nr.	Sąvokos nepageidaujamas įvykis apibrėžtys
1.	Sužalojimas, padarytas atliekant medicininius veiksmus, arba komplikacija, sukėlusį ilgesnį paciento hospitalizavimą ar/ir neįgalumą (Slee V. N., Slee D. A., Schmidt H. J., 1996).
2.	Nepageidaujamas rezultatas, kuris galėjo būti klaidos padarinys (Thomas E. J., Brennan T. A., 2001).
3.	Įvykis ar neapdairumas paciento medicininės priežiūros metu, sukėlęs jam fizinę ar psichologinę žalą (Department of Health, 2002).
4.	Sužalojimas, padarytas medicininės priežiūros metu, kurio padarinys yra išmatuojamas pacientų neįgalumas (Quality Interagency Coordination Task Force, 2000).
5.	Įvykis, dėl kurio pacientas patyrė žalą (WHO, 2008).
6.	Netyčinis ir netikėtas įvykis, tiesiogiai susijęs su teikiama pacientui priežiūra ar paslaugomis (Davise J., Hebert P., Hoffman C., 2003).
7.	Sužalojimas, kurį sukėlė medicininiai veiksmai, o ne paciento liga (Kaushal R., Bates D. W., 2001).
8.	Įvykis, kai pacientui ne tiek dėl jo susirgimo ar būklės, kiek dėl sveikatos priežiūros darbuotojo tyčinių veiksmų ar nerūpestingumo padaryta žala (Aspden P., Corrigan J. <i>et al.</i> , 2004).
9.	Nepageidaujamas sveikatos priežiūros įvykis, sukėlęs išmatuojamą paciento sužalojimą (Quality Interagency Coordination Task Force, 2000).
10.	Neplanuotas įvykis, netikėtas terapinis poveikis, jatrogeninis sužalojimas ar kitokie nepageidaujami reiškiniai, tiesiogiai susiję su sveikatos priežiūra ar paslaugomis, teikiamomis ligoninėje, poliklinikoje ar kitoje sveikatos priežiūros institucijoje ir galintys atsirasti dėl tyčinių veiksmų ar nerūpestingumo (Veterans Health Administration National Center for Patient Safety, 2015).
11.	Neplanuotas, nepageidautinas ir nelauktas įvykis, toks, kaip paciento, asmens sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo ar lankytojo mirtis. Tokie įvykiai, kaip pacientų griuvimas ar klaidingas vaistų vartojimas, taip pat laikomi nepageidaujamais įvykiais, net jeigu jie nepadarė ilgalaikio poveikio paciento sveikatai (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998).
12.	Neigiamas gydymo padarinys, atsitikęs dėl netyčinio sužalojimo ar susirgimo, kurios buvo galima numatyti (National Quality Forum, 2002).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Pateikiami esminiai sąvokos *nepageidaujamas įvykis* sampratos skirtumai. Sąvoka *nepageidaujamas įvykis* apibrėžiama:

1. Jos objektą siejant su SP *darbuotojo atliktais veiksmais* (1, 4, 6, 7, 8, 10, 12 apibrėžimai).
2. Jos objektą siejant su *bet koku žałą sukėlusiu įvykiu* (2, 3, 5, 9, 11 apibrėžimai).

3. Jos objektą siejant vien su *netyčiniais veiksmais* (neapdairumu, nerūpestingumu, suklydimu) – (2, 3, 6, 12 apibrėžimai) arba į sąvoką įtraukiant tiek *netyčinius*, tiek *tyčinius veiksmus* (8, 10 apibrėžimai), sukėlusius žalą.
4. Apimant įvykius, padariusius žalą *tik pacientui* (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 apibrėžimai) arba įtraukiant į sąvoką ne tik *pacientą*, bet ir *kitus asmenis* (įstaigos darbuotojus, lankytojus) (11 apibrėžimas).
5. Apimant tik pacientams padarytą žalą (1, 4, 5, 8, 9 apibrėžimai) ar apskritai padarytą žalą (7, 10 apibrėžimai), tik fizinę ar psichologinę žalą (3 apibrėžimas) arba priskiriant visus įvykius, kurie sukėlė kokią nors nepageidaujamą rezultatą (2 apibrėžimas).

LR teisės aktuose sąvoka *nepageidaujamas įvykis* apibrėžta dvejopai:

1. *Nepageidaujamas įvykis* – įvykis, atsitikęs „dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. Nepageidaujamą įvykį paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika.“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2004).
2. „*Nepageidaujamais įvykiais* yra laikomi *įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės*, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui.“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2010).

Pastebėtina, kad turiniu pastarasis apibrėžimas skiriasi nuo lyderiaujančios PS srityje tarptautinės organizacijos PSO Pacientų saugos aljanso rekomenduojamo: jame praplečiamos objekto ribos, įtraukiant ne tik įvykius ir sukėlusius nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, bet ir galėjusius sukelti nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui; be to, apima ne tik įvykius, bet ir reakcijas, reiškinius bei aplinkybes.

Apibendrinus atliktą mokslinę ir metodinę literatūroje sąvokos *nepageidaujamas įvykis* sampratų analizę, disertacinio darbo tikslais toliau bus vartojama tokia NI apibrėžtis: „*nepageidaujamas įvykis* – įvykis, atsitikęs dėl sveikatos priežiūros organizavimo ir/ ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų ir sukėlęs nepageidaujamus padarinius (nebūtiną žalą) paciento sveikatai ar gyvybei“.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad mokslinėje ir metodinėje literatūroje neretai sinonimiškai vartojamos sąvokos *pacientų saugos įvykis* ir *nepageidaujamas įvykis* disertaciniame darbe išskirtos apibrėžiant netapačius objektus. Sąvoka *pacientų saugos įvykis* (PSI) vartojama apibrėžiant tiek įvykius ir sukėlusius nepageidaujamą poveikį (žalą) paciento sveikatai ar gyvybei, tiek neįvykius (dėl sėkmės faktoriaus ar laiku pastebėjus), bet galėjusius įvykti ir sukelti minėtą poveikį (žalą), įvykius, tiek *aplinkybes*, suponavusias tokių įvykių atsiradimą. Sąvoka *nepageidaujamas įvykis* (NI) vartojama apibrėžiant tik *įvykius* bei *sukėlusius neigiamą poveikį (žalą)* paciento sveikatai ar gyvybei įvykius.

Kaip įvardyta disertacinio tyrimo apibojimuose, sąvokos *pacientų saugos įvykis* ir *nepageidaujamas įvykis* šiame darbe vartojamos apibrėžiant jų potencialų ar faktinį neigiamą poveikį (žalą) pacientui, t. y. neapima įvykių, galėjusių sukelti ar sukėlusių neigiamą poveikį (žalą) ASPĮ darbuotojams ar lankytojams.

Sąvokos *įspėjamasis įvykis* samprata ir apibrėžtys

Sąvoka *įspėjamasis įvykis* (reikšmingas, signalinis, pavojingas įvykis, ang.: *sentinel event, never event, signal event, serious event, significant event, zero event*, kt.) – mokslinėje ir metodinėje literatūroje turi kelis artimo turinio, tačiau skirtingus pavadinimus. Siekiant pabrėžti PSĮ potencialios ar faktinės žalos paciento sveikatai ar gyvybei dydžio svarbą, šie įvykiai vadinami *įspėjamaisiais* ar *signaliniais*, t. y. įpareigojantys ASPĮ darbuotojus *nedelsiant* iširti ir imtis visų būtinų šių įvykių poveikį mažinančių bei jų prevenciją užtikrinančių priemonių, kad tokie įvykiai nesikartotų. Pateikiame mokslinėje ir metodinėje literatūroje dažniausiai vartojamus sąvokos *įspėjamasis įvykis* apibrėžimus (žr. 4 lentelę).

4 lentelė. Sąvokos *įspėjamasis įvykis* apibrėžtys

Nr.	Sąvokos <i>įspėjamasis įvykis</i> apibrėžtys
1.	Pacientų saugos įvykis, kuris nėra susijęs su paciento ligos natūralia eiga, sukėlęs pacientui mirtį, ilgalaikę žalą ar trumpalaikę žalą sukėlusią gyvybei pavojų. Įvykis gali būti priskirtas <i>įspėjančiajam</i> įvykiui, jei patenka į JC patvirtintas įvykių kategorijas (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998).
2.	Nepageidaujamas įvykis, teikiant sveikatos priežiūros ar kitas paslaugas, kuris sukelia ar gali sukelti katastrofinės pasekmes ir kartu reikalauja neatidėliotinių prevencinių priemonių (Sentinel event, 2012).
3.	Netikėtas įvykis, sukeliantis mirtį ar rimtą fizinę ar psichologinę žalą, ar pavojų, kad tokia žala bus padaryta (PSN, 2015)
4.	Įvykis, įtrauktas į galiojantį Nacionalinio kokybės forumo paskelbtą svarbių įvykių, apie kuriuos būtina pranešti, sąrašą (Sentinel Event, 2015).
5.	Klinikiniai indikatoriai, skirti prižiūrėti ir įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, ir nurodantys neatidėliotinių veiksmų būtinybę (Sentinel event, 2012).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Lietuvoje terminas *įspėjamasis įvykis* nėra vartojamas tačiau *įspėjamųjų įvykių* atitikimu galėtų būti NĮ, įtraukti į LR sveikatos apsaugos ministro patvirtintą privalomų registruoti NĮ sąrašą (LR sveikatos apsaugos ministras, 2010).

Apibendrinus atliktą mokslinėje ir metodinėje literatūroje dažniausiai pasitaikančių sąvokos *įspėjamasis įvykis* apibrėžčių analizę, disertacinio darbo tikslais toliau bus vartojama tokia šios sąvokos apibrėžtis: *įspėjamasis įvykis – pacientų saugos įvykis, galėjęs sukelti ar sukėlęs pacientui sunkų fizinės ar psichinės būklės pažeidimą, negalią ar mirtį.*

Sąvokos *beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis* samprata ir apibrėžtys

Daug vertingos informacijos apie NĮ sukėlusias priežastis galima gauti tiriant įvykius, kurie galėjo įvykti ir potencialiai sukelti žalą, bet dėl sėkmės faktoriaus ar kitų priežasčių (aplinkybių) neįvyko ir nesukėlė neigiamo poveikio (žalos) paciento sveikatai ar gyvybei. Dėl šios priežasties *beveik įvykęs* įvykiai patraukė tyrėjų dėmesį. Sąvoka *beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis* (angl.: *near miss, clause call, potential adverse event, potential event, potential incident*) mokslinėje literatūroje apibrėžiama įvairiai. 5 lentelėje pateikiamos

dažniausiai mokslinėje ir metodinėje literatūroje sutinkamos sąvokos *beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis* apibrėžtys.

5 lentelė. *Sąvokos beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis apibrėžtys*

Nr.	Sąvokos <i>beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis</i> apibrėžtys
1.	Neplanuotas įvykis, kuris nors ir nesukėlė žalos, susirgimo ar sužalojimo, bet galėjo juos sukelti (Near miss, 2015).
2.	Įvykių grandinė, kuri nors ir nesukėlė nepageidaujamo įvykio dėl atsitiktinai susiklosčiusių aplinkybių, bet lengvai galėjo baigtis nepageidaujamu įvykiu (Business Dictionary, 2005).
3.	Tam tikras įvykių scenarijus, kuris pasibaigė saugiai, bet galėjo baigtis ir nelaimingu atsitikimu (Near miss, 2005).
4.	Įvykis, kuris galėjo padaryti žalą pacientui, bet nepadarė, dėl atsitiktinumo ar priemonių, kurios padėjo šio įvykio išvengti ar sumažino jo poveikį (Riley W., 2015).
5.	Įvykis ar situacija, sukėlė žalos pacientui pavojų, tačiau neįvykę vien dėl laimingo atsitiktinumo, priemonių ar veiksmų, kurie padėjo šio įvykio išvengti ar sumažino jo poveikį (Aspden P. M., 2004).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Kaip ir daugelio kitų PS sąvokų, taip ir *beveik įvykusio nepageidaujamo įvykio* sąvokos visuotinai priimto apibrėžimo nėra. Nagrinėjant įvairių autorių teikiamus apibrėžimus, galima išskirti kelis požiūrius:

1. Dažniausiai ši sąvoka taikoma apibūdinti įvykiams, paprastai nulemtiems *veikimu ar neveikimu* teikiant SPP, kas galėjo sukelti neigiamas pasekmes paciento sveikatai ar gyvybei, tačiau dėl tam tikrų priežasčių ar laimingo atsitiktinumo šie veiksmai nepasiekė stadijos, kuomet būtų pasireiškusios minėtos pasekmės (Boxwala A. *et al.*, 2004, 468–478; Aspden P. M., 2004).
2. Ši sąvoka taikoma apibūdinti įvykiams, pabrėžiant ne tik *veiksmų*, galėjusių sukelti neigiamus padarinius paciento sveikatai ar gyvybei, bet ir juos įtakojusių *aplinkybių, veiksmus sukėlusių priežasčių, ar veiksmų, užkirtusių kelią neigiamam poveikiui pasireikšti*, svarbą, pvz., „nukrypimas nuo gerosios praktikos, kuris galėtų sukelti nenumatytą žalą pacientui ar organizacijos misijai, tačiau tam buvo užkirstas kelias iš anksto suplanuotais ar nesuplanuotais veiksmais“ (Institute of Medicine, 2003, 55); „bet kuris sveikatos priežiūros proceso nukrypimas, kuris nors šį sykį ir nesukėlė nepageidaujamų pasekmių, tačiau yra didelė tikimybė, kad pasikartojęs jis turės rimtų nepageidaujamų padarinių“ (Dunn E. B., Wolfe J. J., 1997, 860–865).
3. Ši sąvoka taikoma apibūdinti įvykiams, atkreipiant dėmesį į jų *slaptą pobūdį (neišaiškėjimą)*, pvz., „įvykis, kuris beveik įvyko, tačiau niekas apie jį nesužinojo. Jeigu su įvykiu susijęs asmuo nepranešė apie jį, tai gali atsitikti, kad niekas apie tą įvykį taip ir nesužinos“ (Ammerman M., 1998).

Kadangi beveik įvykusių NĮ atveju žalos paciento sveikatai ar gyvybei nėra padaryta (tuo skiriasi nuo įvykusio NĮ, kuomet žala yra padaryta), jie dažnai lieka nepastebėti ar jiems nesuteikiama reikiama svarba, apie tokius įvykius nutylima, nepranešama. Kadangi

beveik įvykęs NĮ nesukelia žalos paciento sveikatai ar gyvybei, jis gali būti nepastebėtas, neišaiškintas (be intencijos nutylėti ar jį nuslėpti). Tačiau yra situacijų, kai nei medicinos darbuotojas, nei pacientas nėra suinteresuoti pranešti apie tokius įvykius: jei žala nebuvo padaryta – nesuteikiant jiems svarbos, jei žala buvo padaryta – vengiant atsakomybės, bausmių. Dėl to beveik įvykusiam NĮ priskirti slaptumo (neišaiškėjimo) požymi nėra tikslinga.

Siūlytina beveik įvykusius NĮ vadinti *latentiniais* (*paslėptais, pasyviais, nematomais*). Terminas *latentinis* plačiai vartojamas mokslinėje literatūroje. Išskiriami *latentiniai faktoriai, latentinės sąlygos*, dėl kurių padidėja NĮ pasireiškimo tikimybė (Medical Event, 2001; Wilson R., 1999, 411–415; Vincent C., Reason J., 1999; Davise J., 2003). Sąvoka *latentinis nepakankamumas (nesėkmė)* (angl. *latent failure*) apibūdina netinkamus vadybinius-organizacinius sprendimus, kurių neigiamos pasekmės pasireiškia ne iš karto, bet vėliau, susiklosčius tam tikroms sąlygoms, aplinkybėms, pvz., susilpnėjus apsaugos barjerams ar dėl pasikeitusių aplinkos sąlygų atsiradus naujiems pavojams (Reason J. T., 1994; Reason J., 2001, 9–30; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998; Forum of End Stage Renal Disease Networks, 2001). Terminas *latentinė klaida* reiškia vadybos, veiklos organizavimo trūkumus, kurie nagrinėjant tik įvykusius ir žala paciento sveikatai ar gyvybei pasireiškusius NĮ gali likti nepastebėti, bet kuriuos būtina išaiškinti naudojant PSĮ nustatymo metodus.

Įvertinus šiuos požyrius į sąvokos *beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis* apibrėžtį, disertacinio darbo tikslais toliau bus vartojama ši sąvokos apibrėžtis: *beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis – tai situacija ar veiksnys, kuris galėjo tapti nepageidajamu įvykiu, bet juo netapo atsitiktinai dėl sėkmės aplinkybių ar laiku padarytos intervencijos iš anksto suplanuotais ar nesuplanuotais veiksmais*.

Beveik įvykusių NĮ išaiškinimas, pranešimas, analizė ir mokymasis iš jų turi svarbius tikslus – nustatyti tokius įvykius sukėlusias priežastis, imtis prevencinių veiksmų, užkertančių kelią tokiems „nebyliams“ įvykiams kartotis ir, susiklosčius tinkamoms aplinkybėms, sukelti žalą paciento sveikatai ar gyvybei ateityje.

Sąvokos rizika samprata ir apibrėžtys

6 lentelėje pateikiami mokslinėje ir metodinėje literatūroje sutinkamos sąvokos *rizika* apibrėžtys.

6 lentelė. Sąvokos rizika apibrėžtys

Nr.	Sąvokos rizika apibrėžtys
1.	Procesas, kuris, jį netinkamai suplanavus ar įgyvendinus, sukelia rimtos žalos pacientui pavojų (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2003).
2.	Aukšta ar mažesnė tikimybė, kad kažkam bus padaryta galimai didelė žala (Department of Health, 2002).
3.	Tam tikrai grupei priklausančių individų tam tikro susirgimo, sužalojimo ar mirties tikimybė (Slee V. N., Slee D. A., Schmidt H. J., 1996).
4.	Kombinacija tam tikrų, galinčių pacientui sukelti žalą, tikimybų su jų galimai sukeltos žalos dydžiu (Voges U., 2000).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

6 lentelėje pateiktos su PS sauga susijusios sąvokos „rizika“ apibrėžtys išsiskiria šiais esminiais požūriais:

1. Rizika suprantama kaip PSĮ ar NĮ tikimybė. Pavyzdžiui: „tikimybė, kad NĮ atsitiks“ (World Health Organization, 2007), „Sužeidimo, praradimo ar pavojaus tikimybė sveikatos apsaugos sistemoje“ (Davise J. et al., 2003).
2. Rizika suvokiama kaip pavojingo NĮ tikimybės ir jo sukeltos žalos sandauga, pvz., „tikimybė, didelė ar maža, kad kas nors patirs žalą, padaugintą iš tos žalos dydžio“ (Department of Health, 2002), „įvykio ar jo pasikartojimo tikimybė, padauginta iš to įvykio padaromos žalos“ (National Quality Forum, 2006), „tikimybės, kad žala bus padaryta, sandauga su šios žalos rimtumu“ (Voges U., 2000, 217–230). Šiuo atveju rizikos apibrėžimas, kuris sudaro antrosios apibrėžimų grupės esmę, sieja tris skirtingus reiškinius: a) tikimybę, kad ar NĮ įvyks; b) žalą, kurią jis gali padaryti; c) šių dviejų dydžių derinį (sandaugą).

Įvykus NĮ, jo sukeltos žalos dydį galima įvertinti, tačiau beveik įvykusio NĮ atveju potencialios žalos dydį įvertinti yra gana sudėtinga. Todėl, įvertinus šiuos požūrius į sąvokos rizika apibrėžtį, disertacinio darbo tikslais vertinant PSĮ (t. y. įvykusių ir neįvykusių, bet galėjusių įvykti NĮ) riziką, darbe bus vartojama ši sąvokos apibrėžtis: *rizika – tai pacientų saugos įvykio atsitikimo ar jo pasikartojimo tikimybė.*

Sąvokos *pacientui padaryta žala samprata ir apibrėžtys*

Mokslinėje ir metodinėje literatūroje dažniausiai vartojamos sąvokos pacientui padaryta žala apibrėžtys pateikiamos 7 lentelėje.

7 lentelė. *Sąvokos pacientui padaryta žala apibrėžtys*

Nr.	Sąvokos <i>pacientui padaryta žala apibrėžtys</i>
1.	Organizmo struktūros ar funkcijų pažeidimas ir/ar kenksmingi jo padariniai (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 1998).
2.	Asmens mirtis, susirgimas, sužalojimas, kentėjimas ir/ar neįgalumas (Kaushal R., Bates D. W., 2001).
3.	Bet kuris laikinas ar pastovus fizinis ar psichologinis asmens sužalojimas ar sveikatos sutrikdymas (National Quality Forum, 2006).
4.	Fizinis sužalojimas ar sveikatos sutrikdymas (kartais tai apima ne tik asmens sveikatą, bet ir finansines lėšas) (Voges U., 2000).
5.	Laikinas ar nuolatinis asmens fizinių, emocinių ar psichologinių funkcijų ar organizmo struktūrų sutrikimas ir/ar skausmas, kurį sukelia būtina tokiais atvejais medicinos pagalba (National Quality Forum, 2006).
6.	Žmogaus kūno ar jo dalies struktūros ar funkcijos pažeidimas (fizinio, psichinio, socialinio pobūdžio), sukeliantis ligą, negalią, kančią ar mirtį (Runciman W., Hibbert P., Thomson R. et al., 2009).

Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Kaip ir kitos nagrinėtos sąvokos PS srityje, sąvoka *pacientui padaryta žala* apibrėžiamai įvairiai (žr. 7 lentelę). Vieni šios sąvokos apibrėžimai apima tik organizmo struktūrų ir funkcijų sutrikimus (1 apibrėžimas), kiti – ir psichologinius, psichinius bei emocinius sutrikimus (3, 5, 6 apibrėžimai), treči – priskiria prie žalos ir asmens patiriamą skausmą (kančią) (5, 6 apibrėžimai), taip pat ir tą, kurią pacientui reikės patirti šalinant padarinius (5 apibrėžimas), ketvirti – dar ir finansinę žalą (4 apibrėžimas).

LR teisės aktai apibrėžia pacientui padarytą žalą, kaip paciento patirtus turtinius nuostolius, susijusius su padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei, taip pat negautos pajamos, kurias nukentėjęs asmuo būtų gavęs, jeigu nebūtų padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei (mirtis, invalidumas, sveikatos sutrikimas), taip pat paciento patirtą neturtinę žalą, kurią pacientui sukėlė sveikatos priežiūros darbuotojų neteisėta veika (veikimas, neveikimas) (Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, 2012).

Apibendrinus atliktą mokslinę ir metodinę literatūroje dažniausiai pasitaikančių sąvokos *pacientui padaryta žala* apibrėžčių analizę, disertacinio darbo tikslais toliau bus vartojama išplėstinė, apimanti visus aukščiau paminėtus aspektus (t. y. bet kokios prigimties žalą), pateikta LR civiliniame kodekse sąvoka: *Pacientui padaryta žala – paciento patirti turtiniai nuostoliai, susiję su padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei, taip pat negautos pajamos, kurias nukentėjęs asmuo būtų gavęs, jeigu nebūtų padaryta žala jo sveikatai ir (ar) gyvybei (mirtis, invalidumas, sveikatos sutrikimas), taip pat paciento patirta neturtinė žala, kurią pacientui sukėlė sveikatos priežiūros darbuotojų neteisėta veika (veikimas, neveikimas)* (Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, 2012).

Sąvokos *pacientų saugos įvykių valdymas* samprata ir apibrėžtys

Sąvoka *pacientų saugos įvykių valdymas* – plačiai vartojama PS skirtoje mokslinėje literatūroje (Jankauskienė D., 2012; Janušonis V., Kasap G., 2012, 2005; Macchi L. *et al.*, 2011; Rouse W. B., 2008; Plsek P. E., Wilson T., 2001 ir kt.). Tačiau moksliniuose darbuose aptariant šią sąvoką, dažniausiai remiamasi kita – t. y. *nepageidaujamų įvykių rizikos valdymo* samprata, nepateikiant atskiros *PSĮ valdymo* sąvokos (Macchi L. *et al.*, 2011; WHO, 2009; Chang A. *et al.*, 2005; Davies J., Hebert P., Hoffman C., 2003). Toks požiūris – minėtų skirtingų sąvokų sampratų suvienodinimas, kuomet vadovaujamosi nuostata, kad PS galima užtikrinti bei gerinti tik mažinant NĮ riziką atitinka tradicinės *Pacientų saugos I* koncepcijos nuostatas, pagal kurią PS valdymas suprantamas tik kaip veikla, kuri sumažina NĮ atsitikimo riziką.

Tačiau atsižvelgiant į PS naujausią požiūrį atspindinčią platesnę *Pacientų saugos II* koncepciją, NĮ riziką ir pavojų sumažina ne tik priemonės, skirtos atitinkamų NĮ rizikai sumažinti, bet visos veiklos, kurių imamasi ASPĮ sklandžiam veikimui tiek įprastomis, tiek nenuspėjamosiomis ar kintančiomis sąlygomis užtikrinti, kurios, neleidžia įvykti nesaugiems įvykiams (Hollnagel E., 2014; Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015). Prie tokių priemonių koncepcijos autoriai pirmiausia priskiria organizacines priemones, kurios didina ASPĮ organizacinį stangrumą (atsparumą), leidžiantį įstaigos darbuotojams laiku pastebėti, įvertinti PSĮ riziką ir pavojų bei patiems pasirinkti veiksmingus reagavimo būdus (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015).

8 lentelėje pateikiami dažniausiai mokslinėje ir metodinėje literatūroje aptinkamos sąvokos *pacientų saugos (nepageidaujamų įvykių valdymas)* apibrėžtys.

8 lentelė. Sąvokos pacientų saugos įvykių valdymas apibrėžtys

Nr.	Sąvokos pacientų saugos įvykių valdymas apibrėžtys
1.	Ligoninės veikla, apimanti priemones jai apsiginti nuo realių ar galimų pavojų patirti nuostolius dėl nelaimingų atsitikimų, pacientų sužalojimo ar jos darbuotojų ydingų veiksmų (Kramen S., Hamm G., 1999).
2.	Viena iš organizacinių sistemų ar procesų, kurių tikslas pagerinti sveikatos priežiūros kokybę, bet, visų pirma, nukreipta į saugos sukūrimą ir užtikrinimą (Walshe K., 2001).
3.	Klinikinė ir administracinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ar sumažinti pacientų, personalo, lankytojų sužalojimo ir organizacijos nuostolių riziką (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Policy and Procedures Revised, 2013).
4.	Visuma veiksmų (planavimo, organizavimo, mokymų, įvertinimo ir įgyvendinimo), kuriais siekiama sumažinti nepageidaujamų įvykių sukeliama žalą pacientams ir darbuotojams, materialių bei kitokių nuostolių sveikatos priežiūros įstaigai pavojų (Segen J., 1995).
5.	Veikla, kuria siekiama sumažinti organizacijoje nepageidaujamų įvykių riziką, tai padarant minimaliais kaštais, atsižvelgiant į organizacijos tikslus. Ši veikla apima veiklas, skirtas išvengti nelaimingų atsitikimų, susižalojimų ir kitų nepageidaujamų įvykių, taip pat priemones, skirtas sumažinti tokių įvykių padaromą žalą (Slee V., Slee D., Schmidt H., 1996).
6.	Riziką sukeliančios problemos nustatymas, įvertinimas, supratimas ir sprendimas siekiant optimalios pusiausvyros tarp naudos ir išlaidų (Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS). Expert Group on Safe Medication Practices, 2005).
7.	Organizacinės priemonės, skirtos išpėti žalą pacientui padarymą ir sumažinti finansines netektis, kurias sukelia nepageidaujami įvykiai (Davies J., Hebert P., Hoffman C., 2003).
8.	Visų rizikų ir nepageidaujamų įvykių kiekviename organizacijos lygmenyje bei visoje organizacijoje nustatymo, įvertinimo, analizės ir valdymo procesas, kuris pagerina prioritetų nustatymą ir sprendimų priėmimą siekiant optimalaus rizikų, naudos ir kaštų balanso (National Audit Office, 2005).
9.	Veikla grindžiama išaiškinimu ne tik to, kas yra blogai, bet ir to, kas yra gerai, mokantis tiek iš pirmojo, tiek iš antrojo. Mokymasis ne tik išaiškinant priežastis, dėl kurių nepageidaujami įvykiai atsitinka, bet ir naudojant tokias SP įstaigos vadybos ir organizacijos formas, kurioms esant PSI sėkmingai numatomi ir įspėjami (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015).

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 8 lentelėje pateiktuose 1–8 apibrėžimuose apibūdinant PSI valdymą, jis sutapatinamas su NI valdymo apibrėžtimi ir yra suprantamas, kaip veikla ar priemonės, kurias vienija pagrindinis tikslas – NI rizikų ir jų sukeliama žalą sumažinimas. Šios sąvokos apibrėžčių skirtumai yra susiję su šio tikslo suvokimu ir įvardinimu: a) išvengti pavojaus „turėti nuostolius dėl nelaimingų atsitikimų, pacientų sužalojimo“ (1,

4, 7 apibrėžimai); b) pasiekti balansą tarp galimos NĮ sukeltos žalos ir kaštų jai išvengti užtikrinimo (6, 8 apibrėžimai); c) išvengti žalos pacientui, įstaigos darbuotojui, lankytojui (2, 3, 5 apibrėžimai); d) įspėti dar neįvykusius PSĮ bei sumažinti neigiamas pasekmes įvykusių NĮ (1, 5 apibrėžimai). PSĮ (NĮ) valdymas yra siejamas vien su organizacinių priemonių (2, 4, 5, 7 apibrėžimai) arba su organizacinių ir klinikinių priemonių įgyvendinimu išaiškinant bei valdant NĮ rizikas. Šios paminėtos sampratos atitinka „Pacientų saugos I“ koncepcijos nuostatas.

Pacientų saugos II koncepcijos nuostatas atitinkanti PSĮ samprata pateikta 9 apibrėžime, ne prieštarauja, bet iš esmės praplečia šias apibrėžtis: pripažįsta būtinybę išaiškinti, *kas yra blogai* (organizacinius bei kitus trūkumus, galinčius sukelti ar sukėlusius pavojų, riziką, nepageidaujamą įvykį), tačiau suteikia svarbą mokymuisi iš gerosios patirties – *kas yra gerai* (teigiamos patirties, organizacijos stangrumą (atsparumą) didinančių veiklos formų, dėl kurių nepageidaujami įvykiai neįvyksta net pasikeitus veiklos sąlygoms).

Apibendrinus pateiktas šios sąvokos sampratas, disertacinio darbo tikslais vartojama sąvoka *pacientų saugos įvykių valdymas* atitinkanti *Pacientų saugos II* koncepcijos nuostatas, apibrėžiama, kaip *veikla, užtikrinanti saugios praktikos plėtrą bei mažinanti nesaugios praktikos atvejų pasireiškimą sveikatos priežiūros įstaigoje, apimanti įvykių ar aplinkybių, galėjusių sukelti ar sukėlusių nebūtiną žalą pacientui, prognozavimą, išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimą, jų pasireiškimą riziką bei neigiamą poveikį mažinančių priemonių (saugos barjerų) diegimą, mokantis iš savo ir kitų teigiamos bei neigiamos saugos patirties*.

PSĮ valdymo srityje vartojamų sąvokų šiuolaikinėje mokslinėje ir metodinėje literatūroje analizė parodė, kad iki šiol nėra pasiektas bendras sutarimas dėl šioje srityje vartojamų sąvokų apibrėžčių, jos įvairiuose mokslinės literatūros šaltiniuose dažnai naudojamos apibrėžiant netapačius, skirtingus objektus bei reiškinius, todėl iškyla mokslininkų ir praktikų „susikalbėjimo“ sunkumų tiek teoriniame, tiek praktiniame lygmenyje priimant vadybinius PSĮ valdymo sprendimus. Sąvokų apibrėžčių konceptualius skirtumus didele dalimi nulemia požiūrių į PS ir PSĮ valdymą pločio ir gylio skirtumai, atsiradę dėl jas pateikusių tyrėjų atstovaujamo *Pacientų sauga I* ar *Pacientų sauga II* koncepcijų skirtumų.

Skirtingų apibrėžčių vartojimas tiems patiems objektams ar reiškiniams apibūdinti apsunkina mokslinių tyrimų rezultatų palyginamumą ir geriausios patirties PSĮ valdymo srityje pažangą. Atlikus minėtą sąvokų analizę buvo patikslintos ir pateiktos su PSĮ valdymu susijusios sąvokos, identifikuojant ir pasiūlant tinkamiausias, artimiausias kitoms naudojamoms apibrėžtims, kurios disertaciniame darbe vartojamos atliekant tyrimus bei kuriomis siūloma vadovautis įgyvendinant disertacinio darbo rekomendacijas.

1.1.2. Įvykių modelių samprata ir evoliucija

SP sistema ir SP organizacijos tradiciškai ilgą laiką buvo suprantamos kaip mechaninės, linijinės, statiškos, nuspėjamos ir kontroliuojamos. Šių prielaidų šaknys siekia XVII amžių, kuomet filosofai suvokė pasaulį kaip „mechaninio laikrodžio mechanizmą“. Mechanine sistemos samprata, paremta sistemų analizės dedukciniu metodu (nuo bendro prie atskiro, nuo sudėtingo prie paprasto), vadovautasi tiek aiškinantis reiškinius, tiek sprendžiant iškilusias problemas. Techniniai veiksniai (angl. *technical factors*) ilgą laiką buvo laikomi pagrindine sistemų defektų priežastimi, todėl sistemų patikimumas buvo užtikrinamas tobulinant struktūras, techninius sprendinius. SP ir jos organizacijų veiklai

apibūdinti plačiai naudotas Donabediano trikomponentis (struktūros, procesai, rezultatai) kokybės modelis. Manyta, kad SP organizacijos (pvz., ASPĮ, teikiančios pirminio, antrinio ar tretinio lygio ambulatorines ar stacionarines ASPP) yra aprūpinamos ištekliais (žmonių, materialiais, finansiniais, kt.), kuriuos tam pritaikyta įstaigų infrastruktūra įvairiais (klinikiniais, vadybiniais, informacinių technologijų, ūkiniais ir kt.) procesais transformuoja į prognozuojamus rezultatus – geresnę asmens ar visuomenės sveikatos priežiūrą, sveikatos būklę. Tokia „mašininė“ SP sektoriaus ir ASPĮ metafora suponavo mechaninį požiūrį ne tik į jų veiklą, bet ir į veiklos trūkumus: jeigu sistema (mašina) neveikia kaip turėtų, reikia nustatyti jos defektą (brokuotą ar sugedusią detalę), sutaisyti ją ar pakeikti kita ir sistema (mašina) vėl veiks tobulai.

Mechaninė sistemos ir jos trūkumų samprata suformavo tradicinę vadinamą NĮ priežastingumo teoriją, paremtą *klasikiniu požiūriu į žmogaus klaidas* (angl. *human error*), grindžiamu vadinamąja „blogo obuolio“ teorija (angl. *bad apple theory*), kuri teigia, kad sistemos nesėkmių priežastis yra klystantis žmogus, jo padarytos klaidos. Klysta tik „*blogi*“ žmonės, todėl, juos pašalinus ar pakeitus „*gerais*“ (neklystančiais), sistema vėl tampa saugi. Ši NĮ priežastingumo teorija remiasi žmogaus veiksmų teorija (angl. *person approach, human factors theory*) (Reason J., 2000, 768–770) bei teigia, kad klaidų priežastis yra žmogaus veiksniai, nes žmogaus protinės ir fizinės galimybės yra ribotos, be to, jas veikia darbo aplinkos ir kiti veiksniai. Todėl pabrėžiama, kad pagrindinį dėmesį reikia skirti nuo normos nukrypusiems protiniams ir fiziniams asmens procesams, suponuojantiems klaidų atsiradimą, siekiant sumažinti žmogaus elgesio kintamumą. Kadangi klaida sutapatinama su kalte, būtina identifiuoti „kaltą“ asmenį, jį sugėdinti, nubausti, pamokyti ar atleisti iš darbo už nesugebėjimą veikti saugiai. Todėl klasikinis požiūris į saugą buvo susijęs su reagavimu į įvykius ir pasireiškusius neigiamu poveikiu paciento sveikatai ar gyvybei PSĮ (tai yra, NĮ), sutelkiant dėmesį į tiesiogines šių įvykių priežastis, juos sukėlusius darbuotojus bei jų nesaugias veiklas, dažniausiai keliant klausimus: *Kas padarė? Ką padarė?* – o ne ieškant atsakymų į klausimus: *Kodėl tai įvyko? Kodėl nesuveikė saugos barjerai? Ką daryti, kad tai nepasikartotų?*

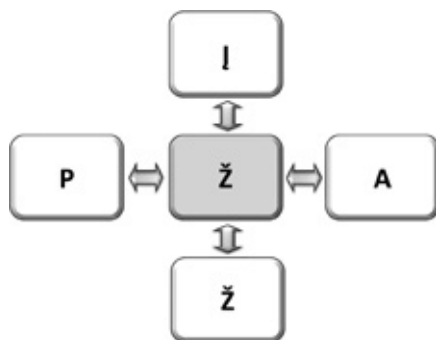
Žmogaus veiksmus sudaro žmogaus fiziologiniai ir psichologiniai, darbo vietos ir aplinkos, žmogaus ir technikos sąsajos bei kiti aspektai. Žmogaus veiksmų tyrinėjimas priskiriamas ergonomikai – mokslo sričiai, nagrinėjančiai žmogaus galimybes ir veiklos trūkumus darbo vietoje. Žmogaus veiksmų tyrinėjimo tikslas – optimizuoti žmogaus ir kitų sistemų sąveiką, siekiant pagerinti jų saugą bei efektyvumą.

JAV civilinės aviacijos įvykių tyrimai parodė, kad 48 proc. NĮ yra susiję su organizaciniais, 37 proc. su žmogaus, 12 proc. su techniniais, 3 proc. su kitais veiksniais. Laivinkystėje šie veiksniai sudarė atitinkamai: 53 proc., 24–29 proc., 10–19 proc., 2–4 proc. (Johnson C. W., Holloway C. M., 2007, 85–94). Olandijoje ištyrus NĮ ligininėse priežastis nustatyta, kad priežastys, susijusios su žmogaus veiksniais, yra vyraujančios ir sudaro 61 proc. visų NĮ priežasčių; nuo pacientų priklausančios priežastys – 39 proc., su organizaciniais veiksniais susijusios 14 proc. (organizacinės priežastys lėmė net 93 proc. išvengiamų NĮ pasireiškimą), su techniniais veiksniais – 4 proc. (Smits M. *et al.*, 2010). Šie ir daugelis kitų mokslinių tyrimų parodė, kad ūkio sektoriuose veikiančiose sudėtingose organizacijose PSĮ sukėlusios priežastys yra dažniausiai nulemiamos ne tik žmogaus, bet ir kitų veiksmų. Pastebėta, kad sudėtingoms sistemoms yra būdingas *emergentinis*, t. y. netikėtai pasireiškiantis elgesys, kurio negalima paaiškinti ir aprašyti įprastais priežasties-pasekmės ryšiais. Be to, tokios *gyvos sistemos* tapačiose situacijose gali elgtis skirtingai, o identiškos

intervencijos panašiose situacijose gali sukelti skirtingus, neprognuotus rezultatus. Todėl analizuojant ypač sudėtingas, kompleksinėmis sociotechninėmis vadinamas sistemas, kurioms priklauso ir SP sektorius bei jo organizacijos, planuojant jų pertvarkas, priimant vadybinius bei klinikinius sprendimus būtinas kompleksinis (suderintas daugiakomponentis) požiūris į šias sistemas, jų veikimą, pasireiškiančius PSĮ ir jų valdymą.

1.1.3. Kompleksinės sociotechninės sveikatos priežiūros sistemos ir jos organizacijų prigimties svarba valdant pacientų saugos įvykius ligoninėse

Kompleksinėms sociotechninėms pramonės sričių sistemoms būdingi sudėtingi ir įvairiapusiai santykiai bei sąryšiai tarp žmonių, jų atliekamų veiklų, techninių sistemų, organizacijų ir aplinkos, žalingi veiksniai ir jų poveikis sistemoms yra nagrinėjami pasitelkiant įvairius modelius. Vienas labiau paplitusių – PĮAŽŽ (Procedūros, Įrankiai, Aplinka, Žmogus, Žmonės, angl. *SHELL (Software, Hardware, Environment, Liveware and Liveware)*) modelis, sėkmingai naudojamas aviacijoje atvaizduojant ir analizuojant įvairių sistemos elementų tarpusavio sąveikas (4 pav.).



4 pav. PĮAŽ (Procedūros, Įrankiai, Aplinka, Žmogus (centre), Žmonės) modelis.
Šaltinis: sudarytas pagal Stolzer A. J., Halford C. D., Goglia J. J., 2013.

PĮAŽ modelis pritaikomas taip pat ir SP sektoriaus organizacijose, tyrinėjant žmogaus veiksmus ir jų poveikį sistemoms. Centrinė modelio figūra yra žmogus (centrinė figūra Ž), įvairiapusiai sąveikaujantis bei susijęs su kitais funkcionuojančiais sistemos elementais (I, A, Ž ir P). Taikant šį modelį įvertinami žmogaus fiziniai, fiziologiniai, psichologiniai ir psichosocialiniai veiksniai, jų sąveika bei įtaka kitiems sistemos elementams:

- Ž – I sąryšyje (angl. *Liveware–Hardware*) vertinama SP specialisto sąveika su medicinos ir laboratorine įranga, kompiuteriais, kt.;
- Ž – P sąryšyje (angl. *Liveware–Software*) vertinama SP specialisto sąveika su procedūromis, taisyklėmis, saugos patikros kontroliniais lapais, kompiuterinėmis programomis, kt.;
- Ž – A sąryšyje (angl. *Liveware–Environment*) įvertinamas SP specialisto darbui įtakos turinčios vidinės (fizinės aplinkos, darbo sąlygų, darbo režimo, vadovybės sprendimų) bei išorinės (teisinės, kultūrinės, ekonominės, socialinės, kt.) aplinkos (konteksto) poveikis;

- d) *Ž – Ž* sąryšyje (angl. *Liveware–Liveware*) – įvertinama SP specialisto sąveika su kitais žmonėmis: gydytojo – pacientų, gydytojo – slaugytojo, gydytojo – SP specialistų komandos, ASPĮ vadovybės – SP specialistų, ASPĮ darbuotojų – kontrolės funkcijas atliekančių tarnybų darbuotojų, kt.

Adaptuotas PJAŽ (angl. *Sunflower – SHELL*) modelis taikomas tyrinėjant žmogaus veiksmus ir jų poveikį ligininėse (Takayanagi K., Hagihara Y., 2007, 11–18).

Tačiau nagrinėjant nesėkmių priežastis sudėtingose sociotechninėse organizacijose (kurioms priklauso ir ligininės) žmogaus veiksmų priežastingumo teorija pasirodė esanti nepakankama, nes fragmentiški „defektinių“ struktūrų pataisymai, pakeitimai ar pašalinimai dažnai neatnešdavo laukiamų (prognozuotų) rezultatų. Nagrinėjant sudėtingas sociotechnines organizacijas, tradicinę mechaninę sistemų teoriją, kurios pagrindą sudarė „negyvybingų sistemų“ mechaninė analizė, pakeitė „gyvo organizmo sistemos“ metafora pagrįsta modernia kompleksinės prisitaikančios sistemos teorija (angl. *complex adaptive system theory*), pabrėžusi *sistemos* (rinkinio erdvėje ir laike veikiančių, tarpusavio ryšiais susijusių elementų, siekiančių bendrų tikslų) *kompleksiškumą* (suderintai funkcionuojančią didelę įvairovę ją sudarančių elementų bei elementus jungiančių ryšių) bei *prisitaikomumą* (gebėjimą prisitaikyti prie kintančios aplinkos, mokytis iš praeities).

Iš fizikos kilęs matematikos ir biologijos kompleksiško mokslas (angl. *complexity science*) išsiplėtė ir į vadybos, SP sritis. Rinka, ekosistema, socialinė sistema, politinė sistema, žmogus, jo imuninė sistema, SP sistema, ligininė – šios ir daugelis kitų mus supančių sistemų priskiriamos kompleksinėms prisitaikančioms sistemoms. Žmogaus sveikata yra rezultatas kompleksinių procesų, veikiančių tarpusavyje sąveikaujančių sudėtingų sistemų bei posistemų. Žmogaus sveikatos problemų tikrąsias priežastis ir jų pasireiškimo mechanizmus, kaip ir žmogaus elgesį, turintį įtakos jo sveikatai, yra sudėtinga nuspėti. Be to, ir pati SP tampa vis kompleksiškesne, daugiaaspekte (Plsek P. E., Greenhalgh T., 2001). Todėl mūsų mąstysena apie žmonių sveikatą, jos problemas ir SP turi atspindėti šį kompleksišumą (Lee R. C. *et al.*, 2003).

Kompleksinis požiūris į SP sistemą ir jos organizacijas suformavo modernų požiūrį į žmogaus klaidas, grindžiamą sisteminių trūkumų teorija. Ši teorija teigia, kad žmogui yra būdinga klysti ir žmogaus klaidos nėra atsitiktinės ar retos, jų daroma nuolat. Problemos kyla ne iš žmonių, bet iš sistemų, o žmogaus klaida yra ne NĮ priežastis, bet gilesnių sisteminių (latentinių) problemų simptomas. NĮ įvyksta esant situacijoms, kai kartu veikiančios keli nepalankūs veiksniai sustiprina vienas kitą ir pereina pro susilpnėjusius sistemos apsauginius barjerus. Siekiant užkirsti kelią klaidoms pasireikšti per NĮ, būtina spręsti gilesnius, dažnai pasyvioje (latentinėje) fazėje esančius sisteminius vadybos bei veiklos organizavimo trūkumus, stiprinti sistemos imuninius (apsauginius) barjerus. Kadangi žmogaus klaidos yra neišvengiamos, jos neturi būti tapatinamos su kalte, nes tokiu atveju jos bus slepiamos, iš jų nesimokoma.

Šiuolaikinė PSĮ priežastingumo teorija remiasi sisteminių veiksmų teorija (angl. *systems approach, system factors theory*), akcentuojančia ne žmogaus asmenines savybes, bet jo veiklos sąlygas, aplinką. Klaidos dažniausiai yra sisteminių defektų (trūkumų), o ne asmenybės (charakterio) defektų požymis. Ši teorija teigia, kad NĮ įvyksta dažniausiai susisumavus *latentiniams* (atsiradusiems dėl sisteminių veiksmų, pvz., priimant vadybinius sprendimus ir organizuojant SP paslaugų teikimo veiklą) ir *aktyviems* (atsi-

radusiems dėl žmogaus veiksnių, pvz., medicinos darbuotojui teikiant pacientui SP paslaugas) faktoriams (trūkumams) bei susilpnėjus sistemų apsauginiams barjerams. Sisteminių veiksnių priežastingumo teoriją aprašė J. Reason „Šveicariško sūrio“ modelyje (Reason J., 2000, 768–770). Aiškinantis įvykusio NĮ priežastis svarbu ne tai, kas suklydo, bet kodėl nesuveikė sistemos apsauginiai barjerai ir saugikliai, neužkirto kelio žalingam veiksniumi tapti nepageidaujamu padariniu paciento sveikatai ar gyvybei.

Organizacinių sistemų tyrinėtojai pabrėžia, kad SP sektorius ir jo organizacijos priklauso ypač sudėtingoms – kompleksinėms sociotechninėms sistemoms. Tai lemia daugelis faktorių, iš kurių paminėtini:

1. SP objektas (pacientas) pats savaime yra kompleksinė sistema, kurios funkcionavimas priklauso nuo daugybės veiksnių (kintamųjų), kurie nėra visiškai ištirti ir aiškūs (pavyzdžiui, ligų genetinė predispozicija, gyvenamosios aplinkos faktorių įtaka sveikatai, kt.), yra kintantys ir ne visuomet nuspėjami (pvz., žmogaus elgsena, individualūs motyvatoriai, kt.).
2. SP intervencijos į pacientų sveikatą yra kompleksinio sociotechninio pobūdžio (pavyzdžiui, medikų atliekamos sudėtingos diagnostinės ir intervencinės instrumentinės procedūros, skiriamų vaistų suderinamumas pacientui sergant keliomis ligomis, medikų komandinio darbo pobūdis (operacinėse, konsiliumuose ir pan.), reikalauja sudėtingų santykių tarp SP darbuotojų, jų komandų ir pacientų bei SP specialistų sąveikos su medicininėmis ir informacinėmis technologijomis.
3. Sparčiai vykstantys išorinės ir vidinės aplinkos pokyčiai (pvz., SP ir farmacijos technologijų inovacijos ir plėtra, SP sektoriaus teisiniai ir vadybiniai-organizaciniai pokyčiai (nuolat vykstančios SP reformos); didėjantys visuomenės poreikiai SP, SP paslaugų kokybei ir saugai esant ribotiems ištekliams; SP globalizacija (medicina be sienų), kt.).

Šie ir daugelis kitų veiksnių suponuoja ypač sudėtingą, nuolat kintantį SP sektoriaus organizacijoje dirbančių SP specialistų veiklos pobūdį siekiant užtikrinti saugių paslaugų teikimą pacientams nuolat kintančios, resursų stokojančios aplinkos kontekste.

Todėl SP sektorius ir jo organizacijos yra priskiriamos ypač sudėtingoms *sociotechninėms* sistemoms, pabrėžiant *socialinių* (žmonių grupių, komandų, visuomenės) ir *techninių* (technologijų, infrastruktūrų, įrenginių, procesų, kt.) aspektų sąveikos kintančios aplinkos kontekste svarbą. Sociotechninės sistemos terminą pasiūlė ir koncepciją pateikė 1951 metais E. Trist ir K. Bamforth Jungtinės Karalystės Tavistocko institute, sujungę iki tol atskirai nagrinėtus socialinius ir techninius sudėtingų organizacijų aspektus į vientisą sistemą, pabrėždami jų tarpusavio sąveikos svarbą (Davis M. C., 2014, 171–180), nes izoliuotos intervencijos į vieną iš šių aspektų (socialinį ar techninį) neatnešdavę lauktinų rezultatų siekiant organizacijos tikslų. Sociotechninių sistemų teorinį pagrindą sudaranti sociotechninė teorija (angl. *sociotechnical theory*) teigia, kad organizacijose socialiniai ir techniniai elementai veikia glaudžiai tarpusavyje susiję ir sąveikaudami:

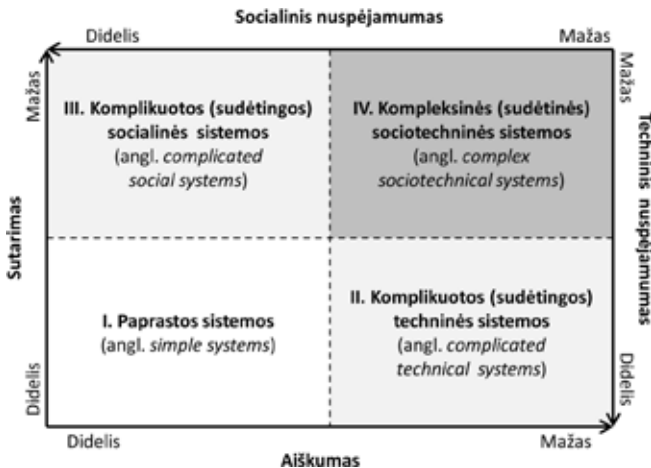
1. Paprastais nuspėjamais *linijiniais* (priežasties–pasekmės) ryšiais, kurie, siekiant užsibrėžtų tikslų bei planuojamų rezultatų, organizacijose yra tikslingai projektuojami struktūromis ir procesais bei
2. Sudėtingais (kompleksiniais), sunkiai nuspėjamais, todėl dažnai neprojektuojamais, *nelinijiniais* ryšiais, suponuojančiais šalutinių (neplanuotų) teigiamų ar neigiamų

rezultatų atsiradimą. Veikiant tik vieną iš aspektų (socialinį ar techninį), tikėtinas sunkiai nuspėjamų kompleksinių nelinijinių ryšių, kurie gali neigiamai paveikti organizacijos veiklą, susiformavimas. Todėl planuojant ir įgyvendinant pokyčius organizacijose (pavyzdžiui, keičiant struktūras, pertvarkant procesus, diegiant naujas technologijas, kt.) būtinas koordinuotas kompleksinis, apimantis abu komponentus (socialinį ir techninį), požiūris.

Mokslinėje literatūroje SP sektorius, SP organizacijos (tarp jų ir ligoninės) yra nurodomos kaip ypatingai kompleksinės (superkompleksinės) adaptacinės sociotechninės sistemos (žr. 9 lentelę).

Kompleksiškumo mokslas nagrinėja sudėtingų adaptacinių sistemų elgseną, kuri priklauso nuo sistemos elementų įvairovės, jų tarpusavio ryšių tinkliškumo ir sąveikos laipsnio. Kompleksiškumo sritis yra apibūdinama kaip sritis, kurioje yra mažas techninis nuspėjamumas ir aiškumas bei mažas socialinis nuspėjamumas ir sutarimas dėl tikslų, procesų, rezultatų. Pagal socialinę ir technologinę dimensijas, įvertinus sistemos elementų sąveikos nuspėjamumą, sutarimo dėl tikslų, procesų ir rezultatų lygį, taip pat atsižvelgiant į sistemų sudėtingumo laipsnį (elementų, užduočių, funkcijų skaičių), sistemos skirstomos į (žr. 5 pav.):

1. Paprastos sistemos (angl. *simple systems*).
2. Komplikuotas (sudėtingas) socialines sistemas (angl. *complicated social systems*).
3. Komplikuotas (sudėtingas) technines sistemas (angl. *complicated technical systems*).
4. Kompleksines (sudėtingas) sociotechnines sistemas (angl. *complex sociotechnical systems*).



5 pav. Sistemų klasifikacija pagal socialinį-technologinį sudėtingumą

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal Kanados įvykių analizės schemą – Canadian Incident Analysis Framework, 2012.

P. E. Plsek, T. Wilson ir T. Greenhalgh (Plsek P. E., Wilson T., 2001, 746–749) – vieni pirmųjų pateikė iki tol vyravusiai *mechaninei (mašininai)* SP sektoriaus metaforai alternatyvią *kompleksinės prisitaikančios sistemos* (angl. *complex adaptive system*) koncepciją, ją apibūdindami kaip rinkinį laisvai, bet ne visuomet nuspėjamai veikiančių veikėjų (agentų), kurių veiksmas yra tarpusavyje susijęs taip, kad vieno veikėjo elgsenos pokytis pakeičia kitų veikėjų veiklos aplinką (kontekstą), taip netiesiogiai darant įtaką pastarųjų veiklai. Kaip pastebi šie autoriai, kompleksinėse prisitaikančiose sistemose ryšiai ir sąveikos tarp jų elementų dažnai yra daug svarbesni negu pavienių sistemos elementų veikla ir generuojami rezultatai. Būtent ryšiai tarp elementų ir jų tarpusavio sąveika lemia kompleksinių adaptacinių sistemų *emergentes* (naujai išskylančias) elgsenas, galimybes ir savybes, kurių neturi atskiri šių sistemų elementai. Be to, *negyvos mechaninės sistemos* ribos paprastai yra aiškiai apibrėžiamos ir nuspėjamos, o *gyvos adaptacinės sistemos ribos* dažnai yra neaiškios, jos veikėjai dažnai priklauso ne vienai, o kelioms sistemoms ar posistemėms, yra kintantys, migruojantys, keičiantys taisykles. Kadangi veikėjai kompleksinėje sistemoje turi gebėjimų keistis ir keisti sistemos elgseną, kompleksinei sistemai būdinga svarbi savybė – sugebėjimas išlaikyti pusiausvyrą su aplinka, prisitaikant prie jos pokyčių (adaptacinė funkcija). Todėl kompleksinė sistema, siekdama užsibrėžtų tikslų ir pusiausvyros su kintančia aplinka, yra nuolatinės dinaminės būsenos, transformacijos procese.

Anksčiau vyravusi mechaninė organizacijų sistemų samprata lėmė vadybininkų norą kontroliuoti organizacijas kaip mašinas, standartizuoti jų veiklą netoleruojant nuokrypių, kurie laikytini nepageidaujamais. Šiuo požiūriu buvo vadovujamasi organizacijose diegiant atitiktis nustatytiems standartams užtikrinimu paremtas kokybės vadybos sistemas (pvz., kokybės kontrolės (angl. *quality control*), kokybės inspekcijos (angl. *quality inspection*), kokybės užtikrinimo (angl. *quality assurance*), kt.). Tačiau nuodugnesnė sudėtingų sistemų analizė atskleidė, kad variacijos ir nuokrypiai yra savaime užprogramuoti pačioje nuolat kintančioje (dinaminėje) kompleksinėje prisitaikančioje sistemoje, vykstant dinaminėms sąveikoms tarp daugelio skirtingų kintančių veiksmų, ir yra būtini adaptuojantis sistemai prie kintančios vidinės ir išorinės aplinkos, būdami pokyčių ir inovacijų pagrindu. Dinaminis sistemų pobūdis suvokimas paskatino organizacijas diegti nuolatinį tobulėjimą, tobulumo siekimu paremtas kokybės vadybos sistemas (pvz., nuolatinio kokybės gerinimo, angl. *continuous quality improvement*, Europos kokybės vadybos fondo tobulumo modelis, angl. *The European Foundation for Quality Management Excellence Model*, kt.). Tačiau nuokrypiai, peržengę leistinas tolerancijos ribas, gali sukelti ir nepageidaujamus padarinius, todėl būtina aiškiai apibrėžti ir sutarti dėl leistinų veiklos nuokrypio bei tolerancijos ribų.

Šių dviejų požiūrių į sistemas – „mechaninio, linijinio, uždaro, statiško“ ir „kompleksinio prisitaikančio, atviro, dinaminio“ – egzistavimas SP sektoriuje sukelia SP specialistams ir vadybininkams sudėtingą dilemą: užtikrinti, kad pacientams teikiant SPP būtų laikomasi mokslo įrodymais pagrįstų medicinos ir slaugos praktikos standartų (siekiant standartizuoti, generalizuoti SP), kartu užtikrinant individualiems konkrečiam pacientui poreikiams pritaikytą SP (siekiant personifikuoti, individualizuoti SP). Šią dilemą nagrinėjo S. Bar-Yam su bendraautoriais (Bar-Yam S. *et al.*, 2012), atkreipdami dėmesį į tai, kad klaidos ir NĮ SP sistemoje, jos organizacijose pasireiškia ir dėl ydingo veiklos organizavimo. Efektyvus veiklos organizavimas yra susijęs su užduočių mastu (pasikartojimo dažniu) ir kompleksiskumu (įvairove). Kai organizacijoms, sukurtoms (skirtoms) kompleksinėms sudėtingoms užduotims vykdyti, pavedama atlikti daug paprastų (nesudėtingų) užduočių, susiduriama su jų veiklos neefektyvumu. Kai organizacijoms, skirtoms didelio

masto rutininiems užduotims vykdyti, pavedamos atlikti kompleksinės (sudėtingos) užduotys, susiduriama su jų suboptimalia veikla, klaidomis. Todėl, pasak autorių, yra tikslinga SP santykinai skirstyti į dvi sritis:

1. *Paprastos priežiūros* (angl. *simple care*), kuri gali būti standartizuota daugeliui pacientų (pvz., sveikatos patikrinimai, vakcinacija, įprasti laboratoriniai ir rentgeno tyrimai, nesudėtingos chirurginės procedūros, kt.), bei
2. *Kompleksinės priežiūros* (angl. *complex care*), kuri yra sudėtinga, skirtinga ir individuali kiekvienam pacientui (pvz., kompleksinė ligų diagnostika ir gydymas, sudėtingos chirurginės operacijos, kt.). SP sistema bus efektyvesnė ir saugesnė, pavedus rutininę (standartizuojamą) SP vykdyti organizacijoms, orientuotoms į veiklos masę, o sudėtingą (personifikuotą) SP – organizacijoms, orientuotoms į veiklos kompleksumą.

SP sistemai ir jos organizacijoms (jų tarpe ir ligojinėms) be kitų savybių yra būdingas:

1. *Sociotechninis kompleksiskumas* – mažas socialinis ir techninis nuspėjamumas;
2. *Atvirumas, dinamiškumas, adaptyvumas* – funkcionavimas yra glaudžiai susijęs ir priklauso nuo aplinkos; nuolat kintanti išorinė ir vidinė aplinka suponuoja nuolatinius pokyčius SP sistemoje ir organizacijose;
3. *Heterogeniškumas* – tarpusavyje susiję, tačiau skirtingi komponentai (žmogiškieji, materialūs, informaciniai, procedūrų, kt.), veikiančys kartu, papildantys vienas kitą.

A. Hobbsas su bendraautoriais (Hobbs A. *et al.*, 2008) tyrinėdamas sociotechninių sistemų integralumo klausimus, pateikė adaptuotą pagal H. R. Booherą sociotechninių sistemų kompleksiskumo klasifikaciją, suskirstydami jas nuo paprastų, sudarytų iš įrenginių (prietaisų) ir sistemos dalių, iki ypač sudėtingų, veikiančių nenuspėjamoje ar sunkiai nuspėjamoje aplinkoje (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Sociotechninių sistemų kompleksiskumo lygiai

Nr.	Sociotechninė sistema	Sritis		
		Sveikatos priežiūra	Transportas	Energetika
A.	Ypatingai kompleksinės organizacijos (angl. <i>very highly complex organizations</i>)	Nacionalinė sveikatos sistema	NASA	JAV Energetikos departamentas
B.	Labai kompleksinės organizacijos (angl. <i>highly complex organizations</i>)	Ligojinė	Nacionalinė kosmonautikos sistema	Branduolinės energetikos komisija
C.	Kompleksinės organizacijos (angl. <i>complex organizations</i>)	Skubios pagalbos skyrius	Orlaivis	Atominė elektrinė
D.	Didžiosios technologinės sistemos (angl. <i>major technological systems</i>)	Magnetinio rezonanso tomografijos aparatas	ATC kontrolės centras	Kontrolės kambarys

Nr.	Sociotechninė sistema	Sritis		
		Sveikatos priežiūra	Transportas	Energetika
E.	Kritinės technologinės posistemės (angl. <i>critical technological subsystems</i>)	Monitoriaus ekranas	ATC konsolė	Kontrolė / displejus
F.	Įrenginys ir sistemų dalys (angl. <i>devices and system parts</i>)	Kateteris	Skrydžio takas	Vandens pompa

Šaltinis: sudaryta pagal Hobbs A. et al., 2008.

Šioje sociotechninių sistemų klasifikacijoje nacionalinė SP sistema priskiriama ypatingai kompleksinėms, o ligoninė – labai kompleksinėms organizacijoms.

Inovatyvūs veiklos modeliai, vadybos sistemos, produktai ir paslaugos, nuolat vykstantys struktūriniai ir funkciniai pokyčiai padeda SP organizacijoms prisitaikyti prie vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių, didinti veiklos efektyvumą bei gerinti teikiamų SPP kokybę. Tačiau šie pokyčiai sukelia naujas ar kitokias sistemines spragas, generuoja naujas rizikas. Todėl iškilusiems naujiems pavojams numatyti, išvengti ar sumažinti jų keliamą riziką bei neigiamus padarinius būtinas sisteminis *kompleksinis dinaminis* požiūris į PS ir PSĮ valdymą SP sektoriuje ir jo organizacijose.

Kompleksinių sistemų, kurioms priskiriamos ir SP organizacijos, rizikos dažnai taip pat yra *kompleksinio (ne linijinio)* pobūdžio ir turi būti valdomos *sistemiškai*, įvertinant sistemos dedamąsias ir jų tarpusavio sąveikas, o ne tik kiekvieno sistemos komponento riziką atskirai, nekreipiant dėmesio į jų tarpusavio ryšius. Kaip kiekviena intervencija į kompleksinę sistemą veikia visą sistemą, taip ir pati sistema veikia kiekvieną intervenciją. Kompleksinėse sistemose valdant riziką izoliuotai, veikiant vieną sistemos grandį ar elementą, poveikis gali pasireikšti nebūtinai tiesiogiai, kaip tikimasi, bet paveikiant per glaudžius ryšius kitus sistemos elementus, o tai, savo ruožtu, gali sukelti kitos rizikos atsiradimą. Todėl ligoninės veiklos ir rizikos poveikio kompleksiskumo supratimas yra labai svarbus, renkantis PSĮ valdymo metodus ar priemones.

Kaip minėta, daugiau kaip 50 proc. NĮ ligoninėse galima išvengti, jeigu jie būtų tinkamai valdomi. Tam būtinas sisteminis požiūris į PS ir PSĮ valdymą, apimantis SP paslaugų teikimo aplinkos esminius pokyčius:

1. *Teisinės aplinkos keitimas*: žalos paciento sveikatai atlyginimo įrodinėjant ligoninės ar jos darbuotojo kaltę „ieškinio modelio“ keitimas žalos paciento sveikatai atlyginimo „be kaltės modeliu“.
2. *PS kultūros* (angl. *patient safety culture*) *puoselėjimas*: uždaros, NĮ slėpti skatinančios, baime, kalte ir bausmėmis paremtos įvardijimo, kaltinimo ir gėdinimo (baudimo) kultūros (angl. *name, blame and shame (punitive) culture*) keitimas atvira teisinga ir sąžininga (nebaudimo) kultūra (angl. *just and fair (nonpunitive) culture*), motyvuojančia ligoninės darbuotojus registruoti PSĮ, apie juos diskutuoti, iš jų mokytis.
3. *PS mąstysenos* (angl. *patient safety thinking*) *formavimas, vadybinių gebėjimų PS užtikrinimo ir gerinimo bei PSĮ valdymo srityje plėtojimas*, siekiant užtikrinti efektyvų prevencinį PSĮ valdymą mokantis tiek iš teigiamos, tiek iš neigiamos PS praktikos.

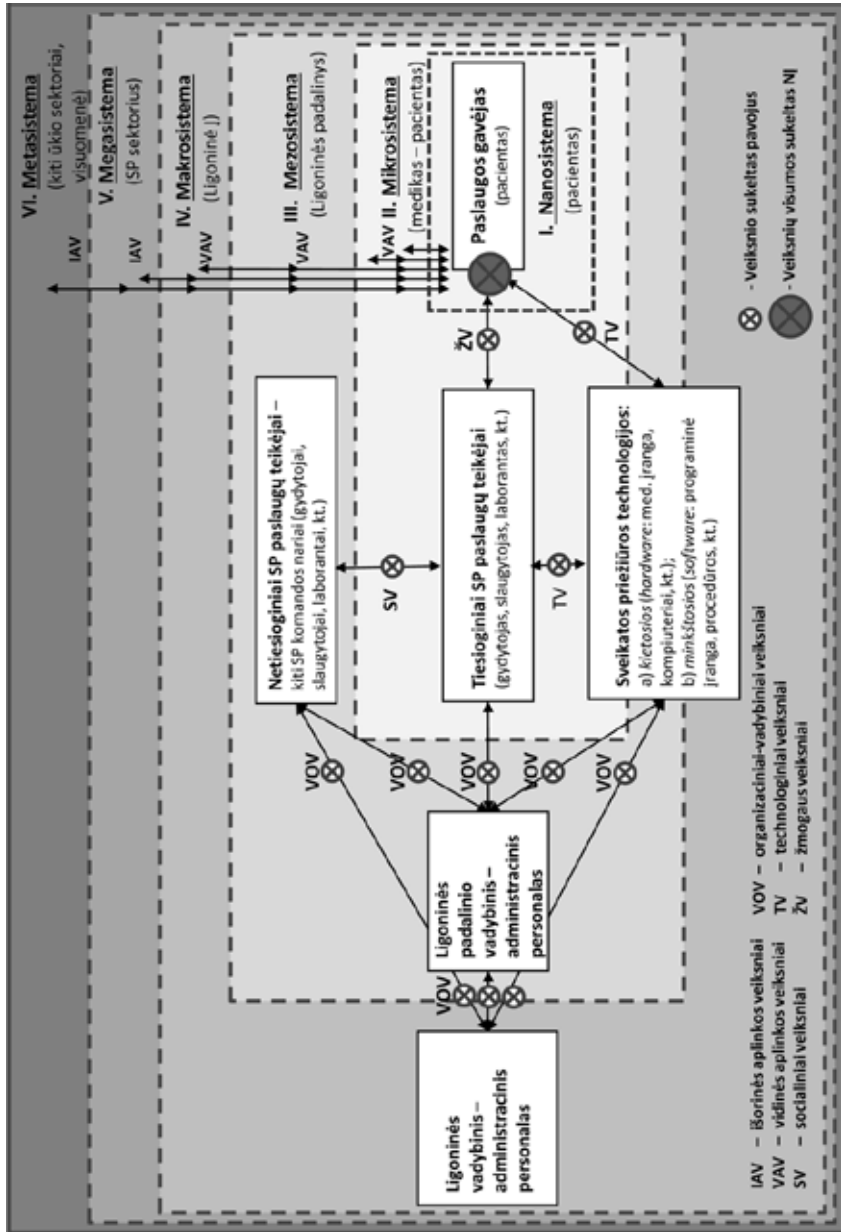
4. Informacinėmis technologijomis paremtos *saugios SP ir jos aplinkos plėtra* (diegiant su PS užtikrinimu ir gerinimu, PSĮ valdymu susijusius e. produktus: PSĮ e. pranešėjimo (privalomo, savanoriško) sistemas (nacionalines, lokalias), klinikinių sprendimų palaikymo e. programas, e. sveikatos (ligos) istorijos, e. recepto, kt.).

Sisteminė sociotechninių organizacijų samprata padeda suvokti PSĮ valdymo sistemų diegimo ypatumus LRLI.

Sisteminio požiūriu nagrinėdami SP sektorių dauguma autorių pateikia 4 lygmenų SP sistemos stratifikaciją: trys vidiniai (organizacijos vidaus) ir vienas išorinis (už organizacijos ribų) Nelson E. C. *et al.*, 2008, 367-378). Sisteminio požiūriu tiriant ir vertinant PS bei PSĮ valdymą kompleksinėje sociotechninėje SP sistemoje, tikslinga joje išskirti 6 lygmenis (žr. 6 pav.):

1. *Nanosistemos* – paciento (SP paslaugų gavėjo, vartotojo) savigydos, sprendimų, susijusių su jo sveikatos stiprinimu bei priežiūra, lygmuo.
2. *Mikrosistemos (klinikinės)* – SP paslaugų transakcijos tarp SP paslaugos teikėjo (gydytojo, slaugytojo, kt.) ir SP paslaugos gavėjo (paciento) lygmuo.
3. *Mezosistemos* – LRLI struktūrinio ar funkcinio padalinio, teikiančio tam tikros srities SP paslaugas (pavyzdžiui, intensyvios terapijos skyrius, radiologijos departamentas, operacinė, kt.), lygmuo.
4. *Makrosistemos* – LRLI (organizacijos), sujungiančios įvairius (klinikinius, neklinikičius) padalinius, lygmuo.
5. *Megasistemos* – SP sektoriaus (reguliavimo, kontrolės, licencijavimo, sertifikavimo, akreditavimo ir kitos LRLI veiklai poveikį darančios SP sistemos organizacijos); švietimo ir mokslo institucijos, rengiančios ir tobulinančios SP specialistus; SP specialistų profesinės sąjungos, specialybės draugijos ir pan. lygmuo.
6. *Metasistemos* – savivaldybės, valstybės, visuomenės, kitų ūkio sektorių, t. y. sistemų, esančių už megasistemų ribų, lygmuo.

Visus šiuos SP sistemos lygmenis savo ruožtu sudaro atviros dinaminės žemesnio lygmens sistemos. Žemesnio lygmens sistema yra veikiamą ir priklausomą nuo aukštesnio lygmens sistemos, kartu būdama aukštesnio lygmens sistema dar žemesnio lygmens subsistamai. SP sistemoje visi šie lygmenys funkcionuoja ne atskirai, bet yra glaudžiai tarpusavyje susiję daugybiniais ryšiais ir yra priklausomi vieni nuo kitų. Visos šios subsistemos yra atviros, sąveikaujančios su vertikaliais ir horizontaliais ryšiais susijusiomis kitomis subsistemomis. Pavyzdžiui, nanosistemos (paciento savigydos) subsistema, iš vienos pusės, priklauso nuo paciento asmenybės, jo asmeninio požiūrio į savo gyvenimą ar gydymo(-si) procesą, nuo paciento išsilavinimo bei sveikatos raštingumo, preferencijos sveikai gyvenimui teikimo, pareigų sveikatinimo procese suvokimo ir vykdymo, santykių šeimoje ir šeimos palaikymo bei daugelio kitų savybių, veikiančių jo, kaip aktyvaus sveikatinimo proceso dalyvio, veiksmus. Tačiau atlikti moksliniai tyrimai PS srityje parodė, kad net apie 50 proc. lėtinėmis ligomis sergančių pacientų vartoja vaistus netinkamai, nesilaikydami gydytojų paskyrimuose pateiktų nurodymų (Sabaté E., 2003; Lee J. K., Grace K. A., Taylor A. J., 2006). Gydytojui, net ir tinkamai paskyrus tinkamus vaistus, kas antras pacientas juos vartoja netinkamai, ar net visai nevaratoja, pasitikėdamas savo intuicija („man tai padės“, „man tai nepadės“), „burtų medicinos“ galiomis ar pažįstamų žmonių „asmeninio gydymo patirties“ patarimais. Vaistų nevartojimas ar netinkamas vartojimas sudaro svarbią dalį liginėse įvykstančių PSĮ. Todėl labai svarbu



6 pav. Ligoninės kompleksinės sociotechninės SP sistemos rizikos veiksmų poveikio schema.
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

suteikti deramą svarbą ir *nanosistemas* funkcionavimui, jos santykiui su LRLI klinicine mikrosistema, įvertinant paciento sveikatos raštingumo lygį, preferencijas, nuostatas ir požiūrį į sveiką gyvenimą, savo sveikatą ir jos priežiūrą, paciento savigydos principus, užtikrinant paciento įtraukimą į sprendimų, susijusių su jo gyvenimu ir sveikatos priežiūra, priėmimą, kokybišką komunikaciją, nuolatinį gyvenimo ir sveikatinimo procesų stebėseną bei atgalinį ryšį. Todėl, siekiant užtikrinti saugią SP, į jos planavimą būtina įtraukti pacientą ir jo šeimos narius (pagal poreikį), taip pat užtikrinti grįžtamąjį ryšį su pacientu, sudaryti galimybes jam pranešti apie jo manymu įvykusius PSĮ, nurodant jų priežastis.

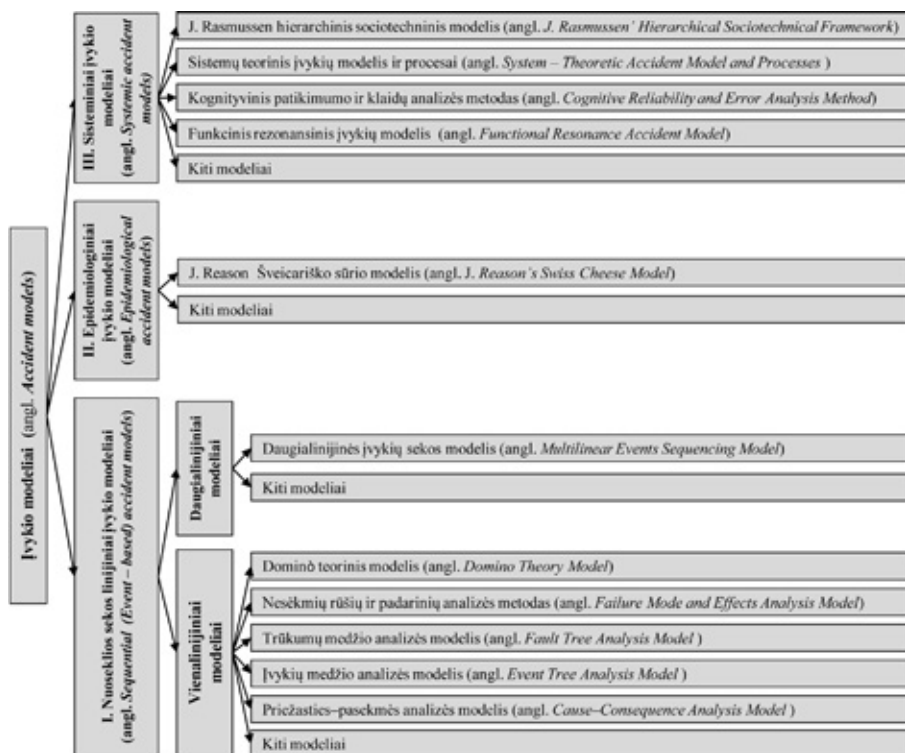
Kuriant bei diegiant PSĮ valdymo sistemas ar jos komponentus SP sektoriuje bei jo organizacijose, būtina įvertinti į kurį lygmenį (nacionalinį, savivaldos, ligoninės, ligoninės padalinio ar kt.) jos bus nukreiptos. Įvertinus SP sektoriaus ir jo organizacijų kompleksiskumą, tikslinga plėtoti ir diegti PSĮ valdymo sistemas vertikalčiai ir horizontalčiai integruotas, apimančias visą sektorių, jo organizacijas, organizacijos (ligoninės) padalinius. Tačiau tam tikri PSĮ valdymo komponentai (technikos, įrankiai) gali būti kuriami ir vystomi tam tikruose ligoninės padaliniuose, įvertinus jų veiklos ir poreikių specifiką. Pavyzdžiui, diegiant PSĮ valdymo sistemos (pvz., radiacinės saugos) komponentus ligoninės radiologijos padalinyje, būtina suprasti šio mezosistemos lygmens veiklos principus bei sąveiką su kitais organizacijos viduje esančiais sistemos sluoksniais: mikrosistemos (pvz., radiologų klinikinės komandos), mezosistemos (pvz., intensyvios pagalbos ar traumatologijos skyriumi) bei už ASPĮ esančiais megasistemos (pvz., Radiacinės saugos centru, VASPV, kt.) sluoksniais. Būtina įtraukti į PSĮ valdymo sistemos, jos komponentų projektavimą, konstravimą ir diegimą atitinkamų sistemos lygmenų darbuotojus. Išplėtojus PSĮ valdymo sistemos komponentus mezosistemos (ligoninės padalinio) lygmeniu, jie gali būti toliau adaptuoti kitoms mezosistemos (kitų ligoninių radiologijos padaliniams) ar kitiems tos pačios ligoninės padaliniams – mezosistemos ar makrosistemos lygmeniui. Tačiau būtina atkreipti dėmesį į tai, kad skirtingose ligoninėse yra skirtinga (savita) vidinė aplinka (organizacinė ir saugos kultūra, organizacinis mikroklimatas, vadyba, kokybės vadyba, sprendimų priėmimas, kt.), susiformavę skirtingi ryšiai ir sąveikos mechanizmai tarp sistemos lygmenų gali skirtis, todėl yra būtinas diegiamų PSĮ valdymo sistemų ir komponentų adaptavimas pagal situaciją.

Nagrinėjant PSĮ bei diegiant PSĮ valdymo sistemas, labai svarbu suprasti PSĮ genėzės mechanizmus kompleksinėse sociotechninėse organizacijose (kurių kategorijai priklauso ir LRLI). Todėl toliau bus nagrinėjamos įvykių (PSĮ, NI) modelių koncepcijos, jų evoliucija, aptariami įvykių genėzės mechanizmai kompleksinėse sociotechninėse organizacijose, kurioms priklauso ir LRLI.

Įvykių modeliai, jų samprata ir evoliucija

Įvykių modelių koncepcijos istoriškai buvo nagrinėjamos įvairių sričių (inžinerijos, kognityvinės psichologijos, sociologijos, vadybos, kt.) atstovų. Kaip pažymi Z. H. Qureshi, įvykių modeliai suteikia informaciją apie įvykius, parodydami ryšius tarp priežasties ir pasekmės (Qureshi Z. H., 2008).

Tradiciškai, kaip nurodo autorius, įvykiai buvo suprantami kaip grandinė nesėkmių, kurių kiekviena – prieš tai buvusios priežasties padarinys. Todėl įvykių analizės ir rizikos vertinimo technikos buvo paremtos linijine (vienalinijsine, daugialinijsine) įvykių priežastingumo samprata, kuri, deja, pasirodė esanti nepakankama modeliuojant ir analizuojant modernias kompleksines sistemas, jų veiklos problemas. Skirtingai nuo tradicinių techninių inžinerinių sistemų, modernios kompleksinės sistemos yra sudarytos iš daugybės skirtingų veikėjų: socialinių institucijų, žmonių, technologijų, kt. Tokiose sociotechninėse sistemose elementai yra glaudžiai tarpusavyje susiję ne tiesioginiais linijiniais, bet tiesioginiais ir netiesioginiais tinklinio pobūdžio ryšiais. Dėl kompleksinio požiūrio į sistemą sampratos evoliucijos įtakos įvykių modeliai istoriškai evoliucionavo nuo nuoseklos sekos (linijinių) (angl. *sequential (event-based) accident models*) į epidemiologinius (angl. *epidemiological accident models*) ir pastaruoju metu vis plačiau taikomus sisteminius įvykių modelius (angl. *systemic accident models*) (žr. 7 pav.).

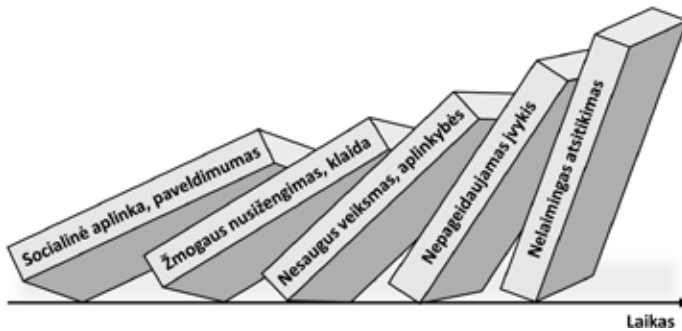


7 pav. Įvykio modelių taksonomijos schema

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, remiantis Qureshi Z. H., 2008

Išskiriami trys *klasikiniais* laikomi šias įvykių modelių evoliucijos pakopas charakterizuojantys įvykių modeliai: dominò teorinis modelis (linijinis), J. Reason „Šveicariško sūrio“ modelis (epidemiologinis) ir J. Rasmussen hierarchinis sociotechninis modelis (sisteminis).

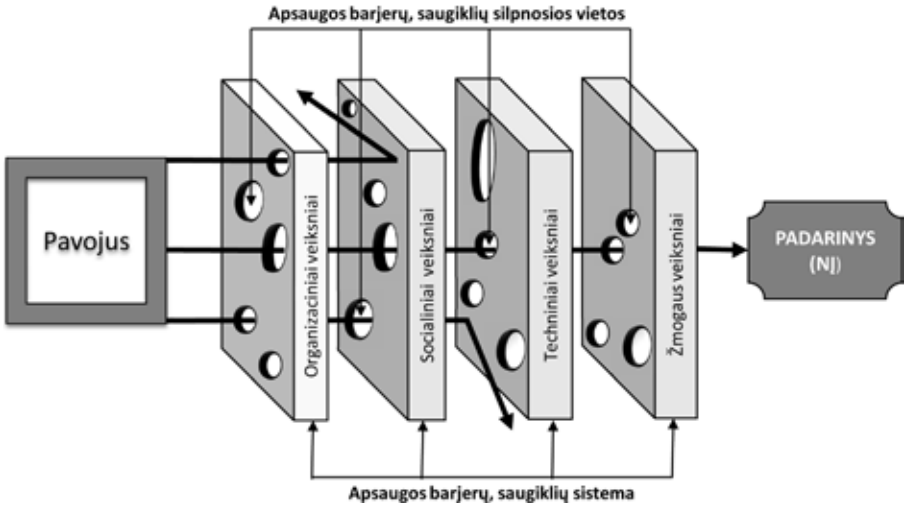
Dominò teorinis modelis, kurį 1931 m. aprašė H. W. Heinrich (Heinrich H. W. *et al.*, 1980) pateikiamas kaip klasikinis nuoseklios sekos vienalinijinis įvykių modelis, paremtas *domino įvykių priežastingumo teorija*, pabrėžiančia žmogaus klaidos svarbą. Pagal šią teoriją nelaimingą atsitikimą (pasekmę) (angl. *accident*) sukelia atskiri veiksniai, nuosekliai einantys vienas po kito, pateikiant juos linija išsirikiavusių krentančių domino kaladėlių metafora. Išskiriami įvykių sekos 5 veiksniai: 1) socialinė aplinka ir paveldimumas (įgimti ar socialinės aplinkos suformuoti nepageidaujami žmogaus asmenybės bruožai (pavyzdžiui, godumas, nerūpestingumas, neatsargumas, kt.), skatinantys žmogų nusižengti, suklysti); 2) žmogaus nusižengimas, klaida; 3) nesaugus veiksmas, aplinkybės (tiesioginė įvykio priežastis); 4) įvykis ir 5) nelaimingas atsitikimas (įvykio pasekmė) (žr. 8 pav.).



8 pav. *Domino įvykio priežastingumo teorinis modelis*
Šaltinis: sudarytas pagal Heinrich H. W. *et al.*, 1980.

Pagal šį modelį, būtent trečias veiksnys nesaugus veiksmas, aplinkybės laikomas pagrindiniu (svarbiausiu), siekiant išvengti NĮ. Todėl, pagal šį modelį, daugiausia dėmesio reikia skirti būtent šiam veiksniai, t. y. „išimti“ šią domino kaladėlę iš linijos ir kaladėlių grūtis bus sustabdyta – įvykis neįvyks, žala nebus padaryta (žr. blogo obuolio teoriją). Pagal šį modelį ryšiai tarp veiksmų yra nuoseklūs linijiniai, atspindėdami vienintelę įvykių priežasties–pasekmės kryptį ir kelią.

Pastebėjus, kad moderniose sociotechninėse sistemose NĮ sukelia ne vienas, bet kelių veiksmų kombinacija ir poveikis vienam iš veiksmų neužtikrina NĮ prevencijos ir sistemos saugos, iškilo poreikis naujam įvykių priežastingumo teoriniam pagrindui. Šią teorinę spragą užpildė J. Reason (Reason J., 1997) pasiūlydamas „Šveicariško sūrio“ modelį, pagrįstą sisteminių veiksmų priežastingumo teorija (žr. 9 pav.).



9 pav. J. Reason nepageidaujimų įvykių barjerų modelis
Šaltinis: sudarytas pagal Reason J., 2000.

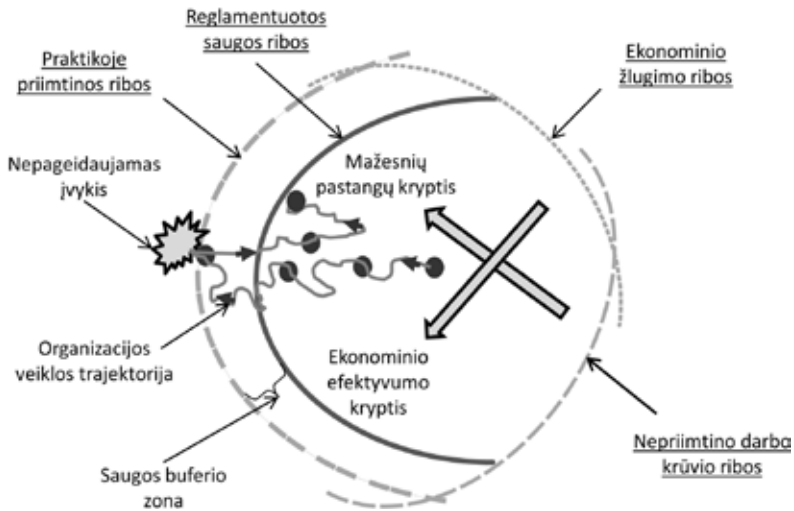
Epidemiologiniai įvykio modeliai NĮ traktuoja kaip įvairių tarpusavyje susijusių veiksnių pasireiškimą, panaudojant „ligos“ metaforą, kuri pasireiškia susidėjus lėtiniais faktoriams (pavyzdžiui, stresas, nuovargis, žalingi įpročiai, kt.) ir ūmioms (pavyzdžiui, ūmi infekcija) priežastims (pavojams), joms praėjus pro susilpnėjusius organizmo sistemos apsaugos barjerus (pavyzdžiui, nusilpus imuninei sistemai, kt.) ir pasireiškia sveikatos sutrikimas (padarinys).

Pagal J. Reason „Šveicariško sūrio“ modelį sistemos apsauginių komponentų silpnosioms vietoms išsiričiau tiesia linija, nekliudomas, pavojus pro jas praeina ir pasireiškia NĮ. Todėl būtina tobulinti struktūras ir procesus bei stiprinti apsauginius barjerus (techninius, organizacinius, žmogiškuosius, kt.), sudėti saugiklius, kad sistemos defektai nesudarytų galimybės pavojui virsti NĮ. Aiškinantis įvykusio NĮ priežastis svarbu ne tai, kas suklydo ir sudarė sąlygas atsirasti klaidai ar kilti pavojui, bet *kodėl* nesuveikė sistemos apsaugos barjerai ir saugikliai, neužkirto kelio žalingam veiksmui tapti NĮ (nepageidaujama pasekmė). Tačiau epidemiologiniai įvykio modeliai, vis dar išlaikantys nuoseklios daugialinijinės priežasčių–pasekmės seka pagrįsto NĮ priežastingumo požymius, atspindi statišką požiūrį į sistemą (organizaciją), o dinaminėse kompleksinėse sociotechninėse organizacijose apsaugos barjerai ir jų silpnosios vietos (skylės „Šveicariško sūrio“ sluokniuose) yra nuolatinėje dinaminėje būsenoje ir anksčiau sėkmingai veikė apsaugos barjerai (saugikliai) pasikeitus aplinkos sąlygoms, tampa „skylėtais“.

Sisteminiai įvykio modeliai, besiremiantys kompleksinės prisitaikančios sistemos koncepcija, pateikia naujovišką požiūrį į NĮ priežastingumą, apibūdindami įvykį kaip naujai išskylančią (emergentinę) fenomeną, nulemtą kompleksinės žmonių, techninių, organizacinių ir aplinkos veiksnių tarpusavio priklausomybės ir sąveikos. SP organizacija laikoma ne statine, bet dinamine, nuolat besikeičiančia, prisitaikančia prie aplinkos pokyčių, sistema. J. Rasmussen (Rasmussen J., 1997) pasiūlė Hierarchinį sociotechninį įvykio priežastingu-

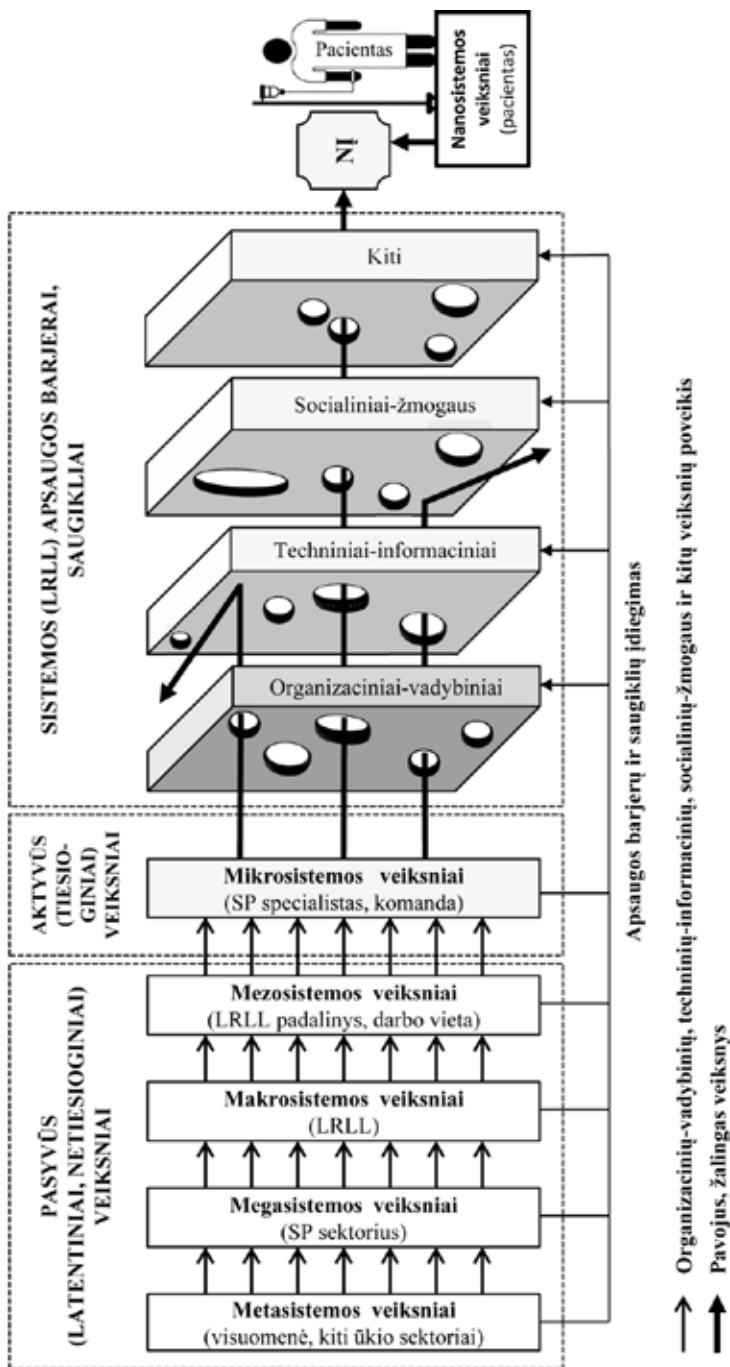
mo modelį, išskirdamas du esminius sociotechninių sistemų rizikų valdymo komponentus: struktūrinį ir dinaminį.

Sociotechninės sistemos *struktūra* įvairiuose lygmenyse (L1 vyriausybės, L2 reguliavimo funkcijas vykdančių organizacijų, asociacijų, sąjungų, L3 organizacijos, L4 vadybos, L5 personalo ir L6 darbo) patiria nuolatinį spaudimą iš išorės aplinkos. Norint, kad sistema funkcionuotų efektyviai, būtina užtikrinti dvikrypčius informacijos mainus: sprendimų (nurodymų) perdavimą (iš viršaus į apačią) ir informacijos perdavimą atgaliniu ryšiu (iš apačios į viršų). Saugos problemos atsiranda, kai dėl organizacijos struktūros lygmenų vertikalios integracijos pažeidimų organizacijoje neužtikrinama kontrolė ir lygmenys patiria skirtingus išorinės aplinkos poveikius. NĮ įvyksta dėl netobulų sprendimų priėmimo keliuose sistemos lygmenyse, o ne tik dėl „priešakinėje linijoje“ dirbančių darbuotojų veiklos trūkumų. Modelio *dinaminis aspektas* grindžiamas tuo, kad organizacijos darbuotojų elgsena yra priklausoma nuo jų veiklos ir darbo aplinkos dinaminio konteksto. Dėl nuolat kintančios darbo aplinkos būtina apibrėžti saugios veiklos ribas (angl. *boundaries of safe operations*) bei identifikuoti dinamines jėgas, dėl kurių poveikio kompleksinės sociotechninės sistemos juda link nustatytų saugios veiklos ribų ar net peržengia jas. Saugios veiklos ribos apibrėžiamos trimis kraštinėmis: nepriimtino darbo krūvio, finansinių ir ekonominių apribojimų bei saugos reguliavimu ir procedūromis (žr. 10 pav.).



10 pav. Saugios veiklos ribų modelis
Šaltinis: sudarytas Rasmussen J., 1997.

Tačiau ekonominis spaudimas mažesniais ištekliais pasiekti daugiau rezultatų skatina darbuotojus priimti sprendimus ir judėti didesnio ekonominio efektyvumo kryptimi link reglamentuotos saugos ribų. Išaugę darbo krūviai motyvuoja darbuotojus priimti sprendimus, mažinančius protinį ar fizinį darbo krūvį, diegti inovacijas, judėti mažesnių pastangų kryptimi link saugos buferio zonos. Laikui bėgant, darbuotojų elgsena ir veikla pereina reglamentuotos saugos ribas ir juda link praktikoje priimtinos (išbandytos)



11 pav. Kompleksinis NI priežiuringumo modelis
Šaltinis: sudarytas pagal Reason J., 1997; Rasmussen J., 1997.

elgsenos ir veiklos ribos. Ši darbuotojų elgsenos ir veiklos translokacija padidina rizikų ir NĮ tikimybę.

Peržengus praktikoje priimtinas ribas, saugos buferinės zonos užribyje veikiant nepalankiems veiksniams bei susilpnėjus kontrolei gali įvykti NĮ. Todėl, kaip pažymi J. Rasmussen, būtina nustatyti aiškiai suprantamas saugios veiklos ribas, su jomis supažindinti darbuotojus bei užtikrinti jų elgsenos ir veiklos kontrolę, kad šios ribos nebūtų peržengtos.

Todėl, taikant kompleksinį sisteminių požiūrį PSĮ priežastingumui LRLI nustatyti, svarbu įvertinti ligininės *vidinės* (*mikro-, mezo-, makro-*) ir *išorinės* (*nano-, mega-, meta-*) aplinkos dinamiką ir jos poveikį LRLI kitų subsistemų lygmenims; anksčiau įvairiuose sistemos lygmenyse priimtų sprendimų užprogramuotus, pasyviai budinčius sisteminius latentinius veiksnius, taip pat dinaminės aplinkos įtaką darbuotojų elgsenai ir veiklai, skatinančią peržengti saugios veiklos ribas bei užtikrinti reikiamų sistemos barjerų ir saugiklių, mažinančių PSĮ atsiradimo riziką ir NĮ pasireiškimą, įdiegimą (žr. 11 pav.).

Systeminis požiūris į pacientų saugą ir pacientų saugos įvykių valdymą

Sistemą galime apibrėžti kaip integruotą, glaudžiais tarpusavio ryšiais susijusį žmogiškųjų, intelektinių, kūrybinių, technologinių, informacinių, finansinių ir kitų išteklių tinklą ir jo veiklą, siekiant užsibrėžtų tikslų.

SP sistema apibūdinama kaip kompleksinė, atvira, dinaminė, sparčiai besivystanti ir nuolat kintanti. C. Chantler pažymi, kad „seniau medicina buvo paprasta, neefektyvi ir iš dalies saugi. Dabar ji yra sudėtinga, efektyvi ir potencialiai pavojinga“ (Chantler C., 1999). Paradoksalu, bet technologinė pažanga nepadarė SP saugesnės pacientams, ligininių darbuotojams. Išaugęs veiklos sudėtingumas yra neatsiejamai susijęs su netikrumu ir rizika, kuri kelia problemų ir meta iššūkių ne tik mokslininkams ir profesionalams, ji kasdien verčia priimti sprendimus, kai reikia apsispręsti neturint pakankamos informacijos (Janušonis V., 2005).

PS ilgą laiką buvo apibrėžiama, kaip „žalos nebuvimas ar sumažinimas iki minimalaus priimtino lygio“, „laisvė nuo pavojaus ar žalos“, „rizikų valdymas žalai išvengti“, „veiksmai, apsaugantys SP paslaugų vartotojus nuo žalos“ ir pan., – tai yra, pateikiant neiginiu atvirkštinę saugai sampratą: sauga tai – nesaugos nebuvimas (žr. 1 lentelę). Saugi SP buvo suprantama, kaip norma, o nukrypimai nuo jos būdavo slepiami, nes juos padarę asmenys (dažniausiai „priešakinės linijos darbuotojai“, t. y. medikai) būdavo persekiojami ir baudžiami. Vėliau, supratęs, kad absoliučios saugos SP, kaip ir kituose sektoriuose, nėra ir negali būti, įsivyravo nuomonė, kad, saugios SP taisyklė gali turėti retų išimčių, tai yra, retsykliais, susiklosčius tam tikroms aplinkybėms, įvyksta nesaugūs įvykiai ir sukelia žalą. Todėl, siekiant tokios žalos išvengti, būtina nuodugnai išanalizuoti žalą sukėlusius nesaugius įvykius (t. y. NĮ), ypač didelį dėmesį teikiant esminę (rezonansinę) žalą pacientams sukėlusiu NĮ analizei, pasimokyti iš įvykusios neigiamos patirties bei imtis visų įmanomų priemonių, kad tokie įvykiai nepasikartotų. Tačiau patirtis parodė, kad tik retroaktyvus mokymasis iš įvykusių nesėkmių (t. y. mokymasis iš praeities) SP neatnešė lauktinų rezultatų, SP sektorius netapo atviresniu, saugesniu pacientams.

Nauju postūmiu vystant saugos ir PS doktriną tapo danų tyrinėtojo Erik Hollnagel sukurta *sistemos stangrumo* (*atsparumo*) (angl. *resilience*) paradigma (Hollnagel E., 2006)

ir jos pagrindu pasiūlyta *Saugos II* (angl. *Safety II*) koncepcija, praplėtusi iki tol vyravusią *Saugos I* (angl. *Safety I*) koncepciją (Hollnagel E., 2014).

Pasak mokslininko „sistema yra stangri (atspari), jeigu ji gali adaptuoti savo veikimą prieš, per ir po įvykio (pokyčio, sutrikimo ir naujų galimybių atsiradimo) ir toliau tinkamai funkcionuoti tiek nuspėjamomis, tiek nenuspėjamomis sąlygomis“ (Hollnagel E., 2011). Autoriaus teigimu, sistemos stangrumas priklauso ne nuo kažkokių atskirų jos dalių ar detalių savybių, bet nuo bendros sistemos konstrukcijos, jos pagrindinių dalių tarpusavio sąveikos. NĮ įvyksta, jeigu ši sąveika neleidžia po minėtų įvykių išlaikyti jos tinkamo funkcionavimo.

Šiuo metu vyraujančiam PS judėjimui būdinga vienašališka orientacija į *įvykusių nesaugių įvykių (NĮ) valdymą* (t. y. *Sauga I* koncepcija) sukelia tik dalinius sistemos pokyčius ir nesukuria tokios sistemos dalių tarpusavio sąveikos, kuri užtikrintų jos stangrumą (atsparumą) reaguojant į besikeičiančias veiklos ar aplinkos sąlygas. Tai iš esmės apriboja PSĮ prevencijos galimybes, paverčiant ją nuolatinio vis naujų klaidų taisymu. Autoriaus teigimu vyraujantis siekis išaiškinti klaidas ir mokyti iš jų turi būti praplėstas sistemos bendrojo stangrumo (atsparumo) – sistemos gebėjimo gerai funkcionuoti tiek nuspėjamomis tiek nenuspėjamomis sąlygomis – stiprinimu (Hollnagel E., 2014). Autorius pabrėžė sistemos stangrumo (atsparumo) stiprinimo ypatingą svarbą užtikrinant saugą organizacijose, priskiriamose kompleksinių sociotechninių sistemų kategorijai – jų tarpe ir SP sektoriaus organizacijoms.

Pacientų saugos I (angl. *Patient safety I*) koncepcija teigia, kad PS gali būti užtikrinta mokantis iš neigiamos patirties (neigiamas pasekmes sukėlusių NĮ) eliminuojant (*absoliuti sauga*) ar sumažinant iki minimalaus priimtino lygmens (*reliatyvi sauga*) nesaugių įvykių pasireiškimą. *Pacientų saugos II* (angl. *Patient safety II*) koncepcija teigia, kad PS galima pagerinti mokantis ne tik iš ribotos ir rečiau pasireiškiančios neigiamos (nesaugios), bet ir iš gerokai dažnesnių teigiamos (saugios) patirties, atvejų, galinčių suteikti daugiau ir visapusiškesnės informacijos.

Apibendrinant, *Pacientų saugos I* koncepcijos esmė – didinant PS, būtina sumažinti nesaugių įvykių (NĮ) skaičių (*retroaktyvus požiūris į saugą*), o *Pacientų saugos II* koncepcijos esmė – padidinti saugių atvejų skaičių (*proaktyvus požiūris į saugą*), užtikrinant organizacijos stangrumą (atsparumą) – gebėjimą sėkmingai funkcionuoti pasikeitus veiklos ar aplinkos sąlygoms (Hollnagel E., 2014).

PS valdymo SP sektoriuje, jo organizacijose sampratos evoliucijoje būtų galima išskirti šiuos požiūrio į PS raidos etapus:

- I. *Saugos neigimo (neaktualizavimo) (Sauga 0 koncepcija)* – klaidų ir NĮ rizikos *neigimo (ignoravimo)*.
- II. *Nesaugos mažinimo (Sauga I koncepcija)*:
 1. Klaidų ir NĮ rizikos *pripažinimo bet netoleravimo*, klaidoms ir klystantiesiems „karo“ paskelbimo.
 2. Klaidų ir NĮ rizikos *suvokimo* bei rizikos *maksimalaus vengimo*:
 - 2.1. Kuriant saugią (be rizikos) SP aplinką.
 - 2.2. Puoselėjant saugos kultūrą SP sektoriuje ir jo organizacijose.
 - 2.3. Diegiant NĮPMS nacionaliniu (šalies), lokaliu (ASPI) lygmeniu.
 3. Klaidų ir NĮ rizikos *mažinimo iki priimtino lygmens*, stiprinant saugos barjerus bei diegiant kompleksines PSĮ valdymo sistemas.

III. *Saugos didinimo (Sauga II koncepcija)* – saugių atvejų skaičiaus didinimo, stiprinant SP organizacijų stangrumą (atsparumą) – t. y. gebėjimą sėkmingai teikti saugias paslaugas, pasiekiant užsibrėžtus tikslus (rezultatus) kintančios aplinkos sąlygomis.

Sistemos saugą galima apibrėžti kaip sistemos savybes, dėl kurių sistema sugeba efektyviai funkcionuoti prisitaikydama prie kintančių aplinkos sąlygų, išvengdama netekčių bei nuostolių. Tačiau nėra tokios sistemos, kuri būtų visiškai saugi, nėra nė vienos saugos ir rizikos valdymo sistemos, kuri galėtų visiškai užtikrinti saugą. Todėl, siekiant užtikrinti ir gerinti PS SP organizacijose (tarp jų ir Ligoninėse), rizikos pacientams turi būti valdomos diegiant į prevenciją orientuotas PSĮ valdymo sistemas, gebančias didinti organizacijos (sistemos) stangrumą, *maksimalizuojant saugių atvejų skaičių* bei *minimalizuojant nesaugių atvejų riziką iki minimalaus priimtino lygmens*.

Išnagrinėjus mokslinės ir metodinės literatūros šaltiniuose paminėtus SP sektoriuje ir jo organizacijose (tame tarpe ligoninėse) diegiamus plačiau paplitusius PSĮ valdymo modelius bei technikas galima juos suskirstyti į *retroaktyvius*, *interaktyvius* ir *proaktyvius*:

1. *Retroaktyvūs (retrospektyviniai)* (angl. *retroactive, retrospective*) – dažniausiai apima NĮ ištyrimo ir analizės metodus, siekiant nustatyti jų tikrąsias (gilumines) priežastis bei jas lemiančius veiksnius ir imtis veiksmų, kad šie ateityje nepasikartotų. Taikomi metodai: klinikinis auditas (angl. *Clinical Audit*), pagrindinės priežasties analizė (angl. *Root Cause Analysis*), reikšmingo įvykio auditas (angl. *Significant Event Audit*), reikšmingo įvykio analizė (angl. *Significant Event Analysis*), sistemų analizė (angl. *Systems Analysis*); NĮ pranešinėjimo ir mokymosi sistema (angl. *Adverse Events Reporting and Learning System*), kt.
2. *Interaktyvūs (reaktyvūs)* (angl. *interactive, reactive*) – apima vykstančių NĮ ir jų padarinių valdymą, minimalizuojant jo pasireiškimo žalą (neigiamas pasekmes) pacientui, lankytojui, ligoninės darbuotojui. Tai gali būti tiek atskiras NĮ, vykstantis dabartiniu metu (pvz., lašinant pacientui kraują kitos kraujo grupės, skirtą kitam pacientui, neteisingai identifikavus pacientą), tiek pastoviai vykstantis reiškinys (pvz., medicinos darbuotojų dėmesio nekreipimas ir nesilaikymas rankų higienos ir priežiūros (dezinfekcijos) taisyklėse nustatytų reikalavimų, kuomet jie yra nestebimi kontroliuojančių asmenų). Naudojamos NĮ pobūdį atitinkančios, jo poveikį mažinančios priemonės.
3. *Proaktyvūs (prospektyviniai)* (angl. *proactive, prospective*) – apima PSĮ atsiradimo ir pasireiškimo prognostinius bei prevencinius veiksmus, siekiant išvengti PSĮ ateityje:
 - 3.1. *Retrospektyviai proaktyvūs* (angl. *retrospective-proactive*), dar vadinami *retrospektyvia prevencija* (angl. *retrospective prevention*), – įgyvendinami prevenciniai veiksmai pagal turimą savo ar kitų praeities patirtį, t.y. besimokant iš galėjusių įvykti, bet neįvykusių (angl. *near miss, close call*) NĮ, siekiant išvengti jų pasikartojimo ateityje. Taikomi metodai: įvykių medžio analizė (angl. *Event Tree Analysis*), savanoriška PSĮ pranešinėjimo ir mokymosi sistema (angl. *Voluntary Patient Safety Events Reporting and Learning System*), nesėkmės modelio ir poveikio analizė (angl. *Failure Mode and Effects Analysis*), nesėkmės modelio ir poveikio analizė SP (angl. *Failure Mode and Effects Analysis in Healthcare*), saugos auditas (angl. *Safety Audit*), rizikos veiksnių analizė ir svarbiausi kontrolės taškai (angl. *Hazard Analysis and Critical Control Points*), kt.
 - 3.2. *Perspektyviai proaktyvūs, prognostiniai* (angl. *perspective-proactive, predictive*), dar vadinami *proaktyvia prevencija* (angl. *proactive prevention*), – įgyvendinami

prevenciniai veiksmai prognozuojant (nuspėjant, modeliujant, kt.) potencialius veiksmus, ateityje galinčius paskatinti PSĮ atsiradimą, identifikuojant šių veiksmų tarpusavio sąveikos ir pasireiškimo mechanizmus, sustiprinant esamus bei įvedant naujus PSĮ pasireiškimą ribojančius barjerus, saugiklius. Taikomi metodai: rizikų tikimybės įvertinimas (angl. *Probabilistic Risk Assessment*), kt.

Ligoninės dažniausiai naudoja *retrospektyvinius* NĮ valdymo metodus ir technikas analizuodamos anksčiau įvykusius, esminę žalą pacientui, ligoninės darbuotojui ar jos lankytojui sukėlusius NĮ. Tyrinėdamas NĮ pasireiškimo priežastis ir mechanizmus, C. A. Vincent (Vincent C. A., 2005) pažymėjo, kad NĮ yra tarsi „langas į sistemą“, pro kurį išvystame daugelį veiksmų, turėjusių įtakos įvykiui atsirasti, bei sąlygas, prisidėjusias prie nepageidaujamos pasekmės pasireiškimo. Vien tik reaktyvus požiūris į NĮ valdymą nėra pakankamas minimalizuojant riziką pacientams (Battles J. B., Lilford R. J., 2003), būtinas proaktyvus rizikos ir klaidų numatymas (Hollnagel E., 2006), siekiant nustatyti, įvertinti, eliminuoti ar sumažinti klaidų pasireiškimo riziką. Moksliniai tyrimai PS srityje atskleidė, kad įgyvendinimas tik retroaktyvių ar tik proaktyvių PSĮ valdymo metodų nesuteikia išsamaus vaizdo apie PSĮ rizikas ir jų prigimtį, nes abu šie požiūriai, kuriais grindžiami metodai, turi savų trūkumų. „Aukštinio standarto“ PSĮ valdymo srityje kol kas nėra sukurta, todėl šiuo metu *kompleksinis sisteminis integralus požiūris* į PSĮ valdymą, įvertinantis ligoninių sociotechninį kompleksumą ir dinamiškumą, jungiantis *retroaktyvius*, *interaktyvius* ir *proaktyvius* PSĮ valdymo metodus bei technikas, suteikiantis galimybę identifikuoti ir šalinti esamas sistemos spragas, efektyviai valdyti įvykusius bei vykstančius PSĮ bei įvertinti (nuspėti) PS ateities problemas, identifikuojant ir eliminuojant potencialias rizikas, yra rekomenduotinas LLRL.

Todėl, siekiant užtikrinti ir sistemaiškai gerinti PS, Ligoninėms siūlomas sisteminis požiūris į PSĮ valdymą, kuris turi būti orientuotas į:

1. Ligoninės kaip organizacijos (sistemos) stangrumo (atsparumo) didinimą, siekiant maksimalizuoti saugių SPP teikimo pacientams atvejų skaičių bei minimalizuoti nesaugių įvykių teikiant SPP riziką iki minimalaus priimtino lygmens, užtikrinant jos sėkmingą funkcionavimą nuolat kintančios aplinkos ir ribotų resursų sąlygomis;
2. integruotą PSĮ valdymą, t. y. į praeitį – tiriant NĮ ir mokantis iš buvusių nesėkmių; į *dabartį* – efektyviai valdant einamuju metu pasireiškiančius bei vykstančius NĮ, minimalizuojant jų poveikį ir sukliamą žalą pacientams einamuju laiku; bei į *ateitį* – identifikuojant potencialią PSĮ riziką ir imantis priemonių sumažinant jos pasireiškimo riziką neigiamu poveikiu (žala) pacientų sveikatai ar gyvybei.

Šioje dalyje apžvelgus klasikinio ir modernaus požiūrių į PS teorinius aspektus, pateiktos kompleksinio sisteminio integralaus požiūrio į PS mokslinės įžvalgos, svarbios konstruojant Modelį.

1.1.4. Apibendrinimas

Pirmos dalies pirmame skyriuje aptartos PSĮ valdymo problemoms nagrinėti ir Modeliui parengti svarbūs aspektai: patikslintos Modeliui konstruoti reikalingos sąvokos, aptarti įvykių modeliai ir įvertinta Ligoninės sociotechninės prigimties svarba PSĮ valdymui, parengta Ligoninės sociotechninės sveikatos priežiūros sistemos rizikos veiksmų poveikio schema ir pasiūlytas kompleksinis nepageidaujamų įvykių priežastingumo

modelis. Atlikus sąvokų analizę ir jas patikslinus, sudaryta Modelio konstravimo tikslu su PS ir PSĮ valdymo svarbiausių sąvokų sistema. Įvertinus kompleksinį sociotechninį ligoninės (kaip organizacijos, sistemos) pobūdį, pagrįsta šiuolaikinio kompleksinio (daugiaaspėkčio) požiūrio svarbą į PS ir PSĮ valdymą. Kompleksinio požiūrio į PS ir PSĮ valdymą įgyvendinimas suteiktų galimybę Ligoninei nuspėti ir efektyviau valdyti rizikas ir PSĮ, užtikrinant ir gerinant PS. Išnagrinėjus PSĮ genezės ligoninėse priežastis, įvykių modelius ir šiuolaikinį požiūrį į PSĮ valdymą kompleksinėse sociotechninėse SP sektoriaus organizacijose, svarbu apžvelgti tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų patirtis PS užtikrinimo ir gerinimo, PSĮ valdymo srityse.

1.2. Pacientų saugos pamatinių nuostatų ir jų įgyvendinimo pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje raida

Šiuolaikinis PS judėjimas, įgijęs tarptautinį pobūdį, apima daugelį pasaulio valstybių, sukaupia didelę patirtis užtikrinant ir gerinant PS nacionaliniu ar ASPĮ lygmeniu. Šalys, susidurdamos su panašiomis PS problemomis, jas sprendžia dalyvaudamos tarptautiniuose PS projektuose, vadovaudamosi mokslinių tyrimų PS srityje rezultatais, panaudodamos geriausių kitų šalių patirtį PS užtikrinimo ir gerinimo srityje. Dalis mokslinių tyrimų išvadų ir gerosios praktinės patirties rekomendacijų PS srityje įgyvendinta tarptautinio teisinio reguliavimo priemonėse, bendrose veiklos programose, rekomendacijose, tarptautinėse iniciatyvose (EUR-LEX, 2013). Todėl tarptautiniame lygmenyje vykdomų mokslinių tyrinėjimų ir praktinės patirties PS srityje sklaida vaidina ypač svarbų vaidmenį organizuojant PS, PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ir ASPĮ lygmeniu. PS bazinių pagrindų formavimo, PS užtikrinimo ir gerinimo tarptautinė ir nacionalinė patirtys yra svarbios disertacijos tikslams pasiekti, Modeliui parengti. Daugiametės tarptautinės PS užtikrinimo ir gerinimo, PSĮ valdymo patirties analizė suponuoja disertacijoje numatytą Modelio sukūrimo prielaidas, leidžia iškristalizuoti ir, konstruojant Modelį, panaudoti pasiteisinusius PS užtikrinimo bei gerinimo, PSĮ valdymo metodus, būdus, įrankius bei priemones. Ne mažiau svarbu yra įvertinti ir problemas bei iššūkius, su kuriais susiduria tarptautinis ir nacionalinis PS judėjimai. Šių problemų gilesnis supratimas, jų kilmės priežasčių ir konteksto įvertinimas būtinas, siekiant numatyti pavojus ir išvengti problemų konstruojant, vėliau įgyvendinant ir plėtojant Modelį.

Šio skyriaus **tikslas** – identifikuoti tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo raidoje susiformavusias bei pasiteisinusias esmines PS užtikrinimo ir gerinimo nuostatas (tai aptariama poskyryje „Tarptautinis PS judėjimas, pamatinių PS užtikrinimo ir gerinimo nuostatų raida“), kurių pagrindu bus formuojami Modelio rengimo ir veiklos principai; bei aptarti šių nuostatų įgyvendinimo tarptautinę ir nacionalinę praktines patirtis (tai aptariama poskyryje „PSĮ valdymo patirtis ES ir Lietuvoje“), kurių pagrindu bus identifikuojamos pasiteisinusios PSĮ valdymo priemonės, svarbios konstruojant Modelį.

PS tarptautinio ir nacionalinio judėjimo, jo patirties PSĮ valdymo srityje įvertinimas šiame skyriuje nepretenduoja tapti išsamia jų istorinės raidos apžvalga, šioje dalyje aptariami tik disertacijos tikslams pasiekti svarbūs, tiek teigiamo (siekiant juos pritaikyti konstruojant, diegiant ir vystant Modelį), tiek neigiamo (siekiant išvengti neigiamų patirčių, problemų ir pavojų rizikos konstruojant, diegiant ir plėtojant Modelį) pobūdžio aspektai.

1.2.1. Pacientų saugos judėjimas ir pacientų saugos pamatinių nuostatų raida

Tarptautinio pacientų saugos judėjimo priešistorė

PS problema egzistuoja nuo senų laikų. Babilono „Hamurabio kodekso“ (1760 BC) § 218–219 paragrafuose reglamentuotos klaidą padariusiam gydytojui skirtinos baudmės, tokios, kaip rankos nukapojimas ar akies išdūrimas (Hammurabi, 2015). Nuo Hipokrato laikų (IV a. pr. m. e.) galiojanti nuostata „Pirmiausia nepakenkti“ (lot. *primum non nocere*) išliko svarbia gydytojo priesaikos dalimi ir šiais laikais (Hippocrates, 2015). Garsūs XIX–XX a. medikai, tokie kaip austrų gydytojas Ignaz Simmelweiss (1818–1865 m.), chirurgas Ernest Codman (1869–1940 m.), gydytojas Lewis Thomas (1913–1993 m.) ir kiti identifikavo PS problemas ir siūlė jų sprendimų būdus, dabar pripažįstami PS disciplinos pradininkais (Vincent Ch., 2006).

Tačiau PS problema tik nuo 1990 m. iš esmės atkreipė plačiosios visuomenės (mokslininkų, pacientų, SP organizatorių ir vadybininkų, žiniasklaidos atstovų, kt.) dėmesį. Iki XX šimtmečio paskutinio dešimtmečio SP kokybės ir saugos sritys buvo už visuomenės, medikų bei SP vadybininkų dėmesio ribų, nes XIX–XX a. įvairiose šalyse vykdytos SP sektorių reformos sprendė, visų pirma, medicinos paslaugų prieinamumo problemas, ieškojo būdų užtikrinti gydytojo pagalbą mažiausiai pasiturintiems visuomenės sluoksniams, sprendė sveikatos draudimo klausimus (Wolfgang U., Eckart W., 2005; Jackson M., 2011). SP kokybės ir saugos problemos tuo metu nekėlė didesnio susirūpinimo, nes buvo manoma, kad svarbiausia yra užtikrinti SP paslaugų prieinamumą, o pacientui patekus pas gydytoją reikiama pagalba bus užtikrinta. Tikėta, kad SP paslaugų kokybė priklauso tik nuo gydytojo kvalifikacijos lygio ir jo sąžiningumo (Vincent C., 2006).

XX a. antroje pusėje iškilusios kelios globalios tendencijos paskatino SP paslaugų kokybę ir PS „išeiti iš šešėlio“:

1. *Sumažėjo atotrūkis tarp paciento ir mediko žinių apie žmogaus sveikatą ir jos priežiūrą.* XX a. išaugo visuomenės (ir pacientų) išsimokslinimo ir išsilavinimo lygis, žymiai sumažėjo egzistavusi tarp medikų ir pacientų informacijos asimetrija ir žinių lygis įvairiais SP klausimais. Pasikeitė ilgas šimtmečius trukusi situacija, kuomet dėl didelio žinių lygio skirtumo pacientas neturėjo gebėjimų ir galimybių suprasti gydytojo veiksmų, įvertinti jo išvadų ir dėl to buvo priverstas visiškai juo pasitikėti. Išgalėjus informacijos amžiui, formuojantis žinių visuomenei, atsirado „naujoviškas pacientas“ – aktyviai besidomintis savo sveikata, gydymu, galintis suprasti sveikatos sutrikimus, ligas, gydymo ir sveikimo procesus. Nuo aklo pasitikėjimo mediku pereita prie aktyvaus supratimo ir kritinio vertinimo (Goggins K. et al., 2014; U. S. Department of Health and Human Services, 2014; National Assessment of Adult Literacy, 2015).
2. *Žmogaus sveikatos socialinės ir asmeninės vertės didėjimas.* Visuomenės demokratizacijos sąlygomis didėja asmens vaidmuo visuomenėje. Žmogaus teisių užtikrinimas, tarp jų ir teisės į saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą, skelbiamas vienu svarbiausių prioritetu. Žmogaus sveikata pradėta laikyti ypač svarbia vertybe. Tai, savo ruožtu, padidino reikalavimus ir sritims, nuo kurių priklauso sveikatos išsaugojimas, stiprinimas ir atstatymas – SP paslaugų kokybei ir saugai (Topol E., 2012; The Institute of Medicine, 2004; Board on Population Health and Public Health Practice, 2012).

3. *Medicinos pažanga*. XX amžiuje pramonės perversmą sukėlusiu industrinė revoliucija paveikė ir SP sektorių, davusi stiprų impulsą žinių ir technologijų pažangai. Nors naujos, gerokai sudėtingesnės, technologijos sudarė galimybę iš esmės pagerinti SP kokybę, padėti pacientui tuomet, kai anksčiau tai buvo neįmanoma, padidėjęs SP sudėtingumas kartu padidino ir medicinos klaidų pavojų: „Seniau medicina buvo paprasta, neefektyvi ir santykinai saugi. Dabar ji yra sudėtinga, efektyvi ir potencialiai pavojinga“ (Chantler C., 1999, 1181).
4. *Kokybės vadybos plėtra ir pažanga SP sektoriuje, jo organizacijose*. Iki industrinės revoliucijos laikotarpio, gamyboje dominavus amatininkystei, medicinoje, kaip ir kituose ūkio sektoriuose kokybės garantas buvo paslaugos teikėjas, tai yra, gydytojo reputacija, „geras vardas“. Amatininkystę pakeitusi masinė ir konvejerinė gamyba pareikalavo ne tik naujų darbo organizavimo principų (individualaus darbo pobūdį keitė komandinis), bet ir kito požiūrio į kokybės užtikrinimą ir nuolatinį gerinimą dėl augančios konkurencijos, didėjančio klientų informuotumo, individualių poreikių bei atsiradusios galimybės rinktis. Keitėsi ir požiūris į kokybę, kokybės vadybą SP sektoriuje ir jo organizacijose. Produktų standartizavimas, kokybės sistemų diegimas išsiplėtė į įvairiausias žmogaus veiklos sferas, tarp jų ir į SP. Atsirado nauji, daug tikslesni SP kokybės įvertinimo metodai ir priemonės. Tai formavo naujovišką požiūrį į kokybę ir jos valdymą sveikatos priežiūroje (WHO, 2008; Legido-Quigley H., 2008).

Visų šių procesų pasekmė – praeito amžiaus pabaigoje sparčiai augantis susidomėjimas SP kokybe, didėjantys dėl jos lūkesčiai, atkreiptas dėmesys į saugos užtikrinimo problemas ligoninėse, išaugo skundų dėl nepakankamos kokybės ir teismo bylų skaičius (Vincent C., 2006), į viešumą iškilo rezonansinės, didelę žalą sukėlusios, gydymo klaidos (Cook J. *et al.*, 1998), suaktyvėjo teisinių aktų, skirtų SP paslaugų kokybei ir saugai reglamentuoti, leidyba (Teitelbaum J. B., Wilensky S., 2013), įsteigtos naujos medikų veiklos priežiūros ir kontrolės institucijos, kūrėsi pacientų teises į saugią ir kokybišką SP ginančios visuomeninės organizacijos (Patient organizations database, 2015). Vėliau kokybės kontrolės požiūrii praplėtė ir papildė kokybės užtikrinimo ir nuolatinio gerinimo paradigma, SP sektoriaus organizacijose pradėti diegti visuotinės kokybės vadybos principai, vidaus ir išorės kokybės vadybos sistemos, išplito API licencijavimas, sertifikavimas, akreditavimas, ypatingas dėmesys pradėtas skirti *pacientų saugai*, jos užtikrinimui ir gerinimui.

Pacientų saugos judėjimo pradinis etapas

Iki šio etapo PS ir jos užtikrinimas buvo suvokiama kaip sudėtinė kokybės dalis (SP kokybės dimensija), o ne atskiras pacientų teisių užtikrinimo objektas. Situacija pasikeitė po 1999 metų, JAV Medicinos institutui išleidus studiją „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“. Ši studija sukėlė precedento neturintį visuomeninį rezonansą PS srityje JAV ir visame pasaulyje – praėjus vos dviem savaitėms po šios studijos paskelbimo, joje iškeltas PS problemas jau svarstė JAV Kongresas. Svarbu, kad šioje studijoje PS buvo tiriama kaip savarankiška sritis, turinti savarankišką ir ypatingą, palyginti su kitomis kokybės dimensijomis, reikšmę (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Studijoje buvo suformuoti pamatiniai PS ir PSI valdymo principai ir teiginiai, kuriais iki šiol remiasi tarptautinis ir nacionaliniai PS judėjimai, jų formuojamos PS užtikrinimo ir gerinimo strategijos, programos. Paminėtini pagrindiniai, ypač svarbūs konstruojant Modelį:

1. *Klaidos medicinoje ir jų padaroma žala pacientui yra didelio masto reiškinys ir viena dažniausių pacientų mirties priežasčių.* Buvo atsiribota nuo ilgus šimtmečius vyravusio įsitikinimo, kad klaida medicinoje ir jos sukelta žala pacientui yra išimtinis, mediko darbui nebūdingas reiškinys, sukeliamas neįprastų, išimtinių, netipinių reiškinų ar neatsakingų medicinos darbuotojų. Pateiktas kitoks požiūris – klaidos medicinoje yra ne išimtis, bet kasdienybė, jų pasireiškimo mastas ir padaroma žala – milžiniški, todėl būtini neatidėliotini vadybiniai ir klinikiniai sprendimai, siekiant sumažinti NĮ riziką ir jų sukeltą žalą.
2. *Klaidų medicinoje priežastys turi sisteminį pobūdį.* Tai reiškia, kad išaiškėjusios, dažniausiai žalą paciento sveikatai ar gyvybei sukėlusios mediko klaidos yra tik visų SP sistemos problemų ledkalnio viršūnė, iškilusi virš vandens paviršiaus. Neišaiškėjusių ir žala nepasireiškusių PSĮ, nulemtų SP sektoriaus organizavimo, ASPĮ veiklos trūkumų, mastas yra daug kartų didesnis, tačiau nepastebimas. Šie PSĮ yra latentinėje fazėje, jie pasireiškia tik susiklosčius tam tikroms aplinkybėms, tačiau jų neišaiškinus ir nepašalinus – panašios klaidos linkę kartotis ateityje. Atsižvelgiant į tai, keitėsi anksčiau vyravęs įsitikinimas, kad mediko klaidos priežastis yra *netobulo mediko* veiksmai. Atsiribota nuo ilgą laiką vyravusio požiūrio, kad yra *geri* (neklystantys) ir *blogi* (klystantys) medicinos darbuotojai. Pateiktas kitoks požiūris: svarbiausias vaidmuo įvykus klaidai tenka nuo paties mediko nepriklausantiems ar mažai priklausantiems veiksniams, kuriuos lemia ASPĮ, kurioje jis dirba, ar visos SP sistemos veiklos organizavimo sisteminiai trūkumai. Todėl, tiriant NĮ priežastis, siekiant jų išvengti ateityje, būtina dėmesį perkelti nuo *žmogaus veiksmų* į *sisteminius faktorius*.
3. *Esminis SP sistemos trūkumas, dėl kurio atsiranda medikų klaidas sukeliantys veiksniai, yra SP sistemos nesugebėjimas išaiškinti padarytų klaidų, įvertinti jų tikrųjų priežasčių, imtis prevencinių veiksmų bei mokytis iš jų.* Pasikeitė ne tik vyravęs požiūris, kad egzistuoja *geri* (neklystantys) ir *blogi* (klystantys) darbuotojai, bet keitėsi ir vertinimas pačios ASPĮ, kurioje išaiškinamos klaidos. Suvokta, kad jei ASPĮ neišaiškinamos klaidos, tai dar nereiškia, kad jų nėra. Tai reiškia, kad jos yra slepamos ar nutylimos, apie jas nėra pranešama, klaidos nėra analizuojamos, nenustatomos jų tikrosios priežastys, nesiimama prevencinių veiksmų, nėra iš jų mokomasi, todėl išlieka didelė jų rizika ir galimybė pasireikšti žala pacientų sveikatai ar gyvybei, todėl tokia ASPĮ nėra saugi pacientams.

Disertacijos tikslams pasiekti, konstruojant Modelį ypač svarbi antroji ir trečioji nuostata: PSĮ valdymo sistema ASPĮ turi sistemškai užtikrinti klaidų išaiškinimą, jų priežasčių nagrinėjimą, tinkamą reagavimą ir jų prevenciją visais įstaigos lygiais, visose jos veiklos sferose (klinikinės, vadybinės, kt.) bei tapti nuolatinio mokymosi ir tobulėjimo šaltiniu ir įrankiu.

Pacientų saugos judėjimo globalizacija

Kaip minėta, JAV Medicinos instituto atliktos studijos „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“ pasirodymas sukėlė didelį rezonansą PS srityje visame pasaulyje, nes panašūs procesai, kurie yra apibendrinti šioje studijoje, vyko ir kitose šalyse. Į medikų klaidas nustota žiūrėti kaip į pavienius, izoliuotus faktus. Suvokta, kad išaiškėjusios klaidos (jų pasekmės) yra tik maža dalis visų įvykusių ar galėjusių įvykti klaidų, kurių priežas-

tys yra daugiaaspektės, atsirandančios dėl SP sektoriaus, jo organizacijų veiklos trūkumų. Ši studija paskatino PS srityje plataus masto mokslinių tyrimų atlikimą, patirties dalijimąsi ne tik atskirose valstybėse, bet ir tarp jų, paskatindama šalis jungtis į pasaulinį (tarptautinį) PS judėjimą.

Kitą svarbų postūmį PS judėjimo tarptautiškumui suteikė PSO, 2004 m. 27-ojoje asamblėjoje pritarusį tarptautinio Pacientų saugos aljanso įkūrimui, kurio misija – visuotinės pacientų saugos politikos kūrimas ir jos realizavimas klinikinėje praktikoje. Įkurtas Pacientų saugos aljansas iškart aktyviai ėmėsi lyderio vaidmens PS srityje: vykdo plataus masto PS iniciatyvas (PS projektus), organizuoja mokslinius tyrinėjimus šioje srityje, rengia ir platina PS užtikrinimo bei gerinimo, PSĮ valdymo rekomendacijas. Šios organizacijos išleistoje studijoje „PSO rekomendacijų apie NĮ pranešimą ir mokymąsi iš jų sistemos projektas. Nuo informacijos apie veiksmų“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000) (toliau – PSO rekomendacijos) apibendrinta įvairių šalių (JAV, Didžiosios Britanijos, Nyderlandų, Japonijos ir kt.) nacionalinio lygmens NĮPMS pranešimų ir mokymosi iš jų patirtis. Nors šiame dokumente pateiktos rekomendacijos nepretenduoja į teisinį statusą (nėra privalomos) (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000), PSO, kaip lyderiaujančios PS srityje institucijos, autoritetas ir kompetencija netiesiogiai įpareigoja šalis vadovautis šiomis rekomendacijomis kuriant bei vystant nacionaliniu lygmeniu NĮPMS. Šiose PSO rekomendacijose pateiktos disertacinio darbo tikslams pasiekti bei Modelio kūrimui svarbios nuostatos:

1. *Konstatuota, kad PS problemos yra globalios, bendros visų pasaulio valstybių sveikatos apsaugos sistemoms.* Įtvirtinama fundamentali nuostata, pabrėžianti, kad PS nėra ir neturi būti izoliuota kiekvienos atskiros šalies problema, nes PS problemos yra bendros visoms šalims ir dėl to tiek žinios apie jas, tiek kiekvienoje šalyje rasti sprendimai kuriant bei vystant PS, NĮ valdymo sistemas yra svarbūs ir kitoms šalims (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000).
2. *Patikslintos NĮPMS funkcijos.* Nustatyta, kad NĮ išaiškinimas nėra savitiksliis, po jo turi sekti kiti ne mažiau svarbūs veiksmai: PSĮ nagrinėjimas, jį sukėlusių veiksmų ir priežasčių išaiškinimas, priemonių, neleidžiančių tokiems įvykiams pasikartoti, pasirinkimas, įgyvendinimas, kontrolė, grįžtamasis ryšis, poveikio korekcija: „Sąvoka „pranešimo sistema“ apima procesus ir technologijas, kurios dalyvauja standartizuojant, formuojant, komunikuojant, teikiant grįžtamąjį ryšį, analizuojant, mokantis, pateikiant atsakymus bei skleidžiant naudingas pamokas, kurių išmokta iš pranešto įvykio“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Atsižvelgiant į šią nuostatą, PSĮ valdymo sistema turi užtikrinti šių paminėtų funkcijų įgyvendinimą. „Svarbiausia NĮPMS funkcija – NĮ rezultatų panaudojimas analizei ir tyrimui, turint tikslą suformuluoti ir paskleisti rekomendacijas, kaip reikia pakeisti sistemą“, nes „pirminė NĮPMS paskirtis yra mokytis iš patirties“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Ši nuostata, ypač svarbi disertacijos antrajam ginamajam teiginiui patvirtinti, ji apibūdina pamatinius PSĮ valdymo sistemos komponentus bei funkcijas. Rengiant Ligoninės PSĮ valdymo sistemos modelį, vadovaujantis šia nuostata suformuotas vienas svarbiausių Modelio kūrimo ir veiklos principų – integralumo principas, kuris teigia, kad Ligoninėje PSĮ valdymas negali būti orientuotas vien tik į NĮ išaiškinimą (registravimą, raportavimą), bet turi integruoti ir kitus svarbius PSĮ valdymo proceso komponentus: PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimą bei prevencinį poveikį.

3. *Pabrėžta svarbi motyvacinė sėkmingo ASPĮ darbuotojų dalyvavimo kuriant, diegiant bei įgyvendinant PSĮ valdymo sistemas prielaida.* „ASPĮ ir atskiriems asmenims naudinga pranešti apie NĮ tuo atveju, jeigu jie už tai gauna naudingą informaciją, gautą nagrinėjant ir apibendrinant panašius atvejus kitose institucijose.“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Būtina įtraukti ASPĮ darbuotojus į PSĮ valdymo sistemų kūrimą, diegimą ir plėtrą, kad jie matytų šios veiklos prasmę ir naudą. Tai viena svarbiausių sėkmingo bendradarbiavimo, užtikrinant PS, prielaidų. Uždarumas, vengimas atskleisti vidines problemas, nutylėjimas (nuslėpimas) įvykusių NĮ, nesidalinimas patirtimi PSĮ valdymo srityje yra būdingi daugumai ASPĮ-ų bruožai. Tai sietina su įstaigos siekiu išlaikyti aukštą reputaciją ir pasitikėjimą visuomenėje, pacientų, kitų SP institucijų tarpe; mėginimu apsaugoti įstaigos darbuotojus bei pačią įstaigą nuo jos veiklą prižiūrinčių bei kontroliuojančių valstybės institucijų tikrinimų bei sankcijų; baime teisinių procesų bei finansinių išmokų už NĮ padarytą žalą pacientu sveikatai ar gyvybei, viešo žiniasklaidos pasmerkimo. NĮPMS sistema neveiks, jeigu darbuotojai iš NĮ pranešimo gaus mažesnę naudą palyginti su galimais pavojais ar problemomis, kylančiomis pranešus apie NĮ. PSO rekomendacijose pabrėžiama būtinybė iš esmės keisti šią ydingą situaciją, atskleidžiant NĮPMS naudą tiek apie NĮ pranešusiems ASPĮ darbuotojams, tiek pačiai įstaigai, jos pacientams, visuomenei. Todėl dabartinėms ASPĮ būdingo uždarumo įveikimas tampa vienu svarbiausių įstaigos bei visos nacionalinės SP sistemos iššūkiu kuriant ir diegiant PSĮ valdymo sistemas. Ši nuostata, pabrėžianti įstaigos skaidrios ir atviros veiklos svarbą, yra aktuali vertinant kuriamo ligoninės PSĮ valdymo sistemos modelio diegimo bei funkcionavimo kontekstą, numatant Modelio diegimo bei veikimo problemas ir iššūkius.
4. *Atskleista NĮPMS veikimo matomo rezultato principo svarba.* Vadovaujantis šiuo principu, NĮPMS turi būti organizuota taip, kad jos dalyviai būtų informuoti apie jų teiktų pranešimų generuotus pokyčius, jų rezultatus. Nepakanka abstraktaus žinojimo, kad tokie rezultatai turėtų atsirasti, reikia, kad jie būtų matomi, akivaizdūs, tik tuomet asmenys ir institucijos bus suinteresuoti pranešinėti apie NĮ. Taip pat nepakanka ir administracinio-teisinio įpareigojimo ASPĮ, jų darbuotojams pranešti apie PSĮ. Būtina užtikrinti, kad apie PSĮ pranešęs ligoninės darbuotojas būtų informuotas apie tai, kaip nagrinėjant PSĮ išaiškinamos ir sprendžiamos įstaigos problemos, gerėja įstaigos veikla, pacientams teikiamų paslaugų kokybė ir sauga, įstaigos darbuotojų darbo sąlygos. Kitaip tariant, *motyvus dalyvauti joje turi sukurti pati PSĮ valdymo sistema*, užtikrinanti akivaizdžius (apčiuopiamus), PSĮ pranešėjams matomus PSĮ valdymo sistemos veiklos rezultatus, kurie patys taps stimulu bei motyvuos darbuotoją dar aktyviau dalyvauti PSĮ valdymo veikloje. Tik tuomet ASPĮ darbuotojai suvoks savo dalyvavimo PSĮ valdymo sistemoje svarbą, veiks vadovaujantis ne tik savo siaurais (asmeniniais) interesais, bet ir siekiant platesnių organizacijos tikslų gerinant SP paslaugų kokybę ir saugą, įgyvendinant pagrindinę bet kurios ASPĮ misijos esminę nuostatą – teikti saugias SP paslaugas pacientams.
5. *Atkreiptas dėmesys į vidinės (ASPĮ) ir išorinės (nacionalinės) NĮPMS bendradarbiavimo, suderinto veikimo svarbą.* PSĮ įvyksta ir apie juos pranešama daugeliu atvejų SP paslaugų teikimo lygmenyje, t. y. ASPĮ. Pirminis pranešimų apie PSĮ tikslas – pagerinti PS būklę šioje įstaigoje. Tačiau duomenys apie išaiškintus PSĮ gali būti naudingi ir aukštesnėse SP valdymo grandyse tiek prižiūrint ASPĮ veiklą, tiek numatant nacionalinio masto PS iniciatyvas bei įgyvendinant šalies lygiu PS priemones, tiek skleidžiant su-

sistemintą ir nuasmenintą informaciją mokymosi ir tobulėjimo tikslais. „Idealiu atveju, – rašoma dokumente, – vidinės NĮPMS turi dirbti kartu su išorinėmis, nustatant ir nagrinėjant įvykius, apie kuriuos verta pranešti išorės PS institucijoms.“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Ši nuostata itin svarbi vertinant disertacijoje rengiamo Modelio veiklos kontekstą, užtikrinant Modelio glaudų sinerginį bendradarbiavimą su nacionalinio lygmens NĮPMS ir kitomis PSĮ valdymo sistemomis, suderinant šių SP organizacinių lygmenų poreikius, funkcijas, teises, atsakomybes.

Šios esminės PSO rekomendacijose įtvirtintos nuostatos suformavo pagrindinius PSĮ valdymo sistemų principus, tapo svarbiu orientyru šalims formuojant PS strategijas, platformas, programas, kuriant PSĮ valdymo sistemas.

Tačiau, kita vertus, šiame strateginio pobūdžio dokumente pastebimi keli esminiai trūkumai, dėl kurių kyla problemų tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS judėjimams įgyvendinant PSO rekomendacijas nacionaliniame ar ASPĮ lygmenyje. Aptarsime keturias disertaciniam tyrimui aktualias problemas:

1. *Pranešinėjimo (registravimo, raportavimo) apie NĮ metodui suteikimo išskirtinio prioriteto prieš kitus informacijos apie PSĮ šaltinius.* Nuo pat tarptautinio PS judėjimo pradžios stebima tendencija sutapatinti PSĮ išaiškinimą vien su NĮ pranešinėjimu (registravimu, raportavimu). Minėtos PSO rekomendacijos dar labiau įtvirtino šią tendenciją, pavadindamos PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos sistemas NĮ pranešinėjimo ir mokymosi sistemomis (NĮPMS) (angl. *Adverse events reporting and learning system*). NĮ pranešinėjimo metodui suteikiamas neginčytinas prioritetas palyginti su kitais PSĮ išaiškinimo metodais ar būdais, pažymint, kad kiti metodai jį tik papildo. Tačiau įvairių tyrimų duomenimis, NĮ pranešinėjimas nėra tobulas metodas (Wachter R., 2008). Kaip parodo šio metodo veiksmingumo tyrimai, tik mažą dalį PSĮ yra pranešami (registruojami) ASPĮ ar nacionalinėse NĮPMS, t. y. net iki 90 proc. įvykusių PSĮ lieka nepranešti, apie juos nutylima. Pavyzdžiui, JAV Generalinio žmogaus ir sveikatos paslaugų departamento generalinio inspektorius D. R. Levinson vadovaujama 2012 m. paskelbta studija „Ligoninių NĮ pranešinėjimo sistemos nepagauna daugumos pacientams padarytos žalos atvejų“ atskleidė, kad 189 tirtose ligoninėse, kuriose buvo įdiegtos NĮ pranešinėjimo sistemos, šių sistemų buvo „pagauti“ vos 14 proc. visų NĮ: „Ligoninių personalas nepranešė net 86 proc. įvykių į NĮ pranešinėjimo sistemas“ (Levinson D. R., 2012). Kitos studijos, tyrinėjusios NĮ, įvykusių dėl netinkamo vaistų vartojimo, parodė, kad tik nuo 5 iki 10 procentų tokių NĮ atvejų yra užregistruojama (Varallo F. R. *et al.*, 2014; Romero A. V. *et al.*, 2005; Hazell L., Shaki S. A., 2006). Šis diskutuotinas prioriteto NĮ pranešinėjimo metodui suteikimas padarė neigiamą poveikį tolesnei PSĮ valdymo sistemų raidai. Iki šiol daugelis valstybių diegia NĮ pranešinėjimo paremtas NĮPMS, suteikdamos NĮ pranešinėjimui pagrindinio ar net vienintelio informacijos apie PSĮ šaltinio bei metodo statusą. *Disertacijos trečioje dalyje pateikiami disertacinio tyrimo rezultatai, atskleidžiantys šio fragmentinio vienašališko požiūrio į PSĮ išaiškinimą trūkumus ir neigiamas pasekmes praktikoje bei patvirtinantys kompleksinio (tai yra, integruojančio įvairius duomenų apie PSĮ išaiškinimo šaltinius, jų išaiškinimo metodus) požiūrio svarbą projektuojant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu ar lokaliu (ASPĮ) lygmeniu.*
2. *NĮ išaiškinimo proceso svarbos hiperbolizuotas sureikšminimas PSĮ valdymo sistemoje.* Kita stebima plačiai paplitusi nuostata – PSĮ valdymo sutapatinimas su NĮ išaiškinimu.

Todėl dažniausiai administruojant NĮPMS, visas dėmesys skiriamas išaiškinti NĮ, preziumuojant, kad apie juos sužinojus, savaime bus suprantama, kaip jų išvengti ateityje. Ir nors minėtose PSO rekomendacijoje atkreipiamas dėmesys į tai, kad NĮ išaiškinimas nėra savitiksliis, o NĮPMS yra veiksmingos tik tuomet, jeigu išaiškinus NĮ imasi veiksmingų jų prevencijos priemonių, tačiau toliau šiose PSO rekomendacijose visas dėmesys skiriamas NĮ išaiškinimui, jų analizei ir beveik neužsiminama apie NĮ veiksmingų prevencijos būdų bei priemonių parinkimą. Šiose PSO rekomendacijose užsiminama apie NĮ prevenciją, paminint sistemos tobulinimą, mokymąsi, operatyvius PS informacinius leidinius (angl. *alerts*), tačiau šiame dokumente nėra pateikiama rekomendacijų, kaip pasirinkti tinkamiausius reagavimo ir prevencijos metodus ar priemones, atsižvelgiant į nustatytas PSĮ priežastis, įstaigos veiklos specifiką, kitus veiksnius, lemiančius tokių metodų ar priemonių taikymo efektyvumą bei veiksmingumą. Šią problemą būtina įvertinti ir numatyti jos sprendimo kelius projektuojant ligininės PSĮ valdymo sistemos modelį. Apibendrinus disertacinių tyrimų rezultatus, bus aptarti šios problemos sprendimo būdai, išnagrinėtos PSĮ nagrinėjimo ir prevencinio poveikio priemonių *arsenalų (sudėtinių Modelio dalių)* formavimo ir panaudojimo, užtikrinant PS, problemos.

3. *Reagavimo į NĮ sutapatinimas tik su retroaktyviu reagavimu.* Minėtose PSO rekomendacijose pagrindinis dėmesys skiriamas jau įvykusių, dažniausiai neigiamu poveikiu pasireiškusių, NĮ išaiškinimui ir reagavimui. Tokiu būdu reagavimas į PSĮ sutapatinamas vien tik su jau įvykusių NĮ išaiškinimu (*retroaktyvus reagavimas*), nesuteikiant deramos svarbos reagavimui ir dabar ar nuolat vykstančius PSĮ (*reaktyvusis reagavimas*), PSĮ nuspėjimui ir prognozavimui (*proaktyvusis reagavimas*). Šis požiūris yra susijęs su prieš tai aptarta *pranešėjimo apie NĮ metodui išskirtinio sureikšminimo kitų informacijos apie PSĮ šaltinių atžvilgiu tendencija*. Tačiau, jei bus manoma, kad PSĮ išaiškinimas turi vykti tik gaunant pranešimus apie jau įvykusius NĮ, tai ir reaguojama bus tik į praneštus, t. y. jau įvykusius NĮ. Tokiu atveju reagavimas į NĮ remsis vien praeityje įvykusių NĮ nagrinėjimo rezultatais (*retroaktyvusis reagavimas*), neskiriant reikiamo dėmesio į esamą laiką latentinėje fazėje tykančius ar vykstančius, bet žala dar nepasireiškusių PSĮ (*reaktyviam reagavimui*), bei nesuteikiant svarbos būsimų PSĮ nuspėjimui ir prognozavimui bei prevenciniam reagavimui (*proaktyviam reagavimui*). *Disertacijoje atliktų tyrimų pagrindu bus siekiama pagrįsti retro-, re- ir proaktyvaus reagavimo į PSĮ integracijos svarbą, prioritetą teikiant proaktyviam, į prevenciją orientuotam PSĮ valdymui.*
4. *Sąveikos tarp nacionalinių ir lokalių (ASPI) PSĮ valdymo sistemų neapibrėžtumas.* PSO rekomendacijos yra skirtos diegti nacionalinio lygmens NĮPMS. Jose nėra aptarti šie svarbūs aspektai: PSĮ valdymo sistemų diegimas lokaliame (ASPI) lygmenyje, jų pritaikomumas ASPI poreikiams ir veiklos specifikai; nacionalinio ir lokalaus lygmens PSĮ valdymo sistemų suderinamumo ir bendradarbiavimo klausimai; reikalavimai keliami ASPI lygmenyje kuriamoms PSĮ valdymo sistemoms, jų funkcijos ir pan. Tarsi numanoma, kad sukūrus tinkamą NĮPMS nacionaliniame lygmenyje, ji bus pakankama užtikrinti PS nacionaliniu ir ASPI lygmenimis arba ASPI-ose panašios sistemos savaime susikurs. Todėl PSO rekomendacijose pasigendama įžvalgų ir vadybinio instrumento (mechanizmo), kuriuo aukštesnių PS lygmenų (tarptautinio, nacionalinio) teikiamos

rekomendacijos būtų perduotos į lokalų (ASPI) lygmenį, adaptuotos atsižvelgiant į įstaigos poreikius bei veiklos specifiką ir sėkmingai įgyvendintos.

Disertacijoje atliktų tyrimų pagrindu bus siekiama įvertinti susidariusi tarptautinio ir nacionalinio PS sistemų bendradarbiavimo su lokalaus (ASPI) lygmens PS sistemomis spragos svarba mokslo ir praktikos pažangos PS srityje plėtrai, užtikrinant minėtų aukštesnių PS lygmenų PS strategijų, iniciatyvų, PSĮ valdymo sistemų efektyvų įgyvendinimą lokaliame įstaigos lygmenyje bei pasiūlyti vadybinį-organizacinį mechanizmą šiai problemai spręsti – PSĮ valdymo sistemos modelį (Modelis), kurio pagrindu Ligoninės bei kitos ASPI galėtų kurti jų poreikiams ir veiklos specifikai pritaikytas kompleksines PSĮ valdymo sistemas.

Pacientų saugos pamatinių nuostatų įgyvendinimo raida ES ir Lietuvoje

ES įsiliejo į tarptautinį PS judėjimą tik XXI a. pradžioje. Iki tol tarptautinėje ir ES teisėje vyravo visuotiniai pripažįstama nuostata, kad SP organizavimas, teisinis reguliavimas ir paslaugų teikimas yra valstybės narių kompetencija ir vidaus reikalas (išskyrus tam tikrus visuomenės saugos klausimus). Tačiau įvykusi EB plėtra, pagreitį įgavęs laisvas asmenų (taip pat medikų, pacientų), prekių (taip pat medikamentų, medicinos įrangos ir priemonių, kt.) ir paslaugų (taip pat SPP) judėjimas tapo svarbiu reiškinium, atkreipusiu valstybių narių ir ES institucijų dėmesį į tai, kad būtina imtis veiksmų, siekiant užtikrinti būtiną (bazinį) saugos lygį ir paslaugų kokybę pacientams, gaunantiems SPP ir kitoje EB šalyje. Be to, Europos Teisingumo Teismas išnagrinėjęs visą eilę su SPP teikimu susijusių bylų savo jurisprudencijoje pripažino paciento teisę į iš nacionalinių sveikatos draudimo institucijų finansuojamas SPP kitoje EB šalyje narėje, kas dar labiau paspartino EB lygmenyje teisinio reguliavimo procesų PS užtikrinti formavimą. Todėl ES PS judėjimo pradžia galėtų būti siejama su Europos Komisijos priimtais pamatiniais PS dokumentais, suvaidinusiai svarbų vaidmenį PS raidai Europos Bendrijos šalyse (European Commission, 2005; Council of Europe, 2009, European Parliament and Council, 2011, ir kt.). Šie svarbūs tarptautiniai strateginio lygmens dokumentai tapo pagrindu ES šalims, tarp jų ir Lietuvai, formuoti nacionaliniame lygmenyje PS, PSĮ valdymo strategijas, programas, veiklas. ES lygiu prasidėjo aktyvi informacinė ir šviečiamoji veikla PS klausimais, pradėti vykdyti moksliniai tyrimai šioje srityje, ES mastu pradėta analizuoti ir dalytis gerąja patirtimi PSĮ valdymo srityje. Išskirtinos trys svarbios šių veiklų kryptys, kurios yra ypač svarbios disertacinio tyrimo požiūriu:

1. PS principų ir rekomendacijų, suformuotų ankstesniais PS raidos etapais, apibendrinimas ir įteisinimas tarptautinio lygmens dokumentuose, suformuojant ir įteisinant ES pamatines PS nuostatas ir veiklas užtikrinant bei gerinant PS kryptis.
2. Tolesnis tarptautiniame lygmenyje suformuotų PS pagrindų ir principų bei rekomendacijų sistemos plėtojimas.
3. PS infrastruktūros ES lygmenyje formavimas.

Apžvelgiamos šių ES PS judėjimo pagrindinių krypčių esminės nuostatos, jų svarba disertaciniam darbui.

1. *PS principų ir rekomendacijų, suformuotų ankstesniais PS raidos etapais, apibendrinimas ir įteisinimas tarptautinio lygmens dokumentuose, suformuojant ir įteisinant ES pamatines PS nuostatas ir veiklas užtikrinant bei gerinant PS kryptis.*

ES PS judėjimo pradžia, kaip minėta, siejama su Europos Komisijos išleistais strateginio pobūdžio PS užtikrinimą reglamentuojančiais dokumentais, įtvirtinisiais tarptautinio PS judėjimo laikotarpiu suformuotus PS užtikrinimo principus, kuriais rekomenduojama šalims narėms vadovautis kuriant nacionaliniu lygmeniu PS užtikrinimo sistemas, bei pabrėžusiais ES šalių narių bendradarbiavimo PS užtikrinimo srityje svarbą. 2005 m. paskelbtoje Liuksemburgo pacientų saugos deklaracijoje pripažinta, kad teisė į kokybišką SP – viena pagrindinių žmogaus teisių; pabrėžta PS kultūros formavimo, ASPĮ tapimo *besimokančiomis* organizacijomis; *bendradarbiavimo* su pacientais sprendžiant PS klausimus, svarba (European Commission, 2005). 2006 m. Europos Taryba „Išvadose dėl bendrų vertybių ir principų ES Sveikatos priežiūros sistemoje“ pabrėžė *sisteminio požiūrio* į PSĮ išaiškinimą ir nagrinėjimą svarbą bei *proaktyvaus (prevencinio) požiūrio* į PS problemų sprendimą, būtinybę (European Council, 2006). 2007 m. Europos Tarybos rekomendacijos taip pat nurodo *proaktyvaus*, prevencija besiremiančio reagavimo į NĮ, pastovaus *mokymosi* iš jų, saugos kultūros formavimo, glaudaus bendradarbiavimo tarp pacientų ir kitų PS dalyvių svarbą. Pabrėžiama „*nebaudimo kultūros*“, konfidencialumo užtikrinimo, NĮPMS nepriklausomumo nuo ASPĮ veiklą kontroliuojančių institucijų užtikrinimo svarba. 2009 m. Europos Tarybos rekomendacijose pabrėžiama pacientų *bendradarbiavimo* su kitais už PS atsakingais darbuotojais bei PS veiklos skaidrumo užtikrinimo svarba (Council of Europe, 2009). Taigi šie ir kiti Europos Bendrijos lygmenyje priimti PS srityje dokumentai įtvirtino ankstesniais tarptautinio PS judėjimo etapais suformuotus PS principus, pabrėžiant valstybių narių bendradarbiavimo svarbą, kuriant pamatiniais PS principais pagrįstas NĮPMS, taip pat atkreipiant dėmesį į tai, kad būtinas visų SP dalyvių glaudus bendradarbiavimas užtikrinant ir gerinant PS.

2. *Tolesnis tarptautiniame lygmenyje suformuotų PS pagrindų ir principų bei rekomendacijų sistemos plėtojimas.*

PS judėjimas ES ne tik įteisino anksčiau suformuotus tarptautinio PS judėjimo pagrindus ir principus, bet ir toliau juos išplėtojo: a) pažymint, kad nepakanka reaguoti tik į praneštus, įvykusius NĮ, nes pranešinėjimas – nėra pakankamas NĮ išaiškinimo šaltinis (rekomenduojama atkreipti dėmesį ir į kitus duomenų apie NĮ šaltinius ir išaiškinimo metodus: pacientų skundus, žalos kompensavimo sistemas, klinikinius duomenis, kt.), be to, reaktyvus reagavimas nėra pakankamas užtikrinti PS; b) atkreipiant dėmesį į naują, iki tol tarptautinio PS judėjimo plačiau nenagrinėtą *PS priemonių veiksmingumo* dimensiją. Atkreiptas dėmesys į tai, kad įgyvendinant įvairias PS priemones gaunami ne visada siejami PS rezultatai, todėl būtina išsiaiškinti, ar rekomenduojamos priemonės yra veiksmingos, ar jos vykdomos visa rekomenduojama apimtimi. 2011 m. Europos Komisija organizavo minėtų 2009 m. pateiktų rekomendacijų įgyvendinimo ES šalyse tyrimą (European Commission, 2012), kuris parodė, kad iš visų 13 veiksmų, kurie buvo rekomenduoti ES narėms, visų 13 neįvykdė nė viena šalis, 10–12 veiksmų įvykdė 9 šalys, 6–9 veiksmus – 14 šalių, 4–6 veiksmus – 3 šalys, 1–3 veiksmus – dvi šalys (Lietuva priskirta trečiajai šalių grupei, t. y. įvykdžiusioms 6–9 veiksmus). Todėl buvo atkreiptas dėmesys į tai, kad rekomenduojamos PS priemonės turi būti įgyvendinamos visa apimtimi, norint pasiekti užsibrėžtų PS tikslų. Be to, atkreiptas dėmesys ir į tai, kad PS tikslai gali būti nepasiekti ir dėl to, kad nėra patikrintas dalies PS užtikrinimo priemonių veiksmingumas prieš jas diegiant platesniu mastu. Šiuo tikslu Europos Komisijos pavedimu atlikta studija „PS gerinimas Europos Sąjungoje“, kurioje buvo apibendrinta mokslinė ir praktinė patirtis apie ES reko-

mendacijų įgyvendinimą ES šalyse, atlikti interviu su 32 šalių PS ekspertais ir jų pagrindu pateiktas trijų priemonių veiksmingumo įvertinimas: a) NĮPMS organizavimas; b) žalos, padarytos pacientų sveikatai, atlygio sistemos; c) mokslo žinių ir įrodymų panaudojimas PS užtikrinti. Projekto ataskaitoje pateikti svarūs šių priemonių veiksmingumo įrodymai, rekomenduota atlikti PS priemonių veiksmingumo vertinimą.

3. PS infrastruktūros ES lygmenyje formavimas.

EB lygmenyje pastarąjį dešimtmetį padaryta didelė pažanga ne tik formuojant teisinius PS pagrindus, įtvirtinant PS pamatinius principus, bet ir kuriant ir stiprinant PS infrastruktūrą: tarptautinio lygmens PS srityje veikiančių institucijų tinklą, šalių kompetentingų PS srityje organizacijų bendradarbiavimo formas, komunikacijos ir informacijos sklaidos sistemą, kt.). Suformuota ir toliau plėtojama institucijų ir jų ryšių infrastruktūra PS srityje padeda ES šalims kryptingiau organizuoti veiklas PS srityje, įgyvendinti nacionalines NĮPMS, dalintis gerąja patirtimi PS, NĮ valdymo srityje. 2004 metais Europos Parlamento ir Europos Komisijos sprendimu buvo įsteigtas Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (angl. *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (European Commission, 2004), kuris sudarė specialią darbo grupę bendradarbiavimui tarp ES narių užtikrinant SPP kokybę ir PS gerinti (*Public Health*, 2015). 2006 m. Europos Komisija įsteigė aukšto lygio SP ir medicinos rūpybos ekspertų grupę (angl. *High Level Group on Health Services and Medical Care* – HLG) (European Commission, 2015), kuri prisidėmė lyderystę ES PS srityje, vaidina svarbų koordinatoriaus ir organizatoriaus vaidmenį sprendžiant tarpvalstybinių SPP kokybės ir saugos klausimus, retų ligų centrų tinklo įsteigimo, bendradarbiavimo su kitomis svarbų vaidmenį PS srityje vaidinančiomis tarptautinėmis institucijomis (PSO, Europos Taryba (*Council of Europe-CoE*), Tarp-tautine ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (*Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD))), tarptautinėmis SPP teikėjų organizacijomis, Europos medikų profesinėmis (specialybių) draugijomis, pacientų organizacijomis, kt. 2005 m. pradėjo veiklą Europos Komisijos finansuojamas PS gerinimo Europoje projektas (angl. *Safety Improvement for Patients in Europe* (SIMPATIE)), kuriam iškeltas tikslas suvienyti į tinklą Europos organizacijas, PS ekspertus, SP profesionalus siekiant parengti PS terminų žodyną, PS indikatorių sąrašą ir kt.); 2006 m. klaidų medicinoje problemai įvertinti ES lygiu organizuotas Eurobarometro tyrimas (*European Commission*, 2010); 2007 m. pradėjo veiklą Europos Komisijos finansuojamas ES PS tinklas (angl. *European Union Network for Patient Safety* (EUNetPaS)), kuriam iškeltas tikslas suvienyti ES nares ir tarptautines organizacijas, siekiant pagerinti bendradarbiavimą PS srityje PS kultūros, NĮPMS diegimo, vaistų vartojimo saugumo, švietimo PS klausimais srityse); 2012 m. pradėjo veiklą Europos Komisijos finansuojamas „Europos Sąjungos PS ir SP kokybės tinklas“ (PASQ, 2012); 2014 m. siekiant įvertinti PS ir SP kokybę, ES lygiu organizuotas Eurobarometro tyrimas (*European Commission*, 411), įgyvendinti kiti plataus masto mokslinių tyrinėjimų PS srityje projektai (*European Commission*, 2015), iniciatyvos, programos.

Iš paminėtų ES veiklos krypčių disertacinio tyrimo tikslu svarbiausios yra pirmoji ir antroji – susiformavusių PS pagrindų ir principų įtvirtinimas ir plėtojimas.

Nacionalinis PS judėjimas Lietuvoje prasidėjo XX a. paskutiniame dešimtmetyje, – pradėta formuoti Lietuvos nacionalinė sveikatos politika, imta kurti viešojo administravimo institucijų, kuruojančių ir kontroliuojančių priskirtas PS sritis, tinklą, formuoti teisi-

nius pagrindus PS srityje (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2004); Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010 ir kt.), bei vykdyti mokslinius tyrimus ir studijas PS srityje (Brogienė D., 2010; Giedrikaitė R., 2008; Marmienė L., 2015; Ernst & Young, Paškevičius L. *et al.* 2012, 2014; Valintėlienė R., *et al.* 2015 ir kt.). Lietuvos PS srityje kompetentingos institucijos tapo ES suformuotų PS tinklų (SIMPATIE, EUNetPaS, PASQ, kt.) nariais, glaudžiai bendradarbiaujant ir perimant tarptautinę patirtį iš kitų ES šalių šioje srityje veikiančių kompetentingų PS institucijų, buvo suformuota PS infrastruktūra nacionaliniu (šalies) lygiu.

Įvertinus pagrindinius PS pagrindų formavimosi ir plėtros etapus, galima pastebėti, kad sisteminga veikla PS srityje tiek nacionaliniu (Lietuvos), tiek ES, tiek pasauliniu lygiu apima vos poros dešimtmečių istoriją. Per šį istoriniu požiūriu trumpą laikotarpį pasiektas didelis progresas: PS suteikta išskirtinė svarba formuojant ir įgyvendinant SP politiką tiek tarptautiniu, tiek nacionaliniu lygiais, suformuoti ir išplėtoti pamatiniai PS pagrindai ir principai, suformuota PS infrastruktūra (teisinė bazė, institucinė sąranga, PS suinteresuotųjų pusių partnerystės tinklai, vykdyti plataus masto moksliniai tyrinėjimai, ir kiti projektai). Disertacijos tikslams pasiekti planuojama pasinaudoti PS judėjimų suformuotais ir išplėtotais PS pagrindais ir principais, jų pagrindu sudaryti Ligoninių PSĮ valdymo sistemos modelio rengimo ir veiklos principus.

1.2.2. Pacientų saugos įvykių valdymo patirtis ES ir Lietuvoje

Pacientų saugos įvykių valdymo patirtis ES

Rengiant Modelį, įvertinus PS judėjimo suformuotas PS pamatines nuostatas ir jų raidą, buvo suformuoti Modelio kūrimo ir veiklos principai, savybės. Tačiau labai svarbi yra ir ES šalių per šį laikotarpį suformuota praktinė patirtis kuriant, diegiant bei administruojant PSĮ valdymo sistemas ar įgyvendinant atskiras PS užtikrinančias priemones. Vertinant šią ES šalių patirtį, bus ieškoma atsakymo į tai, kokios įdiegtos PS, PSĮ valdymo sistemos ar jų elementai pasiteisino, yra įrodytas jų naudingumas ir veiksmingumas, o kokios jų nepasiteisino kasdienėje SP veikloje. Šis praktinės patirties PS sistemų įgyvendinimo srityje vertinimas yra svarbus tiek tolesnei Lietuvos PS judėjimo pažangai, tiek disertacijos tikslams pasiekti. Jo metu bus siekiama patikslinti PSĮ valdymo sistemos elementus, išaiškinti veiklas ir priemones, kurios bus panaudojamos konstruojant Modelį.

Vertinant ES patirtį PSĮ valdymo srityje, didžiausią vertę suteikė šie duomenų šaltiniai:

1. Europos pacientų saugos tinklo (angl. *European Network for Patient Safety* (EUNetPaS)) duomenų bazė „Pranešėjimo ir mokymosi sistemos“, kurioje sukaupti duomenys apie 35 ES šalių NĮPMS (EUNetPaS, 2013). Ši duomenų bazė suformuota 2007 m. įgyvendinant Europos Komisijos projektą, kuriam buvo išskeltas tikslas surinkti ir susisteminti duomenis apie ES šalių NĮPMS, taip stiprinant šalių narių bendradarbiavimą ir keitimąsi informacija šioje srityje: „Duomenų bazės sukūrimo tikslas buvo padėti suprasti panašumus ir skirtumus tarp sistemų, padėti suvokti, kaip kiekviena sistema veikia, gauna informaciją apie NĮ, kas su ta informacija daroma sistemos viduje, kaip mokymosi rezultatai skleidžiami regioniniu ir nacionaliniu mastu (EUNetPaS, 2013)“. Duomenų bazės suformuotos iš ES šalių teikiamos informacijos apie jose veikiančias

NĮPMS. Kiekviena NĮPMS apibūdinta atsakant į 35 klausimus, kurie atskleidžia svarbiausius sistemos struktūros ir funkcijų ypatumus (pvz., kam priklauso sistema, kada pradėjo veikti, kokių lygmeniu ji veikia (šalies, regioniniu, įstaigos), kaip sąveikauja su tarptautinėmis NĮ pranešinių sistemomis, kaip gaunami pranešimai apie NĮ, kaip jie klasifikuojami ir pan.).

Svarbus šios duomenų bazės privalumas – jos atvirumas, suteikiant vartotojams tiesioginį priejimą prie pirminių duomenų apie kiekvieną NĮPMS. Atliekant šį disertacinį tyrimą pasinaudojus šia prieiga prie duomenų bazės galimybe, buvo įvertinti šiuo metu sparčiausiai pasaulyje ir ES šalyse diegiamo PSĮ valdymo metodo – NĮPMS – struktūros ir funkcijų ypatumai bei kitos savybės.

2. *Projektas „Sisteminių sveikatos sektoriaus vykdomų reformų analizė siekiant geresnio Europos Sąjungos sveikatos politikos įgyvendinimo“ (2010–2012)*. Šio projekto vienas iš **tikslų** – tobulinti nacionalinę NĮPMS, o vienas iš **uždavinių** – „atlikti bendrą situacijos ES šalyse apžvalgą apie NĮ registravimo ir mokymosi sistemų veiklą, jų koordinaciją, registruojamus NĮ“ (*Ernst & Young, Paškevičius L. et al., 2012*) Šios disertacijos autorius dalyvavo ekspertu šiame projekte, įgyvendinant jo veiklas, rengiant ataskaitą. Vykdamas šį projektą bei rengiant jo ataskaitą buvo naudojamosi disertacijos darbo duomenimis, o rengiant disertaciją – šio projekto duomenimis ir išvadomis. Vykdamas projektą, vertinant ES veikiančias NĮPMS, daugiausia buvo remtasi 9 ES šalių NĮPMS apžvalga. Šios sistemos buvo suklasifikuotos pagal jų svarbiausius bruožus: sistemos tipą (registracijos privalomumą, konfidencialumą, anonimiškumą), veiklos sritį (sveikatos apsaugos sferas, kurių PSĮ registruojami), pranešėjus (ASPĮ darbuotojai, pacientai ir kt.), registruojamų įvykių sukeltos žalos pobūdį, sistemos tvarkytoją (viešoji administravimo ar nepriklausoma institucija), sistemos funkcijas (ekspertinė, registravimo ir pan.), įregistruotų PSĮ nagrinėjimo būdus, grįžtamojo ryšio pranešėjams užtikrinimą ir kt. Buvo atlikta giluminė 6 užsienio šalių NĮPMS apžvalga, gauta vertingos informacijos.
3. *Projektas „Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas“ (2012–2014)*. Šis projektas buvo Higienos instituto koordinuojamo didesnės apimties projekto „Visuomenės SP kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ dalis. Vykdamas šį projektą disertacijos autorius taip pat dalyvavo ekspertu visose jo vykdymo stadijose, panaudojo jame disertacinio darbo medžiagą (*Ernst&Young, Paškevičius L. et al., 2014*).
4. *Europos Komisijos PS ir SP kokybės darbo grupės pranešimas*. Europos Komisijos PS ir medicinos rūpybos kokybės darbo grupės pranešimas Europos Komisijai „Pagrindiniai rezultatai ir rekomendacijos dėl PS pranešinių ir mokymosi sistemų Europoje“ (*European Commission, 2014*) teikė tyrimo, kuris buvo atliktas Europos Komisijos pavedimu, siekiant nustatyti PS sistemų Europoje pokyčius, išleidus Europos Tarybos rekomendacijas PS (*EU Council, 2009*) ir organizavus EUNetPas duomenų bazę (*EUNetPas, 2007*), išvadas.

Pateikiama pagrindinių ES šalių NĮPMS apžvalga. Kadangi NĮPMS ES šalyse pasižymi skirtingomis organizacijos ir veiklos savybėmis, šių sistemų analizė sudarys galimybę išskirti jų panašumus ir skirtumus. Bus įvertinti skirtingi NĮPMS administracinio pavaldumo, veikimo lygio, asmenų, pranešėjančių apie NĮ apsaugos nuo teisinio persekiojimo,

duomenų apie PSĮ suteikimo kitoms institucijoms ir pan. Šiam tikslui daugiausia svarbių duomenų ir informacijos suteikė „EUNetPaS duomenų bazė „Pranešinėjimo ir mokymosi sistemos“.

1. NĮPMS administracinis pavaldumas.

NĮPMS skiriasi sistemos tvarkytoju (pavaldumu). NĮPMS daugumoje atvejų yra pavaldi valstybės viešojo administravimo (pvz., SAM ar jos įsteigta institucijai) ar nepriklausomai nuo valstybinių institucijų (pvz., mokslo institucijoms, profesinėms organizacijoms) institucijai. 58,8 proc. NĮPMS administruojamos valstybės institucijų, 31,2 proc. – nevyriausybinių organizacijų, apie likusias – duomenys nepateikti (*European Commission*, 2014). Tyrėjų nuomone, NĮPMS sistema turėtų būti nepriklausoma nuo bet kokios valstybės institucijos, kuriai yra suteikti įgaliojimai taikyti sankcijas ar bausti asmenį, pranešusį apie PSĮ ar organizaciją, kur šis PSĮ įvyko (*European Commission*, 2014). Pasak šio pranešimo autorių, „Gali būti nelengva išsaugoti „gynybinę sieną“ tarp pranešančios agentūros ir vyriausybinių drausminio organo, tačiau tai labai svarbu, jei norima, kad pranešinėjimas tikrai vyktų.“ (*European Commission*, 2014). Autorių nuomone, Sveikatos apsaugos ministerija ar jai pavaldžios institucijos, besirūpindamos savo įvaizdžio išsaugojimu (jos atsako už SPP kokybę ir saugą), nebus suinteresuotos NĮ pranešinėjimu, NĮPMS palaikymu, gali taikyti bausmes, sankcijas pranešėjams (organizuodamos baudžiamuosius kontrolinius patikrinimus, priimdamos sprendimą sustabdyti ar panaikinti licenciją apie NĮ pranešusiam ar jį padariusiam medikui, ASPĮ), vykdydamos tariamąjį „teisingumą“. Tačiau tai priklauso nuo valstybės viešojo administravimo institucijų pažangos PS srityje: „trumparegės“ institucijos, tikėtina, rūpinsis savo įvaizdžiu ir sieks parodyti, kad jų reguliuojamoje srityse nesėkmės (NĮ) yra išimtys, kuomet „toliaregės“ PS klausimais institucijos, tikėtina, skatins PSĮ pranešinėjimą, siekiant nustatyti jų sisteminės priežastis ir įgyvendinti prevencines priemones šalies mastu. Kita vertus, nevyriausybinių organizacijų, administruojančios NĮPMS, gali būti priklausomos nuo medikų profesinių organizacijų, kurios taip pat gali trumparegiškai rūpintis „neklįstančiųjų“ profesijos įvaizdžiu. Todėl NĮPMS pavaldumo klausimas yra sudėtingesnis, nei mano pranešimo autoriai, ir gali priklausyti nuo įvairiausių specifinių atskiros šalies ypatumų, SP sektoriaus viešojo administravimo institucijų, nevyriausybinių organizacijų pažangos PS srityje. Šie argumentai turi būti įvertinti ir organizuojant PSĮ valdymo sistemas Ligoninėse bei kitose ASPĮ. Jeigu Ligoninės vadovybė imasi lyderio vaidmens kuriant PSĮ valdymo sistemą, vadovaujasi toliaregišku požiūriu į PS užtikrinimą ir gerinimą įstaigoje, o ne trumparegišku žinybiniu įstaigos įvaizdžio išorėje išsaugojimu, tuomet įstaigos vadovybė gali tapti šios sistemos diegimo ir plėtros „varikliu“, jos įsitraukimas į šios sistemos valdymą yra pageidautinas. Kitu atveju, jeigu Ligoninės ar kitos ASPĮ vadovybė vadovaujasi trumparegišku požiūriu į PS ir gali panaudoti PSĮ valdymo sistemos duomenis pranešusių apie PSĮ asmenų identifikavimui, siekiant juos nubausti už nesėkmes, tuomet įstaigos vadovybė gali tapti šios sistemos diegimo ir plėtros „stabdžiu“. Tokiu atveju rekomenduotina šių sistemų administravimo funkciją priskirti kuo didesnį savarankiškumą ir kompetenciją PS klausimais turinčiam įstaigos padaliniiui ar pavesti ją vykdyti įstaigoje veikiančiai medicinos darbuotojų profesinei (specialybinei) organizacijai.

2. NĮPMS veikimo lygmuo.

Antras NĮPMS skiriamasis bruožas – jų veikimo lygis (nacionalinis, regioninis, lokalus). Nacionaliniu lygiu veikiančiose NĮPMS registruojami PSĮ įvykė bet kurioje šalyje ASPĮ,

regioniniu lygiu veikiančiose NĮPMS – to regiono ASPI, lokaliu – toje ASPI. EUNetPaS duomenų bazės duomenys rodo, kad ES šalyse yra visi šie variantai: 60 proc. NĮPMS yra nacionalinio lygmens, 37,1 proc. – regioninio, 2,9 proc. – priklauso atskiroms SP įstaigoms (EUNetPaS, 2013). Pateiktoje ataskaitoje nėra suteikiamas prioritetas kuriam nors ir šių variantų, NĮPMS veikimo lygio kriterijus nėra sureikšminamas. Tačiau sistemiskai organizuojant PSĮ valdymo veiklą, pasirenkant NĮPMS veikimo lygį reikėtų vadovautis *subsidiarumo principu* – tai yra PSĮ valdymo srityje sprendimai turi būti priimami ir įgyvendinami žemiausiame lygmenyje, kuriame jie gali būti priimami (atsižvelgiant į kompetenciją, kvalifikaciją, įgaliojimus), užtikrinant jų efektyvumą ir veiksmingumą. Remiantis šiuo principu, PSĮ valdymas (PSĮ pranešinėjimas, registravimas, nagrinėjimas, kt.) turėtų prasidėti kuo žemesniame SP sektoriaus organizaciniame lygmenyje. Tačiau, jeigu nagrinėjant PSĮ paaiškėja, kad jo priežastys yra sisteminės (jų nagrinėjimas ir sprendimas priklauso aukštesniam organizaciniam lygmeniui), ar PSĮ yra reikšmingi (pvz., įspėjamieji įvykiai), ar iš jų tikslinga pasimokyti įstaigos ar net kitų įstaigų darbuotojams, tuomet tokio PSĮ nagrinėjimas turėtų būti tęsiamas aukštesniame įstaigos organizaciniame lygmenyje. Todėl būtina užtikrinti integruotą įstaigos (Ligoninės, kitos ASPI) ir nacionaliniu lygmeniu veikiančių PSĮ valdymo sistemų sinerginę veiklą. Rekomenduotina, kad Ligoninės PSĮ valdymo sistema taptų nacionaliniu lygmeniu veikiančių PSĮ valdymo sistemų (pvz., NĮPMS) integruota dalimi, užtikrinant aiškų funkcijų, pareigų, teisių ir atsakomybių pasiskirstymą, ypatingą dėmesį skiriant duomenų apie PSĮ pranešusių darbuotoją, ASPI anonimiškumui ir konfidencialumui užtikrinti. Kuriant Modelį, formuojant jo veikimo principus, nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą ir bendradarbiavimo ryšius su PS suinteresuotomis pusėmis bus įvertinta ir atsižvelgta į šių paminėtų principų ir savybių svarbą.

3. *Asmenų ir institucijų, pranešusių apie PSĮ, apsauga nuo teisinio ir administracinio persekiojimo.*

Pamatinė NĮPMS veiksmingumo prielaida – užtikrinimas, kad pranešę apie PSĮ asmenys nebūtų kaltinami dėl šio įvykio, jiems nebūtų taikomos nuobaudos ar kitos sankcijos. ES šalių PSĮ valdymo patirties apžvalga rodo, kad yra įvairių pranešinėtojo nebaudžiamumo užtikrinimo principo teisinio įforminimo būdų: Danijos teisė nustato, kad asmeniui, pranešusiam apie PSĮ darbdavys ar Nacionalinė sveikatos taryba negali inicijuoti drausminio tyrimo ir taikyti sankcijų, taip pat neleidžiama teismui skirti šiam asmeniui baudžiamojo pobūdžio sankcijų (PSQCWG, 2014); Vokietijos teisė nustato, kad duomenys, gauti iš įstaigos vidaus ar tarpinstitucinės rizikos valdymo ar pranešimų apie klaidas sistemos, negali būti panaudoti teisminei pranešusio asmens kaltinimui, tačiau ši nuostata netaikoma nagrinėjant itin sunkius nusikaltimus, už kuriuos numatyta bausmė didesnė nei 5 metai (*Strafgesetzbuch*, 2009).

Yra įvairūs pranešėjų anonimiškumo užtikrinimo būdai: Belgijoje negalima pranešti apie PSĮ, jeigu nėra galimybės užtikrinti jį pateikusio asmens anonimiškumo; Danijoje duomenys apie pranešusį asmenį, taip pat duomenys, pagal kuriuos jis galėtų būti nustatytas netiesiogiai, ištrinami prieš pateikiant informaciją apie įstaigoje įvykusį PSĮ į išorinę PSĮ registravimo sistemą; Ispanijoje ir Italijoje praėjus dviem savaitėms, tokie duomenys panaikinami automatiškai; Liuksemburge, Latvijoje asmenį identifikuojantys duomenys panaikinami iš karto pranešus apie PSĮ, o PSĮ pranešančio asmens konfidencialumas visada garantuojamas.

Taigi ES šalių PSĮ valdymo praktika rodo, kad efektyviai PSĮ valdymo sistema gali veikti tik tokiu atveju, jei yra tam sudaryta tinkama teisinė aplinka, apsauganti apie PSĮ pranešusį asmenį bei įstaigą nuo sankcijų ir teismo persekiojimo (išskyrus atvejus, kuomet įrodomi tyčiniai veiksmai, ar didelio aplaidumo ir nerūpestingumo atvejai). Į šią nuostatą bus atsižvelgta nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą.

Tačiau užtikrinant pranešusiojo apie PSĮ teisinę apsaugą, iškyla kita labai svarbi problema – *įstaigos vadovybės atsakomybės už PSĮ problema*. Šiuolaikinis požiūris į PSĮ valdymą pabrėžia sisteminių PSĮ priežasčių išaiškinimo svarbą, vadovaujantis prielaida, kad už gydytojo ar slaugytojo klaidos slypi organizacijos problemos, už kurias atsakomybę turi prisiimti įstaigos vadovai. Sisteminis požiūris į PSĮ valdymą tarsi kaltę nuimdamas nuo priešakinės grandies darbuotojo (mediko, teikiančio paslaugas, kurių teikimo metu dažniausiai ir pasireiškia NĮ), ją perkelia įstaigos vadovybei, išaiškėjant „naujam kaltininkui“ – įstaigos vadovybei. Tačiau problemų giluminės priežastys neretai pereina ASPĮ kompetencijos ribas, tuomet išaiškėja dar aukštesnio lygmens, o pats svarbiausias „kaltininkas“ – aukščiausio lygio institucijos, kurios nacionaliniu lygiu vadovauja ASPĮ veiklai, prižiūri ją ir privalo laiku nustatyti ir pareikalauti iš įstaigų pašalinti jų veikimo spragas. Dėl šio „nekaltinimo užtikrinimo, perkeliant kaltę kitam“ ydingo mechanizmo gali kilti pagrįstos baimės ASPĮ vadovybei, išlaisvinančios savisaugos instinktą slėpti ar neigti įstaigoje vykstančius PSĮ. Todėl būtina sistemiskai taikyti teisinę apsaugą nuo persekiojimo už praneštą PSĮ tiek jį pranešusiam asmeniui, tiek institucijoms, kurioje jis dirba darbuotojams, nuo kurių tiesioginės ar netiesioginės veiklos trūkumų susiformavo PSĮ sukėlusios priežastys, mechanizmą.

4. *Informacijos apie PSĮ perdavimo kitoms institucijoms pagrindai.*

Pateikiant informaciją apie šalių NĮPMS EUNetPaS informacinėje bazėje, buvo prašoma atsakyti į klausimą: „Ar jūsų NĮPMS perduoda informaciją apie asmenis ir/ar organizacijas valdžios atstovams, kurie turi teisę paskirti teises sankcijas?“ Atsakymai pasiskirstė taip: 64,0 proc. informavo, kad jų NĮPMS tokios informacijos neteikia; 8,0 proc. pranešė, kad teikia tuo atveju, jeigu NĮ sukėlė paciento mirtį; 12,0 proc. – jei sukėlė rimtą žalą, 16,0 proc. – praneša apie kiekvieną NĮ (EUNetPaS, 2013). Šie duomenys rodo, kad ES šalyse jau pasiekta pažangos užtikrinant tinkamą aplinką NĮPMS funkcionuoti, t. y. atskiriant *mokymosi iš nesėkmių* nuo *baudimo už nesėkmes* sistemas.

Darytina išvada, kad Ligoninei ar kitai ASPĮ, įsiedigusiai vidinę PSĮ valdymo (taip pat ir NĮPMS) sistemą turi būti užtikrinta apsaugos nuo teismo ir kitokio persekiojimo, teikiamos informacijos nuasmeninimo, siekiant kurti mokymosi iš nesėkmių, o ne baudimo už nesėkmes sistema. Ši aplinkybė yra svarbi formuojant Modelio veikimui palankią vidinę (Ligoninės) ir išorinę (SP sektoriaus) aplinką.

5. *NĮPMS veikimo sritys.*

Ši NĮPMS savybė rodo apie kokius įvykius yra pranešinėjama. ES vyrauja įvairios praktikos, pradedant nuo valstybės institucijų patvirtintų baigtinių registruotinių NĮ sąrašų ir teismo reikalavimo SP sektoriaus darbuotojams registruoti į tokius sąrašus patenkančius NĮ (tai būdinga privalomo NĮPMS) iki suteikimo laisvės registruoti bet kokius NĮ ar net PSĮ (tai būdinga savanoriško NĮPMS), įvykstančius bet kokiose SP srityse. 10 lentelėje pateiktos pagrindinės sritys, kuriose dažniausiai identifikuoti NĮ registruojami NĮPMS.

10 lentelė. Pagrindinės sritys, kuriose dažniausiai identifikuojami NĮ registruojami į NĮPMS

Nr.	Pagrindinės sritys, kuriose dažniausiai pasireiškia NĮ registruojami į NĮPMS	Atsakymai, proc.	Atsakiusiųjų skaičius
1.	Vaistų skyrimas	76,9	20
2.	Gydymas ir su juo susijusios procedūros	73,1	19
3.	Kraujo perpylimas	69,2	18
4.	Medicinos įranga	65,4	17
5.	Chirurginės operacijos ir procedūros	61,5	16
6.	Bendravimas, komunikacija	61,5	16
7.	Prieinamumas, priėmimas, perkėlimas į kitas įstaigas, išrašymas	61,5	16
8.	Infrastruktūra	57,7	15
9.	Slauga	57,7	15
10.	Infekcijos	53,8	14
11.	Kiti NĮ	38,5	10

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, pagal EUNetPas Library of reporting and learning systems, 2013.

10 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad NĮ pranešinėjimas ES šalyse vyksta plačiai, įvairiose SP srityse. Tačiau tai neparodo, apie kokią dalį vienoje ar kitoje srityje vykstančių PSĮ yra pranešama. Moksliniai tyrimai rodo, kad nepranešami daugiau, kaip 80 proc. PSĮ. Iš pateiktų duomenų nėra galimybės spręsti, ar yra ir kokių sunkumų atskirose srityse pranešant PSĮ, todėl galima manyti, kad pranešinėjimui apie NĮ esminį vaidmenį atlieka bendri visoms šioms sritims veiksniai.

Darytina išvada, kad tikslinga neriboti PSĮ pranešinėjimo pagal SP sritis, t. y. sudaryti galimybę SP proceso dalyviams ir kitiems PS suinteresuotiems asmenims pranešti apie bet kokius, bet kokiose SP srityse PSĮ. Tai leistų susidaryti išsamesnį PS būklės vaizdą ASPĮ bei nacionaliniu lygiu.

6. Dalyvavimo NĮPMS veikloje apimtis.

NĮPMS gali skirtis pagal tai, kam suteikiama teisė pranešti (registruoti) PSĮ ar NĮ. Vienais atvejais ši teisė suteikiama tik medikams, kitais – ir pacientams, dar kitais – ir pacientų artimiesiems, dar kitais – visuomenei plačiąja prasme. 11 lentelėje pateikiami ES šalių skirtingos praktikos suteikiant skirtingoms asmenų grupėms teises pranešti apie NĮ į NĮPMS.

11 lentelė. Asmenų grupės, turinčios teisę pranešti apie NĮ į NĮPMS

Nr.	Asmenų grupės, turinčios teisę pranešti apie NĮ į NĮPMS	Atsakymai, proc.	Atsakiusiųjų skaičius
1.	SP darbuotojai	88,5	23
2.	Pacientai	30,8	8
3.	Pacientų artimieji, globėjai	19,2	5
4.	Visuomenės atstovai	19,2	5
5.	Niekas	11,5	3
6.	Kiti	7,7	2

Šaltinis: sudaryta darbo autorius, pagal EUNetPas Library of reporting and learning systems, 2013.

Pateikti duomenys rodo, kad dauguma ES šalyse paplitusių NĮPMS sudaro galimybes pranešti apie NĮ tik medicams. Akivaizdu, kad galimybės pacientams (ASPI klientams) ir kitiems jų interesus atstovaujantiems asmenims ir organizacijoms pranešti apie PSĮ, jų įtraukimas ir aktyvus dalyvavimas NĮPMS veikloje yra svarbūs – šios SP sistemos klientų ir dalyvių grupės gali pranešti apie NĮ, kurių nepranešė (nepastebėjo ar nuslėpė) SP specialistai, ASPI.

11 lentelėje pateikti duomenys rodo nepakankamą pacientų ir kitų jų interesams atstovaujančių asmenų ar organizacijų dalyvavimą ir įtraukimą į NĮPMS veiklą. Tikėtina, kad žemas pacientų ir jų atstovų įsitraukimas į NĮPMS veiklą yra susijęs su sveikatos priežiūros sistemos „uždarumu“ (neskaidrumu), nesėkmių nutylėjimu ar slėpimu, augančiu gynybinės medicinos mastu, vyraujančia *baudimo kultūra* bei su pacientų nepakankamu informuotumu, nesugebėjimu suvokti ir atskirti neigiamų pasekmių, susijusių su natūralia sveikatos sutrikimų eiga ir neišvengiamomis komplikacijomis nuo neigiamų pasekmių, susijusių su sveikatinimo paslaugų teikimo trūkumais.

Todėl pacientų, jų šeimos narių įtraukimas į NĮPMS veiklą, suteikiant jiems galimybę pranešti apie NĮ, išlieka svarbia tolesnės NĮPMS plėtros kryptimi.

Darytina išvada, kad pranašesnės yra „plataus pranešinėjimo“ PSĮ valdymo sistemos, kuriose apie PSĮ pranešti (registruoti į šias sistemas) gali visi SP proceso dalyviai bei susiję asmenys: SP paslaugų teikėjai, pacientai, jų artimieji, pacientų interesams atstovaujantys asmenys ar pacientų visuomeninės organizacijos, kt.

7. Pranešinėjimo apie NĮ priemonės.

Apie NĮ gali būti pranešta įvairiais būdais: rašytine forma, internetu (užpildžius internetinę formą), elektroniniu laišku, žodžiu, telefonu ir pan. Kuo daugiau yra NĮ pranešimo būdų ir kuo paprastesnis jų formatas, tuo didesnė tikimybė, kad įvairaus amžiaus, turintys skirtingus naudojimosi informacinėmis technologijomis įgūdžius asmenys pasirinktų patogiausią pranešinėjimo formą ir bus linkę pranešti apie juos. 12 lentelėje pateikiamas įvairių pranešimo apie NĮ į NĮPMS priemonių dažnis.

12 lentelė. Pranešimo apie NĮ priemonių paplitimas

Nr.	Pranešimo apie NĮ į NĮPMS priemonių dažnis	Atsakymai, proc.	Atsakiusiųjų skaičius
1.	Internetinis pranešimas (pildant internetinę formą)	59,3	16
2.	Pranešimas raštu (laišku)	55,6	15
3.	Intranetinis pranešimas (naudojant įstaigos intranetinę formą)	33,3	9
4.	Pranešimas telefonu	18,5	5
5.	Internetinis pranešimas (elektroniniu laišku)	14,8	4
6.	Kiti	3,7	1

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus, pagal EUNetPas Library of reporting and learning systems, 2013.

12 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad pranešant apie NĮ į NĮPMS naudojamos įvairiausios pranešimo priemonės – nuo nesudėtingų (telefonu, laišku) iki sudėtingesnių (intranete, internete), reikalaujančių tam tikrų įgūdžių dirbant su informacinėmis technologijomis. Skirtingos NĮPMS naudoja skirtingus pranešinėjimo būdų (priemonių) rinkinius. Nėra vieno pranešimo būdo (priemonės), kurį naudotų visos duomenis pateikusios NĮPMS. Labiausiai paplitę: informacinėmis technologijomis paremtos NĮ pranešimo formos (internetinę formą naudoja 59,3 proc. NĮPMS), kiek rečiau NĮ pranešami pildant popierines formas ar registruojant popieriniuose žurnaluose (55,6 proc. NĮPMS). Pranešimą telefonu naudoja tik 5 proc. visų duomenis pateikusių NĮPMS. Elektroniniu laišku teikiamus pranešimus apie NĮ priima tik keturios NĮPMS (tikėtina dėl to, kad tokia forma nėra tinkama užtikrinant informacijos apsaugą).

Pranešinėjimų apie PSĮ būdai ir sistemos yra įvairios ir šią įvairovę lemia daugybė faktorių (žmogiškieji, technologiniai, teisiniai, kt.). Projektuojant PSĮ pranešinėjimo (greita kitų PSĮ išaiškinimo būdų) mechanizmą, siektina sudaryti kuo platesnį pranešinėjimo (išaiškinimo) formų ir būdų pasirinkimą. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad pranešinėjimas apie NĮ yra tik vienas iš daugelio PSĮ išaiškinimo šaltinių, todėl jis neturėtų būti pernelyg sureikšminamas, ypač turint omenyje disertacijos pirmoje dalyje paminėtų tyrimų duomenis, kurie teigia, kad nutylima ir nepranešama daugiau, kaip 80 proc. PSĮ.

8. Praneštų NĮ nagrinėjimo metodai.

Pats savaime NĮ išaiškinimas ir užregistravimas neužtikrina jų prevencijos. Įregistravus NĮ būtini tolesni etapai – jų nagrinėjimas, NĮ priežasčių išaiškinimas ir reagavimo veiksmai. Šiuolaikinis požiūris į PSĮ valdymą apima platų spektrą PSĮ priežasčių tyrimo būdų ir priemonių. 13 lentelėje pateiktos nagrinėjamoje duomenų bazėje paminėtos, ES šalių NĮPMS naudojamos NĮ nagrinėjamo priemonės, nurodant jų taikymo NĮPMS paplitimą.

13 lentelė. NĮ analizės metodai

Nr.	Nepageidaujamų įvykių analizės metodai	Taiko, proc.	Taiko, skaičius
1.	Apibendrinimas ir aprašymas (angl. <i>Summaries and description</i>)	51,9	14
2.	Esminės priežasties analizė (angl. <i>Root-cause analysis</i>)	40,7	11
3.	Naratyvinė analizė (angl. <i>Storytelling/ narrative</i>)	40,7	11
4.	Ekspertinis tyrimas (angl. <i>Expert review</i>)	40,7	11
5.	Rizikos analizė (angl. <i>Risk analysis</i>)	33,3	9
6.	Klasterinė analizė (angl. <i>Cluster analysis</i>)	29,6	8
7.	Nesėkmės modelio ir poveikio analizė (angl. <i>FMEA</i>)	25,9	7
8.	Sisteminė apžvalga (angl. <i>Systematic Review</i>)	25,9	7
9.	Rizikų išaiškinimas (angl. <i>Hazard identification</i>)	25,9	7
10.	Priežastinė analizė (angl. <i>Causal analysis</i>)	25,9	7
11.	Pacientų ligos istorijų analizė (angl. <i>Case notes analysis</i>)	22,2	6
12.	Sisteminė analizė (angl. <i>Systems analysis</i>)	22,2	6
13.	Lyginamoji analizė (angl. <i>Benchmarking</i>)	18,5	5
14.	Proaktyvi rizikų analizė/pavojingų veiksnių analizė (angl. <i>Proactive risk assessment/ hazard analysis</i>)	14,8	4
15.	Kiti (angl. <i>Other</i>)	14,8	4
16.	Koreliacinė analizė (angl. <i>Correlation analysis</i>)	7,4	2
17.	Jokių (angl. <i>None</i>)	7,4	2
18.	Nežinoma (angl. <i>Unknown</i>)	0,0	0

Šaltinis: sudaryta darbo autorias, pagal EUNetPas Library of reporting and learning systems, 2013.

13 lentelėje pateikti duomenys rodo, kad ES šalyse veikiančiose NĮPMS plačiau naudojami retrospektyviniai NĮ analizės metodai (kaip ir tikėtina, nes šios sistemos daugumoje atvejų skirtos jau įvykusių NĮ pranešimui ir analizei), o proaktyvūs analizės metodai (pvz., Nesėkmės modelio ir poveikio analizė, Proaktyvi rizikų analizė/pavojingų veiksnių analizė ir pan.) naudojami rečiau, nes jie skirti išaiškinti ir galimai įvyksiančių ar vykstančių, bet žala dar nepasireiškusių (dėl sėkmės faktoriaus ar laimingai susiklosčiusios situacijos) PSĮ priežastis ir aplinkybes. Iš pateiktų duomenų matyti, kad metodų pasirinkimas ir taikymas kiekvienoje iš tirtų NĮPMS yra atsitiktinio pobūdžio, o atskirai vertinant NĮPMS, jų vartojamų NĮ nagrinėjamų metodų spektras yra gan siauras.

Todėl tolesnė PSĮ valdymo sistemos PSĮ ir juos sukėlusių priežasčių nagrinėjimo (analizės) posistemės raida turėtų užtikrinti galimybę PSĮ nagrinėjantiems specialistams parinkti ir naudoti tinkamiausius konkrečioms PSĮ ir juos sukėlusioms priežastims nagrinėti metodus ir priemones, užtikrinant prieigą ir apmokymus naudotis visu šiuolaikinių PSĮ ir juos sukėlusių priežasčių analizės instrumentų arsenalu.

Pacientų saugos įvykių valdymo patirtis Lietuvoje

Lietuvoje PSĮ valdymo veikla tiek nacionaliniu (šalies), tiek lokaliu (ASPI) lygmeniu yra dar tik pradinėje, kūrimosi stadijoje, vyksta vangiai, fragmentiškai. Lietuvoje nėra nacionaliniu lygiu veikiančios NĮRMS, todėl Lietuva nėra įregistravusi NĮPMS EUNetPS duomenų bazėje, ir nepatenka į 22 ES šalių, pateikusių duomenis, kurie buvo nagrinėjami 2014 m. ES vykdytoje ES šalių NĮPMS apžvalgoje, sąrašą (PSQCWG, 2014), todėl nėra galimybės palyginti Lietuvos NĮPMS duomenų su kitose ES šalyse funkcionuojančių sistemų duomenimis. Nesant vieningos nacionaliniu lygiu veikiančios NĮPMS, NĮ valdymas SP sektoriuje nacionaliniu lygiu yra fragmentinis, vykdomas atskiromis sektorinėmis NĮ registravimo posistemėmis, pvz., su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų, radiacinės saugos įvykių, farmakologinio budrumo, su medicinos įrangos gedimais susijusių NĮ, kt. Tačiau pagal šiose posistemėse užregistruotų NĮ apimtį nuo kelių, pvz., su medicinos įrangos gedimais susijusių NĮ, iki kelių šimtų, pvz., farmakologinio budrumo sistemoje, įvykių per metus galima pagrįstai teigti, kad NĮ valdymo veikla nacionaliniu lygmeniu stokoja sistemishumo, efektyvumo ir veiksmingumo, reikalauja esminių pertvarkų. Nesant nacionaliniu lygmeniu funkcionuojančių PSĮ valdymo sistemų, ASPI, priklausomai nuo jų pažangos PS srityje, savo iniciatyva, atsižvelgdamos į PSO, Europos Komisijos ir kitų kompetentingų PS srityje institucijų rekomendacijas, diegėsi lokalias NĮRMS, kurių veikla nėra iširta ir palyginta. Siekiant pagerinti susidariusią situaciją, Lietuvoje 2012 m. įgyvendintas Europos socialinio fondo ir LR valstybės biudžeto lėšomis finansuotas projektas „Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių, gydymo klaidų registracijos sistemą“. Projekto metu buvo renkama informacija iš Lietuvos ASPI, siekiant įvertinti NĮ valdymo praktiką. Buvo sudaryta anketa ir išsiųsta į skirtingų tipų 126 ASPI, iš jų atsakė ir dalyvavo tyrime 54 ASPI. Gauti atsakymai atspindi tuometę NĮ valdymo situaciją Lietuvos ASPI:

Pranešinėjimo mastas. Beveik visose anketą užpildžiusiose ASPI (94 proc.) pranešama, kad NĮ yra registruojami ir kaupiami duomenys apie juos.

Pranešimų nagrinėjimas. 70 proc. anketą užpildžiusių ASPI teigia, jog užregistruoti NĮ yra analizuojami ir jų pagrindu yra rengiamos rekomendacijos siekiant išvengti/sumažinti NĮ skaičių.

Pranešinėjimo būdas. Daugelyje ASPI NĮ yra registruojami popierine forma (94 proc.). Tikėtina, kad NĮ registravimas tik popierine forma gali sutrukdyti gauti tikslią, laiku ir apibendrintą informaciją.

Pranešimų skaičius. Pranešimų apie NĮ skaičius Lietuvos ASPI palaipsniui didėja: 2011 m. buvo užregistruota beveik du kartus (188 proc.) daugiau NĮ negu 2009 metais, tačiau bendras užregistruotų PSĮ skaičius yra žemas, žymiai mažesnis palyginti su kitomis ES valstybėmis.

Konfidencialumo užtikrinimas. Viena iš problemų, su kuriomis susiduriama pranešinėjančiant apie NĮ, yra pranešusio asmens konfidencialumo ir apsaugos nuo teisinio persekiojimo užtikrinimo nebuvimas. Tik kas trečia (32 proc.) anketą užpildžiusių ASPI nurodė, jog įstaigoje NĮ registruojami konfidencialiai. Kaip vieną pagrindinių priežasčių, trukdančių efektyviai ir tiksliai registruoti PSĮ, nurodoma ASPI darbuotojų baimė, jog NĮ registruojančio asmens tapatybė bus atskleista, todėl yra itin svarbu užtikrinti NĮ registruojančio asmens konfidencialumą ir anonimiškumą. Šis nuogaštavimas turi pagrindo,

nes Lietuvoje šalies teisinis reguliavimas kol kas neužtikrina NĮ pranešusio asmens konfidencialumo ir apsaugos nuo teisinio persekiojimo.

Registruojamų NĮ sritys. Apklauskos duomenys rodo, kad Lietuvoje NĮ registracija vyksta daugelyje sveikatos priežiūros sričių, registruojami medicininiai (gydymo, diagnostikos) NĮ, susiję su medicinos prietaisų naudojimu, kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, su vaistinių preparatų naudojimu, nustatyta hospitaline infekcija, pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis, audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu ir transplantacija, NĮ.

Pranešėjai. Apklauskos duomenys rodo, kad Lietuvos ASPĮ NĮ registravimo teisė suteikiama tik šių įstaigų darbuotojams: 43 proc. jų sudaro gydytojai, 11 proc. slaugytojai, 11 proc. administracijos atstovai, 19 proc. – kiti darbuotojai. Diegiant NĮ registravimo sistemas ir nesuteikiant galimybės jose registruoti NĮ pacientams, jų šeimos nariams bei kitiems suinteresuotiems PS asmenims ir organizacijoms, prarandama galimybė sužinoti apie NĮ, kurie yra nuslepiami ar nepastebimi SP ar kitų ASPĮ darbuotojų.

NĮ analizė, rekomendacijų rengimas, pranešėjų supažindinimas su jų pranešimo apie NĮ pasekmėmis. NĮ pranešinėjimas ir registracija gali sumažinti NĮ skaičių tik tuomet, jeigu kiekvienu atveju bus išnagrinėtos juos sukėlusios priežastys, numatytos ir įgyvendintos prevencinės priemonės. 70 proc. anketą užpildžiusių ASPĮ teigia, jog užregistruoti NĮ yra analizuojami, jų pagrindu yra rengiamos rekomendacijos siekiant išvengti/sumažinti šių NĮ skaičių. 97 proc. anketą užpildžiusių ASPĮ, pranešė, kad SP įstaigos administracija supažindina personalą su parengtomis NĮ prevencijos priemonėmis. Numatomas asmuo, atsakingas už PSĮ koregavimo/prevencijos veiksmus: 13 proc. tai medicinos, 24 proc. – administracijos personalo atstovai, 24 proc. – abiejų grupių atstovai.

Praneštų NĮ ir juos sukėlusių priežasčių analizė. Atlikta apklausa neteikia duomenų apie tai, kokie NĮ nagrinėjimo metodai taikomi Lietuvos ASPĮ ir kokios priemonės numatomos tokios analizės pagrindu. Apklauskos duomenys nurodo tik vieną tokią priemonę – įtraukimą į mokymus, tai yra, apie NĮ kalbama gydytojų kvalifikacijos tobulinimo renginių metu. 60 proc. anketą užpildžiusių ASPĮ nurodė, kad PS mokymai vyksta ir jų darbuotojai mokomi nagrinėti PSĮ. Tačiau šiuolaikiniai veiksmingi PSĮ nagrinėjimo metodai, tokie, kaip esminių priežasčių analizė, proaktyvi rizikų analizė, nesėkmės modelio ir poveikio analizė ir kt., nėra plačiau naudojami. Tikėtina, kad ASPĮ darbuotojams trūksta žinių ir įgūdžių apie tokius metodus ir jų galimybes išaiškinant ir analizuojant PSĮ, tam būtini specializuoti mokymai.

NĮ valdymo veiklos trūkumai ir juos lemiančios priežastys. Apklaustų ASPĮ darbuotojai nurodė svarbiausius jų įstaigoje veikiančių NĮ valdymo sistemų trūkumus: 1) *elektroninės PSĮ registravimo sistemos nebuvimas.* Tokios neturi nė viena tirtų ASPĮ. Tik VUVL naudoja MS Excel programinę įrangą hospitalinėms infekcijoms registruoti ir statistinei informacijai rengti. Apklauskos ir interviu metu buvo kalbama apie būtinybę sukurti viešingą, elektroninę privalomą/savanorišką NĮPMS; 2) *vangiai vykstantis pranešinėjimas.* Apklausoje dalyvavusių ASPĮ atstovų nuomone, pagrindinės priežastys, dėl kurių PSĮ nėra registruojami arba registruojami itin vangiai, yra: a) darbuotojų sąmoningumo ir atsakomybės stoka pripažįstant savo darbo trūkumus ir apie juos pranešant; b) požiūris į NĮ registravimą kaip į papildomą „popierizmą“; c) grįžtamojo ryšio nebuvimas ir naudos nematymas; d) nenoras skųsti kolegų; e) vieningos NĮ klasifikacijos nebuvimas; f) NĮ re-

gistravimo tvarka yra neaiški ir nenuosekli; g) viešumo ir patikrinimų ir/arba nuobaudų baimė; h) baimė, kad NĮ registravusiam asmeniui bus pateikti kaltinimai už sužalojimą arba pateiktas ieškinys atlyginti žalą; i) baimė dėl kolegų pasmerkimo, reputacijos praradimo ir pacientų netekimo; 3) *neužtikrinta NĮ pranešusio asmens apsauga nuo teisinio persekiojimo*. Apklaustų ASPĮ atstovai nurodė, jog siekiant, kad NĮ būtų tinkamai registruojami ir iš jų būtų mokomasi, reikia pakeisti įstatyminę bazę, įteisinant žalos, padarytos pacientų sveikatai, atlyginimo be kaltės modelį; 4) *kvalifikacijos stoka*. Apklausos ir vėliau vykdyto interviu metu ASPĮ darbuotojai pabrėžė būtinybę organizuoti darbo su NĮPMS ir PS temomis mokymus, dalytis gerąja praktika, ASPĮ įvesti pareigybę, atsakingą už PS, NĮ registravimą ir NĮ rizikų valdymą; suvienodinti apibrėžimus (pavyzdžiui, kas yra PSĮ, NĮ) ir parengti vieningas NĮ registravimo taisykles; 5) *grįžtamąjį ryšio stoka*. ASPĮ darbuotojai nurodė, kad, norint paskatinti NĮ registravimą, būtina: a) užtikrinti grįžtamąjį ryšį su NĮ pranešusiais asmenimis; b) sudaryti galimybę asmenims, pranešusiems apie NĮ susipažinti, kas buvo padaryta nagrinėjant NĮ, kokių priemonių buvo imtasi, kokia apčiuopiama nauda gauta; c) suteikti ASPĮ galimybę palyginti savo įstaigos NĮ valdymo rodiklius su šalies vidurkiu ir to paties lygio kitomis įstaigomis.

Kitas svarbus tęstinis žingsnis vystant NĮPMS Lietuvoje buvo Higienos instituto su partneriais vykdytas projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ (Higienos institutas, 2015). Vykdamas šį projektą buvo sukurtas NĮ registravimo ir analizės sistemos modelis bei rekomenduojamos priemonės, skatinant ASPĮ diegti bei plėtoti NĮ registravimo ir analizės sistemą savo įstaigose, remiantis projekto veiklą, atliktų tyrimų rezultatais. Parengtas modelis remiasi dvių vykdytų svarbių PS srityje projektų, kuriuos atliko Higienos institutas su UAB „Ernst & Young Baltic“ kompanija, rezultatais: a) projekto „Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą“ (2014) ir šio projekto tęsinio b) „Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas“ (2015). Įgyvendinant šiuos projektus, vadovaujantis PSO rekomendacija valstybėms dėl *minimalios NĮ informacijos modelio*, buvo parengtas minėtas modelis (NĮPMS prototipas). Pagal šias PSO rekomendacijas, kiekviena NĮPMS sistema turi pasižymėti šiomis savybėmis: teikti išsamią informaciją apie NĮ; būti atsieta nuo SP darbuotojų drausminių procedūrų; suteikti pacientams galimybę teikti pranešimus; papildyti kitas saugos pranešimų teikimo sistemas, t. y. farmakologinio budrumo ar radiacinės saugos sistemas (Higienos institutas, 2015; WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems, 2005). Parengto modelio organizacinė struktūra yra trijų lygių: a) ASPĮ – pirmo, žemiausio, kuriame medicinos personalas registruoja NĮ ir perduoda šią informaciją ASPĮ NĮ sistemos valdymo specialistui, pastarasis praneša apie NĮ į b) antrą, aukštesnį lygį, t. y. nacionalinio lygmens institucijoms pagal priklausomybę: Nacionalinei PS institucijai ir specializuotoms PS valstybinės institucijoms (VASPVT, Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie SAM, Radiacinės saugos centrui, Higienos institutui, kt.), kurios nagrinėja gautą informaciją ir parengia NĮ prevencijos priemones, rekomenduojamas įgyvendinti nacionaliniu lygiu. Šios institucijos perduoda ataskaitas ir pasiūlymus į aukščiausiąjį (trečią) lygį c) SAM. Čia gaunami duomenys panaudojami sveikatos politikai PS srityje formuoti ir plėtoti, teisiniam reglamentavimui tobulinti, kt. Nacionaliniame lygmenyje suformuotos prevencijos priemonės „nuleidžiamos“ vykdyti atgal į žemiausią lygį – ASPĮ (Higienos institutas, 2015, 27). Su-

kurtas modelio prototipas 2014–2015 m. išbandytas 4 sutikusiose dalyvauti skirtingo lygio (rajoninėje, apskrities, respublikinėje ir universitetinėje) aktyvaus gydymo stacionarinėse ASPĮ (Higienos institutas, 2015, 14). Šio bandymo rezultatai buvo sėkmingi: jeigu minėto laikotarpio pradžioje šiose 4 ligoninėse buvo pranešta apie 12 NĮ, tai jo pabaigoje NĮ skaičius pasiekė 75 (Higienos institutas, 2015,14). Nacionalinės PS institucijos vaidmenį šiame projekte atliko Higienos institutas, jo darbuotojai atliko praneštų NĮ analizę, jos pagrindu parengė ir išplatino ligoninėms rekomendacijas. Įgyvendinant šį projektą buvo: a) detalizuotas ir išplėstas LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2010) reglamentuotas privalomai registruotinių NĮ sąrašas; b) NĮ suskirstyti į giminingas NĮ grupes; c) parengta patogi naudoti NĮ registracijos e. forma, kt. Svarbu ir tai, kad bandomajame NĮRMS modelio prototipo diegimo projekte ligoninės dalyvavo savo noru, buvo suinteresuotos projektu, jo rezultatai, tikėjo projekto sėkme. Paminėtina, kad įgyvendinant projektą buvo skiriamas didelis dėmesys parengiamiesiems darbams – darbuotojų supažindinimui su parengto NĮPMS modelio prototipo veikimo principais, informacijos apie NĮ valdymo sistema ir instrumentais, registruotinais NĮ, kt. Projekto metu vyko nuolatinės konsultacijos, buvo užtikrintas dvišalis atgalinis ryšys, ligoninės turėjo tiesioginės naudos iš šios veiklos (buvo atlikta jų darbuotojų įregistruotų NĮ analizė, pateiktos NĮ prevencijos rekomendacijos). Visa tai užtikrino projekto sėkmę, kurios išraiška – padidėjęs NĮ registravimo aktyvumas šiose ligoninėse. Šio bandomojo projekto sėkmė atveria galimybes jį toliau tobulinti ir plėsti jo diegimą į kitas ASPĮ (Higienos institutas, 2015, 3). Šis projektas neabejotinai svarbus, bet tik vienas pirmųjų žingsnių plėtojant nacionalinio ir ASPĮ lygmens PSĮ valdymo sistemas. Svarbu pažymėti ir pasiūlyto modelio apribojimus: a) kuriant šį modelį ypač daug dėmesio buvo skirta nustatyti informacijos apie NĮ srautus tarp įvairaus lygio PS srityje veikiančių institucijų, tačiau daug kitų PSĮ valdymo aspektų nebuvo nagrinėta (pvz., modelis numato NĮ išaiškinimą ir nagrinėjimą, tačiau nenagrinėja mechanizmų, kuriais jie turėtų būti išaiškinami ir nagrinėjami, kaip turėtų būti organizuojama Ligoninės, nacionaliniu lygiu ši veikla; nurodoma, kad turi būti imtasi prevencijos priemonių, bet nenumatoma, kaip tai turi būti organizuojama, kaip ir kokios priemonės pasirenkamos, parengiamos ir įgyvendinamos, kt.); b) Modelis parodo bendrą informacijos apie NĮ judėjimo schemą nacionaliniu mastu (tarp ASPĮ, Nacionalinės PS institucijos, SAM), tačiau kaip šie duomenys virsta konkrečiomis PSĮ prevencijos veiklomis šiame modelyje neaptariama; c) pateiktame modelyje labai ribotas dėmesys skiriamas NĮ valdymui ASPĮ lygmenyje, orientuojamasi į informacijos apie NĮ judėjimą tarp skirtingų, įvairiuose lygmenyse PS srityje veikiančių, institucijų, kurios tarsi ir turi užtikrinti bei vykdyti NĮ valdymo veiksmus (NĮ analizę, prevencijos priemonių parinkimą, rekomendacijų išplatinimą, kt.), o ASPĮ – tik juos įgyvendinti. Tokiu būdu neužtikrinamas subsidarumo principas, kuomet visi sprendimai ir veiksmai turi būti priimami kiek įmanoma žemiausiame lygmenyje, kuriame jie gali būti priimti ir įgyvendinti; d) teikiamas modelis orientuotas į retroaktyvų reagavimą į jau įvykusius NĮ, jame skiriama mažiau dėmesio prevenciniam PSĮ valdymui, kt.

Disertacijoje parengtas ir teikiamas Modelis pristato kompleksinį požiūrį į PSĮ valdymą, stipriai išplėsdamas minėtų projektų metu parengto nacionalinio lygmens NĮRMS modelio prototipo veikimo ribas, tokiu būdu prisidedamas prie PSĮ valdymo teorinių ir praktinių pagrindų formavimo plėtros Lietuvoje. Pažymėtina, kad disertacijos autorius dalyvavo ekspertu minėtų projektų įvairiose veiklose, panaudojo disertacijos medžiagą

projekto tikslams pasiekti bei sėmėsi įžvalgų iš projektų veiklų, kurias panaudojo disertacijoje kurdamas ir plėtodamas Modelį.

Šiuolaikinis PS judėjimas įgijęs tarptautinį pobūdį, apima daugelį pasaulio valstybių, sukaupia didelę patirtis užtikrinant bei gerinant PS nacionaliniu ar ASPĮ lygmeniu. Šalys, susidurdamos su panašiomis PS problemomis, jas sprendžia dalyvaudamos tarptautinuosė PS projektuose, vadovaudamosi mokslinių tyrimų PS srityje rezultatais, panaudodamos geriausią kitų šalių patirtį PS užtikrinimo bei gerinimo srityje. Dalis mokslinių tyrimų išvadų ir gerosios praktinės patirties rekomendacijų PS srityje įgyvendinta transnacionalinėse teisinio reguliavimo priemonėse, bendrose veiklos programose, rekomendacijose, tarptautinėse iniciatyvose (EUR-LEX, 2013). Todėl tarptautiniame lygmenyje vykdomų mokslinių tyrinėjimų ir praktinės patirties PS srityje sklaida vaidina ypač svarbų vaidmenį organizuojant PS, PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) lygiu. Tarptautinė ir nacionalinė patirtis užtikrinant bei gerinant PS yra svarbi disertacijos tikslams pasiekti. Esamos daugiametės tarptautinės PS užtikrinimo bei gerinimo ir PSĮ valdymo patirties analizė suponuoja disertacijoje numatyto Modelio sukūrimo prielaidas, leidžia iškristalizuoti ir konstruojant Modelį, panaudoti pasiteisinusius PS užtikrinimo bei gerinimo, PSĮ valdymo metodus, būdus, įrankius bei priemones. Ne mažiau svarbu yra įvertinti problemas bei iššūkius, su kuriais susiduria tarptautinis PS judėjimas, jų gilesnis supratimas ir konteksto įvertinimas būtinas, siekiant išvengti pavojų ir problemų konstruojant bei įgyvendinant Modelį.

Šiame skyriuje pateikta PS pagrindų ir PS judėjimų raidos analizė atlikta tikslu identifikuoti tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo raidoje susiformavusias PS užtikrinimo bei gerinimo pagrindines nuostatas ir principus bei pasiteisinusias PSĮ valdymo priemones, kurių pagrindu bus kuriamas Modelis.

Tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo ir jo patirties PSĮ valdymo srityje įvertinimas šiame skyriuje nepretenduoja tapti išsamia jų istorinės raidos apžvalga ir yra aptariamai tik disertacijos tikslams pasiekti svarbūs jo aspektai (pvz.: teisinis reglamentavimas, esminiai įvykiai, kt.) tiek teigiamo pobūdžio (siekiant juos pritaikyti konstruojant, diegiant bei vystant Modelį), tiek neigiamo pobūdžio (siekiant išvengti neigiamų patirčių, problemų ir pavojų rizikos konstruojant, diegiant bei vystant Modelį).

1.2.3. Apibendrinimas

Šiame skyriuje atlikta tarptautinės ir nacionalinės PSĮ valdymo patirties analizė parodė, kad, siekiant užtikrinti visavertį PSĮ išaiškinimą Ligoninėje, yra būtina pereiti nuo šiuolaikinėms nacionalinėms NĮPMS būdingos vienašališkos (ribotos) orientacijos į NĮ pranešinėją (raportavimą, registravimą) prie integruoto požiūrio į PSĮ išaiškinimą, diegiant PSĮ valdymo sistemas, paremtas retro-, re- ir proaktyvių PSĮ išaiškinimo metodų ir priemonių integracija. Atliktas patirties apibendrinimas patvirtino ir kitą atliktos teorinės apžvalgos išvadą – PSĮ valdymo sistemos ribotą suvokimą, ją sutapatinant su įvykusių NĮ išaiškinimo sistema, neskiriant reikiamo dėmesio PSĮ analizei, reagavimui ir prevencijai. Todėl šiuo metu plačiai paplitusios NĮPMS, orientuotos į NĮ išaiškinimą, turi būti pertvarkytos į vientisas PSĮ valdymo sistemas, apimančias PSĮ išaiškinimo, analizės, reagavimo bei prevencinio poveikio sistemas. Tuo tikslu PSĮ valdymo sistemos turi suformuoti PSĮ išaiškinimo, analizės, reagavimo ir prevencinio poveikio priemonių kompleksus bei

nusistatyti metodus, kuriais bus atrenkamos veiksmingiausios priemonės išaiškinant, nagrinėjant, reaguojant ar užtikrinant tam tikrų PSĮ prevenciją. Tačiau, kaip parodė atlikta tarptautinės patirties PSĮ valdymo srityje analizė, nė viena iš nagrinėtų NĮ valdymo sistemų (dažniausiai vadinamų NĮPMS) neteikė tokio pobūdžio priemonių arsenalo ir šių priemonių parinkimo veiksmingam prevenciniam reagavimui, visa apimančios PSĮ valdymo sistemos patirties. Todėl darytina išvada, kad disertacijoje numatytas PSĮ valdymo Ligoninėse sistemos modelis turės būti kuriamas nuo pagrindų, remiantis atlikta teorine ir praktinės patirties PSĮ valdymo srityje analize bei disertacijoje suplanuotą atlikti empirinių tyrimų išvadomis.

Lietuvos ligoninėse NĮ pranešinėjimo procesas vyksta (nors ir maža apimtimi), tačiau tenka pažymėti, kad PS judėjimas ir PSĮ valdymas Lietuvoje labiau sąlygotas ne įstaigų vidinių paskatų didinti saugą, bet PS kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų keliamų PS reikalavimų. Pažymėtina, kad Lietuvoje vis dar nesuformuotos gerinti PS ir efektyviai PSĮ valdyti būtinos teisinės, kultūrinės, organizacinės prielaidos (pvz., neužtikrinta pranešėjo apsauga nuo teisinio persekiojimo; įstaigų vadovybė nesuteikia PS ir PSĮ valdyti strateginės reikšmės ir neskiria tam būtinų išteklių (žmonių, finansinių, technologinių, kt.); trūksta grįžtamojo ryšio NĮ pranešėjui apie veiksmus, kurių buvo imtasi išnagrinėjus jo praneštą įvykį; PSĮ valdymo proceso dalyviams nesuteikiamas reikiamas pasirengimas (žinios, įgūdžiai) specifinėse – rizikų valdymo, PSĮ valdymo, PS užtikrinimo bei gerinimo – srityse; vangiai vyksta e. pranešinėjimo apie PSĮ sistemų diegimas, nesudarytos sąlygos pacientams ir jų šeimos nariams teikti pranešimus apie jiems įvykusius PSĮ, kt., – visa tai lemia santykinai mažą praneštų PSĮ skaičių. Darytina išvada, kad kol šios ir kitos organizacinės prielaidos, svarbios PS užtikrinimo ir gerinimo ir PSĮ valdymo veikloms užtikrinti, nebus sukurtos, PS judėjimas Lietuvoje neįgaus reikiamo pagreičio ir pasireikš daugiau deklaracijomis, ketinimais, veiklos imitacija, bet ne efektyvia PSĮ valdymo veikla tiek nacionaliniame, tiek ASPĮ lygmenyse.

Šiame skyriuje pateiktos teorinių PS pagrindų, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų raidos analizės pagrindu identifiukuotos PS užtikrinimo ir gerinimo pagrindinės nuostatos ir principai, kurių pagrindu bus kuriamas Modelis. Tačiau tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo ir jo patirties PSĮ valdymo srityje įvertinimas šiame skyriuje nepretenduoja tapti išsamia jų istorinės raidos apžvalga ir yra aptariami tik disertacijos tikslams pasiekti svarbūs jo aspektai.

1.3. Pacientų saugos įvykių valdymas ligoninėje sveikatos priežiūros sektoriaus viešojo valdymo kontekste

Disertacinis tyrimas bus atliekamas Ligoninėse. Ligoninė pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą priskiriama stacionarinėms SP įstaigoms. SP įstaiga – juridinis asmuo, organizacija ar jų filialas LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo, LR visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo ir LR odontologų rūmų įstatymo nustatyta tvarka turintis teisę teikti sveikatos priežiūros paslaugas (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 2016). Ligoninės pagrindinė veikla – stacionariųjų asmens SPP (aktyviojo gydymo, ilgalaikio gydymo, transplantacijos ir rehabilitacijos) teikimas pacientams, paprastai trunkantis ilgiau, kaip 24 valandas.

Lietuvos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2015 m. pabaigoje Lietuvoje veikė 134 Ligoninės (SAM sistemos atskiros įstaigos ar organizaciniai

padaliniai be kitų žinybų ir privačių įstaigų), iš jų 63 – bendrojo pobūdžio ligoninės (iš jų 20 miesto ligoninių, 43 rajonų ir apskričių ligoninių), 48 slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės, 19 specializuotų ligoninių (infekcinių ligų, tuberkuliozės, onkologijos, psichiatrinės, priklausomybių ligų), 4 – reabilitacijos ligoninės. 2015 m. pabaigoje Lietuvoje veikė 10 privačių ligoninių. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, 2016). Taigi didžioji dalis ligoninių yra valstybės ar savivaldybių įsteigtos viešosios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios viešąsias asmens sveikatos priežiūros paslaugas gyventojams.

Ligoninė, teikdama SP paslaugas, veikia ne izoliuotai, bet tinkle ryšių su valstybės ir savivaldybės valdymo, viešojo administravimo paslaugas teikiančiomis institucijomis (pavaldumo (su Ligoninės steigėju, su SAM, savivaldybe), finansavimo (su ligonių kasomis, SAM, savivaldybe), priežiūros ir kontrolės (su VASPVT, ligonių kasomis, Radiacinės saugos centru, Valstybine vaistų kontrolės tarnyba, Higienos institutu, Nacionaliniu visuomenės sveikatos centru, kt.), statistinės atskaitomybės (su Higienos instituto Sveikatos informacijos centru, Ligonijų kasomis, SAM, kt.), kt.), kurių sprendimai daro įtaką Ligoninės veiklai. Dauguma šių viešojo administravimo institucijų sąveikauja su Ligonine ir PS srityje, suformuodamos specifinį išorinį PS valdymo organizacinį kontekstą (teisinį, vadybinį-organizacinį, reguliacinį-kontrolės, ekonominį, kt.), kuris gali skatinti arba slopinti Ligoninės iniciatyvas PS srityje.

Atliekant disertacinį tyrimą aktualu įvertinti šio SP sektoriaus viešojo administravimo ir vadybinio-organizacinio konteksto svarbą Ligoninėms planuojant ir diegiant PSĮ valdymo sistemas, PS užtikrinančias bei gerinančias priemones. Į šiuos vadybos konteksto ypatumus ypač svarbu atsižvelgti konstruojant Modelį ir rengiant jo diegimo rekomendacijas, užtikrinant Modelio adaptavimą viešojo administravimo aplinkoje, kurioje jis veiks. Todėl, konstruojant Modelį, yra svarbu atsakyti į klausimą, koks viešojo valdymo modelis (būdas) yra palankiausias Modeliui funkcionuoti, jam įgyvendinti Ligoninėje. Pateikiami labiausiai paplitusių viešojo valdymo modelių apibūdinimai ir jų savybės, svarbios vertinant Modelio diegimo ir veikimo kontekstą viešojo valdymo aplinkoje funkcionuojančiose viešosiose įstaigose – Ligoninėse.

1.3.1. Viešojo valdymo modelių apibūdinimas

Viešojo valdymo mokslo ir praktikos raida yra tampriai susijusi su viešojo valdymo modelių kūrimu ir plėtra. Kiekviename viešosios vadybos mokslo ir praktikos plėtos etape, ieškant naujų kelių viešųjų įstaigų ir viešojo administravimo institucijų veiklai tobulinti, buvo siūlomi vis nauji viešosios vadybos modeliai. Šių modelių praktinis taikymas ir tolesni tyrimai sudarė galimybę išaiškinti jų privalumus ir trūkumus, paskatino tolesnių modelių paiešką (Daft R., 2016).

Svarbi viešojo valdymo modelių raidos savybė – naujų modelių išgryninimas – neiškęs besąlygiško ankstesnio modelio atmetimo, bet buvo siejamas su ankstesnio modelio tinkamumo ribų patikslinimu, tai yra, tikslesniu nustatymu vidinių ir išorinių organizacijos veikimo sąlygų, kuriose šis modelis yra tinkamas ir kartu šių sąlygų, kur jis nėra tinkamas, ir reikalingas kitoks naujas modelis. Dėl to šiuolaikinio viešosios vadybos mokslo yra išplėtotas viešojo valdymo modelių sistema, kiekvienas modelis turi savo privalumų ir trūkumų, naudotinas kitomis nei kiti modeliai, sąlygomis (Katsamunskas P., 2012).

Pateikiami ir aptariami pagrindiniai išgryninti viešojo valdymo modeliai, suvaidinę svarbų vaidmenį šiuolaikinės viešosios vadybos mokslo ir praktikos raidoje, jų privalumai ir trūkumai bei taikymo apribojimai:

1. *Tradicinis (hierarchinis) viešasis administravimas* (angl. *Traditional Public Administration*). Tai klasikinis viešojo administravimo modelis, kuris grindžiamas hierarchijos, nuoseklaus darbo pasidalijimo ir meritokratijos principais (Hatch M., 2013; Patapas A., 2010). Šis modelis remiasi centralizuotu valdymu ir kontrole, nuosekliu darbuotojų veiklos reglamentavimu, išplėta pavaldumo hierarchija, visišku atskyrimu vadovavimo ir vykdymo funkcijų. Jo sąlygomis vadovai nustato organizacijos tikslus ir organizuoja jų vykdymą, o pavaldiniai – tik paklusnūs atlikėjai, kuriuos domina ne organizacijos tikslai, o tik jų pačių vykdoma siaura užduotis. Šio modelio principai aprašyti Max Weber, Frederck Taylor, Henri Fayol ir kitų vadybos mokslo klasikų darbuose (Scafritz J., 2016). Šio modelio privalomumas – galimybė tiksliai nustatyti organizacijos tikslus, veiklą bei užtikrinti tikslią vykdytojų veiksmų kontrolę. Šio modelio trūkumai: nelankstumas (sudėtinga adaptacija besikeičiančioje aplinkoje), rezistencija naujovėms, darbuotojų iniciatyvos ir motyvacijos stoka bei nepasitenkinimas pernelyg detaliu darbo reglamentavimu, ištraukimo į organizacijos tikslų siekimą stoka, kai darbuotojus domina ne tiek organizacijos tikslai, kiek tiesioginės jų atliekamos užduotys (Denhardt R., 2014).

Šis klasikinis valdymo modelis gali būti veiksmingas tik nekintančioje aplinkoje ir pastovios nesudėtingos (paprastos) veiklos sąlygomis (pvz., kariuomenės veikla taikos sąlygomis, konvejerinė gamyba, kt.).

2. *Naujoji viešoji vadyba* (angl. *New Public Management*). Tai modelis, kuriuo siekiama viešajame administravime, viešosios organizacijos veikloje įdiegti privačiame sektoriuje sėkmingai naudojamus verslo vadybinius-organizacinius metodus (Perkins J., 2014; Stankevič B., 2015; Gudelis D., Patapas A., 2010, Židonis Ž., 2006). Šio modelio pagrindas – naujosios viešosios vadybos doktrina, kuri remiasi viešojo pasirinkimo (angl. *public choice*), užsakovo–vykdytojo (angl. *principal–agent*) bei sandorio kaštų (angl. *transaction cost*) teorijomis. Kitaip nei iki tol vyravusios tradicinės viešojo administravimo mokyklos, naujoji viešoji vadyba pripažįsta asmens savanaudiškumą, – siekia jį ne riboti, bet iš jo kylančius asmens veiksmus suderinti ir nukreipti organizacijai palankia kryptimi (Židonis Ž., 2006). Šis modelis suteikė galimybę darbuotojams patiems nusistatyti savo veiklos formas ir būdus, susiejo darbuotojų darbo apmokėjimą su veiklos rezultatais. Šiam modeliui būdinga vadovavimo decentralizacija, kontaktų su privačiu sektoriumi išplėtojimas, biurokratinių santykių transformacija į paslaugų klientui teikimą, kur pastarojo pasitenkinimas gauta paslauga tampa pagrindiniu organizacijos kokybės įvertinimo kriterijumi (Stašys R., 2008; Stašys R., 2009); viešųjų organizacijų veiklos privatizacija, organizacijos veiklos ekonominio įvertinimo ir veiksmingumo užtikrinimas.

1980 metais plačiau pradėtas diegti viešajame sektoriuje naujosios viešosios vadybos modelis padidino darbuotojo veiklos savarankiškumą ir kartu jo motyvaciją bei pasitenkinimą atliekamu darbu, pagerino viešojo sektoriaus organizacijų veiklos efektyvumą, padėjo didinti viešojo valdymo veiksmingumą, sumažinti jo kaštus, sumažinti klasikiniam modeliui būdingą biurokratizmą, etatų išpūtimą, „procedūrinį neveiksmingumą“ (Babravičius J., Dzemyda I., 2012).

Vienu iš pagrindinių šio modelio trūkumų įvardijamas ekonominių organizacijos veiklos įvertinimo kriterijų dominavimas, mažėjant kitų, itin svarbių viešajam sektoriui

visuomeninių, humanistinių, altruistinių vertybių svarbai. Viešojo sektoriaus tikslas – tarnauti visuomenei, siekti jos tikslų, įgyvendinti jos pamatines vertybes, o šio modelio į pirmą vietą iškelti SP įstaigų ir darbuotojų ekonominiai interesai ne visada atitinka tas vertybes. Tuomet viešąsias paslaugas teikianti įstaiga gali pradėti elgtis ne taip, kaip reikalinga visuomenei, bet kaip naudinga jai pačiai, jos darbuotojams (pvz., privatizuoto kalėjimo vadovybė gali pradėti orientuotis į gamybos pelningumą, mažiau dėmesio skiriant nuteistiesiems perauklėti, jiems adaptuoti visuomenėje, užkertant kelią vėl nusikalsti). Šio modelio sąlygomis veikianti viešoji sveikatos priežiūros įstaiga gali daugiau orientuotis į savo veiklos pelningumą negu į pacientų sveikatos poreikių patenkinimą (Lane J.-E., 2000). Taip gali mažėti viešojo sektoriaus vaidmuo užtikrinant žmogaus teises – šios teisės užtikrinamos tik tuo atveju, jei tai ekonomiškai naudinga SP įstaigai ar paslaugą teikiančiam darbuotojui. Tai sudaro prielaidas mažiau aprūpintų gyventojų sluoksnių diskriminacijai (Minogue M., 2000).

Veikiant šiam modeliui, labiau pasireiškia klasikiniam „biurokratiniam“ modeliui mažiau būdinga užsakovo–vykdytojo (angl. *principal-agent*) problema (Lane J.-E., 2013). Naujosios viešosios vadybos modelyje valdininkas tampa paslaugų teikėju, o interesantas – jų vartotoju. Kuomet paslaugą suteikia tam tikros srities specialistas, remdamasis savo srities specialiosiomis (specifinėmis) žiniomis, klientas praranda galimybę adekvačiai įvertinti paslaugos poreikį ir kokybę. Tai sudaro paslaugos teikėjui galimybę teikti paslaugas taip, kaip jam pačiam naudingiau, o ne taip, kaip reikia jo klientui (pvz., sveikatos priežiūros atveju pacientas neturi pakankamai medicinos žinių ir negali įvertinti, ar iš tikrųjų jam skiriamas gydymas yra reikalingas). Tai gali „ekonomiškai mąstantį“ gydytoją paskatinti skirti brangiau kainuojančias paslaugas pacientams.

„Užsakovo–vykdytojo“ problema būdinga ir privačiam sektoriui. Tačiau viešajame sektoriuje ji tampa ypač jautri ir sunkiai sprendžiama, nes jame trūksta privačiame sektoriuje veikiančio šalių lygiateisiškumo ir konkurencijos. Viešajame sektoriuje neretai asmuo negali pasirinkti tarp konkuruojančių įstaigų tokią, kuri teiks kokybiškas paslaugas už palankiausią kainą. Nesant galimybės rinktis, jis turi priimti tokios kokybės viešosios įstaigos paslaugas, kokias ji teikia (Tullock G., 2005).

3. *Naujasis viešasis valdymas* (angl. *New Public Governance*). Šiuo modeliu siekiama ištaisyti ankstesniojo (naujosios viešosios vadybos) modelio trūkumus, kartu išsaugant jo privalumus (Guogis A., 2010). Dėmesio centre ne vartotojas, besirūpinantis tik savo asmeninių poreikių tenkinimu, bet pilietis, viešojo sektoriaus dalyvis, aktyviai dalyvaujantis formuojant viešąją politiką, suprantantis tamprų savo asmeninių interesų ryšį su savo šalies, savo lokalsios bendruomenės, savo įstaigos interesais.

Naujasis viešasis valdymas – tai valdymas, grindžiamas socialinių garantijų, socialiai atsakingos partnerystės ir socialinės teisinės valstybės idėjomis (Guogis A., Šilinskytė A., 2013). Jam būdingi bruožai – orientacija į demokratiškumo plėtrą ir viešojo sektoriaus subjektų tarnavimą visuomenei (Guogis A. ir Urvikis M., 2011). Naujojo viešojo valdymo idėjos patraukė didelį tyrėjų ir praktikų dėmesį, davė galingą postūmį modernizuoti šiuolaikinę viešojo valdymo politiką (Smalskys V., Skietrys E., 2008).

Pagrindiniai naujojo viešojo valdymo bruožai:

1. Tarnavimas „piliečiams“, o ne „klientams“. Pilietiškumas vertinamas labiau nei pelningumas.
2. Viešojo intereso ieškojimas, piliečių įtraukimas į įstaigos veiklą.

3. Viešasis valdymas organizuojamas prevencijos pagrindu, ieškoma neigiamų viešojo sektoriaus reiškinių priežasčių ir būdų jiems išvengti.
4. Strateginio mąstymo ir demokratiškumo, socialinės visuomenės idėjų puoselėjimas (Smalskys V., 2009).

Svarbus yra ir šio modelio skirtumas nuo klasikinio biurokratinio – hierarchinių santykių transformacija į tinklinius. Klasikiniam biurokratiniam modeliui buvo būdinga nuosekli, vertikali, vieninga hierarchija, kurioje kiekviena įstaiga ir kiekvienas jos darbuotojas užimdavo savo tiksliai apibrėžtą vietą aiškioje valdymo–pavaldumo sistemoje. Vyriausybė šioje vykdomosios valdžios sistemoje buvo pagrindinis vadovaujantis veikėjas, kuriam buvo pavaldūs visi kiti. O naujajame (naujojo viešojo valdymo) modelyje Vyriausybė tebėra tik vienas iš daugybės veikėjų, kurie nustato viešąją politiką ir teikia paslaugas viešajame sektoriuje (Weber E. P., Khademian A. M., 2008). Vyriausybė nustoja būti vienintele viešosios politikos formuotoja „Politika, kuria vadovaujasi visuomenė, yra sudėtingų sąveikų kompleksas, kuriame dalyvauja daugybė grupių ir interesų, kurie, savo ruožtu, susideda savotišku ir sunkiai nusakomu būdu“ (Denhardt R. B., Denhardt J. V., 2006).

Tai iš esmės keičia santykius tarp viešojo valdymo sistemos darbuotojo ir jo aptarnaujamo asmens. Klasikiniame biurokratiname modelyje įstaigos darbuotojas intereso atžvilgiu atstovavo savo įstaigai ir, plačiau, valstybei. Šiomis sąlygomis bet kokie prieštaravimai tarp „valdininko“ ir jo aptarnaujamo asmens buvo laikomi konfliktais tarp intereso ir valstybės. O naujojo viešojo valdymo modelyje tiek viešojo sektoriaus darbuotojas, tiek pilietis atstovauja visuomenei. Ir vienas, ir kitas išreiškia jos interesus (pvz., pacientas, keldamas reikalavimus ar išsakydamas kritiką įstaigos darbuotojui ar įstaigai, gali išreikšti ir atstovauti ne tik savo (asmeniniam interesui), bet ir kitų pacientų, piliečių, visuomenės interesams (viešajam interesui); o gydytojas, įvardydamas problemas, trukdančias jam kokybiškai ir saugiai teikti paslaugas pacientams ir padidinančias saugos įvykių riziką, nesiekia tik asmeninės naudos, – jam rūpi pacientų sveikata, įstaigos reputacija, mediko prestižas, sveikatos priežiūros sektoriaus ar net visuomenės bei šalies gerovė. Tačiau tam būtina, kad tiek pacientas, tiek gydytojas būtų aktyvus pilietiškos ir demokratinės visuomenės narys, aktyviai domėtųsi bei suvoktų įstaigos, sveikatos priežiūros sistemos, šalies viziją, tikslus. Abu turi suprasti, kaip veikia įstaiga, ir jos veiklos kontekstą, veiklos ir paslaugų teikimo santykių visumą. Tik būdami aktyvūs pilietiškos ir demokratinės visuomenės dalyviai, jie gali adekvačiai suvokti ne tik savo (asmens), bet ir Ligoninės tikslus, interesus, poreikius ir galimybes bei aktyviai dalyvauti formuojant įstaigos strategiją, santykių sistemą, išvengti joje kylančių problemų bei spręsti jas. Šis bruožas nebuvo būdingas nė vienam iš ankstesnių modelių.

Kitas svarbus naujojo viešojo valdymo bruožas yra plati viešojo sektoriaus darbuotojų sprendimų ir veikimo laisvė. Tam, kad darbuotojas galėtų aktyviai dalyvauti formuojant įstaigos politiką, įgyvendinti jos tikslus ir uždavinius, numatyti bei spręsti iškilusias problemas, jis turi turėti galimybę gauti reikiamą informaciją bei sąlygas savarankiškai planuoti ir vykdyti veiklą. Pagal klasikinį biurokratinį modelį viešosios organizacijos adaptacija prie besikeičiančių sąlygų vyko kuo tiksliau vykdant nuleistus „iš viršaus“ nurodymus (direktyvas, nutarimus, įsakymus, pavedimus), o naujojo viešojo valdymo modelio sąlygomis viešosios organizacijos darbuotojams suteikiama laisvė savarankiškai priimti ir įgyvendinti sprendimus. Svarbi sprendimų priėmimo laisvės dedamoji dalis – darbuotojui suteikiama *teisė* pačiam pasirinkti savo nuožiūra tinkamiausias priemones, jų vykdymo būdus ir formas. Turėdamas didesnę laisvę ir teisę priimti sprendimus ir pasirinkti juos

įgyvendinančius būdus ir priemones, tikėtina, kad kvalifikuotas darbuotojas pasirinks ne tik mažiausių kaštų ar pastangų reikalaujančias, bet didžiausią vertę klientui bei visuomenei kuriančias. Tokiu būdu naujojo viešojo valdymo modelis praplečia naujosios viešosios vadybos modelį, nes darbuotojas turi atsizvelgti ne tik į ekonominį tikslumą bei naudą sau, organizacijai, bet ir į kitas pilietinei demokratinei visuomenei svarbias pamatines vertybes. Sveikatos priežiūros sektoriuje nuolat vykstant struktūrinėms pertvarkoms, trūsktant kvalifikuoto personalo, ligoninėms veikiant riboto finansavimo sąlygomis ligoninių darbuotojai turi teikti paslaugas ne tik taupydami išteklius, bet ir užtikrindami Ligoninės iškeltų sveikatinimo tikslų pasiekimą, didelį dėmesį skirti ne tik ekonominėms, bet ir vertybinėms sveikatos priežiūros dimensijoms, tokioms, kaip orientacija į pacientą, sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, sauga, priimtinumas, tinkamumas, teisumas, kt.

Naujojo viešojo valdymo modelis iš esmės skiriasi nuo klasikinio biurokratinio sprendimų priėmimo proceso. Klasikiniam biurokratiniam modeliui būdingas nuoseklus valdymas iš viršaus, paliekant kiekvienam hierarchijos lygiui pasirinkti kuo tikslesnį gauto nurodymo atlikimo ar tolesnio perdavimo žemesniems lygiams būdą. Naujojo viešojo valdymo modelio atveju vyksta sudėtinga įvairių lygių tarpusavio sąveika, kurioje įvairių lygių administraciniai vienetai susiję lanksčiai ryšiais ir sugeba priklausomai nuo aplinkybių operatyviai reaguoti, priimti atitinkamus sprendimus ar deleguoti jų priėmimą kitiems.

Naujasis viešojo valdymo modelis skiriasi nuo klasikinio biurokratinio ir pagal pavaldumo struktūrą. Skirtingai nuo klasikiniam biurokratiniam modeliui būdingos išplėtos, daugelio lygių hierarchinės struktūros, naujam viešojo valdymo modeliui būdinga „plokščia“ valdymo struktūra. Žemesnio organizacinio lygmens organizacijos, jų padaliniai savarankiškai sprendžia jų kompetencijai priskirtus klausimus ir perduoda aukštesnio organizacinio lygmens organizacijoms, jų padaliniais tik tuos klausimus, kuriems išspręsti neturi reikiamų galimybių (kompetencijos, išteklių, kt.), taip užtikrinamas „*subsidiarumo principas*“.

Ieškant kitų naujojo viešojo valdymo plėtros krypčių, atsirado daugelis kitų, jam artimų modelių, kurie, integruvę naujojo viešojo valdymo modelio esminius bruožus (pvz., orientaciją į pilietines vertybes, organizacijos išorinį ir vidinį skaidrumą, proaktyvumą, problemų išaiškinimą ir mokymąsi iš jų, kt.), praplėtė šį modelį, išryškino vienus ar kitus jo bruožus.

Sumanaus valdymo koncepcija pabrėždama atvirumo, skaidrumo, taip pat visų lygių darbuotojų atskaitomybės svarbą, akcentuoja „informacinių komunikacinių technologijų taikymą ne tik viešųjų paslaugų teikimo, bet ir kitose viešojo administravimo srityse“ (Buškevičiūtė J., 2014). Kaip minėta, naujam viešajam valdymui būdingas organizacijos atvirumo ir skaidrumo bruožas, o Sumanaus valdymo modelis jį papildo, pabrėždamas „piliečių įsitraukimo į viešąjį valdymą ir jų įgalinimo dalyvauti sprendimų priėmimo procese“, „tarpsektorinio ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo būtinumą skatinant ekonomikos augimą“, atvirumo ir skaidrumo, visuomenės dalyvavimo priiman svarbiausius sprendimus, visų lygių atskaitomybės bei teisės viršenybės svarbą (Buškevičiūtė J., 2014).

Gero valdymo (angl. *Good Governance*) koncepcija išsiplėtojo siekiant pagerinti trečiojo pasaulio šalių viešąjį valdymą, pagerinti šių šalių korupcijos, lobizmo ir kitų ydų veikiamą viešąją vadybą. Tai siekiama daryti integruojant į šių šalių viešąjį valdymą tokias pamatines vertybes, kaip piliečių dalyvavimą valdymo procese, sprendimų priėmimo skaidrumą, tarnystę viešajam interesui ir kt. Gero valdymo koncepcija nėra alternatyva naujam viešajam vadybai ar naujam viešajam valdymui, o yra integrali šių viešojo valdymo modernizacijos

etapų dalis (Smalskys V. ir kt., 2015). Ši koncepcija sustiprina naujosios viešosios vadybos bruožus („bendruomenės valdžios“, „prevencinės valdžios“, kt.) bei akcentuoja šalies demokratizavimą, skaidrių sąlygų užsienio investicijoms sudarymą, valdžios stabilumo garantijas, sprendimų skaidrumą, viešosios politikos kokybę (Smalskys V. ir kt., 2015).

Naujosios viešosios paslaugos koncepcija (angl. *New Public Service*) taip pat tikslina naujojo viešojo valdymo bruožus, pabrėžiant būtinybę padėti piliečiams išreikšti savo interesus, piliečio ir bendruomenės dialogo svarbą, piliečių poreikių patenkinimo svarbą, koalicijų tarp piliečių susivienijimų, nepelno siekiančiųjų, viešųjų ir privačiųjų organizacijų, siekiančių tikslinti poreikius ir kurti bendras vertybes, svarbą (Denhardt R., Denhardt J., 2002). Kaip nurodo šios koncepcijos autoriai, ji neprieštarauja Naujojo viešojo valdymo principams, o yra jo atskirų bruožų tolesnė raida (Denhardt R., Denhardt J., 2002).

Atskirus naujojo viešojo valdymo aspektus toliau plėtoja elektroninės valdžios, tinklinės organizacijos ir kitos koncepcijos (Cxandace J., Hesterly W. S., Borgatti S., 1997; Burgis D., Ribačonka E., 2011).

Vadybos modelių ir grindžiamųjų organizacinio elgesio teorijų kaita.

Viešojo valdymo modeliai remiasi tam tikru žmogaus, kaip valdymo objekto, supratimu. Šis supratimas neretai įgyjamas *grindžiamosios teorijos* forma. *Grindžiamoji teorija* – tai tam tikrų sąvokų, teiginių ir mintinių operacijų junginys, kuriuo naudojamos galvojant ar aptariant tam tikrą reiškinį ar reiškinį grupę (Carmaz K., 2014; Bryant A. & Charmaz K., 2007; Oktay J. S., 2012). Besikeičiant viešojo valdymo modeliams, keitėsi ir grindžiamosios teorijos, kuriomis buvo vadovautasi.

Tradicinis hierarchinis viešojo administravimo modelis tampriausiai sietinas su *Racionalaus pasirinkimo teorija* (angl. *Rational choice theory*). Ši teorija remiasi prielaida, kad žmogus yra racionaliai mąstanti būtybė, kuri, priimdama sprendimą, įvertina visus galimus variantus ir pasirenka geriausią. Klasikinis racionalizmas dažniausiai sutapatino pozityvų ir normatyvinių šios teorijos aspektus. Buvo manoma, kad racionalaus pasirinkimo teorija apibūdina ir tai, kaip žmonės siekia elgtis tikrovėje, ir tai, kaip jie privalo elgtis, jeigu nori pasiekti savo tikslo. M. Weber, F. Taylor, H. Fayol ir kiti hierarchinio modelio adeptai nuo pat pradžių kūrė ir plėtojo šį modelį kaip racionalų, tai yra, geriausiai užtikrinantį verslo tikslų pasiekimą (Weber M., 1947; Taylor F., 1911; Fayol H., 2002). Racionalaus žmogaus elgesio schemą (tikslas, planas, priemonės, vykdymas, kontrolė) jie tiesiogiai perkėlė į organizacijų teoriją ir padarė racionaliai veikiančios organizacijos veiklos schema (Baron R., Greenberg J., 2008; Hatch M. J., 2006).

Naujosios viešosios vadybos modelis taip pat rėmėsi racionalaus pasirinkimo teorija, jos vėlesniais variantais (Ogilvie J., Stewart A., 2010; Tompkins J. R., 2005).

Naujojo viešojo valdymo idėjų formavimasis buvo tampriai susijęs su tolesne grindžiamųjų asmenybės teorijų raida. Tai nebuvo paradigmos kaita, kai atsisakoma senos ir pereinama prie naujos (Zey M., 1992). Naujojo viešojo valdymo modelį formavo kelių asmenybės ir jos elgesio grindžiamųjų teorijų raida. Pirma, tai tolesnė *racionalaus pasirinkimo teorijos* raida ir naujos *racionalaus elgesio teorijų* kartos atsiradimas (Feldman A., Serrano R., 2010). Ypač svarbų vaidmenį suvaidino teorijos, kurios atskleidė naują, iki tol nenagrinėtą, intuityvų, grupinio, kultūrinio konteksto sąlygotą racionalumą (Barenboim P., Sidiqi S., 2010; Brown D., 1975). Antra, tai idėjos, susijusios su Kontingencijos teorija (angl. *Contingency theory*), kuri sieja tiek organizacijų, tiek jose veikiančių individų elgesį su būtinybe užtikrinti organizacijos sudėtinių dalių savitarpio adaptaciją,

taip pat visos organizacijos adaptaciją prie socialinės, ekonominės, organizacinės ir pan. aplinkos, kurioje ji veikia (Patapas A., Smalskys V., 2010). Trečia, tai teorijos, atskleidžiančios moralinių, pilietinių ir kitų vertybių svarbą asmeniui bei organizacijai (Buchanan J., 1999; Kenneth J. A., 1963; Ridley M., 1996).

Kiekviena iš šių grindžiamųjų teorijų suvaidino savo atskirą vaidmenį plėtojantis naujojo viešojo valdymo modeliui. Pastarosios teorijos, atskleidžiančios vertybių vietą organizacijos ir individo sprendimuose, buvo ypač svarbios atskleidžiant naujojo viešojo valdymo išskirtinę orientaciją į šias vertybes (Kumabe M., Mihara H. R., 2011; Ridley M., 1996).

Kontingencijos teorijos idėjos buvo svarbios paaiškinti naujojo viešojo valdymo modeliui būdingą individualių ir organizacijos tikslų integraciją, priimti organizacinius sprendimus. Naujosios kartos *Racionalaus pasirinkimo teorijos* sudarė galimybę geriau paaiškinti atskirus, tik šiam modeliui būdingus reiškinius (pvz., stebint organizacijas veikiančias naujojo viešojo valdymo modelio pagrindu, nustatyta, kad jos sugeba sėkmingiau nei organizacijos, naudojančios Tradicinį hierarchinį ar naujosios viešosios vadybos modelius, spręsti sudėtingas, kompleksines problemas). Naujosios kartos Racionalaus elgesio teorijos padeda suprasti šį reiškinį, paaiškindamos mąstymo formas, naudojamas sprendžiant šias problemas ir parodant, kad būtent naujasis viešasis valdymas sudaro palankiausias sąlygas joms pasireikšti (Simon H., 1997; Cabrera D., Cabrera L., 2015; Hellriegel D., Scocum J., 2008).

1.3.2. Viešojo valdymo modelių apraiškos Lietuvos sveikatos priežiūros sektoriuje

Lietuvos SP sektoriuje bei jo organizacijų (viešųjų SP paslaugų teikėjų, tarp jų Ligoninių), viešojo administravimo institucijų (tarp jų nacionalinio lygmeniu PS kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų, kitų biudžetinių organizacijų) valdyme dominuoja Tradicinio (hierarchinio, biurokratinio) viešojo administravimo bruožai, ir tik pastarąjį dešimtmetį buvo pradėti diegti naujosios viešosios vadybos bei naujojo viešojo valdymo modelių principai. Vieno ar kito modelio dominavimo požymius galima aptikti atliekant SP sektoriaus ir jo organizacijų veiklą reglamentuojančių LR teisės aktų bei programinių dokumentų analizę, taip pat SP sektoriaus ir jo organizacijų institucinę sąrangą, jų vadybos ypatumus. Sveikatos priežiūros sektoriaus veiklą reglamentuojantis „pamatinis“ teisės aktas – Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (LR sveikatos sistemos įstatymas, 2016); jo organizacijų (tarp jų – ligoninių) veiklą – Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996); sveikatos priežiūros sektoriaus vadybos, veiklos ir paslaugų kokybės (svarbu disertacinio tyrimo požiūriu) problematiką ir raidą nagrinėja, jų sisteminius sprendimus projektuojant SP sektoriaus ateitį numato LR Seimo nutarimu patvirtinti Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenys (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011). Pamatiniai SP teisės aktai, reglamentuojantys SP sektoriaus institucinę sąrangą ir veiklą, kartu ir apibrėžia Tradiciniam hierarchiniam viešajam administravimui būdingą aiškią hierarchinę pavaldumo, sprendimų priėmimo struktūrą. Dauguma viešųjų ligoninių yra tiesiogiai pavaldžios SAM ar savivaldybėms, jų veiklą prižiūri ir kontroliuoja jų steigėjas – SAM, savivaldybė bei SAM tiesiogiai pavaldžios viešojo administravimo institucijos: VASPVT, Radiacinės saugos centras, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM, Valstybinė ligo-

nių kasa prie SAM, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie SAM, Higienos institutas bei kitos, o ligoninių finansavimą vykdo SAM pavaldi Valstybinė ligonių kasa su jai pavaldžiais teritoriniais padaliniais. Tam tikrus savivaldybėms pavaldžių ligoninių veiklos aspektus kontroliuoja ir prižiūri savivaldos institucijos, atliekančios jų steigėjų vaidmenį (LR Seimas, 1996). SP sektoriaus institucinė sąranga, kaip ir ligoninės struktūra, pasižymi aiškiu hierarchiškumu ir vertikalia integracija. Viešosios ASPĮ veikla (vadyba, administravimas, sprendimų priėmimas, kt.) paremta aiškia hierarchine struktūra, atskaitomybe ir atsakomybe: vadovas → pavaduotojai (vadovaujantys struktūriniais padaliniais departamentams, klinikoms, centrams, skyriams, kt.) → struktūrinių padalinių vadovai (vadovaujantys struktūrinių padalinių darbuotojams) → struktūrinių padalinių darbuotojai. Strateginius ir kitus pagrindinius sprendimus organizacijos veiklos klausimais paprastai priima ligoninės vadovas (direktorius, vyr. gydytojas), šių sprendimų įgyvendinimą koordinuoja ir jų vykdymą organizuoja įstaigos administracija ar direktoriaus pavaduotojai pagal jiems priskirtas kuravimo sritis per ligoninės struktūrinių padalinių vadovus, kurie, savo ruožtu, užtikrina, kad tuos sprendimus tinkamai įgyvendintų jiems pavaldūs darbuotojai.

Įvertinus paminėtų ir kitų pamatinių LR teisės aktų (įstatymų), reglamentuojančių SP sektoriaus ir jo organizacijų veiklą, nuostatas, SP sektoriaus institucinę sąrangą, viešojo administravimo ir viešąsias SP paslaugas teikiančių organizacijų veiklos ypatumus, stebimi SP sektoriaus organizacijų vadyboje vyraujantys Tradicinio hierarchinio viešojo administravimo bruožai: a) vertikali pavaldumo ir sprendimų priėmimo sistema, ribojanti „žemesnio lygmens“ vykdytojų sprendimų priėmimo ir vykdymo pasirinkimo teisę ir laisvę; b) svarbiausi sprendimai daugeliu atvejų priimami hierarchinės administracinės struktūros „aukščiausiam“ lygmenyje ir, pagal kompetenciją, „nuleidžiami“ vykdymui „žemiau“ esančioms pavaldžioms institucijoms ar struktūriniais padaliniais pagal organizacinės struktūros schemą; c) darbuotojai neįtraukiami arba tik *pro forma* įtraukiami į įstaigos veiklos strateginės ir operatyvios veiklos planavimą; d) suinteresuotiems asmenims suteikiamos tik ribotos galimybės įtakoti paslaugų teikimo kokybę, kt. Tačiau greta vyraujančių Tradicinio hierarchinio viešojo administravimo, SP sektoriaus institucijose, teikiančiose viešojo administravimo bei viešąsias SP paslaugas, pastaruoju metu vis labiau pasireiškia ir naujosios viešosios vadybos modelio požymiai: viešosios ASPĮ dalį paslaugų perduoda vykdyti ar perka iš išorės organizacijų, privačių paslaugų teikėjų (pvz., ūkinės (valymo), ligonių maitinimo, informacinių technologijų, radiologinės ir laboratorinės diagnostikos, kt.); vyksta mokamų SP paslaugų teikimo gyventojams plėtra; ligoninių vadovų darbo užmokestis nustatomas atsižvelgiant į ligoninės finansinės ir vadybinės-administracinės bei klinikinės veiklos rezultatus; diegiamos kintamojo darbo užmokesčio, lanksaus darbo grafiko, motyvacijos, darbuotojų veiklos vertinimo sistemos; daugiau dėmesio skiriama strateginiam planavimui ir operatyviam valdymui, kokybės vadybos sistemoms (ne tik privalomo licencijavimo, bet ir savanoriško sertifikavimo, akreditavimo sistemų), e. sveikatos sprendimams diegti bei daugelio kitų iš verslo organizacijų perimtų vadybos metodų, modelių, įrankių diegimui). Tačiau tenka pastebėti, kad šie, iš privataus sektoriaus perimti vadybos metodai bei priemonės diegiami vangiai, trūkta efektyvumo, nes jų veikimo laukas apribotas aukštesnio administracinio lygmens institucijų (SAM, LR Vyriausybės, LR Seimo) teisės aktų nuostatomis, veiklos programomis (t. y. daroma tas, kas privaloma daryti). Todėl šiose organizacijose naujosios viešosios vadybos modelio bruožai

pasireiškia tik tradicinio hierarchinio viešojo administravimo modelio rėmuose ir tiek, kiek neprieštarauja tradiciniam modeliui būdingam hierarchiniam vadovavimui.

Greta susiformavusių tradicinio biurokratinio hierarchinio administravimo ir pastaruoju metu dažniau pasireiškiančių naujosios viešosios vadybos modelių apraiškų, SP viešojo sektoriaus organizacijose stebimi ir naujam viešajam valdymo modeliui būdingi požymiai: daugėja ligininių, suformavusių ne *pro forma*, bet efektyviai funkcionuojančias gydymo, slaugos ir stebėtojų tarybas, etikos komisiją – patariamuosius įstaigos vadovo institutus, kuriems pavedama nagrinėti vis daugiau ir svarbesnių įstaigos veiklos klausimų, įtraukiant ligininės (vidaus) bei kitų juridinių asmenų atstovus ar fizinius asmenis (ne ligininės atstovus) į vadybinių-organizacinių sprendimų įstaigoje priėmimą (*skaidrėjančios organizacijos požymis*). LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme (LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, 1996) nustatyta galimybė ASPĮ darbuotojams dalyvauti įstaigos kolektyviniuose organuose: visuotiniame narių susirinkime, gydymo, slaugos, stebėtojų tarybose, Etikos komisijoje ir pan. Dalyvavimas ligininės kolektyviniuose organuose atveria jos darbuotojams galimybę (tai nebūdinga tradiciniam hierarchiniam viešojo administravimo modeliui) daryti tam tikrą įtaką įstaigos veiklai. Vis dėlto pažymėtina, kad ir šie organai dažniausiai nėra veiksnūs, jų įtaka sąlyginė, o šių organų priimami sprendimai yra „patarimojo pobūdžio“, kuomet galutinio sprendimo priėmimas priskiriamas įstaigos vadovo kompetencijai (LR Seimas, 1996, 31 str.).

Kitas SP sektoriui ir jo organizacijoms būdingas esminis tradicinio hierarchinio viešojo administravimo modelio bruožas – *veiklos hiperreglamentavimas*, kuomet teisiniais instrumentais darbuotojams ribojama laisvė ir teisė savarankiškai priimti sprendimus. Sprendimų priėmimo teisė paliekama vadovams, o darbuotojams dažnai paliekamas klusnus vykdytojo vaidmuo (Schiller J., 2008). Tačiau Lietuvos SP sektoriaus organizacijose, kaip minėta, greta tradicinio hierarchinio dideliu galios ir sprendimų centralizavimu pasižyminčio modelio vis labiau ryškėja modernus požiūris į viešąjį administravimą ir viešųjų paslaugų teikimą (pvz., ligininei, atskiriems jos padaliniais ar net darbuotojams atskirose srityse paliekama tam tikra sprendimų laisvė – gydytojas savarankiškai pasirenka diagnostinio ištyrimo ar gydymo būdą bei metodą, jis gali savarankiškai spręsti atskirus savo veiklos organizavimo klausimus). Tačiau vėlgi šio savarankiškumo ribas nustato ir keičia „aukštesnio“ valdymo lygmens SP sektoriaus viešojo administravimo institucijos (LR Seimas, 1996; LR Seimas, 1994). Taigi ir šiuo atveju modernių viešojo valdymo modelių bruožai gali pasireikšti tik tiek, kiek tai neprieštarauja tradiciniam hierarchiniam modeliui.

Vertinant Lietuvos SP plėtros strateginį dokumentą – Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011), stebima esminė pažanga planuojant viešojo valdymo modernizavimą SP sektoriuje. Šiame dokumente įvardintos esminės SP sektoriaus problemos, siūlomi jų sprendimo būdai, kurių daugelis turi moderniems viešojo valdymo modeliams būdingų bruožų:

1. *SP darbuotojų savivaldos ir savireguliacijos stiprinimas, įtraukiant juos į svarbių SP sektoriuje bei jo organizacijose problemų sprendimą bei sprendimų priėmimą.* Šio dokumento 17.12. p. įvardyta nepakankamo darbuotojų įsitraukimo į savireguliacijos ir savivaldos procesus problema: „SP specialistų bendruomenėse lėtai vyksta savivaldos ir savireguliacijos procesai, kurie leistų įveikti biurokratijos ir korupcijos apraiškas sveikatos sistemoje ir efektyviau spręsti SP specialistų rengimo, tobulinimo, veiklos

reguliuavimo ir kokybės gerinimo klausimus“; 25.3.2. p.: nurodoma, kad reikia „skatinti savikontrolės procesus gydytojų ir kitų SP specialistų profesinėse grupėse, didinant šių profesinių grupių atsakomybę už savo veiklą ir nepriimtino profesinio elgesio prevenciją“; 26.2.1. p.: pabrėžiama būtinybė „didinti SP specialistų draugijų vaidmenį sprendžiant esmines atskirų sričių SP specialistų problemas“ (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011).

2. *Organizacijos, jos veiklos atvirumo ir skaidrumo didinimas.* Atvira ir skaidri organizacija tampa atskaitinga klientui ir visuomenei, besimokanti ne tik viduje, bet ir vykdanči aktyvius informacijos mainus su išorės organizacijomis, suinteresuotomis pusėmis (veiklos partneriais, klientais, visuomene), tokiu būdu padėdama tobulėti ir vykdyti veiklą kitoms, išorės organizacijoms. Šis bruožas nėra būdingas uždaram Tradiciniam hierarchiniam viešajam administravimui, kuriam vyraujant organizacijoms būdingas tiek vidinis, tiek išorinis uždaramas, o informacijos privalomų mainų apimtis, mastą ir tvarką nustato „aukštesnio“ lygmens instancijos. Lietuvos Nacionalinės sveikatos 2011–2020 metų plėtros metmenys“ (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011) numato sveikatos priežiūros sektoriaus plėtrą didinant SP sektoriaus ir jo organizacijų veiklos atvirumą, skaidrumą, efektyvumą, atskaitomybę ir atskaitomybę visuomenei. Šiame strateginiame SP sektoriaus plėtros dokumento 20 p. įtvirtinti greta kitų principų, kuriais remiantis turi būti formuojama ir įgyvendinama sveikatos politika Lietuvoje – skaidrumo, sąžiningos konkurencijos, pagrįstumo principai. Pažymima, kad *atvirumas* (tiek informacijos mainų, tiek bendradarbiavimo prasme) ir *skaidrumas* (informacinis, priimant sprendimus, kt.) yra būtini SP sektoriaus bruožai, kuriuos būtina išplėtoti: 23.3.8. p. nurodoma, kad būtina „užtikrinti viešą ir skaidrų sprendimų priėmimą, kviečiant bendruomenę bei visuomenines organizacijas dalyvauti formuojant ir įgyvendinant sveikatos politiką“; 23.3.9. p. pabrėžiama būtinybė „skatinti SP specialistų, pacientų organizacijas ir asociacijas jungtis į stambesnius vienetus ir plačiau atstovauti savo interesams, aktyviau įtraukti visuomenines organizacijas į įvairių sveikatos programų įgyvendinimą“; 24.2.2. p. nurodoma, kad būtina „bendradarbiauti su savivaldybėmis, įtraukiant sveikatos priežiūros specialistus, nevyriausybinę organizacijas ir socialinius partnerius į savivaldybių parengtų sveikatos ir socialinių programų įgyvendinimą“ (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011).

1.3.3. Apibendrinimas

Apibendrinant, darytina išvada, kad Lietuvos SP sektoriaus organizacijų, teikiančių viešojo administravimo ir viešąsias SP paslaugas, veikloje vyraujant Tradicinio hierarchinio biurokratinio viešojo administravimo modelio bruožams, pastarąjį dešimtmetį vis labiau stebimos ir modernių naujosios viešosios vadybos bei naujojo viešojo valdymo modelių apraiškos. Tačiau šių modernių viešojo valdymo modelių bruožai dažniausiai pasireiškia tiek, kiek tai neprieštaruja tradiciniam hierarchiniam viešojo administravimo modeliui. Visa tai svarbu pagrindinio disertacijos tikslo – Modelio kūrimo – požiūriu. Konstruojant bei diegiant šį Modelį, svarbu nustatyti jo suderinamumą su kiekvienu iš minėtų viešojo valdymo modelių, įvertinti, su kokiais iššūkiais susidurs Ligoninių darbuotojai, diegdami Modelį vyraujančio tradicinio hierarchinio viešojo administravimo kontekste. Kita vertus, pozityviai nuteikia SP sektoriaus tolesnę raidą ir strateginės plėtros

kryptis nurodantys Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 m. plėtros metmenys (Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas, 2011), kuriuose numatomas SP sektoriuje viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų teikimo modernizavimas, įgyvendinant sprendimus, turinčius moderniems viešojo valdymo modeliams būdingų bruožų. Ši teigiama SP sektoriaus viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų teikimo plėtros perspektyva ypač svarbi vertinant disertacijoje teikiamo Modelio kontekstą, apimančią ir SP sektoriaus viešojo administravimo aplinkos poveikį Modeliui diegti ir veikti bei Modeliui bendradarbiauti su kitomis institucijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu. Įvertinant modernių viešojo valdymo modelių vis platesnį pasireiškimą viešajame sektoriuje, svarbu patikslinti Modeliui keliamus reikalavimus, jam veikiant kiekvieno iš nagrinėtų modernesnių modelių kontekste. Visa tai leis nustatyti, kuris iš minėtų viešojo valdymo modelių sudaro palankiausias sąlygas Modeliui funkcionuoti. Tai bus nagrinėjama disertacijos III dalyje, aptariant Modelio veikimo viešojo valdymo kontekstą, jo keliamus iššūkius.

1.4. Pirmosios dalies apibendrinimas

Pirmoje (teorinėje) dalyje išnagrinėtos Modeliui sukurti svarbios teorinės problemos. Rengiantis kurti Modelį, atlikta sąvokų, susijusių su PS ir PSĮ valdymu, reikalingų Modeliui kurti, analizė ir patikslinimas. Atlikta sąvokų analizė leido patikslinti plačiai vartojamas sąvokas, atsižvelgiant į moderniosios *Pacientų saugos II* koncepcijos nuostatas. Patikslinus sąvokas, aptartas Modelio kūrimo požiūriu svarbus kompleksinis sociotechninis Ligoninės, kaip sistemos, pobūdis, reikalaujantis kompleksinio pobūdžio į PS ir PSĮ valdymą šio tipo organizacijose. Tai įvertinus, parengta Ligoninės sociotechninės sveikatos priežiūros sistemos rizikos veiksmų poveikio schema ir pasiūlytas Kompleksinis nepageidaujamų įvykių priežastingumo modelis. Apibendrinus tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų suformuotus PS pagrindus, įvertinus tarptautinę ir nacionalinę PSĮ valdymo patirtį, suformuotos pamatinės nuostatos Modeliui kurti, įvertintas Modelio diegimo ir veikimo kontekstas.

2. DARBO METODOLOGIJA

Disertacijoje numatyti *trys empiriniai tyrimai*: vienas – kiekybinis, du – kokybiniai.

Šie tyrimai turi papildyti vienas kitą, kartu sudarydami *vientisą PSĮ valdymo visais SP sistemos lygmenimis vaizdą*:

1. Kiekybinis tyrimas (anketinės apklausos metodu) – Ligoninės lygmens (*SP mikrosistemos, mezosistemos, makrosistemos*) Ligoninės darbuotojų tyrimas.
2. Kokybiniai tyrimai (ekspertų grupinės diskusijos metodu):
 - 2.1. Ligoninės lygmens (*SP mezosistemos ir makrosistemos lygmenų*) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninėje, tyrimas.
 - 2.2. Nacionalinio lygmens (*SP megasistemos ir metasistemos lygmenų*) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu, tyrimas.

SP sistemos mikro-, mezo-, makro-, mega- ir meta- lygmenų darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninės (lokalium) ir šalies (nacionaliniu) mastu tyrimai suteikia galimybę sistemaiškai įvertinti PSĮ valdymo būklę visais SP sistemos lygmenimis.

Disertacijoje atlikti kiekybinis ir kokybiniai tyrimai papildoma vienas kitą užtikrindami *trianguliacijos efektą*. *Trianguliacija* – tai kompleksinis tam tikro objekto tyrimas, naudojant du ir daugiau skirtingų duomenų šaltinių (Creswell J. W., 2008), tyrimo metodų (O'Donoghue, T., Punch K., 2003), teorinių požiūrių (Rothbauer P., 2008). Taikant trianguliacijos metodą, siekiama pasirinkti šaltinius, metodus, teorijas, teikiančius kuo įvairesnę informaciją apie objektą. Tuo pagrindu dažniausiai jungiami kokybinis ir kiekybinis tam tikro objekto tyrimai. Būtinai jungti skirtingus duomenų rinkimo metodus tampa svarbiu šiuolaikinės mokslinės metodologijos reikalavimu (Cormack D., 2002; Žydzūnaitė V., 2005; Žydzūnaitė V., Virbalienė A., Katiliūtė E., 2006).

Trianguliacijos metodas užtikrina:

1. Įvairiapusį, detalų objekto ištyrimą (Altrichter H. *et al.*, 2008) (pvz.: naudojant trianguliacijos metodą tam tikro elgesio tyrime, kiekybinis tyrimas parodo elgsenos paplitimą, o kokybinis tyrimas – emocinius ir motyvacinus elgsenos aspektus, tai yra, ką tiriamieji galvoja ir jaučia besielgdami tam tikru būdu. Derinant kiekybinį ir kokybinį tyrimo metodus, galima geriau ir visapusiškiau suprasti tyrimo objektą, užtikrinti jo ne tik „mokslinį“ (kiekybinį), bet ir „žmogiškąjį“ (kokybinį) supratimą.
2. Didesnę patikrinimo, teisingumo kontrolę (O'Donoghue T., Punch K., 2003). Išvados, patvirtintos kiekybiniais ir kokybiniais metodais, yra patikimesnės už gautas naudojant tik vieną iš šių metodų.
3. Geresnę galimybę paaiškinti kiekybiniu tyrimu nustatytus reiškinius, išaiškinti juos sukėlusius veiksnius, priežastis (Creswell J. W., 2008). Išaiškinus kiekybinio tyrimo metodais tam tikrą tendenciją ar reiškinį, kokybiniu tyrimu galima tiksliau išaiškinti jų priežastis.

Atsižvelgiant į tai, disertaciniame tyrime naudoti įvairūs duomenų šaltiniai: atliekant kiekybinį tyrimą – anketinė apklausa, kokybinius tyrimus – grupinė ekspertų diskusija bei taikyti skirtingi duomenų apdorojimo metodai: kiekybinio tyrimo atveju – statistiniai, kokybinių tyrimų – teminė analizė.

Tolesniuose disertacijos skyriuose aptariami atliktų kiekybinio (2.1 skyriuje) ir kokybinių (2.2 skyriuje) tyrimų metodiniai aspektai.

2.1. Kiekybinio tyrimo metodika

Disertacinis kiekybinis tyrimas atliktas siekiant gauti reikiamus duomenis (pagrindimą) pagrindiniam disertacinio tyrimo tikslui pasiekti – pasiūlyti Ligoninės poreikius ir specifiką atitinkantį Modelį, kurį įdiegus pagerėtų šių Ligoninių teikiamų paslaugų sauga.

Šiam tyrimui atlikti parengtas tyrimo instrumentas (anketa), atlikta reprezentatyvi Ligoninių darbuotojų apklausa, surinkti ir statistiškai apdoroti duomenys.

2.1.1. Tyrimo tikslas

Kiekybinio tyrimo tikslas – gauti empirinius duomenis, reikalingus trims disertacijoje ginamiems teiginiams verifikuoti:

1. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, nepakanka pasikliauti vien tik vyraujančiu *retrospektyviu* (jau įvykusių) NĮ registravimu (pranešinėjimu) nacionalinėse NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integruotas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias *retroaktyvių, reaktyvių* ir *proaktyvių* PSĮ valdymo metodų diegimą lokaliame (Ligoninės) lygmenyje.
2. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, aktyviai diegiamos NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemos turi būti pertvarkytos į *vientisas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias šių įvykių *išaiškinimą, analizę, reagavimą* ir *prevenciją*.
3. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėje, tikslinga diegti ir plėtoti darnią PSĮ valdymo sistemą, jungiančią *įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones*, bei integruoti šią sistemą į *įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus*, prisidedant prie *įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo*.

Ypatingą reikšmę identifikuojant PSĮ priežastis (juos sukėlusius veiksnius) turi ligoninės *priešakinės linijos darbuotojų* (angl. *front line, sharp end*), tai yra, SP specialistų (gydytojų, slaugytojų, laborantų, farmacijos specialistų), tiesiogiai teikiančių SP paslaugas pacientams, tyrimas. Bet kurio SP vadybos lygmens (angl. *back line, blunt end*) veiklos trūkumų nulėmti veiksniai galiausiai tampa būtent priešakinės linijos darbuotojų klaidingais, žalą pacientui tiesiogiai sukeliančiais veiksmis.

Kita vertus, priešakinės linijos darbuotojų budrumas ir tinkami veiksmai gali būti paskutiniu NĮ prevencijos barjeru, užkertančiu kelią šiems potencialiai kenksmingiems veiksniams, neleidžiant jiems pasiekti paciento. Nepriklausomai nuo pavojaus kilmės ir pobūdžio, būtent priešakinės linijos darbuotojai turi geriausią galimybę identifiukuoti pacientui kylantį pavojų ir imtis reikiamų priemonių jam užkirsti kelią.

Priešakinės linijos darbuotojų nuomonės ir jų veiklos tyrimas itin svarbūs, įvairių vadybos sistemos grandžių (SP paslaugų teikėjo tiesioginio bei aukštesnio lygmens (netiesioginių) vadovų) veiklai, vadybos ir kokybės sistemų funkcionavimui organizacijoje įvertinti. Vadybinio lygmens ligoninės darbuotojų sugebėjimas sudaryti tinkamas sąlygas priešakinės linijos darbuotojams saugiai ir kokybiškai teikti SP paslaugas – vienas pagrindinių vadybinio lygmens ligoninės darbuotojų veiklos įvertinimo kriterijų. Esminis ir sisteminis Hipokrato postulatą „Pirmiausia nepakenkti“ (lot. *primum non nocere*) turi būti taikomas ne tik SP paslaugų tiesioginiams teikėjams, bet ir jų veiklą organizuojantiems bei reikiamais ištekliais ir priemonėmis aprūpinantiems vadovaujančios grandies darbuoto-

jams. Tačiau jų veiklos kokybė dažniausiai pasiekia pacientą ne tiesiogiai, o kaip priešakinės linijos darbuotojo suteikiama kokybiška paslauga.

Todėl prieš atliekant disertacijoje numatytą kokybinį lokalaus (Ligoninės) ir nacionalinio (šalies) lygmens vadybinės (angl. *blunt end*) grandies vidurinio ir aukščiausiojo lygio vadovaujančių darbuotojų tyrimą tikslinga atlikti SP paslaugų teikėjų (angl. *sharp end*) darbuotojų tyrimą.

Anketinės apklausos metodo apibūdinimas

Kiekybinio tyrimo metodas pasirinktas disertaciniame tyrime – anketinė apklausa. Tai vienas seniausių socialinių tyrimų metodų (*Statistical Society of London* 1838, 2015) ir vienas plačiausiai vadybiniuose tyrimuose naudojamų tyrimo instrumentų (Mellenbergh G. J., 2008). Tarp šio metodo privalumų nurodoma: galimybė apklausti didelį respondentų skaičių, tiksliai parinkti ir gerai kontroliuoti užduodamų klausimų formą ir turinį, užtikrinti tyrimo tikslams atitinkantį atsakymų standartizacijos laipsnį, užtikrinti atsakymų anonimiškumą, statistiškai apdoroti duomenis, užtikrinant šių duomenų reprezentatyvumą.

Anketinei apklausai buvo parengta „Kiekybinio tyrimo anketa“ (žr. 1 priedas).

Anketos struktūra

Anketos įžanginė dalis paaiškina tyrimo tikslą ir atsakinėjimo tvarką. Anketą (žr. 1 priedas) sudaro 138 klausimai, suskirstyti į 5 blokus:

1. Klausimai, susiję su *PSĮ išaiškinimu*. Atsakydami į šiuos klausimus, ligoninių darbuotojai apibūdino PSĮ pranešinėjamą savo Ligoninėje, naudojamas PSĮ pranešinėjimo formas. Šiam blokui priklauso ir klausimai, siekiantys nustatyti PSĮ pranešinėjimo ribotumus. Darbuotojai identifikavo PSĮ, apie kuriuos dažniausiai vengiama pranešti, kurie yra nuslepiami.
2. Klausimai, susiję su *PSĮ prevencija*. Ligoninės darbuotojams buvo pateiktos 76 PSĮ prevencijos priemonės, kurių galima imtis, išaiškinus tam tikrus PSĮ (šių priemonių atrankos būdai šiame darbe aptarti atskirai), ir buvo prašoma apibūdinti kiekvieną šių priemonių jos naudingumo ir įgyvendinimo sunkumo požiūriais.
3. Klausimai, susiję su veiksniais, kurie lemia darbuotojo *siekį ir galimybę* dalyvauti išaiškinant PSĮ bei, vykdant jų prevenciją, išaiškinimu.
4. Klausimai, susiję su socialinės, psichologinės, vadybinės situacijos Ligoninės ir darbuotojų siekais ir galimybėmis užtikrinti PS. Šie klausimai skirti pirmųjų ir antrųjų tyrimų ryšiui.
5. Klausimai, skirti socialiniams-demografiniams respondento bruožams nustatyti.

Pacientų saugos įvykių valdymo priemonių atranka

Vadybai būtini įrankiai, kuriais įgyvendinami vadybiniai sprendimai. Kaip minėta apžvelgiant šiuolaikinį PS judėjimą, bendraisiais vadybos bei rizikos vadybos įrankiais (metodais, priemonėmis, technologijomis, kt.) SP sektoriuje naudojamosi gana ribotai, šių vadybos įrankių pritaikomumas PS vadybos poreikiams ribotumas yra silpnoji šiuolaikinės PS vadybos vieta. Nacionaliniu bei ASPĮ lygiu dažniausiai diegiamos NĮ pranešinėjimo sistemos, visą dėmesį skiriant įvykusiems PSĮ išaiškinti, neskiriant jo prevenciniam povei-

kiui ir jo priemonėms. Taip pat minėjome, kad taip yra dėl to, jog neretai vadovaujamas nepagrįsta prielaida, kad išaiškinus PSĮ, jo neigiamo poveikio valdymo bei prevencijos instrumentai yra savaime suprantami, aiškūs ir lengvai įgyvendinami.

Tačiau tikrovėje SP specialistai ir vadybininkai susiduria su kvalifikacijos (žinių), kompetencijos (įgūdžių), patirties, resursų trūkumu valdant PSĮ – užtikrinant PSĮ ankstyvą identifikavimą, tinkamą reagavimą, sisteminę analizę bei mokymąsi (iš sėkmingos praktikos, taip pat iš savo bei kitų nesėkmingos praktikos), siekiant užkirsti kelią tokiems ar panašiams PSĮ rasti bei pasireikšti ateityje, tai yra, užtikrinant efektyvią PSĮ prevenciją.

Atliekant kiekybinį tyrimą buvo siekiama suformuoti ir ištirti PSĮ valdymo, orientuoto į PSĮ prevenciją, instrumentų rinkinį (priemonių arsenalą).

Pateikiamas PSĮ prevencijos instrumentų (priemonių arsenalo) sudarymo kelias.

Mokslinėje literatūroje minimi šimtai įvairiausių PS gerinančių priemonių, kurios skiriasi pagal *apimtį* (nuo siauro veikimo, skirtų atskirai SP sričiai, iki plataus veikimo, skirtų kelioms SP sritims), *konkretumą* (nuo abstrakčiai suformuluotų bendro pobūdžio rekomendacijų iki labai konkrečių ir tikslių priemonių), *paskirtį* (PSĮ nustatymo priemonės, poveikio jau nustatytiems PSĮ ir kt.). Didelė dalis siūlomų priemonių iš dalies ar visiškai dubliuoja viena kitą, dalis priemonių retai naudojamos, mažai reikšmingos, sunkiai pritaikomos Lietuvos sąlygomis ir pan. Siekiant atrinkti tinkamiausias PSĮ valdymo priemones, orientuotas į PSĮ prevenciją Ligoninėse, buvo atlikta PSĮ valdymo priemonių pakopinė atranka pagal nustatytus priemonių atrankos kriterijus (žr. 12 pav.).

Tyrimui atrinktos 515 PSĮ prevencinio valdymo priemonės



12 pav. PSĮ valdymo priemonių atrankos etapai ir kriterijai

Šaltinis: sudarytas darbo autoriaus.

Pagrindiniai PSĮ valdymo priemonių atrankos etapai ir kriterijai

Pagrindinių PSĮ prevencijos priemonių atranka vyko įvertinant publikacijas, metodus, nurodymus, PS programas, kt. Šių publikacijų paieška buvo atlikta EBSCO duomenų bazėje. Paieškai panaudoti raktažodžiai *patient safety* AND (*measures* OR *actions*).

Paieška pateikė 928 publikacijas. Jas išnagrinėjus, rastos 448 prevencinio poveikio priemonės. Šios priemonės buvo įvertintos taikant penkių etapų PS priemonių atrankos procedūrą:

1 etapas. Atrankamos tik tiesioginio poveikio PSĮ prevencijos priemonės, atmetamos (neįtraukiamos) netiesioginio poveikio priemonės.

Atrankamos priemonės, apibūdinančios konkretų veiksma, tiesiogiai įspėjančios PSĮ. Atmetamos netiesioginio (bendro pobūdžio) poveikio PSĮ prevencijos priemonės, tai yra, priemonės, kurioms įgyvendinti reikia dar kitų, konkretesnių. Tokių bendresnio tipo priemonių ir jų atmetimo priežasčių pavyzdžiai pateikiami 14 lentelėje. Neįtrauktų į nagrinėjamų PS priemonių pavyzdžiai paimti iš studijos (*National Patient Safety Agency*, 2015).

14 lentelė. PS priemonių, neįtrauktų į tiriamų PS priemonių sąrašą, pavyzdžiai

PSĮ prevencijos priemonės pavadinimas	PSĮ prevencijos priemonės poveikio pobūdis: tiesioginis ar netiesioginis	Tolesni papildomi veiksmai, reikalingi tiesiogiai veikiančiai PSĮ prevencijos priemonei	Sprendimas dėl PSĮ prevencijos priemonės įtraukimo į tiriamų priemonių sąrašą
Nustatyti PS strategiją ir uždavinius	<i>Netiesioginis</i> : šios priemonės atlikimas pats savaime nedaro tiesioginio poveikio PSĮ prevencijai	Nustačius strateginius tikslus ir uždavinius, dar reikia nustatyti ir taktinius, parinkti jų atlikimo būdą, numatyti konkretų veiksmų planą, tuos veiksmus atlikti	Priemonė neįtraukta
Nustatyti svarbiausias rizikas, susijusias su PS priemonių taikymu	<i>Netiesioginis</i> : šios priemonės įgyvendinimas pats savaime nedaro tiesioginio poveikio PS	Pasirinkti rizikų nustatymo metodiką, nustatyti rizikas, jas išnagrinėti, pasirinkti opiausias, numatyti jų kontrolės būdus, imtis atitinkamų kontrolės priemonių	Priemonės neįtraukti
Nustatyti ir įvertinti PS priemonių įgyvendinimo kontrolės priemones, užtikrinti, kad jos atitiktų kontrolės standartus	<i>Netiesioginis</i> : šio veiksmo atlikimas nedaro tiesioginio poveikio PS	Pasirinkti kontrolės metodiką, nustatyti rizikas, išnagrinėti jas, pasirinkti opiausias, numatyti jų kontrolės būdus, imtis atitinkamų kontrolės priemonių	Priemonės neįtraukti

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Atliekant šį atrankos etapą, atrinkta 320 tiesioginio poveikio PSĮ prevencijos priemonių.

2 etapas. Atmetamos (neįtraukiamos) siauros paskirties PSĮ prevencijos priemonės, kurios aktualios tik vienai medicinos sričiai (siaurai specialybei).

Atmetamos PSĮ prevencijos priemonės, pritaikomos tik siaurai medicinos sričiai, pvz., anestezijai, odontologijai, radiologijai, laboratorijai ir pan. Atlikus šį atrankos etapą atmetos 128 PSĮ prevencijos priemonės, atrinktos 192 PSĮ prevencijos priemonės.

3 etapas. Atmetamos išimtinai retai taikomos PSĮ prevencijos priemonės.

Tai PSĮ prevencijos priemonės, kurių taikymas susijęs su itin retomis patologijomis ar situacijomis. Tai nereiškia, kad tokios PSĮ prevencijos priemonės yra nesvarbios ir nevertos dėmesio, tačiau dėl jų retumo respondentai neturi jų taikymo patirties, dėl to jų vertinimas gali būti nepatikimas.

Atlikus šį atrankos etapą, buvo atmesta 61 PSĮ prevencijos priemonė, atrinkta 131 PSĮ prevencijos priemonė.

4 etapas. Atmetamos PSĮ prevencijos priemonės, netinkamos Lietuvos sąlygomis.

Tai įvairios PSĮ prevencijos priemonės, taikomos Lietuvoje nepasitaikančių ar retai pasitaikančių patologijų atvejais. Dėl šios priežasties jų vertinimas gali būti nepatikimas.

Atlikus šį atrankos etapą atmetos 9 PSĮ prevencijos priemonės, atrinktos 122 PSĮ prevencijos priemonės.

5 etapas. Nustatomos besidubliuojančios ar labai panašios PSĮ prevencijos priemonės ir viena iš jų atmetama arba jos sujungiamos į vieną.

Neretai tos pačios PSĮ prevencijos priemonės kiek kitaip apibrėžtos (įvardintos), turinčios neesminių skirtumų skirtingais pavadinimais įtraukiamos į skirtingas, o kartais ir į tas pačias PS programą. Tokios besidubliuojančios ar labai panašios viena į kitą priemonės PSĮ prevencijos priemonių sąrašė sujungtos į vieną.

Atlikus šį atrankos etapą nustatytos 44 besidubliuojančios ar labai panašios PSĮ prevencijos priemonės. Atmetus besidubliuojančias ir sujungus panašias, sąrašė liko 76 PSĮ prevencijos priemonės, kurios ir sudarė galutinį vertinamų PSĮ prevencijos priemonių sąrašą.

Atrankos rezultatas

Atlikus atranką, sudarytas 76 PSĮ prevencijos priemonių sąrašas, jis buvo pateiktas respondentams vertinti.

PSĮ prevencijos priemonių klasifikacijos problemos

Dažniausiai PSĮ priemonės klasifikuojamos pagal:

1. *SP sritį*, kurioje šios priemonės taikomos (pvz., chirurginių klaidų prevencijos, su SP susijusių infekcijų prevencijos, kt.).
2. *Vykdomas veiklas*, kurių metu reikia užtikrinti PS (pvz., diagnostikos, vaistų skyrimo ir naudojimo klaidų prevencija).
3. *Aplinkybes*, kuriomis padaromos klaidos (specialistų komunikacijos, pacientų perkėlimo ar išrašymo klaidų prevencijos priemonės).
4. *Klaidų šaltinį* – veiklos sąlygas, kurios šias klaidas sukėlė (pvz., klaidos, susijusios su rašto neaiškumu išrašant vaistų receptus, panašių (panašiai atrodančių, panašiai skambančių) vaistų pavadinimų supainiojimu, nuovargiu dėl per didelio darbo intensyvumo, kt.) (Dillon B. S., 2012; Hurwitz B., Sheikth A., 2009; Peters G., Peters B., 2008).

Nė viena iš šių klasifikacijų nebuvo tinkama disertacinio tyrimo tikslams. Atsižvelgiant į šios disertacijos teorinės dalies antrajame skyriuje (52 psl.) pasiūlytu Kompleksiniu NĮ priežastingumo modeliu (sudarytas autoriaus, pagal adaptuotus J. Reason (2000) ir J. Rasmussen (1997) įvykių modelius), buvo parengta PSĮ klasifikacija, geriausiai atitinkanti šio tyrimo tikslus. Pateiktame Kompleksiniame NĮ priežastingumo modelyje matyti, kad sisteminiai NĮ veiksniai pirmiausia pasireiškia sunkumais, kurie kyla priešakinės linijos darbuotojams, jiems teikiant saugią paslaugą. Dėl to siūlomos klasifikacijos pagrindu pasirinkti sunkumai, kilę dėl sisteminių veiksnių, nulemtų vadybos trūkumų.

Visos atrinktos priemonės suskirstytos į 9 pagrindines grupes pagal tai, kokią PSĮ pavojų sukelti sunkumą gydytojas ar kitas darbuotojas turi įveikti, kad nepadarėtų klaidos. 15 lentelėje pateikiama ši klasifikacija ir nurodoma:

1. Situacija, kurioje padidėja PSĮ pavojus (antras stulpelis).
2. Vadybinės-organizacinės priemonės, kurios buvo reikalingos, kad nekiltų šis pavojus (trečias stulpelis).
3. Sunkumas, kuris susidarė dėl to, kad šių priemonių nebuvo imtasi.
4. Prevencijos priemonės-barjerai, kurios SP mikrolygmenyje (priešakinės linijos darbuotojo) veikloje neleidžia pasireikšti PSĮ.
5. Prevencijos priemonės, kurių reikia imtis.

Respondentai vertino kiekvieną priemonę pagal du kriterijus: naudingumas ir įgyvendinimo sunkumas. Pirmąjį vertinimą respondentas atlikdavo, priskirdamas priemonei vieną iš naudingumo balų: 5 – labai naudinga priemonė, reikia ją nedelsiant įgyvendinti; 4 – naudinga priemonė, yra tikslinga ją įgyvendinti; 3 – priemonė gali būti šiek tiek naudinga; 2 – nenaudinga; 1 – kenksminga. Įgyvendinimo sunkumas buvo vertinamas, priskiriant vieną iš šių balų: 5 – neįmanoma; 4 – labai sunku; 3 – sunku; 2 – lengva; 1 – labai lengva.

Šių dviejų vertinimų pagrindu buvo skaičiuojamas trečias – priemonės efektyvumas. Buvo vadovaujamosi prielaida, kad kuo labiau naudingumas viršija įgyvendinimo sunkumą, tuo priemonė efektyvesnė. Keliant šią prielaidą, buvo vadovaujamosi efektyvumo kaip *naudingumo ir sąnaudų santykio* supratimu (Efektyvumas, 2016). Įvertinę priemonės įgyvendinimo sunkumą, respondentai turėjo konkrečiau nurodyti priemonės įgyvendinimo sunkumo šaltinius. Tam tikslui jie pasirinkdavo vieną ar kelis iš galimų sunkumo šaltinių: **D** (Darbas) – priemonė pareikalauja pernelyg daug *papildomo darbo*; **S** (Sąlygos) – įstaigai trūksta priemonei naudoti reikalingų *sąlygų* (įrangos, patalpų, specialistų); **K** (Kvalifikacija) – priemonei taikyti reikalingas *ženklus kvalifikacijos kėlimas*; **T** (Trukdys dirbti) – priemonės taikymas *blaškys* gydytoją / slaugytoją, trukdys gerai atlikti pagrindinį darbą; **B** (Blogos pasekmės gydytojui) – priemonės įgyvendinimas gali turėti *neigiamų pasekmių* gydytojui (gali sumažėti atlygis, padidėti atsakomybė, gydytojas dažniau sulauks priekaištų ir kt.).

Apklausoje rezultatai ir jų praktinis panaudojimas įgyvendinant Modelį aptarti trečios dalies pirmajame skyriuje.

15 lentelė. PSĮ sukeliančių veiksmų ir PSĮ prevencijos priemonių (sistemų apsaugos barjerų, saugiklių) klasifikacija

Nr.	Pirminis pacientų saugos įvykių šaltinis	Pasyvūs (netiesioginiai, latentiniai) veiksniai (situaciniai faktoriai) ar aplinkybės, sukelti vadybos trūkumų aukštesniuose (meta-, mega-, makro- ir mezo-) sveikatos priežiūros sistemų lygmenyse	Aktyvūs (tiesioginiai) veiksniai (susiję su tiesioginių sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų (gydytojų, slaugytojų, laborantų, kt.) veikla	PSĮ prevencijos priemonės (sistemų apsaugos barjerai, saugikliai)	PSĮ prevencijos priemonių grupės pavadinimas
1	2	3	4	5	6
1.	Ištin sudėtingi atvejai, sudėtingi sprendimai	SP valdymas dažniausiai orientuotas į paprastus, standartinius atvejus, ignoruojant sudėtingus. Nepakankamai rūpinamasi, kad gydytojas sugebėtų susitvarkyti ir su sudėtingomis, didelius reikalavimus keliančiomis situacijomis.	Nepakankamas gydytojo ar kito darbuotojo gebėjimas dirbti su sudėtingais atvejais	1. Įgyvendinti sudėtingos situacijos tyrimo ir sudėtingo sprendimo priėmimo pagalbos priemonės (kompiuterinės ir kt.) 2. Užtikrinti reikiamus išteklius sudėtingai situacijai tirti ir/ar sudėtingam sprendimui priimti (papildomą laiką, informaciją)	Pirma grupė „Klaidos priimant sudėtingus sprendimus“
2.	Situacijos, kuriose būtinai didesnis atidumas	Nesimama priemonių, kurios padėtų gydytojui susitvarkyti su tokiais užduotimis, pvz., dėmesio lygio vertinimas, kontrolė ir stiprinimas psichologinėmis, organizacinėmis ir auklėjimo priemonėmis	Nepakankamas gydytojo atidumas, nesugebėjimas suvokti situacijų, reikalaujančių didesnio atidumo, nepakankamas sugebėjimas susikaupti, sutelkti dėmesį. Padidėjęs jautrumas dėmesį trūkdančioms veiksniams (nuovargis, didesnis darbo	Priemonės, įvairiais būdais padidinančios gydytojo ir slaugytojos dėmesio lygį: psichologiniai mokymai, prioritetu teikimas, atidumo svarbos priminimai, dėmesį didinančios apklausos ir kt.	Antra grupė. „Klaidos dėl nepakankamai atidaus darbo“

1	2	3	4	5	6
3.	Situacijos, kai reikalaujama atlikti igūdžiais paremtų, automatinų nuolatinų veiksmų sekas (rankų plovimas, anestezijos veiksmų atlikimas, pacientų kontrolinė apžiūra ir kt.)	Gdytojai neteikiama tokių automatinų nuolatinų veiksmų sekos savikontrolės ir igūdžių atnaujinimo priemonių. Neteikiama priemonių, kurios leidžia laiku pastebėti tam tikrų veiksmų „iškritimą“ iš automatinų veiksmų sekos ir atnaujinti šų veiksmų atlikimo igūdžius	Atliekant automatinės, igūdžiais paremtas veiksmų sekas, didėja atskirų veiksmų praleidimo pavojus. Sumažėja šios sekos atsparumas, esant įtampai, nuovargiui, laiko trūkumui ir pan. situacijose. Padidėjęs PSĮ, susijusių su tam tikrų automatizuotos veiksmų sekos grandžių praleidimu, pavojus, kai kuriuos veiksmus pradeda ma atlikti formaliai ir vėliau jie iš viso praleidžiami.	Priemonės, nukreiptos į automatinės veiksmų sekos stiprinimą, atskirų veiksmų praleidimo prevenciją, visų veiksmų sekos atlikimo kontrolę	Trecia grupė. „Pamiršimo klaidos“
4.	Atvejai, kai būtina papildoma ir/ar sustiprinta atliktų veiksmų savikontrolė ir kontrolė.	Nesimama priemonių apmokyti gydytoją savikontrolės būdų, organizuoti komandinę savitarpio kontrolę ir pan. Apsiribojama dokumentų patikra ir paskyrimu gydytojui visos atsakomybės už PSĮ išvengimą.	Darbuotojo savikontrolės ir kontrolės nepakankamumas. PSĮ, susijusių su atvejo sudėtingumu ir jo svarbą neatitinkancia darbuotojo savikontrolė, pavojaus didėjimas.	Komandinės savitarpio kontrolės organizavimo ir savikontrolės stiprinimo priemonės.	Ketvirta grupė. „Klaidos dėl nepakankamos veiklos kontrolės“

5.	Atvejai, kai reikalavimai gydytojo ar kito darbuotojo atidumui keičiasi greitai ir netikėtai, kai tam tikrais momentais reikia būti žymiai atidesniam nei įprasta: panašių pavadinimų vaistai, neaiškus ir klaidinantis raštas, padidėjęs apsirinkimo pavojus.	Nesimama vadybinių priemonių tokių padidėjusio apsirinkimo pavojaus situacijų išvengti ar paruošti joms gydytojus.	Gydytojo ar kito darbuotojo nesugebėjimas laiku pastebėti neaiškumo ir painiaivos šaltinių.	Apsirikimo pavojaus situacijų išvengimo priemonės (atskirti panašių pavadinimų ar panašiai atrodančius vaistus ir kt.).	Penkta grupė „Galimybių padaryti klaidą sumažinimas“
6.	Darbas sąlygomis, kurios žymiai sumažina gydytojo / slaugytojos gebėjimą sutelkti dėmesį (nuovargis, laiko trūkumas, trikdžiai, bloga darbo organizacija, dėmesį blaškantys dirgikliai)	Bloga darbo organizacija, nesimta vadybinių priemonių neleisti tokias gydytojo per didelio psichinio ir fizinio apkrovimo situacijas	Papildomi sunkumai, susiję su darbuotojų nuovargiu, darbo intensyvumu, laiko stoka ir kitais veiksniais, dėl kurių gydytojas ar kitas darbuotojas padaro klaidų, kurių nepadarėtų normaliomis darbo sąlygomis. Padidėjęs neatidumo sukeltų PSĮ pavojus.	Priemonių paskirtis: neleisti tokių situacijų ir palengvinti darbą tokiomis sąlygomis.	Šešta grupė „Dėmesį blaškančių ir jį silpninančių veiksmų pašalinimas“
7.	Gydytojui tenka atskinti pacientui sudėtingus dalykus. Padidėja rizika, kad pacientas nepažankamai gerai suprast gydytojo paskyrimus,	Nesimta būtinų vadybinių priemonių užtikrinti gydytojo gebėjimą bendrauti su pacientu. Neveikia pacientų supratimo laipsnio nustatymo sistema.	Papildomos problemos, susijusios su pacientų nenoru ar nesugebėjimu suprasti gydytojo paaiškinimus ir/ ar gydytojo nesugebėjimu pacientui suprantamai	Priemonės, pagerinančios gydytojo ir pacientų komunikaciją.	Septinta grupė „Pacientų daromos klaidos ir jų prevencija“

1	2	3	4	5	6
	nesuovks šių rekomendacijų svarbos. Pacientas dėl įvairių priežasčių turi gydytojo paskyrimų ir jų svarbos supratimo problemų.		paašškinti ir padėti jam su- prasti jų svarbą. Padidėjęs PSĮ, susijusių su neteisingu ar netinkamu gydytojo rekomendacijų vykdymu, pavojus.		
8.	Nepranešama apie įvykusius ar beveik įvy- kusius PSĮ, nesimama veiksmingų panašių PSĮ prevencijos priemonių.	Nebuvo imtasi vadybinių priemonių paskatinti ASP į įdiegti pranešimo apie PSĮ, jų registracijos ir prevenci- jos sistema.	Sunkumai, susiję su nesugebėjimu pasimokyti iš ankstesnių panašių PSĮ. Padidėjęs pakartotinių PSĮ, kurie įvyksta dėl to, kad apie anksčiau įvyku- sius panašius PSĮ nebuvo pranešta ar nebuvo imtasi veiksmingų jų prevencijos priemonių, pavojus.	Pranešimo apie PSĮ, jų registracijos ir prevencijos sistemos diegimo priemo- nės.	Aštunta grupė „Pranešimas apie padarytas ar beveik pada- rytas klaidas“
9.	Nenustatyti tikėtini PSĮ.	Nesiimta vadybinių prie- monių paskatinti ASP or- ganizuoti labiausiai tikėtinių PSĮ prognostinius tyrimus.	Padidėjęs PSĮ, kurie buvo tikėtini ir buvo galima pa- tikimai numatyti, pavojus. Papildomi sunkumai, susiję su tuo, kad nebuvo pasi- naudota galimybė numatyti PSĮ ir jų išvengti.	PSĮ prognozavimo sistemos organizavimo priemonės.	Devinta grupė „Galimų klaidų numatymas“

Šaltinis: sudaryta darbo autoriais.

2.1.2. Tiriamieji, jų atranka

Tiriamųjų atrankos tikslas buvo atrinkti respondentus, kurių atsakymai reprezentuotų visas LRLL-nes. Atrankai buvo pasirinktas *sluoksniuotos (stratifikuotos) dvipakopės imties sudarymo metodas*. Atranka buvo vykdoma dviem etapais: a) pirmajame etape buvo atrinkti reprezentatyvūs tyrimo objektai – identifikuotos pagrindinės LRLL grupės (klasteriai), kiekvienoje jų buvo išrinkta tipiškiausia tai grupei Ligoninė; b) antrajame etape atlikta respondentų atranka kiekvienoje iš atrinktų Ligoninių. Identifikuojant pagrindines LRLL grupes buvo siekiama suformuoti jų grupes (klasterius), kurios: i) skirtųsi viena nuo kitos pagal kuo didesnę esminių parametrų skaičių; ii) įeinančios į kiekvieną grupę (klasterį) Ligoninės būtų maksimaliai panašios viena į kitą pagal tuos pačius parametrus.

Sluoksniuotos (stratifikuotos) dvipakopės imties sudarymo metodo privalumai yra šie (Särndal C. E. *et al.*, 2003):

1. Gerai iširtos jos statistinės savybės.
2. Gerai pagrįstas šio metodo tinkamumas reprezentatyviai atrankai sudaryti.
3. Parodytas jos tinkamumas tais atvejais, kai sunku ar neįmanoma sudaryti visų generalinės aibės elementų sąrašą.
4. Stratifikuotos atrankos metodas pranašesnis už visus kitus tais atvejais, kai generalinę aibę sudaro įvairūs skirtingo dydžio pogrupiai. Tokiais atvejais šis metodas leidžia reguliuoti atranką taip, kad jos tyrimo pagrindu gautos išvados optimaliai tiktų visiems šios generalinės aibės pogrupiams (*Sampling Statistics*, 2015).

Atsižvelgiant į tai, kad tyrimo poreikiams būtų buvę ypač sudėtinga sudaryti vieningą visų šalies LRLL-nių darbuotojų sąrašą tolesnei atsitiktinei atrankai, buvo pasirinktas *stratifikuotos atrankos metodas*, kuriuo remiantis Ligoninės buvo suskirstytos į grupes (klasterius) ir iš kiekvienos buvo atrinkta viena, grupei labiausiai reprezentatyvi, Ligoninė (STAT506, 2015).

Toliau apibūdinama respondentų atrankos procedūra.

2.1.3. Tyrimo objektai, jų atranka

Pirmojo etapo tikslas – iš visų Ligoninių generalinės aibės atrinkti reprezentatyviausias. Šiam tikslui sudarytas vieningas visų Ligoninių sąrašas, kuris apėmė 34 Ligonines. Visos šios Ligoninės buvo suskirstytos į tipus (klasterius), tai yra, į tarpusavyje kuo skirtingesnes grupes, kurių kiekvieną sieja labiausiai viena į kitą panašios Ligoninės. Po to kiekvieno tipo viduje buvo nustatytos tipiškiausios, tai yra, geriausiai atstovaujančios visoms šio tipo Ligoninėms.

Duomenų apie Ligonines atranka

Ligoninių suskirstymui į tipus buvo surinkti tokie duomenys apie kiekvieną iš jų:

1. *Bendrieji ligoninės parametrai*. Pasirinkti šie LRLL veiklos bendrieji parametrai: ligoninės profilių skaičius, lovų skaičius, vidutinis hospitalizuotų ligonių skaičius, lovadienių skaičius, vidutinė ligonio buvimo ligoninėje trukmė, lovų apyvarta, pacientų mirtingumas. Tai pagrindiniai vadybiniai ligoninės parametrai, kuriuos Sveikatos apsaugos ministerijos pavedimu reguliariai renka Higienos instituto Sveikatos informacijos centras ir yra patalpinami šio Centro informacinėje duomenų apie šalies sveikatos

priežiūrą bazėje bei sudaro pagrindą priimti svarbiausius vadybinius sprendimus šalies SP mastu (Higienos institutas, 2015)

2. *Specialieji PS parametrai, atspindintys PS būklę ligoninėje* (VASPVT, 2015). Šie parametrai – tai ligoninių įvertinimai pagal charakteristikas, tiesiogiai ar netiesiogiai atspindinčias PS ligoninėje lygį: pacientų pasitenkinimo lygį, hospitalinių infekcijų dažnį, infekcinės floros atsparumą antibiotikams, vaistinių preparatų vartojimo saugą, NĮ registravimą, miokardo infarkto nustatymą laiku ir pagalbos priemonių teikimą, profesinės rizikos priežiūrą, personalo rankų higieną. Tai duomenys apie ligoninių teikiamų paslaugų kokybę ir PS, kurie kasmet surenkami, vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu (LR sveikatos apsaugos ministras, 2015).

Ligoninių suskirstymas į tipus

Suskirstant Ligonines į tipus, buvo taikyti šiuolaikinės daugiamatės statistikos metodai.

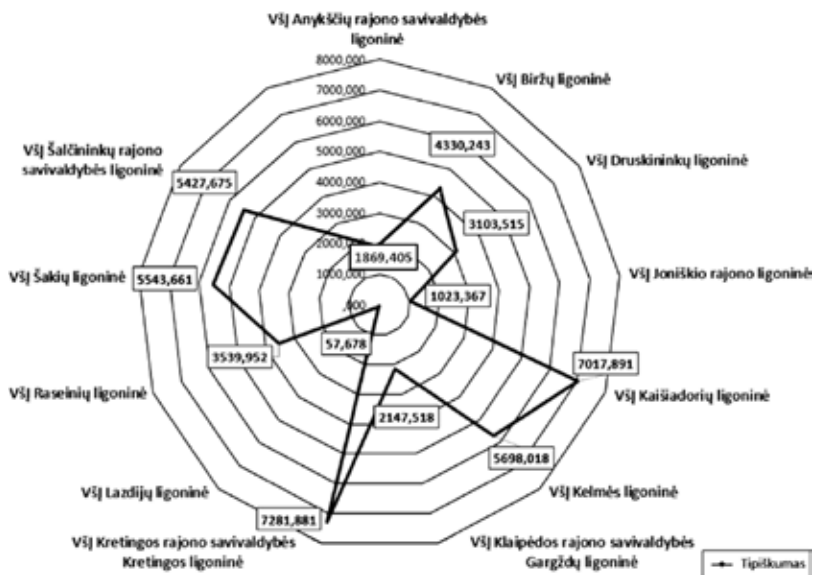
Įvertinus atstumą tarp objektų daugiamatėje erdvėje (kompiuterine programa *SPSS-17 Distances*), nustatyta kiekvienos Ligoninės atstumas nuo visų kitų ligoninių daugiamatėje, aukščiau apibūdintų 15 jos bendrųjų ir specifinių parametrų erdvėje. Skaičiavimas parodė didelius sisteminius skirtumus tarp tiriamų Ligoninių, jos yra gana įvairios pagal visus minėtus parametrus. Tai sudarė galimybę suskirstyti visas Ligonines į keletą tipų, kurių kiekvienas jungtų labiausiai viena į kitą panašias Ligonines ir leistų kiekvieno tipo viduje nustatyti tipiškiausias, labiausiai visam tipui atstovaujančias Ligonines.

Tam tikslui buvo panaudota *K-vidurkių klasterinės analizės programa*, iš programų paketo *SPSS-17*. Atlikti skaičiavimai parodė, kad optimalus yra LRLI suskirstymas į tris tipus (žr. 1, 2, 3 Radaro principo (spindulines) diagramas).

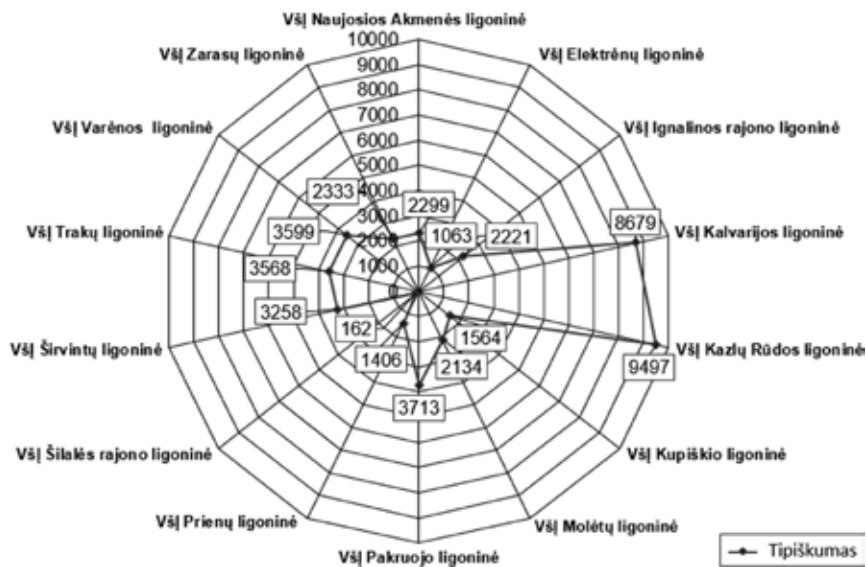
Suskirstius Ligonines į tris klasterius, gauti trys Ligoninių tipai, kurie statistiškai labiausiai skiriasi vienas nuo kito. Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti 6 iš 15 bendrųjų ligoninės parametrų. Trys išskirti Ligoninių tipai skyrėsi vienas nuo kito pagal profilių skaičių ($p=0,001$), lovų skaičių ($p=0,001$), hospitalizuotų ligonių skaičių ($p=0,001$), vidutinį paciento buvimo ligoninėje laiką ($p=0,06$), lovdienų skaičių ($p=0,001$), pacientų įvertinimą ($p=0,01$). Skirtingas, nors ir nesiekiantis tradicinio ($p=0,05$) lygio buvo ir mirtingumo šiose ligoninėse ($p=0,20$) ir apibendrintos PS rodiklių skirtumas ($p=0,25$). Mėginant suskirstyti visas Ligonines į kitokį klasterių skaičių (2, 4, 5, ar 6), gauti blogesni rezultatai – mažesnis statistiškai reikšmingų vidurkių skirtumų tarp klasterių skaičius.

Pirmasis LRLI tipas „Didelės daugiaprofilinės rajono ligoninės“

Pirmas išskirtas LRLI tipas – tai „Didelės daugiaprofilinės rajono ligoninės“. Šiam tipui priskirtos Anykščių, Biržų, Druskininkų, Joniškio, Kaišiadorių, Kelmės, Klaipėdos, Kretingos, Lazdijų, Raseinių, Šakių, Šalčininkų rajonų Ligoninės (žr. 13 pav.). Kartu su trečiuoju jis turi didelį profilių skaičių (vidutiniškai 7,33), yra antras (bet irgi artimas trečiam) pagal lovų skaičių (143,3), metinių hospitalizuotų pacientų skaičių (3927,9), mažiausią iš visų Ligoninių mirtingumą (4,13), aukščiausią PS įvertinimą (5,9) bei aukščiausią pacientų įvertinimą (19,3).



13 pav. Radaro principo (spindulinės) diagrama pirmasis LRLI tipas „Didelės daugiaprofilinės rajono Ilgoninės“
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.



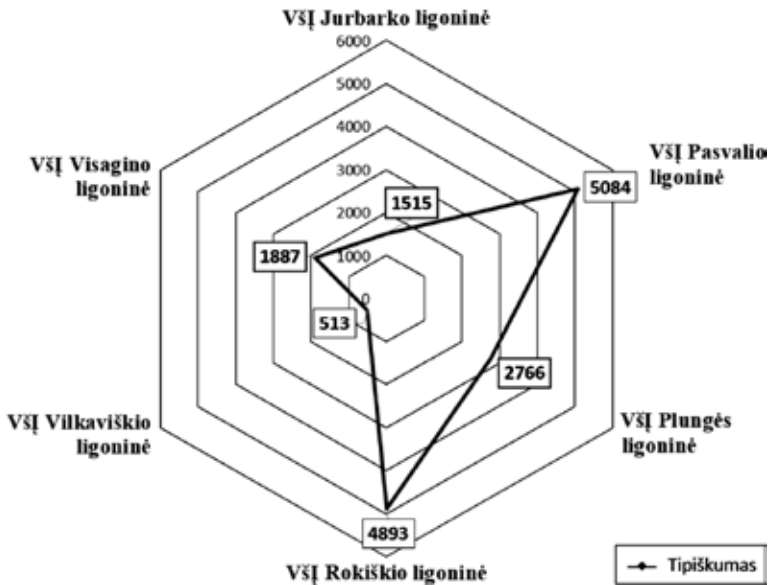
14 pav. Radaro principo (spindulinės) diagrama: antrasis LRLI tipas „Mažos mažaprofilinės rajono Ilgoninės“
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Antrasis LRLI tipas – „Mažos, mažaprofilinės rajono ligoninės“

Antras išskirtas LRLI tipas – „Mažos, mažaprofilinės rajono ligoninės“. Šiam tipui priskirtos Naujosios Akmenės, Elektrėnų, Ignalinos, Kalvarijos, Kazlų Rūdos, Kupiškio, Pakruojo, Prienų, Šilalės, Širvintų, Švenčionių, Trakų, Varėnos, Zarasų ligoninės (žr. 14 pav.). Šios grupės Ligoninėms būdingas žymiai mažesnis už pirmo ir trečio tipo Ligoninės profilių skaičius (vidurkis – 4,87), lovų skaičius (vidurkis 96, 5), dvigubai mažesnis už kitus tipus hospitalizuotų ligonių skaičius per metus (2075,2), aukščiausias mirtingumas (4,8), žemiausi PS (5,2) ir pasitenkinimo (17,8) įvertinimai.

Trečiasis LRLI tipas – „Plataus profilio, padidinto krūvio rajono ligoninės“

Trečias išskirtas LRLI tipas – tai „Plataus profilio ir padidinto krūvio rajono ligoninės“. Šiam tipui priskirtos Jurbarko, Pasvalio, Plungės, Rokiškio, Vilkaviškio, Visagino ligoninės (žr. 15 pav.).



15 pav. Radaro principo (spindulinės) diagrama: trečiasis LRLI tipas „Plataus profilio padidinto darbo krūvio rajono ligoninės“

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Šio tipo Ligoninių profilių skaičius yra panašus kaip ir pirmosios grupės Ligoninių (7,50). Tačiau visi Ligoninės apkrovimo rodikliai yra daug aukštesni nei dviejų kitų tipų: lovų skaičius (vidurkis – 181,33), hospitalizuotų pacientų skaičius (4948,8), pacientų gulėjimo laikas (279,9). Šių Ligoninių pacientai žemiau negu pirmojo tipo Ligoninių vertina paslaugų kokybę (17,97), jose aukštesnis mirtingumas (4,4), žemesnis PS rodiklis (5,5).

Tipiškiausios kiekvieno tipo Ligoninės pasirinkimas

Suskirsčius LRLI į tris skirtingus klasterius, buvo atrinkta geriausiai kiekvienam klasteriui atstovaujanti ligoninė. Tai Ligoninė, kuri pagal *visus* nagrinėjamus parametrus labiausiai panaši į kiekvieną kitą savo klasterio (tipo) ligoninę. Svarbu, kad būtų palygintas Ligoninių panašumas pagal *visus*, o ne pasirinktą vieną ar kitą atskirą parametą. Šiam tikslui galima panaudoti atstumo daugiamatėje erdvėje įvertinimo rodiklius (Borg I., *et al.*, 2012). Kiekvienam LRLI panašumo į kiekvieną kitą laipsniui nustatyti panaudotas vienas iš daugiamačių skaičiavimo metodų – atstumo Euklido erdvėje skaičiavimas, atliktas SPSS 17 programa. Kiekvienoje klasterinės analizės išskirtoje Ligoninių grupėje buvo apskaičiuotas kiekvienos Ligoninės daugiamačias atstumas nuo tipo „centro“, tai yra, nuo abstrakčios tipiškiausios jos tipui Ligoninės, kuri pagal visas savo charakteristikas geriausiai atstovautų visam tipui. Ligoninė, kuri yra arčiausiai jos tipo centro, pasirinkta, kaip geriausiai atstovaujanti šiam tipui (žr. 13–15 pav.).

Vadovaujantis klasterinės analizės rezultatais pasirinkta: *pirmam tipui* – VšĮ Lazdijų ligoninė, *antram tipui* – VšĮ Molėtų ligoninė, *trečiam* – VšĮ Vilkaviškio ligoninė.

2.1.4. Anketinė apklausa

Atrinkus tris tiriamas Ligonines, svarbu nustatyti respondentų skaičių kiekvienoje Ligoninėje jų, kad bendrieji trijų Ligoninių apklausos rezultatai reprezentuotų visas LRLI.

Pasirinktas tipinių objektų atrankos tyrimo metodas suponuoja ir apklaustųjų skaičiaus nustatymą – dvietapę grupinę atranką (klasterinės randomizacijos analizės, angl. *cluster randomization analysis*) (Donner A. & Klar N., 2000). Pasinaudojus statistikos NCSS PASS14 (*Cluster Randomization Analysis*) programa, buvo nustatytas apklaustųjų respondentų skaičius.

Siekiant nustatyti tiriamųjų skaičių, nustatyti tyrimo tikslų keliami reikalavimai respondentų imčiai. Tyrimo tikslas – išaiškinti teoriškai ir praktiškai reikšmingus statistinius ryšius, todėl atrankos dydis turi užtikrinti reikšmingų, tai yra stiprių ryšių išaiškinimą. Todėl buvo iškelti aukšti statistiniai reikalavimai atrankai: pirmo tipo paklaidos tikimybė = 0,10, antro = 0,24, skirtumai tarp vidurkių $\geq 0,25$ stand. nuokrypio. Atlikus skaičiavimus, paaiškėjo, kad tam, jog atranka atitiktų šiuos reikalavimus, kiekvienoje Ligoninėje turi būti apklausta vidutiniškai 52 asmenys.

Atrenkamų Ligoninėje respondentų sudėties nustatymas

Atrenkant kiekvienoje Ligoninėje apklausiamus darbuotojus, siekta, kad atrinktieji proporcingai atstovautų pagrindinėms dirbančioms šioje Ligoninėje SP darbuotojų grupėms: gydytojams, slaugytojams, įstaigos administracijai.

2.1.5. Statistinis duomenų apdorojimas

Statistiškai apdorojant apklausos duomenis buvo naudojami vidurkių, standartinių nukrypimų, porinės koreliacijos koeficientų, faktorinės analizės pagrindinės komponentės metodai. Skaičiavimai atlikti naudojant SPSS-17 statistikos programų paketą.

2.1.6. Apibendrinimas

Kiekybinio tyrimo – anketinės apklausos – tikslas buvo suteikti duomenis trims disertacijoje ginamiems teiginiams pagrįsti. Tam tikslui buvo sukurta anketa su penkiais klausimų blokais (klausimai, susiję su PSĮ prevenciniu valdymu, darbuotojų siekiu ir gebėjimais gerinti PSĮ išaiškinimą, veiksniais, susijusiais su šiais gebėjimais ir siekiais). Respondentams atrinkti panaudota dviejų pakopų stratifikuota atranka.

2.2. Kokybinių tyrimų metodika

2.2.1. Kokybinių tyrimų tikslai

Rengiant disertacinį darbą, atlikti du kokybiniai tyrimai: pirmasis – Ligoninės lygmens ekspertų (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninėje); antrasis – Nacionalinio (šalies) lygmens ekspertų (SP mezosistemos ir metasistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu).

Šių kokybinių tyrimų tikslas – gauti kokybinius duomenis (pagrindimą) ketvirtajam disertacijos ginamajam teiginiui patvirtinti:

1. Ligoninės PS sistema „amortizuoja“ tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl *jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą Ligoninėje gali pasireikšti tik užtikrinant koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis.*
2. Siekiant sistemiskai užtikrinti ir gerinti Ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti Ligoninės *kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelį*, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančias moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą. Be to, buvo keliamas tikslas gauti papildomus duomenis pirmiesiems trims disertacijoje ginamiesiems teiginiams patvirtinti.

Toliau aptariami kiekvieno šių kokybinių tyrimų tikslai, metodai, organizavimas. Abiejų tyrimų rezultatai pateikti ir aptarti disertacijos III dalies 2 skyriuje.

2.2.2. Ligoninės lygmens pacientų saugos ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu

Ligoninės lygmens (SP mezosistemos, makrosistemos) ekspertų kokybinio tyrimo tikslai:

1. Įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS ir SP paslaugų kokybę Ligoninėje.
2. Išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) Ligoninėje.
3. Nustatyti būtinas Ligoninėje sąlygas, kurioms esant Modelis būtų sėkmingai diegiamas ir veiktas.

Ligoninės lygmens ekspertų kokybinio tyrimo metu gauti duomenys panaudoti nustatant pacientų saugos gerinimo galimybę taikant integruotas reagavimo į saugos įvykius sistemas (4 užduotis), naudojant *kompleksines* (jungiančias PS įvykių išaiškinimą, nagrinėjimą ir prevenciją) sistemas (5 užduotis), tikslinant PS Modelio sąveikas su įstaigose jau sėkmingai veikiančiomis pacientų saugos priemonėmis ir kitais Ligoninės vadybiniais-organizaciniais bei klinikiniais procesais.

Disertacijoje panaudotas kokybinis tyrimo metodas yra ekspertų grupinė diskusija (angl. *expert panel*) (*Panel Discussion*, 2015). Metodo esmė – „ekspertų grupė diskutuoja apie problemą, kuri negali būti lengvai išspręsta atskiro asmens“ (*Panel Discussion*, 2015)

Ekspertų grupinė diskusija – tai vienas labiausiai taikomų kokybinio tyrimo metodų (Dunn M., 1995; ICES-CIEM, 2015; Metz J., 2015; EU, 2015). Jis ypač plačiai taikomas nagrinėjant įvairius vadybinius-organizacinius klausimus, ypač jeigu reikia rasti naujus tam tikrų problemų sprendimo būdus bei parengti jų sprendimo rekomendacijas, pvz., SNO Ekonominių ir socialinių problemų skyriaus organizuota tarptautinė ekspertų grupinė diskusija dėl tvarios raidos prielaidų ir rekomendacijų (*United Nations*, 2015; *European Commission*, 2015). Svarbus ekspertų grupinės diskusijos metodo privalumas yra tai, kad jis užtikrina intensyvią *sinerginę sąveiką* tarp ekspertų. Neretai diskusijos metu išsiaiškinamos daliai ekspertų nežinomos aplinkybės paskatina kiekvieną ekspertą naujai įvertinti savo patirtį ir, esant reikalui, patikslinti savo nuomonę ar išsakyti rekomendacijas. Todėl rengdami savo vertinimus, ekspertai atsižvelgia į maksimaliai platų faktų ir aplinkybių spektrą. Dėl to taikant šį metodą gaunami tokie duomenys, kurie nebūtų surinkti, jei besiformuojant ekspertų išvadoms grupės nariai tarpusavyje nesąveikautų (Bitinas B. *et al.*, 2008). Ekspertų grupinė diskusija gali vykti dviem būdais: tiek nuotoliniu, tiek organizuojant grupės susitikimą (ICES-CIEM, 2015).

Tyrimo organizavimas

Tyrimas organizuojamas tokiu būdu: sudaroma ekspertų grupė, kurios dydis gali būti nuo 4 iki 12 narių. Diskusijai parengiamas temų ir tiriamų temų sričių (klausimų forma) sąrašas (*Panel Discussions*, 2015; Khodyakov D. *et al.*, 2011).

Diskusijos pradžioje moderatorius pristato tyrimo temas ir paaiškina jų aptarimo tvarką. Po to viena po kitos ekspertams pateikiamos ir aptariamoms diskusijos temos. Ekspertai pasisako vienas po kito eilės tvarka moderatoriaus kvietimu. Esant reikalui, ekspertas gali ir pats pasisakyti, apie tai jis praneša ženklu ir moderatorius suteikia jam žodį. Eksperto pasisakymą sudaro tam tikras teiginys ir jį remiantys argumentai. Ilgi monologai neleidžiami: grupinė diskusija – tai ne paskaita, o apsikeitimas teiginiais apie diskusijos objektą ir argumentais. Visi pasisakymai įrašomi (paprastai tai garso įrašas) tolesnei turinio analizei.

Aptarsime pagrindinius atlikto tyrimo metodinius aspektus: *ekspertų atranką, tyrimo planą, tyrimo organizavimą ir atlikimą, gautų duomenų apdorojimą.*

Ekspertų atranka

Kokybinis tyrimas nepretenduoja į reprezentatyvumą. Šio tyrimo pagrindu negalima daryti išvadų apie tai, kiek yra paplitęs tam tikras reiškinys tam tikroje populiacijoje. Tačiau organizuojant tyrimą, reikia imtis priemonių, kad ekspertų panelis (grupė) nebūtų parinktas tendencingai. Siekiant to išvengti, taikomas *maksimalios variacijos* principas

(Patton M. Q, Cochran M., 2013). Pagal šį principą, tiriamieji atrinkami pagal skirtingus socialinius-demografinius, profesinius ar kitus bruožus.

Pagal *maksimalios variacijos principą* ekspertų atranka buvo vykdoma atsižvelgiant į tai, kad:

1. Būtų apklausti visi pagrindiniai subjektai, organizuojantys (vadovavimo lygmuo) bei dalyvaujantis (įgyvendinimo lygmuo) užtikrinant PS LRLI.
2. Šių ekspertų vykdomos veiklos ir atliekamos funkcijos valdant PS būtų kiek įmanoma skirtingesnės.
3. Įmanomai didesnė ekspertų dalis turėtų ne tik vadybinio, bet ir priešakinės linijos darbuotojo (angl. *front line, sharp end*) darbo patirties, tai yra, teikia ar anksčiau yra teikę tiesiogines asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams.

Pasirinkta ekspertų atrankos sistema užtikrina PS ir PSĮ valdymo LRLI vertinimą iš įvairių skirtingų pozicijų.

Vadovaujantis maksimalios variacijos principu, kad būtų tinkamai atrinkti ekspertai, buvo numatyta atrinkti ekspertus, turinčius patirtį šiose veiklose:

1. LRLI vadovas (atsakingas už Ligoninės veiklos ir išteklių vadybą, SP kokybės ir PS politikos nustatymą ir įgyvendinimo organizavimą Ligoninės lygiu) – SP sektoriaus makrosistemos (Ligoninės) lygmuo.
2. LRLI vidaus medicinos auditorius (SP kokybės ir PS sistemų administravimas) – SP sektoriaus makrosistemos (Ligoninės) ir / ar mezosistemos (ligoninės struktūrinio padalinio) lygmuo.
3. LRLI klinikinio padalinio vadovas (atsakingas už PS veiklos organizavimą LRLI struktūrinio klinikinio padalinio lygiu, dažnai vykstantis ir SP specialisto funkcijas) – SP sektoriaus mezosistemos (ligoninės padalinio) lygmuo.
4. Žmonių išteklių (Personalo) padalinio vadovas (atsakingas už Ligoninės žmonių išteklių planavimo ir atrankos, adaptacijos ir motyvavimo, kompetencijos ir veiklos vertinimo sistemas) – SP sektoriaus mezosistemos lygmuo (ligoninės struktūrinio padalinio).

Tyrimas buvo atliekamas tose pačios tipinėse LRLI, kuriose buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Šių Ligoninių pasirinkimo būdas aptartas šios dalies pirmajame skyriuje.

Atrinkti trijų tirtų LRLI darbuotojai, turintys didžiausią kompetenciją ir patirtį PS bei PSĮ valdymo srityje (pvz., darbuotojai, kurių administracinė – vadybinė veikla glaudžiai (labiausiai) susijusi su PS organizavimu ir vadyba, PSĮ valdymu ligoninės (SP sektoriaus makrosistemos lygmuo) ir/ar jos struktūrinio padalinio (SP sektoriaus mezosistemos lygmuo) lygmeniu, kt.). Atsižvelgiant į LRLI vadovų rekomendacijas bei LRLI darbuotojų einamas pareigas, buvo sudarytas ekspertų sąrašas (žr. 16 lentelę).

16 lentelė. *Ligoninės lygmens ekspertų, atrinktų kokybiniam tyrimui, einamos pareigos*

Nr.	Eksperto einamos pareigos
1.	Ligoninės direktorius
2.	Direktoriaus pavaduotojas medicinai
3.	Vidaus ligų skyriaus vedėjas
4.	Personalo skyriaus vedėjas

Nr.	Eksperto einamos pareigos
5.	Slaugos ir palaikomojo gydymo skyriaus vedėjas
6.	Kokybės audito skyriaus vadovas
7.	Terapijos skyriaus vedėjas
8.	Palaikomojo gydymo ir slaugos skyriaus vedėjas
9.	Vyr. gydytojo pavaduotojas personalo ir ūkio reikalams
10.	Vyr. gydytojo pavaduotojas slaugai
11.	Akušerijos-ginekologijos ir vaikų skyriaus vedėjas
12.	Personalo skyriaus vedėjas
13.	Ligoninės vyr. gydytojas
14.	Medicinos audito skyriaus vadovas
15.	Laboratorijos vedėjas
16.	Pediatrijos skyriaus vadovas
17.	Ambulatorinių konsultacijų skyriaus vedėjas

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš 16 lentelėje pateiktos informacijos matyti, kad kokybiniam tyrimui (ekspertų grupinė diskusija) atrinkti ekspertai atstovauja visoms svarbiausioms LRLI veiklos sritims. Tarp jų yra LRLI direktoriai / vyr. gydytojai, jų pavaduotojai (medicinai, slaugai, personalui ir ūkiui), administracinių (personalo, audito, medicinos audito skyrių) ir klinikinių (vidaus ligų / terapijos, slaugos ir palaikomojo gydymo, akušerijos-ginekologijos, laboratorijos, pediatrijos, ambulatorinių konsultacijų skyrių) struktūrinių padalinių vadovai.

Ekspertų anonimiškumas

Kokybinio tyrimo metodika rekomenduoja ekspertams patiems pasirinkti: likti anonimiškais ar skelbti savo pavardes (Kaiser K., 2009). Atsižvelgiant į ekspertų ir LRLI vadovybės išsakytą pageidavimą, ekspertų pavardės neteikiamos, o, cituojant eksperto pasakymą, nurodomas jo kodas-numeris.

Atrinktų ekspertų charakteristika

Prieš įvykstant ekspertų grupei diskusijai, kiekvienas ekspertas užpildė specialiai parengtą anketą, kurioje pateikė duomenis apie savo išsilavinimą, specialybę, einamas pareigas, darbo stažą (bendrą, administracinės-vadybinės veiklos, SP paslaugų teikimo), veiklą, kuria užtikrina ir gerina PS bei PSĮ valdymą (žr. 17–21 lentelės).

17 lentelėje nurodytas ekspertų amžiaus pasiskirstymas. Ekspertų apklausai buvo atrinkti visų amžiaus grupių – nuo jauniausių darbuotojų (30 m. ir mažiau) iki vyriausių (virš 66 m.) – atstovai.

18 lentelė rodo, kad apklausti ekspertai gerai reprezentuoja ir visas profesinės patirties grupes: nuo pradėjusių dirbti tik prieš keletą metų (mažiau prieš 5 metus) iki labiausiai prityrusių (išdirbusių daugiau kaip 36 m.).

17 lentelė. Duomenys apie ekspertų amžių pagal pateiktas amžiaus ribas

	Amžiaus (metais) ribos										Iš viso
	≤30	31–35	36–40	41–45	46–50	51–55	56–60	61–65	≥66		
Ekspertų skaičius (vnt.)	1	4	2	2	2	3	1	1	1	17	
Ekspertų skaičius (proc.)	5,9	23,5	11,8	11,8	11,8	17,6	5,9	5,9	5,9	100,0	

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

18 lentelė. Duomenys apie ekspertų bendrą darbo stažą ASPĮ-ose

	Ekspertų bendras darbo stažas ASPĮ-ose (metais)								Iš viso
	≤5	6–10	11–15	21–25	26–30	31–35	≥36		
Ekspertų skaičius (vnt.)	3	3	3	3	2	1	2	17	
Ekspertų skaičius (proc.)	17,6	17,6	17,6	17,6	11,8	5,9	11,8	100,0	

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

19 lentelė. Duomenys apie ekspertų administracinio darbo ASPĮ-ose patirtį

	Ekspertų administracinės veiklos ASPĮ-ose patirtis (metais)				Iš viso
	≤5,0	5,1–10,0	15,1–20,0	≥20,1	
Ekspertų skaičius (vnt.)	8	6	1	2	17
Ekspertų skaičius (proc.)	47,1	35,3	5,9	11,8	100,0

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

20 lentelė. Duomenys apie ekspertų asmens SPP teikimo darbo patirtį

	Ekspertų asmens SPP teikimo patirtis (metais)					Iš viso	
	≤5	6–10	11–15	21–25	31–35		≥36
Ekspertų skaičius (vnt.)	5	2	2	3	1	2	17
Ekspertų skaičius (proc.)	29,4	11,8	11,8	17,7	5,9	11,8	100,0

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

19 lentelėje pateikti duomenys apie ekspertų administracinę sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtį. Ji parodo, kad daugelio ekspertų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo patirtis yra penkeri ir daugiau metų.

20 lentelėje parodyta, kad ekspertai turi ne tik administracinę SP paslaugų teikimo patirtį, bet ir patys teikė šias paslaugas. Absoliuti jų dauguma (daugiau kaip 70 proc.) turi penkių ir daugiau metų SP paslaugų teikimo praktinę patirtį).

21 lentelė. Duomenys apie ekspertų įgytas specialybes (profesines kvalifikacijas)

Nr.	Eksperto įgyta specialybė (profesinė kvalifikacija)	Ekspertų skaičius (vnt.)	Ekspertų skaičius (proc.)
1.	Teisininkas, auditorius	3	17,7
2.	Gydytojas chirurgas	2	11,8
3.	Vidaus ligų gydytojas	2	11,8
4.	Anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojas	1	5,9
5.	Gydytojas anesteziologas – reanimatologas, gydytojas echoskopuotojas (radiologas)	1	5,9
6.	Bendrosios praktikos slaugytojas, visuomenės sveikatos vadybininkas	1	5,9
7.	Gydytojas geriatras	1	5,9
8.	Medicinos biologas	1	5,9
9.	Gydytojas neurologas	1	5,9
10.	Vaikų ligų gydytojas, gydytojas neurologas	1	5,9
11.	Vaikų ligų gydytojas	1	5,9
12.	Slaugos administratorius	1	5,9
13.	Vidaus ligų gydytojas, gydytojas echoskopuotojas (radiologas)	1	5,9
Iš viso:		17	100,0

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

21 lentelėje pateiktos ekspertų specialybės. Iš lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad apklausa apėmė net 13 įvairių specialybių darbuotojus.

Visi (17 ekspertų (100 proc.)) ekspertai patvirtino, kad yra atsakingi už PS vadybą savo LRLI bei apibūdino šios atsakomybės pobūdį.

Ekspertai pagal lytį: 12 ekspertų – moterys, 5 – vyrai. Išlaikytas lygių galimybių pagal lyties požymį principas – proporcingumas palyginti su bendru LRLI darbuotojų pasiskirstymu.

Pagal išsilavinimo lygį ekspertai pasiskirstė taip: 14 ekspertų yra įgiję aukštąjį išsilavinimą, 3 ekspertai – aukštesnįjį išsilavinimą. Atsižvelgiant į tai, kad kokybiniame tyrime dalyvavo ekspertai, einantys vadovaujančias ir administracines pareigas LRLI, toks pasiskirstymas pagal išsilavinimą yra pagrįstas, nes daugeliu atvejų į vadovavimo bei administravimo pareigas yra priimami/skiriami aukštąjį išsilavinimą turintys asmenys.

Du ekspertai nurodė, kad be SP paslaugų administravimo ir teikimo patirties, turi ir dalyvavimo SP politikos formavime ir įgyvendinime patirties, eina atitinkamas pareigas rajono savivaldos lygmenyje.

Tuo būdu 17–21 lentelėse pateikti duomenys parodo ekspertų didelę tiek administracinio asmens SP paslaugų teikimo LRLI, tiek asmens SP paslaugų teikimo patirtį. Visi jie atsakingi už PS savo Ligoninėje užtikrinimą. Be to, šiose lentelėse pateikti duomenys rodo platų ekspertų amžiaus, bendro, administracinio, klinikinio darbo stažo ir turimos patirties pasiskirstymą. Visa tai įvertinus, galima konstatuoti, kad disertacinio kokybinio tyrimo metu ekspertų grupinėje diskusijoje dalyvavę ir savo nuomonę pareiškę ekspertai turi reikiamą patirtį ir kompetenciją bei atstovauja plačiam vadybos bei SP specialybių spektrui, dėl to šių ekspertų pasisakymai ir vertinimai atspindi ir platų LRLI specialybių spektrą. Tai pagrindžia tinkamą ekspertų parinkimą bei didina jų pasisakymų patikimumą (Harper R., 2009).

Diskusijos pradžioje ekspertams buvo pristatyta Modelio principinė schema, apibūdinta Modelio struktūra, funkcijos, veikimas bei atsakytą į ekspertams iškilusius klausimus. Po to buvo pristatyta ir paaiškinta ekspertinės apklausos, naudojant grupinės diskusijos metodą, tikslai ir tvarka (Salisbury University, 2015).

Ekspertų grupinės diskusijos temos, temų sritys (klausimai)

Atrinkti ekspertai buvo supažindinti su *grupinės diskusijos temomis ir temų sritimis (klausimais)* (žr. 22 lentelę).

22 lentelė. *Temos bei temų sritys (klausimai) ekspertų grupei diskusijai*

Nr.	Temos ekspertų grupei diskusijai	Temų sritys (klausimai)
1.	Modelis, jo aktualumas, reikalingumas bei atitiktumas LRLI poreikiams	Prašome apibūdinti, kaip pristatytas Modelis patenkintų Jūsų Ligoninės poreikius? Jeigu šis Modelis būtų įgyvendintas Jūsų Ligoninėje, kaip jis darytų įtaką PS ir Ligoninės teikiamų paslaugų kokybei?
2.	Kliūtys modeliui įgyvendinti	Su kokiais sunkumais / problemomis susidurtumėte, įgyvendindami šį Modelį savo Ligoninėje? Kas, Jūsų nuomone, yra perteklinio ar ko trūksta pristatytame Modelyje, kaip siūlytumėte jį patobulinti, plėtoti?
3.	Prielaidos modeliui įgyvendinti	Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima šiuos sunkumus/ problemas įveikti ir palengvinti šio Modelio įgyvendinimą Jūsų Ligoninėje? Ko tam reikėtų? Kaip siūlytumėte Modelį įgyvendinti Jūsų Ligoninėje?
4.	Modelio bendradarbiavimas su kitomis PS ir SP kokybe suinteresuotomis institucijomis bei organizacijomis	Kas turėtų būti padaryta įvairiuose sveikatos priežiūros sistemos lygiuose: paslaugų tiesioginių teikėjų (gydytojų, slaugytojų), Ligoninės administracijos, Ligoninės steigėjo, sveikatos priežiūros sistemoje, visuomenėje), kad būtų užtikrintos būtinos sąlygos sėkmingai Modeliui veikti?
5.	Modelio tolesnis tobulinimas, plėtra, įgyvendinimas	Kas, Jūsų nuomone, yra perteklinio ar ko trūksta pristatytame Modelyje? Kaip siūlytumėte Modelį patobulinti, išplėtoti?

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Grupinės diskusijos eiga

Ekspertų apklausa buvo organizuota atskirai kiekvienoje tirtoje LRL. Tyrimas buvo vykdomas 2015 m. rusėjo mėn. Su tiriamomis LRL iš anksto buvo susitarta dėl tyrimo laiko, trukmės ir vietos, suderintas ekspertų sąrašas ir ekspertų grupinės diskusijos tvarka.

Kiekvienas susitikimas su ekspertais truko nuo 1,5 iki 2 valandų ir vyko LRL darbo laiku, patogiai ekspertams diskutuojant už apskrito stalo. Diskusija buvo moderuojama, kiekvienas susitikimas buvo įrašomas (padarytas skaitmeninis garso įrašas). Interviu pradžioje ekspertai buvo informuojami apie tai, kad bus užtikrinamas duomenų konfidencialumas ir gautas ekspertų sutikimas dėl grupinės diskusijos garso įrašymo.

2.2.3. Nacionalinio lygmens pacientų saugos ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu

Nacionalinio (SP megasistemos ir metasistemos) lygmens PS ekspertų kokybinio tyrimo tikslai:

1. Įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS Ligoninėje.
2. Įvertinti Modelio svarbą nacionalinei SP sistemai ir ypač PS Lietuvoje.
3. Išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) Ligoninėse.
4. Patikslinti lokalaus ir nacionalinio lygmens sąlygas Modelio sėkmingam diegimui ir veikimui.

Nacionalinio lygio PS ekspertų tyrimo metu buvo aptariami visi svarbiausi Modelio kūrimo, adaptavimo, veikimo SP sistemoje ir santykio su kitomis institucijomis klausimai. Dėl to gauti duomenys panaudoti apginant kiekvieną iš disertacijos ginamųjų teiginių.

Siekiant užtikrinti maksimalų Ligoninės ir Nacionalinio lygmens PS ekspertų tyrimų palyginamumą, Nacionalinio lygmens PS ekspertų kokybinis tyrimas vykdytas taip pat ekspertų *grupinės diskusijos metodu*.

Toliau aptariami pagrindiniai atlikto kokybinio tyrimo metodiniai aspektai: *ekspertų atranka, tyrimo planas, tyrimo organizavimas ir atlikimas*.

Ekspertų atranka

Aukščiausio lygio PS ekspertais buvo asmenys, dirbantys SP sektoriaus ir/ar nacionalinio lygmens organizacijose, turintys skirtingos patirties PS srityje. Besiremiant *maksimalios variacijos principu*, aukščiausio lygio PS ekspertai buvo parinkti taip, kad būtų atstovaujama visoms svarbiausioms nacionalinio lygio institucijoms, atsakingoms už PS užtikrinimą SP įstaigose. 23 lentelėje pateiktos institucijos, kurioms atstovauja ekspertai. Atsižvelgiant į PS ekspertų išsakytą pageidavimą, jų pavardės neteikiamos, nurodomos tik jų einamos pareigos.

23 lentelė. Ekspertų atstovaujamos institucijos ir pareigos

Nr.	Eksperto atstovaujama institucija, einamos pareigos	Organizacijos veikla PS srityje
1.	LR Seimas, Sveikatos reikalų komiteto pirmininkas	PS politikos formavimas nacionaliniu lygiu ir įstatyminis reglamentavimas
2.	Sveikatos apsaugos ministerija (Sveikatos išteklių priežiūros ir inovacijų valdymo departamento direktorius)	PS politikos formavimas ir įgyvendinimas nacionaliniu lygiu
3.	Valstybinė ligonių kasa (Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vedėjas)	Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir jų atitikties LR teisės aktų reikalavimams priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu
4.	Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (Vaistų saugumo ir informacijos skyriaus vedėjas)	Vaistinių preparatų saugos stebėseną, priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu
5.	Radiacinės kontrolės centras (Radiacinės saugos priežiūros ir kontrolės skyriaus vedėjas)	Radiacinės saugos stebėseną, priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu
6.	Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (Įstaigų vertinimo skyriaus vyr. specialistas)	PS stebėseną, koordinavimą, priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu
7.	Nacionalinis transplantacijos biuras (Transplantacijų koordinavimo skyrius)	Organų donorystės ir transplantacijos saugos stebėseną, priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu
8.	Higienos institutas (Inovacijų skyrius)	Su SP susijusių infekcijų valdymo stebėseną ir koordinavimą nacionaliniu lygiu
9.	Lietuvos slaugos specialistų organizacija (Vilniaus skyrius)	Visuomeninė profesinė slaugos specialistų organizacija, besirūpinanti PS slaugos praktikoje nacionaliniu lygiu
10.	Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (Pirmininkas)	Visuomenines pacientų organizacijas atstovaujanti institucija, besirūpinanti PS nacionaliniu lygiu
11.	Mykolo Romerio universitetas (Teisės katedra, Sveikatos tyrimų laboratorija)	Mokslo institucija, vykdanči SP administratorių rengimo bei mokslinę veiklą PS srityje nacionaliniu lygiu
12.	Vilniaus Universitetas (Medicinos fakultetas)	Mokslo institucija, vykdanči gydytojų rengimo bei mokslinę veiklą PS srityje nacionaliniu lygiu
13.	Lietuvos gydytojų sąjunga	Visuomeninė profesinė gydytojų organizacija, besirūpinanti sauga medicinos praktikoje nacionaliniu lygiu

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Nacionalinio lygmens PS ekspertai atstovauja PS politiką formuojančioms bei įgyvendinančioms valstybės institucijoms pagal pagrindines PS sritis nacionaliniu lygiu, taip pat SP specialistams (gydytojams ir slaugytojams), profesinėms organizacijoms, mokslo institucijoms. Septyni iš trylikos ekspertų eina vadovaujančias pareigas (vadovauja organizacijoms, jų struktūriniais padaliniais). Visi ekspertai turi aukštąjį išsilavinimą. Du ekspertai vyrai, vienuolika moterų. Penki ekspertai turi mokslinį laipsnį, iš jų du – habilituoti mokslo daktarai. Penki ekspertai dalyvauja mokslinėje veikloje (yra paskelbę publikacijų). Bendras ekspertų mokslinių publikacijų skaičius PS temomis – 64.

Vienuolika ekspertų turi praktinę patirtį SP politikos formavimo srityje, iš jų penki ekspertai turi ilgesnę nei 10 metų, vienas – ilgesnę nei 5 metų, keturi iki 5 metų patirtį.

Septyni ekspertai turi SP paslaugų teikimo patirties: iš jų šeši turi ilgesnę nei 10 metų, vienas – ilgesnę nei 2 metų patirtį.

Dešimt ekspertų turi vadovaujamo darbo SP sistemoje patirties: iš jų penki turi ilgesnę nei 10 metų, keturi – ilgesnę nei 5 metų, vienas – trumpesnę nei 5 metų patirtį.

Daugumos atrinktų ekspertų kompetencija ir patirtis apima kelias veiklos sritis, susijusias su PS: PS politikos formavimą ir įgyvendinimą; PS teisinį reglamentavimą; PS koordinavimą, stebėseną, priežiūrą ir kontrolę; mokslinę tiriamąją veiklą PS srityje, SP paslaugų teikimą, vadovavimą SP specialistams; SP specialistų rengimo bei kitas veiklas.

Grupinės diskusijos temos ir temų sritys (klausimai)

Grupinės diskusijos temos ir jų sritys buvo parinktos atsižvelgiant į tyrimo tikslus ir ekspertų kompetencijos sritis.

Ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu organizavimas

Tyrimas įvyko 2016-02-09, 15.00–17.00 val.

Tyrimo vieta: *Ratunda Centrum Hotel*, A. Rotundo g. 1, Vilniuje.

Turinio analizės tikslu tyrimo diskusija įrašyta darant skaitmeninį garso įrašą. Ekspertai iš anksto gavo grupinės diskusijos temų ir temų sričių sąrašus. Taip pat iš anksto buvo suderinti susitikimo vieta, laikas ir trukmė. Jis vyko už apvalio stalo (žr. 24 lentelę).

Susitikimo pradžioje moderatorius paaiškino grupinės diskusijos tvarką, taip pat ir visišką pasisakymų konfidencialumą. Ekspertai buvo įspėti, kad planuojama daryti diskusijos garso įrašą ir buvo gautas jų sutikimas.

Ekspertų prašymu jų pasisakymai teikiami nenurodant eksperto pavardės. Dėl to disertacijoje cituojant kiekvieno eksperto pasisakymus, nurodomas tik šiam ekspertui priskirtas numeris.

Ekspertų pasisakymų analizė

Abiejų kokybinių tyrimų metu gauti atsakymai buvo analizuojami naudojant teminės analizės metodą (Braun V., Clarke V., 2006; Guest G., 2012; Saldana J., 2009). Šio metodo pasirinkimas susijęs su jo *universalumu* (jis naudojamas pačioms įvairiausioms problemoms nagrinėti), *lankstumu* (vienu metu galima nagrinėti tiek išorinius, tiek Gilesnius fenomeno aspektus) (Braun V., Clarke V., 2006), geru *metodiniu pagrindimu* (Creswell J., 2007).

24 lentelė. Temos bei temų sritys (klausimai) SP sektoriaus megasistemos lygmens ekspertų grupinei diskusijai

Nr.	Temos ekspertų grupinei diskusijai	Temų ekspertų grupinei diskusijai sritys (klausimai)
1.	Modelio svarba, aktualumas, reikalingumas	<p>Pristatytas Modelis, jo struktūra, veikimo principai.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kokią svarbą, reikšmę turės šis Modelis Jūsų institucijų veiklai, kuruojamų PS sistemų veikimui?</i> <i>Kaip pristatytas Modelis paveiks PS Ligoninėse ir prisidės prie SP sektoriaus ir tarptautinių PS programų, iniciatyvų įgyvendinimo?</i>
2.	Kliūtys (problemos, sunkumai) Modeliui įgyvendinti	<p>Ligoninės aplinkoje kylantys sunkumai / problemos, su kuriomis Ligoninės susidurtų įgyvendindamos šį Modelį.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kokius sunkumus/problemas išvelgiate, su kuriomis gali susidurti Ligoninės įgyvendindamos šį Modelį?</i> <i>Kokie sunkumai bei problemos gali iškilti Jūsų institucijai Ligoninėms įgyvendinant šį Modelį bei integruojant šiuo Modeliu paremtas Ligoninių PS sistemas į nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS užtikrinimo programas, iniciatyvas?</i>
3.	Galimybės (prielaidos, paskatos) Modeliui įgyvendinti	<p>Problemu, su kuriomis susidurtų Ligoninės įgyvendindamos šį Modelį sprendimas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kaip išvystytumėte šias problemas spręsti, kad būtų sudarytos palankios sąlygos šiam Modeliui veikti?</i> <i>Kokie pokyčiai Ligoninės aplinkoje turėtų įvykti, kad būtų užtikrintos sėkmingam Modelio veikimui ir Modelio integralumui (bendradarbiavimui) į nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS užtikrinimo programą būtinos sąlygos?</i> <i>Kaip konkrečiai galėtų prisidėti Jūsų institucija įveikiant šiuos sunkumus/problemas?</i>
4.	Modelio tobulinimas, plėtra	<p>Pristatyto Modelio tolesnio tobulinimo galimybės.</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Kaip išvystytumėte pristatytą Modelį patobulinti, išplėtoti, kad jis efektyviau užtikrintų PS Ligoninėse ir integraliai bei sinergiškai veiktų (bendradarbiautų) su SP sektoriaus, nacionalinėmis ir tarptautinėmis PS užtikrinimo programomis, iniciatyvomis?</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Teminė analizė, kaip ir daugelis kitų kokybinių metodų, nenumato tikslios, griežtos, formalios, privalomos duomenų apdorojimo procedūros. Tyrėjui paliekama plati pasirinkimo erdvė, numatant konkrečius tyrimo žingsnius, būdus, metodus. Taip leidžiama atsiskleisti tyrėjo intencijai, jam taikant kokybinio tyrimo būdus ir metodus (Creswell J. W., 2009). Ši intencija kyla iš būdingo kokybiniam metodams gilaus tyrėjo „pasinėrimo“ į tiriamą medžiagą, „susiliejęmo“ su ja (Saldana J., 2009). Šis pasinėrimas ir vis gilėjantis nagrinėjamos medžiagos supratimas padeda tyrėjui kiekviename žingsnyje pasirinkti tinkamiausią tolesnio medžiagos nagrinėjimo kryptį, būdą ir formą, taip pat kuo giliau suprasti tiriamą objektą. Dėl minėto teminės analizės (ir daugelio kitų kokybinių metodų) lankstumo tyrėjas turi galimybę užtikrinti pastovų nagrinėjamos medžiagos, tyrimo tikslų ir nagrinėjimo būdo atitikimą.

Tačiau koks nagrinėjimo kelias būtų pasirinktas, pamatinė kokybinės analizės logika išlieka – tai cikliškai pasikartojantis, vis naujas nagrinėjamos medžiagos tyrimas, iš jo atsirandantis jos prasmės supratimas, kuris sudaro naujas prielaidas tolesniam tyrimui ir naujam, dar gilesniam suvokimui.

Tokio cikliškai besigilinančio teksto supratimo koncepcija, kuri sudaro kokybinės analizės pagrindą, kyla iš filosofinės vadinamosios *hermeneutinio ciklo* koncepcijos (Caputo J., 1988). *Hermeneutika* – tai mokslas apie tekstų, pasisakymų ir pan. prasmės išaiškinimą (International Institute for Hermeneutics, 2015). Šios krypties mokslininkų tyrimai parodė, kad toks daugkartinis pakartotinas susipažinimas su pasisakymais yra labai veiksmingas nagrinėjant pačius įvairiausius tekstus, išaiškinant jų gilesnę prasmę. Hermeneutikos metodai, ir ypač hermeneutinio rato ar ciklų metodas pasirodė ypač veiksmingas skaitant sunkiausiai suprantamus, tolimų laikotarpių ar svetimos kultūros tekstus (Olesen H. S., ed., 2013). Šios hermeneutikos mokslo idėjos suteikė galingą postūmį kokybinių tyrimų metodų pažangai ir vis platesniam panaudojimui visuose socialiniuose moksluose.

Apibūdinsime pagrindinius atliktos teminės analizės etapus. Jų esmė ir nuoseklumas tiesiogiai išplaukia iš aukščiau apibūdintos pamatinės kokybinio tyrimo logikos – ciklinis vis gilesnis susipažinimas su pasisakymais, iš to kylantis jų geresnis supratimas, kuris, savo ruožtu, sudaro pagrindą tolesniam dar gilesniam supratimui. Konkrečių etapų turiniui patikslinti buvo pasiremta pirmiausia JAV tyrėjų V. Braun ir V. Clarke koncepcija, išdėstyta JAV psichologų asociacijos išleistame trijų tomų kokybinių metodų vadovylyje (Braun V., Clarke V., 2006) ir tos pačios asociacijos išleistame psichologinių tyrimo metodų vadovylyje (Braun V., Clarke V., 2012), taip pat autorių G. Guest ir J. Saldana teminės analizės darbuose (Guest G., 2012; Saldana J., 2009).

Pirmasis tyrimo duomenų turinio analizės etapas yra jų parengimas nagrinėjimui. Dažniausiai tai daroma atliekant susitikimo metu padaryto garso įrašo surašymą rašytinio teksto pavidalu (transkribavimas). Jo metu transkribuojantis asmuo nedidelėmis dalimis perklauso garso įrašą ir surašo perklausytus ekspertų pasisakymus. Taip gaunamas rašytinis tekstas, su kuriuo po to ir dirbama.

Toks garso įrašo pavertimas rašytiniu sudaro tam tikrus tolesnio nagrinėjimo patogumus. Rašytinis tekstas lengviau skaitomas ir greičiau koduojamas. Kartu ši praktika turi ir trūkumų bei apribojimų.

Svarbiausias jų – dalies informacijos praradimas transkribavimo metu. Paverčiant garso įrašą rašytiniu tekstu, visiškai ar iš dalies prarandami tokie svarbūs garso įrašo elementai kaip bendra pasisakymo intonacija ir jos niuansai, reikšmingi ir subtilūs pa-

sisakymo tempo pokyčiai kalbėjimo metu, pauzės ir jų pasiskirstymas kontekste, sunkiai transkribuojami papildomi garsiniai elementai, kurių reikšmė aiškėja tik iš jų intonacijos („u-hu“, „e-e-e“ ir pan.) (Author N. M., 2015; Baley J., 2008). Kiekvienas iš paminėtų pasisakymo elementų gali iš esmės keisti pasisakymo reikšmę ir jų praradimas transkribavimo metu gali iškreipti tyrimo rezultatus. To bandoma išvengti naudojant įvairiausias papildomas kodavimo priemones ir ženklus, kuriais pažymimos koduotojo nuomone svarbūs intonacijos, tempo, pauzės ir pan. ypatumai. Tačiau toks pažymėjimas neišvengiamai susijęs su subjektyvumu, nepilnumu ir dalies informacijos praradimu ir/ar iškraipymu (Author N. M., 2015).

Turint omeny tiek pačių kokybinių tyrimų, tiek tikslios jų analizės svarbą nagrinėjant disertacijoje atliktos ekspertų grupinių diskusijų medžiagos analizę, buvo priimtas nutarimas dirbti tiesiogiai su grupinių diskusijų metu atliktu garso įrašu. Tam tikslui buvo pasinaudota kompiuterine *Wavepad Editor* sistema, kuri sukurta tiesiogiai dirbti su garso įrašu (*WavePad Audio Editing Software*, 2016). Ji teikia galimybes minėtiems transkribavimo sunkumams įveikti ir dirbti ne su netiesiogine ir nepilna pasisakymų transkripcija, bet tiesiogiai su garso įrašu, neprarandant tokių svarbių verbalinio diskurso komponentų, kaip pasisakymo intonacija, pauzės, netranskribuojami garso elementai. Be to, ši programa leidžia išvengti būtinybės subjektyviai vertinti ir koduoti minėtus papildomus garsinius pasisakymo elementus (pvz., išaiškinti ir pažymėti intonacijos pokyčius, pauzes, tempo pokyčius ir pan.). Kompiuterinė programa sudaro galimybę išaiškinti ir įvertinti šiuos elementus objektyviai. Tai daroma pateikiant vizualią garso elementų ir jų garsinių charakteristikų atvaizdavimą. Tai leidžia koduotojui objektyviai išaiškinti ir įvertinti tas charakteristikas.

Svarbu ir tai, kad *Wavepad Editor* programa galima atlikti su nagrinėjamais pasisakymais visus veiksmus, kurie atliekami vykdant transkribuoto teksto analizę (žymėti, išskirti, kopijuoti teksto elementus, atlikti su jais visas reikiamas redagavimo operacijas).

Visi šie privalumai sudaro galimybę užtikrinti aukštesnę turinio analizės kokybę, teisingiau išskirti ir aiškinti pasisakymo elementus ir jų prasmę, kas ir paskatino pasirinkti šią gauto įrašo nagrinėjimo metodiką.

Pirmajame etape, atliekant gautos medžiagos paruošimą tolesniam tyrimui, kartu įvyksta ir pirminis susipažinimas su duomenimis (Braun V., Clarke V., 2012). Svarbią vietą šiame ir vėlesniais etapais užima daugkartinis gautos medžiagos pakartojimas. Kaip minėta, atliktame tyrime tam buvo panaudota daugkartinė perklausa. Rekomendacija daug kartų iš naujo skaityti, ar perklausti medžiagą išplaukia iš aukščiau minėto hermeneutinio ciklo koncepcijos (Caputo J., 1988).

Antrasis teminės analizės etapas – pradinių kodų, atspindinčių pirminius duomenis, generavimas. Tyrėjas nagrinėja visus ekspertų pasisakymus tam tikra, jų aptarimui pasiūlyta tema, tikslina kiekvieno pasisakymo prasmę ir išaiškina faktiškai pasikartojančius pasisakymus, tikslina savarankiškus (tai yra, kitus nepakartojančius) – elementarius pasisakymus (kodus).

Trečiasis etapas – teminių kategorijų paieška. Šiame etape pereinama nuo elementarių pasisakymų (kodų) prie jų sugrupavimo galimybių paieškos. Į kategoriją jungiami pasisakymai, kurie yra tarpiai susiję loginiais, semantiniais, teminiais ryšiais. Šiame etape vyksta daugkartinė išskirtų kodų peržiūra ir randami vis nauji jų sugrupavimo ar atskyrimo būdai. Hermeneutikos ciklai šiame etape naudojami jau naujam tikslui – prasminti

giems kodų savitarpio ryšiams ir klasteriams išaiškinti. Išskirto klasterio prasmės įvardijimas (tam tikro pavadinimo suteikimas) yra galutinis kategorijos išskyrimo etapas.

Literatūroje išskiriami du pagrindiniai teminių kategorijų suformavimo būdai: deduktyvus ir induktyvus. Naudojant induktyvų kategorijų išskyrimo būdą, tyrėjas siekia tiesiogiai gauti kategorijas iš tiriamųjų pasisakymų. Šis būdas neretai vadinamas „balso suteikimu“ tyrimo dalyvių suvokimui, jų požiūriui tiek į elementarius pasisakymus (kodus), tiek ir į jų savitarpio ryšius. O naudojant deduktyvų būdą, tyrėjas veikia kitaip – jis stengiasi surasti pasisakymuose jų dominančius reiškinius. Šių dviejų būdų vienas nuo kito atskyrimas yra sunkus: nebeegzistuoja sterilus deduktyvus ar induktyvus priėjimo (Braun V., Clarke V., 2012).

Atliktame tyrime buvo naudojamas induktyvus priėjimas prie kategorijų išskyrimo. Nagrinėjant pasisakymus tam tikra tema, nebuvo siekiama kryptingai surasti tam tikras tyrėjus dominančias kategorijas, o buvo siekiama išaiškinti visas kategorijas, kurias tiriamieji naudoja aptardami tam tikrą temą.

Ketvirtasis etapas – išaiškintų kategorijų patikrinimas.

Apibendrinant, pereinant nuo konkretaus prie abstraktaus, visada prarandama dalis informacijos.

Lygiai taip pat ir sujungus tam tikrus kodus į vieną grupę, nustačius jų bendrą prasmę, priskyrus bendrą pavadinimą prarandama informacija apie sujungtų kodų skirtumus. Šiam pavojui išvengti šiame etape nustatomi kiekvienai kategorijai būdingi empiriniai indikatoriai. Kaip indikatoriai, dažniausiai pateikiami tiriamųjų pasisakymai, kurių pagrindu buvo išskirti į kategoriją įeinantys kodai.

Atliktame tyrime gautos temos ir į jas įeinančios kategorijos pateikiamos lentelėje.

Penktasis etapas – gautų kategorijų interpretavimas. Iki šio etapo buvo siekiama „suteikti balsą“ tiriamiesiems, kuo tiksliau išaiškinti jų nuomonę. O šiame etape išreiškiamas tyrėjo požiūris – jis „įveda“ išaiškintą kategoriją į mokslinį diskursą, t. y. paaiškina ją.

Šeštasis etapas – ataskaitos parengimas. Analitinis darbas, pradėtas penktajame etape, šeštajame įgauna užbaigtą formą. Šiame etape tyrėjas nustato ryšius tarp išaiškintų kategorijų turinio ir tyrimo tikslų.

Turinio analizės rezultatai pateikiami trečioje disertacijos dalyje. Ekspertų aptariamos temos, kategorijos ir empiriniai indikatoriai pateikiami lentelių pavidalu.

2.2.4. Apibendrinimas

Disertacijoje atlikti du kokybiniai tyrimai: 1) Ligoninės lygmens (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninėje, tyrimas; 2) nacionalinio lygmens (SP megasistemos ir metasistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu, tyrimas. Kokybinių tyrimų tikslas – gauti pagrindinius kokybinius duomenis (pagrindimą) ketvirtajam disertacijos ginamajam teiginiui patvirtinti bei gauti papildomus duomenis pirmiesiems trims disertacijoje ginamiesiems teiginiams patvirtinti, kurių pagrindu konstruojamas Modelis. Per abu kokybinius tyrimus vyko ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu. Ekspertų atranka abiejuose tyrimuose buvo vykdoma vadovaujantis maksimalios variacijos principu: buvo siekiama taip parinkti ekspertus, kad jų pasisakymai atspindėtų visą ekspertų turimų nuomonių minėtais klausimais spektrą. Temos ir temų sritys viena-

me ir kitame tyrime buvo suformuluotos taip, kad atspindėtų keturias pagrindines sritis: Modelio reikalingumo pagrindimą, galimų problemų ir kliūčių jį įgyvendinant ir taikant identifikavimą, galimybių įveikti šias kliūtis įvertinimą, Modelio tobulinimo kelių nustatymą. Ekspertų pasisakymams tirti buvo panaudota teminė analizė, kuri sudarė galimybę išskirti pagrindines PS diskurse naudojamas kategorijas ir empirinius indikatorius. Kokybinių tyrimų rezultatai pateikti disertacijos trečios dalies antrajame skyriuje.

2.3. Antrosios dalies apibendrinimas

Disertaciniam tyrimui reikalingiems empiriniams duomenims gauti trianguliacijos metodu buvo atlikti vienas kitą papildantys kiekybinis ir du kokybiniai tyrimai. Kiekybinio tyrimo pagrindinis tikslas – gauti kiekybinius duomenis, reikalingus pirmajam, antrajam ir trečiajam disertacijos ginamajam teiginiui pagrįsti, būtinus Modeliui konstruoti. Kiekybiniams duomenims gauti buvo pasirinktas anketinės apklausos metodas. Respondentų apklausai atlikti buvo sukurta originali (537 informacinių vienetų) anketa, sudaryta iš klausimų, suskirstytų į 5 klausimų blokus.

Kokybiniams duomenims gauti buvo numatyti du, pagal identišką metodiką (ekspertų grupinė diskusija) atliekami kokybiniai tyrimai. Pirmojo kokybinio tyrimo dalyviai – Ligoninės lygmens PS ekspertai (Ligoninės darbuotojai, atsakingi už PS organizavimą ir įgyvendinimą). Antrojo tyrimo dalyviai – nacionalinio lygmens PS ekspertai (nacionalinio lygmens insitucijų ir organizacijų darbuotojai, atsakingi už PS ar dalyvaujantys užtikrinant ir gerinant PS nacionaliniu lygmeniu). Abiejų kokybinių tyrimų tikslas buvo gauti pagrindinius duomenis ketvirtajam disertacijos ginamajam teiginiui patvirtinti, papildomus duomenis disertacijos pirmajam, antrajam ir trečiajam ginamiesiems teiginiams pagrįsti bei kitus svarbius duomenis Modeliui sukurti, problemoms, kilšančioms jį įgyvendinant Ligoninėje išaiškinti, taip pat patikslinti ir įvertinti Modelio įgyvendinimo kontekstą (socialinį, vadybinį, teisinį, kt.). Buvo pasirinktas ekspertų atrankos būdas (maksimalios variacijos principu), instrumentarijus (diskusijos temos ir temų sritis), ekspertų pasisakymai buvo analizuojami naudojant teminės analizės metodą.

Kiekybinio tyrimo rezultatai pristatomi disertacijos 3 dalies 1 skyriuje. Kokybinio tyrimo – disertacijos 3 dalies 2 skyriuje.

3. TYRIMŲ REZULTATAI

3.1. Kiekybinio tyrimo rezultatai

Kiekybinio tyrimo tikslas, metodologinės ir metodinės problemos aptartos disertacijos antros dalies antrame skyriuje ir yra susijusios su disertacijos pirmojo, antrojo ir trečiojo teiginių patvirtinimu (žr. „Įvado“ poskyrį „Ginamieji teiginiai“). Numatyta, kad disertacijoje šie teiginiai turi būti patvirtinti ne tik tarptautinės ir Lietuvos pacientų saugos mokslo ir geriausios praktikos apibendrinimo, *bet ir disertacijoje atliktų empirinių tyrimų pagrindu.*

Skyrių sudaro trys poskyriai. Pirmajame pateikti duomenys, panaudoti disertacijoje pagrindžiant pirmąjį ginamąjį teiginį, antrajame – antrąjį, trečiajame – trečiąjį.

3.1.1. Pirmasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys

Pirmasis ginamasis teiginys: „Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, nepakanka pasikliauti vien tik vyraujančiu *retrospektyviu* (jau įvykusių) NĮ registravimu (pranešinėjimu) nacionalinėse NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integruotas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias *retroaktyvių, reaktyvių* ir *proaktyvių* PSĮ valdymo metodų diegimą lokaliame (Ligoninės) lygmenyje.“ Tokia PSĮ valdymo sistema pirmiausia turi disponuoti PSĮ valdymo priemonėmis (toliau – **Priemonė**) ir informacija apie kiekvienos priemonės paskirtį ir savybes. Ši informacija apie kiekvienos Priemonės įgyvendinamumo LRLI aspektus sudarys galimybę:

1. Gauti informaciją apie kiekvienos Priemonės naudingumą, tai yra, jos gebėjimą pasiekti reikiamą prevencinį poveikį.
2. Numatyti labiausiai tikėtinus iššūkius (sunkumus, problemas), su kuriais teks susidurti įgyvendinant Priemonę LRLI. Tai sudarys galimybę suplanuoti tam būtinus sprendimus, veiksmus ir išteklius sunkumams įveikti.
3. Nustatyti Priemonių efektyvumą – atrinkti Priemones, kurios bus naudingiausios ir kartu sukels mažiausiai sunkumų (problemų) jas įgyvendinant.

Disertacinio tyrimo metu buvo atrinktos 76 tokios Priemonės (žr. disertacijos 2 dalies 1 skyrių „Kiekybinio tyrimo metodika“). Empirinio kiekybinio tyrimo metu respondentai pildė anketą vadovaudamiesi savo profesine patirtimi, įvertino kiekvienos Priemonės svarbiausias charakteristikas:

1. Priemonės *naudingumą* didinant PS ligininėje.
2. Priemonės įgyvendinimo *sunkumą* (problemiškumą). Respondentai, įvertindami Priemonės įgyvendinimo sunkumus, nurodė ir sunkumų pobūdį.

Šis įvertinimas suponavo trečią išvestinę pamatinę Priemonės charakteristiką – Priemonės *efektyvumą* – Priemonės naudingumo ir jos įgyvendinimo sunkumo santykį.

Pateikiami svarbiausi tyrimo rezultatai.

1. Priemonių efektyvumo nustatymas.

Vienas svarbiausių tyrimo tikslų buvo nustatyti įvairių Priemonių, kurios galėtų būti įtrauktos į LRLI Priemonių arsenalą, efektyvumą.

Tyrimu siekiama nustatyti:

1. *Ypač veiksmingas (veiksmingiausias)*. Priemonės, kurios galėtų sudaryti Ligoninės Priemonių komplekso branduolį.
2. *Veiksmingas*. Priemonės, kurios galėtų būti naudojamos tam tikromis specialiomis sąlygomis.
3. *Neveiksmingas* Priemonės, kurių taikymas nerekomenduotinas.

Kaip minėta (disertacijos 2 dalies 1 skyriuje), visos tiriamos Priemonės, pagal siekiamą tikslą, buvo suskirstytos į tikslines Priemonių grupes. Siekiant palyginti priemonių efektyvumą, tyrimo rezultatų pagrindu visos kiekvienos tikslinės grupės Priemonės buvo suskirstytos pagal jų efektyvumo laipsnį – nuo ypač veiksmingos iki mažiausiai veiksmingos.

Atskirti ypač veiksmingoms Priemonėms nuo veiksmingų buvo pasirinkta *efektyvumo koeficiento reikšmė* $\geq 1,0$. Atsižvelgiant į tai, kad tiek Priemonės naudingumo, tiek įgyvendinimo sunkumas buvo vertinami 5 balų sistema, tokia efektyvumo koeficiento reikšmė gaunama visais tais atvejais, kai naudingumas bent vienu balu (tai yra, 20 proc.) aukštesnis už sunkumą.

Iš kitos pusės, prie neveiksmingų Priemonių buvo priskirtos Priemonės, kurių efektyvumo koeficientas yra ≤ 0 . Vadovautasi prielaida, kad jeigu sunkumas viršija naudingumą, Priemonę galima vadinti neveiksminga.

Apžvelgsime tiriamų priemonių grupių pasiskirstymą pagal efektyvumą.

25 lentelė. *Pirmoji Priemonių grupė „Klaidos priimant sudėtingus sprendimus“*

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
2. Reikia užtikrinti, kad visi darbe reikalingi protokolai, nurodymai, standartai, kontroliniai sąrašai visada būtų po ranka, tai yra, būtų randami per kelias sekundes.	1,955
4. Pacientui atvykus į ligoninę, informacija apie visas jam atliekamas diagnostines ir gydymo procedūras, jo vartojamus/paskirtus vaistus turi būti iš karto (išskyrus esant tiesioginei grėsmei paciento gyvybei) įrašoma į jo kompiuterinę sveikatos istoriją.	1,669
6. Gydytojas, vaistininkas, slaugytojas prieš skirdami ar teikdami bet kokį vaistą kaskart patikrina paciento ligos istorijos duomenis (ar tinkamas vaistas, ar buvo įvertintas pastebėtas šalutinis skiriamo vaisto poveikis pacientui) ir nustato asmens tapatybę. Šio patikrinimo išvada turi būti įrašyta paciento ligos istorijoje.	1,535
1. Ligoninės gydytojai, slaugytojai, vaistininkai turi turėti galimybę lengvai ir patogiai pasiekti geriausias pasaulio medicinos duomenų bazes (<i>Medline, Dynamed, Cochrane, UpToDate</i>) ir pagalbos medikui sistemas (<i>Dexplain, Isabel</i>).	1,204
9. Visose vietose, kur pacientui atliekamos diagnostikos ar gydymo procedūros ar leidžiami vaistai, turi būti iškabinti, kasmet peržiūrimi priminimai apie svarbiausius, dažniau pamirštamus veiksmus (reikalavimus) šioms procedūroms.	1,083

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
7. Prieš išduodamas vaistą vaistininkas privalo patikrinti dėl galimų paciento alerginių ir šalutinių reakcijų pavojaus, taip pat informuoti gydytoją apie alternatyvių vaistų, dozių, vartojimo būdų galimybę.	1,057
8. Ligoninėse turi būti įdiegta elektroninė vaistų skyrimo sistema, kuri, įvedus pacientui paskirto vaisto pavadinimą, automatiškai išpėja gydytoją apie anksčiau pasireiškusias šalutines ir alergines reakcijas į šį vaistą, nurodo, ar pacientas priklauso rizikos grupei, kuriai reikia atitinkamai koreguoti dozę, nurodo alternatyvias vaisto skyrimo galimybes.	0,172
3. Visi paciento duomenys (svoris, gimimo data, identifikacinis kodas, laboratorinių, radiologinių ir kitų tyrimų rezultatai) turi būti lengvai pasiekiami kiekvienam paslaugas pacientui teikiančiam medicinos darbuotojui: gydytojui, slaugytojui, vaistininkui, laborantui, kt.	0,108
3. Vaistininkas turi reguliariai lankytis ligoninės skyriuose, dalyvauti pasirenkant ir administruojant vaistus, peržiūrėti paskirtus vaistus, dalyvauti ligonių vizitacijose, konsultuoti vaistus skiriančią gydytoją – teikti jam papildomą informaciją.	0,000

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Įvertinus 25 lentelės duomenis, iš devynių šios grupės Priemonių šešios priklauso ypač veiksmingų (veiksmingiausių) priemonių grupei (skirtumas tarp priemonės naudingumo ir jos įgyvendinimo sunkumo yra $\geq 1,0$). Tik viena šios grupės priemonė (trečioji) priklauso neveiksmingų grupei. Respondentai pažymėjo, kad sunkumai, susiję su šios priemonės įgyvendinimu, yra tokie pat, kaip ir jos teikiama nauda.

26 lentelė. Antroji Priemonių grupė „Klaidos dėl nepakankamai atidaus darbo“

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
1. Gydytojai ir slaugytojai turi būti apmokomi psichologinių metodų, kaip būti atidiems, kaip kontroliuoti ir stiprinti savo dėmesį.	1,452
4. Gydytojo ar slaugytojo tiesioginis vadovas nuolat primena būtinybę dirbti atidžiai.	1,292
3. Įstaigos vadovai reguliariai lanko padalinius ir kalba su darbuotojais apie pacientų saugos svarbą, pabrėžia rūpestingą diagnostinių ir gydymo veiksmų atlikimą.	1,191
5. Įstaigos vadovybė nuolat pabrėžia savo suinteresuotumą pacientų sauga (pvz., priimami saugos užtikrinimo planai, skatinama pranešti apie saugos įvykius, perkama saugos įranga, kt.).	1,146
7. Medikai ir kiti darbuotojai skatinami reguliariai aptarti pacientų saugos gerinimo klausimus, renkami pasiūlymai.	1,134

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
8. Skatinamos neformalios darbuotojų diskusijos apie problemas, dėl kurių galimos gydytojo ir slaugytojo klaidos. Nuolat pabrėžiama tokių diskusijų svarba.	1,025
2. Neatidumo klaidų mažinimas oficialiai paskelbiamas vienu svarbiausiu įstaigos tikslu.	0,980
6. Periodiškai atliekamos medikų ir kitų darbuotojų apklausos, kurių metu prašoma nurodyti, kokios klaidos ir saugos įvykiai gali įvykti jų ar jų kolegų veikloje, kokių priemonių jie imasi jiems išvengti.	0,853
9. Įstaiga turi pacientų saugos specialistą, kuris padeda kiekvienam darbuotojui parinkti ir įvaldyti atitinkamus klaidų prevencijos metodus.	0,388
10. Pacientų atstovai reguliariai lankosi gydytojų susirinkimuose ir pacientų vardu išreiškia pacientų geresnės saugos lūkesčius.	0,070
11. Gydytojai ir slaugytojai skatinami sudaryti savo asmeninį atvejų, kai padarė ar beveik padarė klaidų, sąrašą.	-0,038

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Antroje grupėje 6 iš 11 priemonių priklauso ypač veiksmingoms. Apžvelgus šią Priemonių grupę, matyti, jog ypač veiksmingomis laikomos atidumo gerinimo Priemonės, kurių pagrindas – pačių darbuotojų pastangų būti atidesniems rėmimas. Prie ypač veiksmingų priskirta: 1. „Gydytojai ir slaugytojai turi būti mokomi psichologinių metodų, kaip būti atidiems, kaip kontroliuoti ir stiprinti savo dėmesį“ (efektyvumo koeficientas 1,452); 4. „Gydytojo ar slaugytojo tiesioginis vadovas nuolat primena būtinybę dirbti atidžiai“ (efektyvumo koeficientas 1,292); 3. „Įstaigos vadovai reguliariai lanko padalinius ir kalba su darbuotojais apie pacientų saugos svarbą, pabrėžia rūpestingą diagnostikos ir gydymo veiksmų atlikimą“ (1,191).

Į neveiksmingų Priemonių grupę pateko viena Priemonė. Respondentai nemano, kad bus veiksmingas skatinimas sudaryti savo asmeninį atvejų, kai padaryta ar beveik padaryta klaida, sąrašą (efektyvumo koeficientas -0,038).

27 lentelė. Trečioji Priemonių grupė „Pamiršimo klaidos“

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
4. Prieš pradėdant operaciją ar kitokią sudėtingesnę procedūrą, reikia aptarti, kokie galimi netikėtumai, ar tikrai viskas vyks sklandžiai, ar viskas parengta, kokioms detalėms reikia skirti ypatingą dėmesį.	1,682
5. Reikia imtis priemonių, kad gydytojas ar slaugytojas, atliekantys sudėtingesnę procedūrą, gerai žinotų, kokios klaidos čia galimos.	1,599
6. Užtikrinti, kad gydytojai ir slaugytojai, atliekantys tam tikrą procedūrą, aiškiai įsivaizduotų visas pasekmes, kurias gali sukelti nepakankamai rūpestingas jos atlikimas.	1,529

Priemonė	Efektivumo koeficientas
9. Užtikrinama, kad gydytojai ir visi kiti įstaigos darbuotojai reguliariai gautų informaciją apie visas įstaigoje nustatytas klaidas ir jų nagrinėjimo rezultatus.	1,261
8. Naujas, darbą įstaigoje pradedantis gydytojas ar kitas darbuotojas gauna visą informaciją apie šioje ir kitose įstaigose daromas klaidas ir apie būdus jų išvengti.	1,191
2. Įstaigoje turi būti detalios instrukcijos, nurodančios visus veiksmus, būtinus atlikti vykdant darbus, kuriems būdinga „pamiršimo“ klaidų tikimybė.	0,924
3. Tiesioginis gydytojo ar slaugytojo vadovas turi kuo dažniau su jais aptarti kiekvieną jų darbo detalę, ypač tas, kurios lengviausiai praleidžiamos.	0,917
7. Bent vienas iš padalinio gydytojų stebi interneto ir kitus informacijos apie daromas klaidas šaltinius bei šių klaidų prevencijos priemones ir informuoja kolegas apie naujoves, taip pat kartu su jais įvertina šios informacijos svarbą ligoninei.	0,854
1. Tam, kad atliekant chirurginę, terapinę ar kitokią sudėtingą procedūrą niekas nebūtų pamiršta, prieš ją garsiai perskaitomas kontrolinis sąrašas, kuriame surašyta viskas, kas turi būti paruošta ir atlikta iki procedūros.	0,573

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš 9 šios grupės priemonių 5 priklauso ypač veiksmingoms. Prie ypač veiksmingų priskiriamos priemonės, kurios skatina darbuotojo aktyvų požiūrį į jo atliekamus veiksmus: pvz., „Prieš pradėdant operaciją ar kitokią sudėtingesnę procedūrą reikia aptarti, kokie galimi netikėtumai, ar tikrai viskas eis sklandžiai, ar viskas parengta, kokioms detalėms reikia skirti ypatingą dėmesį“ (efektivumo koeficientas 1,682); „Reikia imtis priemonių, kad gydytojas ar slaugytojas, atliekantis sudėtingesnę procedūrą, gerai žinotų, kokios čia galimos klaidos“ (efektivumo koeficientas 1,599). Nė viena iš nagrinėjamų Priemonių nebuvo priskirta neveiksmingų Priemonių grupei.

28 lentelė. Ketvirtoji Priemonių grupė „Klaidos dėl nepakankamos veiklos kontrolės“

Priemonė	Efektivumo koeficientas
5. Siekiant išvengti procedūros atlikimo ne tam pacientui, kviečiamas pacientas patikrinamas (įsitikinama, ar tai tikrai tas pacientas) pagal du ar daugiau požymių (pvz., klausama ne tik jo pavardės, bet ir gimimo datos).	2,057
1. Reikia skatinti gydytojus ir slaugytojus, kartu atliekančius tam tikrą procedūrą, prižiūrėti vienas kito veiksmus, pastebėti ir atskleisti padarytas klaidas.	1,541
3. Suvedus duomenis apie paskirtą gydymą į kompiuterį, turi būti atliktas automatinis paskirto gydymo patikrinimas (dozės, vartojimo būdo, šalutinių ir alerginių reakcijų galimybės, paciento priklausymo rizikos grupėms, kt.).	0,994

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
2. Įstaigos medicinos auditas kartu su įstaigos gydytojais specialistais turi periodiškai peržiūrėti ir įvertinti gydytojo paskyrimų pagrįstumą.	0,924
6. Vaistinininkas įpareigojamas prieš išduodamas vaistus patikrinti gydytojo paskyrimą.	0,898
4. Gavę žodinį ar telefoninį potvarkį, slaugytojas ar vaistinininkas nedelsdami užrašo jį ir patikrinimo tikslu perskaito užrašytą tekstą pranešančiajam.	0,866

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš 6 šios grupės Priemonių 2 yra ypač veiksmingos: penktoji „*Siekiant išvengti procedūros atlikimo ne tam pacientui, kviečiamas pacientas patikrinamas (įsitikinama, ar tai tikrai tas pacientas) pagal du ar daugiau požymių (pvz., klausiamo ne tik jo pavardės, bet ir gimimo datos)*“ (efektyvumo koeficientas 2,057) ir pirmoji „*Reikia skatinti gydytojus ir slaugytojus, kartu atliekančius tam tikrą procedūrą, prižiūrėti vienas kito veiksmus, pastebėti ir atskleisti padarytas klaidas*“ (efektyvumo koeficientas 1,541).

Visos kitos Priemonės priskirtinos veiksmingoms ir pagal savo efektyvumo koeficiento dydį yra artimos ypač veiksmingų Priemonių lygiui.

29 lentelė. Penktoji Priemonių grupė „Galimybių padaryti klaidą sumažinimas“

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
2. Vaistų pavadinimai negali būti trumpinami.	2,127
8. Kiekvieno vartojamo vaisto pacientas gauna tik po vieną dozę. Neleidžiama palikti pacientui kelių vaisto dozių, jam pačiam pavedant išgerti kitas dozes reikiamu laiku.	1,987
4. Preparatai, kurių pavadinimai ar pakuotės panašūs ir kurie yra ligininės darbuotojų pripažinti keliančiais suklydimo pavojų, turi būti laikomi atskirai ir prie jų turi būti pridėtas įspėjimas dėl galimo supainiojimo.	1,904
10. Ant švirkštų su vaistais, paruoštų naudoti anestezijai, privalo būti etiketės su vaisto pavadinimu, jo koncentracija ir galiojimo laiku.	1,637
3. Neleidžiami nekonkretūs įrašai, paskyrimai – tokie, kaip „toliau vartoti tuos pačius vaistus“ arba „tęsti iki paguldymo į ligininę paskirtą gydymą“.	1,624
7. Kompiuterinės saugos programos, įvertinus paciento ir jo sveikatos duomenis, turėtų pateikti gydytojui įspėjimus dėl kontraindikacijų tam tikroms tyrimo ar gydymo procedūroms, vaistams, kt.	1,045
6. Ligininės vaistų sąrašė neturi būti kelių tapataus veikimo rūšinių (generinių) vaistų.	0,955
11. Kompiuterinė saugos programa neleidžia paskirti diagnostinės ar gydymo procedūros, vaisto, jeigu į sistemą nėra įvesti būtini paciento ir jo sveikatos būklės parametrai (paciento svoris, inkstų būklė ir pan.).	0,841

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
1. Sudaryti ir patvirtinti galinčių suklaidinti santrumpų, taip pat klaidinančių įrašų medicininėje dokumentacijoje sąrašus.	0,822
5. Jei yra panašiai atrodančių, panašaus pavadinimo vaistų, išsigyjami kito gamintojo kitaip atrodantys, neklaidinančio pavadinimo vaistai.	0,675
9. Kiekvienas prie paciento lovos esantis vaistas privalo būti su etikete, kurioje nurodytas vaisto pavadinimas, galiojimo laikas, paciento vardas ir pavardė, įstaigos pavadinimas.	0,344

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš 11 šios grupės Priemonių 6 priskirtinos ypač veiksmingų kategorijai. Ypač išsiskiria šiuo atžvilgiu pirmos trys Priemonės: antroji „*Vaistų pavadinimai negali būti trumpinami*“ (efektyvumo koeficientas 2,127), aštuntoji „*Kiekvieno vartojamo vaisto pacientas gauna tik po vieną dozę. Neleidžiama palikti pacientui kelių vaisto dozių, jam pačiam pavedant išgerti kitas dozes reikiamu laiku*“ (efektyvumo koeficientas 1,987) ir ketvirtoji „*Preparatai, kurių pavadinimai ar pakuotės panašūs ir kurie yra ligoninės darbuotojų pripažinti keliančiais suklydimo pavojų, turi būti laikomi atskirai ir prie jų turi būti pridėtas išpėjimas dėl galimo supainiojimo*“ (efektyvumo koeficientas 1,904).

30 lentelė. Šeštoji Priemonių grupė. „*Dėmesį blaškančių ir jį silpninančių veiksmų pašalinimas*“

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
8. Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti tvarkinga, ten neturi būti jokių pašalinių daiktų.	2,490
7. Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti gerai apšviesta, kad būtų aiškiai matomos vaistų etiketės.	2,459
4. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, būtina mažiausiai viena 15 minučių ir viena 30 minučių pertrauka per pamainą.	1,535
5. Ligoninėje turi būti tiek personalo, kad minėti reikalavimai nebūtų pažeidžiami dėl išaugusių susirgimų, atostogų, dalyvavimo mokymuose ir kitų darbo krūvio svyravimų.	1,096
3. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, poilsio pertraukos tarp pamainų negali būti trumpesnės nei 10 valandų.	1,064
6. Vieta, kur skiriami ar suvedami į kompiuterį duomenys apie vaistus, turi būti izoliuota ir netriukšminga.	0,981
2. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, jų darbo laikas negali viršyti 8 valandų per parą.	0,917
1. Dalindamas pacientams vaistus, slaugytojas užsideda „Saugos liemenę“ su užrašu ant nugaros „Netrukdyti“.	0,236

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Visos šios grupės priemonės yra veiksmingos. Dvi pirmos išsiskiria net ypač veiksmingų Priemonių grupėje. Tai aštuntoji „Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti tvarkinga, ten neturi būti jokių pašalinių daiktų“ (efektyvumo koeficientas 2,490) ir septintoji „Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti gerai apšviesta, kad būtų aiškiai matomos vaistų etiketės“ (efektyvumo koeficientas 2,459). Iš visų (8) šios grupės priemonių net 6 priklauso ypač veiksmingoms ir iš likusiųjų abi savo efektyvumu yra labai artimos ypač veiksmingoms.

31 lentelė. *Septintoji Priemonių grupė „Pacientų daromos klaidos ir jų prevencija“*

Priemonė	Efektyvumo koeficientas
2. Gydytojas, įsitikinęs, kad pacientas viską suprato, paprašo paciento pakartoti, kaip jis vartos vaistą, ar parodyti, kaip jis naudos gydymo prietaisą.	1,382
6. Išrašomiems iš ligoninės pacientams paaiškinama, kada ir kam jie turi skambinti, esant kokioms situacijoms ar iškilus neišskumams.	1,318
1. Skirdamas paskyrimus bei duodamas nurodymus pacientui, gydytojas nepasitenkina formaliu paciento atsakymu, kad šis suprato, bet kryptingais klausimais įsitikina, kad pacientas tikrai viską suprato.	1,274
4. Pacientai nuolat skatinami užduoti klausimus dėl gautų gydytojo paskyrimų bei nurodymų.	0,949
3. Pacientai aktyviai dalyvauja kontrolės procese, kad vaistas ligoninėje būtų paskirtas, operacija ar procedūra atlikta reikiamam pacientui. Tuo tikslu jie išmokomi rodyti identifikacinę apyrankę, paminėti savo vardą ir pavardę prieš vartodami vaistą ar gaudami kitą gydymą.	0,363
5. Vaistininkas turi dalyvauti apmokant kai kuriuos, išskirtinio dėmesio reikalaujančius pacientus (pvz., priklausančius didesnės rizikos grupei, gunančius didesnės rizikos vaistus, vartojančius penkis ir daugiau vaistų).	0,153

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Pusė šios grupės Priemonių (3) priklauso ypač veiksmingoms: antroji „Gydytojas, įsitikinęs, kad pacientas viską suprato, paprašo paciento pakartoti, kaip jis vartos vaistą ar parodyti, kaip jis naudos gydymo prietaisą“ (efektyvumo koeficientas 1,382), šeštoji „Išrašomiems iš ligoninės pacientams paaiškinama, kada ir kam jie turi skambinti esant kokioms situacijoms ar iškilus neišskumams“ (efektyvumo koeficientas 1,318), pirmoji „Skirdamas paskyrimus bei duodamas nurodymus pacientui, gydytojas nepasitenkina formaliu paciento atsakymu, kad šis suprato, bet kryptingais klausimais įsitikina, kad pacientas tikrai viską suprato“ (efektyvumo koeficientas 1,274).

Apibendrinami galime konstatuoti, kad:

1. Nemaža tirtų Priemonių dalis ypač aukšto efektyvumo. Šios Priemonės turėtų suvaidinti itin svarbų vaidmenį formuojant LRLI PSĮ valdymo Priemonių arsenalą.
2. Ypač svarbu, kad tokios, ypač aukšto efektyvumo Priemonės yra kiekvienoje tikslinėje Priemonių grupėje. Tai reiškia, kad turimos ypač veiksmingos Priemonės visiems disertacijoje nagrinėtiems PSĮ valdymo tikslams pasiekti.

3. Absoliuti dauguma kitų Priemonių taip pat yra veiksmingos. Galima teigti, kad jos naudotinos, esant specialioms sąlygoms (aplinkybėms), kuomet jos gali veiksmingai prisidėti prie siekiamų tikslų įgyvendinimo.
4. Tik kelios Priemonės priskirtinos neveiksmingų Priemonių grupei, jos turėtų būti įtraukiamos į atsarginių Priemonių sąrašą.

2. Priemonių svarbiausių statistinių charakteristikų nustatymas

Priemonių naudotojai nepakanka žinoti kiekvienos Priemonės vien efektyvumo vidurkį. Jam gali būti nemažiau svarbios kitos kiekvienos priemonės statistinės charakteristikos. Kiekviena jų gali būti naudinga tikslinant, kaip naudoti Priemonę, kokių papildomų veiksmų reikia imtis jos efektyvumui užtikrinti.

Dėl to apdorojant tyrimo duomenis, buvo gautas ne tik kiekvienos Priemonės efektyvumo bendras įvertinimas (vidurkis), bet ir paskaičiuoti papildomi rodikliai, pagal kuriuos Priemonių komplekso naudotojas gali tiksliau suvokti kiekvienos Priemonės įvertinimą:

1. *Vidurkis* atspindi Priemonės naudingumo ar jos įgyvendinamumo įvertinimą, kuriuos pateikė respondentai, vidurkį;
2. „95 proc. vidurkio pasikliautinas intervalas“ (PI): *apatinė ir viršutinė vidurkio ribos* – labai svarbi charakteristika, parodanti:
 - 2.1. Kiek tikėtina, kad bet kurioje kitoje LRLI naudingumo ar sunkumo įvertinimai būtų kiti, negu atlikto tyrimo rezultatai;
 - 2.2. Kiek kurios nors LRLI reikšmės gali skirtis nuo visų LRLI vidurkių. Pvz., jeigu 95 proc. pasikliautino intervalo ribos yra plačios, tai gali būti ženklas, kad yra platus šios Priemonės naudingumo ir įgyvendinamumo sunkumo įvertinimo „išsibarstymas“. Tai reiškia, kad disertacinio tyrimo gautos bendros visoms LRLI reprezentatyvios Priemonių charakteristikų reikšmės gali būti naudojamos tik orientaciniais tikslais. O tai reiškia, kad jų specifiškumą – pritaikomumą tam tikrai LRLI – reikia papildomai ištirti toje Ligoninėje atliekamais tyrimais.
3. *Mediana* atspindi požymio įvertinimo vidurinę (centrinę) reikšmę, kuri yra vienodu atstumu nutolusi ir nuo mažiausios, ir nuo didžiausios reikšmės. Jei mediana nelygi vidurkiui, tai reiškia, kad tam tikros tiriamos Priemonės charakteristikos pasiskirstymas nėra simetriškas, jos reikšmės yra „pasislinkusios“ į vieną ar kitą pusę.
4. *Variacijos rodiklis* ir *standartinio nukrypimo rodiklis* gali padėti Priemonių naudotojui susiorientuoti, kiek dažnai ir kiek stipriai Priemonės charakteristikos atskiroje LRLI gali skirtis nuo visų LRLI vidurkio.
5. Rodikliai *maksimalus vertinimas*, *minimalus vertinimas* ir *panaudoti vertinimai* parodo, kokius iš visų galimų vertinimų respondentai panaudojo įvertindami tam tikrą priemonę. Respondentams, vadovaujantis anketos klausimyno pildymo instrukcija, reikėjo pasirinkti vieną reikšmę iš penkių penkiabalėje vertinimo skalėje: nuo 1 balo (Priemonė vertinama kaip kenksminga) iki 5 balų (Priemonė vertinama kaip labai naudinga). Jeigu nė vienas respondentas nepanaudojo vertinimo 1 – kenksminga, tai *minimalus vertinimas* yra 2, *maksimalus* – 5 ir iš viso *panaudota vertinimų* – 4.
6. Rodiklio *kvantilių palyginimas* reikšmė yra orientacinė. Jei jo reikšmės viršija 2, tai gali būti duomenų „užteršimo“ ženklas, parodantis, kad tam tikra atsakymų dalis nebuvo pakankamai apgalvota, yra atsitiktinio pobūdžio.
7. *Vertinimų pasiskirstymo tolygumo koeficientas* tiksliau parodo, kiek vertinimai yra simetriški vidurkio atžvilgiu, tai yra, ar abipus vertinimo vidurkio jie yra pasiskirstę vie-

nodai (tolygiai). Jeigu šis koeficientas neigiamas, tai reiškia, kad vertinamųjų dydžių pasiskirstymas yra labiau pasislinkęs į kairę, jeigu teigiamas – tai į dešinę pusę nuo vidurkio. Laikoma, kad jeigu koeficiento reikšmė ≥ 1.0 , reiškia, kad vertinimų pasiskirstymas žymiai nukrypsta nuo simetrinio. Pavyzdžiui, jei tam tikros priemonės vertinimo vidurkis yra neaukštas, bet šių vertinimų pasiskirstymas yra nesimentriškas ir žymiai pasislinkęs aukštų vertinimų link, galima daryti išvadą, kad dauguma respondentų vertina ją aukštai. Nelabai aukštas vertinimų vidurkis susidarė vien dėl to, kad yra nedidelė, bet labai neigiamai vertinančių respondentų grupė. Tai gali reikšti, kad: 1) priemonė veiksminga ir ją galima naudoti; 2) reikia išaiškinti specifines priežastis, dėl kurių nedidelė dalis vertina neigiamai.

8. Vertinimų pasiskirstymo ekscesas (pakilimas) parodo, kiek „plokščias“ ar „iškilęs“ yra vertinimų, kuriuos pateikė respondentai, pasiskirstymas (Triola M., 2012):

Toks statistiniais metodais atliktas disertacinio tyrimo metu gautų vertinimų apibūdinimas sudarys galimybę patyrusiam tyrimo duomenų naudotojui tiksliau ir visapusiškiau įvertinti Priemonės, neapsiriboti tik labiausiai paplitusiais vertinimais, tokiais kaip vidurkis ir standartinis nuokrypis, o gauti detalesnę ir tikslesnę informaciją apie Priemonės, jų pritaikomumą LRLR poreikiams.

3. Sunkumų, su kuriais gali susidurti įvairių Priemonių įgyvendinimas, apibūdinimas.

Tiriamieji LRLR darbuotojai apibūdino kiekvienos Priemonės naudingumą, jos įgyvendinimo sunkumą bei labiausiai tikėtinus šių sunkumų šaltinius.

Priemonių įgyvendinimo *sunkumų* žymėjimas:

1. **D (Darbas)** – priemonė pareikalauja pernelyg daug papildomo darbo;
2. **S (Sąlygos)** – įstaigai trūksta priemonei įgyvendinti reikalingų sąlygų (įrangos, patalpų, specialistų);
3. **K (Kvalifikacija)** – priemonei taikyti būtina iš esmės tobulinti kvalifikaciją;
4. **T (Trukdys dirbti)** – priemonės taikymas blaškys gydytoją/slaugytoją, trukdys gerai atlikti pagrindinį darbą;
5. **B (Blogos pasekmės gydytojui, slaugytojui)** – priemonės įgyvendinimas gali turėti blogų (neigiamų) pasekmių gydytojui, slaugytojui (gali sumažėti atlygis, padidėti atsakomybė, gydytojas dažniau sulauks priekaištų, didelė tikimybė gauti administracinę nuobaudą ir kt.).

Kaip pavyzdį pateikiame pirmos Priemonių grupės ypač veiksmingos priemonės tikėtinus įgyvendinimo sunkumus, kuriuos nurodė LRLR darbuotojai (žr. 16 pav.).

Kaip jau minėta, ši Priemonė yra veiksmingiausia tarp visų pirmos grupės Priemonių. Jos efektyvumas 1,955. Tačiau, kaip parodo šios Priemonės sunkumų profilio analizė, įgyvendinant ją beveik trečdalis apklaustųjų tikisi tam tikrų sunkumų. Pirmiausia tai sunkumas **D (Darbas)** – priemonė pareikalauja pernelyg daug papildomo darbo. Galima manyti, kad tiriamieji iš savo praktikos gerai žino, kad pasirengimas bent kokiais veiklais, ypač užtikrinimas, kad visos būtinos priemonės būtų po ranka prieš atliekant tam tikrą veiksmą, gali užimti nemažai laiko ir iš esmės pailginti tai veiklai reikalingą laiką. Beveik tiek pat dažnai nurodomas sunkumas **S (Sąlygos)** – ligoninei trūksta Priemonei įgyvendinti reikalingų *sąlygų* (įrangos, patalpų, specialistų, kt.).

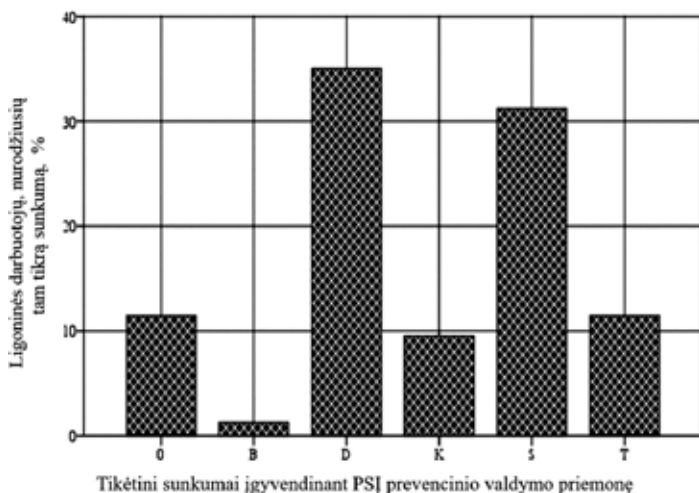
Manytina, kad taikant šią priemonę du svarbiausi sunkumai yra tarpiai susiję vienas su kitu. Pavyzdžiui, darbo vietoje esant kompiuterinei įrangai, kuri per kelias sekundes

gali pateikti gydytojui ar slaugytojui šią minutę reikiamą gydymo standartą, algoritmą ar instrukciją (S), iš esmės palengvina šios Priemonės įgyvendinimą (D), kadangi keliais kompiuterio klaviatūros paspaudimais būtų atliktas visas paruošiamasis darbas ir dėl to nereikėtų ilgesnio darbo, kad reikiami dokumentai būtų po ranka.

Panašūs „Sunkumų profiliai“ nustatyti kiekvienai iš tirtų Priemonių ir bus pateikti Priemonių komplekso vartotojui kartu su minėtomis efektyvumo, naudingumo, sunkumo charakteristikomis. Tai naudotojui sudarys galimybę pasirenkant Priemonę iš karto numatyti ir labiausiai tikėtinus sunkumus bei imtis atitinkamų priemonių šiems sunkumams įveikti.

Sunkumai, su kuriais susiduriama LRLI įgyvendinant Priemonės, yra sudėtingos struktūros ir susiję su įvairiais Ligoninės veiklos ypatumais ir sąlygomis.

Tuo būdu kiekybinis tyrimas davė rezultatus, kurie patvirtina disertacijos pirmąjį ginamąjį teiginį, dėl būtinybės pereiti nuo šiuo metu plačiai diegiamos nacionaliniu lygiu vienašios orientacijos į įvykusių PSĮ pranešimo (registravimo) sistemas prie *integruotos* PSĮ valdymo sistemos, kuri remiasi mechanizmu, sudarančiu galimybę iš Priemonių komplekso atrinkti ir taikyti veiksmingiausias Priemonės. Kiekybinis tyrimas pateikė svarbius duomenis šiam teiginiui patvirtinti, nes tyrimas atskleidė aukštą įtrauktiną į šį Priemonių kompleksą Priemonių efektyvumą.



16 pav. Sunkumų profilis, įgyvendinant Priemonę „Reikia užtikrinti, kad visi darbe reikalingi protokolai, nurodymai, standartai, kontroliniai sąrašai visada būtų po ranka, tai yra, būtų randami per kelias sekundes“

Šaltinis: sudarytas darbo autoriaus.

3.1.2. Antrasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys

Antrasis ginamasis teiginys: „Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, aktyviau diegiamos NĮ pranešimo (registravimo) sistemos turi būti pertvarkytos į *vientisas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias šių įvykių išaiškinimą, analizę, reagavimą ir prevenciją.“

Šis teiginys disertacijoje pagrindžiamas nagrinėjant įvairius šiuo metu taikomus PSĮ išaiškinimo, analizės ir reagavimo metodus, kiekvieno iš jų privalumus ir trūkumus. Ši analizė parodė, kad PSĮ išaiškinimo, analizės ir reagavimo sistema, kuri remiasi tik vienu, ar keliais metodais (kurie dažniausiai yra parenkami be tinkamo pagrindo), pasižymi nepakankamumu, tai yra, didelė dalis PSĮ lieka neišaiškinti, jiems netaikomos prevencinės priemonės, iš jų nesimokoma.

Tyrimo metu buvo tikslinamas *pranešinėjimo* skatinimo priemonių efektyvumas ir apribojimai. Taip pat buvo tiriamos PSĮ išaiškinimo priemonės, kurios, skirtingai nei PSĮ pranešinėjimo priemonės, *nukreiptos į ateitį* (yra proaktyvios), ir kuriomis siekiama iš anksto numatyti potencialius PSĮ, kol jie dar neįvyko ir nesukėlė žalos.

32 lentelė. Pranešinėjimas ir Priemonių jam patobulinti efektyvumas

Pranešinėjimo priemonės	Efektyvumo koeficientas
7. Darbuotojams turi būti labai gerai paaiškinta, kas laikoma ir kas nelaikoma klaida, apie kokius įvykius jie turi pranešti.	1,522
6. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė rimtą klaidą, jų kolegos teikia jiems emocinę paramą.	1,408
1. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė klaidą, bet nedelsdami apie ją pranešė, jiems negali būti skiriamos jokios drausminės nuobaudos, išskyrus atvejus, kai klaida yra tyčinė ar padaryta dėl akivaizdaus itin didelio nerūpestingumo, aplaidaus elgesio.	1,318
3. Jei gydytojas ar slaugytojas pranešė apie savo padarytą klaidą, ši klaida negali būti įtraukiama į jo veiklos metinį vertinimą, vertinant kvalifikaciją ar asmeninius bruožus.	1,172
4. Gydytojo ar slaugytojo praneštos klaidos negali būti panaudotos palyginant juos pačius tarpusavyje, jų skyrių ar įstaigą su kitais.	1,096
12. Ligoninės vadovybė ir administracija nuolat primena gydytojams ir slaugytojams būtinybę pranešti apie padarytas gydymo, vaistų skyrimo, slaugos ir kitas klaidas, įvykusius pacientų saugos įvykius.	1,038
11. Darbuotojai, kurie praneša apie padarytas klaidas, įvykusius pacientų saugos įvykius, gauna grįžtamąją informaciją apie tai, kaip buvo nagrinėjamos šių klaidų priežastys ir kokių priemonių imtasi joms išvengti.	1,019
8. Darbuotojams turi būti labai gerai paaiškinta, kad reikia pranešti ne tik apie klaidas, kurios padarė žalą pacientui, bet ir apie tas, kurios galėjo ją padaryti, tačiau laiku buvo pastebėtos ar nepadarė žalos tik dėl atsiktikimumo.	1,006
2. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė klaidą ir pacientas patyrė tam tikrą žalą, apie tai atvirai kalbamas su pacientu ir jo šeimos nariais.	0,917
10. Įvykiai, kurie galėjo padaryti žalą, bet nepadarė, nagrinėjami taip pat nuodugniai, kaip tie, kurie padarė žalą.	0,758

Pranešėjimo priemonės	Efektyvumo koeficientas
5. Nuolat anonimiškai tikrinama, ar darbuotojai bijo pranešti apie klaidas ir pacientų saugos įvykius.	0,268
9. Darbuotojas, kuris padarė klaidą, lėmusią esminę žalą ir sukėlusią nepageidaujamą įvykį, yra įtraukiamas į svarbiausių priežasčių analizės (angl. <i>Root Cause Analysis</i>) procesą, siekiant išsiaiškinti svarbiausias įvykio priežastis.	0,255

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš lentelėje pateiktų duomenų analizės matyti neabejotinas PSĮ pranešėjimo ir Priemonių jam tobulinti efektyvumas. Iš 12 Priemonių, 8 efektyvumo koeficientas buvo $\geq 1,0$. Keturios likusios Priemonės irgi pakankamai veiksmingos.

Tačiau nėra pagrindo išskirti PSĮ pranešėjimo metodus iš visų kitų, tikintis, kad jų efektyvumas tiek aukštas, kad darytų visų kitų priemonių naudojimą pertekliniu. Apklausos rezultatų statistinis apdorojimas patvirtino nurodytą PSĮ pranešėjimo metodo ribotumą. Jos metu respondentai apibūdino įvairių PSĮ pranešėjimo mastą (pvz., respondentai buvo klausiami, kiek procentų sudaro PSĮ, apie kuriuos nepranešama).

33 lentelė. PSĮ, apie kuriuos nepranešama, procentas

PSĮ, apie kuriuos nepranešama	PSĮ, apie kuriuos nepranešama, proc. nuo visų PSĮ	Pasikliautino intervalo (PI) žemutinė 95 proc. riba	Pasikliautino intervalo (PI) viršutinė 95 proc. riba
1. Įvykiai, dėl kurių patys gydytojai ar slaugytojai žino, kad ateityje gali jų išvengti.	61,2	55,0	67,3
2. Įvykiai, kurie taip dažnai nutinka, kad tapo įprastu, kasdieniu dalyku.	59,5	52,3	66,8
3. Įvykiai, apie kuriuos ir kiti gydytojai, ir slaugytojai niekam nepraneša.	56,9	49,8	64,1
4. Įvykiai, kurie neturėjo blogų pasekmių (rezultatų) pacientui.	71,82	65,6	78,2
5. Įvykiai, dėl kurių niekas nepareišė pretenzijų, skundų.	65,2	59,0	71,2
6. Įvykiai, kurie turėjo blogų pasekmių, bet jos buvo nuslėptos (neįformintos medicininėje dokumentacijoje, apie jas nebuvo informuoti kiti gydytojai, slaugytojai, įstaigos administracija).	52,3	44,6	60,0
7. Jei pranešimas galėtų sukelti problemų pačiam gydytojui, slaugytojui.	62,9	56,1	69,9
8. Jei pranešimas galėtų sukelti problemų gydytojo vadovui ar sveikatos priežiūros įstaigai.	55,1	47,8	62,5

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Iš atsakymų rezultatų analizės matyti, kad yra PSĮ, apie kurių didelę dalį nepranešama. Tyrimo metu buvo išaiškinti nauji veiksniai, kurie lemia LRLD darbuotojų susilaikymą nuo pranešėjimo. Buvo išaiškintas respondentų „subjektyvus PSĮ pranešėjimo sistemos suvokimo“ reiškinys. Paaiškėjo, kad toje pačioje LRLD dirbantys respondentai apibūdino PSĮ pranešėjimo sistemą labai skirtingai ir šių skirtingų apibūdinimų spektras toje pačioje įstaigoje tęsiasi nuo teiginio, kad „PSĮ registracija visiškai nevyksta“ iki teiginio, kad „PSĮ registracija vyksta labai aktyviai“. Tyrimas parodė tamprų ryšį tarp atskirų respondentų subjektyvus PSĮ pranešėjimo sistemos suvokimo (tai yra, respondento įsivaizdavimo savo įstaigos registracijos sistemos) ir jų aktyvumo pranešėjančiam PSĮ. Respondentai, kurie patys aktyviai pranešė, linkę tikėti, kad įstaigos pranešėjimo sistema aktyviai veikia. Nepranešėjančių nuomonė priešinga.

Iš disertacijoje atliktos teorinės analizės matyti, kad kompleksinė įvairių metodų (išaiškinimo, analizės ir reagavimo) integracija sudaro galimybę iš esmės pagerinti PSĮ valdymą, atitinkamai ir jų prevencijos veiksmingumą. Pažymėtina, kad svarbiausias tokios integracijos pagrindas – sujungimas metodų, kurie skiriasi pagal kryptingumą, reaguojant į:

1. *Įvykusius* ir tik dabar išaiškėjusius PSĮ.
2. *Šiuo metu vykstančius ar nuolat besikartojančius* PSĮ.
3. Galimai *įvyksiančius* (prognozuojamus) PSĮ.

Užtikrinant tokio *integralaus* (jungiančio retrospektyvinius, reaktyvius ir perspektyvinius PSĮ valdymo metodus ir priemones) požiūrio į PS ir PSĮ valdymą efektyvų įgyvendinimą, būtina į PSĮ išaiškinimo, analizės ir reagavimo sistemą įtraukti veiksmingas priemones ir kitus instrumentus, kurie užtikrintų kiekvienos iš PS intervencijos veiksmingumą visomis minėtomis kryptimis. Įgyvendinant šį teiginį, tyrimo metu buvo įvertintos *proaktyvios (perspektyvinės)*, orientuotos į ateitį Priemonės, skirtos potencialiems, galimai įvyksiantiems PSĮ išaiškinti. Šios Priemonės ir jų charakteristikos pateikiamos apklausos anketos 8 skyriuje. Tyrimo rezultatai rodo, kad respondentai pakankamai aukštai įvertino proaktyvus PSĮ išaiškinimo Priemonių efektyvumą. Kaip veiksmingiausių (efektyvumas – 1,268) respondentai nurodė Priemonę „*Įstaigoje periodiškai peržiūrimi ir aptariami gydymo standartai, protokolai, nurodymai*“, tai parodo, kad respondentai suvokia gydymo metodikų, standartų ir algoritmų svarbą užtikrinant PS Ligoninėje ir nemano, kad šie dokumentai – tik biurokratinė našta ir neprideda prie PS ir SP kokybės gerinimo.

Aukšti yra ir kitų proaktyvių Priemonių įvertinimai: priemonė „*Speciali įstaigos darbuotojų grupė, į kurią įeina gydytojai, slaugytojai, vaistinininkai, vadovybės atstovai, reguliariai aptaria, kas įstaigoje sukelia didžiausią klaidų pavojų, aptarinėja šių pavojų priežastis*“ (efektyvumas 0,945); priemonė „*Įstaigoje reguliariai tikrinama medicininė dokumentacija tikslu nustatyti nepageidaujamus atvejus, kurie galėjo nutikti dėl padarytų klaidų, ir taip bandoma nustatyti, kiek ir kokių klaidų daroma įstaigoje*“ (efektyvumas 0,945).

Mažiausias (nors irgi pakankamai aukštas) yra įvertinimas priemonės, skirtos išaiškinti Lietuvos ir užsienio šalių patirtį, nagrinėjant ir prognozuojant PSĮ, perėmimą (Priemonių grupė „*Galimų klaidų numatymas*“, priemonės pavadinimas „*Ši darbuotojų grupė nagrinėja klaidas, kurios padaromos kitose Lietuvos ir užsienio medicinos įstaigose ir įvertina, ar yra tokių klaidų pavojus šioje ligoninėje*“) (efektyvumas 0,709).

Įdomi proaktyvių Priemonių įvertinimo ypatybė – aukšti *sunkumų* įgyvendinant šias Priemones įvertinimai:

1. Pirmaujančios pagal efektyvumą priemonės „*Ligoninėje periodiškai peržiūrimi ir aptariami diagnostikos, gydymo ir slaugos standartai, protokolai, algoritmai, instrukcijos, kiti*

sveikatinimo veiklą reglamentuojantys dokumentai, aptariama, kur praktinėje veikloje nukrypstama nuo jų ir kokius pavojus pacientų saugai tai kelia“ sunkumas įvertintas 2,61 ir yra vienas aukščiausių šioje grupėje.

2. Priemonės „Speciali įstaigos darbuotojų grupė, kurią sudaro gydytojai, slaugytojai, vaistininkas, įstaigos administracijos atstovai reguliariai aptaria, kas ligoninėje kelia didžiausią klaidų pavojų, kokios galimos klaidos, jų priežastys“ (sunkumas – 2,63).
3. Priemonės „Ligoninėje reguliariai tikrinama medicininė dokumentacija tikslu identifikuoti pacientų saugos įvykius, kurie galėjo įvykti ar įvyko dėl padarytų klaidų, ir taip bandoma nustatyti, kiek ir kokių klaidų daroma įstaigoje“ (sunkumas – 2,65).

Taigi tyrimo duomenys patvirtina proaktyvių Priemonių:

1. Didelį efektyvumą, užtikrinant būsimų, dar neįvykusių, bet galimai įvyksiančių PSĮ numatymą, išaiškinimą ir jų prevenciją.
2. Reikšmingus įgyvendinimo sunkumus, su kuriais, tikėtina, susidurs ir kuriuos reikės įveikti diegiant prevencines Priemones potencialiems PSĮ išaiškinti, jų rizikai tapti PSĮ ir sukeltai žalai minimizuoti.

Tačiau įvertinant didesnę proaktyvių priemonių įgyvendinimo sunkumą, turime atsižvelgti ir į tą aplinkybę, kad jų panaudojimas leidžia išpėti būsimus PSĮ ir jų išvengti, taip išvengiant ir žalos. Kai tuo tarpu retroaktyvus reagavimas į jau įvykusius PSĮ leidžia geriausiai atveju šių žalą *kažkiek sumažinti*. Dėl šios priežasties, nors ir proaktyvių PSĮ valdymo priemonių įgyvendinimas Ligoninėje gali susidurti su didesniais sunkumais, lyginant su retroaktyvių priemonių įgyvendinimu, jis yra būtinas, nes leidžia išvengti NĮ ir jų sukeltos žalos, o ne tik kovoti su pasekmėmis.

Apibendrinant galima teigti, kad tyrimas pateikė svarbius duomenis, pagrindžiančius disertacijoje ginamą teiginį apie būtinybę pereiti nuo šiuo metu labiausiai paplitusios praešinėjimo sistemos, nukreiptos į jau įvykusius PSĮ prie *kompleksinės integruotos* sistemos, besiremiančios retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų ir technikų bei priemonių integracija.

3.1.3. Trečiasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys

Trečiasis ginamasis teiginys: „Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėje, tikslinga diegti ir plėtoti *darnią* PSĮ valdymo sistemą, jungiančią įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones, bei integruoti šią sistemą į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, prisidedant *prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo*.“

Šiam teiginiui patvirtinti buvo vertinamos dvi tarpusavyje susijusios veiksmų grupės:

1. *Sunkumai*, kurie kyla įgyvendinant LRLI Priemones. Šiems sunkumams iširti buvo panaudoti respondentų vertinimai sunkumų, su kuriais jie susidurtę įgyvendinant kiekvieną tirtą Priemonę;
2. *Įstaigos (LRLI) vadybinės-organizacinės charakteristikos*, kurios gali daryti poveikį PSĮ valdymo (PSĮ išaiškinimo, analizės ir prevencijos) sistemai. Respondentų pateikti svarbiausių jų Ligoninės veiklos aspektų įvertinimai, taip pat jų nuomonė apie veiksmus, kurie gali daryti įtaką PSĮ valdymo (PSĮ išaiškinimo, analizės ir prevencijos) sistemos efektyvumui. Tiriant šiuos veiksmus buvo panaudoti tiriamų LRLI darbuotojų įvairių savo įstaigos veiklos aspektų vertinimai.

Šis ryšys toliau bus nagrinėjamas dviem etapais:

1. Pirmajame etape bus tiriamas bendras svarbiausių LRLI vadybinių-organizacinių charakteristikų poveikis *visų Priemonių* įgyvendinimo sunkumui.
2. Antrajame etape bus tiriamas tų pačių charakteristikų ryšys priklausomai nuo *atskirų Priemonių* ar *Priemonių grupės* ypatumų.

Svarbiausių įstaigos vadybinių-organizacinių ypatumų poveikis įgyvendinant Priemones

Svarbiausių įstaigos vadybinių-organizacinių ypatumų poveikiui įgyvendinant Priemones įvertinti buvo panaudoti apklaustų ligoninių darbuotojų atsakymai į klausimus: „Nuo ko priklauso, ar darbuotojai (gydytojai, slaugytojai) *siekia* gerinti pacientų saugą“ ir „Nuo ko priklauso, ar darbuotojai (gydytojai, slaugytojai) *gali* gerinti pacientų saugą“.

Buvo vadovaujamas prielaida, kad Ligoninės vadybiniai-organizaciniai ypatumai padaro poveikį taikant Priemones, pirmiausia užtikrinant darbuotojų, nuo kurių veiksmų PS tiesiogiai priklauso, *siekį* ir *galimybę* gerinti PS (žr. 33, 34 lenteles). Statistiškai apdorojant gautus atsakymus, buvo apskaičiuoti vidurkiai ir jų pasisklidimo intervalai, o taip pat patikrintas jų atsakymų pasiskirstymo atitikimas normaliajam pasiskirstymui. Skaičiavimai atlikti naudojant SPSS-17 statistinių programų paketą.

Atsakydami į šiuos klausimus, ligoninių darbuotojai vertino *siekį* ir *galimybes* gerinti PS, įvertindami poveikį jiems tokių Ligoninės veiklos organizavimo aspektų, kaip: darbo apmokėjimas, darbuotojų nuostatos (moralė, pasiaukojimas, atsakomybės jausmas), darbo organizavimas, darbuotojo ir vadovybės santykiai ir kt. (žr. 34, 35 lenteles). Šių Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų svarba buvo vertinama penkių balų sistema (nuo „visiškai nepriklauso“ 1 balas iki „tik nuo to ir priklauso“ – 5 balai).

34 lentelė. Darbuotojų *siekio gerinti PS priklausomybė nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų*

Nuo ko priklauso, ar Ligoninės darbuotojai <i>siekia</i> gerinti PS	Vertinimo vidurkis	Pasisklidimo intervalo (PI) viršutinė 95 proc. riba	Pasisklidimo intervalo (PI) žemutinė 95 proc. riba
1. Nuo uždarbio.	2,04	2,23	1,85
2. Nuo paties darbuotojo pasiaukojimo, jo atsakomybės jausmo, entuziazmo.	3,18	3,27	3,09
3. Nuo darbo organizavimo (ritmiškumo, didelės darbo apimtys kaitos).	2,90	3,00	2,81
4. Nuo darbuotojo ir vadovybės santykių.	2,45	2,60	2,30
5. Nuo vadovybės veiksmų išaiškinant pacientų saugos reikšmę.	2,60	2,72	2,47
6. Nuo viso įstaigos kolektyvo požiūrio į pacientų saugą.	2,96	3,07	2,86
7. Nuo pačių pacientų požiūrio į pacientų saugą.	2,77	2,89	2,65

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

35 lentelė. Darbuotojų galimybių gerinti PS priklausomybė nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų

Nuo ko priklauso, ar Ligoninės darbuotojai gali gerinti PS	Vertinimo vidurkis	Pasikliautino intervalo (PI) viršutinė 95 proc. riba	Pasikliautino intervalo (PI) žemutinė 95 proc. riba
1. Darbo krūvio.	2,96	3,07	2,86
2. Darbo organizavimo (ritmiškumo, didelės darbo apimties kaitos).	2,84	2,94	2,74
3. Nuo paties darbuotojo sugebėjimo gerai organizuoti savo darbą.	2,92	3,02	2,83
4. Galimybės laiku atlikti reikiamus pacientui tyrimus savo įstaigoje.	2,83	2,93	2,73
5. Galimybės laiku atlikti reikiamus pacientui tyrimus kitose sveikatos priežiūros įstaigose.	2,60	2,71	2,49
6. Ligoninės darbuotojų noro padėti vienas kitam, palaikymo.	2,85	2,95	2,76
7. Nuo pačių pacientų požiūrio.	2,67	2,78	2,56

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Atliktas LRL darbuotojų *siekio* ir *galimybių* pagerinti PS priklausomybės nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų tyrimas atskleidė dvi svarbias aplinkybes:

1. *Daugybinė (kompleksinė) darbuotojų siekio ir galimybių užtikrinti PS determinacija*. Ir vienu, ir kitu atveju matoma priklausomybė nuo visų vertinamų veiksnių. Skirtumai veiksnių, kuriems apklausti darbuotojai skyrė didžiausią reikšmę, ir tų, kuriems mažiausią, yra nedideli: darbuotojų *siekio* atveju šis skirtumas sudaro 1,14 (3,18–2,04), o darbuotojų *gebėjimo* užtikrinti PS šis skirtumas yra ypač mažas – tik 0,38 (2,96–2,60).

Taigi Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų įtaka darbuotojų *siekiui* ir *galėjimui* užtikrinti PS yra itin kompleksinis reiškinys, tai yra, nėra vienintelio ar kelių svarbiausių veiksnių, kurie darytų lemiamą poveikį – svarbus yra visi. Tai suponuoja išvadą, kad PS gerinimo veiksmingumą lemia PSĮ valdymo priemonių kompleksiskumas.

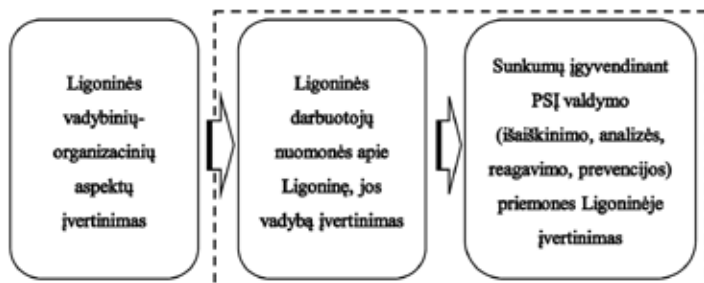
2. Nors visų veiksnių poveikis darbuotojo *siekiui* ir *gebėjimui* gerinti PS yra maždaug vienodas, visgi randame santykinius skirtumus tarp kai kurių veiksnių. Tyrimas atskleidė, kad kai kurių įstaigų vadybinių-organizacinių charakteristikų reikšmė yra, palyginti, didesnė nei kitų. Pavyzdžiui, užtikrinant darbuotojų *siekį* gerinti PS, kaip didesnės svarbos sąlyga nurodoma vidinė darbuotojų motyvacija („Nuo paties darbuotojo pasiaukojimo, jo atsakomybės jausmo, entuziazmo“) bei bendros PS kultūros Ligoninėje lygmens („Nuo viso įstaigos kolektyvo požiūrio į pacientų saugą“).

Svarbiausių Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų poveikis Priemonių įgyvendinimo sunkumams.

Svarbu įvertinti ryšį tarp Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir atskirų Priemonių bei Priemonių grupių įgyvendinimo sunkumų.

Nagrinęjant abi veiksnių grupes, siekiama išaiškinti jų tarpusavio sąsajas. Iškelta prielaida, kad tyrimas sudarys galimybę išaiškinti tiek ryšius tarp LRL vadybinių-organiza-

cinių aspektų ir sunkumų įgyvendinant Priemonės (žr. 17 pav.), tiek šių ryšių struktūrą, jiems tarpininkaujantį veiksnį („tiltus“).



17 pav. Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ryšiai su sunkumais, įgyvendinant PSĮ valdymo priemones
Šaltinis: sudarytas darbo autoriaus.

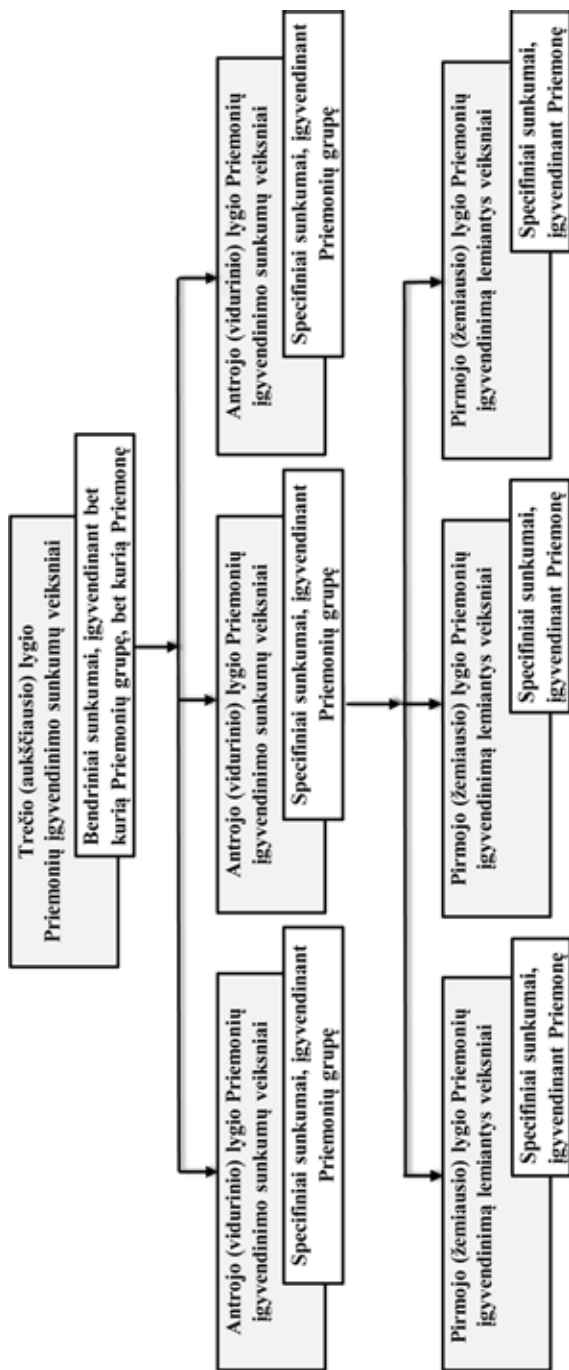
Sunkumų, su kuriais susiduriama įgyvendinant LRLP Priemonės, struktūra.

Nagrinėjant sunkumus, su kuriais galima susidurti įgyvendinant kiekvieną nagrinėjamą Priemonę, vadovautasi prielaida, kad šie sunkumai gali būti suskirstomi į tris lygius (žr. 18 pav.):

1. *Pirmasis (žemiausias) lygis – specifiniai tam tikros Priemonės įgyvendinimo sunkumai.* Kiekviena iš tirtų Priemonių numato savo, tik jai būdingus ir nuo visų kitų Priemonių skirtingus veiksmus. Todėl ir sunkumai, kuriuos tenka įveikti, įgyvendinant tam tikrą Priemonę, gali skirtis nuo kitų Priemonių įgyvendinimo sunkumų.
2. *Antrasis (vidurinis) lygis – specifiniai Priemonių grupės įgyvendinimo sunkumai (bendri visoms atskiros grupės Priemonėms sunkumai).* Atsižvelgiant į tai, kad tyrime Priemonės sugrupuotos pagal jų įgyvendinimo sunkumą, kurį darbuotojui tenka įveikti, taikant tam tikros grupės Priemonės, (žr. disertacijos 2 dalies 3 skyrių), sunkumai, kylantys taikant atskiros grupės Priemonės, turėtų būti panašūs – visų jų pagrindas turėtų būti bendras.
3. *Trečiasis (aukščiausias) lygis – nespecifiniai nei tam tikros Priemonės, nei tam tikros Priemonių grupės sunkumai.* Tai bendriniai sunkumai, kurie išskyla įgyvendinant bet kurios Priemonių grupės Priemonės (ar bet kurią Priemonę bet kurioje Priemonių grupėje). Mat, įgyvendinant bet kokią Priemonę, kyla daug panašių, ypač vadybinių-organizacinių sunkumų. Iš tikrųjų, kokia bebūtų PSĮ priemonė, jai įgyvendinti visada reikia rasti reikiamus resursus (laiką, įrangą), organizuoti atitinkamą darbuotojų apmokymą ir pan. Šie sunkumai kyla visais atvejais, nepriklausomai nuo pačios Priemonės ar grupės, kuriai ji priklauso ypatumų. Dėl to galima manyti, kad sunkumai, su kuriais susiduriama įgyvendinant visas tirtas Priemonės, tam tikru laipsniu yra identiški, tai yra, taip pat jiems būdingas tam tikras bendras pagrindas.

Taigi manytina, kad ryšiai tarp sunkumų, kylančių įgyvendinant Priemonės ir Ligoninės vadybinių-organizacinių aspektų veikia visais lygiais (žr. 18 pav.).

Pirma, galima tikėtis tamprų ryšių tarp Ligoninės vadybinių-organizacinių ypatybių ir Priemonių įgyvendinimo bendrųjų sunkumų. Kaip minėta, Priemonės įgyvendinimo procesas kelia daug panašių vadybinių-organizacinių reikalavimų. Taigi, įstaigos sugebėjimas spręsti iš tų reikalavimų kylančias problemas tikrai gali būti susijęs su jos vadybinėmis-or-



18 pav. Sunkumų lygiai įgyvendinant PSĮ valdymo (išaiskinimo, analizės ir reagavimo) Priemonės Ligoninėje
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

ganizacinėmis ypatybėmis, su tuo, kiek SP įstaiga sugeba spręsti savo vadybines-organizacines problemas. Pavyzdžiui, galima manyti, kad kuo geresnė Ligoninėje vadyba, tuo sėkmingiau bus įveikiami sunkumai, kurie kils organizuojant bet kurių Priemonių įgyvendinimą.

Antra, galima tikėtis Ligoninės vadybinių-organizacinių ypatybių ir antro lygio sunkumų tarprių ryšių, tai yra, sunkumų, kurie yra būdingi *įgyvendinant atskirą Priemonių grupę*.

Trečia, galima tikėtis tarprių ryšių tarp Ligoninės vadybinių-organizacinių ypatybių ir atskirų Priemonių įgyvendinimo sunkumų. Kiekviena organizacija susiduria su įvairiausiomis savo veiklos problemomis, galinčiomis daryti įtaką tam tikros Priemonės įgyvendinimui.

Minėtoms prielaidoms patikrinti pirmiausia reikia rasti būdą išaiškinti aukščiausio (būdingus visoms Priemonėms) ir vidutinio (būdingų kiekvienai atskirai Priemonių grupei) lygio sunkumus. Tai leis iširti ryšius tarp kiekvieno lygio sunkumų ir Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.

Aukščiausio (trečiojo) ir vidurinio (antrojo) lygių latentinių veiksnių, lemiančių Priemonių įgyvendinimo sunkumus, identifikavimas.

Iš atlikto empirinio tyrimo respondentų apklausos rezultatų galima spręsti apie konkrečių Priemonių, tai yra, *pirmo lygio (konkrečioms Priemonėms specifinius)* įgyvendinimo sunkumus LRL.

Dviejų aukštesnių lygių (*antro lygio* – konkrečioms Priemonių grupėms specifinių ir *trečio lygio* – nespecifinių nei konkrečiai Priemonei, nei konkrečiai Priemonių grupei) sunkumams nustatyti apdorojant apklausos medžiagą buvo atlikta respondentų vertinimų pirminė ir, vėliau, antrinė *faktorinė analizė pagrindinės komponentės metodu* (žr. „Priemonių įgyvendinimo veiksnių struktūros tyrimas“).

Šiuo tikslu buvo atlikta kiekvienos Priemonių grupės *pirminė faktorinė analizė SPSS 17 programa Dimension reduction*. Išaiškinant bendrą kiekvienos atskiros Priemonių grupės įgyvendinimo sunkumą, SPSS-17 programa buvo apskaičiuotos kiekvienos atskiros Priemonių grupės Priemonių įgyvendinimo sunkumo savitarpio koreliacijos ir jų pagrindu kiekvienai Priemonių grupei nustatytas latentinis faktorius, kuris galėjo sukelti ieškomus koreliacinius ryšius.

Iškelta prielaida, kad kiekvienoje Priemonių grupėje gali būti išaiškintas latentinis (tiesiogiai nestebimas) veiksnys, kuris paaiškina pakankamai didelę tos Priemonių grupės visų Priemonių įgyvendinimo sunkumų koreliacijų dalį (IDRE, 2015). Latentinio veiksnio poveikio dydį tam tikros Priemonių grupės įgyvendinimo sunkumui SPSS programa įvertino procentiniu dydžiu.

Jei šis procentinis dydis būtų 100 proc., reikštų, kad išaiškintas latentinis veiksnys yra vienintelis ir paaiškina visus ryšius tarp visų tiriamos Priemonių grupės Priemonių įgyvendinimo sunkumo. Kitaip tariant, tai reikštų, kad koreliaciniai ryšiai tarp šios Priemonių grupės visų Priemonių įgyvendinimo sunkumų stebimi tik dėl to, kad visus šiuos sunkumus sukelia vienas, visiems bendras, latentinis veiksnys (IDRE, 2015). O jei skaičiavimai parodytų, kad latentinis veiksnys paaiškina 0 proc. koreliacijų tarp Priemonių įgyvendinimo sunkumų, reikštų, kad Priemonių įgyvendinimo sunkumai yra susiję vienas su kitu tiesiogiai ir šio ryšio nesukelia joks kitas (-i) paslėptas (-i) reiškinys (-iai).

Atliktų skaičiavimų rezultatai patvirtino minėtą prielaidą. Faktorinė analizė padėjo identifikuoti latentinius veiksnius, kurie paaiškina didelę (nuo 34 proc. iki 45 proc.) kiekvienos grupės veiksnių koreliacijų dalį.

Pirminės faktorinės analizės metodu buvo identifikuoti 7 antrojo (vidurinio) lygio latentiniai veiksniai (žr. 36 lentelę).

36 lentelė. Antrojo (vidurinio) lygio latentiniai veiksniai, išaiškinti pirminės faktorinės analizės metodu

Antrojo (vidurinio) lygio latentiniai veiksniai*	Korelacijų dalis, kurią paaiškina latentinis veiksnys, proc.
1. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „klaidų priimant sudėtingus sprendimus“ prevenciją.	34,5
2. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „klaidų dėl nepakankamai atidaus darbo“ prevenciją.	36,7
3. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „dėl pamiršimo kilusių klaidų“ prevenciją.	45,3
4. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „klaidų dėl nepakankamos veiklos kontrolės“ prevenciją.	44,4
5. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „galimybės padaryti klaidą sumažinti“ įgyvendinimą.	41,9
6. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „dėmesį blaškantiems veiksniams pašalinti“ įgyvendinimą.	43,7
7. Latentinis veiksnys, apsunkinantis visų priemonių „pacientų daromų klaidų prevencijai“ įgyvendinimą.	61,7

Pastaba: * – išaiškinti latentiniai veiksniai (po vieną kiekvienai Priemonių grupei specifinį veiksnių, lemiantį bendrą tos Priemonių grupės Priemonių įgyvendinimo sunkumą) įvardijami abstrakčiai, nesant galimybės juos konkretizuoti, tiksliai įvardyti.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

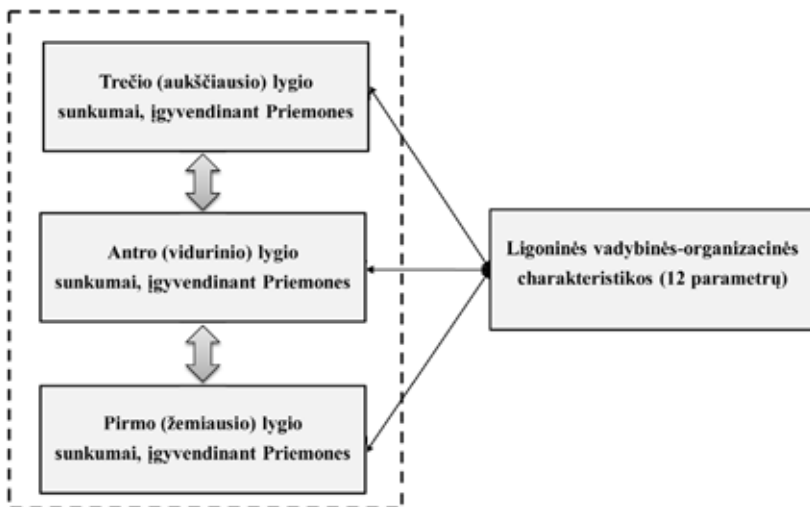
Pirminės faktorinės analizės metodu identifikuoti šiuos septynis antrojo (vidurinio) lygio latentinius veiksnius, buvo atlikta šių latentinių veiksnių *antrinė faktorinė analizė* siekiant *identifikuoti pagrindinį (esminį) trečiojo (aukščiausio) lygio latentinį veiksnių*.

Atlikta antrinė faktorinė analizė:

1. Patvirtino *trečiojo (aukščiausio) lygio*, tai yra, bendrinio (visoms Priemonių grupėms, kartu ir į jas įeinančioms Priemonėms), visų Priemonių grupių įgyvendinimo sunkumus bendrojo *latentinio faktoriaus* egzistavimą;
2. Atskleidė šio *trečiojo (aukščiausio) lygio latentinio faktoriaus* svarbų vaidmenį, lemiantį visų Priemonių įgyvendinimo sunkumus. Šis latentinis veiksnys paaiškina net 58,3 proc. korelacijos tarp Priemonių grupių įgyvendinimo sunkumų. Atlikus skaičiavimą pagrindinės komponentės metodu be pagrindinių rezultatų, reikalingi giniams teiginiams patvirtinti, buvo gauti papildomi duomenys, skirti šių rezultatų statistiniam patikimumui įvertinti.

Įstaigos (LRL) vadybinių-organizacinių charakteristikų ryšys su Priemonių įgyvendinimo sunkumais.

Nustačius visų trijų lygių Priemonių įgyvendinimo sunkumus, įvertinami ryšiai tarp skirtingų lygių sunkumų ir įvairių įstaigos (LRL) vadybinių-organizacinių charakteristikų (žr. 19 pav.).



19 pav. Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir sunkumų, įgyvendinant Priemones, tarpusavio ryšių tyrimo schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Apklausoje metu respondentai apibūdino tyrime dalyvaujančias LRL, kurioje jie dirba, pagal 12 jos veiklos parametrų (atlygis, darbo sąlygos, darbo krūvis, darbo organizavimas, pacientų kontingentas, darbuotojų pasitenkinimas darbu, suinteresuotumas gerinti darbo ir teikiamų paslaugų kokybę, siekimas bendrauti vienas su kitu, pasirengimas bendrauti su pacientu, kt.).

37 lentelėje pateiktos koreliacinės matricos analizė parodo, kad prielaida apie latentinių veiksnių daugybinius ryšius su LRL vadybinėmis-organizacinėmis charakteristikomis pasitvirtino. Kaip minėta, pirminė faktorinė analizė išaiškino septynis antrojo (vidurinio) lygio latentinius veiksnius, lemiančius tam tikras Priemonių grupes sudarančių Priemonių įgyvendinimo sunkumus. Šioje lentelėje atskleistas šių septynių antrojo (vidurinio) lygio latentinių veiksnių ryšys su Ligoninės vadybinėmis-organizacinėmis charakteristikomis. Kaip rodo lentelė, paaiškėjo intensyvūs koreliaciniai ryšiai tarp minėtų latentinių veiksnių ir Ligoninės vadybinių organizacinių charakteristikų: 1) keturis ryšius turi vertinimas, kiek gydytojai ir kiti darbuotojai linkę bendradarbiauti vienas su kitu, padėti vienas kitam?; 2) po tris ryšius turi šie vertinimai: „Bendras įstaigos vertinimas“, „Gydytojų ir kitų ligoninės darbuotojų darbo atlygio vertinimas“, „Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia nustatyti ir pašalinti klaidas ar kitus nesklaidumus“, „Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia bendrauti su pacientu, informuoti jį, atsižvelgti į jo nuomonę“, „Kaip vertinama gydytojų ir kitų darbuotojų nervinė įtampa ligoninėje“.

38 lentelėje pateikiami aukštesnio lygio ryšiai – tarp antrinės faktorinės analizės išaiškinto trečiojo (aukščiausio) lygio bendrinio latentinio veiksnio (lemiančio visų Priemonių grupių visų Priemonių įgyvendinimo sunkumą) ir darbuotojų įvertintų svarbiausių Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų.

37 lentelė. Ryšiai tarp antrojo (vidurinio) lygio latentinių veiksmių ir Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų

LRLL organizacinės-vadybinės charakteristikos	Priemonės klaidoms priimančioms sudėtingus sprendimus išpėti	Priemonės nepakankamo atidumo klaidoms išpėti	Priemonės „pamiršimo“ klaidoms išpėti	Priemonės klaidoms dėl nepakankamos kontrolės išpėti	Galimybių padaryti klaidą sumažinimas	Dėmesį blaškančių veiksmių pašalinimas	Priemonės paciento klaidoms išpėti
Bendras įstaigos vertinimas	0,037	0,152*	0,146*	0,125*	0,097	0,060	0,014
Kaip vertinate gydytojų ir kitų Jūsų Ligoninės darbuotojų darbo atlygi?	-0,018	0,093	0,137*	0,148*	0,119	0,117	0,181**
Kaip vertinate darbo sąlygas Jūsų Ligoninėje?	0,111	0,160*	0,218**	0,055	0,042	0,088	-0,005
Koks yra gydytojų ir kitų darbuotojų darbo krūvis?	-0,080	0,079	0,061	-0,093	0,052	0,045	-0,052
Kaip vertinate darbo organizaciją?	0,002	0,114	0,079	0,070	0,047	0,045	0,018
Kaip vertinate pacientų kontingentą?	0,034	0,142*	-0,055	0,003	0,020	-0,004	-0,056
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai patenkinti savo darbu	0,077	-0,116	-0,081	0,102	-0,006	-0,027	-0,132*
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai suinteresuoti gerinti paslaugų kokybę ir pacientų saugą?	0,097	0,096	0,035	-0,044	0,066	0,054	-0,068
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia nustatyti ir pašalinti klaidas ar kitus nesklaidumus?	0,114	0,130*	0,192**	0,030	0,215**	0,161*	0,019
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia bendrauti su pacientu, informuoti jį, atsižvelgti į jo nuomonę?	0,097	0,133*	0,232**	0,127	0,123	0,101	0,036
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai linkę bendradarbiauti vienas su kitu, padėti vienas kitam?	0,206**	0,110	0,209**	0,146*	0,134*	0,005	-0,044
Kaip vertinate gydytojų ir kitų darbuotojų nervinę įtampą Jūsų Ligoninėje?	-0,179**	-0,072	-0,054	-0,004	-0,133*	-0,141*	-0,010
Kaip vertinate Ligoninės kolektyvo santykius su administracija?	-0,130*	0,088	0,036	0,090	-0,018	0,009	0,088

Pastaba: * – koreliacijos koeficiento statistinis reikšmingumas 0,05 lygiu; ** – koreliacijos koeficiento statistinis reikšmingumas 0,01 lygiu.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriams.

38 lentelė. Ryšiai tarp trečiojo (aukščiausio) lygio latentinio veiksnio (bendrojo PS Priemonių įgyvendinimo sunkumo) ir Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų

LRL vadybinės-organizacinės charakteristikos	Koreliacijos koeficientas ir jo statistinis reikšmingumas
Įstaigos bendras vertinimas	0,069
	0,247
Kaip vertinate gydytojų ir kitų Jūsų Ligoninės darbuotojų atlygį už darbą?	0,190**
	0,003
Kaip vertinate darbo sąlygas Jūsų Ligoninėje?	0,030
	0,642
Koks yra gydytojų ir kitų darbuotojų darbo krūvis?	-0,067
	0,308
Kaip vertinate darbo organizaciją?	0,042
	0,513
Kaip vertinate pacientų kontingentą?	-0,016
	0,815
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai patenkinti savo darbu?	-0,057
	0,387
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai suinteresuoti gerinti paslaugų kokybę ir pacientų saugą?	0,004
	0,954
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia nustatyti ir pašalinti klaidas ar kitus nesklandumus?	0,125
	0,055
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia bendrauti su pacientu, informuoti jį, atsižvelgti į jo nuomonę?	0,115
	0,079
Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai linkę bendradarbiauti vienas su kitu, padėti vienas kitam?	0,042
	0,517
Kaip vertinate gydytojų ir kitų darbuotojų nervinę įtampą Jūsų Ligoninėje?	-0,072
	0,266
Kaip vertinate Ligoninės kolektyvo santykius su administracija?	0,053
	0,447

Pastaba: ** – koreliacijos koeficiento statistinis reikšmingumas 0,01 lygiu.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Būtų galima tikėtis, kad bendras Ligoninės vadybinis-organizacinis veiklos lygis yra svarbus ir jam turėtų būti būdingi daugelis reikšmingų koreliacijų su Priemonių įgyvendinimo sunkumais. Taip pat būtų galima tikėtis, kad Ligoninėje, kurioje dėl bet kokių

vadybinių sprendimų ir veiksmų kyla didesnių sunkumų, turėtų būti didesni sunkumai ir įgyvendinant Priemonės. Iš 38 lentelėje pateiktų duomenų matyti, kad iš tikrųjų išskirtinas tik vienas toks ryšys („Kaip vertinate gydytojų ir kitų Jūsų Ligoninės darbuotojų atlygi už darbą?“).

Kai kurie kiti veiksniai yra priartėję statistiškai patikimų (pvz., kuo labiau Ligoninėje siekiama bendrauti su pacientu ir rūpintis juo, tuo mažesnę vaidmenį atlieka bendrieji Priemonių įgyvendinimo sunkumai: „Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia bendrauti su pacientu, informuoti jį, atsižvelgti į jo nuomonę?“ koreliacijos koeficientas = 0,115, statistinis reikšmingumas 0,079). Priemonių įgyvendinimo sunkumas taip pat sietinas su gydytojų siekiu (noru) išaiškinti ir pašalinti įvairiausias problemas („Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia nustatyti ir pašalinti klaidas ar kitus nesklandumus?“ koreliacijos koeficientas = 0,125, statistinis reikšmingumas 0,055).

Tai reiškia, kad trečiojo (aukščiausio) lygio bendrinis latentinis veiksnys turi ženkliai mažesnę poveikį Priemonių įgyvendinimo sunkumams nei specifiniai Priemonių grupių antrojo (vidurinio) lygio latentiniai veiksniai.

Tai parodo, kad sunkumai, su kuriais susiduriama įgyvendinant tiek atskiras Priemonės, tiek Priemonių grupes, yra labai skirtingi, kelia visiškai skirtingus reikalavimus Ligoninės vadybinėms organizacinėms charakteristikoms. Dėl to Priemonių įgyvendinimo sunkumas labiau priklauso nuo atskirų Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų negu nuo bendro Ligoninės vadybinio-organizacinio lygio.

3.1.4. Apibendrinimas

Šiame skyriuje pristatyti pirminiai kiekybinio tyrimo trijų tipinių LRL 157 darbuotojų apklausos rezultatai, gauti kiekvienam užpildžius platų (537 informacinių vienetų) klausimyną. Tyrimo duomenis buvo numatyta panaudoti pirmajam, antrajam, trečiajam disertacijoje ginamiesiems teiginiams patvirtinti. Statistiškai apdorojus apklausos duomenys patvirtino kiekvieną iš minėtų disertacijoje ginamųjų teiginių. Apklausos duomenų analizė patvirtino, kad siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą LRL, šiuo metu plačiai pradėtos diegti įvykusių PSĮ pranešėjimo (registravimo) sistemos turi būti pertvarkytos į kompleksines PSĮ valdymo sistemas, apimančias šių įvykių išaiškinimą, analizę ir prevenciją. Tam tikslui PSĮ valdymo sistemos turi būti papildytos Priemonių arsenalu ir šių Priemonių atrankos veiksmingam prevenciniam reagavimui metodais. Atlikus apklausos duomenų statistinį apdorojimą, buvo identifikuotos Priemonės, kurios pasižymi aukštu prevenciniu veiksmingumu ir gali sudaryti LRL diegiamos PSĮ valdymo sistemos Priemonių arsenalo pagrindą. Atliekant apklausos duomenų statistinę analizę, išaiškėjo dideli atskirų PSĮ prevencinio valdymo priemonių svarbiausių charakteristikų (naudingumo, įgyvendinimo sunkumo ir efektyvumo) skirtumai. Skirtingas Priemonių pagrindinių charakteristikų vertinimas sudaro galimybes tikslingai parinkti atitinkamas Priemonės, įvertinus atskiros LRL specifiką, bei sudaro prielaidas kompleksiniam Priemonių tarpusavio derinimui ir panaudojimui.

Tyrimo rezultatų analizė patvirtino ir tai, kad, siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą LRLI, reikia pereiti nuo būdingų šiuolaikinėms nacionalinėms PS sistemoms įvykusių PSĮ pranešėjimo (registravimo) prie integruotų PSĮ valdymo sistemų, besiremiančių retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų integruotu diegimu lokaliame (įstaigos) lygyje. Ši teiginį patvirtina tyrimo duomenys, gauti nagrinėjant įvairius PSĮ valdymo metodus, jų privalumus ir trūkumus. Tyrimo rezultatai parodė, kad retrospektyvą orientuoto PSĮ pranešėjimo (registravimo) metodo esminius trūkumus: fragmentiškumą (metodas orientuotas į praėityje įvykusių NĮ analizę ir neapima beveik įvykusių PSĮ analizės bei numatymo galimai įvyksiančių PSĮ), subjektyvumą (PSĮ pranešėjimas priklauso nuo PSĮ pranešančio asmens subjektyvumo, taip pat nuo organizacijos PS kultūros brandos lygio).

Tyrimo rezultatų analizė atskleidė, kad einamuoju laiku (nuolat) vykstančių ir besikartojančių bei prognozuojamų PSĮ valdymą orientuotų metodų ir priemonių efektyvumą.

Visa tai patvirtina kompleksinės integruotos sistemos, apimančios retro-, re-, ir proaktyvių PSĮ valdymo (išaiškinimo, analizės ir prevencijos) metodus ir priemones, pranašumą sistemiškai valdant PSĮ ir gerinant PS Ligoninėje.

Tyrimo duomenų analizė patvirtino ir tai, kad siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą LRLI, tikslinga diegti bei plėtoti PSĮ valdymo sistemas, į jas įtraukti įstaigose jau sėkmingai veikiančias PS priemones; integruoti šias sistemas į įstaigos struktūras ir tobulinamus vadybinius-organizacinius bei klinikinius procesus, prisidedant prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo.

Statistiškai apdorojant apklausos medžiagą, gauti duomenys apie veiksnius, kurie tarpininkauja ryšiu tarp bendrų Ligoninės vadybinių charakteristikų ir Priemonių įgyvendinimo. Atlikta pirminė ir antrinė faktorinė analizė pagrindinės komponentės metodu leido išaiškinti įvairių lygių veiksnius, lemiančius sėkmingą Priemonių įgyvendinimą Ligoninėje. Naudojant faktorinės analizės ir dalinės koreliacijos metodus buvo išaiškinti „tiltai“ (tarpininkaujantys veiksniai) tarp pagrindinių Ligoninės vadybinių charakteristikų ir Priemonių įgyvendinimo efektyvumo.

3.2. Kokybinių tyrimų rezultatai

3.2.1. Ligoninės lygmens pacientų saugos ekspertų apklausos rezultatai

Turinio analizės rezultatai pateikiami lentelėse. Pirmoje jų (žr. 39 lentelę) pateikiamos išskirtos temos ir prasminės kategorijos, ekspertų naudotos jiems svarstant tam tikrą grupinės diskusijos temą (Franks B., 2015).

39 lentelė. Ekspertų aptartos temos, temų sritys (klausimai) ir jų kategorijos

Nr.	Tema, temos sritys (klausimai)	Kategorijos
1.	<p><i>Tema:</i> Modelis, jo aktualumas, reikalingumas bei atitikimas Ligoninės poreikių.</p> <p><i>Temos sritys (klausimai):</i></p> <p>9. Prašome apibūdinti, kaip pristatytas Modelis patenkinėtų Jūsų Ligoninės poreikius?</p> <p>10. Jeigu šis Modelis būtų įgyvendintas Jūsų Ligoninėje, kaip jis darytų įtaką PS ir Ligoninės teikiamų paslaugų kokybei?</p>	Modelio bendras aktualumas bei reikalingumas ligoninei.
		Modelio svarba pagal PSĮ paplitimą Ligoninėse.
		Modelio reikšmė susisteminant dabar vykdomą PSĮ prevencinį valdymą.
		Modelio svarba padedant darbuotojams geriau orientuotis PSĮ prevencinio valdymo veikloje.
2.	<p><i>Tema:</i> Kliūtys Modeliui įgyvendinti.</p> <p><i>Temos sritys (klausimas):</i></p> <p>1. Su kokiais sunkumais/problemomis susidurtumėte įgyvendindami šį Modelį Jūsų Ligoninėje?</p>	Bendras pasipriešinimas naujovių diegimui.
		Pranešinėjimo apie PSĮ baimė dėl galimybės būti nubaustam.
		Pranešinėjimo apie PSĮ pasekmes savo įstaigai.
		Personalo trūkumas.
		Finansavimo problemos.
		Laiko PSĮ prevencijai trūkumas.
		Darbuotojų suinteresuotumo PSĮ prevencija stoka.
		Nepakankamas įstaigų bendradarbiavimas.
3.	<p><i>Tema:</i> Prielaidos Modeliui įgyvendinti.</p> <p><i>Temos sritys (klausimas):</i></p> <p>1. Kaip, Jūsų nuomone, būtų galima šiuos sunkumus/problemas įveikti ir palengvinti Modelio įgyvendinimą Jūsų Ligoninėje? Ko tam reikėtų?</p> <p>2. Kaip siūlytumėte Modelį įgyvendinti Jūsų Ligoninėje?</p>	Pranešinėjimo apie PSĮ baimės įveikimas.
		Pranešinėjimo apie PSĮ anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas.
		Tikslus pranešinėjimo pasekmių žinojimas.
		Ištekliai, reikalingi Modeliui įgyvendinti.
		Darbuotojų suinteresuotumo užtikrinimas.
		Darbuotojų parengimas Modelio įgyvendinimui.
		Modelio įgyvendinimo tvarka.

Nr.	Tema, temos sritys (klauskimai)	Kategorijos
4.	<p><i>Tema: Modelio bendradarbiavimas su kitomis PS suinteresuotomis institucijomis ir organizacijomis.</i></p> <p><i>Temos sritis (klauskimas):</i></p> <p>1. Kas turėtų būti padaryta įvairiuose SP sistemos lygiuose (SP paslaugų tiesioginių teikėjų (gydytojų, slaugytojų), Ligoninės administracijos, Ligoninės steigėjo, SP sistemoje, visuomenėje), kad būtų užtikrintos sąlygos sėkmingai veikti Modeliui?</p>	Steigėjo dėmesys ir išteklių SP kokybei bei PS.
		Ministerijos ir jai pavaldžių institucijų sprendimai bei požiūris į klaidas medicinoje.
		Žiniasklaidos ir viešoji nuomonė apie klaidas medicinoje.
		Pacientų įtraukimas ir atsakomybės didinimas.
5.	<p><i>Tema: Modelio tolesnis tobulinimas, plėtra, įgyvendinimas.</i></p> <p><i>Temos sritys (klauskimai):</i></p> <p>1. Kas, Jūsų nuomone, yra perteklinio, ar ko trūksta pristatytame Modelyje;</p> <p>2. Kaip siūlytumėte Modelį patobulinti, išplėtoti?</p> <p>3. Kaip siūlytumėte Modelį įgyvendinti Jūsų Ligoninėje?</p>	Registruotinių PSĮ sąrašų sudarymas.
		PS koordinacinio centro organizavimas.
		PS specialistų poreikio Ligoninėje užtikrinimas.
		Modelio paprastumo užtikrinimas.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Toliau pateiktos lentelės atspindi kiekvienos iš šių pateiktų kategorijų turinį – tai yra, kaip ekspertai suprato kiekvienos kategorijos turinį ir su ja susijusias problemas. Cituojamų ekspertų pasisakymų kalba čia ir toliau netaisoma.

Ekspertų pasisakymų tema „Modelis, jo aktualumas, reikalingumas bei atitikimas Ligoninės poreikiams“ analizė

40 lentelė. *Temos „Modelis, jo aktualumas, reikalingumas bei atitikimas Ligoninės poreikiams“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai*

Kategorija	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Modelio bendras aktualumas bei reikalingumas Ligoninei.	5 EKSPERTAS: <i>Pristatytas Modelis, be abejo, atneš naudos mūsų Ligoninei.</i> 6 EKSPERTAS: <i>Kad Modelis būtų naudingas, tai taip. Kitas reikalas, kiek sugebėsime jį įgyvendinti.</i> 9 EKSPERTAS: <i>Jeigu yra vadybos sistema, Modelis neišvengiamas visose srityse.</i>
Modelio svarba atsižvelgiant į PSĮ paplitimą Ligoninėje.	13 EKSPERTAS: <i>Įsivaizduokite, šeštą valandą ryto slaugytoja sako, reikia paleisti insuliną kokiam nors Petraičiui. Vienas sau išsižiojęs nekalba, kitas – komoj ar užmigęs, trečias taria „E-e-e!“...Nu, turbūt šitas. Tai visiškai natūralu, tai kasdienybė. Kad šito išvengti ir reikalingas modelis.</i>

Kategorija	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Modelio reikšmė susisteminant dabar vykdomą PSĮ prevencinio valdymo veiklą.	3 EKSPERTAS: <i>Kai kuriose ligoninėse toks modelis ir vykdomas, panašiai ir sprendžiama. Esu buvęs rezidentūroje... Vyksta po truputį. Gal ne pilnai, kas turėtų būti, nėra informuojami.</i>
Modelio reikšmė padedant darbuotojams geriau orientuotis PSĮ prevencinio valdymo veikloje.	2 EKSPERTAS: <i>Nauda bus didelė, nes šiuo metu prevencija... vadovai tuo užsiima. O žemiausios grandys nesupranta, kad yra saugos pažeidimas, kad tai yra pavojinga... Kartais ir aš pati einu ir matau, kad nėra saugos ženklų ir... Mes visi, kur žmogus bedirbtų, reikia visiems šitą žinoti ir kuris kuo bedirbtų, jeigu pamato, kad tai nėra saugu, iš karto, tą patį momentą imtųsi priemonių dėl saugos...</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Grupinės diskusijos metu ekspertai vertino Modelio reikalingumą tiek ligoninei, kurioje jie dirba, tiek šalies ligoninėms apskritai ir pagrindė savo vertinimą, nurodydami Modelio reikalingumo motyvus.

Ekspertai pirmiausia nurodė bendrą Modelio aktualumą ir naudingumą Ligoninei, kurioje jie dirba:

5 EKSPERTAS: *Pristatytas Modelis, be abejo, atneš naudos mūsų ligoninei.*

9 EKSPERTAS: *Jeigu yra vadybos sistema, Modelis neišvengiamas visose srityse.*

4 EKSPERTAS: *Aš galvoju, kad Modelis yra tinkamas. Aš manau, kad ir apskritai jis galėtų būti tinkamas ne tik čia, pacientų apsaugoj, bet ir apskritai gyvenime. Yra praeitis. Norint, kad būtų teigiama ateitis, reikia išanalizuoti praeitį, pasimokyti iš praeities, žiūrėti į dabartį, ir galvoti, kaip užkirsti kelią, kad neatsitiktų kažkas ateityje. Galvoju, kad Modelis tikrai galėtų būti įgyvendinamas. Akivaizdu, kad turėtų tos sritys labai glaudžiai tarpininkauti: tiek išanalizuoti iki begalybės, kas įvyko, kas vyksta, kad galima būtų prognozuoti tą ateitį ir išvengti kažkokių nepageidaujamų įvykių. Neišskirčiau, kaip pavaduotoja tos trečios dalies. Galvoju, tik sąveikaudamos tarpusavyje tos trys dalys gali duoti teigiamą rezultatą.*

Modelio reikalingumas pirmiausia siejamas su PSĮ paplitimu ir jų prevencijos sunkumais. Ekspertai pabrėžė, kad NĮ Ligoninėje nėra kas nors atsitiktinio, jie tampriai susiję su kasdienine Ligoninės veikla:

13 EKSPERTAS: *Išivaizduokite, šeštą valandą ryto slaugytoja sako, reikia paleisti insuliną kokiame nors Petraičiui. Vienas Petraitis sau išsižiojęs nekalba, kitas – komoj ar užmigęs, trečias taria „E-e-e!“... Nu, turbūt šitas. Tai visiškai natūralu, tai kasdienybė. Kad šito išvengti ir reikalingas Modelis.*

4 EKSPERTAS: *Vakar buvo Petraičių keturi ar penki, šiandien matai, kad du. Ir tiesiog pamatai, kad ne tam žmogui padarei tyrimą.*

6 EKSPERTAS: *Insulinas ir heparinas. Abu išleidžiami vienodais buteliukais. Dažnai taip atsitikdavo, kad sesutės vietoj heparino įleisdavo insuliną.*

Modelio reikalingumą ekspertai sieja su galimybe susisteminti šiuo metu vykdomą PSĮ prevencinio valdymo veiklą ligoninėje. Ekspertai pabrėžia, kad ir dabar siekiama neleisti PSĮ įvykti ir vykdomi tam tikri veiksmai bei įgyvendinamos priemonės jiems išvengti. Tačiau ši veikla yra padriko pobūdžio, nesudaro vieningos sistemos.

3 EKSPERTAS: *Aš galvoju, kad visa tai pas mus vyksta. Pirmiausiai, ryte būna 5-minutė. Mes aptariam visus įvykius, kas įvyksta. Naktį kokie ligoniai paguldyti, išanalizuojam istorijas. Toliau einam naujų ligonių žiūrėti – visi gydytojai. Toliau aptariam, vyksta nuomonų išsakymas, kas blogai padaryta, ką reikia, sudarom gydymo planą, einam dirbti. Jeigu kas nors atsitinka, einam žiūrėti, bent aš einu su kitu gydytoju ir analizuojam. Tai praktiškai lyg tai ir padaryti visi šie dalykai.*

2 EKSPERTAS: *Daug, daug yra tokių priemonių. Ir tada, toks Modelis tada, viskas yra susisteminta, visi žinom tas grandis, žiūrime, kad dabar neįvyktų, užsiimam prevencija, ir įvykį iš karto pataisom, kad to nepasikartotų. Ta prevencija, ta sauga turi vykti pastoviai ir turi būti grįžtamasis ryšys.*

3 EKSPERTAS: *Kai kuriose ligoninėse toks modelis ir vykdomas, panašiai ir sprendžiama. Esu buvęs rezidentūroje... Vyksta po truputį. Gal tik ne pilnai, kas turėtų būti...*

13 EKSPERTAS: *Pas mus dvigubas patikrinimas taikomas anestezijoje. Bet kuriuo atveju slaugytoja, paduodanti ampulę, pirmiausiai parodo, kas ten yra, po to nulaužia ir paduoda. Tai pilnai naudojama desėtką ar daugiau metų ir jokių problemų nėra.*

4 EKSPERTAS: *Tas „double check“ labai geras ir tarp sesučių ir gydytojų. Mūsų sesutės labai orientuotos ir tikrina: „Ar, gydytojau, tikrai tokia dozė, kaip Jūs parašėt?“. „Oj, tikrai! Gal truputį per daug, reikia tikrai perskaičiuoti“.*

13 EKSPERTAS: *Būna tokių dalykų, pavyzdžiui, paprastai pusanatro gramo, o paskyrė šešis. Automatiškai kyla mintis: „Ups! Gal klaida?“. Atsako: „Ne, tikrai paskyriau šešis grama“. Viskas tvarkoj. Bet yra kontrolė.*

Taigi Ligoninės darbuotojai suvokia PSĮ pasireiškimą bei pavojų, imasi vienu ar kitu priemonių jiems išvengti, tačiau dažniausiai tai tik pavieniai atskirų darbuotojų veiksmai, kuriuos reikia sujungti į vientisą PSĮ prevencinio valdymo sistemą.

Ekspertai pabrėžia, kad Modelis gali būti svarbus, formuojant saugos kultūrą Ligoninėje. Nurodoma, kad Ligoninės darbuotojai neretai dar nesupranta PS svarbos. Modelis padėtų taisyti šią saugos kultūros spragą:

10 EKSPERTAS: *Yra toks dalykas, kad darbuotoja, kuri plauna grindis, nesuvokia, kad tai (galimas kritimas – L. P.) nepageidaujamas įvykis. Jinai to nesuvokia, ir reikia, pirmiausiai, jai tai parodyti, ir jeigu būtų žmonės, kurie dirba tik tą darbą, atsakingas žmogus, vienas ar keletas, gal jie pakeistų žmonių supratimą, kas yra nepageidaujamas įvykis ir kad tai reikia pranešti, tokį įvykį.*

6 EKSPERTAS: *Apie nepageidaujamus įvykius garsiai nekalbama. Jie vyksta ir juos nulepia ir vėl kartojasi. Reikia kažką daryti, kad taip nebūtų.*

2 EKSPERTAS: *Kur žmogus bedirbtų, reikia visiems šitą žinoti ir kuris kuo bedirbtų, jeigu pamato, kad tai nėra saugu, iš karto, tą patį momentą imtųsi priemonių dėl saugos...*

Grupinės diskusijos metu nei vienas ekspertas neišreiškė kokių nors abejonių dėl Modelio aktualumo bei naudingumo tiek jų Ligoninei, tiek bendrai visoms šalies ligoninėms.

Modelio naudingumas buvo siejamas su PSĮ paplitimu, jų prevencijos sunkumu, su būtinybe sisteminti ir geriau organizuoti jau dabar vykdomą PSĮ prevencinę veiklą ir užtikrinti, kad visi darbuotojai suprastų jos reikšmę ir ją jie turi daryti.

Ekspertų pasisakymų tema „Kliūtys Modeliui įgyvendinti“ analizė

41 lentelė. Temos „Kliūtys Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorija	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Bendras pasi-priešinimas nau-jovių diegimui.	1 EKSPERTAS: <i>Per šituos metus aš jau supratau, tikrai, jeigu tu bandai kažką įdiegti naują, bent jau porą mėnesių esi visiškai nesuprastas, visi iš karto apsipina gandas ir visa kita, kad čia, matyt, mus bando apgauti ar nori susidorot. Pirmas dalykas – tai žmonių požiūris. Čia yra sunkiausia jiems pasakyt, kad tai yra veiksminga, yra naudinga, kad jiems bus gera.</i>
Biurokratinio reglamentavimo perteklius.	1 EKSPERTAS: <i>Labiausiai trukdo begalinis ir dažniausiai visiškai nereikalingas biurokratinis kiekvieno žingsnio reglamentavimas. Bet kam reikalingas leidimas. Bandant kažką daryti kitaip, tenka be galo įrodinėti akivaizdžiausius dalykus.</i>
Pranešinėjimo apie PSĮ baimė dėl galimybės būti nubaustam.	3 EKSPERTAS: <i>Aš manau, kad šiandieną darbuotojams neleidžia baimė pranešti apie nepageidaujamą įvykį. Baimė – tai bausmės baimė. Turbūt, tai didžiausias yra faktorius – darbuotojai bijo, kad atleis iš darbo, pažemins pareigose. Turbūt pas mus žmonės dar nėra tokie laisvi, kad jie nebijotų. Visko bijo. Tokia nemaža problema.</i>
Pranešinėjimo apie PSĮ pasekmės savo įstaigai.	1 EKSPERTAS: <i>„...baimė, kas bus po to, kai aš paskysiu, įregistruosiu... Viską geriau užglaistyti, dėl to, kad išlindus bet kokiai problemai, kreipiantis jau į aukštesnes institucijas, tu žinai, kad vienu ar kitu atveju tu prisišauksi nelaimę sau. Nueis į akreditaciją, atvažiuos akreditacija, pradės versti viską absoliučiai ir tada nukentėsi. Užtat visą laiką stengiamės kuo mažiau rašyti visokius popierius, kad nefigūruotų visi šitie nepageidaujami įvykiai, ir visa kas kita, būtų ramiai – tyliai vien dėl to, kad (kitai – L.P.) būtų didelė bausmės tikimybė iš tavo aukščiau esančių institucijų. Tai kas viduje, tai tu gali ir apsišnekėti, pasimokyti, išanalizuoti... Jeigu tai nueina už valstybinės institucijos ribų, nesvarbu – ligonių kasos, akreditacija, ten yra vienintelis dalykas – purtyt ir kiek įmanoma, nubausti. Mes tą Modelį galim pritaikyti, bet jeigu išeina informacija toliau, tai va ten, nežinia kaip...“</i>
Personalo trūkumas.	1 EKSPERTAS: <i>Viena problema – tai personalo. Jo nepakanka, nepakanka išteklių. Daugiau personalo negali prisivilioti, ypač jaunus specialistus, kurie tikrai turi užsidegimą, yra labai sunku netgi pasiūlius didesnę atlygį, tai atstumai, vis tiek žemesnio lygio ligoninė, ir diagnostikos galimybės prastesnės, visi tie faktoriai susideda į tą terpę, kur gali bet kada atsirasti nepageidaujami įvykiai.</i>
Finansavimo problemos.	4 EKSPERTAS: <i>Finansai. Kad būtų daugiau, tai galima būtų ir tuos specialistus kviesti, įtakoti, kad jie atvyktų ir rūpintųsi ir mažųjų ligoninių pacientais.</i>

Kategorija	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Laiko PSĮ prevencijai trūkumas.	7 EKSPERTAS: <i>Žiūrėkit dabar, ligonių saugos tas lapas. Jis dedamas į ligos istoriją. Tai tuščias darbas dėl darbo. Tuščias parašų rinkimas. Tik norima parodyti kažkokiai komisijai. O mums dėl jo nėra kada dirbti. Būtent nukenčia ligo siauga.</i>
Darbuotojų suinteresuotumo stoka.	5 EKSPERTAS: <i>Motyvacijos stoka. Kadangi dirbu su žemiausiu medicini- niu personalu, tai neturi žmonės motyvacijos gerai, arba labai gerai atlikti savo darbą, atlieka tik tiek, kiek iš jų reikalaujama ir nieko daugiau.</i>
Nepakankamas bendradarbiavi- mas tarp įstaigų.	10 EKSPERTAS: <i>Šiandienos atvejis. Sunkus ligo nis. Mes padarėme jam visus tyrimus, kuriuos galėjome. Ir dabar daktarė sėdo prie telefono, skam- bina į kitą ligo ninę, nes jam reikia kompiuterį (kompiuterinės tomografijos tyrimą – L. P.) padaryti. Atsako – rytoj, nes šiandien kažkas yra, mes jo nepriimsim. Tam žmogui būtų saugiau šiandien. Viskas. Tas atkrita. Na gerai, kitur priėmė. Žmogų išvežė į Druskininkus. Na gerai. Bet jeigu pir- moj priimtų, jam padarytų ir plaučius, ir pilvą. Jam, tam žmogui, būtų geriau, mums pigiau. Ir visai niekam neįdomu, ką mes darysime... (nurodoma vietovė – L. P.) su tuo žmogum. Grįš iš Druskininkų, galimas dalykas, kad rytoj mes ve- šim į Alytų. Jau ligo ninė finansiškai nukenčia, žmogaus saugumas, aišku savaimė. Su kitom ligo ninėm bendraujant mūsų gydytojai tampa prašytojais. Jie skambina, sėdi ant to telefono, skambina, prašinėja, vienam skambina, kitam, trečiam, ketvirtam. Žinot, kaip dėl savo tėvo ar mamos prašo. Ir gaila tų žmonių.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Kaip minėta, ekspertai neišreiškė abejonių dėl Modelio naudingumo ir reikalingumo. Tačiau didelę vietą grupinėje diskusijoje užėmė Modelio įgyvendinimo sunkumai (žr. 40 lentelė). Įvertinus ekspertų pasisakymus išskirtose kategorijose galima pastebėti, kad dauguma ekspertų nurodytų sunkumų, su kuriais galima susidurti Modelį įgyvendinant LRL, tai tie patys, kurie bendrai apsunkena Ligoninių, kaip įstaigų, funkcionavimą bei neigiamai veikia darbuotojų darbą, teikiant SP paslaugas ir užtikrinant jų kokybę.

Paspriešinimas naujovėms, kaip sunkumų įgyvendinant Modelį šaltinis

Ekspertai nurodo, kad Modelį įgyvendinant bus susiduriama su pasipriešinimu poky- čiams, su kuriuo susiduria bet kokia diegiama naujovė.

4 EKSPERTAS: *Stagnacija yra akivaizdi. Jau šešti metai čia esu. Kažkaip tai labai lėta viskas čia keičiasi, nes kiekviena naujovė yra labai sunkiai priimama. Iš karto pirmiausiai čia yra pasipriešinimas. Pirmiausia, kad ne tik ji yra nepriimama, bet priešinasi jai, tada tik pradeda gilintis, ir tik po to, po kurio laiko ateina tas suvokimas, kad turbūt čia nieko tokio blogo ir taip toliau...*

1 EKSPERTAS: *Per šituos metus aš jau supratau, tikrai – jeigu tu bandai kažką įdiegti naują, bent jau porą mėnesių esi visiškai nesuprastas, visi iš karto apsipina gandais ir visa kita, kad čia, matyt, mus bando apgauti ar nori susidorot. Pirmas dalykas – tai žmonių požiūris. Čia yra sunkiausia jiems pasakyti, kad tai yra veiksminga, yra naudinga, kad jiems bus gera.*

SP sektoriaus istorija rodo, kad šiame sektoriuje ypač būdingas pasipriešinimas bet kokioms inovacijoms (Jasulaitis A. *et al.*, 2012). „Šis pasipriešinimas, iš vienos pusės, kyla iš pačios gydytojo veiklos specifikos – iš jo didelės atsakomybės už paciento gyvybę ir sveikatą, iš supratimo, kiek sudėtingas yra žmogaus organizmas ir kaip sunku numatyti visas inovacijos pasekmes. Šį santūrų požiūrį į naujoves skatina ir hipokratinė nuoroda „Pirmiausiai – nepakenk!“ , kuri verčia atsargiai žiūrėti į bet kokias, net ir labiausiai viliojančias naujoves, tvirtai laikytis nusistovėjusių, nors ir netobulų, nepakankamai veiksmingų, bet užtat laiko išbandytų darbo metodų.

Tačiau, iš kitos pusės, ši padidintos atsakomybės situacija sudaro palankią dirvą ir nepateisinamam, savanaudiškam arba net iracionaliam pasipriešinimui bet kokiems pokyčiams. Tam tikrai sveikatos apsaugos darbuotojų daliai atsiranda patogi galimybė dirbti nieko nekeičiant, nesprendžiant esamų problemų, neįsisavinant naujų darbo metodų, nesidomint naujais mokslu pasiekimais, nekeičiant nusistovėjusios tvarkos“ (Jasulaitis A. *et al.*, 2012).

Modelis yra ne tik inovacija, bet visa inovacijų sistema. Šio modelio įgyvendinimas tampriai susijęs su daugybe pokyčių visose svarbiausiose Ligoninės veiklos sferose (organizacinėje kultūroje, vadyboje, komunikacijoje, kt.). Dėl to ekspertai pagrįstai prognozuoja darbuotojų pasipriešinimą Modelio įgyvendinimui, nes tai bus susiję su nusistovėjusių įpročių ir praktikų keitimusi.

Inovacijų vadyba tapo atskira, gretai besivystančia organizacijos ir vadybos mokslo šaka. Tiriant inovacijų įvairiausiose gyvenimo srityse raidą, pasipriešinimą joms ir jo įveikimą, parengta daugybė tyrimo metodų, išaiškinti svarbūs šio proceso dėsningumai, parengtos inovacijų įgyvendinimo rekomendacijos. Šios mokslo įrodymais ir gerąją praktika pagrįstos žinios, metodai, priemonės ir patirtis turi būti panaudotos, rengiantis įgyvendinti Modelį, diegiant, užtikrinant sąveiką bei integraciją į Ligoninės struktūras ir procesus, taip pat vėliau tobulinant ir plėtojant Modelį. Svarbu tai, kad Modelis ne tik pats yra inovacija, bet ir jo veikimas sukels daugybę kitų inovacijų įvairiose Ligoninės veiklos srityse, pareikalaus fundamentalių organizacijos veiklos ir kultūros pokyčių. Kartu Modelis neišvengiamai taps Ligoninės pokyčių generatoriumi, darysiančiu teigiamą įtaką ne tik PS, bet ir Ligoninės teikiamų paslaugų kokybei bei visuminei Ligoninės, kaip organizacijos, vadybai.

Ši svarbi Modelio savybė ir su ja susijęs galimas darbuotojų pasipriešinimas Modelio įgyvendinimui turi būti iš anksto numatytas ir įvertintas, jam tinkamai pasirengta panaudojant šiuolaikinio mokslo galimybes (Lam A., 2009).

Biurokratinio reglamentavimo perteklius

Ekspertų nuomone, viena svarbiausių kliūčių Modeliui įgyvendinti yra perteklinis reglamentavimas, kuris apriboja gydytoją, neleidžia jam atlikti netgi labiausiai reikalingų, bet norminiuose aktuose nenumatytų veiksmų.

1 EKSPERTAS. *Labiausiai trukdo begalinis ir dažniausiai visiškai nereikalingas biurokratinis kiekvieno žingsnio reglamentavimas. Bet kam reikalingas leidimas, bandant kažką daryti kitaip, tenka be galo įrodinėti akivaizdžiausius dalykus.*

Ekspertai nurodo, kad smulkus reglamentavimas, lydymas reikalavimo atsiskaityti už kiekvieną žingsnį, atima iš gydytojo brangų laiką, kurį jis galėtų skirti pacientui.

12 EKSPERTAS. *Įvairiausių instrukcijų, taisyklių, nurodymų yra begalybė. Dažnai reikia ne tik padaryti tai, ko jie reikalauja, bet ir turėti įrodymus, kad taip pasielgei. Tenka rašyti, rašyti ir rašyti... Gydytojas ne tiek dirba, kiek pastoviai ruošiasi eiliniam patikrinimui, skundo nagrinėjimui. Kas skaudžiausia, viskas tai vyksta paciento laiko sąskaita.*

Ekspertai pabrėžia, kad biurokratiniai apribojimai trukdo bet kuriai, net ir leistai ir nustatyta veiklai.

4 EKSPERTAS. *Ką bedarytum, reikalingi leidimai, suderinimai, sutikimai ir pan. Šiomis sąlygomis geriausia nieko nedaryti.*

Ekspertai nurodo, kad žymus biurokratinio reglamentavimo sumažinimas yra būtina Modelio įgyvendinimo sąlyga.

1 EKSPERTAS. *Kai bus įgyvendinamas modelis, svarbu nepadaryti vienos klaidos- parengti instrukcijas kiekvienam žingsniui ir reikalauti, kad visi veiktų pagal ją. Tokiu atveju šis modelis paprasčiausiai neveiks. Kad modelis veiktų, reikia kad gydytojas būtų savarankiškas ir reikia pasitikėti jam, suprasti, kad gydytojai tikrai nenori padaryti žalos pacientui.*

9 EKSPERTAS. *Administracija turi nustoti bijoti gydytoją, nustoti galvoti, kad jeigu jį nekontroliuoti kiekviename žingsnyje, tai jis nieko nedarys arba darys kvailystes. Atėjo laikas pasitikėti gydytojui. Jeigu toks pasitikėjimas bus, Modelis veiks.*

Šie ekspertų pasisakymai rodo, kad vis dar dominuojantis Lietuvos SP tradicinis biurokratinis valdymo stilius yra viena svarbiausių kliūčių tiek Modeliui įgyvendinti, tiek ir visai PS užtikrinti.

PSĮ pranešėjimo baimė

Itin dažnai ekspertų pabrėžiama problema – Ligoninės darbuotojų pasyvumas registruojant PSĮ, lemiamas baimės būti nubaustam pranešus apie PSĮ:

3 EKSPERTAS: *Aš manau, kad šiandieną darbuotojams neleidžia baimė pranešti apie nepageidaujamą įvykį. Baimė- tai bausmės baimė. Turbūt tai didžiausias yra faktorius – darbuotojai bijo, kad atleis iš darbo, pažemins pareigose. Turbūt pas mus žmonės dar nėra tokie laisvi, kad jie nebijotų. Visko bijo. Tokia nemaža problema.*

13 EKSPERTAS: *Šitoje visuomenėje modelis neveiks, niekada neveiks. Nežinau, kiek metų turi praeiti, kad jis pradėtų veikti. Galite teoriškai, ką tik norite, aš tą švirkštą vis tiek... paslėpsiu. Savisaugos instinktas. Klausimas, kodėl aš turėčiau pranešti?*

3 EKSPERTAS: *Baimė visur yra, bet kokiai veiklai... Ir čia yra baimė prisipažinti, kad aš kažką padariau...*

13 EKSPERTAS: *(Pranešinėti trukdo – L. P.) normali psichologija. Pažiūrėkite, dabar chirurgų kolektyve. Chirurgas operavo. Visi supranta, kad man operuojant irgi kažkas numirs. Tik klausimas kada. Bet tuo momentu visi ateina ir sako: „Nesijaudink, jis turėjo mirti. Aišku, tu jį sunkų, paėmei, padarei viską, ką galėjai“. Atsitraukia, pagalvoja sau: „Uch!“... (palengvėjimo atodūsis – L. P.) ir man taip gali atsitikti. Nuo to nepabėgsite visam pasaulyje taip yra.*

12 EKSPERTAS: *Jūs pažiūrėkite, mūsų kaimynų dvynių atvejis iki dabar skamba, vaikų skyrius iki dabar vaiką pamatyti bijo, visa ligoninė baimėje skendo nuo šitų įvykių, baimė baisi, ji neišsiskaidė. Karta turi išeiti daktarų, kad ši baimė išnyktų. Nes prie kryžiaus kala. Ir ne tik prie kryžiaus, bet ir kraują nuleidinėja. Ir kiekvienas atėjęs spjauna į veidą. Iki šiol nei vieno iki 18 metų neoperuojame (nurodytas Ligoninės pavadinimas – L. P.) ligoninėje.*

Aptardami šios baimės pranešinėti priežastis, ekspertai pirmiausia nurodo į tai, kad realiai darbuotojas, pranešęs apie NĮ nėra teisiškai apgintas nuo teisinio persekiojimo ir pripažįstamas kaltu net ir tais atvejais, kai yra viską padaręs, norėdamas padėti pacientui.

8 EKSPERTAS: *Atsigula į ligoninę, duodame pasirašyti, pasirašė, pasirašė, padavė skundą, paaiškėja, kad popierius yra niekinis. Mums ir toliau priekaištaujama: „Kodėl Jūs neįtikinot!“*

Ekspertai (ypač ekspertai – Ligoninių vadovai) išskirdavo esminę NĮ pranešinėjimo problema – *NĮ pranešinėjimo galimos neigiamos pasekmės Ligoninei*. Jie nurodė, kad informacijai apie NĮ pasiekus institucijas, prižiūrinčias Ligoninės veiklą, sukeliama neigiamos pasekmės Ligoninei. Tai savo ruožtu sukelia Ligoninės darbuotojų neigiamą požiūrį į NĮ pranešinėjimą ir skatina juos nuslėpti:

8 EKSPERTAS: *Mes, kaip medikai, visada randamės gynybos formoje. Mes ginamės nuo kažko. Nieko nepadarėme, bet ginamės.*

9 EKSPERTAS: *Dabar kiekvienas saugo savo darbo vietą. Kiekvienas įvykio įvardijimas yra grėsmė. Grėsmė ir pats pacientas su savo artimais, kurie gali bet kada apskųsti.*

1 EKSPERTAS: *Baimė, kas bus po to, kai aš paskysiu, įregistruosiu. Sakykime, Jūsų variantas, pamačiau, užregistravau. Tas žmogus, kuris vos nepadarė to įvykio, tai iš karto mūsų susipriešinimas su tuo žmogumi, kuris pamatęs sustabdė ir užsiregistravo.... Viską geriau užglaistyti dėl to, kad išlindus bet kokiai problemai, kreipiantis jau į aukštesnes institucijas tu žinai, kad vienu ar kitu atveju tu prisišauksi nelaimę sau. Nueisi į akreditaciją, atvažiuos akreditacija, pradės versti viską absoliučiai ir tada nukentėsi. Užtat visą laiką stengiamės kuo mažiau rašyti visokius popierius, kad nefigūruotų visi šitie nepageidaujami įvykiai, ir visa kas kita, būtų ramiai – tyliai vien dėl to, kad būtų didelė baismės tikimybė iš tavo aukščiau esančių institucijų. Tai kas mes viduje, tai tu gali ir apsišnekėti, pasimokyti, išanalizuoti.... Jeigu tai nueina už valstybinės institucijos ribų, nesvarbu – ligonių kasos, akreditacija, ten yra vienintelis dalykas – purtyt ir kiek įmanoma, nubausti. Mes tą Modelį galim pritaikyti, bet jeigu tas išeina, informacija toliau, tai va ten, nežinia kaip.*

13 EKSPERTAS: *(nagrinėjimas įstaigos viduje - L.P.) daromas taip, kad įstaiga kuo mažiau būtų kalta. Vis tiek viską perima prokuratūra...*

Žmonių išteklių trūkumo problemos

Svarbią vietą Modelio įgyvendinimo problemų tarpe užima žmonių išteklių trūkumo problemos. Ekspertai nurodė, kad kvalifikuotų specialistų stoka Ligoninėje yra viena opiausių problemų, kuri trukdo užtikrinti PS, ir kuri gali sudaryti rimtų kliūčių įgyvendinant Modelį:

4 EKSPERTAS: *Yra personalo trūkumas. Dėl to yra didesnė tikimybė, kad atsirastų tokių klaidų ateityje. Nes esame rajoninė ligoninė, maža ligoninė ir, tikriausiai, dauguma specialistų koncentruojasi būtent į didžiąsias ligonines.*

5 EKSPERTAS: *Pagrindinė priežastis, dėl ko atsiranda tokie įvykiai yra personalo trūkumas ir jo kvalifikacijos stoka.*

1 EKSPERTAS: *Viena problema – tai personalo. Jo nepakanka, nepakanka išteklių. Daugiau personalo negali prisivilioti, ypač jaunus specialistus, kurie tikrai turi užsidegimą, yra labai sunku netgi pasiūlius didesnį atlygį, tai atstumai, vis tiek žemesnio lygio Ligoninė, ir diagnostikos galimybės prastesnės, visi tie faktoriai susideda į tą terpę, kur gali bet kada atsirasti nepageidaujami įvykiai.*

7 EKSPERTAS: *Uždarė neurologiją – jau yra nesaugus įvykis. Nes neurologų nėra, o neurologinius ligonius veža. Gydytojas ateina ir tik prisiliečia prie žmogaus, jau jis už jį atsakingas.*

14 EKSPERTAS: *Neurologų problema. Priiminėja pacientus gydytojas be (gydytojo neurologo – L. P.) licencijos, priiminėja gydytojai, kurie neturi priimti.*

13 EKSPERTAS: *Kadry rūšimas. Galite pykti – nepykti, bet tarybinis kadry rūšimas turėjo tam tikrų plusių. Tas vaikas, kuris mokosi už tėvų pinigus, ir tas vaikas, kuris mokosi už valstybės pinigus negali būti vienodi. Tas, kurį išmoko tauta, turi atiduoti tautai skolą ir tik tada gali išvykti. Tada mes galėtumėm suieškoti specialistų vietoj. Ką kaltas chirurgijos skyriaus vedėjas, kad pas jį nėra chirurgų.*

Šie ekspertų pasisakymai rodo, kad personalo trūkumo problema gali būti ypač rimta kliūtis Modeliui įgyvendinti. Jeigu trūksta kvalifikuotų specialistų, kurie gali suteikti kokybiškas SP paslaugas, tai pacientas arba iš viso negauna reikalingų paslaugų, arba gauna nekokybiškas, teikiamas darbuotojo, kuris neturi reikiamos kvalifikacijos. Ir viena, ir kita sudaro rimtą PS pavojų. Be to, ekspertai atkreipė dėmesį ir į tai, kad trūksta specialiai parengtų PS specialistų, kurie turėtų žinių ir gebėjimų įvertinti rizikas bei valdyti PSĮ.

Kvalifikuotų medicinos darbuotojų pritraukimas ir išlaikymas LRLI tampa dideliu iššūkiu. „Gydytojų, slaugytojų, medicinos personalo trūkumo problemos ypač aktualios rajonų ligoninėms, kur gydytojų skaičius 10.000 gyventojų yra 3 kartus mažesnis nei didžiųjų miestų. Tik pavieniai jauni specialistai atvyksta į Ligonines, todėl gydytojų amžiaus vidurkis daugelyje rajonų ligoninių viršija 57 metus. Vieninga ekspertų nuomone, svarbu imtis neatidėliotinių priemonių, užtikrinant vienodai efektyvų gydymo ir sveikatinimo paslaugų teikimą pacientui visoje Lietuvoje“ (SAM, 2013). Susidariusi pavojinga personalo trūkumo situacija buvo prognozuojama daugiau, kaip prieš dešimtmetį: 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-802 įvertinta „Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programa“ ir jos įgyvendinimo eiga. Lietuvoje pirmą kartą, remiantis atliktais tyrimais, buvo įvertinta SP žmonių išteklių padėtis šalyje ir pateiktos prognozės. Programoje teigiama, kad gydytojų skaičius, tenkantis 10.000 gyventojų iki 2015 m. Lietuvoje sumažės vidutiniškai penktadaliu ir bus mažesnis nei nacionalinis poreikis (Nacionalinė sveikatos taryba, 2015). Tačiau per minėtą laikotarpį taip ir nebuvo suformuotas veiksmingas SP žmonių išteklių poreikio įvertinimo ir socialinio užsakymo jiems rengti mechanizmas. Lietuvai įstojus į ES padidėjo gydytojų ir slaugytojų emigracija į kitas ES šalis dėl įvairių motyvų, tai dar labiau neigiamai veikė kvalifikuotų žmonių išteklių pasiūlą SP sektoriuje. Ligoninių aprūpinimo kvalifikuotais specialistais problema palikta spręsti pačioms Ligoninėms (SAM, 2014).

Ekspertų nuomone, Ligoninė nėra pajėgi savo jėgomis išspręsti kvalifikuotų SP darbuotojų trūkumo (pritraukimo) problemos, kuri neabejotinai neigiamai veikia Ligoninės veiklos kokybę ir jos teikiamų SP paslaugų saugą pacientams.

Nepakankamo finansavimo problemos

Ekspertai nurodė, kad Modelio įgyvendinimą gali neigiamai veikti ir Ligoninės *nepakankamo finansavimo problemos*. Ekspertai įvardijo du esminius Ligoninės finansavimo sistemos trūkumus: jo nepakankamumą ir nepagrįstumą.

Finansavimo *nepakankamumas* neigiamai veikia visą Ligoninės veiklą: galimybę pritraukti kvalifikuotus SP specialistus, įsigyti modernią įrangą bei teikti kokybiškas ir saugias SP paslaugas pacientams. Finansavimo *nepagrįstumas* pasireiškia tuo, kad finansavimo struktūra nėra pagrįsta ir nėra susieta su realia Ligoninės veikla, teikiamų paslaugų kokybe, realiai patiriamomis sąnaudomis, poreikiais, ligoninei keliamais reikalavimais:

4 EKSPERTAS: *Finansai. Kad būtų daugiau, tai galima būtų ir tuos specialistus kviesti, įtakoti, kad jie atvyktų ir rūpintųsi ir mažųjų ligoninių pacientais.*

13 EKSPERTAS: *Jeigu finansavimas neužtikrina tam tikro lygio aparatūros... Kuo, jūs man pasakykite, skiriasi antro lygio ligininėse chirurgijos, akušerijos, vaikų, terapinio skyriaus aparatūra? Turėtų būti labai aiškiai reglamentuota. Tokiam kabinetui reikia to, tokiam reikia to. Tada finansininkai paima ir paskaičiuoja, kad išlaikyti tokį kabinetą su tokia aparatūra, tokia kadruų politika, reikalingi tokie tai pinigai.... Ką sako ekonomistai? Kad norint, kad akušerija dirbtų bent nuliui, reikia 406 gimdymų per metus. Tai aiškiai paskaičiuota ekonomistų. Tai kokia logika?... Arba brangiai imkite, už 300 leiskite išgyventi, arba neleiskite dirbti tiems, kurie neturi 406 gimdymų. Bet jau čia prasideda politika. Jau jeigu neleisite dirbti, kur nėra 406 gimdymų, reikia uždaryti du trečdalius ligoninių. Tai jau baisu. Jau rinkėjas ką pasakys politikui. Reiškia, mes neturėdami pinigų, vis tiek... – jie kažkaip išsisuks. Ką valstybė daro draudžiamajam asmeniui? Tie, kurie uždirba, moka vienus pinigus, o valstybė už nedraustus moka tik pusę. Tai yra būtent aukštesnės dėžės problema.*

Laiko PSĮ prevencijai trūkumas

Ekspertai skyrė daug dėmesio PSĮ prevencijai trūkumo problemai. Ekspertai atkreipė dėmesį į tai, kad didėjant darbo jėgos trūkumui, žymiai išaugo darbuotojų darbo krūvis ir, atitinkamai, jų darbo intensyvumas (per tą patį laiką reikia aptarnauti daugiau pacientų, ilgesnis darbo laikas, kt.). Tai, iš vienos pusės, kelia pavojų PS (medikai turi mažiau laiko įsigilinti į paciento sveikatos būklę, trūkstant tam tikrų specialistų ir įrangos nėra galimybės operatyviai ir kokybiškai ištirti bei nustatyti sveikatos sutrikimus), o, iš kitos pusės, esant laiko trūkumui tiesioginei veiklai – SP paslaugų teikimui – medicinos darbuotojai neturi galimybių skirti papildomai laiko PSĮ analizei, pranešinėjimui, prevencijai:

7 EKSPERTAS: *Žiūrėkit dabar, ligonijų saugos tas lapas. Jis dedamas į ligos istoriją. Tai tuščias darbas dėl darbo. Tuščias parašų rinkimas. Tik norima parodyti kažkokiai komisijai. O mums dėl jo nėra kada dirbti. Būtent nukenčia ligonio sauga.*

Pernelyg intensyvus darbas, finansavimo problemos, laiko stoka, teisinis pažeidžiamumas – visa tai mažina **darbuotojų galimybes, motyvaciją ir suinteresuotumą PS, PSĮ valdymu.**

Tinkamo bendradarbiavimo stoka tarp jų Ligoninės ir kitų ligoninių bei jų Ligoninės veiklą aprūpinančių išteklių ir prižiūrinčių valstybinių institucijų.

Kaip svarbų PS ir Modelio įgyvendinimą neigiamai veikiančių faktorių ekspertai pažymėjo tinkamo bendradarbiavimo stoką tarp jų Ligoninės ir kitų ligoninių bei jų Ligoninės veiklą aprūpinančių išteklių ir prižiūrinčių valstybinių institucijų:

14 EKSPERTAS: *Kolonoskopija. Vasarą gydytojai sukilo, nes reikia daryti kolonoskopiją, o liginiai ateina iš šeimos daktaro be tyrimų. Stojam, nedarom šitų tyrimų, kol mes negausim pacientų su pilnu ištyrimu.*

10 EKSPERTAS: *Šiandienos atvejis. Sunkus liginis. Mes padarėme jam visus tyrimus, kuriuos galėjome. Ir dabar daktarė sėdo prie telefono, skambina į kitą liginę, nes jam reikia kompiuterį (kompiuterinės tomografijos tyrimą – L. P.) padaryti. Atsako – rytoj, nes šiandien kažkas yra, mes jo nepriimsim. Tam žmogui būtų saugiau šiandien. Viskas. Tas atkrita. Na gerai, kitur priėmė. Žmogų išvežė, į Druskininkus. Na gerai. Bet jeigu pirmoj priimtų, jam padarytų ir plaučius, ir pilvą. Jam, tam žmogui, būtų geriau, mums pigiau.*

Ir visai niekam neįdomu, ką mes darysime (nurodoma vietovė – L. P.) su tuo žmogum. Grįš iš Druskininkų, galimas dalykas, kad rytoj mes vešim į Alytų. Jau liginė finansišškai nukenčia, žmogaus saugumas, aišku savaime.

Su kitom lignoninēm bendraujant mūsu gydytojai tampa prašytojais. Jie skambina, sēd ant to telefono, skambina, prašinėja, vienam skambina, kitam, trečiam, ketvirtam. Žinot, kaip savo tėvo ar mamos prašo. Ir gaila tų žmonių.

Ekspertų apklausa parodė, kad esminė Modelio įgyvendinimo sunkumų dalis sietina su bendromis SP sektoriaus problemomis. Dauguma šių problemų gerai žinomos, jos tiesiogiai neigiamai veikia Ligoninės teikiamų paslaugų saugą ir kokybę (pvz., finansų, žmonių, technologinių, laiko išteklių stoka). Jų sprendimas yra labai svarbi prielaida užtikrinti Ligoninėje PS. Nesprendžiant šių sisteminių SP sektoriaus problemų, sudėtinga tikėtis greito ir esminio PS gerėjimo proveržio Ligoninėse.

Ekspertų pasisakymų tema „Prielaidos Modeliui įgyvendinti“ analizė.

42 lentelė. Temos „Prielaidos Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Pranešėjimo baimės įveikimas.	2 EKSPERTAS: <i>Labai svarbu padaryti, kad personalas nebijotų informuoti... apie įvykius nepageidaujamus įvykius. Galbūt mes, administracija, ne viską žinom, ne viskas iki mūsų daeina, ne viskas yra pranešama</i>
Anoniminis pranešėjimas.	4 EKSPERTAS: <i>Reikia užtikrinti bent jau dalelę šio konfidencialumo. Kad, tarkim, jeigu įvyktų kažkoks įvykis, ir mes norime pasimokyti iš to įvykio, tai, jeigu vyksta kažkoks pasitarimas ar susirinkimas, nebūtų pasakyta: „Toks gydytojas-vardas pavardė ar tokia slaugytoja – vardas, pavardė, bet galbūt galima pasimokyti po kažkurio laiko, kad nesuvesti į tą vot įvykusių situaciją. Tai gali būti kažkokie reguliarūs susirinkimai, kad nebūtų, kad tik po to, kai kažkas įvyksta, po savaitės jau visi žino, kas čia įvyko ir visi pirštais bado, nu, kad tam žmogui, jeigu tikrai siekiama pasimokyti ir išvengti tokių įvykių, tai tikrai turėtų kažkokia dalelė konfidencialumo.</i>
Tikslus pranešėjimo padarinių žinojimas.	3 EKSPERTAS: <i>Mes turime žinoti, lieka tai mūsų Ligoninės ribose ar ne... Norėtumėm išaiškinti, pilno... Kas toliau. Šių žinių stoka neleidžia, turbūt, mums iki galo (pranešėti apie PSĮ – L. P).</i>
Ištekliai, reikalingi Modeliui įgyvendinti.	9 EKSPERTAS: <i>Viskas čia teisinga vadybiniu požiūriu. Bet kaštai, problemos, susirašinėjimas. Dėl ko dabar nepranešama, dėl ko neskubama? Nes tai našta tam, kuris praneš, administracijai. Tik dėl to nepradedama rutulioti tai plačiau.</i>
Darbuotojų suinteresuotumo užtikrinimas.	1 EKSPERTAS: <i>Pagrindinis dalykas išaiškinti darbuotojams, kas tai yra, dėl ko gali atnešti naudos jiems, jų indelis į visos šitos sistemos sukūrimą, išaiškinti, kaip viskas vyksta konkrečiai... Daugiausiai tai ne administracijai reikia, tai reikia jiems, jų kasdiniame darbe... Jie turi suvokt, kad bet koku atveju darydami kažkokį veiksmą, jie nori gauti kažkokį rezultatą, naudinga jam, turėtų suprast, kad... nepageidaujamų įvykių registracija naudinga ir jiems.</i>

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Darbuotojų parengimas.	2 EKSPERTAS: <i>Pagrindinis dalykas, sunkumas ir problema, kad žmonės suprastų apie visa tai, nes šiuo metu tikrai nei vienas nesupranta, nežino, kas tai yra, nes nėra tas akcentuojama ir tos informacijos yra per mažai. Tai vot, reik padirbėti, kad pradėtų suprasti visą tai.</i>
Modelio įgyvendinimo tvarka.	5 EKSPERTAS: <i>Modelis yra, kiek suprantu, tik teoriškai dabar pagrįstas ir bandoma jį įgyvendinti praktiškai. Tai vat, kaip visada būna, bent jau mano praktikoje, ne būtina iš medicinos srities, iš bet kur, paimi kažkokio dalyko brėžinį, pradedi daryti tai praktiškai, visada eigoje išlenda tam tikrų nesutapimų, problemų, kurios, aišku, pašalini eigoje, tai va., tai kaip veiks tas dalykas, kiek jis bus tobulas, tai paaiškės tik įdiegus jį ir pradėjus dirbti. Be abejo, ne iš karto tą pamatysi, po tam tikro laiko. Tai aš manau vis tiek būtų tobula, jeigu ta sistema būtų dar su žvaigždute, kad pačią tą sistemą galima būtų kontroliuoti ir ją koreguoti tam tikrais laiko tarpais, kas pusmetį analizuoti, susirinkti ar viskas veikia, kas neveikia, kodėl ir kas veikia netobulai.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ekspertai ne tik nurodė sunkumus, susietus su Modelio įgyvendinimu, bet ir aptarė veiksmus (priemonės), kurių reikia imtis šiems sunkumams įveikti.

Pranešinėjimo apie NĮ baimės įveikimas

Pranešinėjimo apie NĮ baimės įveikimas itin dažnai minimas kaip būtina sąlyga sėkmingai įgyvendinti Modelį ir jam veikti. Ekspertai nurodė įvairias priemones NĮ pranešinėjimo baimei įveikti. Visų siūlomų priemonių esmė – apginti pranešusį apie NĮ darbuotoją nuo teisinio, administracinio, disciplinarinio ir moralinio persekiojimo.

8 EKSPERTAS: *jeigu žmogus tikrai žinos, kad jį kažkas teisiškai apgins, jis nebijos pranešti.*

1 EKSPERTAS: *Grįžtamasis ryšys (į praneštą NĮ – L. P.) neturi būti baudžiamasis. Turėtų būti kaip tik paskatinamoji priemonė- pasidomėti, išanalizuoti, kad tas nepasikartotų. Nebūtina, sakykim, bausti tą žmogų papeikimu ar visa kita... Aš taip įsivaizduoju, kad turėtų būti kažkoks kvalifikacijos kėlimo kursai. Ir iš tikrųjų toki modelį skatinti, kad nebijotų žmonės registruotis. Jeigu žmonės žinos, kad tai nebus nubausta, ar pinigine bauda, ar atleidimu iš darbo, ar visais kitais dalykais, tada toks modelis tikrai normaliai egzistuos ir bus tikrai pakankamai geras.*

5 EKSPERTAS: *Kas dėl grįžtamojo ryšio visiškai pritarčiau nuomonei, kad šis grįžtamasis ryšys neturi būti baudžiamojo pobūdžio. Tai čia jau vienareikšmiškai. Nes kitaip gausime tiesiog atvirkštinį atsaką, kad žmonės tiesiog neregistruos*

1 EKSPERTAS: *Per tą laiką mano pozicija yra tokia: ateiškite pas mane, mes susėsime, apdiskutuosime, apspręsime, rasime kažkokį sprendimo būdą. Tikrai būna tokių atvejų, kai per klaidą, aš ne tik apie gydymą, apskritai apie visus procesus...*

5 EKSPERTAS: *Kita vertus, nereikėtų bausti, bet kita vertus, skatinti tų dalykų nėra kaip, nes suprantat kodėl, negalima skatinti, bet reikia kažkaip gražiai surasti tą auksinį*

viduriuką, kad žmonės geranoriškai registruotų visus tuos dalykus ir kreiptųsi pagal subordinaciją į aukščiau esantį darbuotoją ir bandytų kartu išspręsti iškilusią problemą, kaupiti duomenis ir, be abejo, tam tikrais tarpais susirinkti ir naujai iškilusias arba neapimančią, arba tas sistemos neapimančius dalykus spręsti.

11 EKSPERTAS: Jeigu tu žinai, kad sąžiningai užregistravai, bus išnagrinėta, priimtas sprendimas, bet ne tu būsi vienas... Visur yra principas – surast kaltą ir vieną nubausti, kad visuomenė apsiraminėtų, nes jį surado, tai jisai, mes nusiplovėm mundurą, nes yra tas nubaustas žmogus. Bet tas žmogus dirba sistemoj, jis dirba komandoj. Reiškia, jeigu ten slaugytoja padarė kažkokį įvykį, gydytojas padarė įvykį, tai, turbūt ieškokit problemos visoj sistemoj, dėl ko tai įvyko. Gal kažko trūko, gal jis tikrai apkrautas darbais milijonais, ir dėl to nepastebėjo kažko, ne tą įrašė į paskyrimus dėl to, kad turi 30 ligonių ir turi visus aplėkti: ir į priėmimą, ir į skyrių, ir dar kas nors.

10 EKSPERTAS: Kitas dalykas, kad žmonės nebijotų to pasakyti. Nes jeigu aš padariau, tai toks žmogiškas dalykas, apsidairiau, nieks nematė, reiškia, niekam nesakysiu... Žmonės neturi bijoti, turi žinoti, pas ką ateiti ir negalvoti, kad jeigu pranešiau reiškia mane nubaūs... Pas mus gi tokia sistema, kad kažką reikia nubausti.

2 EKSPERTAS: Labai svarbu padaryti, kad personalas nebijotų informuoti... apie įvykusius nepageidaujamus įvykius. Galbūt, mes, administracija, ne viską žinom, ne viskas iki mūsų daeina, ne viskas yra pranešama.

Taigi ekspertai ne tik pabrėžia, kad reikia užtikrinti, kad nebūtų bijoma pranešti apie NĮ. Jie nurodo keletą svarbių šio užtikrinimo aspektų. Pirma, tai tikrumas, kad pranešęs apie NĮ darbuotojas bus apgintas nuo bet kokio (teisinio, disciplinarinio, moralinio) persekiojimo. Antra, tai tikslus pranešinėjimo pasekmių žinojimas, t. y. darbuotojas turi tiksliai žinoti, kas įvyks, jam pranešus apie NĮ, kokių priemonių ir kieno atžvilgiu bus imtasi. Darbuotojai pažymėjo, kad NĮ pranešimas turi būti tampriai susijęs su jų sisteminių priežasčių išaiškinimu.

Pranešinėjimo baimės įveikimas ir Modelio tobulinimas. Ekspertų pasisakymai apie būtinybę įveikti pranešinėjimo baimę – svarbūs tobulinant Ligoninės Modelį, nes, pasak darbuotojų, neišsprendus šios problemos, Modelis nebus veiksmingas. Jeigu darbuotojų baimė pranešti liks tokia pat, kaip dabartiniu laikotarpiu, tai net ir kruopščiausiai suprojektuota PS valdymo sistema nepagerins PSĮ išaiškinimo. Ekspertai pažymėjo, kad priemonių minėtai baimei sumažinti reikia imtis dar prieš pradėdant įgyvendinti PS sistemą (Modelį). Be to, nuo šios baimės lygio priklauso, kokia realiai vykstančių PSĮ dalis bus išaiškinta, – kuo didesnė pranešinėjimo baimė, tuo mažesnė PSĮ dalis bus išaiškinama. Kaip parodė jau aptarto kiekybinio tyrimo rezultatai, nemaža itin pavojingų NĮ dalis pasižymi padidintu jautrumu pranešinėjimo baimės lygiui.

Kadangi pranešinėjimo apie NĮ baimės lygis daro tokį svarbų poveikį, Modelyje turėtų būti numatytos priemonės, skirtos pastoviam pranešinėjimo baimės lygio monitoringui. Jo pagrindu būtų ne tik baimės lygis įvertinamas, bet ir tai, kokią PSĮ dalį modelis pajėgus išaiškinti, apie kokius PSĮ jis teikia išsamią, o apie kokius – fragmentinę informaciją. Šio monitoringo dėka už PS atsakingi Ligoninės asmenys turėtų informaciją, kiek išsamiai (koku lygiu) Ligoninėje išaiškinami, esant tam tikram pranešinėjimo baimės lygiui, įvairaus pobūdžio PSĮ. Šie duomenys sudarytų galimybę tiksliau įvertinti santykį tarp išaiškinamų PSĮ ir visų PSĮ.

Pranešėjimo anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas.

Pranešėjimo anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą Ekspertai nurodo, kaip vieną svarbiausių priemonių NĮ pranešėjimo baimei sumažinti.

4 EKSPERTAS: *Reikia užtikrinti bent jau dalelę šio konfidencialumo. Kad, tarkim, jeigu įvyktų kažkoks įvykis, ir mes norime pasimokyti iš to įvykio, tai, jeigu vyksta kažkoks pasitarimas ar susirinkimas, nebūtų pasakyta: „Toks gydytojas – vardas, pavardė – ar tokia slaugytoja – vardas, pavardė – bet galbūt galima pasimokyti po kažkurio laiko, kad nesuvesti į tą vot įvykusių situaciją. Tai gali būti kažkokie reguliarūs susirinkimai, kad nebūtų, kad tik po to, kai kažkas įvyksta, po savaitės jau visi žino, kas čia įvyko ir visi pirštais bado, nu kad tam žmogui, jeigu tikrai siekiama pasimokyti ir išvengti tokių įvykių, tai tikrai turėtų kažkokia dalelė konfidencialumo.*

14 EKSPERTAS: *Modeliui trūksta anonimiškumo užtikrinimo...*

17 EKSPERTAS: *Anonimiškumas sumažintų latentiškumą. Nes jeigu mes pripažįstame pas save kažkokią klaidą, pacientui žinant, jis pajungia visa teisinę sistemą. Tai kaštai įstai-gai ir dėl to ji gali netgi bankrutuoti. Dėl to tas latentinis dar labiau didėja.*

Taigi pranešėjimo anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas yra svarbi priemonė, į kurios svarbą atkreipė dėmesį ekspertai, pažymėdami, kad NĮ pranešėjimas turėtų būti anonimiškas ir konfidencialus. Jų nuomone, anonimiškumui ir konfidencialumui užtikrinti reikia imtis konkrečių veiksmų, tai yra, nustatyti, kiek realiai anonimiškumas ir konfidencialumas yra užtikrinami įstai-goje, kaip bus nagrinėjami ir sprendžiami ginčytini atvejai ir pan.

Svarbus yra 4 eksperto iškeltas klausimas dėl išaiškėjusių PSĮ „nureikšminimo“. Ekspertas mano, kad išaiškėjus PSĮ, nepakanka vien anonimiškumo, tai yra, pranešusio asmens pavardės neminėjimo. Eksperto nuomone taip pat atsiranda būtinybė atskirti PSĮ įvykio svarstymo laiką nuo momento, kada jis įvyko. Ekspertas kritiškai vertina paplitusią praktiką, kuomet, išaiškėjus PSĮ, siekiama kuo greičiau sureaguoti į jį, iš karto po įvykio organizuoti specialius, jam skirtus aptarimus. Eksperto nuomone tai „sureikšmina“ PSĮ, kas vėl gi trukdo tiek pranešėjimui, tiek įvykio objektyviai analizei. Siūloma, esant galimybei, svarstyti tokius PSĮ susisteminius ir daryti tai reguliarių susitikimų metu, kas, eksperto nuomone, padėtų tokio susitikimo dalyviams žiūrėti į tokį svarstymą, kaip problemos nagrinėjimą, o ne kaip į konkretaus įvykio aptarimą.

Atsižvelgiant į ekspertų išsakytas nuomones, užtikrinant Modelio įgyvendinimą ir veikimą, reikia imtis specialių priemonių *PSĮ pranešėjimo anonimiškumui ir konfidencialumui užtikrinti*. Nes, kaip pažymėjo ekspertai, anonimiškumui ir konfidencialumui užtikrinti neužtenka vien administracijos išsakomų pareiškimų apie anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą įstai-goje, ar šių žodžių formalaus įrašymo į norminius dokumentus. Tam būtina speciali šias sąlygas užtikrinanti ir jų užtikrinimo lygį stebinti veikla.

Ligoninės dirba nuolatinio *išteklų (finansinių, žmonių, technologijų, kt.) trūkumo* sąlygomis, dažnai išteklų trūksta svarbiausioms Ligoninės funkcijoms ir veiklai palaikyti.

Trūkstant išteklų įprastai kasdienei Ligoninės veiklai, jų juo labiau trūksta naujovėms diegti, todėl, tikėtina, kad su šia išteklų skyrimo prioretizavimo dilema susidurs ir diegiantieji Modelį. Ekspertai atkreipė dėmesį į tai, kad užtikrinant Modelio įgyvendinimą, turi būti išspręsta jo veiklai būtinų išteklų aprūpinimo problema. Tai kvalifikuotų darbuotojų, informacinių technologijų trūkumas, finansiniai bei kiti ištekliai, kurių pareikalaus darbuotojų parengimas darbui su Modeliu, bei Modelyje nurodytų veiklų įgyvendinimas.

16 EKSPERTAS: *(Reikia išteklių... – L. P.) informacinių. Turiu omeny kažkokios tai sistemos, prieinamumas sistemos, pasidalijimo, kas kur įvyko, na, paprasčiausia kompiuterinis internetinis ryšys. Bet pagrindinis yra darbuotojų tobulinimas. Nieko nėra dyko, kvalifikacijos yra labai brangios, o kad yra didžiulė masė darbuotojų, sakykime, vienam darbuotojui nedidelė suma, sudėjus viską į krūvą, gaunamos didelės sumos, kurios biudžete ligoninės nėra numatytos.*

Ligoninės išteklių ir Modelio diegimo galimybių atitikimo įvertinimas

Ekspertai pažymėjo, kad Modelio diegimas ir įgyvendinimas yra susijęs su papildomų resursų poreikiu, o skirti papildomų išteklių šioms veikloms Ligoninė dažnai neturi galimybių. Šiuo metu esantis išteklių ribotumas iš esmės riboja galimų PSĮ prevencijos priemonių taikymo ratą. Esant dideliame išteklių trūkumui, Ligoninė yra priversta verstis tik ribotomis, mažiausiai reikalaujančių papildomų išteklių („pigiausiomis“, ne visada didelio efektyvumo) priemonėmis. Tačiau daugėjant išteklių Ligoninėje rasis papildomų galimybių išplėsti PSĮ prevencinio valdymo priemonių ratą, pasirinkti ir diegti veiksmingesnes (dažnai brangesnes) PSĮ valdymo priemones. Tokia realybė rodo, kad lūkesčiai PS užtikrinimui bei gerinimui Ligoninėse ir keliami PS tikslai bei rezultatai turi būti vertinami Ligoninės galimybių ir išteklių kontekste: išteklių deficito sąlygomis prioritetu tampa ribotų išteklių panaudojimo veiksmingumas (pasiekimas rezultatų įmanomai mažiausiais kaštais), o atsiradus daugiau išteklių ir galimybių, prioritetu tampa efektyvumas (PS tikslų pasiekimas). Todėl planavimas ir įgyvendinimas PS užtikrinančių bei gerinančių veiklų ir priemonių turi atitikti Ligoninės galimybes turimais ištekliais jas įgyvendinti arba būtina numatyti galimybę pritraukti papildomų išteklių.

Šiam tikslui Modelyje numatytas struktūrinis blokas, kuris turi įvertinti atitikimą tarp Ligoninės PS valdymui skiriamų išteklių ir jos keliamų PS tikslų (užsibrėžtų rezultatų). Šis blokas leistų nustatyti optimalų santykį tarp Ligoninės galimybių ir joje vykdomos PSĮ prevencijos masto ir turinio. Svarbų vaidmenį šio struktūrinio bloko veikloje turėtų suvaidinti disertacinio kiekybinio tyrimo, kuriuo patikslintos įvairių PSĮ prevencinio valdymo priemonių charakteristikos, rezultatai.

Kaip ypač svarbią Modelio sėkmingo įgyvendinimo sąlygą ekspertai įvardijo **Ligoninės darbuotojų suinteresuotumo šio Modelio įgyvendinimu užtikrinimą**:

15 EKSPERTAS: *Pagrindinis dalykas – išaiškinti darbuotojams, kas tai yra, dėl ko gali atnešti naudos jiems, jų indėlis į visos šitos sistemos sukūrimą, išaiškinti, kaip viskas vyks ta konkrečiai...Daugiausiai – tai ne administracijai reikia, tai reikia jiems, jų kasdieniniame darbe... Jie turi suvokt, kad bet koku atveju darydami kažkokį veiksmą, jie nori gauti kažkokį rezultatą, naudingą jam, turėtų suprast, kad... nepageidaujamų įvykių registracija naudinga ir jiems.*

12 EKSPERTAS: *Matyčiau vieną tokį punktą... Reikia keist personalo požiūrį iš tos pusės, kad jie ne tai, kad bijotų registruoti tų įvykių, o reikia padaryti taip, kad jie bijotų jų neregistruoti. Atsirastų atvirkštinis toksai. Jeigu įvyktų įvykis ir jis buvo neregistruotas, tai tuomet galima būtų kalbėti apie to žmogaus sudrausminimą. Aš bijau žodžio „bausmė“. Bet apie sudrausminimą, piršto pagrūmojimą, akis į akį atsakingo asmens pakalbėjimą su tuo žmogum. Bet kad tas žmogus žinotų, kad jeigu jis neužregistruos nepageidaujamą įvykį, ir jis, tas įvykis, bus pastebėtas, kad tuomet bus problema jam.*

15 EKSPERTAS: *Prieš kelias dienas girdėjau pasisakymą tėvo, kurio vaikui suleido klaidingus vaistus. Jis sakė: „Mane papiktino net ne tai, kas suleido, o tai, kad paėmė ir nuslėpė, nu kad neprisipažino.“*

Ekspertų pasisakymų analizė leidžia išskirti kelis darbuotojų motyvacinis Modelio įgyvendinimo aspektus: 1) išaiškinimas darbuotojams naudos (vertės), kurią jie asmeniškai turės įgyvendinus Modelį; 2) perėjimas nuo PSĮ padariusio, bet apie jį pranešusio asmens baudimo, prie apie NĮ nepranešusio asmens sudrausminimo praktikos.

Aptardami modelio įgyvendinimo problemas, ekspertai paminėjo ir **darbuotojų parengimą darbui su modeliu.**

1 EKSPERTAS: *Tačiau irgi galvoju, kaip reikės tą kvalifikaciją organizuoti. Irgi reikės papildomų lėšų.*

3 EKSPERTAS: *Aišku, nuolatinis turi būti personalo motyvavimas mokytis. Turi žinoti, kas ir kaip turi daryti.*

Ekspertų pasisakymai rodo, kad NĮ pranešinėjimas ir darbuotojų dalyvavimas valdant NĮ priklauso ne tik nuo Ligoninės aprūpinimo ištekliais, bet ir nuo darbuotojų išorinės ir vidinės motyvacijos bei suinteresuotumo gerinti PS. Esant žemam suinteresuotumui, net ir tobuliausias Modelis gali tapti „popieriniu“, egzistuojančiu tik formaliai, tačiau nedarančiu realaus poveikio PS. Todėl Ligoninės darbuotojų išorinis ir vidinis suinteresuotumas bei motyvacija gerinti PS mažinant PSĮ pasireiškimą tampa esminiu Modelio gyvybingumo šaltiniu, jo „varikliu“. Tai pagrindžia reikalingumą Modelyje tokio **struktūrinio elemento, kaip darbuotojų motyvavimo ir jų suinteresuotumo Modelio įgyvendinimu**, kurio pagalba būtų: 1) identifikuojamos ir įgyvendinamos darbuotojų motyvacijos ir suinteresuotumo PS gerinimu priemonės; 2) tikslinama, kokių PSĮ išaiškinimas yra labiausiai priklausomas nuo minėto darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos; 3) leistų šiuo pagrindu tikslinti duomenis apie PSĮ išaiškinimo lygį.

Vykdamas disertacijos *kiekybinį tyrimą* buvo parengta metodika, kurios pagrindu buvo vertinamas Ligoninės darbuotojų suinteresuotumo gerinti PS, įgyvendinant PSĮ prevencinio valdymo priemonės, lygis. Jos pagrindą sudarė klausimai apie aplinkybes, nuo kurių priklauso Ligoninės darbuotojo *siekis* (vidinė ir išorinė motyvacija) ir *gebėjimas* (galimybės, ištekliai) gerinti PS (žr. 1 priedas). Ši disertaciniame tyrime išbandyta metodika gali būti adaptuojama ir naudojama išsamesniam Ligoninės darbuotojų suinteresuotumo (motyvacijos) ir gebėjimo gerinti PS prevenciją ištyrimui (žr. disertacinio darbo 3 dalies 1 skyrių).

Ekspertai vieningai pasisakė už tai, kad **Modelis neturėtų būti įgyvendinamas skubotai, tai yra, sėkmingai įgyvendinti Modelį reikalingas pereinamasis laikotarpis, kurio metu Modelis būtų palaipsniui diegiamas, jį derinant ir pritaikant Ligoninės veiklos specifikai ir poreikiams.**

5 EKSPERTAS: *Modelis yra, kiek suprantu, tik teoriškai dabar pagrįstas ir bandoma jį įgyvendinti praktiškai. Tai vat, kaip visada būna, bent jau mano praktikoje, ne būtinai iš medicinos srities, iš bet kur, paimi kažkokio dalyko brėžinį, pradedi daryti tai praktiškai, visada eigoje išlenda tam tikrų nesutapimų, problemų, kurios, aišku, pašalini eigoje, tai va, tai kaip veiks tas dalykas, kiek jis bus tobulas, tai paaiškės tik įdiegus jį ir pradėjus dirbti. Be abejo, ne iš karto tą pamatysi, po tam tikro laiko. Tai aš manau vis tiek būtų tobula, jeigu ta sistema būtų dar su žvaigždute, kad pačią tą sistemą galima būtų kontroliuoti ir ją koreguoti*

tam tikrais laiko tarpais, kas pusmetį analizuoti, susirinkti ar viskas veikia, kas neveikia, kodėl ir kas veikia netobulai.

2 EKSPERTAS: *Atrodo, kad be to diegimo praktiškai nepamatysime, kas labai blogai yra. Kai praktiškai pradėsime įgyvendinti visą šį planą, pasimatys.*

5 EKSPERTAS: *Reikia kaupti duomenis ir, be abejo, tam tikrais tarpais susirinkti ir naujai iškilusius arba tas sistemos neapimančius dalykus spręsti... Kol mechanizmas nepradėjo judėti, kol dalys nepradėjo trintis, nežinosi, ką reikia sutepti.*

Kaip matyti iš ekspertų pasisakymų, Modelio įgyvendinimas – ilgalaikis procesas. Jo metu turėtų vykti tiek Modelio įgyvendinimo tvarkos, tiek paties Modelio korekcijos. Pats Modelis turi būti *atvira, skaidri, nuolat besimokanti ir tobulėjanti sistema*, atvirai bendraujanti tiek su Ligoninės vidaus, tiek su išorės PS užtikrinimo ir gerinimo proceso dalyviais bei suinteresuotomis pusėmis, turinti mechanizmą stebėti, išaiškinti savo trūkumus, atlikti korekcinis veiksmus, komunikuoti bei užtikrinti grįžtamąjį ryšį. Šiam tikslui Modelio struktūroje turi būti numatytas *Stebėsenos, tobulėjimo, komunikacijos ir grįžtamojo ryšio užtikrinimo modulis*.

Ekspertai nesugebėjo net ir apytiksliai prognozuoti laiko, per kurį Modelis galėtų būti įgyvendintas Ligoninėje. Jų nuomone, tai priklausys nuo daugelio faktorių ir paaiškės tik diegiant Modelį praktikoje.

Ekspertų pasisakymų tema „Modelio bendradarbiavimas su kitomis PS suinteresuotomis institucijomis bei organizacijomis“ analizė.

43 lentelė. Temos „Modelio bendradarbiavimas su kitomis PS suinteresuotomis institucijomis ir organizacijomis“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Steigėjo dėmesys ir ištekliai SP kokybei bei PS.	2 EKSPERTAS: <i>Nuo steigėjo finansinės paramos priklauso paslaugų kokybė. Jei jis padėtų išlaikyti reanimacijos skyrių, nebūtų nepageidaujamų įvykių, kai pacientą tenka išvežti (į kitą ligoninę – L. P.).</i>
Ministerijos ir jai pavaldžių institucijų sprendimai bei požiūris į klaidas medicinoje.	4 EKSPERTAS: <i>Greta dabartinių PS pagrindinių veikėjų, turi atsirasti ir sveikatos ministerija, ir ligonių kasa, reikalingas priskyrimas, kas ties kurio ir ką veikia, tas bendradarbiavimas būtų užtikrintas, kad tas modelis būtų efektyvus, jo veikimas.</i>
Žiniasklaidos ir viešoji nuomonė apie klaidas medicinoje.	13 EKSPERTAS <i>Pirminis yra darbas su žurnalistu. Nes šiai dienai ką padaro: žmogus nėra nusiteikęs nei prieš gydytoją, nei prieš slaugytoją. Visą šitą padaro žurnalistai. Absoliučiai norėdami įtikti, labai tiesiai tą galiu pasakyti, spauda tai myli.</i>
Pacientų įtraukimas ir atsakomybės didinimas.	2 EKSPERTAS: <i>Įdirbio reikia visais lygiais, pradedant nuo paciento. Pacientas turi taip pat pareigas, ne tik teises. Jis turi pareigą pasakyti apie alergiją tam tikriems vaistams, apie persirgtas ligas, pacientas turi pareigą priimti paskirtą gydymą laiku, laikytis režimo, jeigu jis to nesilaiko, be abejo... Alkoholi vartoja, gali būti reakcija su vaistais... Ir vėl pasėkoje – nepageidaujami įvykiai.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ekspertų grupinės diskusijos dalyviai nuolat pabrėždavo, kad sėkmingas Modelio įgyvendinimas Ligoninėje didele dalimi priklausys nuo išorinės aplinkos sąlygų, ypač nuo aukštesnio lygmens institucijų (ministerijos, steigėjo, nacionalinio lygmens PS institucijų), žiniasklaidos bei pacientų požiūrio į PS bei klaidas medicinoje ir jų veiksnius.

Aptariant santykius su **ministerija, jai pavaldžiomis institucijomis ir steigėju**, reikalingus Modeliui įgyvendinti, ekspertai akcentavo pastarųjų geranoriško požiūrio ir paramos ligoninėms, diegiančioms Modelį, svarbą:

1 EKSPERTAS: *Santykiuose su ministerija svarbiausia – geranoriškumo principas. Jeigu mes registruojame kažkokius įvykius, jie turi geranoriškai žiūrėti, o ne iš karto bausti, atimti licenciją, peržiūrėti visus reikalavimus ir t. t. ir pan.*

4 EKSPERTAS: *greta dabartinių pacientų saugos pagrindinių veikėjų, turi atsirasti ir sveikatos ministerija, ir ligonių kasa, reikalingas priskyrimas, kas ties kurio ir ką veikia, tas bendradarbiavimas būtų užtikrintas, kad tas Modelis būtų efektyvus, jo veikimas.*

2 EKSPERTAS: *nuo steigėjo finansinės paramos priklauso paslaugų kokybė. Jei jis padėtų išlaikyti reanimacijos skyrių, nebūtų nepageidaujamų įvykių, kai pacientą tenka išvežti... Nuo sveikatos apsaugos ministerijos priklauso finansavimas, mūsų struktūra, mūsų paslaugų apimtis. Kokius dalykus reiktų keisti, ar tai ministerijos, ar savivaldybių darbas, ar slaugytojų kvalifikacija ar dar kažką, tai aš atžymėčiau, kad ne kiek ne mažiau svarbus dalykas, netgi svarbiausias, yra pačios visuomenės formavimas.*

Iš ekspertų pasisakymų tampa aišku, kad konstruojant Modelį tikslinga numatyti jo struktūrinį elementą, užtikrinantį Ligoninės efektyvų ir veiksmingą bendradarbiavimą su išorės institucijomis – PS dalyvėmis.

Sėkmingai įgyvendinti Modelį yra ypač svarbi **visuomenės nuomonė ir ją formuojančios žiniasklaidos požiūris į klaidas medicinoje, jų valdymą bei PS iniciatyvų palaikymas**. Ekspertai pabrėžė, kad šiuo laikotarpiu žiniasklaidos požiūris į PS, deja, nėra objektyvus ir palankus, todėl, įgyvendinant Modelį, svarbu keisti visuomenės ir žiniasklaidos požiūrį į klaidas ir nesėkmes medicinoje:

13 EKSPERTAS: *Pirminis yra darbas su žurnalistu. Nes šiai dienai ką padaro: žmogus nėra nusiteikęs nei prieš gydytoją, nei prieš slaugytoją. Visą šitą padaro žurnalistai. Absoliučiai nenorėdami įtikti, labai tiesiai tą galiu pasakyti, spauda tai myli. Vienais metais tai bankininkai, kitais – daktarai, trečiais metais – statybininkai, dar kažkas tai.*

Ekspertai pabrėžė rezonansinių (patraukusių didelį žiniasklaidos dėmesį) NĮ vaidmenį formuojant „kaltųjų“ paieškos ir baudimu pagrįstą viešąją nuomonę NĮ medicinoje. Taip žiniasklaida prisideda prie trukdymo veiksmingai išsiaiškinti PSĮ ir mokyti iš jų baudimu ir baime grįstos kultūros puoselėjimo:

13 EKSPERTAS: *Jūs pažiūrėkite, mūsų kaimynų dvynių atvejis iki dabar skamba, vaikų skyrius iki dabar vaiką pamatyti bijo, visa ligoninė baimėje skendo nuo šitų įvykių, baimė baisi, ji neišsisklaidė. Karta turi išeiti daktarų, kad ši baimė išnyktų. Nes prie kryžiaus kala. Ir ne tik prie kryžiaus, bet ir kraują nuleidinėja. Ir kiekvienas atėjęs spjauna į veidą. Iki šiol nei vieno iki 18 metų neoperuojama (nurodyta ligoninė – L. P.) ligoninėje.*

Iš šių ekspertų pasisakymų matyti, kad nuolatinis ir konstruktyvus darbas su žiniasklaida, jos ir visuomenės požiūrio į nesėkmes medicinoje keitimas yra būtina Modelio įgyvendinimo sėkmės sąlyga. Bendravimo su žiniasklaida pagrindą turėtų sudaryti žiniasklaidos atstovų švietimas PS klausimais bei žurnalistų etikos gerinimas („Lietuvos žurnalistų ir leidėjų etikos kodekso“ 3–6 straipsniuose nustatyta žurnalistų pareiga kruopščiai

ir visašališkai tikrinti skelbiamus faktus ir vertinimus (Lietuvos žurnalistų sąjunga, 2015). Todėl Modelio struktūroje tikslinga numatyti *struktūrinį vienetą, kuris užtikrintų efektyvų Ligoninės bendradarbiavimą su žiniasklaidos bei suinteresuotųjų visuomenės grupių bei organizacijų atstovais.*

Ekspertų nuomone, Modelio įgyvendinimo sėkmė taip pat priklausys nuo **pacientų elgesio, požiūrio ir palaikymo.**

Pirma, atkreipiamas dėmesys į pacientų švietimo PS klausimais gerinimą ir paciento atsakomybės už savo sveikatą didinimo:

2 EKSPERTAS: *Įdirbio reikia visais lygiais, pradedant nuo paciento. Pacientas turi taip pat pareigas, ne tik teises. Jis turi pareigą pasakyti apie alergiją tam tikriems vaistams, apie persirgtas ligas, pacientas turi pareigą priimti paskirtą gydymą laiku, laikytis režimo, jeigu jis to nesilaiko, be abejo... Alkoholių vartoja, gali būti reakcija su vaistais... Ir vėl pasėkoje – nepageidaujami įvykiai.*

Antra, tai Ligoninės darbuotojų ir pacientų bendradarbiavimo ir komunikacijos gerinimas:

1 EKSPERTAS: *Visa problema yra, kad mes kalbam apie gydytojo arba paslaugą tiekiančiojo personalo santykį su paslaugą gaunančiu. Gaunasi taip, kad saugą teikiantis personalas ir pacientas yra kaip ir skirtingose barikados pusėse.*

8 EKSPERTAS: *Iš galimybių išvengti nepageidaujamų įvykių, tai, manau, būtų visai tikslinga atlikti kažkokius prevencinius žingsnius, bendraujant prieš atsigulant ligoniui į ligoninę su paciento giminačiais, kad jie neturėtų perteklinių lūkesčių ir kažko perteklinio, kažkokių ypatingų pageidavimų, kurių mūsų ligoninėje tiesiog nėra, kurių mūsų ligoninė paslaugų neteikia ir po to, žodžiu, atsiranda konfliktas kažkoks, kuris išauga į didelę problemą tuščioje vietoje.*

4 EKSPERTAS: *Nepageidaujamus įvykius gėsinam ir gėsinam. Jie vyksta ne tiek dėl to, kaip daroma, bet kiek mes sugebame bendrauti su tuo žmogum. Komunikacija – pagrindinis yra dalykas. Jeigu aš šauksiu rėksiu, tas gydymas tikrai neduos naudos, o jeigu aš gražiai viską išaiškinsiu, bus kitaip.*

Trečia, tai paciento ir Ligoninės darbuotojo savitarpio pasitikėjimo stiprinimas:

6 EKSPERTAS: *Kliūtis – žmonių mentalitetas. Tikrai Švedijoje, Danijoje, Skandinavijoje, toj pačioj Anglijoje, jeigu daktaras pasakė, viskas, šventa. Nuvažiuoja lietuvaičiai, jie skundžiasi, ar tikrai teisingai paskyrė tokią dozę. Jie įsivaizduoja, kad pakliuvo pas daktarą ir viskas. Atsigulė į ligoninę ir tikrai nemirs.*

Visais šiais atvejais, ekspertų nuomone, darbas su pacientais turi vykti dviem pagrindinėmis kryptimis: 1) pacientus šviečiant, informuojant bei įtraukiant į SP bei PSĮ valdymą; 2) nepagrįstų pacientų lūkesčių, išankstinio, nepagrįsto nepasitikėjimo gydytoju ir kitais Ligoninės darbuotojais mažinimas.

Todėl bendradarbiavimas su pacientais, tiek tiesioginis (teikiant paslaugas Ligoninėje), tiek su visuomeninėmis pacientų organizacijomis, turėtų būti svarbi Modelio sėkmingo įgyvendinimo prielaida, nes pacientas yra pagrindinis sveikatos sistemos dalyvis, tiesiogiai jaučiantis nesaugios SP poveikį. Šiam tikslui pasiekti Modelyje turėtų būti numatytas *struktūrinis elementas bendradarbiavimui su pacientais ir pacientų visuomeninėmis organizacijomis PS srityje užtikrinti.*

Ekspertų pasisakymai buvo svarbūs patikslinant išorines Modelio įgyvendinimo ir sėkmingo veikimo konteksto sąlygas.

Ekspertų pasisakymų tema „Modelio tolesnis tobulinimas ir plėtra“ analizė.

44 lentelė. Temos „Modelio tolesnis tobulinimas ir plėtra“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Registruotinių NĮ sąrašų sudarymas.	2 EKSPERTAS: <i>Reikia labiau aprašyti, nutarti, kokius būtent nepageidaujamus įvykius registruosime. Ne visi galbūt, supranta, kas tai yra... Kas ministro patvirtinti, tai visi žino. Bet daugiau, ką mes turime vadinti nepageidaujamais įvykiais, labiau, turbūt, šį modelį detalizuoti, ką mes turėtumėm registruoti...</i>
PS koordinacinio centro organizavimas.	9 EKSPERTAS: <i>Kad būtų kažkoks centras, sakykime viena įstaiga, užsiimtų. Ten suplauktų ta visa informacija, ją apdorotų. Priimtų kažkokių bendrus sprendimus. Kažkokia asociacija, kur viskas suplaukia.</i>
PS specialistų poreikis Ligoninėje.	3 EKSPERTAS: <i>Reikia atskiro asmens, kuris užsiimtų ta veikla. Kiekvienas iš mūsų, aišku, irgi reaguoja, bet turėtų būti atskiras žmogus, kuris užsiimtų ta veikla.</i>
Modelio paprastumo užtikrinimas.	13 EKSPERTAS: <i>Ši Jūsų sistema per daug gremėzdiška, per daug sudėtinga.</i> 7 EKSPERTAS: <i>... kuo mažiau biurokratijos, kad jie (darbuotojai – L. P.) nepasiklystų visoje sistemoje.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ekspertai pateikė savo pasiūlymus Modeliui tobulinti. Dalis pasiūlymų buvo nukreipti į sąvokos „nepageidaujamas įvykis“ patikslinimą ir NĮ sąrašų, pritaikytų Ligoninės poreikiams, sudarymą.

Šių pasiūlymų esmė – tikslinga Modelyje numatyti priemonės, kad darbuotojai tiksliai žinotų, koks įvykis yra nepageidaujamas, apie kokius įvykius jie turi ir apie kokius neturi pranešinėti:

2 EKSPERTAS: *reikia labiau aprašyti, nutarti, kokius būtent nepageidaujamus įvykius registruosime. Ne visi galbūt, supranta, kas tai yra... Kas ministro patvirtinti, tai visi žino. Bet daugiau, ką mes turime vadinti nepageidaujamais įvykiais, labiau, turbūt, šį modelį detalizuoti, ką mes turėtumėm detalizuoti....Ne visi darbuotojai supras, ką reikia pranešti, ko nereikia pranešti.*

13 EKSPERTAS: *reikia padaryti labai tikslų aprašymą, kas yra nepageidaujamas įvykis. Sakykime, pagal specialybę: tai yra felčeris, tai yra slaugytoja, tai yra gydytojas. Jeigu valytoja: nepageidaujamas įvykis yra valyti grindis taip, kad nebūtų slidu, kažką tai, uždėti kokį skudurėlį, kad (pacientas – L. P.) negalėtų paslysti. Slaugytojai visiškai tai nesvarbu ir ji neturėtų šito žinoti. Natūralu, kad ne viena iš specialybių neatsimins visų kitų. Bet savo nepageidautinų įvykių žinojimas, irgi duotų didelę prasmę. Pavyzdžiui, slaugytoja chirurginiame skyriuje žinotų tai, tai ir tai. Slaugytoja terapiniame skyriuje – tą, tą ir tą... Kad jau žmogus dirbdamas žinotų – tai yra nepageidaujamas įvykis... Dabar galite paklausti, pavyzdžiui, terapiniame skyriuje, išvardinkite man, pavyzdžiui, penkis nepageidaujamus įvykius. Ką pasakys? Suleidau ne tuos vaistus, nu gal, panaudojau ne tą medžiagą, sukėliau alergiją ir, manau, kad kažin ar kas dar. Žmogus (gydytojas – L. P.) bent žinos, ko jam reikia saugotis.*

8 EKSPERTAS: *pradėkime nuo to, kad žmonės nežino, kas tai yra tas nepageidaujamas įvykis. Aš žinau, pavyzdžiui, ne tuos vaistus suleidau, turiu pranešti. O kas dar?*

Kaip rodo ekspertų pasisakymai, kalbant apie NĮ sąvokos patikslinimą, dažniausiai turima omeny tam tikro **Ligoninės poreikiams pritaikyto NĮ sąrašo sudarymą**. Aptariant su ekspertais tokio sąrašo variantus, buvo prieita prie nuomonės, kad geriausia būtų kiekvienoje Ligoninėje turėti palyginti nedidelį NĮ sąrašą, kuris būtų palapsniui praplečiamas, atsižvelgiant į Ligoninės poreikius ir NĮ išaiškinimo patirtį. Tam tikslui jis turėtų būti periodiškai peržiūrimas, papildomas naujais NĮ ir kartu išimami tie NĮ, kurie pasidarė mažiau aktualūs.

Ekspertai pritarė Modelio principinei schemai, pažymėdami, kad PSĮ išaiškinimas turi būti kompleksinis, jungiantis tiek jau įvykusių, tiek einamuju momentu ar nuolat vykstančių, tiek galimai įvyksiančių PSĮ išaiškinimą, jų rizikos įvertinimą. Taip pat pažymėjo, kad pagrindinę vietą išaiškinant PSĮ turėtų užimti proaktyvus jų išaiškinimas, tai yra, potencialių PSĮ prevencija. Todėl Ligoninės turėtų siekti, kad kuo didesnė PSĮ dalis būtų numatoma (prognozuojama), užkertant jiems kelią rasti ir pasireikšti NĮ ateityje. Tuo atveju tiek pirminio PSĮ sąrašo sudarymas, tiek jo tolesnis tobulinimas turi remtis ne tik buvusiu NĮ išaiškinimu, bet ir proaktyviu PSĮ išaiškinimu, tai yra, Ligoninės darbuotojų atliekama pasireiškiančių bei latentinių PSĮ analize.

Ekspertai pasisakymuose dažnai minėjo būtinybę *turėti specialiai parengtą PS specialistą* Ligoninėje, taip pat pabrėžė nacionalinio lygmens PS koordinacinio centro reikalingumą:

4 EKSPERTAS: *(gerai būtų – L. P.) jeigu dar būtų sukurtas kažkoks sudėtingesnis centras, kažkoks parengtas specialistas, kuris visas tas sritis apjungtų, manau, galėtų bent pradžioj funkcionuoti... kažkokia komanda gali būti sudaryta. Tarkim, iš įvairių specialistų: iš gydytojų (aišku, pirmiausiai, iš gydytojų), slaugytojų, medicininio personalo, kad jie išsianalizuos tuos įvykius, ir kažkiek galėtų padaryti prognozę. Tik vieno žmogaus jau tikrai nepakaktų, nes jeigu įvyksta įvykis, tarkim, neurologinio ligonio, ir analizuos žmogus, kuris yra, tarkim, chirurgas, tai išsianalizuoti bus sudėtinga... Turėtų būti komanda įvairių specialistų, kurie periodiškai susirenka ir žiūri, kaip sekasi įgyvendinti šitą Modelį.*

13 EKSPERTAS: *Kad būtų kažkoks centras, sakykime, viena įstaiga didžiulė užsiimtų. Ten suplauktų ta visa informacija, ją apdorotų. Priimtų kažkokius bendrus sprendimus. Kažkokia asociacija, kur suplaukia.*

3 EKSPERTAS: *Reikia atskiro asmens, kuris užsiimtų ta veikla. Kiekvienas iš mūsų, aišku, irgi reaguoja, bet turėtų būti atskiras žmogus, kuris užsiimtų ta veikla.*

2 EKSPERTAS: *Viskas turėtų suplaukti į vieną vietą... Tai gali būti bet kas iš mūsų, nebūtinai atskiras žmogus. Nėra tų nepageidaujamų įvykių tiek daug, kad būtų atskiras žmogus, kuris dirba tik šituo klausimu.*

13 EKSPERTAS: *(reikalinga – L. P.), kad būtų kažkas, kas apibendrina, susistemintų, paruoštų informaciją, kurią galima pažiūrėti, kas pas tave buvo, ten buvo, ten buvo, parengtų sprendimą, kurį galima būti pritaikyti sau.*

Apibendrinant ekspertų pasisakymus, jų nuomone, tiek Ligoninėje PS specialistas, tiek nacionalinis PS koordinacinis centras, turėtų vykdyti panašias funkcijas:

1. *Veiklos PS užtikrinti ir gerinti organizavimas ir koordinavimas.* Ekspertai nurodė, kad PS būtų veiksmingai užtikrinta, PS veikloje turi dalyvauti įvairių sričių (specialybių) Ligoninės darbuotojai, kurie dažniausiai turi skirtingą išsilavinimą, specializaciją, ge-

bėjimus spręsti skirtingas PS srities užduotis. Visi šie skirtumai gali sudaryti barjerus jų bendradarbiavimui ir savitarpio supratimui. Dėl to reikalingas specialistas, kuris būtų įgijęs specialių žinių ir turėtų patirtį PSĮ valdymo srityje bei atliktų PS koordinatoriaus Ligoninėje funkciją. Ekspertai nurodo, kad tiek PS specialistas, tiek PS koordinacinis centras turėtų tapti vieta, į kurią „suplaukia visa informacija“, kuri turėtų „apibendrinti ir susisteminti“ bei „priimti bendrus sprendimus“, susijusius su PS, PSĮ valdymu.

2. *Mokslinis ir metodinis PS veiklos Ligoninėje aprūpinimas.* PS remiasi nacionaliniu ir tarptautiniu lygiu vykdomais moksliniais tyrimais, geriausios praktikos apibendrinimu. Tiek PS specialistas Ligoninėje, tiek nacionalinio lygmens PS koordinacinis centras yra reikalingi tam, kad būtų monitoruojama PS būklė Ligoninėse, analizuojami praktiniai pasiekimai užtikrinant ir gerinant PS Ligoninėse, ši patirtis apibendrinama ir sklaidžiama tarp Ligoninių. Tiek PS specialistas, tiek nacionaliniu lygiu veikiantis PS koordinacinis centras turi jungti mokslinės ir metodinės veiklos elementus PS srityje.
3. *Atstovavimas PS klausimams Ligoninės ar šalies mastu.* Ligoninės PS specialistas turi išsamiausią informaciją apie PS organizavimą ir kylančias problemas savo įstaigoje. Nacionaliniu lygiu veikiantis PS koordinacinis centras turėtų plačiausią ir tiksliausią informaciją apie PS judėjimą šalyje, jo iniciatyvas, poreikius, iššūkius bei problemas.

Ekspertai pabrėžė, kad **Modelis neturėtų būti pernelyg sudėtingas jam suprasti ir įgyvendinti, jo įgyvendinimas neturėtų pareikalauti didžiulių investicijų.**

Ekspertų nuomone, Modelio paprastumas, jo suprantamumas ir aiškumas visiems Ligoninės darbuotojams yra svarbi jo sėkmingo įgyvendinimo ir veiksmingumo sąlyga: 2 EKSPERTAS: *Aišku, tos priemonės, sakykim, turi būti paprastos ir aiškios. Visiems suprantamos, kad nereikėtų didžiulių investicijų.*

4. EKSPERTAS: *Vengiam tų procedūrų, kurios yra sunkios ir jeigu ten reikėtų... jeigu ta procedūra būtų kažkokia labai sudėtinga... tikrai manau, dažniau norėtų užglaistyti, nepaviešinti, net jeigu nebūtų jokių baimių. Tas procedūros paprastumas, kad būtų viskas savaime suprantama.*

2 EKSPERTAS: *... kuo mažiau biurokratijos, kad jie (darbuotojai – L. P.) nepasiklystų visoj sistemoje.*

3 EKSPERTAS: *Kuo daugiau biurokratijos, tuo mažiau norisi visa tai pildyti. Galvojama „ar pranešti“? Aj, kam čia reikia, čia labai ilgai užtruks...*

13 EKSPERTAS: *Ši Jūsų sistema per daug gremėzdiška, per daug sudėtinga.*

Pateikti ekspertų pasisakymai rodo, kad darbuotojai nori turėti aiškia Modelio ir visos veiklos PS užtikrinti viziją. Dėl to, jų nuomone, siūlomas Modelis turėtų būti kuo paprastesnis ir aiškus visiems Ligoninės darbuotojams. Diegiant Modelį turi būti vengiama biurokratijos, tai yra, sistemos, kuri reikalauja iš darbuotojų didelės popierinio darbo apimtys, kas atima iš darbuotojų laiką, skirtą klinikiniam darbui bei PS užtikrinti. Tačiau, kita vertus, Modelio sistemos sudėtingumas, ekspertų nuomone, nulemia jos neaiškumą, kuomet darbuotojas gali „paklysti“ sistemoje. Modelis, ekspertų nuomone, turi aiškiai parodyti kiekvienam Ligoninės darbuotojui, ką konkrečiai jis turi daryti. Šis ekspertų išsakytas pageidavimas nusako svarbią Modelio tobulinimo kryptį – jo struktūrinių dalių (blokų, modulių, elementų) bei ryšių tarp jų išgryninimą ir konkretizavimą.

Ligoninės lygmens PS ekspertų kokybinio tyrimo rezultatai

Ligoninės lygmens PS ekspertų kokybinis tyrimas:

1. Patvirtino Modelio aktualumą, reikalingumą, tinkamumą bei atitikimą Ligoninių poreikiams ir veiklos specifikai.
2. Sudarė galimybę išsiaiškinti ir nustatyti Modelio tolesnio tobulinimo ir plėtros kryptis.
3. Atskleidė Ligoninių darbuotojų suvokimą, kad Modelio įgyvendinimas yra sisteminė inovacija, galimai sukelsianti sisteminius Ligoninės veiklos pokyčius, bei inovacijoms būdingą darbuotojų pasipriešinimą. Būtina šiuolaikinio inovacijų vadybos mokslo pagrindų imtis specialių tokio pasipriešinimo prevencijos priemonių – *laiku išaiškinti ir įvertinti pasipriešinimo inovacijoms priežastis bei panaudoti šiuolaikinio inovacijų vadybos mokslo pasiekimus jiems įveikti.*
4. Parodė, kad vis dar dominuojantis šalies SP tradicinis biurokratinis vadovavimo stilius yra svarbi kliūtis sėkmingai įgyvendinti Modelį. Perteklinis gydytojo ir kitų SP darbuotojų veiklos reglamentavimas, savarankiškumo apribojimas, nepasitikėjimas gydytoju, reikalavimas, kad jis atsiskaitytų už kiekvieną žingsnį – visa tai sunkina Modelio įgyvendinimą.
5. Parodė pranešėjimo apie NĮ baimės įveikimą kaip vieną svarbiausių Modelio sėkmingo įgyvendinimo priedaidų. Ekspertų pasisakymai parodė, kad Modelio veiksmingumas Ligoninėje labai priklausys nuo Ligoninėje esamo PSĮ pranešėjimo baimės lygio. Šiuo tikslu Modelyje numatomas *struktūrinis elementas, vykdamas PSĮ pranešėjimo baimės lygio stebėjimą ir vertinimą.*
6. Pabrėžė pranešėjimo apie PSĮ anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimą, kaip vieną svarbiausių priemonių PSĮ pranešėjimo baimei įveikti ir Modelio diegimo sėkmei užtikrinti.
7. Parodė, kad Modelio įgyvendinimo apimtys ir pobūdis labai priklauso nuo LRLD disponuojamų išteklių. Esant nepakankamiems ištekliams pagrindinei Ligoninės veiklai užtikrinti, Ligoninė turės apsiriboti nedideliu skaičiumi mažiau kainuojančių PSĮ valdymo technologijų ir priemonių. Dėl šios priežasties iškilus būtinybė užtikrinti Ligoninės PS iniciatyvoms turimų išteklių ir jos keliamų tikslų PS srityje atitikimą. Tuo tikslu Modelyje numatytas *struktūrinis elementas, užtikrinantis optimalų santykį tarp išteklių, kurie skiriami, iš vienos pusės, PS priemonėms, o iš kitos – kitoms Ligoninės veiklos sritims.*
8. Parodė LRLD darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos svarbą, Ligoninėje diegiant ir įgyvendinant Modelį. Tuo tikslu Modelyje numatytas struktūrinis elementas, kurio veikla sudarys galimybę įvertinti ir stebėti Ligoninės *darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos lygį* ir tuo pagrindu: 1) numatyti atitinkamas darbuotojų suinteresuotumą ir motyvaciją gerinančias iniciatyvas; 2) patikslinti, kokių PSĮ išaiškinimas ir prevencija yra labiausiai priklausomi nuo minėto darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos, o kokių – ne; 3) patikslinti kiekybinio tyrimo metu gautus duomenis apie PSĮ išaiškinimo ir prevencijos problemas.
9. Atskleidė *pereinamojo laikotarpio reikalingumą diegiant, derinant ir pritaikant Modelį Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai.* Ekspertai pažymėjo, kad Modelis turėtų būti *atvira, aiški, nuolat besimokanti ir tobulėjanti sistema*, atvirai bendradarbiaujanti tiek su Ligoninės vidaus, tiek su išorės PS užtikrinimo ir gerinimo proceso dalyviais ir suinteresuotomis pusėmis, turinti mechanizmą išsiaiškinti savo trūkumus, atlikti korek-

cinius veiksmus, komunikuoti bei užtikrinti grįžtamąjį ryšį. Šiam tikslui pasiekti Modelio struktūroje numatytas *Stebėsenos, tobulėjimo, komunikacijos ir grįžtamojo ryšio* blokas.

10. Parodė, kad Modelio įgyvendinimo Ligoninėje sėkmė didele dalimi priklausys nuo išorinės aplinkos sąlygų, ypač nuo aukštesnio lygmens institucijų (ministerijos, jai pavaldžių institucijų, Ligoninės steigėjo), žiniasklaidos bei pacientų požiūrio į PS ir veiksmų. Tuo tikslu, konstruojant Modelį, numatytas jo *struktūrinis elementas*, kuriam keliamas tikslas – užtikrinti Ligoninės efektyvų ir veiksmingą bendradarbiavimą su išorės institucijomis – PS dalyvėmis.
11. Parodė, kad sėkmingam Modelio įgyvendinimui yra ypač svarbi visuomenės nuomonė ir ją formuojančios žiniasklaidos požiūris į klaidas medicinoje, jų valdymą bei PS iniciatyvų palaikymą. Todėl Modelio struktūroje tikslinga numatyti *struktūrinį vienetą, kuris užtikrintų efektyvų LRL darbuotojų bendradarbiavimą su žiniasklaidos bei suinteresuotųjų visuomenės grupių ir organizacijų atstovais*.
12. Parodė, kad Modelio įgyvendinimo sėkmė taip pat priklausys nuo **pacientų elgesio, požiūrio ir palaikymo**. Šiam tikslui pasiekti Modelyje turėtų būti numatytas *struktūrinis elementas bendradarbiavimui su pacientais ir pacientų visuomeninėmis organizacijomis PS srityje įvertinti ir užtikrinti*.
13. Nustatė Ligoninės darbuotojų išsamesnio susipažinimo su PS, NĮ, PSĮ sąvokomis ir objektais poreikį, bei poreikį turėti konkretų pranešinėjamų PSĮ sąrašą, kuris būtų palapsniu praplečiamas, atsižvelgiant į Ligoninės poreikius ir PSĮ išaiškinimo patirtį.
14. Atskleidė Ligoninės darbuotojų (ekspertų) pritarimą Modelio principinei schemai, pažymint, kad PSĮ išaiškinimas turi būti kompleksinis, jungiantis tiek jau įvykusių, tiek einamuoju momentu ar nuolat vykstančių, tiek galimai ateity įvyksiančių PSĮ išaiškinimą ar jų rizikos įvertinimą.
15. Parodė būtinumą Ligoninėje turėti *specialiai parengtą PS specialistą* bei pabrėžė *nacionalinio lygmens PS koordinavimo centro* įsteigimo tikslingumą. Šių PS institutų pagrindinės funkcijos būtų: 1) veiklos PS užtikrinti organizavimas ir koordinavimas; 2) *mokslinis ir metodinis PS veiklos Ligoninėje aprūpinimas*; 3) *atstovavimas PS klausimams Ligoninės ar šalies mastu*.
16. Parodė, kad Modelis neturėtų būti pernelyg sudėtingas jį suprasti ir įgyvendinti, jo įgyvendinimas neturėtų pareikalauti didžiulių investicijų. Ekspertų nuomone, šio Modelio paprastumas, jo suprantamumas ir aiškumas visiems Ligoninės darbuotojams yra svarbi jo sėkmingo įgyvendinimo ir efektyvumo sąlyga. Modelio paprastumo kategorija ekspertų nuomone, apima šiuos momentus: 1) modelis neturi reikalauti iš darbuotojų didelės popierinio (biurokratinio) darbo apimties; 2) modelio struktūros paprastumas ir aiškumas; 3) Modelio struktūrinių dalių aiškumas.

3.2.2. Nacionalinio lygmens pacientų saugos ekspertų apklausos rezultatai

Kaip ir Ligoninių lygmens, turinio analizės rezultatai pateikiami lentelėse. Pirmoje jų (žr. 45 lentelę) pateiktos išskirtos temos ir kategorijos ir sudaro galimybę suprasti prasmines kategorijas, ekspertų naudotas jiems svarstant kiekvieną ekspertų grupinės diskusijos temą (cituojant ekspertų pasisakymus čia ir toliau kalba netaisyta).

45 lentelė. Ekspertų aptartos temos, temų klausimai ir jų kategorijos

Nr.	Tema, temos sritys (klausimai)	Kategorijos
1.	<p><i>Tema:</i> Modelio svarba, aktualumas, reikalingumas.</p> <p><i>Temos sritys (klausimai):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kokią svarbą, reikšmę turės šis Modelis Jūsų institucijų veiklai, kuruojamų PS sistemų veikimui? 2. Kaip pristatytas Modelis paveiks PS Ligoninėse ir prisidės prie SP sektoriaus ir tarptautinių PS programų, iniciatyvų įgyvendinimo? 	Modelio svarba gerinant PS šalies Ligoninėse.
		Modelio reikšmė susisteminant vykdomą PSĮ prevenciją, kurią jau dabar vykdo ekspertų atstovaujamos institucijos.
		Modelio reikšmė tobulinant ir toliau vystant PSĮ prevenciją, kurią jau dabar vykdo ekspertų atstovaujamos institucijos.
2.	<p><i>Tema:</i> Kliūtys (problemos, sunkumai) Modeliui įgyvendinti.</p> <p><i>Temos sritys (klausimas):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kokius sunkumus/problemas išvelgiate, su kuriomis gali susidurti Ligoninės įgyvendindamos šį Modelį? 2. Kokie sunkumai bei problemos gali iškilti Jūsų institucijai Ligoninėms įgyvendinant šį Modelį bei integruojant šiuo Modeliu paremtas Ligoninių PS sistemas į nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS užtikrinimo programas, iniciatyvas? 	Pranešinėjimo apie PSĮ konfidencialumo problemos.
		Problemos, kylančios registruojant smulkesnius PSĮ, neįeinančius į privalomai registruojamų sąrašą.
		PS kultūros stoka.
		SP darbuotojų teisinio-administracinio persekiojimo baimė, paciento baimė pabloginti santykius su gydytoju.
		SAM padalinių ir kitų vadovujančių institucijų darbo krūvio padidėjimas įgyvendinant Modelį.
		Problemos, su kuriomis susidurs LRL, užtikrinant PS.
3.	<p><i>Tema:</i> Galimybės (prielaidos, paskatos) Modeliui įgyvendinti.</p> <p><i>Temos sritys (klausimas):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaip siūlytumėte šias problemas spręsti, kad būtų sudarytos palankios sąlygos šiam Modeliui veikti? 2. Kokie pokyčiai Ligoninės aplinkoje turėtų įvykti, kad būtų užtikrintos būtinos sąlygos sėkmingai Modeliui veikti ir integruotis (bendradarbiauti) į nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS užtikrinimo programas? 	Būtinybė patikslinti pranešinėjimo apie PSĮ ribas. Praneštinų PSĮ sąrašų reikalingumas.
		PS saugos teisinio reglamentavimo sutvarkymas nacionaliniu lygiu.
		Vyriausybės didesnio dėmesio ir išteklių skyrimas.
		Modelio perpratimo palengvinimas. Jo paprastumas ir darbuotojų apmokymas ir parengimas.

Nr.	Tema, temos sritys (klausimai)	Kategorijos
4.	<p><i>Tema. Modelio tobulinimas, plėtra.</i> <i>Temos sritys (klausimai):</i></p> <p>1. Kaip siūlytumėte pristatytą Modelį patobulinti, išplėtoti, kad jis efektyviau užtikrintų PS Ligoninėse ir integraliai bei sinergiškai veiktų (bendradarbiautų) su SP sektorius, nacionalinėmis ir tarptautinėmis PS užtikrinimo programomis, iniciatyvomis?</p>	Nebaudžiamumo pranešant apie PSĮ užtikrinimas.
		Modelio įgyvendinimo tvarka. Būtinybė išbandyti Modelį praktiškai prieš pradedant plačiai jį įgyvendinti.
		Būtinybė įtraukti visas suinteresuotas institucijas ir organizacijas į Modelio įgyvendinimą.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Modelio svarbos, aktualumo, reikalingumo įvertinimas

46 lentelė. *Temos „Modelio svarba, aktualumas, reikalingumas“ kategorijų ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai*

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Modelio svarba gerinant PS šalies Ligoninėse.	13 EKSPERTAS: <i>Atstovauju slaugytojus. Pritariu, kad šis modelis yra reikalingas, ir komandai, ir pacientui. Manau, kad slaugytojai arčiausiai yra paciento. Nemažai nepageidaujamų įvykių mato ir iš tikrųjų, kaip ir visi, neregistruoja ar bijo registruoti, nedrįsta.</i>
Modelio reikšmė susisteminant vykdomą PSĮ prevenciją, kurią jau dabar vykdo ekspertų atstovaujamos institucijos.	11 EKSPERTAS: <i>Modelis reikalingas tam, kad nacionalinė paciento saugos sistema pradėtų veikti pilnu pajėgumu. Daug padaryta nacionaliniu lygiu, bet trūksta grandies, kuri užtikrina, kad tai, kas nuspręsta aukščiausiu, bendranacionaliniu lygiu pasiektų įstaigos.</i>
Modelio reikšmė tobulinant ir toliau plėtojant PSĮ prevenciją, kurią jau dabar vykdo ekspertų atstovaujamos institucijos.	11 EKSPERTAS: <i>Prognozuoju, kad įgyvendinus Modelį ir jam pradėjus veikti, jis taps galingu mūsų sveikatos sistemos pažangos varikliu, padės veiksmingiau kelti ir geriau spręsti esančias problemas. Manau, kad kada ši sistema veiks, tai iš tikrųjų bus įgyvendintas subsidiariškumo SP organizacijoje principas. Kai PS sistema pradės veikti, su palengvėjimu atsidus visos čia esančios tarnybos ir ministerija. Joms gerokai sumažės darbo, nes daug kas, kas turi vykti apačioj, vyks apačioj, veikiant įstaigos paciento saugos Modeliui. Žinyboms ir ministerijai daugiau nereikės jų kontroliuoti, priminti, komanduoti, žmonės tai darys savarankiškai. Visa tai taps įstaigos SP Modelio dalimi.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ekspertai vieningai pripažino Modelio svarbą tiek gerinant PS SP įstaigoje, tiek visoje nacionalinėje sveikatos priežiūros sistemoje. Pateikiame pasisakymus dėl Modelio svarbos atskiros SP įstaigos mastu.

13 EKSPERTAS: *Pritariu, kad šis modelis yra reikalingas, ir komandai, ir pacientui.*

9 EKSPERTAS: *Manau, kad jo (Modelio – L. P.) taikymas pagerintų pacientų saugą.*

4 EKSPERTAS: *Modelį reikia tiesiogiai įgyvendinti tokį, koks jis yra.*

6 EKSPERTAS: *Aš pasakysiu iš radiacinės saugos pusės. Šis modelis iš tikrųjų turėtų turėti svarbią reikšmę.*

1 EKSPERTAS: *Modelis, be abejonės, yra tikrai labai reikalingas*

Ekspertai taip pat pabrėžia Modelio svarbą nacionaliniu ir tarptautiniu požiūriu.

2 EKSPERTAS: *Iš sveikatos apsaugos ministerijos pusės pažymėsiu dvi šio modelio svarbos dimensijas. Tai tiek nacionalinė, tiek viršnacionalinė. Nacionaliniu lygiu kiekviena vyriausybė gali siekti teikti kokybiškesnės, saugesnes paslaugas pacientui. Dėl to PSĮ registravimo modelio sukūrimas atsirado sveikatos programoje, įrankio sukūrimas numatytas elektroninės sveikatos programoje ir nieks nesiginčija, kad tai yra reikšminga. Toliau, kodėl tai svarbu viršnacionaliniu lygiu? Mes kalbėdami apie sveikatos priežiūros paslaugas, nekalbame vien apie Lietuvos pacientus. Mes turime teisę į tarpvalstybines sveikatos paslaugas. Tai reiškia, mūsų pacientai turi lūkesčius kaip Europos Sąjungos pacientai. Ir pacientų sauga tampa tam tikru paciento paslaugų kokybės indikatoriumi, paslaugų kokybės elementu.*

Paaškindami Modelio vertinimą, ekspertai nurodė jo svarbos šaltinius. Pirmiausia buvo pabrėžiama, kad Modelis pratęs ir susistemins visą tą veiklą PS užtikrinti, kuria užsiima ekspertų atstovaujamos institucijos ir kuriems vadovaujant ji vykdoma ligoninėse.

6 EKSPERTAS: *Tai mes čia pernai turėjome su didžiausiomis gydymo įstaigomis pasitarimą, kur jie pristatė savo PSĮ sistemas. Mes turėjome reikalą su tomis įstaigomis, kurios vykdo veiklą vidinės terapijos srityje. Mus labiausiai ši sritis domina, nes ten įvykiai iš radiacijos pusės gali būti patys skaudžiausi... Kai jie pristatė, paašikėjo, kad jie šias sistemas pas save turi įsidiegti, tų įvykių registruoja pakankamai nemažai. Net kai kurie šimtais eina... Tas kaip ir vyksta visas. Tačiau ant akių tų įvykių vyksta nedaug, iki mūsų ateina tik vienas kitas.*

12 EKSPERTAS: *Yra dvi ar trys įstaigos, kuriose šių įvykių registracija nesukelia baimės. Jie patys iš to mokosi, patys tai nagrinėja.*

8 EKSPERTAS: *Nacionalinis transplantacijos biuras registruoja nepageidaujamus reiškinius... gydymo įstaigos irgi turi pranešti mums situacijas, jeigu įvyko kažkoks (PSĮ-LP), sakykime po transplantacijos mirė pacientas. Kodėl? Kas sąlygojo? Kokios padarytos klaidos?*

Ekspertai pabrėžė, kad Modelis padės užpildyti spragą, kuri egzistuoja dabartinėje nacionalinėje PS užtikrinimo sistemoje. Nacionaliniu lygiu parengta gausi PS užtikrinimo teisinė ir metodinė bazė, priimti ir veikia daugybė teisės aktų, kurie reglamentuoja PS užtikrinimą SP įstaigoje. Tačiau įstaigoje trūksta mechanizmo, kuris organizuotų ir užtikrintų šių teisės aktų ir metodinių rekomendacijų įgyvendinimą.

6 EKSPERTAS: *Mūsų teisinėje bazėje surašyti įvykiai, kada turėtų pranešti, ką turėtų pranešti, terminai, viskas yra išdėliota. Bet įstaigos lygiu kad ta sistema iš tikrųjų pradėtų realiai veikti, reikalingas Modelis. Šiai dienai, kai bandėme surinkti statistiką apie tuos įvykius, pranešimų yra labai nedaug. 1–2 per metus anksčiau. O dabar kaip pas mus atsirado teisinėje bazėje nepageidaujamo įvykio apibrėžimas, tai 3–4 atvejai. Čia pernai – užpernai. Tai iš tikrųjų labai labai mažai.*

Ekspertai nurodė į Modelio reikšmę, tobulinant ir toliau plėtojant PSĮ prevenciją.

6 EKSPERTAS: *Prognozuoju, kad įgyvendinus Modelį ir jam pradėjus veikti, jis taps galingu mūsų sveikatos sistemos pažangos varikliu, padės veiksmingiau kelti ir geriau spręsti esančias problemas. Įstaigos PS sistema teiks duomenis apie svarbiausias SP problemas, apie tai, kiek sugebama užtikrinti svarbiausią SP paslaugų kokybės aspektą – paciento saugą, jis teiks informaciją, kurios dabar neturime ir kuri yra labai reikalinga.*

Man atrodo, kad kada ši sistema veiks, tai iš tikrųjų bus įgyvendintas subsidiariškumo SP organizacijoje principas. Kai PS sistema pradės veikti, su palengvėjimu atsidus visos čia esančios tarnybos, ir ministerija. Joms gerokai sumažės darbo, nes daug kas, kas turi vykti apačioj, vyks apačioj, veikiant įstaigos paciento saugos Modeliui. Žinyboms ir ministerijai daugiau nereikės jų kontroliuoti, priminti, komanduoti, žmonės tai darys savarankiškai. Visa tai taps įstaigos SP Modelio dalimi.

Kliūčių (problemų, sunkumų) Modeliui įgyvendinti apibūdinimas.

47 lentelė. Temos „Kliūtys (problemos, sunkumai) Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir jų empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Pranešėjimo apie PSĮ konfidencialumo problemos.	9 EKSPERTAS: (reikalingas – L. P.) konfidencialumas. Žmonės ne visada pasako. Lygiai taip pat mums paskambina koks pacientas, kažkas kažkam nutiko ir mes klausiam, koks gydytojas, kokia įstaiga, kas toks pats esi, tyła. Gali būti panašūs tokie atvejai, kol kažkaip šis mąstymas pasikeis... Didžioji dauguma tam dar nėra pasiruošę, bet su laiku... Bet vis tiek reikia tuos žmones informuoti ir šviesti apie tokias galimybes...
Problemos, kylančios registruojant smulkesnius PSĮ, neįeinančius į privalomai registruojamų sąrašą.	4 EKSPERTAS: Bet tų paprastesnių kiek mes bandėm, kad registruotų darbuotojai, niekaip nepavyko. Bet jeigu įvykdavo bėda, pacientas nukrisdavo, susilaužydavo, tokiu atveju jau pradėdavome analizuoti, kaip, kas, kodėl ir taip toliau iki pačių pagrindinių priežasčių.
PS kultūros stoka.	12 EKSPERTAS: Kiekvieną rytą pradėdant darbą reikia kalbėti apie saugą ir baigti kalbant apie saugą. Ir tik tada žmonės pradės suvokti, kad jie, kaip išvažiuoja iš savo buto, saugiai visa daro, taip jie atėję į darbą, turi dirbti saugiai. O kad tai būtų, turi būti mokymai, pirma eile, kad žmonės išmokyti domėtis, skaityti, mokyti...
SP darbuotojų teisinio administracinio persekiojimo baimė, paciento baimė sugadinti santykius su gydytoju.	5 EKSPERTAS: Pusė valandos į ragelį (pacientas – L. P.) išsako tiek, arba elektroniniu neoficialiu tinklu parašo. Tai, sakau, kreipkitės oficialiai... (Bet žmogus atsako: – L. P.) „Ne-ne-ne! Jūs kaip nors padarykit, Jūs manęs neišduokit, aš tada pas savo gydytoją kaip eisiu?!“
SAM padalinių ir kitų vadovaujančių institucijų darbo krūvio padidėjimas įgyvendinant Modelį.	6 EKSPERTAS: Visgi, jei tas modelis bus įdiegtas ir tie žmonės bus priversti kažką daryti, mus greičiausiai užbombarduos klausimais, o ką aš čia turiu daryti? O ką aš turiu registruoti? Gerokai išaugs kažkokių konsultavimo veiklos tokių ligoninių švietėjiškoje srityje.
Problemos, su kuriomis susidurs Ligoninės, užtikrinant PS.	6 EKSPERTAS: O kas liečia mažesnes rajono ligonines, tai ten viskas yra saugu-ramu (juokiasi) ir niekada nieko neįvyksta...

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Pagrindinės Modelio įgyvendinimo kliūtys, kurias nurodė ekspertai.

Aptardami sunkumus, su kuriais bus susidurta įgyvendinant Modelį, ekspertai pirmiausia akcentavo darbuotojų baimę, kad dėl jų praneštų PSĮ jie bus administracine-tėisine ar disciplinine tvarka persekiojami. Antra, tai paciento baimė, kad jam pranešus apie tam tikro gydytojo padarytą klaidą, jam kils sunkumų bendraujant su tuo gydytoju.

5 EKSPERTAS: *Aš norėčiau papildyti. Puse valandos į ragelį (pacientas – L. P.) išsako tiek, arba elektroninių neoficialių tinklų parašo. Tai, sakau, kreipkitės oficialiai... (Bet žmogus atsako – L. P.) „Ne-ne-ne! Jūs kaip nors padarykit, Jūs manęs neišduokit, aš tada pas savo gydytoją kaip eisiu?!“*

Žino pacientas, informuotas, kad paslauga suteikta netinkamai arba ne pagal jo lūkesčius. Bet išeiti į akistatą prieš gydytoją, kad Jūs gi už mano gydymą gaunate pinigą, tas žmogus bijo, sako: „Kur aš paskui kreipsiuosi?!“...

9 EKSPERTAS: *Jam (pacientui) lengviau parašyti kokį laišką prezidentei ar premjerui nei nueiti pas skryiaus vedėją. O laiškas prezidentei per kelis mėnesius grįžta, bet nieko neįvyksta, nes čia sako jokių skundų nebuvo...*

Kita svarbi kliūtis – darbuotojų nesuinteresuotumas gerinti PS, tam naudoti visas turimas priemones. Dabartinė PS valdymo sistema nesugeba sukurti pakankamų stimulų darbuotojams aktyviau įsitraukti į PS užtikrinimą.

4 EKSPERTAS: *Mes vykdėme vieną Europos projektą, kur buvo siūloma įvairių instrumentų įgyvendinimui. Ir mes pasirinkome chirurginį kontrolės lapą. Ir vienoje iš tų minėtų ligoninių mes pabandėm, davėm sukramtytą, ką turėtų prieš operaciją patikrinti, mes jiems šitą davėme, važinėjome aiškinom, kalbėjome su visa komanda, chirurgu, anesteziologu ir mes juos niekaip negalėjome įtikinti, kad to reikia. Kitoj ligoninėje mes nuvažiavome, tą daryti, jie sakė: „Gerai! Reikia? Gerai, mes juos pildysime, tuos lapus. Jie pripildė tiek lapų. Bet aš abejoju, ar jie buvo užpildyti prieš operaciją. Ir ką jie pasakė – ot kultūros veikimas – „Rašykit ministro įsakymą, (tada) mes šitą vykdysime“. Jie nesuvokė, kad na tikrai tai yra būtinas dalykas.*

Šį darbuotojų nesuinteresuotumą ekspertai pirmiausia sieja su nepakankama PS kultūra įstaiuose.

10 EKSPERTAS: *Kas yra nesėkmė hospitalinių infekcijų, (tai) vėl gi yra kultūros klausimas. Mes dabar keliam, mes sakom, rašykit, kad Jūsų kolega pasielgė neteisingai, nenusiplovė rankų, nedezinfekavo, kažką prilietė ne ten, kur turėjo priliesti, kažkokioje izoliuotoje reanimacijos patalpoje... nepasiėmė stetoskopo, kuris buvo skirtas tiktai tam, o ne kitam pacientui, tai jūs raportuokite, taip. Tai, sako, mus gi neskundžia, kaip mes galėjome (skųsti kolegą – L. P.)?!*

12 EKSPERTAS: *Kiekvieną rytą pradėdant darbą reikia kalbėti apie saugą ir baigti kalbant apie saugą. Ir tik tada žmonės pradės suvokti, kad jie, kaip išvažiuoja iš savo buto, saugiai visa daro, taip jie atėję į darbą, turi dirbti saugiai. O kad tai būtų, turi būti mokymai, pirma eile, kad žmonės išmokytų domėtis, skaityti, mokyti...*

Ekspertų nuomone, SP darbuotojų pasyvumas ir nesuinteresuotumas gerinti paslaugų kokybę ir PS taip pat yra reakcija į šiuolaikinę jų socialinę poziciją – atsakymas į tai, kaip elgiamasi su jais pačiais.

1 EKSPERTAS: *Turime kalbėti apie išorinius veiksnius: ką turi padaryti valstybė... Visi turi teisę pasakyti, o kodėl mūsų 1 mlrd. litų nuo 2008 metų, nuo tos krizės nėra duotas sveikatos apsaugai? Pas mus vienintelius yra sveikatos finansavimas iškreiptas: 1 litas lygus*

60 centų. Taip buvo anksčiau, dabar priartės vienas prie vieno... Tai (medikai) gali pasakyti, jeigu jūs su mumis taip elgiatės, tai kodėl mes čia turime būti, tik rankytes keliam, viską kenčiam, viską darome, ką tik mums pasakysite... Tokie nedarnūs santykiai atsiranda visur visuomenėje ir juo labiau ne išimtis sveikatos sistema ir visas sektorius, dirbantis su pacientais. Pacientai teisėtai piktinasi, kodėl mes ne kaip Europos Sąjungos žmonės esame gydomi.

Svarbi kliūtis įgyvendinti Modelį, ekspertų nuomone, gali būti ir gan paplitęs mūsų SP sistemoje konservatyvizmas, nenoras dirbti naujai, ką nors keisti nusistovėjusioje tvarkoje.

6 EKSPERTAS: *Esminis sunkumas to modelio yra ligininės lygmeny pasipriešinimas, nes patį mąstymą reikia keisti, kas yra sunkus darbas daugumai ir nieks nenori to daryti. Žmonės, aišku, nenori eiti ta kryptimi, kuria jie nenori eiti.*

11 EKSPERTAS: *Pirma Modelio įgyvendinimo problema, kad mes ne graikai, o lietuviai. Nemėgstam pasisakyti, norim likti nuošaly, nemėgstam naujovių ir t. t. Ir šitie bruožai, kurie daro mus daug simpatiškesniais už graikus, ir daug mielesnius, trukdo. Mozei reikėjo 40 metų. Aš galvoju, gal čia pavyks greičiau.*

Tuo būdu SP darbuotojų, nuo kurių labiausiai priklauso Modelio įgyvendinimas, suinteresuotumo stoka gali tapti rimta kliūtimi, įgyvendinant jį. Ekspertų apklausa sudarė galimybę išaiškinti visą kompleksą įvairių priežasčių, kurios lemia SP darbuotojų nepakankamą suinteresuotumą.

Kaip svarbią kliūtį Modeliui įgyvendinti ekspertai mini didelę darbo apimtį jį įgyvendinant. Modelio įgyvendinimas pareikalauja ne tik SP įstaigų, bet ir joms vadovaujančių institucijų didelių pastangų.

6 EKSPERTAS: *Visgi jei tas modelis bus įdiegtas ir tie žmonės bus priversti kažką daryti, mus greičiausiai užbombarduos klausimais, o ką aš čia turiu daryti? O ką aš turiu registruoti? Gerokai išaugs kažkokio konsultavimo veiklos tokių ligininių švietėjiškoje srityje.*

Dar viena ekspertų nurodyta kliūtis – inercija valstybės mastu, kuri neleidžia užtikrinti teisinės PS bazės.

1 EKSPERTAS: *Dėl žalos be kaltės modelio įdiegimo. Vyriausybės programoje įrašyta. Nuo devintųjų metų Seimas priėmė nutarimą, kad turi būti toks modelis įdiegtas. Darbo grupės susidaro, ministrai ateina, išeina, o tos darbo grupės taip ir lieka be darbo. Dar geriau, kai kartu su Gydytojų sąjunga tą įstatymą įregistravo su viltim, kad tas pinigas eis iš to fondo, iš kurio bus pacientui mokama, tai būtų tam tikros lėšos, iš kurių būtų galima dirbti pagal šitą modelį ir analizuoti tuos atvejus, tobulinti, kad gydytojai keistųsi informacija, susipažintų su naujomis metodikomis, žiūrėtų, kad kuo mažiau tų įvykių būtų, Vyriausybė rašo neigiamą išvadą šiam įstatymui.*

Svarbi Modelio įgyvendinimo kliūtis yra finansinės problemos. Modelio įgyvendinimas reikalauja nemažai išteklių ir, atitinkamai, finansavimo. Praktika rodo, kad bet kokia nauja programa, kad ir kokia svarbi ir reikalinga ji bebūtų, visada patiria didelius jos finansavimo sunkumus. Ekspertai pabrėžia, kad šie sunkumai susiję ne tiek su finansinių išteklių stoka, kiek su atsakingų institucijų *nesugebėjimu atskirti* labiau svarbias programas nuo mažiau svarbių ir tuo pagrindu optimaliai paskirstyti finansavimą.

10 EKSPERTAS: *„Mes (ligonių kasa – L. P.) neturim pinigų. Mes to nekompensuojam, to nekompensuojam, to nekompensuojam“. Ir tada nieko nesiduoda. Suprantat, čia vėl gi turi būti kažkoks konsensusas. Pasauly sveikatos politikoje yra poreikių vertinimo metodologija. Lietuvoj siaubingai reikia keisti. Aš šneku ir šneku Ligonių kasai: „Išmokit Jūs pagaliau tą poreikio pagal epidemiologinę situaciją vertinimą“.*

Svarbūs yra ir ekspertų nurodymai *dėl ypač sunkių ir probleminių Modelio įgyvendinimo aspektų*. Pažymėsime dvi jų iškeltas problemas.

Pirmoji susieta su mažiau reikšmingais (tai yra, padariusių mažesnę žalą) įvykiais. Iš vienos pusės, šie įvykiai padarė mažesnę žalą. Tačiau, iš kitos, jų tyrimas gali padėti ne-leisti rimtesnių įvykių. Pavyzdžiui, procedūros atlikimas ne tam pacientui vienais atvejais gali nepadaryti didesnės žalos. Tačiau kitą kartą ta pati klaida gali turėti daug rimtesnių padarinių. Dėl to tokius įvykius reikia išaiškinti ir tirti. Tačiau, kaip nurodė ekspertai, dėl šių mažesnę žalą sukėlusių įvykių registravimo ir tyrimo neretai kyla SP darbuotojų pasi-priešinimas, tiesiai išplaukiantis iš įprastinės buitinės „taisyklės“: rimtas įvykis – daugiau dėmesio, nerimtas – mažiau.

4 EKSPERTAS: *Bet tų paprastesnių kiek mes bandėm, kad registruotų darbuotojai, nie-kaip nepavyko. Bet jeigu įvykdavo bėda, pacientas nukrisdavo, susilaužydavo, tokiu atveju jau pradėdavome analizuoti, kaip, kas, kodėl ir taip toliau iki pačių pagrindinių priežasčių.*

Antroji problema susieta su LRL. Jose, pasak ekspertų, sprendžiant PS problemas, su-siduriama su daug didesniais sunkumais. Pirmiausia, LRL ypač nenoriai išaiškinami PSĮ.

6 EKSPERTAS: *O kas liečia mažesnes rajono ligonines, tai ten viskas yra saugu ramu (juokiasi) ir niekada nieko neįvyksta...*

4 EKSPERTAS: *Mes rinkome kokybės rodiklius pagal ministro įsakymą. Pilnai atitinka, kiek neregistruoja netgi privalomų. Universiteto lygmens kiek tai daugiau registruoja, prak-tiškai gaunasi ant pusės, tai rajono lygmens ligoninėse žymiai mažiau registruoja.*

Antra vertus, būtent LRL, kuriose susiduriama su didžiausiomis problemomis, blo-giau moka susitvarkyti su jomis.

12 EKSPERTAS: *Ta mūsų „vadybinė erudicija“, kuri daugumoj įstaigų: rajono, regiono lygmens yra paplitusi ir tai aš matau kaip didžiausią kliūtį. Visi nori pokyčių, bet tų pokyčių negali valdyti, nėra pasirengę įstaigos valdyti pokyčių.*

Galimybių (prielaidų, paskatų) Modeliui įgyvendinti apibūdinimas

48 lentelė. *Temos „Galimybės (prielaidos, paskatos) Modeliui įgyvendinti“ kategorijos ir jų empi-rinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai*

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Būtinybė patikslinti pranešinėjimo apie PSĮ ribas. Pranešinių PSĮ sąrašų reikalingumas.	4 EKSPERTAS: <i>Aš pritarčiau tam, kad PSĮ būtų labiau priimtini registravimui, jeigu mes eitumėm pagal specialybes. Visi chirurgai, ginekologai ir kiti žino, kokios gali būti komplikacijos po operacijų. Labai elementaru: klipsas nukrito prie laparoskopinės cholecistektomijos, ginekologas sužeidė šlapimtakį šalinant gimdą ir taip toliau.</i>
SP įstaigoje PS teisinis reglamentavimas.	1 EKSPERTAS: <i>Aš manau, kad tai (paciento saugos klausimai – L. P.) turi būti reglamentuojama nacionaliniu lygiu įstatymo, poįs-tatyminių teisės aktų, įsakymais.</i>
Vyriausybės didesnio dėmesio ir išteklių skyrimas SP ir jos darbuotojams reikalin-gumas.	1 EKSPERTAS: <i>Turime kalbėti, ką turi padaryti valstybė... Visi turi teisę pasakyti, o kodėl mūsų 1 mlrd. litų nuo 2008 metų, nuo tos krizės, nėra duotas sveikatos apsaugai? Pas mus vienintelius yra sveikatos finansavimas iškreiptas: 1 litas lygus 60 centų. Taip buvo anksčiau, dabar priartės vienas prie vieno... Tai (medikai – L. P.) gali</i>

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
	<i>pasakyti, jeigu jūs su mumis taip elgiatės, tai kodėl mes čia turime būti, tik rankytes keliam, viską kenčiam, viską darome, ką tik mums pasakysite...</i>
Darbuotojų apmokyimas ir parengimas taikyti Modelį.	9 EKSPERTAS: <i>(Modelio įgyvendinimui reikia... – L. P.) pirmiausia, kad žinių netrūktų, švietimo, tos baimės atsikratyti, o mes kaip pacientų organizacijos, kad padėt tai įgyvendinti, irgi kažkaip turime prisidėti.</i>
Nebaudžiamumo pranešant apie PSĮ užtikrinimas.	6 EKSPERTAS: <i>Manau, kad iš reguliatorių turi būti labai aiški žinutė, kad už visa tai yra nebaudžiama.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ypač svarbūs ekspertų pasiūlymai dėl **priemonių, kurių reiktų imtis Modeliui įgyvendinti**.

Daugiausia dėmesio ekspertai skyrė priemonėms Modelio *teisinei* bazei užtikrinti. Paminėsime jų pasiūlytas priemones.

1. Išaiškintinų PSĮ sąrašų sudarymas. Ekspertai nurodė, kad sėkmingai Modelis veiktu, labai svarbu sudaryti tikslius kiekvienos specialybės išaiškintinų įvykių sąrašus. Buvo iškelta mintis, kad tokio sąrašo pagrindą turėtų sudaryti galimos komplikacijos.

4 EKSPERTAS: *Aš pritarčiau tam, kad PSĮ būtų labiau priimtini registravimui, jeigu mes eitumėm pagal specialybes. Visi chirurgai, ginekologai ir kiti žino, kokios gali būti komplikacijos po operacijų. Labai elementaru: klipsas nukrito prie laparoskopinės cholecistektomijos, ginekologas sužeidė šlapimtakį šalinant gimdą ir taip toliau. Kad prasidėtų tas registravimas (reikia pradėti) nuo komplikacijų, ne nuo kažkokių tokių bendrų įvykių. Tas buvo seniau, tradiciškai. Laugo, ypač pas chirurgus ir kitus gydytojus, kad žiūrėti savo rezultatus.*

2. Papildyti ir patobulinti teisinį PS reglamentavimą.

Tai, viena vertus, vieningo reglamentuojančio PS įstatymo priėmimas.

1 EKSPERTAS: *Aš manau, kad tai (PS klausimai – L. P.) turi būti reglamentuojama nacionaliniu lygiu įstatymo, poįstatyminių teisės aktų, įsakymais, ir tai reikalinga susieti ir su tuo akreditavimu, ir turi būti fiksuojami visi šie įvykiai, mokomasi iš tų klaidų, bet kartu šalia šito turime kalbėti ir apie išorinius veiksnius, ką turi daryti valstybė, nes natūralu visada žinoti... Esame pasirengę priimti ne tik žalos be kaltės įstatymą, bet ir paciento saugos įstatymą.*

Antra vertus, tai dabartiniu metu veikiančių teisės aktų skaičiaus sumažinimas, jų supaprastinimas ir didesnio stabilumo užtikrinimas.

4 EKSPERTAS: *Pas mus yra labai daug reguliuojančių teisės aktų: įstatymų, ministrų įsakymų, kurie keičiasi labai dažnai, ir įstaigai prisitaikyti prie tos besikeičiančios aplinkos teisinės yra ypatingai sunku.*

12 EKSPERTAS: *Nežinau, tegu jis nesivadino „Saugos įstatymu“, na, iš esmės jis yra saugos įstatymas, kuriame sudėtos visos pagrindinės nuostatos, ten turėtų būti anonimiškumas, konfidencialumas, galima dėti ir žalos tam tikrus komponentus, galima daug ką apjungti ir sudėti, visa tą, kas čia padaryta. Rajono ligoninėms irgi paprasta, aiškia kalba parašysime.*

2 EKSPERTAS: *Reguliacinė aplinka tikrai yra labai plati. Jinai yra ant tiek dichotomiška, kad įstaigoms labai sunku susigaudyti, kuriuo (teisės aktu) vadovautis, ypač jei jie prieš-*

tarauja (vienas kitam – L. P.). Aš pilnai pritarčiau, kad teisinė aplinka turi būti sutvarkyta pakankamai, tiek reguliuojant paciento raportavimą ir aš manau, kad įstatyminis lygmuo būtų geriausias kelias.

Trečia vertus, reikia iš esmės sumažinti ir supaprastinti dokumentaciją, susietą su teisiniu reguliavimu.

Priėmus bet kokius naujus teisės aktus dažniausiai įvedama ir nauja, skirta jų vykdymo kontrolei, atsiskaitymo dokumentacija. Tai iš gydytojo reikalauja papildomo laiko, jis atimamas iš brangaus laiko, skiriamo pacientui.

8 EKSPERTAS: *Gydytojai dažniausiai skundžiasi: mes operuojame, mes dirbome, o jūs dar verčiat visas tas formas pildyti. Tai yra tiesiog gydytojams laiko trukdymas, jie neturi šalia sėdinčios slaugytojos, kuri užpildytų tas formas, chirurgas pats savo ranka pildo ir atneša po savo antspaudu. Kažkaip, ar vienos formos priėmimas, kažkokio atsakingo asmens pasodinimas, kuris užrašytų viską, ką chirurgas padarė, kažkokios tokios sekretorės...*

3. Parengti darbuotojus įgyvendinti Modelį.

Ekspertai pripažino, kad Modeliui įgyvendinti reikia užtikrinti, iš vienos pusės, kad jis būtų kuo paprastesnis, o jo procedūros – kuo suprantamesnės PS darbuotojams. Iš kitos pusės, reikalingas atitinkamas darbuotojų apmokymas.

13 EKSPERTAS: *Aš irgi nieko tokio naujo nepasakysiu: mokymas, motyvavimas, klausimas yra dėl resursų. Kai slaugytoja turi 30 pacientų, tada viskas turi būti labai paprastai ir konkrečiai padaryta lentelė, kad užpildytų.*

9 EKSPERTAS: *Pirmiausiai reikia, kad žinių netrūktų...*

11 EKSPERTAS: *Modelio įgyvendinimui reikės tikrai labai didelio, labai pergalvoto, labai sisteminio mokymo, kad žmonės išmoktų tų dviejų dalykų, apie kuriuos buvo kalbama. Pirmas – kaip Modelį taikyti. Ir antras dalykas dar svarbesnis – kodėl tai būtina. Kodėl čia ne popierius, o čia reikalinga jam, reikalinga įstaigai, reikalinga pacientui.*

Modelio tobulinimo ir tolesnio jo plėtojimo galimybių apibūdinimas

49 lentelė. Temos „Modelio tobulinimas, plėtra“ kategorijos ir empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai

Kategorijos	Empirinių indikatorių (pasisakymų) pavyzdžiai
Galimybė pradėti įgyvendinti Modelį jo nekeičiant.	4 EKSPERTAS: <i>Man atrodo, reikia ne tobulinti, o išbandyti šitą modelį. Gal ir nereikės (tobulinti – L. P.).</i>
Būtinybė išbandyti Modelį praktiškai, prieš imant jį plačiai įgyvendinti.	11 EKSPERTAS: <i>...reikalingas pilotinis projektas. Europoje tą dalyką mėgsta vadinti demonstracinis projektas. Specialiai vienoj įstaigoj padaromas projektas, kad, iš vienos pusės, pamatyti visas klaidas, kurios padarytos, bet, iš kitos pusės, visiems kitiems parodyti, kad dalykas gyvybingas.</i>
Būtinybė į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančias užtikrinant PS.	10 EKSPERTAS: <i>Nacionaliniu lygiu siūlyčiau pagalvoti dar apie visų suinteresuotųjų nuomonių išklaušymą ir priėmimą. Sveikatos apsaugos ministerija turi tam tikrą pažangą, ir darbo grupės įsitraukė, ir pacientų atstovai. Jie turi tarp kitko didžiausią patirtį iš kitų ministerijų.</i>

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Daug pasiūlymų dėl Modelio tobulinimo buvo išsakyta, aptariant ankstesnes temas. Per šių temų aptarimą buvo teikiami papildomi pasiūlymai. Svarstant patį reikalingumą patobulinti Modelį prieš jį įgyvendinant, buvo išsakyti du pasiūlymai. Pirmas – Modelį galima įgyvendinti be tolesnių pataisų.

4 EKSPERTAS: *Man atrodo, reikia ne tobulinti, o išbandyti šitą modelį. Gal ir nereikės (tobulinti) – L. P.*

Kitas pasiūlymas – įgyvendinimą reikia pradėti nuo pilotinio projekto, kurio metu gali paaiškėti galimybė dar patobulinti Modelį prieš rekomenduojant jį kitoms SP įstaigoms.

11 EKSPERTAS: *Reikalingas pilotinis projektas. Europoje tą dalyką mėgsta vadinti demonstracinis projektas. Specialiai vieną įstaigą padaromas projektas, kad, iš vienos pusės, pamatyti visas klaidas, kurios padarytos, bet, iš kitos pusės, visiems kitiems parodyti, kad dalykas gyvybingas.*

Svarbus buvo pasiūlymas įgyvendinant Modelį įtraukti visas PS suinteresuotas institucijas ir organizacijas.

Kokybinis tyrimas:

1. Patvirtino Modelio aktualumą, reikalingumą atskiroms SP įstaigoms (LRL) ir visai nacionalinei PS sistemai;
2. Sudarė galimybę išsiaiškinti ir nustatyti problemas ir sunkumus, galinčius kilti įgyvendinant Modelį. Tai, visų pirma, pranešėjimo konfidencialumo stoka, nepakankama PS kultūra, teisinio-administracinio persekiojimo baimė, didelis darbo krūvis įgyvendinant Modelį, resursų stoka, inercijos įveikimas. Buvo nustatyta, kad šios problemos ypač aštriai pasireiškia LRL-ėse;
3. Buvo nustatytos priemonės, kurių reikia imtis šiems sunkumams įveikti ir palengvinti Modelio įgyvendinimą. Tai svarbiausių specialybių pranešinių PSĮ sąrašų sudarymas, SP įstaigose PS teisinis reglamentavimas, Vyriausybės didesnio dėmesio ir išteklių skyrimo sveikatos priežiūrai ir jos darbuotojams, SP įstaigų darbuotojų parengimo perprasti Modelį, nebaudžiamumo už pranešimus apie PSĮ užtikrinimas.
4. Buvo išryškintos Modelio įgyvendinimo, nekeičiant jo, taip pat pilotinio jo įgyvendinimo perspektyvos.
5. Išryškėjo būtinybė į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, dalyvaujančias užtikrinant PS nacionaliniu mastu.

3.2.3. Ketvirtasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys

Kokybinių tyrimų rezultatai svarbūs, visų pirma, patvirtinant ketvirtąjį ir penktąjį disertacijoje ginamuosius teiginius. Kartu jie pateikė papildomų duomenų pirmajam–trečiajam disertacijoje ginamam teiginiui patvirtinti.

Disertacijos ketvirtajame ginamajame teiginyje sakoma: „Ligoninės PS sistema „amortizuoja“ tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą Ligoninėje gali pasireikšti tik užtikrinant koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis.“ Kokybinis tyrimas teikė ketvirtojo ginamojo teiginio įrodymų – dėl būtinybės *integruoti lokalias ir nacionalines pacientų saugos sistemas*. Visuose

aukščiausio (nacionalinio) lygio ekspertų pasisakymuose nurodytos nacionalinio masto priemonės, kurių būtina imtis, siekiant įgyvendinti PS sistemas lokaliu (Ligoninės) lygiu. Kartu buvo nurodyta į reikiamus pačių nacionalinio lygio institucijų pokyčius, kurie užtikrins jų veiksmingą bendradarbiavimą su lokalinio lygio PS sistemomis. Kokybinių tyrimų metu tiek vidurinio, tiek aukščiausio lygio ekspertai apibūdino lokalaus lygio (Ligoninės) ir aukštesnių lygių (SP sektoriaus) bendradarbiavimą kaip vieną svarbiausių sėkmingos PSĮ prevencijos LRLL prielaidų. Jie ypač akcentavo būtinybę konstruktyvaus Ligoninės, Sveikatos apsaugos ministerijos, LRLL steigėjo, žiniasklaidos, įstatymo leidėjo, pacientų organizacijų bendradarbiavimo įgyvendinant ir tobulinant Modelį.

3.2.4. Penktasis ginamasis teiginys ir jį verifikuojantys tyrimo duomenys

Disertacijos penktajame ginamajame teiginyje sakoma: „Siekiant sistemaiškai užtikrinti ir gerinti Ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti Ligoninės kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelį, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes kompleksines PSĮ valdymo sistemas, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančias moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.“

Ekspertams buvo pristatytas Modelis, apibūdinta jo struktūra ir funkcijos, aptartos jo įgyvendinimo ir veikimo problemos. Ekspertai pritarė pristatytam Modeliui, patvirtino, kad toks Modelis tikrai padarys teigiamą poveikį PS Ligoninėje užtikrinti.

Kaip minėta, kokybinis tyrimas pateikė papildomų duomenų patvirtinti pirmąjį–trečiąjį ginamuosius teiginius. Vidurinio ir aukščiausio lygio ekspertų tyrimas leido gauti duomenis patvirtinančius pirmąjį ginamąjį teiginį dėl valdymo sistemos, besiremiančios retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PS įvykių valdymo metodų įgyvendinimo tikslingumu. Gauti duomenys, kurie patvirtina antrąjį ginamąjį teiginį – dėl būtinybės integruoti pranešėjimo sistemas į kompleksines PS įvykių valdymo sistemas, apimančias šių įvykių išaiškinimą, *analizę ir prevenciją*. Ekspertai patvirtino trečiąjį ginamąjį teiginį – dėl būtinybės įstaigose jau sėkmingai veikiančias PS priemonių sistemas *integruoti į įstaigos vadybines-klinikines struktūras ir procesus*.

3.2.5. Apibendrinimas

Kokybinių tyrimų rezultatai patvirtino disertacijos 4-ąjį ir 5-ąjį ginamuosius teiginius ir suteikė papildomus duomenis disertacijos 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam ginamiesiems teiginiams patvirtinti, kurių pagrindu toliau buvo konstruojamas ir plėtojamas Modelis. Kokybinių tyrimų metu tiek Ligoninės, tiek nacionalinio lygio PS ekspertai apibūdino lokalaus (Ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygių bendradarbiavimo svarbą, kaip vieną svarbiausių sėkmingo Modelio diegimo Ligoninėje prielaidų. Kokybinių tyrimų metu išaiškinti lokalaus (Ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmens visas kompleksas įvairaus pobūdžio veiksnių, nuo kurių priklausys Modelio diegimas, įgyvendinimas ir plėtojimas Ligoninėse, potencialių problemų ir sunkumų įgyvendinant Modelį, kurių spren-

dimas reikalauja kompleksinio (įvairiapusio, daugiaaspekčio) požiūrio į PS, PSĮ valdymą Ligoninėje, kitose ASPĮ ir SP sektoriuje.

Pirmojo kokybinio tyrimo rezultatai patvirtino Modelio aktualumą ir reikalingumą, atskleidė problemas, su kuriomis gali būti susidurta diegiant Modelį, atskleidė Ligoninės darbuotojų pritarimą Modelio principinei schemai, suteikė kitos svarbios informacijos Modeliui projektuoti. Kokybinių tyrimų rezultatai leido patikslinti Modelio struktūrą ir funkcijas, išryškino problemas, su kuriomis bus susiduriama įgyvendinant Modelį ir jam veikiant. Kokybinių tyrimų metu išaiškintos vidaus ir išorinės problemos sudaro vieningą, tarpiai tarpusavyje susijusių problemų kompleksą, apimančią visas Ligoninės veikimo sritis, ir reikalauja tokio pat kompleksinio požiūrio ir sprendimo.

Ekspertų apklausos rezultatai liudija, kad Modelio įgyvendinimas šalies Ligoninėse gali pareikalauti ryškių pokyčių visoje SP sistemoje ir bus susijęs su gausiomis pereinamojo periodo problemomis, kurių sprendimas reikalaus energingų ir koordinuotų SP institucijų veiksmų. Tačiau ekspertai pažymėjo ir tai, kad šių sunkumų įveikimas ir Modelio įgyvendinimas šalies Ligoninėse suteiks svarbų postūmį visos SP pažangai, sudarys sąlygas operatyviai išaiškinti ir spręsti SP problemas. Taip Modelio įgyvendinimas gali teigiamai veikti visos SP sistemos raidą.

Antrojo kokybinio tyrimo rezultatai patvirtino Modelio reikalingumą atskiroms ASPĮ ir nacionalinei SP sistemai; pritarė pateikto Modelio principinei schemai, struktūrai ir funkcijoms; sudarė galimybę išryškinti problemas ir sunkumus, kurie gali kilti įgyvendinant ir įveikinant Modelį; sudarė galimybę identifikuoti priemones, kurių reikėtų imtis nustatytoms problemoms ir sunkumams įveikti, palengvinant Modelio įgyvendinimą; pabrėžė būtinybę į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, dalyvaujančias užtikrinant PS nacionaliniu lygiu.

Remiantis kokybinių tyrimų rezultatais patikslinta ir papildyta Modelio principinė schema, Modelio veikimo konteksto adaptacinės analizės schema, parengta Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis institucijomis schema, išnagrinėtos Modelio įgyvendinimo ir adaptacijos Ligoninėse ir kitose ASPĮ problemos ir jų sprendimo būdai.

3.3. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo ligoninėje modelis

Vienas iš pagrindinių disertacinio tyrimo tikslų – parengti ir pasiūlyti Ligoninėms Modelį, kurį įgyvendinus pagerėtų šių Ligoninių teikiamų paslaugų sauga. Šiam tikslui pasiekti ankstesniuose disertacijos skyriuose buvo: a) išgrynintos ir patikslintos tyrimui aktualios PS ir PSĮ valdymo srityje vartojamos sąvokos; b) apžvelgta ir apibendrinta PS pamatinių nuostatų, jų įgyvendinimo pasaulyje, ES ir Lietuvoje raida; c) įvertinta tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų patirtys; d) apžvelgta ir apibendrinta PSĮ valdymo patirtis ES ir Lietuvoje e) identifikuotos mokslo įrodymais bei gerąja praktika paremtos PSĮ valdymo priemonės ir elementai; f) įvertinti SP sistemos nacionalinio ir Ligoninės lygmens PS ekspertų požiūriai į PSĮ valdymą ir Modelio poreikiai. Visa tai sudarė tvirtą mokslinį pagrindą, kuriuo remiantis šiame skyriuje parengtas Ligoninės poreikiams pritaikytas kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelis (Modelis).

Disertacijoje teikiamas Modelis parengtas remiantis disertacijoje iškeltais ir patvirtintais ginamaisiais teiginiais, sudarytais išanalizavus šiuolaikines PSĮ valdymo teorijas ir

koncepcijas, mokslinius tyrimus ir gerąją praktiką PS, PSĮ valdymo srityje bei apibendrinus disertacijoje atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatus.

Šio skyriaus: a) *pirmajame poskyryje* aptartos esminės sąvokos, svarbios konstruojant Modelį, suformuoti Modelio sudarymo ir veikimo pagrindai (principai), aptarta Modelio sudarymo ir veikimo principų suderinamumo su labiausiai paplitusiais organizacijų modeliais problematika; b) *antrajame poskyryje* remiantis suformuotais Modelio sudarymo ir veikimo principais, įvertinus Modelio konteksto svarbą parengta Modelio principinė schema, apibūdinta Modelio struktūra, aprašytos jo funkcijos.

3.3.1. Modelio konstravimo ir veikimo pagrindai

„Modelis – bendramokslinė sąvoka, užimanti svarbią vietą šiuolaikiniame moksle. Priklausomai nuo ją naudojančio mokslo, skiriami matematiniai, loginiai, lingvistiniai, techniniai ir kiti modeliai (Models, 2015). Modelio samprata užima pagrindinę vietą vadybos ir organizacijos sąvokų sistemoje (ISO, 2015; Osterwalder A. *et al.*, 2010). Ji naudojama tiek apibūdinant organizaciją kaip vieningą struktūrą, tiek ir jos atskiroms sistemoms apibūdinti (George G., Bock A., 2011, 83–111).

Valdymo (veiklos, vadybos, verslo) modelis (angl. *business model*) yra viena iš modelių rūšių. Modelio sąvoka plačiai taikoma SP sektoriuje nagrinėjant įvairius PS, PSĮ valdymo aspektus. Mokslinėje literatūroje pateikiamos įvairios šios sąvokos sampratos ir apibrėžtys (George G., Bock A., 2011). *Valdymo modelio* sąvokos taikymo apžvalgos pagrindu, Macchi L. ir jo bendraautorai (Macchi L. *et al.*, 2011) išskyrė sąvoką, labiausiai atitinkančią daugeiui mokslinėje literatūroje vartojamų *valdymo modelio* sampratų (Macchi L. *et al.*, 2011). Tai M. M. Al-Debei su bendraautoriais 2008 m. pasiūlyta apibrėžtis: „Valdymo modelis – abstraktus, conceptualus, tekstinis ar grafinis atvaizdavimas pagrindinių tarpusavyje susijusių architektūrinių, operacinių ir finansinių struktūrų, sukurtų ir išplėtotų organizacijoje jos dabarties ar ateities veiklai apibūdinti“ (Al-Debei M. M. *et al.*, 2008). Apžvalgoje Macchi L. ir jo bendraautorai patikslino du pagrindinius PS valdymo modelio sąvokos taikymo požiūrius: a) *konceptualų (teorinį)* ir b) *praktinį*. *Konceptualiui* požiūriui PS valdymo modelį sudaro pamatinių organizacijos priimtų prielaidų apie PS valdymą ir tobulinimą visuma. Tuo tarpu *praktiniu* požiūriu PS valdymo modelis nustato pamatinius (angl. *fundamental*) elementus (pvz., strategiją, pastovios raidos planą, organizacines funkcijas ir pan.), kuriais vadovaujamosi, siekiant užtikrinti reikiamą organizacijos veiklą (Macchi L. *et al.*, 2011). Šie mokslininkai atskyrė PS valdymo *modelio* ir *sistemos* sąvokų sampratas: a) *PS valdymo modelis* (angl. *patient safety management model*) suprantamas, kaip organizacijos svarbiausios *prielaidos* PS saugai valdyti ir PS gerinti; b) *PS valdymo sistema* (angl. *patient safety management system*) apibrėžiama kaip sisteminiai – organizaciniai procesai, kurie reikalingi užtikrinti ir gerinti PS. Šiame lygyje nustatomi konkretūs vaidmenys, uždaviniai ir atskirų vykdytojų atsakomybės ribos (Macchi L. *et al.*, 2011; Al-Debei M. M. *et al.*, 2008).

Pagrindinis šio skyriaus tikslas – parengti ir pateikti Ligoninės poreikiams pritaikytą kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelį (Modelis), sukonstruotą remiantis disertacijoje ginamaisiais teiginiais, suformuotais teoriškai išanalizavus PS ir PSĮ valdymo pagrindus, teorijas ir koncepcijas, mokslinių tyrinėjimų rezultatus, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo patirtis PSĮ valdymo srityje, taip pat remiantis disertacijoje atliktų empirinių kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatais.

Modelio sudarymo ir veikimo principai

Šio disertacijos poskyrio tikslas – nustatyti Modelio sudarymo ir veikimo principus bei įvertinti jų suderinamumą su Modelio diegimo ir veikimo organizaciniu kontekstu. Šiam tikslui pasiekti apibūdinami ir pateikiami Modelio sudarymo ir veikimo principai, įvertinamas jų suderinamumas su paplitusiais organizacijos modeliais (koncepcijomis), siekiant identifikuoti palankiausią Modeliui bei įvertinti potencialias problemas, kurios gali kilti diegiant, palaikant ir plėtojant Modelį.

„*Sistemas principas* – jos esminė charakteristika, atspindinti sistemos tikslą ir jos veiksmingo funkcionavimo prielaidas. Efektyvus sistemos veikimas negalimas, jei nors vienas iš jos veikimo principų yra pažeistas“ (Principle, 2016). Taigi, prieš projektuojant ir diegiant sistemas ar modelius, būtina nustatyti principus, kurių pagrindu sistema ar modelis bus sudaromi, bei reikalavimus, kuriuos sistema turės atitikti.

Disertacinis tyrimas sudarė pagrindą įvardyti esminius Ligoninei kuriamos PSĮ valdymo sistemos modelio principus (žr. 50 lentelę). Modelio sudarymo ir veiklos principus sudaro: a) bendrieji vadybos principai, būtini betkurioms vadybinėms sistemoms, taip pat ir Ligoninės PSĮ valdymo sistemos, sėkmingam veikimui užtikrinti. Šie principai yra suformuluoti vadybos mokslo klasikų – M. Weber, F. Taylor (Taylor F., 1911), H. Fayol (Fayol H., 2002) K. Inamori (Inamori K., 2016) ir daugelio kitų vadybos mokslo pradininkų – veikaluose ir tapo šiuolaikinio vadybos mokslo ir praktikos pagrindu; b) principai, kurių svarbą atskleidė disertacijoje atlikta šiuolaikinės mokslinės, normatyvinės ir metodinės literatūros PS, PSĮ valdymo klausimais apžvalga bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo praktinės patirties apibendrinimas; c) principai, parengti atsižvelgiant į disertacinių kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatus ir išvadas.

50 lentelėje pateikti Modelio sudarymo ir veikimo pagrindiniai principai, jų apibūdinimas bei jų santykis su vyraujančiais organizacijos modeliais.

Organizacijų modeliai, jų atitikimas Modelio principams

Svarbus žingsnis Ligoninei užtikrinant ir gerinant PS yra organizacijos (Ligoninės) modelio ir PSĮ valdymo sistemos modelio (Modelio) principų atitikimas, siekiant tinkamai jį integruoti į organizacijos struktūras ir procesus, užtikrinant jo diegimą, veiklą ir tolesnį plėtojimą. Šiuolaikinėje mokslinėje ir metodinėje literatūroje PS užtikrinimas ir gerinimas siejamas su modernios *besimokančios organizacijos* (angl. *Learning organization*) modeliu ir *organizaciniu mokymusi* (angl. *Organizational learning*) (Kline P., 2010). PSO apibūdina organizacinio mokymosi sveikatos sistemose raidą, kaip vieną iš strateginių savo veiklos krypčių (Chan M., 2014). Organizacinio mokymosi koncepcijos diegimas SP organizacijose ir šių organizacijų tapimas besimokančiomis yra pripažintas vienu svarbiausiu nacionalinių SP sistemų tobulinimo krypčių (Didžiosios Britanijos (Davie H., Hutley S., 1999), JAV (Dowd S., 2000), Kanados (Ratnapalan S, Uleryk E., 2014) ir kt.). Priemonės, skirtos padėti ASPI tapti besimokančiomis organizacijomis, sudaro Didžiosios Britanijos nacionalinės SP sistemos reformos pagrindą (*An organisation with a memory*, 2000).

Organizacijų modelių atsiradimas ir raida taip pat susiję su bendrosios sistemų teorijos atsiradimu ir pasiekimais, ypač sistemų atvirumu (*uždara-atvira sistema*) bei jos gebėjimo mokyti (*nesimokanti–besimokanti sistema*) kontekste.

50 lentelė. Modelio sudarymo ir veikimo principai

Nr.	Modelio principo pavadinimas	Modelio principo aprašymas	Modelio principo atitikimas biurokratinės organizacijos koncepcijai	Modelio principo atitikimas besimokančios organizacijos koncepcijai	Modelio principo atitikimas skaidrios organizacijos koncepcijai
1	2	3	4	5	6
1.	Visapusiškumas	PS valdymas turi būti pagrįstas visuminio požiūriu į PS, integruojant <i>Pacientų saugos I</i> (mokymąsi iš neigiamos PS patirties) ir <i>Pacientų saugos II</i> (mokymąsi iš teigiamos PS patirties) koncepcijas.	<i>Neatitinka</i> . Biurokratinio tipo organizacijoje nėra galimybės užtikrinti šio principo, nes joje reaguojama dažniausiai tik į neatitiktis (teisės aktų pažeidimus) bei tam tikrus, norminiuose teisės aktuose reglamentuotus įvykius (dažniausiai įvykius, rezonansinius NI), sukeliusius tam tikras, tuose pačiuose norminiuose teisės aktuose apibrėžtas pasekmes. Todėl šio tipo organizacijoje nesuteikiama derama svarba teisės aktų nereglamentuotiems PSį ir jų valdymui. Šio tipo organizacijose pasireiškia baudimo už klaidas (tarp jų norminių teisės aktų pažeidimus) kultūra, kuri suponuoja tik paaiškėjusių rezonansinių (kurių negalima nuslėpti) NI pranešėjimą, nutylint apie kitus, galimai neišaiškėjančius, PSį.	<i>Atitinka tiesiogiai</i> . Atviros besimokančios organizacijos modelis skatina mokymąsi tiek iš neigiamos (nesaugios), tiek iš teigiamos (saugios) organizacijos patirties ir yra palankus įvairaus pobūdžio PSį išaiškinimui, nagrinėjimui, reagavimui ir prevencijai, siekiant tobulinti organizacijos veiklą.	<i>Atitinka tiesiogiai</i> . Organizacijos skaidrumas (tiek vidinis, tiek išorinis) sudaro papildomų galimybių išskirti įvairaus pobūdžio PSį, juos sukelusias <i>paslėptas (latentes)</i> problemas, tamptariai bendradarbiaujant su visomis PS suinteresuotomis pusėmis (pacientais, jų šeimos nariais, valstybinėmis PS kontrolė ir stebėseną vykdančiomis institucijomis, medicinos darbuotojų organizacijomis, kt.), vykdyti prevencinį PSį valdymą.

2.	Integralumas	Modelis turi užtikrinti integruotą <i>retroaktyvų</i> , <i>reaktyvų</i> ir <i>proaktyvų</i> PSĮ valdymą.	Neatitinka. Biurokratinio tipo organizacija paprastai reaguoja tik į jai pavojų keliančius neigiamus įvykius: į įvykius neatitiktis (teisės aktų pažeidimus) bei dažniausiai įvykius norminių teisės aktų reglamentuotus NĮ (retroaktyvus reagavimas). Teisės aktai, reglamentuojantys PSĮ valdymą, dažniausiai nenumato ar nereikalauja proaktyvaus reagavimo, išsiaiškinant potencialius PSĮ, užtikrinant jų prevenciją.	Atitinka tiesiogiai. Besimokanti organizacija iprastai naudoja retro-, re-aktyvią informaciją, kad mokytųsi iš jau įvykusių PSĮ, kad išvengtų jų pasikartojimo ateityje bei patobulintų organizacijos veiklą.	Atitinka netiesiogiai. Skaidrumas sudaro itin palankias sąlygas retro-, re- ir proaktyviam PSĮ valdymui, nes atveria galimybę dalyvauti šiame procese ne tik organizacijos darbuotojams, bet ir išorės suinteresuotųjų pusių atstovams (pacientams, jų atstovams, kitoms išorės organizacijoms, dalyvaujantioms užtikrinant PS ASPĮ).
3.	Vientisumas	PS valdymas turi apimti PSĮ išsiaiškinimą, jų analizę (nagrinėjimą), <i>reagavimą</i> į juos ir veiklas, užtikrinančias šių įvykių <i>prevenciją</i> .	Neatitinka. Biurokratinio tipo organizacija mažai orientuota į PSĮ išsiaiškinimą bei analizę, nebent tai būtų susiję su suplanuotų sankcijų tam tikriems darbuotojams taikymu arba baime užsitraukti „aukštesnių“ institucijų nemalonę dėl galimų rezonansinių NĮ įvykių. Ji labiau orientuota į nukrypimų nuo instrukcijų išsiaiškinimą ir juos padariusių darbuotojų drausminimą.	Atitinka tiesiogiai. Besimokanti organizacija nuolat analizuoja ir tobulina savo veiklą, atlikdama nesėkmių išsiaiškinimą, analizę ir reagavimą.	Atitinka tiesiogiai. Organizacijos skaidrumas sudaro optimalias sąlygas išsiaiškinti, analizuoti ir tobulinti organizacijos veiklą.

1	2	3	4	5	6
4.	Kontingencija	<p>PS valdymo sistema (struktūros, procesai) turi:</p> <p>a) būti integruota ir veikti darniai su bendra organizacijos valdymo ir kitų veiklų sistema (struktūromis, procesais);</p> <p>b) būti integruota (vertikaliai, horizontaliai), veikti darniai su lokaliu (Ligoni- nės) ir nacionaliniu (šalies) lygmeniu veikiančiomis PS valdymo sistemomis ar komponentais;</p> <p>c) būti atvira, lanksti ir adaptyvi, tampri, t. y. gebėti keisti ir keistis, išlaikant gebėjimą išlaikyti vientisumą ir funkcionavimą esančiomis, ir paktusiomis aplinkos sąlygomis;</p> <p>d) PSĮ valdymo sistamai keliami tikslai turi būti adekvatūs (atitikti) Ligoni- nės realioms galimybės ir ištekliams (žmonių (kvalifi- kacija, kompetencija, kt.), informacinių technologijų, finansinių, laiko, kt.).</p>	<p>Neatitinka.</p> <p>Kontingencijos principas nėra aktualus, nes biurokratinei orga- nizacijai nebūdingas lankstumas, – ji turi aiškia vertikaliają struk- tūrą, reglamentuotą aukštesnio organizacinio lygmens institucijos, nustatytus veiklos planus, vykdo „aukštesnių“ institucijų nurody- mus, gaudama iš jų užduotims įvykdyti reikiamus išteklius.</p> <p>Pasikeitus situacijai, kontingencija reikalauja nuolatinio operatyvaus organizacijos struktūrų ir veiklų pertvarkymo, derinimo ir adap- tavimo. Šiuo atveju kontingencija vykdoma aukštesniame organiza- ciniame lygmenyje.</p>	<p>Atitinka tiesiogiai.</p> <p>Besimokančios organiza- cijos vidinis atvirumas ir skaidrumas sudaro galimy- bę išaiškinti vidinius tikslų, užduočių ir galimybių (išteklių) neatitikimus (kontingencijos stoka), o gebėjimas mokytis leidžia jai sėkmingai koreguoti išaiškintus neatitikimus.</p>	<p>Atitinka tiesiogiai.</p> <p>Organizacijos vidinis ir išori- nis skaidrumas pagerina galimybes išaiškinti vidinius ir išorinius tikslų, už- duočių ir galimybių neatitikimus (kon- tingencijos stoka) organizacijos soci- alinės, ekonominės, teisinės, technolo- ginės bei kultūrinės aplinkos pokyčių kontekste, o organi- zacijos sugebėjimas mokytis iš savo ir kitų patirties leidžia jai sėkmingai ko- reguoti išaiškintus neatitikimus.</p>

5.	Atvirumas, skaidrumas, lankstumas pokyčiams	PS valdymo sistema turi būti skaidri ir atvira pokyčiams, lanksti, nuspėjanti bei prisitaikanti prie nuolat kintančių Ligoninės vidinės ir išorinės aplinkos sąlygų.	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinės organizacijos struktūra ir procesai, tarp jų ir rizikos valdymo, reguliuojami „iš viršaus“, reglamentuojami aukštesnio lygmens institucijos norminiais teisės aktais ir dėl to sunkiai keičiami, stokojama lankstumo ir gebėjimo adaptuotis prie greitai vykstančių aplinkos pasikeitimų. Atvirumas ir skaidrumas nėra laikoma šio tipo organizacijos stiprybėmis.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Organizacijos vidinis atvirumas ir skaidrumas (organizacijos „permatumumas“ jos darbuotojams informacijos prieinamumo, sprendimų priėmimo ir kitas aspektais) yra būtina sėkmingo problemų išaiškinimo, sprendimo ir mokymosi iš jų sąlyga. Tokia organizacija, sprendžiant savo vidaus problemas, yra lanksti pokyčiams. Lankstumas ir atvirumas pokyčiams laikoma organizacijos stiprybe.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Organizacijos vidinis ir išorinis atvirumas ir skaidrumas, užtikrinant operatyvų ir lankstų kylančių problemų išaiškinimą ir sprendimą - yra pagrindiniai skaidrios organizacijos bruožai. Gebėjimas nuspėti pokyčius ir greitai bei lankščiai prisitaikyti prie kintančios vidinės ir išorinės aplinkos laikoma organizacijos stiprybe.
6.	Tobulėjimas, keitimasis	PSĮ valdymo sistema turi būti atvira pokyčiams, nuolat tobulėjanti, gebėti operatyviai keistis ir veikti, kad būtų užtikrintas efektyvus tiek nuspėjamų, tiek ir naujai kylančių (emergenti- nių), sunkiai nuspėjamų ar nenuspėjamų rizikų ir PSĮ, valdymas.	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinės organizacijos nelankstumas ir nesavarankiškumas (jai privalant vykdyti „aukštesnių“ institucijų nurodymus) iš esmės varžo jos poreikius ir gebėjimus tobulėti. Organizacijos struktūrų ir procesų stabilumas kintančios aplinkos fone yra laikomas organizacijos stiprybe, todėl mokymasis ir tobulėjimas neretai vykdomas formaliai.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Besimokančiai organizacijai būdinga nuolat apibendrinti turima patirtį, mokytis iš jos ir tokiu būdu nuolat tobulėti, keistis.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Skaidrios organizacijos vidinis (organizacijoje) ir išorinis (santykiuose su aplinka) skaidrumas skatina tobulėti ir keistis tiek viduje, tiek išorės santykiuose su ja supančia aplinka.

1	2	3	4	5	6
7.	Bendradarbiavimas (kooperacija)	PSĮ valdymo sistema turi aktyviai bendradarbiauti ir darniai funkcionuoti su kitomis vidinėmis (Ligoninės) bei išorinėmis PS, PSĮ valdymo sistemomis ar jų komponentais, taip pat su institucijomis, veikiančiomis PS srityje.	Neatitinka. Bendradarbiavimas ir kooperacija vykdoma tik tokia apimtimi ir formatu, kaip nurodyta atitinkamuose norminiuose dokumentuose (dažniausiai tai apibrėžta organizacijos pavaldumu ir atskaitomybe). Biurokratinėms organizacijoms būdingas „koloninės“ struktūros ir vadybos principai neskatina vidinio bendradarbiavimo. Bendradarbiavimas su išorės institucijomis PS, PSĮ valdymo srityje vykdomas tik tokia apimtimi, kokia yra privaloma pagal lokalius ar išorinius norminius teisės aktus, procedūras.	Atitinka tiesiogiai. Besimokanti organizacija, mokydamasi tiek iš savo (vidaus), tiek iš kitų (išorės) patirčių, mokslo ir praktikos pasiekimų, formuoja tiek vidinių, tiek išorinių ryšių tinklą, aktyviai bendradarbiaudama viduje (vidinis bendradarbiavimas) ir išorėje (išorinis bendradarbiavimas).	Atitinka tiesiogiai. Skaudrumo principas yra pagrįstas vadiniais ir išoriniais santykiais, atviru bendradarbiavimu. Skaudrumas pagerina organizacinį mokymąsi, užtikrina galimybę identifikuoti problemas, gauti informaciją tiek iš vidaus, tiek iš organizacijos išorės, numatyti veiksmingus jų sprendimo būdus, kooperuojantis su kitomis suinteresuotomis pusėmis.
8.	Konfidencialumas, anonimiškumas	PSĮ valdymo sistema turi užtikrinti informacijos apie fizinius ir juridinius asmenis, pranešėjus apie PSĮ, konfidencialumą / anonimiškumą, išskyrus LR teisės aktų nustatytus atvejus.	Neatitinka. Biurokratinėse organizacijose veikia vykdoma pagal patvirtintas instrukcijas, procedūras, tvarkas, o nukrypimai nuo jų laikomi prasižengimais. Siekiama išsiaiškinti tokių nukrypimų „kaltinikus“, juos sudrausminti ar nubausti.	Atitinka netiesiogiai. Besimokančiai organizacijai nėra taip svarbu, kas padarė, jai svarbiau kodėl tai įvyko, kodėl nesuveikė apsaugos barjerai, bei ką reikia padaryti, kad tokie ar panašūs įvykiai nepasikartotų ateityje.	Atitinka netiesiogiai. Skaudrumo principas organizacijos visuotino veiklos permatomumo ir informacijos mainų sąlygomis konfidencialumo ir anonimiškumo

				<p>svarba mažėja, nes tokio tipo organizacijose pranešę apie PSĮ asmenys nėra laikomi „problemos“, nėra baudžiami ar persekiojami, bet yra vertinami ir įtraukiami į problemų sprendimus, ko-kybės užtikrinimo ir gerinimo procesus, tarp jų ir rizikų bei PSĮ valdymą.</p>
		<p>T. y. ieškoma atsakymo į klausimą <i>kas tai padarė?</i>, o ne siekiama nustatyti tokią situaciją sukėlusias priežastis. Todėl konfidencialumo principo taikymas šio tipo organizacijų praktikoje yra labiau išimtis nei įprasta praktika.</p>	<p>Todėl, siekiant išsiaiškinti kuo didesnį įvykusių, vykstančių ar galinčių įvykti PSĮ skaičių, jų priežastis, šio tipo organizacijose sudaroma galimybė darbuotojams pranešti apie PSĮ, užtikrinant jų anonimiškumą ir konfidencialumą</p>	<p><i>Atitinka tiesiogiai.</i> Organizacijai koordinuojant veiklas viduje ir išorėje, atvirumas ir skaidrumas sudaro geriausias sąlygas atsirasti savitarpio supratimui ir, siekiant tikslų, derinti bendrus veiksmus.</p>
			<p>Neatitinka. Biurokratinei organizacijai būdingas direktyvinis valdymas, aiški vertikali hierarchinė administravimo sistema su aiškiai apibrėžtais vertikalios pavaldumo ryšiais. Koordinavimas šio tipo organizacijose neretai suprantamas ir sutapatinamas su užduočių skyrimo ir vykdymo kontrolės užtikrinimo funkcijomis. Šio tipo organizacijose yra silpniau išplėtoti lateraliniai, funkciniai ryšiai tiek organizacijos viduje, tiek su išorės organizacijomis, sistemomis, todėl veiksmų, veiklų derinimas vyksta ribotai.</p>	<p><i>Atitinka tiesiogiai.</i> Savarankiškai veikianti besimokanti organizacija dėl gerai išplėtotos vidinių ir išorinių ryšių sistemos geba derinti veiklas tiek organizacijos viduje, tiek išorėje.</p>
			<p>PSĮ valdymas Ligoninėje turi būti koordinuojamas (derinamas) tiek Ligoninės (vidiniu), tiek nacionaliniu (išoriniu) lygiu.</p>	
9.	Koordinavimas			

1	2	3	4	5	6
10.	Subsidiarumas	PSĮ valdymo sprendimai priimami ir įgyvendinami pagal kompetenciją įmanomai žemiausiame SP sistemos lygmenyje, geriausiai užtikrinant jų efektyvumą ir veiksmingumą.	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinėje organizacijoje sprendimai priimami centralizuotai, aukščiausiame ar aukštesniame hierarchiniame administravimo lygmenyje, o žemiau esančios struktūros juos įgyvendina.	<i>Atitinka netiesiogiai.</i> Besimokanti organizacija skatina tobulėjimą ir mokymąsi visais organizacijos lygiais, sudarant galimybę priimti sprendimus įvairiuose organizaciniuose lygmenyse, įvertina tikslingumą.	<i>Atitinka netiesiogiai.</i> Organizacijos skaidrumas, sudarant galimybę išsamiai įvertinti sprendimus priimti ir įgyvendinti būtinas kompetencijas ir aplinkybes, sudarant palankiausias sprendimams priimti sąlygas visais organizaciniais lygiais.
11.	Sinergija	Koordinuotos, suderintos, bendradarbiaujančios, kartu veikiančios, siekiant bendrų tikslų, SP, PSĮ valdymo sistemos lokaliu (Ligoninės, kitos ASPJ) ir nacionaliniu (šalies) lygiais užtikrina saugesnę SP negu jos užtikrintų, jei veiktų atskirai, nepriklausomai vienos nuo kitų.	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinės organizacijos uždavimas neskatina bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis ar sistemomis (pvz., PSĮ valdymo), o jei jis ir vyksta, tai tik esant nurodymams iš „viršaus“, nesant vidinių paskatų, todėl sinergijos pasireiškimo galimybės yra ribotos.	<i>Atitinka netiesiogiai.</i> Besimokanti organizacija, nuolat mokydamasi, siekia padidinti veiklos efektyvumą ir veiksmingumą. Įvairių sistemų (taip pat ir PSĮ valdymo) sinerginis veikimas kaip tik ir sudaro galimybę pasiekti aukštesnių rezultatų nei veikiant atskirai.	<i>Atitinka netiesiogiai.</i> Skaidri organizacija sudaro geriausias sąlygas užtikrinti sinergiją generuojančius, patikėjimui grindžiamus bendradarbiavimo santykius tiek viduje organizacijos, tiek su kitomis organizacijomis.

12. Veiksmin-gumas	PS valdymas turi užtikrinti organizacijoje (Ligoninėje, kitoje APSĮ) kuo aukštesnį PS lygį esamais ištekliais arba esamą PS lygį kuo mažesniais ištekliais.	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinės organizacijos pasi-žymi santykinai žemu veiksmingumu dėl nelankstumo, didelės biurokratijos, perteklinio procesų reglamentavimo, dėl ko didėja veiklos sąnaudos, mažėja kuriama vertė. Be to, biurokratinės organizacijos struktūros nėra racionalios, o veiklos dėl darbuotojų menkos motyvacijos (paprastai atlygis nepriklauso ar nedaug priklauso nuo pasiektų rezultatų, įvykdytų tikslų) yra labiau orientuotos į procesus nei į rezultatus.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Besimokanti organizacija, nuolat tobulinanti vidaus veiklą, orientuota pasiekti užsibrėžtus tikslus mažesniais kaštais, todėl turi palankias sąlygas veiksmingumui (rezultatų / sąnaudų santykiui) didinti, bet ir bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, t. y. išoriniam veiksmingumui siekti.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Skaidri organizacija, nuolat tobulinanti savo veiklą, turi palankias sąlygas ne tik vidiniam veiksmingumui (rezultatų / sąnaudų santykiui) didinti, bet ir bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, t. y. išoriniam veiksmingumui siekti.
13. Efektyvumas	PSĮ valdymas Ligoninėje ar kitoje APSĮ turi užtikrinti kuo aukštesnį saugos lygį (<i>Pacientų saugos II</i> koncepcija) arba kuo žemesnį nesaugos lygį (<i>Pacientų saugos I</i> koncepcija).	<i>Neatitinka.</i> Biurokratinio tipo organizacija, besirūpindama savo reputacija, dažnai nėra linkusi įvertinti ir pripažinti, kad joje, kaip ir kitose organizacijose, yra saugos problemų. Nepripažįstant organizacijos ligų, negalima jų diagnozuoti ir tinkamai gydyti, pritaikant įrodymais pagrįstus, rezultatyvius metodus.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Besimokanti organizacija, orientuota į nuolatinį veiklos gerinimą, siekdama kuo geresnių veiklos rezultatų, priima įrodymais ir gerąja praktika pagrįstus sprendimus.	<i>Atitinka tiesiogiai.</i> Skaidrumas santykiuose su kitomis organizacijomis skatina bendradarbiavimą, keitimąsi gerąja praktika, veiklą, kartu kuriant rezultatyvias bendradarbiavimo ir veiklos formas, siekiant organizacijos ir bendrų tikslų.

1	2	3	4	5	6
14.	Tikslin-gumas	PSĮ valdymas visuose Ligoninės sistemos lygmenyse tikslingai nukreiptas į darbuotojų siekio (motyvacijos) ir gebėjimų (galimybių) užtikrinti ir gerinti PS didinimą.	<p><i>Neatitinka.</i></p> <p>Biurokratinėje organizacijoje darbuotojų motyvacijai skiriama mažai dėmesio, atlygio sistema tam nėra pritaikyta (atlyginama už darbo valandas, o ne už rezultatus). Darbuotojai dirba pagal pareigybų aprašymus ir apibrėžtas funkcijas. Be to, tradicinė biurokratinė organizacija turi mažiau galimybių lanksčiai aprūpinti darbuotojus reikiamomis kokybiškomis priemonėmis, moderniomis technologijomis, suteikti galimybę tobulintis ir kt. Todėl šio tipo organizacija neturi tiek galimybių daryti įtakos darbuotojų <i>siektui</i> (motyvacijai) ir suteikti jiems tinkamas <i>galimybes</i> užtikrinti ir gerinti PS.</p>	<p><i>Atitinka tiesiogiai.</i></p> <p>Besimokanti ir nuolat savo veiklą tobulinanti organizacija sudaro tinkamas sąlygas darbuotojams ieškoti tinkamiausių formų savo ir organizacijos veiklos trūkumams nustatyti ir ištaisyti, suteikia reikiamus išteklius (finansinius, technologinius, kt.), sudaro galimybes tobulintis, kt.</p>	<p><i>Atitinka tiesiogiai.</i></p> <p>Skaidri organizacija nėra suinteresuota nutylėti ar slėpti savo veiklos trūkumų (tarp jų ir PS problemų), o yra suinteresuota jas spręsti bendradarbiaudama su suinteresuotomis šalimis (partneriais), darbuotojams sudarydama reikiamas sąlygas šiai veiklai.</p>

Pastaba: Modelio pavadinime „Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo modelis“ žodis *kompleksinis* reiškia visų Modelio, jo veikimo konteksto savybių ir požymių visumą ir apima: a) *Modelio sudarymo ir veikimo principų visumą*; b) *Modelio veikimo konteksto dimensijos savybes* (Modelis veiks lokaliai Ligoninėje (labai kompleksinėje sociotechninėje organizacijoje), bendradarbiaudamas su SP sektoriaus (ypač kompleksinės sociotechninės organizacijos) institucijomis, administruojančiomis nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemas).

Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Uždaros (angl. *Closed system theory*) ir atviros (angl. *Open system theory*) sistemų koncepcijas išplėtojo bendrosios sistemų teorijos (angl. *General systems theory*) kūrėjas Ludvig von Bertalanffy (Bertalanffy L., 1968). Uždaros sistemos funkcionavimas priklauso nuo vidinių sistemų sąlygų (pvz., mechaninės, fizikinės, astronominės ir kt. sistemos), o atvira sistema yra tokia, kurios būklė ir veikla priklauso ne tik nuo vidinių sistemų sąlygų, bet ir nuo išorės veiksnių (pvz., gyvieji gamtos organizmai). Pagal L. Bertalanffy, atvirų sistemų egzistavimas yra tampriai susijęs su jų gebėjimu adaptuotis, tai yra, išlikti ir funkcionuoti kintant išorinei aplinkai. Sistemos gebėjimą adaptuotis prie besikeičiančių išorinės aplinkos sąlygų, jai išliekant bei išlaikant savo vientisumą, L. Bertalanffy pavadino *ekvifinališkumu* (angl. *equifinality*). Šis terminas apibrėžia sistemos sugebėjimą išlikti ir pasiekti tą patį tikslą įvairiais būdais. Besikeičiant aplinkos sąlygoms, tokia sistema gali pasirinkti tokį veikimo būdą, kuris geriausiai atitinka naujas sąlygas (Corning P., 2001). N. Wiener iškėlė *neigiamojo grįžtamojo ryšio koncepciją* (Wiener N., 1988), kuri apibūdina mechanizmą, dėl kurio atvira sistema laiku pastebi pavojingus nukrypimus ir grįžta prie savo optimalaus funkcionavimo būklės.

Kitas svarbus žingsnis atvirų sistemų teorijos raidoje buvo *besimokančios sistemos* koncepcijos ir teorijos išplėtojimas (Ivanov K., 1993). Buvo išskirti du skirtingi atvirų sistemų adaptacijos būdai:

1. *Kontrolės* sistemos, besiremiančios *neigiamu* grįžtamoju ryšiu (išaiškinami nukrypimai nuo tam tikros pastovios, šiai sistemai optimalios, būklės ir šie nukrypimai koreguojami sistemai būdingomis pastoviomis priemonėmis);
2. *Besimokančios* sistemos nuolat kaupia ir vertina informaciją apie save ir sąveiką su supančia aplinka ir, naudodamos šią informaciją, prirėkus gali ne tik grįžti prie savo pastovios būklės, bet ir keisti būklę į labiausiai tinkančią pasikeitusios aplinkos sąlygoms. Ši savybė ypač svarbi, esant sudėtingoms, greitai besikeičiančioms sąlygoms, kuomet sistemai svarbu būti pasiruošusiai įvairiausiems aplinkos pokyčiams. Atviro bei besimokančios sistemų koncepcijos plačiai naudojamos biologijoje, psichologijoje, ekonomikoje, sociologijoje ir kituose moksluose, tiriant šias sudėtingas sistemas, funkcionuojančias sudėtingoje, besikeičiančioje aplinkoje.

Organizacijų teorija ypač plačiai panaudoja šiuos sistemų teorijos pasiekimus. JAV mokslininkai D. Katz ir R. Kahn panaudojo *atviros* ir *uždaros* sistemos koncepciją apibūdinti *atvirą* ir *uždarą* organizaciją (Katz D., Kahn R., 1966, 1978). Kaip *uždaros organizacijos* (kiti pavadinimai *mechaninė*, *techninė*, *biurokratinė*, *hierarchinė*) pavyzdį šie mokslininkai pateikė klasikinius M. Weberio *biurokratijos* bei F. Teiloro *mokslinio darbo organizavimo* modelius, parodydami, kad šie modeliai turi visus *uždaros organizacijos* bruožus. D. Katz ir R. Kahn paneigė iki tol vyravusį šių teorijų klasikų ir jų pasekėjų įsitikinimą šių modelių universalumu, įrodydami, kad šie *klasikiniais* laikomi organizacijos modeliai nėra universalūs ir tinka tik stabilumo ir pastovios nesudėtingos veiklos sąlygomis. O *atviros organizacijos* (kiti pavadinimai *gyva*, *organinė*) koncepcija yra tinkama taip pat ir organizacijoms, vykdančioms sudėtingą veiklą besikeičiančiomis sąlygomis.

Besimokančios sistemos koncepciją organizacijų teorijoje toliau išplėtojo Chris Argyris (1990) ir Peter Senge (1990). Šie mokslininkai pateikė naujų įrodymų, kad organizacijos, kurioms būdingi *besimokančios sistemos* bruožai, geriau adaptuojasi bet kuriomis sąlygomis, ir šis pranašumas ypač išryškėja sudėtingomis ir greitai besikeičiančiomis ekonominėmis, kultūrinėmis, technologinėmis ir kitomis sąlygomis (Argyris C., 1990). Mokymasis

tokiai sistemai suteikia svarbų pranašumą – gebėjimą adaptuotis prie sąlygų, kurių nebuvo galima iš anksto numatyti. *Nesimokančios organizacijos* adaptacijos sistemos leidžia jai tik sugrąžinti organizaciją į tam tikrą pastovią būseną. Tačiau ši būseną gali jau neatitikti pasikeitusių aplinkos sąlygų ir iš jų kylančių naujų reikalavimų sistemai. O *besimokanti organizacija* patirties kaupimo ir apibendrinimo pagrindu gali pagerinti savo adaptaciją patiems įvairiausiems, net ir sunkiai nuspėjamiems, netikėtiems aplinkos pokyčiams.

C. Argyris ir P. Senge išnagrinėjo sistemos mokymosi formas ir parodė, kad sėkmingam organizacijos mokymuisi būtinas, visų pirma, gerai veikiantis *kommunikacijos tinklas*, tai yra, pastovus ir intensyvus informacijos apsikeitimas tarp darbuotojų, kuris vyksta maksimalaus *atvirumo* sąlygomis. *Besimokančios sistemos* organizacija įveikia tradicinei *uždarnosios sistemos* organizacijai būdingą trūkumą, kuomet kiekvienas darbuotojas domisi tik savo siaura veikla ir nėra suinteresuotas, kad ja domėtųsi kiti. *Besimokančioje organizacijoje* „visi žino viską“, tai yra, kiekvieno darbuotojo žinios tampa bendromis organizacijos žiniomis, o bendros visų žinios tampa kiekvieno atskiro darbuotojo žiniomis. Tai pagrindinis bruožas, kuris atskiria *besimokančią organizaciją* nuo kitų, nes pastarosiose, pasak tyrėjų, „žinios, kurias turi darbuotojas, neturi galimybės patekti į bendrą organizacijos minčių ir veiksmų srautą. Dėl to organizacija žino mažiau, negu jos atskiri nariai“ (Argyris C. & Schön D., 1996). *Besimokanti organizacija* turi gerai koordinuotą apsikeitimo informacija sistemą, panašią į gyvo organizmo nervų sistemą. Šis *informacinis tinklas* ir yra organizacijos turimos informacijos ir jos papildymo (mokymosi) nešėjas, sudarantis galimybę organizacijai būti *mąstančia* ir *besimokančia*. Greta individualaus tam tikro darbuotojo mokymosi, būdingo įprastoms organizacijoms, *besimokančios sistemos* organizacijoje vyksta *kolektyvinis (komandinis) mokymasis* (angl. *collective (team) learning*). Veikiant šiam informacijos tinklui ir vykstant kolektyviniam mokymuisi, organizacijoje susiformuoja *bendrieji mintiniai modeliai* (angl. *shared mental models*), *visų darbuotojų bendra vizija* (angl. *shared vision*) – vieningas visų darbuotojų savo organizacijos matymas (kokia ji yra, kokia siekia būti, kaip veikia, kokios yra problemos ir kaip jas sprendžia, kokių tikslų siekia ir pan.) (Senge P., 1990). Šis bendras visos *organizacijos paveikslas* matymas vaidina svarbų vaidmenį, formuojant *organizacijos atmintį*, kuomet apibendrinta organizacijos patirtis tampa organizacijos tobulėjimo pagrindu, o pati *besimokanti organizacija* tampa *organizacija su atmintimi* (angl. *organization with a memory*) (An organisation with a memory, 2000). Tai, savo ruožtu, sudaro galimybę *besimokančios organizacijos* darbuotojams žiūrėti į savo, kitų darbuotojų bei visos organizacijos veiklą *visos organizacijos akimis*, o tai formuoja vieningą darbuotojų požiūrį į problemas, su kuriomis susiduria organizacija, vieningą organizacijos veiklos ir tikslų suvokimą. Visa tai sudaro prielaidas rasti *besimokančios sistemos organizacijoje* jos narių *sisteminiam mąstymui* (angl. *system thinking*) – darbuotojų gebėjimui matyti viską, kas vyksta organizacijoje, savitarpio sąryšyje bei suvokti kiekvieno atskiro organizacijos reiškinio vietą visoje organizacijos sistemoje (Senge P., 1990).

Besimokančioje organizacijoje darbuotojai, aktyviai dalyvaudami organizacijos veikloje, nukreipia ir keičia savo organizaciją, pasiekdami aukštą asmeninių ir organizacijos tikslų darnos lygį. Susiformuoja organizacijos darbuotojų bruožų kompleksas, kurį P. Senge pavadino organizacijos ir jos narių *sugebėjimu būti vienu asmeniu* (angl. *personal mastery*). Šis apibūdinimas reiškia, kad *besimokančios sistemos* organizacijoje nevyksta jos narių asmenybės suniveljavimas, tai yra, neslopinamas darbuotojų „Aš“, kas būdinga

nesimokančioms organizacijoms. Atvirksčiai, *besimokanti organizacija* skatina ir padeda ugdyti vidines savybes, svarbias organizacijai ir jos nariams, bei realizuoti jas organizacijos veikloje (Senge P., 1990).

Pagal prigimtą *besimokanti organizacija* yra *proaktyvaus veikimo* organizacija. Kaupdama, analizuodama ir apibendrindama duomenis, *besimokanti organizacija* įgyja sugebėjimą įvertinti būsimas tendencijas, numatyti tolesnius įvykius, jiems pasirengti ir į juos tinkamai reaguoti, tai yra, veikti *proaktyviai*.

Kita šiuolaikinės organizacijos teorijos koncepcija glaudžiai susijusi su disertaciniame darbe konstruojamo Modelio konteksto įvertinimu, yra *skaidraus (atviro) veikimo sistemos organizacija* (toliau – *skaidri organizacija*) (angl. *open business model*) (Chesbrough H. W., 2006 a; Chesbrough H. W., 2006 b).

Šiai moderniai organizacijos koncepcijai apibūdinti autorius naudoja žodį *atvira* (angl. *open business organization*), todėl kyla pavojus sutapatinti šios organizacijos koncepcijos sampratą su jau aptarta D. Katz ir R. Kahn apibūdintos *atviros organizacijos* koncepcijos samprata. Todėl, apibūdinant H. W. Chesbrough pateiktą organizacijos modelį, bus naudojamas *skaidraus veikimo organizacijos* terminas, kuris apima ir *atviros organizacijos* koncepcijai būdingą atvirumą informacijai, sąveiką su aplinka, kt. *Skaidraus veikimo organizacijos* koncepcija sulaukė didelio tyrėjų ir vadybininkų susidomėjimo, vertinama, kaip itin perspektyvi, skatinanti inovatyvių veiklos modelių plėtrą (Ilie G., 2012). *Skaidraus veikimo organizacijos* modelis yra originali organizacijos teorijos koncepcija, kurios teorinį pagrindą sudaro *maksimalus visų svarbiausių organizacijos veiklos sričių vidinis ir išorinis atvirumas ir skaidrumas*. Tai, visų pirma, visos organizacijos veiklos, netgi tradiciškai laikomų konfidencialiomis, jos sričių skaidrumas, laisvas ir atviras apsikeitimas bet kokia informacija organizacijos viduje ir už jos ribų, visos organizacijos ir jos padalinių atvirumas naujoms žinioms, naujai patirčiai, naujiems žmonėms, naujiems sprendimams. Taigi *skaidraus veikimo organizacija* – tai *neturinti paslapčių* organizacija, neribojanti jos darbuotojų bei kitų žmonių (ne organizacijos darbuotojų) dalyvavimo organizacijos veikloje, bet kokios, tiek vidinės, tiek išorinės informacijos mainų, apsikeitimo idėjomis, kt.

Skaidraus veikimo organizacijos modelis iš esmės praplečia anksčiau aptartą *besimokančios organizacijos* modelį. *Besimokančiai* organizacijai būdingas *vidinis atvirumas (skaidrumas)*, tačiau *viską* apie organizaciją žino tik jos darbuotojai. O *skaidraus veikimo organizacijoje* *vidinį skaidrumą papildo ir išorinis skaidrumas* – išorės organizacijos žino *viską*, kas būtina apie organizaciją, organizacijos veikla yra permatoma, ji neturi paslapčių ir kitų kliūčių bendraujant su išorės organizacijomis.

Santykis tarp organizacijos atvirumo–uždarumo, jos mokymosi–nesimokymo ir skaidrumo–neskaidrumo bruožų.

Aptarti organizacijos modeliai yra *idealūs tipai* (Weber M., 2002; Zaleski P., 2010), kurie, kaip ir kiti idealūs tipai, praktikoje retai pasitaiko grynu pavidalu. Dažniausiai veikiančioms organizacijoms būdingi daugiau ar mažiau pasireiškiantys vieno ar kito organizacijos modelio bruožai. Organizacija gali būti apibūdinta pagal tai, kiek jai būdingas *uždarumas* ar *atvirumas*, *nesimokymas* ar *mokymasis*, *neskaidrumas* ar *skaidrumas*, tai yra, kiek ji artima kiekvienam iš apibūdintų modelių.

Santykiai tarp organizacijos *uždarumo–atvirumo*, *nesimokymo–mokymosi*, *neskaidrumo–skaidrumo* bruožų apibūdinti 51 lentelėje.

51 lentelė. Organizacijos modeliai pagal atvirumo–uždarumo, mokymosi–nesimokymo ir skaidrumo–neskaidrumo požymių santykį.

Organizacijos tipas (požymis)	Uždara organizacija		Atvira organizacija	
	Besimokanti	Nesimokanti	Nesimokanti	Besimokanti
Neskaidri	–	1. Uždara nesimokanti neskaidri organizacija	3. Atvira nesimokanti neskaidri organizacija	5. Atvira besimokanti neskaidri organizacija
Skaidri	–	2. Uždara nesimokanti skaidri organizacija	4. Atvira nesimokanti skaidri organizacija	6. Atvira besimokanti skaidri organizacija

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Uždara organizacija (išgryninto modelio pavidalu) gali būti tik *nesimokanti*, nes ji veikia tik taip, kaip yra suprojektuota *viršuje* ir neturi galimybių pati keistis, – jai sukurti ir pakeisti reikia išorinių (dažniausiai kitos, jai vadovaujančios organizacijos) pastangų. Pagal skaidrumo požymį *uždara* organizacija gali būti *skaidri* arba *neskaidri*. *Uždara nesimokanti neskaidri* organizacija yra „nepermatoma“ tiek savo darbuotojams, tiek išorės institucijoms. Teoriniu požiūriu galima išskirti ir *skaidrią uždara nesimokančią organizaciją*. Tai galėtų būti labai maža organizacija, turinti paprastą (primityvią) struktūrą, joje vykstantys procesai yra paprasti, savaime akivaizdūs.

Atvira organizacija gali būti *nesimokanti* ar *besimokanti*, *skaidri* ar *neskaidri*. *Skaidrumo (vidinio ir išorinio) bruožas* gali būti būdingas tiek *uždarai*, tiek *atvira* organizacijai. *Atviros besimokančios neskaidrios* organizacijos svarbi savybė – vidinis mokymasis, tačiau jai būdingas uždarumas išorei: organizacijos klientams, partneriams, kitoms organizacijoms, visuomenei. O *atviros besimokančios skaidrios* organizacijos svarbi savybė – tiek vidinis, tiek išorinis atvirumas, skaidrumas (permatomumas) bei mokymasis. H. W. Chesbrough būtent tokį organizacijos veiklos skaidrumą (organizacijos veiklos vidinį ir išorinį permatomumą) įvardijo kaip pagrindinį skaidrios organizacijos bruožą. Skaidrumas organizacijos išorės aplinkai, palyginti su *atvira neskaidria* organizacija, kuriai būdingas tik vidinis permatomumas – tai tolesnis žingsnis link organizacijos raidos skaidrumo (viešumo, atskaitomybės, kt.) didinimo.

Taigi pagal aptartus požymius (*atvirumą, mokymąsi ir skaidrumą*) sąlygiškai galima išskirti šešis organizacijos modelius (žr. 51 lentelę): a) uždara nesimokanti neskaidri organizacija; b) uždara nesimokanti skaidri organizacija; c) atvira nesimokanti neskaidri organizacija; d) atvira nesimokanti skaidri organizacija; e) atvira besimokanti neskaidri organizacija; f) atvira besimokanti skaidri organizacija.

Aptartų organizacijos modelių atitikimas Modelio principams

Disertacinių tyrimų pagrindu buvo identifikuoti ir apibūdinti principai, kuriais turi remtis kuriamas Modelis ir jo veikla. Pagal *atvirumo–uždarumo, mokymosi–nesimokymo ir skaidrumo–neskaidrumo* požymių santykį buvo apibūdinti *atviros, besimokančios ir skaidrios* organizacijos modeliai. Tikslinga įvertinti nustatytų Modelio sudarymo ir veikimo principų bei apibūdintų organizacijos modelių tarpusavio suderinamumą. Palyginę 50

lentelėje pateiktus Modelio sudarymo ir veikimo principus su *skaidrios ir besimokančios* organizacijos ypatumais, matome, kad:

1. *Besimokančios* organizacijos koncepcija *tiesiogiai* atitinka 1–7, 9, 12–14 punktuose įvardytus Modelio principus, tai yra, besimokančiai organizacijai iš esmės būdingi būtent tie bruožai, kurie yra svarbūs diegiant Modelį ir užtikrinant jo funkcionavimą Ligoninėje ar kitoje ASPĮ.
2. *Skaidrios* organizacijos koncepcija *tiesiogiai* atitinka 1, 3–7, 9, 12–14 punktuose įvardytus Modelio principus, tai yra, skaidriai organizacijai taip pat būdingi bruožai, kurie yra svarbūs diegiant Modelį ir užtikrinant jo funkcionavimą Ligoninėje ar kitoje ASPĮ.
3. *Tradicinės biurokratinės organizacijos* koncepcija neatitinka nė vieno iš 50 lentelėje paminėtų principų, tai yra tradicinė biurokratinė organizacijos koncepcija nėra tinkama ir palanki Modeliui diegti ir jam veikti Ligoninėje ar kitoje ASPĮ.

Organizacijų koncepcijų ir Modelio kūrimo principų tarpusavio atitikimas gali būti ne tik tiesioginis, bet ir netiesioginis. Taip yra, jei tam tikras principas nėra besimokančios ar skaidrios organizacijos principas – t. y. negalime teigti, kad besimokanti ar skaidri organizacija negali egzistuoti, jei nesilaiko šio principo. Tačiau šios organizacijos sudaro palankias sąlygas šiems principams realizuoti. Pavyzdžiui, subsidiarumo principas nepriskiriamas prie pamatinių besimokančios organizacijos savybių, tačiau besimokanti organizacija sudaro palankias sąlygas šiam Modelio principui realizuoti, o biurokratinė organizacija – nepalankias sąlygas. Sinergijos principas nėra laikomas pamatine besimokančios ir skaidrios organizacijos modelių savybe, tačiau tiek besimokanti, tiek skaidri organizacija sudaro palankias sąlygas šiam Modelio principui įgyvendinti, o biurokratinė organizacija nėra palanki terpė šiam Modelio principui pasireikšti.

Apibendrinami galime teigti, kad tiek besimokančios, tiek skaidrios organizacijos koncepcijos yra palankios disertacinių tyrimų išvadų pagrindu suformuluotiems Modelio organizavimo ir veikimo principams realizuoti, o biurokratinės organizacijos aplinka nėra palanki Modeliui diegti, veikti ir plėtoti, nes neatitinka Modelio principų (neturi nė vienos Modeliui palankios savybės). Tai reiškia, kad būtent besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcija būtina remtis projektuojant Modelį, o organizacijos (Ligoninės), siekdamos užtikrinti ir gerinti PS, diegdamos Modelį turi plėtoti besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcijoms būdingas savybes, jomis vadovautis tiek organizuojant įstaigoje veiklas, tiek formuojant santykius su išorės organizacijomis, palaipsniui atsakydamas Modeliui nepalankios biurokratinės organizacijos koncepcijai būdingų apraiškų.

Svarbu ir tai, kad besimokančios ir skaidrios organizacijos modeliai papildo ir remia vienas kitą: organizacijos skaidrumas suteikia papildomas galimybes, užtikrinant kiekvieną iš minėtų Modelio principų, nes sudaro galimybes pritraukti iš išorinės aplinkos žmonių, organizacijų (Ligoninių), institucijų (PS nacionalinio lygmens institucijų) žinias, patirtį ir kitus išteklius, reikalingus Ligoninės PS užtikrinti ir gerinti, PSĮ valdymo veiklai tobulinti.

Taigi kuriant ir įgyvendinant Modelį, svarbus jo paties atitikimas minėtiems bruožams (*atvirumas, mokymasis, skaidrumas*), tai reiškia, kad Modelis turi apimti šiuos išvardytus bruožus – būti *atviras, besimokantis, skaidrus*. Kita vertus, kad Modeliui veikti lokaliame (Ligoninės, kitos ASPĮ) ir nacionaliniame (šalies) lygmenyje taip pat turi būti sudarytos tinkamos sąlygos, diegiant moderniems organizacijų modeliams būdingus bruožus.

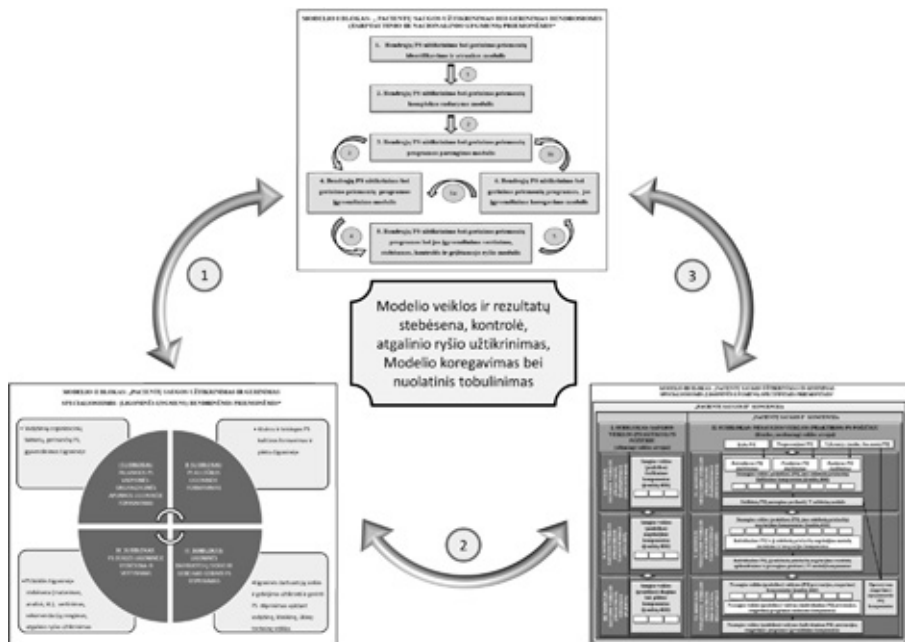
Pažymėtina, kad Lietuvos SP sektoriuje veikiančių organizacijų modeliuose vyrauja tradiciniai biurokratiniai, tai yra mažiausiai Modeliui palankūs, bruožai. Tačiau tradicinis

biurokratinis organizacijos modelis neatitinka nė vieno Modelio kūrimo ir veikimo principų. Tai iš dalies paaiškina esamą situaciją, kuomet vietoje mokymosi iš klaidų ir PSĮ, jie nutylimi, prieš juos „kovojava“ (1, 3, 4, 8 principai), užuot būtų savarankiškai priimami sprendimai, ieškoma instrukcijų ar laukiama nurodymų iš viršaus (7, 9, 10, 11 principai), vietoje lankstaus reagavimo į PSĮ ir jų riziką mažinančių barjerų įgyvendinimo, dėmesio centre išlieka *kaltųjų paieška*, pateisinami instrukcijos atitinkantys, tačiau neveiksmingi veiksmai (5, 7, 10, 11, 12, 13 principai); vietoje darbuotojų motyvacijos mažinti PSĮ riziką, reikalaujama kuo tiksliau įvykdyti instrukcijas ir nurodymus, sukelti atsakomybės už jų nevykdymą baimę (4, 8, 14 principai).

3.3.2. Modelio struktūra, funkcijos, principinė schema

Pagrindinės Modelio sistemos struktūrinės dalys yra jo posistemės (struktūriniai bloka). Kiekvieną posistemę (struktūrinį bloką) gali sudaryti žemesnio lygmens struktūriniai komponentai – subbloka, o šiuos – moduliai. Modulis yra savarankiškas modelio sistemos komponentas, sudarytas iš sudėtinių dalių (veiksmų, duomenų, įrangos detalių ir pan.), tarnaujantis tam tikram tikslui ar tikslams pasiekti (Collins, 2015; Merriam-Webster, 2015; Oxford Dictionary, 2015).

Remiantis teorinės analizės ir empirinių tyrimų rezultatų pagrindu suformuotais Modelio sukūrimo ir veikimo principais, įvertinus Modelio ir jo veikimo konteksto svarbą bei atsizvelgus į kitus aspektus, parengta Modelio principinė schema (žr. 20 pav.).

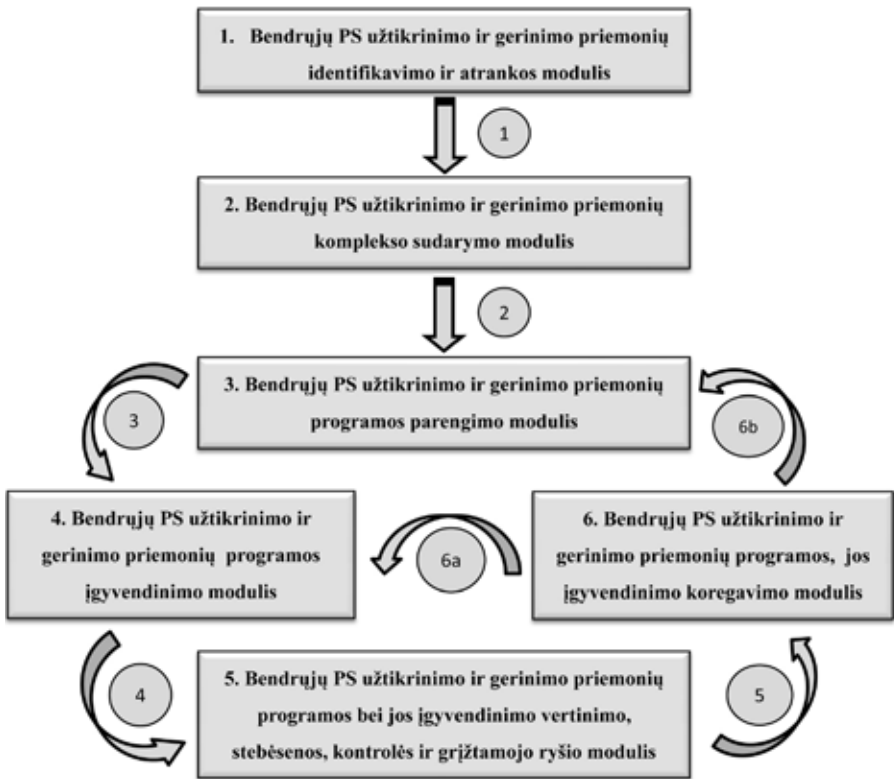


20 pav. Modelio principinė schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Esminę vietą Modelio principinėje schemoje sudaro jo 3 pagrindiniai struktūriniai blokai:

Pirmasis struktūrinis blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (nacionalinio, tarptautinio lygmens) PS priemonėmis“

Pirmojo Modelio bloko: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (nacionalinio, tarptautinio lygmens) PS priemonėmis“ struktūra pateikta 21 pav.:



21 pav. Modelio I blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmens) PS priemonėmis“

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Bendrosios PS priemonės – tai visuotinai pripažintos, mokslo įrodymais ir gerąja praktika pagrįstos, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo visoms ASPĮ rekomenduojamos PS priemonės, kurių įgyvendinimas sustiprina PS: a) padidinant saugių (sėkmingų) atvejų ir rezultatų pasireiškimą, b) sumažinant nesaugių (nesėkmingų) atvejų skaičių bei jų rezultatus pasireiškimą.

Pirmasis Modelio blokas skirtas: a) iš tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų teikiamų rekomendacijų ir siūlomų PS priemonių visumos identifikuoti ir atrinkti Ligoni-

nei tinkamiausias priemonės (1 modulis); b) sudaryti Ligoninei svarbių PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių kompleksą (2 modulis); c) parengti PS užtikrinimo bei gerinimo priemonių programą (3 modulis); d) ją įgyvendinti (4 modulis); e) vykdyti programos įgyvendinimo ir poveikio vertinimą, stebėseną, kontrolę bei užtikrinti grįžtamąjį ryšį (5 modulis); f) atsižvelgiant į įvertinimo rezultatus, koreguoti ar tobulinti (6 modulis) programą (6b) ar jos įgyvendinimą (6a) (šio ciklo žingsniai kartojami tiek kartų, kiek kartų nustatomi suplanuotos ir realios programos įgyvendinimo eigos bei suplanuotų ir pasiektų rezultatų neatitikimai).

Apibrėžiant šio bloko paskirtį, t. y. atrinkti PS užtikrinančias ir gerinančias priemones, vadovautasi disertacijos I dalies 2 skyriuje aptartu šiuolaikiniu E. Hollnagel ir bendraautorijų pasiūlytu požiūriu į PS, apimančiu *Saugos I* ir *Saugos II* koncepcijas. Šių koncepcijų autoriai atkreipė dėmesį į dabartinio PS judėjimo ribotumą, atskleidė jo esminį trūkumą – orientavimąsi vien į PS defektų, pasireiškusių PSĮ, išaiškinimą ir pašalinimą, tai yra, mokymąsi iš *nesaugios praktikos (patirties) (Pacientų saugos I koncepcija)*. Šią tradicinę PS koncepciją, kuri apibrėžia saugą, kaip nesaugių įvykių nebuvimą, E. Hollnagel su bendraautoriais papildė nauju požiūriu, teigiančiu, kad nepakankama mokytis vien tik iš nesaugios patirties, reikia (ar net yra tikslingiau) mokytis iš *saugios praktikos ir patirties*, nes saugių ir sėkmingų atvejų praktikoje yra gerokai daugiau nei nesaugių atvejų (*Pacientų saugos II koncepcija*). Ši moderni *Pacientų saugos II koncepcija* nėra priešpriešinama *Pacientų saugos I koncepcijai*, t. y. ji apima ir *Pacientų saugos I koncepciją*. Taigi *Pacientų saugos II koncepcija* apima mokymąsi tiek iš *nesaugios*, tiek iš *saugios patirties*, veiklos – asmeninės, kolegų, kitų ASPĮ padalinių, kitų ASPĮ, nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimo, – būtent pastarajam mokymuisi yra skiriamas išskirtinis dėmesys.

Pacientų saugos II koncepcija teigianti, kad PS stiprinimas (o ne tik likvidavimas PS trūkumų sukeltų pasekmių) turi tapti pagrindine PS užtikrinimo ir gerinimo kryptimi, buvo pripažinta tarptautiniu lygiu (*Resilience Healthcare Conference*, 2015).

Ligoninė neturi laukti, kol joje pasireikš PSĮ ir tuomet iš jų mokytis. T. y. Ligoninė privalo ne tik diegti PS užtikrinančias ir gerinančias priemones *retroaktyviai* ar *reaktyviai* reaguodama į pasireiškusius, esančius latentinėje fazėje ar vykstančius einamuju metu PSĮ (žr. Modelio III bloko II subbloką), bet ir veikti *proaktyviai* (kas yra dar svarbiau), užtikrindama ir gerindama teikiamų paslaugų saugą, įgyvendindama: a) *bendrąsias*, t. y. nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų pasiūlytas, mokslo ir praktikos įrodymais pagrįstas, efektyviausias ir veiksmingiausias PS stiprinančias priemones, (žr. Modelio I struktūrinį bloką) bei b) *specialiąsias*, t. y. lokaliame (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmenyje nustatytas saugios veiklos (praktikos) apraiškas (t. y. sėkmingos veiklos atvejus) (žr. Modelio III struktūrinio bloko 1 subbloką), diegti jas Ligoninėje, užkertant kelią pavojams rastis ir pasireikšti PSĮ. *Bendrosios* PS stiprinančios priemonės – priemonės, nespacificinės tam tikrai Ligoninei ar kitai ASPĮ, bet tinkančios visoms ar daugeliui Ligoninių, ASPĮ (pvz., taisyklingas rankų plovimas ir dezinfekavimas sumažina su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų pavojų ir pasireiškimą bet kurioje ASPĮ; Saugios chirurgijos kontrolinio lapo procedūros įdiegimas sumažina NĮ skaičių (pvz., klaidingos vietos chirurgijos atvejų, paciento identifikavimo klaidų, kt.) bet kokio profilio ar lygio Ligoninėje; kt.). *Specialiosios* PS stiprinančios priemonės – priemonės, specifinės (būdingos) tam tikrai ligoninei ar kitai ASPĮ, priklauso nuo jos veiklos specifikos, vadybinės ir klinikinės patirties.

Kuriant Modelį prioritetas teikiamas stiprinti PS, todėl pirmas žingsnis užtikrinant ir gerinant PS Ligoninėje yra pasinaudojimas kitų (šalių, įstaigų) geriausia patirtimi šioje srityje, „neišradinėjant dviračio ten, kur jis jau išrastas“ (tam skirtas Modelio I blokas). Taigi Modelio I struktūrinis blokas atspindi šį modernų požiūrį į PS – jame teikiama pirmenybė ne išaiškinti PSĮ ir į jį reaguoti, bet prevenciniam *bendrujų* (visuotinai pripažintų) PS stiprinančių priemonių įgyvendinimui, siekiant taip sutvarkyti Ligoninės struktūras ir procesus, kad joje pacientas būtų saugus, o PSĮ tiesiog neatsirastų ar jų įvyktų kiek įmanoma mažiau. Tačiau, kad šios Modelio I bloko mechanizmu identifikuotos *geriausios patirties* priemonės galėtų būti sėkmingai įdiegtos ir veiktų Ligoninėje, būtina užtikrinti šiems PS „grūdams tinkamą dirvą kurioje jie galėtų išdygti, augti ir duoti derlių“ – tam yra skirtas Modelio II blokas.

Įgyvendinus Modelio I ir II bloke bei III bloko I subbloke numatytas priemones, PSĮ tikimybė vis tiek išlieka (pvz., dėl to, kad galimai nebuvo identifikuotos ar identifikuotos bet netinkamos, ar tinkamai identifikuotos tinkamos, bet netinkamai įgyvendintos ar neįgyvendintos bendrosios PS stiprinančios priemonės; arba dėl tam tikrų vidinės ar išorinės aplinkos sąlygų pasikeitimų, Ligoninės pradėtų naujų veiklų, kt.), todėl Ligoninėms ir kitoms ASPĮ būtina pasirengti PSĮ valdymo sistemas, kurios sudarytų galimybę efektyviai ir veiksmingai valdyti įvykusius, vykstančius ir ateity prognozuojamus PSĮ. Būtent tam ir yra skiriamas Modelio III bloko II subblokas.

Įgyvendinant *Pacientų saugos II koncepciją*, susiduriama su svarbiu aspektu – kaip ir kokias priemones atrinkti šiai koncepcijai įgyvendinti. E. Hollnagel (Hollnagel E., 2014) teigia, kad rengiant PS stiprinančias priemones, galėtų pasitarnauti interviu su darbuotojais, kurio metu būtų siekiama išaiškinti, kodėl įstaigoje *neįvyksta* PSĮ (skirtingai nuo *Pacientų saugos I koncepcijos*, kuomet aiškinamasi, kodėl PSĮ įvyksta), užduodant darbuotojams atvirus klausimus: kokie PSĮ gali įvykti?, kodėl jie neįvyksta?, kokių priemonių imamasi, kad jie neįvyktų? (Hollnagel E., 2014). Šis E. Hollnagel siūlomas metodas sudaro galimybę identifikuoti priemones PS stiprinti, tačiau mokslinėje ir metodinėje literatūroje galime rasti jau identifikuotų ir pasiteisusių įvairių PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių. Todėl, rengiant Modelį, mėginta išskirti ir susisteminti priemonių PS užtikrinti ir gerinti šaltinius sujungiant abi (Pacientų saugos I ir II) koncepcijas. Šiuo tikslu išskirtos 3 priemonių PS užtikrinti ir gerinti šaltinių grupės:

I. Pirmoji PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių grupė: bendrosios (visuotinai pripažintos, universalios) PS priemonės.

Bendrosios PS gerinimo (stiprinimo) priemonės – tai visuotinai pripažintos, mokslo ir gerosios praktikos įrodymais pagrįstos, tarptautinio bei nacionalinio PS judėjimo ASPĮ rekomenduojamos PS priemonės, kurių įgyvendinimas sustiprina PS, padidindamas saugių ir sėkmingų atvejų bei rezultatų pasireiškimą Ligoninei funkcionuojant nuolat kintančioje aplinkoje.

Atsižvelgiant į universalumo principą, galima išskirti šiuos bendrųjų PS gerinimo priemonių pogrupius:

1. *Visuotinai pripažintos bendrosios PS gerinimo (stiprinimo) priemonės.* Tai priemonės, kurių naudingumas (efektyvumas, veiksmingumas) stiprinant PS yra įrodytas ir patvirtintas mokslo ir gerosios praktikos. Šios priemonės ar jų kompleksai rekomenduojami visoms ASPĮ (universalūs). Vienas iš pavyzdžių – Jungtinės Karalystės Vyriausybės patvirtinta „Septynių žingsnių PS programa“ (National Patient Safety Agency,

2004), kurią sudaro 7 universalios (nespecifinės) PS gerinančių priemonių grupės (7 žingsniai), skiriamos visoms šalies ASPĮ: 1) saugos kultūros kūrimas; 2) lyderystės stiprinimas užtikrinant nuolatinį dėmesį PS visoje organizacijoje; 3) sistemų ir procesų rizikai valdyti išplėtojimas; 4) galimybės darbuotojams pranešti apie PSI tiek įstaigoje, tiek šalies lygiu sudarymas; 5) atviras bendravimas su pacientais ir visuomene, įsiklausymas į pacientų nuomonę; 6) mokymasis ir dalijimasis PSI valdymo patirtimi, skatinimas darbuotojų naudoti giluminių priežasčių analizės metodą, išsiaiškinant, kada ir kaip įvyksta NĮ; 7) žalos pacientams prevencijos priemonių įgyvendinimas. Kitas pavyzdys – ASPĮ akreditavimo standartuose nustatytų PS standartų priemonės (pvz., JAV Jungtinės komisijos Ligoninių akreditavimo programoje yra per 200 PS standartų (dauguma jų yra universalūs, pritaikomi bet kuriai ASPĮ), kuriuos turi užtikrinti kiekviena akreditacijos siekianti ligoninė (Joint Commission, 2010)). Dar vienas pavyzdys – Europos Tarybos 2009 m. PS rekomendacijos, taikomos bet kokio profilio ASPĮ (EU Council, 2009), apimančios darbuotojų nuolatinį tobulinimąsi, keitimąsi geriausia patirtimi, tyrimų organizavimą PS srityje, bendradarbiavimo su pacientais ir jų šeimomis gerinimą, saugos priemonių taikymą, siekiant išvengti su SP susijusių infekcijų, kt. Visos šios priemonės yra universalios, skirtos ir pritaikomos visoms ASPĮ, nepriklausomai nuo jų tipo, teikiamų SP paslaugų spektro ar kitų ypatumų.

2. *Visuotinai pripažintos bendrosios vadybinės priemonės.* Tai vadybos mokslo ir gerosios praktikos patvirtintos priemonės, skirtos organizacijos vadybos efektyvumui užtikrinti ir gerinti; išbandytos ir patvirtinta jų nauda (efektyvumas, veiksmingumas) bet kokiame ASPĮ ar kitų ūkio sektorių organizacijose. Nuo šios priemonių grupės įgyvendinimo daug priklauso ir pirmos grupės (*Visuotinai pripažintų PS gerinimo (stiprinimo) priemonių įgyvendinimo sėkmė*). Tai bazinės (vadovėlinės) vadybos priemonės, būtinos siekiant efektyviai organizuoti veiklą (pvz., siekiamų tikslų ir uždavinių aiškus ir tikslus formulavimas, veiklos planavimas, organizavimas, koordinavimas, stebėjimas, koregavimas, kontrolė, rezultatų įvertinimas, komunikacijos ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas, ir kt.), taip pat vadybos tikslams naudojami vadybiniai instrumentai (pvz., tikslų medis, problemų medis, žuvies kaulo diagrama ir daugelis kitų).
3. *Atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos formavimo priemonės.* Atvira, besimokanti ir skaidri organizacija sudaro palankiausias prielaidas užtikrinti ir gerinti PS. Priemonės, padedančios SP organizacijai tapti atvira, besimokančia ir skaidria, yra universalios, tinkančios bet kuriai ASPĮ (pvz., vidinio ir išorinio atvirumo ir skaidrumo užtikrinimas). Tam reikia įgyvendinti tam skirtas priemones (pvz., darbuotojų ar jų grupių atstovų įtraukimas į įstaigos strateginės ir operatyvios veiklos planavimą; įstaigos vertybių bendras nustatymas, saugos kultūros formavimas, vidinės ir išorinės komunikacijos stiprinimas; periodiškai vykstančių įstaigos darbuotojų pokalbių apie PS ir dažniausiai pasireiškiančias klaidas medicinoje, jų pasekmes ir jų prevencijos priemonės organizavimas; įstaigos vidinės lokali (intranetinės) ir išorinės nacionalinio lygio (internetinės) PSI pranešinėjimo ir mokymosi sistemos sukūrimas, kt.).

II. Antroji PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių grupė: pasaulio, Lietuvos, kitų ASPĮ geriausias patirties paieškos, nagrinėjimo ir diegimo priemonės.

Sudarant įstaigoje PS užtikrinimo ir gerinimo programą, galima ne tik pasinaudoti jau esamomis, visuotinai pripažintomis PS užtikrinimo ir gerinimo priemonėmis (žr. pirmąją PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių grupę), bet ir geriausias pasaulio, Lietuvos ir kitų

APSĮ praktinės patirties pagrindu formuoti naujas. Tokios kol kas plačiai neaprašytos ir nesusistemintos praktinės patirties paieškos ir nagrinėjimo pagrindu PS priemonių parengimas kaip tik ir būdingas šiai priemonių grupei.

Geriausios praktikos panaudojimas savo veiklai tobulinti egzistuoja nuo žmonijos ištakų. Visais laikais žmonės, susidūrę su problema, pirmiausia stebėjo, kaip ją sprendžia kiti. Tiek pavieniai asmenys, tiek ištisos tautos visada rodė susidomėjimą viena kitos veikla, siekė perimti ir panaudoti tai, kas geriausia. Visa žmonijos istorija – tai nepaliaujamas vienas kito patirties perėmimo ir panaudojimo procesas (Moriarty J. P., Smallman C., 2009; Hong P. *et al.*, 2012). Geriausios patirties panaudojimas kaip mokslinis metodas susiformavo 1988–1989 m., pasirodžius pirmoms jam skirtoms mokslinėms publikacijoms (Kaiser Associates, 1988; Fifer R., 1989; Camp R., 1989) ir išėjus fundamentaliai R. Boxwell veikalui šia tema (Boxwell R., 1994). Šiose publikacijose buvo apibūdinta *geriausios patirties* samprata, reikšmė, jos paieškos ir naudojimo formos bei būdai. Pabrėžta *geriausios patirties išaiškinimo* būtinybė, tai yra, neapsiriboti pirma pasitaikiusia geresne patirtimi, o vykdyti nuoseklią ir plačią pačios geriausios patirties paiešką, tuo būdu užtikrinant, kad neliktų nepastebėtų ir neišnaudotų svarbių organizacijos tobulinimo galimybių. Kitas mokslininkų iškeltas pamatinis geriausios patirties paieškos bruožas – *specialių indikatorių* šiai patirčiai išaiškinti ir įvertinti panaudojimas. Tai indikatoriai, kuriais galima pagrįstai įvertinti kiekvienos nagrinėjamos patirties pranašumą, tinkamumą, kad būtų pasirinkta geriausia.

Per pastaruosius dešimtmečius geriausios patirties idėja tapo viena svarbiausių organizacijos pažangos priemonių (Moriarty J. P., Smallman C., 2009). Intensyviai plėtojosi geriausios patirties ir jos išaiškinimo, nagrinėjimo ir panaudojimo metodai. Galima išskirti *siauresnę* ir *platesnę* geriausios patirties sampratą:

1. *Siauresnė* geriausios patirties samprata apima tik vadinamąją *praktinę patirtį*, tai yra tokią, kuri kilo ne iš mokslinių tyrimų, bet iš praktinės veiklos apibendrinimo. Tokios patirties šaltinis gali būti pačios įstaigos veikla ir/ar kitų panašių organizacijų, užsiimančių panašia veikla, patirties nagrinėjimas ir panaudojimas. Siekiant surinkti tokią patirtį, išsiaiškinti, kokios įstaigos užsiima panašia veikla, taikant indikatorių sistemą nustatoma, kuri iš jų veikia sėkmingiausiai, ši veikla išnagrinėjama, pripažįstama gerąja patirtimi ir perimama. Šis *siauresnis* požiūris atsirado anksčiau už *platesnį* požiūrį į praktinę patirtį, jis buvo būdingas ir praktinės patirties metodo pradininkams (Kaiser Associates, 1988; Boxwell R. J., 1994).
2. *Platesnė* geriausios patirties samprata iš esmės praplečia tiek pačios geriausios patirties, tiek jos šaltinių sampratą. Geriausios patirties šaltiniais turėtų būti ne tik savo ar kitų organizacijų patirtis, bet ir įvairūs kiti šaltiniai (Meira de Vasconcelos A. *et al.*, 2016; Anand G., Kodali R., 2008; Williams J., Brown C., Springer A., 2012; Eleuterio T., 2014, 2015). JAV tyrėjas T. Eleuterio pateikė platų geriausios patirties šaltinių sąrašą: vadovėliai, patentai, moksliniai tyrimai, informaciją teikiančios organizacijos, informacinė paieška moksliniuose žurnaluose, profesionalų konsultacijos, internetas, internetinės apklausos, bendradarbiavimas su moksliniais ir praktiniais asociacijomis, siekiant užmegzti kontaktus su žmonėmis ir organizacijomis, kurie užsiima panašia veikla ir gali turėti naudingą patirtį (Eleuterio T., 2014). *Geriausios patirties paieškos tikslas* – mokslinių tyrimų ir praktinės patirties pagrindu nustatyti *aukščiausių pasiekiamą tam tikros veiklos atlikimo standartą ir geriausias priemones jam pasiekti* (Eleuterio T., 2014).

Tokios išplėtos (*platesnės*) geriausios patirties sampratos pranašumas yra tai, kad taip įveikiamas *siauresniam* praktinės patirties supratimui būdingas praktikos priešpriešinimas mokslui, tarsi egzistuoūtų du skirtingi žinių apie galimybę tobulinti organizacijos veiklą šaltiniai: teorinis (mokslinis) ir praktinis (nemokslinis), tuomet kiekvienam jų turėtų būti taikomi skirtingi reikalavimai: mokslo tyrimais pagrįstai patirčiai pagrįsti – mokslo įrodymai, o praktika pagrįstai patirčiai – praktinės sėkmės atvejai, istorijos (t. y. tarsi ne mokslo įrodymai arba įrodymai nepagrįsti moksliniais tyrimais).

Platesnės geriausios patirties atveju, suvokiama, kad atsiradus bet kokiems pažangiems, veiksmingiems veiklos būdams, nesvarbu, koks informacijos apie juos šaltinis (moksliniai tyrimai ar praktinė veikla) bebūtų, metodiniai reikalavimai bus taikomi vienodai – t. y. moksliniai. Tai reiškia, kad renkama ir įgyvendinama ne *bet kokia*, o *tik įrodymais pagrįsta* geriausia patirtis (Eleuterio T., 2014; Kyrö P., 2003; Pervaiz K. A., Rafiq M., 1998; Zairi M., 1998).

Atliekant disertacinį tyrimą, siekiant išaiškinti, įvertinti ir atrinkti geriausią patirtį PS užtikrinimo ir gerinimo srityje, buvo vadovaujama šiuolaikine *platesne* geriausios patirties samprata, kuri atveria duris visiems, be apribojimo, geriausios patirties šaltiniams, keldama vienodą reikalavimą – pagrįsti mokslo įrodymais. Tokia samprata yra tinkama sveikatos priežiūrai, atitinka šiuolaikinės, įrodymais pagrįstos medicinos, reikalavimams (Kyrö P., 2003; Kyrö P., 2004; Matykiewicz L., Ashton D., 2005; Wait S., Nolte E., 2005).

Disertacijoje teikiama Modelyje gerosios patirties nagrinėjimas užima svarbią vietą formuojant Ligoninės PS priemonių kompleksą. Tačiau tai nėra lengva Ligoninei ar kitai ASPĮ praktiškai įgyvendinti dėl kelių svarbių priežasčių. Visų pirma, susiduriama su gerosios patirties galimų šaltinių gausa. Ligoninei sudėtinga atrinkti ir išanalizuoti visus galimus šaltinius, ieškant jai vertingos geriausios patirties. Dėl to mokymasis iš geriausios patirties visada susijęs su rizika, kad bus naudojama *ne geriausia*, o *labiausiai prieinama* patirtimi, o patirties pasirinkimą gali lemti ne tiek jos *naudingumas*, kiek *atsitiktiniai veiksniai* (pvz., lengvai surandama prieinamoje literatūroje, nors nebūtinai mokslinėje, kt.). Siekiant išspręsti šią problemą, tikslingas geriausios patirties šaltinių susisteminimas, kuris galėtų vykti Ligoninės (pvz., universiteto, turinčios mokslinį potencialą) ar nacionaliniu (šalies) lygmeniu (pvz., ikūrus nacionalinius įrodymais pagrįstos medicinos (angl. *evidence based medicine*), įrodymais pagrįstos sveikatos priežiūros vadybos (angl. *evidence based healthcare management*), sveikatos technologijų vertinimo (angl. *health technology assessment*) centrus). Teikiama Ligoninei geriausios patirties šaltinių grupavimo lentelė, kurioje geriausios patirties šaltiniai suskirstomi pagal: 1) sistemos mokymosi lygmenis (meta-, mega-, makro-, mezo-, mikro- lygiai) ir 2) kryptį (mokymasis iš praeities (saugios ir nesaugios patirties) ar generatyvinis, orientuotas į ateitį) (žr. 52 lentelę).

III. Trečioji PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių grupė: Ligoninės veiklos sisteminė giluminė analizė, siekiant nustatyti efektyviausius PS užtikrinimo ir gerinimo šaltinius pačioje įstaigoje (Ligoninėje), siekiant dar labiau sustiprinti juos bei išplėsti jų diegimą Ligoninės padalinyje ar visoje Ligoninėje.

Šios veiklos svarba stiprinant PS įstaigoje ypač akcentuojama *Pacientų saugos II* koncepcijoje. Siekiant sustiprinti įstaigoje PS, siūloma tirti ne tik tai, „kas vyksta, kai nėra užtikrinama PS ir įvyksta NĮ“, bet ir tai, „kas vyksta, kai yra užtikrinama PS ir pasiekiami užsibrėžti rezultatai, organizacijai prisitaikant veikti kintančioje aplinkoje“ (Eurocontrol, 2013, 20). Taigi kaip svarbus faktorius stiprinant PS Ligoninėje pripažįstama paties

52 lentelė. Mokymosi lygmenys pagal PS koncepcijas

SP sistemos mokymosi lygmenys	Holistinis (iš praeities ir į ateitį orientuotas) mokymasis		Į ateitį orientuotas mokymasis (generatyvus mąstymas, mokymasis)
	PS II koncepcija (adaptyvus, refleksyvus mąstymas, mokymasis)	PS I koncepcija	
	Mokymasis iš saugios praktikos patirties	Mokymasis iš nesaugios praktikos patirties (PS I koncepcija)	
Metasistemos mokymosi lygmuo (tarptautinis SP sistemos mokymosi lygmuo)	Mokymasis iš tarptautinės saugios praktikos: kitų šalių SP specialistų bei kitų darbuotojų geroji PS patirtis, tarptautinio lygmens vedančiųjų (lyderiaujančių) PS srityje institucijų rekomendacijos, leidiniai; tarptautinių SP akredituojančių/sertifikuojančių institucijų standartai; mokslinė literatūra PS srityje, mokslinės duomenų bazės (<i>The Cochrane library</i> , EBSCO, <i>PubMed/Medline</i> , <i>Emerald</i> , <i>BMI</i> , kt.), tarptautinės mokslinės-praktinės konferencijos, kiti tobulinimosi renginiai, kt.	Mokymasis iš tarptautinės nesaugios praktikos: kitų šalių ASP SP specialistų bei kitų darbuotojų neįgama PS patirtis, tarptautinio lygmens vedančiųjų (lyderiaujančių) PS institucijų informacija apie PSĮ ir NĮ (aplinkraščiai, kt.), mokslinė literatūra PS srityje, mokslinės duomenų bazės (<i>The Cochrane library</i> , EBSCO, <i>PubMed/Medline</i> , <i>Emerald</i> , <i>BMI</i> , kt.), tarptautinės mokslinės-praktinės konferencijos, kiti tobulinimosi renginiai, tarp-tautinė teismų praktika, kt.	Pavojingų PS tendencijų nustatymas (prognozavimas) tarptautiniu mastu , jų pasireiškimo Lietuvoje galimybių nagrinėjimas ir prevencinio valdymo priemonių numatymas; mokslinės duomenų bazės (<i>The Cochrane library</i> , EBSCO, <i>PubMed/Medline</i> , <i>Emerald</i> , <i>BMI</i> , kt.), tarptautinės mokslinės-praktinės konferencijos, kiti tobulinimosi renginiai.
Megasistemos mokymosi lygmuo (nacionalinis SP sistemos mokymosi lygmuo)	Mokymasis iš nacionalinės (Lietuvos) saugios praktikos (iš kitų ASPĮ SP specialistų bei kitų darbuotojų, nacionalinio lygmens PS institucijų skleidžiamos teigiamos PS praktikos (patirties)): palyginamoji analizė, tobulinimo renginiai, nacionaliniai klinikiniai ir saugios praktikos standartai, mokslinė literatūra PS srityje, praktikos atvejų analizė, kt.	Mokymasis iš nacionalinės (Lietuvos) nesaugios praktikos (iš kitų ASPĮ SP specialistų bei kitų darbuotojų, nacionaliniu lygiu veikiančių PS institucijų neigiamos PS praktikos (patirties); teismų praktikos, PS aplinkraščių, mokslinės literatūros PS srityje; praktikos atvejų analizės, kt.	Pavojingų PS tendencijų nustatymas (prognozavimas) Lietuvoje (pvz., SP reformos poveikio įvertinimas PS pjūviu, kt.), jų nagrinėjimas ir prevencinio valdymo priemonių numatymas.

SP sistemos mokymosi lygmenys	Holistinis (iš praeities ir į ateitį orientuotas) mokymasis		I ateitį orientuotas mokymasis (generatyvus mąstymas, mokymasis)
	PS II koncepcija (adaptyvus, refleksyvus mąstymas, mokymasis)	Mokymasis iš saugios praktikos patirties	
Makro- ir mezosistemos lygmenys (grupės, komandos, ligoninės sistemos mokymosi lygmenys)	Mokymasis iš saugios praktikos patirties	Mokymasis iš savo Ligoninės, kitų Ligoninės padalinių, kitų Ligoninės darbuotojų saugios praktikos (patirties), palyginamosios analizės, klinikinių konferencijų, vidinių kvalifikacijos tobulinimosi renginių, vidaus audito, kt.	Pavojingų PS tendencijų nustatymas (prognozavimas) Ligoninėje (pvz., susijusių su Ligoninės struktūros ar veiklų pokyčiais) įstaigoje, jų nagrinėjimas ir prevencijos priemonių numatymas.
Mikrosistemos lygmuo (individualaus mokymosi lygmuo)	Mokymasis iš savo asmeninės teigiamos PS praktikos (patirties), pacientų teigiamų atsiliepimų, kt.	Mokymasis iš savo asmeninės neigiamos PS praktikos (patirties), pacientų skundų, kt.	Apmąstymas asmeninės praktikos kintančios aplinkos sąlygomis (pvz., išmokstant naudotis naujomis technologijomis, dirbant žymiai išaugus darbo krūviui, kt.), asmeninės veiklos, galimų trūkumų, nepalankių pokyčių išaiskinimas, prevencinio valdymo priemonių nustatymas.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

darbuotojo, kitų įstaigos darbuotojų, jų komandų ar padalinių, ar visos įstaigos generuota geriausioji patirtis. Toks geriausios patirties formavimasis, apsieičiant asmeninėmis patirtimis ieškant saugesnių, veiksmingesnių, efektyvesnių veiklos formų, yra paplitęs ir ASPĮ (pvz., rytiniai gydytojų pasitarimai, konsiliumai, teminiai seminarai, klinikinės konferencijos, kt.). Gydytojų, slaugytojų, vadybininkų patirtis, jos kaupimas ir pasidalijimas su kolegomis – svarbus Ligoninės geriausios patirties kaupimo šaltinis. Kasdieniame darbe darbuotojai savo iniciatyva išbando įvairius PS gerinimo būdus, taip suformuoja taikytiną geriausią patirtį, šios patirties nagrinėjimas ir apibendrinimas gali tapti naujų veiksmingų PS priemonių šaltiniu formuojant Ligoninės PS stiprinimo programą.

Aptarti trys pagrindiniai informacijos šaltiniai, iš kurių Ligoninė gali formuoti priemonės PS užtikrinimo ir gerinimo programai: 1) visuotinai tarptautiniu, nacionaliniu lygmeniu pripažintos ir plačiai naudojamos bendrosios PS priemonės; 2) PS priemonės, kurias Ligoninė identifikuoja nagrinėdama ir vertindama tarptautinę, nacionalinę, kitų ASPĮ PS patirtį; 3) priemonės, kurių šaltinis yra pačios Ligoninės darbuotojų sukaupta patirtis, jos nagrinėjimas, apibendrinimas ir panaudojimas PS priemonėms formuoti. Kuria tvarka naudoti šiuos PS priemonių paieškos šaltinius Ligoninės PS užtikrinimo ir gerinimo programai, sprendimą turi priimti Ligoninė, įvertinusi, kiek *laiko, pastangų ir kitų išteklių* paieška pareikalauja. Iš trijų nagrinėtų PS stiprinančių priemonių šaltinių mažiausiai įstaigos resursų reikalauja pirmas šaltinis, nes jis teikia jau suformuotas, pagrįstas, išbandytas, patvirtintas ir pripažintas tarptautiniame ar nacionaliniame lygmenyje PS stiprinančias priemones. Todėl vadovaujantis minėtu laiko, pastangų ir išteklių kriterijumi, šis šaltinis ir turi būti naudojamas pirmiausia. Be to, pirmas PS stiprinančių priemonių šaltinis suteikia plačiausią spektrą visuotinai pripažįstamų, mokslo įrodymais pagrįstų PS užtikrinimo priemonių. Todėl, esant ribotiems ištekliams, šio šaltinio panaudojimas suteikia galimybes įstaigai per santykinai trumpą laiką suformuoti plačią veiksmingų ir efektyvių PS stiprinimo priemonių programą. Pasiekus pažangą įgyvendinant šias priemones, dėmesys gali būti skirtas ir toms priemonėms, kurias dar reikia suformuoti geriausios praktikos tyrimo pagrindu. Tačiau šiam tikslui pasiekti reikalingas didesnės apimties darbas, surenkant, nagrinėjant ir apibendrinant pasaulio, šalies, kitų ligoninių geriausią patirtį, ją pagrindžiant moksliniais metodais bei išbandant ją prieš įtraukiant į Ligoninės PS stiprinimo programą, todėl pradiniam etape šis antras duomenų šaltinis turėtų būti pasirinktas tik išnaudojus pirmo duomenų šaltinio teikiamas galimybes.

Antrasis struktūrinis blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“

Antrojo Modelio bloko: „*PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis*“ struktūra pateikta 22 pav.

Antrojo struktūrinio bloko paskirtis – sudaryti PS, PSĮ valdymui, Modeliui diegti ir plėtoti palankias Ligoninės sąlygas įgyvendinant bendrines vadybinio pobūdžio priemones: a) suformuoti palankias vadybines-organizacines sąlygas (pvz., vadovybės lyderystė PS srityje, PS iniciatyvų palaikymas, kt.) (1 subblokas); b) formuoti atvirą ir teisingą PS kultūrą, pagrįstą tobulėjimo ir atskaitomybės balansu, skatinančią atvirą PSĮ valdymo procesą ir PSĮ atskleidimą pacientams; priimti įstaigoje lokalius norminius teisės aktus, formuojančius teigiama požiūrį į PSĮ ir jų valdymą, kt.) (2 subblokas); c) stiprinti Ligoninės



22 pav. Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

nės darbuotojų siekius (motyvaciją) ir gebėjimus (žinias, įgūdžius, kt.), gerinti PS (pvz., užtikrinti metodinę pagalbą rizikų valdymo srityje, organizuoti už PS atsakingiems Ligoninės darbuotojams specializuotus mokymus PS, PSĮ valdymo, rizikų valdymo ir kt. srityse, kitiems darbuotojams – bendruosius mokymus PS, PSĮ valdymo klausimais, kt.) (3 subblokas); d) užtikrinti nuolatinį PS būklės, PSĮ valdymo proceso ir rezultatų stebėsenos, vertinimo ir kontrolės procesų ciklo veikimą, užtikrinant grįžtamąjį ryšį Ligoninės vadovybei, už PS atsakingiems ir kitiems darbuotojams (4 subblokas).

II blokas užima svarbią vietą Modelyje. Jo tikslas – „paruošti dirvą“ PS ir PSĮ valdymo iniciatyvoms, PS užtikrinančių ir gerinančių tarptautinio ir nacionalinio lygmens priemonėms įgyvendinti. Kitų šalių praktika rodo, kad net ir geriausios, mokslo įrodymais ir geriausia praktine patirtimi pagrįstos, viešai pripažįstamos kaip efektyvios ir veiksmingos PS iniciatyvos, instrumentai ar priemonės pradėtos diegti neužtikrinus PS palankaus organizacijos (Ligoninės) modelio ir aplinkos (pvz., išliekant vyraujančiu tradiciniam uždaram hierarchiniam biurokratiniam organizacijos modeliui, bausmėmis ir kaltinimu už klaidas pagrįstai organizacinei kultūrai, vadovybei nusišalinus nuo lyderystės PS veiklose, neskiriant dėmesio ir išteklių šioms veikloms ir pan.), jos neveiks ir neatneš lauktinų rezultatų. Šio modelio bloko reikalingumą ir jo struktūrą pagrindė ir disertacijoje atliktų empirinių tyrimų (ypač kokybinių) rezultatai (žr. III dalies 2 skyriaus išvadas). Tai struktūriniai elementai, skirti PSĮ pranešėjimo baimės, darbuotojų suinteresuotumo, pasirengimo inovaciniams pokyčiams, darbuotojų komunikacijos, pranešėjimo anonimiškumo užtikrinimo lygiams stebėti ir vertinti, kt.

Itin svarbų vaidmenį vaidina šio bloko 4 subblokas, kuriam keliami šie uždaviniai: a) svarbiausių PS aspektu Ligoninės veiklos sričių stebėseną ir vertinimas; b) remiantis Modelio I bloku identifikuotų PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių įgyvendinimo stebėseną ir vertinimas; c) PS kultūros pokyčių stebėseną ir vertinimas; d) organizacijos darbuotojams ir PS suinteresuotoms institucijoms atgalinio ryšio suteikimas apie PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių įgyvendinimo rezultatus, kt.

Modelio II bloko inicijuojamas Ligoninės vidinės aplinkos PS palankių pokyčių nuoseklus įgyvendinimas prisidės prie visos Ligoninės (organizacijos) sisteminės pažangos, palengvins kitų Modelio blokų diegimą, adaptavimą ir veikimą joje.

Trečiasis struktūrinis blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis“

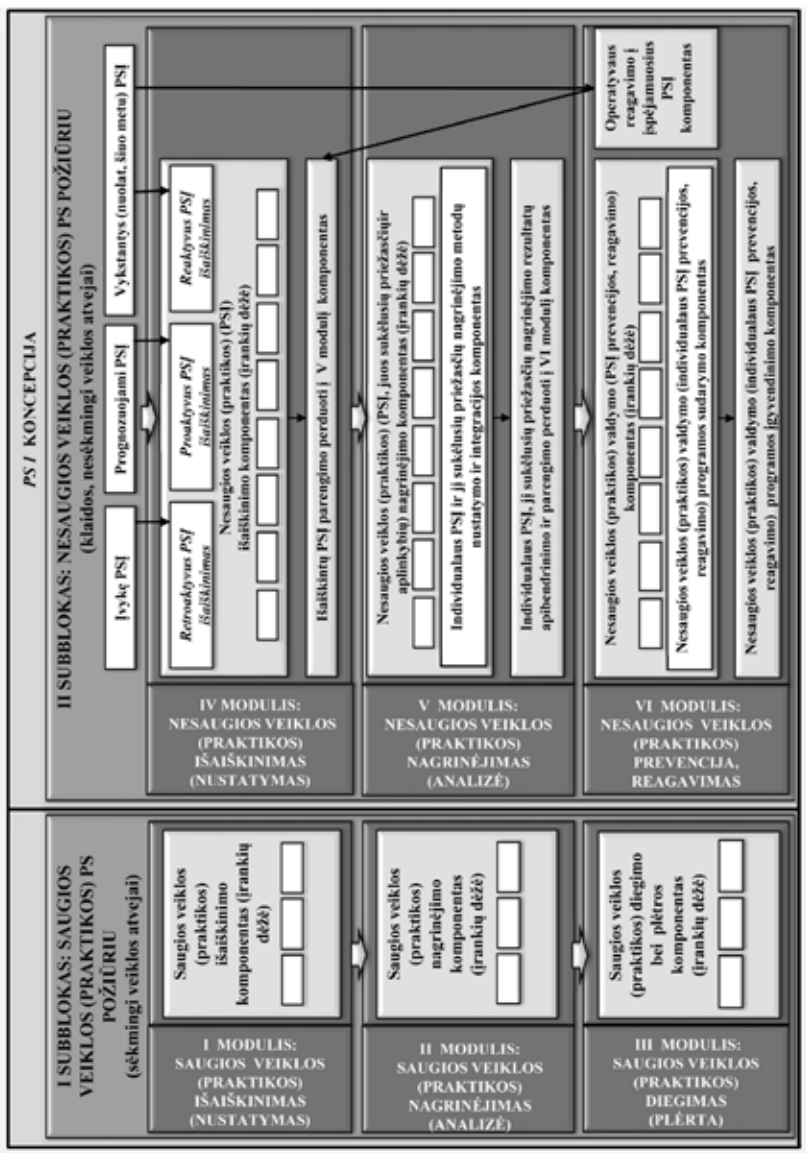
Trečiojo Modelio bloko: „*PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis*“ struktūra pavaizduota 23 pav.

Ligoninei veiksmingai įgyvendinant tarptautinio ir nacionalinio lygmens rekomenduojamas bendrąsias (žr. Modelio I bloką) bei Ligoninės lygmens specialiąsias bendrines (žr. Modelio II bloką) PS užtikrinimo ir gerinimo priemones, jos gali būti nepakankamos Ligoninei funkcionuojant nuolat kintančioje turbulentinėje aplinkoje (nuolatinių SP sektoriaus pertvarų laikotarpyje – kintant Ligoninės veiklos teisiniam reglamentavimui, esant įtampai dėl resursų stokos, sparčiai diegiamų modernių technologijų ir inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų, didėjančių visuomenės lūkesčių dėl SP ir pan.). Todėl net ir įdiegus mokslo ir gerosios praktikos rekomenduojamas tarptautinio ir nacionalinio lygmens saugos priemones (žr. Modelio I bloką), Ligoninė netampa visiškai saugi pacientams, nes sparčiai besikeičiant aplinkos sąlygoms, Ligoninėse neišvengiamai kartosis ar rasis nauji (emergentiniai) pavojai.

Suformuota geroji (saugi) praktika taip pat nėra ilgalaikė ir stabili, nes Ligoninė ir jos veiklos kontekstas nėra nekintantys. Pasikeitus aplinkybėms, turi keistis ir praktika, nes ankstesnėmis sąlygomis Ligoninėje suformuota *geroji (saugi) praktika*, atsiradus naujoms aplinkybėms, gali tapti *nesaugia*. Kita vertus, nesėkmingų praktikos atvejų Ligoninėje įvyksta gerokai mažiau nei sėkmingų, todėl mokantis iš nesėkmių – reiškia mokytis tik iš santykinai mažos dalies praktikos (atvejų imties), neišnaudojant galimybių mokytis iš gerokai platesnės saugios praktikos, identifikuoti ir diegti Ligoninėje saugios veiklos (praktikos) apraiškas, išvengiant ar užkertant kelią pavojams ir PSĮ rastis. Be to, Modelio I ir II bloke numatytos PSĮ prevencinio valdymo priemonės gali būti neįgyvendinamos ar netinkamai atrenkamos ir įgyvendinamos, todėl išlieka PSĮ pasireiškimo rizika.

Dėl šių priežasčių bei atsižvelgus į tyrimų rezultatus parengtas Modelio III blokas „*PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis specifinėmis PS priemonėmis*“, kurį sudaro du subblokalai: a) I subblokas *Saugios veiklos (praktikos) PS požiūriu* (Ligoninės, jos padalinio, darbuotojo sėkmingos veiklos kintančios aplinkos sąlygomis atvejai), skirtas gerosios praktinės patirties (saugios veiklos, praktikos) paieškai ir išaiškinimui (I modulis), jos nagrinėjimui ir analizei (II modulis) bei panaudojimui (adaptavimui, diegimui, plėtrai) (III modulis); b) II subblokas *Nesaugios veiklos (praktikos) PS požiūriu* (Ligoninės, jos padalinio, darbuotojo nesėkmingos veiklos nuolat kintančios aplinkos sąlygomis atvejai), skirtas nesaugios praktikos (PSĮ) išaiškinimui (IV modulis), nagrinėjimui (V modulis), reagavimui bei prevencijai (VI modulis).

PS II KONCEPCIJA



23 pav. Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmenis) specifinėmis PS priemonėmis“. Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Mokslinėje literatūroje pateikiami įvairūs geriausios patirties paieškos, nagrinėjimo ir panaudojimo būdai (Hong P. *et al.*, 2012). Daugelio jų pagrindą sudaro *Kaiser Associates* pasiūlyta 7 žingsnių metodika (*Kaiser Associates*, 1988), kurią išplėtojo R. Camp 12 žingsnių metodikoje (Camp R., 1994). Šių autorių siūlomu geriausios patirties nustatymo, nagrinėjimo ir diegimo procesų nuoseklumu vadovautasi rengiant Modelio geriausios patirties (saugios veiklos (praktikos)) (I subbloko) *paieškos* (išaiškinimo) (I modulis), *nagrinėjimo* (*analizės*) (II modulis) bei *diegimo* (*plėtros*) (III modulis) etapų struktūrinius elementus.

Modelio III bloko I ir II subbloką modulių komponentai suformuoja kiekvienam etapui (*išaiškinimo*, *nagrinėjimo*, *diegimo ar reagavimo*) būtinų vadybinių įrankių dėžes (angl. *tool box*).

Pažymėtina, kad Modelio III bloko I subblokas įgyvendina moderniosios *Pacientų saugos II* koncepcijos (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015) nuostatas, pabrėžiant mokymosi iš geriausios (teigiamos, saugios, kt.) patirties svarbą. Mokymosi iš geriausios (saugios) praktikos subbloko elementų ir šio subbloko ryšių su viso Modelio sistema skirta generuoti Modelio ir visos Ligoninės veiklai tobulinti bei gerajai praktikai plėsti idėjas ir jas įgyvendinti, siekiant pagerinti organizacijos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklą, sudarančią nepalankias sąlygas rasti ir pasireikšti PSĮ bei palankias sąlygas Ligoninei veikti, pasiekiant kuo aukštesnį saugos lygį.

Modelio III bloko II subbloke atskleistos tradicinės *Pacientų saugos I* koncepcijos (Reason J., 2000) įgyvendinimo nuostatos, tačiau jas įgyvendinant, išplečiamas jų veikimo laukias apimant ne tik įvykusių NĮ pranešinėją, bet ir visų (įvykusių ir neivykusių (potencialių)) PSĮ valdymą (pranešinėją, nagrinėjimą, reagavimą, prevenciją) Ligoninėje. Šį subbloką sudaro: a) *Nesaugios veiklos (praktikos) išaiškinimo (nustatymo) modulis* (IV modulis), kurio paskirtis – užtikrinti kuo išsamesnį įvykusių (*PSĮ retroaktyvaus išaiškinimo komponentas*), vykstančių (*PSĮ reaktyvaus išaiškinimo komponentas*) ir prognozuojamų bei tikėtinų (*PSĮ proaktyvaus išaiškinimo komponentas*) PSĮ išaiškinimą, jų registravimą ir parengimą tolesnei PSĮ analizei, juos sukėlusioms priežastims nustatyti, naudojant atitinkamo pobūdžio PSĮ nustatymo metodų ir priemonių įrankių dėžes; b) *Nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo (analizės) modulis* (V modulis), kurio paskirtis IV modulyje išaiškintų PSĮ, juos sukėlusių priežasčių giluminės analizės atlikimas, priežastinių ryšių identifikavimas panaudojant šiuolaikinio vadybos mokslo rekomenduojamų rizikų, PSĮ valdymo metodų ir priemonių, skirtų išaiškintų PSĮ analizei, arsenalą, suformuotą šio modulio nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo komponento įrankių dėžėje; c) *Nesaugios veiklos (praktikos) prevencijos ir reagavimo modulis* (VI modulis), kurio paskirtis parinkti kiekvienam nustatytam individualiam PSĮ veiksmingas prevencijos ir reagavimo (poveikio) priemonės; integruoti šias priemones į įstaigoje veikiančią PS užtikrinimo ir gerinimo programą, sudarant tam būtinas vadybinės-organizacinės ir klinikinės veiklos sąlygas.

Modelio struktūrinių blokų sąveika užtikrinant ir gerinant PS Ligoninėje

Visi trys struktūriniai Modelio blokai suformuoja Ligoninės PSĮ valdymo sistemą. I bloke parodoma, kaip identifikuojamos bendrosios tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo pagrįstos ir rekomenduojamos PSĮ valdymo priemonės; II bloke – kaip formuojamos Ligoninėje PS užtikrinti ir gerinti, PSĮ valdyti, Modelį diegti ir plėtoti palankios sąlygos įgyvendinant bendrąsias vadybinio-organizacinio pobūdžio priemones; III bloke pavaizduota, kaip nagrinėjama Ligoninės geroji (saugi) ir taisytina (nesaugi) veikla, išaiš-

kinamos ir diegiamos Ligoninei specifinės PS užtikrinančios ir gerinančios PSĮ valdymo priemonės, didinančios Ligoninės struktūrų ir procesų saugos lygį (ligoninės atsparumą neigiamam pokyčių poveikiui), taip pat Ligoninės gebėjimus sistemškai valdyti įvykusius, vykstančius bei prognozuojamus PSĮ.

23 pav. parodyta pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveika, kurią galima apibūdinti kaip *dvių kontrolės ir korekcijos ciklų sistemą*: a) *pirmasis ciklas yra vidinis*, veikia Modelio I bloke, užtikrina šio bloko 3, 4, 5 ir 6 subblokų sąveiką siekiant išaiškinti ir koreguoti bendrųjų PS priemonių įgyvendinimo neatitikimus; b) *antrasis ciklas yra išorinis*, užtikrina trijų pagrindinių Modelio struktūrinių blokų tarpusavio sąveiką (pvz., Modelio III bloke parodyta, kaip jis sudaro galimybę išsiaiškinti (pagauti) PSĮ, kurie įvyksta dėl I ir II blokų veiklos spragų, dėl to galima papildyti ar patikslinti įgyvendinamą *bendrųjų (tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS judėjimų rekomenduojamų) PS priemonių sistemą*.

Pagrindiniai Modelio blokai sujungti į antrąjį (išorinį) – *Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo ciklą* siekiant užtikrinti Modelio (vadybinio-organizacinio) instrumento efektyvų ir veiksmingą funkcionavimą, nuolatinį tobulėjimą ir atvirumą. Kartu veikdami vidinis ir išorinės kontrolės ir korekcijos užtikrinimo ciklai sudaro galimybę stebėti Modelio pagrindu renгамų PSĮ valdymo sistemų veiklą ir jos rezultatus, vertinti visuminės PSĮ valdymo sistemos įgyvendinimą, Ligoninės pažangą užtikrinant PS.

3.3.3. Apibendrinimas

Modelis sukonstruotas mokslinių tyrimų ir gerosios praktikos PS srityje apibendrinimo, taip pat disertacijoje atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų pagrindu. Modelio struktūrinį pagrindą sudaro trys blokai, kurių tarpusavio sąveika užtikrina kompleksinės (daugiaaspektės) PSĮ valdymo sistemos Ligoninėje funkcionavimą, užtikrinant bei gerinant PS Ligoninėje.

Kitoje dalyje nagrinėjami Modelio sąveikos ir bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, šiuolaikinio viešojo valdymo kontekste aspektai; Modelio sąveikos su Ligoninės ir nacionalinio lygmens PS valdymo sistemomis klausimai; Modelio diegimo ir adaptavimo Ligoninėse bei ASPĮ problematika.

3.4. Modelio veikimo kontekstas, įgyvendinimas

Ankstesniuose disertacijos skyriuose aptarti kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelio sudarymo principai, pagrindinės struktūrinės dalys, jų tarpusavio sąveikos mechanizmai užtikrinant bei gerinant PS. Šiame skyriuje aptariami Modelio išorinės sąveikos, adaptavimo, diegimo ir veikimo vadybiniai-organizaciniai aspektai, kontekstas bei iššūkiai, su kuriais gali susidurti Ligoninė ar kita ASPĮ, įgyvendindama Modelį.

3.4.1. Modelio sąveika su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant pacientų saugą

Ligoninės, kaip ir bet kurios kitos ASPĮ, veikla priklauso nuo daugybės kitų įstaigų veiklos. Tai institucijos ir organizacijos, kurios formuoja sveikatos politiką, dalyvauja ją

įgyvendinant, planuoja ir vykdo SP sektoriaus reformas, tvirtina veiklos kryptis (nustato profilius, paslaugų spektrą, kt.), formuoja užduotis, išleidžia ligoninių veiklą reglamentuojančius teisės aktus, skiria finansus, vykdo ligoninių veiklos ir jų teikiamų paslaugų kokybės kontrolę, rengia ir tobulina SP specialistus, kt., – t. y. tiesiogiai ar netiesiogiai savo įtaka ir sprendimais daro įtaką Ligoninės veiklai, jos teikiamų paslaugų kokybei ir saugai. Modelis – sudėtinė Ligoninės (organizacijos) sistemos dalis, kurios tikslas atliepia Ligoninės misijos esmę – užtikrinti saugių ir kokybiškų paslaugų teikimą gyventojams. Todėl išorės organizacijų poveikis Ligoninei (sistemai) neabejotinai daro įtaką Modelio (Ligoninės subsystemos) veiklai. Dėl to svarbu nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą įvertinti: a) Modelio ryšių su kitomis įstaigomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, struktūrą; b) reikalavimus, keliamus visai šių įstaigų ir organizacijų sistemai, svarbius, įgyvendinant Modelį.

Aptarsime Modelio ryšių su kitomis įstaigomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, struktūrą.

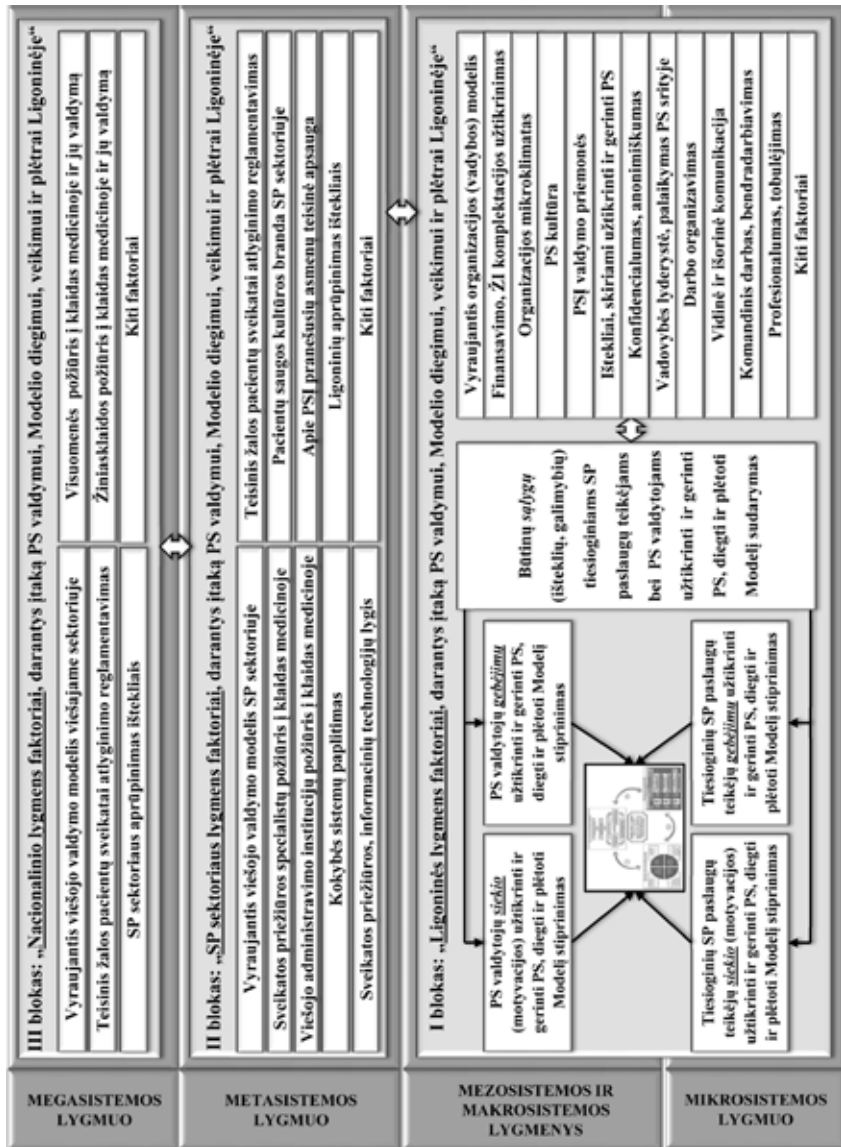
Išorės institucijos ir organizacijos *politinių, ekonominių, socialinių-kultūrinių, techninių, ekologinių, teisinių* (angl. PESTEL – *Political, Economic, Social-cultural, Technical, Ecological, Legal*) veiksmų visuma suformuoja aplinkos sąlygas (kontekstą), kuriomis funkcionuoja Ligoninė ir Modelis. Šie veiksniai gali tiesiogiai ar netiesiogiai, palankiai ar nepalankiai veikti Modelio veiklą. Modelio ryšių su išorės institucijomis sistema pateikta Modelio veikimo konteksto tarpusavyje sąveikaujančių trijų struktūrinių blokų lygmenimis schemoje (žr. 24 pav.).

Apibūdinamas kiekvieno šių lygmenų poveikis Modeliui.

Pirmas blokas „Ligoninės lygmenys faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui, veikimui ir plėtrai Ligoninėje“ (SP sistemos mikro-, mezo- ir makro- lygmenys).

Pateiktoje Modelio veikimo konteksto schemoje matyti, kad jo I bloko „Ligoninės lygmenys faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui, veikimui ir plėtrai Ligoninėje“ (SP sektoriaus mikro-, mezo- ir makrosistemų lygmenys) pagrindą sudaro Modelio subblokas (sumažintas 23 pav.). Tai *operacinė* Ligoninės PSĮ valdymo sistemos dalis, kurioje tiesiogiai realizuojamos priemonės PS Ligoninėje vertinti, užtikrinti ir gerinti.

Su Modelio subbloku glaudžiais tiesioginiais ryšiais susiję keturi jį aptarnaujantys subblokalai, sudarantys sąlygas Modelio subblokui efektyviai funkcionuoti. Tam, kad Modelis sėkmingai veiktų, t. y. kad šiame subbloke efektyviai vyktų PS užtikrinantys ir gerinantys procesai, būtina užtikrinti, kad Ligoninės darbuotojai *siektų (norėtų)* (t. y. būtų įtraukti, suinteresuoti, motyvuoti) užtikrinti PS ir *galėtų (gebėtų)* (t. y. turėtų reikiamą kompetenciją, kvalifikaciją, išteklius bei įgaliojimus) tai atlikti. Šią funkciją užtikrina Modelio subbloką aptarnaujantys šie subblokalai: a) „Tiesioginių SP paslaugų teikėjų siekio (motyvacijos) užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį stiprinimo“; b) „PS valdytojų siekio (motyvacijos) užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį stiprinimo“; c) „Tiesioginių SP paslaugų teikėjų *gebėjimų* užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį stiprinimo“; d) „PS valdytojų *gebėjimų* užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį stiprinimo“. Šių subblokalų komplekso funkcionalumas ir veikimo efektyvumas priklauso nuo įvairių Ligoninės vadybinių faktorių, darančių įtaką Modelio diegimui, veikimui, plėtrai. Disertacijoje atlikti kiekybinis ir kokybiniai tyrimai sudarė galimybę patikslinti PS Ligoninėje PSĮ valdymo priklausymą nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių veiksmų, atskleidė sudėtiną trijų lygių ryšių sistemą tarp darbuotojų galimybės ir siekio gerinti PS, diegti Modelį ir



24 pav. Modelio veikimo konteksto schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ligoninės vadybinės-organizacinės veiklos veiksnių. Bendrąsias vadybines-organizacines prielaidas ir sąlygas gerinti PS ir įgyvendinti Modelį tiesioginiams SP paslaugų teikėjams ir PS valdytojams sudaryti skirtas įgalinimo faktorių subblokas: „Būtinų sąlygų (išteklių, galimybių) tiesioginiams SP paslaugų teikėjams bei PS valdytojams užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį sudarymas“. Šių sąlygų užtikrinimas priklauso nuo daugelio Ligoninių darbuotojų įvardytų Ligoninės lygmens veiksnių ir sąlygų (pvz., darbuotojui sudarymo sąlygų įgyti ir kelti kvalifikaciją ir tobulinti įgūdžius PS valdymo srityje, konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimo pranešusiems apie NĮ asmenims, Ligoninės vadovybės lyderystės ir išitraukimo į PS gerinimo veiklą, išteklių skyrimo PS veikloms vykdyti, tinkamų darbo sąlygų sudarymo, kt.). Ligoninės vidinių sąlygų palankiai PSĮ valdymo veiklai sudarymas iš dalies priklauso ir nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja Ligoninė, t. y. nuo palankių ir nepalankių Ligoninę veikiančių išorinės aplinkos veiksnių (pvz., PS teisinio reglamentavimo, ASPĮ finansavimo; SP vadybos, medicinos ir slaugos studijas baigusiujų kvalifikacijos, kt.). Taigi Ligoninės veiklai daro įtaką SP sektoriaus (SP sektoriaus metasisistemos lygmens) lygmens faktoriai, o SP sektoriaus funkcionavimui – nacionalinio (SP sektoriaus megasistemos lygmens) lygmens faktoriai (žr. 24 pav.). Disertacinio darbo tikslais, nacionalinio (SP sektoriaus megasistemos lygmens) lygmens faktoriai apims valstybės, regionų ir savivaldos lygmens faktorius.

Antras blokas „SP sektoriaus lygmens faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui, veikimui ir plėtrai Ligoninėje“ (SP metasisistemos lygmuo).

Kaip minėta, galimybė sudaryti Ligoninėje palankias PSĮ valdymo sąlygas priklauso ir nuo išorės veiksnių. Kita vertus, sąlygos, kuriomis veikia Ligoninė, didele dalimi priklauso nuo sąlygų, kuriomis veikia visas SP sektorius. Ypač svarbų vaidmenį vaidina bendra PS kultūra, SAM įsakymų lygmeniu medikų veiklos (funkcijų, teisių, pareigų, atsakomybių) bei PS teisinis reglamentavimas; taip pat išteklių efektyviam Ligoninės funkcionavimui ir PS veiklų vykdymui skyrimas, SP sektoriaus struktūrinė pertvarka ir daugelis kitų. Net ir nedidelis teisinio reglamentavimo ar šalies mastu vykdomo SP finansavimo pokytis gali iš esmės pakeisti Ligoninės veikimo sąlygas, kartu ir PS būklę joje. Kokybinių tyrimų metu apklausti ekspertai ypač pabrėžė palankaus PSĮ pranešinėjimui (nebaudimo) teisinio reglamentavimo reikšmę PS užtikrinti (tema „Kliūtys modeliui įgyvendinti“, kategorija Pranešinėjimo baimė: baimė būti nubaustam už praneštą NĮ, pranešinėjimo pasekmės savo įstaigai) ir pabrėžė SAM svarbų vaidmenį įgyvendinant „ne į baudimą orientuotą politiką“.

Trečias blokas: lygmuo „Nacionalinio lygmens faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui, veikimui ir plėtrai Lietuvoje“ (SP megasistemos).

Šis blokas apima aukščiausio nacionalinio (SP megasistemos) lygmens faktorius, kurie: a) *tiesiogiai* (išleidžiant privalomus vykdyti įstatymus, atliekant kitus veiksmus, kurie tiesiogiai pakeičia Ligoninės veiklos sąlygas) ar b) *netiesiogiai* (per SP metasisistemos lygmens įstaigų veiklos sąlygų keitimą darant įtaką jų veiklai, o per šių institucijų pasikeitusią veiklą – veikiant Ligoninę) daro poveikį Ligoninės veiklai ir PS joje. Trečiame bloke nurodyti veiksniai, kurie, atsižvelgiant į disertacijos tyrimų rezultatus, yra labai svarbūs užtikrinant PS: vyraujantis SP sektoriuje viešojo valdymo būdas (nuo kurio, kaip bus parodyta, priklauso Modelio veikimo efektyvumas); įstatyminis PS reglamentavimas (ypač SP darbuotojų veiklos ir atsakomybės už klaidas, taip pat žalos, padarytos paciento sveikatai, atlyginimo teisinis reglamentavimas); SP sektoriaus aprūpinimas ištekliais; visuomenės ir žiniasklaidos požiūris į medikų klaidas.

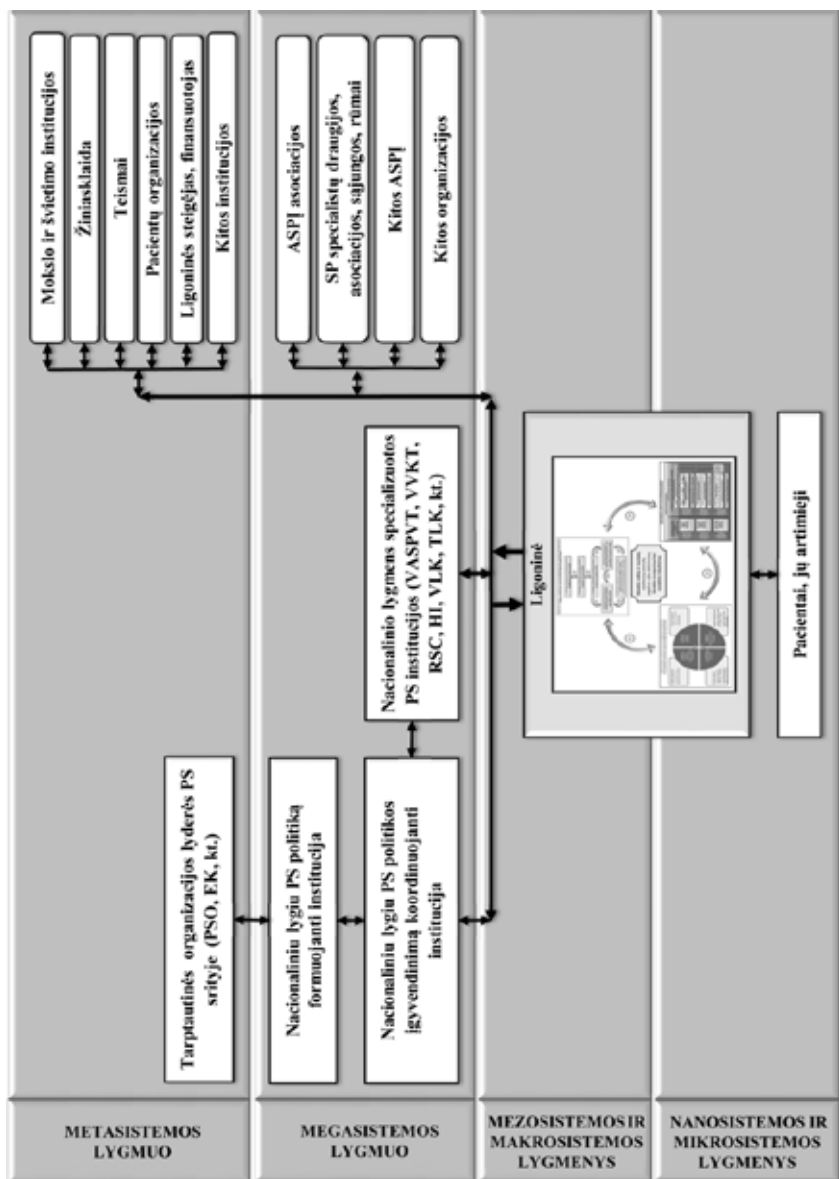
Tokią koncentracinę Modelio veikimo konteksto struktūrą lėmė disertacijos kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatai, kurie atskleidė PS užtikrinimo ir gerinimo veiklų priklausomybę nuo darbuotojų *siekio (norėjimo) ir gebėjimo (galėjimo)* jas vykdyti, o darbuotojų siekio ir gebėjimo – nuo Ligoninės sudaromų sąlygų, kurios, savo ruožtu, priklauso nuo aukštesnio lygmens institucijų ir organizacijų sprendimų.

Nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą, yra svarbu įvertinti Modelio ryšių su kitomis (išorės) įstaigomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, struktūrą (žr. 25 pav.) bei reikalavimus, kurie įgyvendinus Modelį kils visai šių įstaigų ir organizacijų sistemai. Tai sveikatos politiką PS srityje formuojančios ir įgyvendinančios institucijos (formuoja PS teisinę aplinką, aprūpina Ligoninę ištekliais, kad ši dėl išteklių stokos neperžengtų saugos barjerų ribų, kt.), taip pat netiesiogiai PS užtikrinimo ir gerinimo veikloje dalyvaujančios mokslo ir švietimo institucijos, žiniasklaidos priemonės, teismai, pacientų organizacijos ir kt.

Priklausomai nuo pobūdžio, Ligoninės ryšiai su kitomis, dalyvaujančiomis joje užtikrinant PS institucijomis ir organizacijomis, suskirstyti į dvi grupes: pavaldumo (vertikalūs) ir bendradarbiavimo (horizontalūs). Ji teikia SP paslaugas ne izoliuotai, bet susietai glaudžiais tarpusavio ryšiais su tinklu valstybės ir savivaldybės valdymo, viešojo administravimo paslaugas teikiančių institucijų (pavaldumo (su Ligoninės steigėju (su SAM, savivaldybe), finansavimo (su VLK, TLK, SAM, savivaldybe), priežiūros ir kontrolės (su VASVPT, NVSC, VLK, TLK, RSC, VVKT, kt.), statistinės atskaitomybės (su HI SIC, VLK, kt.), kt.), nuo kurių sprendimų priklauso Ligoninės veikla. Dauguma šių viešojo administravimo sektoriaus institucijų sąveikauja su Ligonine ir PS srityje (būdamos atsakingos už specifines PS sritis nacionaliniu lygmeniu, pvz., už radiacinę saugą, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų valdymą, farmakologinį budrumą ir kt.) suformuodamos specifinį išorinį PS valdymo organizacinį kontekstą (teisinį, vadybinį-organizacinį, reguliacinį-kontrolės, ekonominį, kt.), kuris gali paveikti Modelio veiklą, skatinti arba slopinti Ligoninės iniciatyvas PS srityje. Be to, kaip minėta disertacijos pirmoje dalyje, Ligoninė veikia SP viešajame sektoriuje viešojo valdymo aplinkoje, kurioje stipriai pasireiškia klasikiniam (tradiciniam, biurokratiniam, hierarchiniam) viešojo administravimo modeliui būdingi bruožai, kurie, deja, nėra palankūs Modelio veiklai.

Pavaldumo (vertikalūs) ryšiai – tai Ligoninės tiesioginio ir funkcinio pavaldumo ryšiai su aukštesnio lygmens SP organizacijomis ir institucijomis, steigėjais, kt. Svarbų vaidmenį organizuojant Ligoninės veiklą bei įgyvendinant ir taikant Modelį, vaidina vertikalūs ryšiai su nacionalinio lygmens specializuotomis PS institucijomis, kurioms ligoninė yra funkciškai pavaldi, užtikrinant saugą sektorinėse srityse. Tai SAM ir jai pavaldžios biudžetinės viešojo administravimo įstaigos (Valstybinė ligonių kasa prie SAM (kartu su teritorinėmis ligonių kasomis), Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba prie SAM, Nacionalinis visuomenės sveikatos centras prie SAM, VASVT, Radiacinės saugos centras, Lietuvos bioetikos komitetas, Ekstremalių sveikatai situacijų centras, Nacionalinis transplantacijos biuras prie SAM). Šios įstaigos daro *tiesioginį* poveikį Ligoninei, išleisdamos privalomus vykdyti norminius teisės aktus, reglamentuojančius Ligoninės struktūrą, funkcijas, aprūpindamos ją reikiama ištekliais, kt.). Kita vertus, šios institucijos daro ir *netiesioginį* poveikį Ligoninės PS veikloms (pvz., formuodamos PS kultūrą, partnerystės ir bendradarbiavimo kultūrą, kt.).

Bendradarbiavimo (horizontalūs) ryšiai. Kita Ligoninės ryšių grupė – tai horizontalūs ryšiai. Skirtingai nuo pirmos grupės, tai ne pavaldumo, o bendradarbiavimo ryšiai. Tai



25 pav. Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis pusėmis schema
 Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Ligoninės bendradarbiavimo santykiai su mokslo ir švietimo institucijomis, žiniasklaida, pacientų organizacijomis, taip pat su ASPĮ asociacijomis, SP specialistų draugijomis, sąjungomis, rūmais. Šios organizacijos atlieka tam tikras veiklas, kurios turi tiesioginę ar netiesioginę įtaką PS užtikrinimui ir gerinimui Ligoninės lygmenyje (pvz., bendradarbiavimas su mokslo ir švietimo institucijomis suteikia galimybes Ligoninei panaudoti šiuolaikinio mokslo pasiekimus PS gerinti, užsitikrinti aukštos kvalifikacijos darbuotojus, atlikti mokslinius tyrimus PS srityje, kt.), bendradarbiavimas su ASPĮ asociacijomis, SP specialistų draugijomis, asociacijomis, sąjungomis, rūmais svarbus dalijantis geriausia patirtimi PS srityje, gaunant atgalinį ryšį apie savo veiklą, kt.).

Ypatingai svarbūs yra Ligoninės bendradarbiavimo ryšiai su pacientais, pacientų organizacijomis. Nuo šių ryšių kokybės priklauso Ligoninės medikų ir pacientų bendradarbiavimas, o tai yra ypač svarbu užtikrinant kokybišką ir saugią SP. Tyrimai rodo, kad ASPĮ (jos medikų) bendradarbiavimo su pacientu veiksmingumas priklauso didele dalimi nuo tarpusavio pasitikėjimo lygmenis, sugebėjimo įveikti gynybinės medicinos poveikį, žalos padarytos paciento sveikatai atlyginimo teisinio reglamentavimo ypatumų (Labanauskas L., Justickis V., 2011; Justickis V., Labanauskas L., Sivakovaitė A., 2010; Justickis V., Jasulaitis A., 2011).

Taigi, kaip matyti, Modelis nėra tik Ligoninės viduje vykdoma PS užtikrinimo ir gerinimo veikla. Modelis – sudėtinga (kompleksinė) vidinių (įstaigos (Ligoninės) viduje) ir išorinių (su daugybe išorės institucijų ir organizacijų) ryšių ir santykių suformuota sistema, kurios kažkurio vieno elemento neįvertinti veiklos pokyčiai gali stipriai paveikti per tinklinę sąveiką visos sistemos veiklą ir jos rezultatus. Tai reiškia, kad rengiantis įgyvendinti Modelį, būtinas nuolatinis dialogas ir bendradarbiavimas visų PS (tiesiogiai ir netiesiogiai) suinteresuotų institucijų ir organizacijų, išvystant efektyviai Modelio veiklai būtiną ryšių ir bendradarbiavimo sistemą. Ši sistema turi jautriai reaguoti į PS įstaigoje poreikius, specifiką, problemas, besikeičiančias veiklos sąlygas. Ji turi veikti kaip *vieninga sistema*, kurios dalys sugeba lanksčiai prisitaikyti viena prie kitos poreikių ir pokyčių, o visos kartu – prie besikeičiančių aplinkos sąlygų, užtikrinant stabilią Ligoninės ir minėtų institucijų suformuoto PS tinklo veiklą.

3.4.2. Modelio veikimas viešojo valdymo kontekste

Ankstesniame disertacijos skyriuje nurodyta, kad atkreiptas dėmesys į tai, kad įgyvendinant Modelį, keisis Ligoninės išorinių ryšių sistema. Todėl, kuriant Modelį, reikia nustatyti: a) šių ryšių struktūrą; b) jai keliamus reikalavimus įgyvendinant Modelį. Disertacijos 3.4.1. poskyryje aptarta minėtų ryšių sistemos struktūra. Šiame poskyryje bus aptarti reikalavimai, kuriuos šiai išorinių ryšių sistemai kels Modelio įgyvendinimas.

Reikalavimai, kuriuos Modelis (subsistema) ir Modelį įgyvendinanti Ligoninė (sistema) kels išorinių ryšių sistemai, pirmiausia priklauso nuo paties Modelio savybių, veiklos principų, jo pagrindinių vadybinių-organizacinių bruožų. Disertacijos I dalyje, remiantis tarptautinio PS judėjimo, mokslinių tyrimų ir praktinės patirties apibendrinimu, taip pat disertacijoje atliktų empirinių tyrimų išvadomis, nustatyta, kad Modelis turi būti *atvira, skaidria, besimokančia sistema* (žr. disertacijos 3.3.1. poskyrį):

1. *Atvirumas*. Esminis atvirosios organizacijos bruožas yra jos gebėjimas adaptuotis prie aplinkos pokyčių, išlaikant vientisumą (ekvifinališkumą (angl. *equifinality*)) ir įprasto *normalaus funkcionavimo būklę*. Modelyje *atvirumas* užtikrinamas dviem lygiais: a) Mo-

delio gebėjimu reaguoti ir amortizuoti išorinės aplinkos pokyčius (tai užtikrina Modelio I blokas) (*išorinis atvirumas*) ir b) Modelio trijų pagrindinių struktūrinių blokų glaudžia tarpusavio sąveika (*Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo ciklas*), skatinančia vidinę adaptaciją, vidinį bendradarbiavimą ir informacijos mainus tarp Modelio struktūrinių blokų (*vidinis atvirumas*). Modelio išorinis ir vidinis atvirumas sudaro galimybę sėkmingai adaptuotis tiek prie išorinės, tiek prie vidinės aplinkos pokyčių, užtikrinant darnų modelio visų sudėtinųjų dalių (blokų) funkcionavimą esant įprastai, kintančiai ar nenuspėjamai aplinkai.

2. *Organizacinis mokymasis, tobulėjimas*. Nuolatinis mokymasis iš savo ir kitų sėkmių bei nesėkmių sudaro besimokančiai organizacijai prielaidas nuspėti ir operatyviai reaguoti į aplinkos pokyčius ne tik užtikrinant organizacijos sugebėjimą išlikti išlaikant vientisumą (ekvifinališkumą angl. *equifinality*) bei grįžti į įprasto (normalaus) *funkcionavimo būklę*, bet ir tapti tampriai, stangriai (angl. *resilience*), t. y. keistis, ieškoti naujų, veiksmingesnių ir efektyvesnių veiklos ir jos organizavimo formų pasikeitusiomis sąlygomis, pasiekiant *naujo funkcionalumo būklę*, užtikrinančią sėkmingą ilgalaikę organizacijos veiklą pasikeitusiomis sąlygomis.

Kuriant Modelį ypatingas dėmesys buvo skiriamas šiai savybei (mokymuisi, tobulėjimui) užtikrinti: a) Modelio I struktūriniu bloku užtikrinamas Modelio ir Ligoninės organizacijos *išorinis mokymasis ir tobulėjimas*, perimant ir įgyvendinant šiuolaikinio mokslo ir geriausios praktikos pasiekimus PS, PSĮ valdymo srityje, t. y. iš anksto, *proaktyviai*, įgyvendinant organizacinius pokyčius, suformuojant reikiamus vadybinius-organizacinius, technologinius ir kitus barjerus pavojams, rizikoms ir PSĮ rasti bei pasireikšti žala paciento sveikatai ar gyvybei. Be to, Ligoninė, taikydama Modelio I struktūrinį bloką ir sprendama kompleksinės PS problemos, kartu įgyvendina ir sisteminius pokyčius organizacijoje, pertvarkydama struktūras, vadybinius ir klinikinius procesus; b) Modelio II ir III struktūriniais blokais užtikrinamas Modelio ir Ligoninės (organizacijos) *vidinis mokymasis ir tobulėjimas*: i) *II struktūrinio bloko pagalba* Ligoninėje, integruojant šiuolaikinio mokslo žinias ir gerąją praktinę patirtį į Ligoninės veiklą, formuojamos tinkamiausios sąlygos teikti saugias SPP, taip pat PS, SPĮ valdymui palanki kultūrinė, vadybinė-organizacinė aplinka. Svarbi kita II struktūrinio bloko funkcija, sudaranti būtinas sąlygas vidiniam mokymuisi – pagrindinių PS parametrų Ligoninėje vertinimas, stebėsenos, vertinimas, rekomendacijų teikimas ir atgalinio ryšio užtikrinimas; ii) *III struktūrinio bloko pagalba* vyksta *vidinis mokymasis* iš Ligoninės sėkmingos ir nesėkmingos veiklos PS požiūriu patirties, užtikrinant geriausios (saugių SPP teikimą užtikrinančios) praktikos plėtrą organizacijoje bei nesaugios praktikos apimčių ir pasekmių mažinimą, *proaktyviai, reaktyviai ir retroaktyviai* valdant PSĮ, mokantis iš jų.

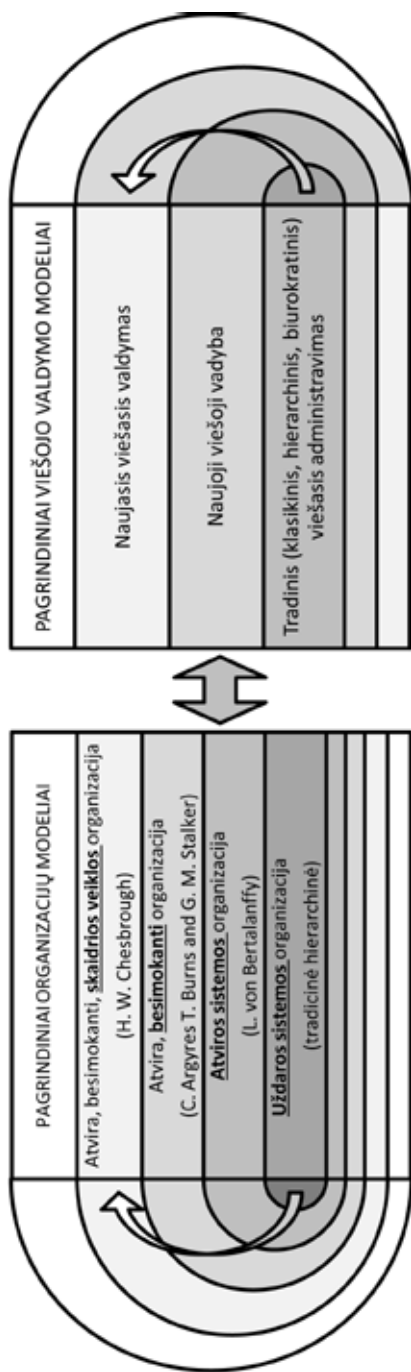
3. *Vidinis ir išorinis skaidrumas*. Skaidrios veiklos organizacijai būdingas tiek *vidinis* (darbuotojai žino „viską“ apie organizaciją), tiek *išorinis skaidrumas* (išorės institucijos, su kuriomis bendradarbiauja organizacija žino „viską“ apie organizaciją), t. y. organizacija tampa skaidria, t. y. „permatoma“, ji neturi nebūtinų paslapčių ir kitų kliūčių efektyviam bendradarbiavimui su suinteresuotomis pusėmis. Skaidrios veiklos organizacijos koncepcija pratęsia atviros besimokančios organizacijos koncepciją. Atvira ir besimokanti tampa ne tik pati organizacija, bet ir jos santykių su kitomis organizacijomis sistema. Veiklos skaidrumas padeda geriau išaiškinti problemas, sudaro pagrindą nuolatiniam savitarpio mokymuisi iš problemų, būdingam besimokančiai organizacijai, tai yra, skatina problemų išaiškinimą, o išaiškintų problemų nagrinėjimas – orga-

nizacinį mokymąsi, o mokymasis – proaktyvų, į prevenciją orientuotą PSĮ valdymą ir Ligoninės veiklos strategiją. Todėl šiomis koncepcijomis besiremianti Modelio ir Ligoninės ryšių su nacionalinio lygmens PS organizacijomis sistema bus veiksmingiausia, geriausiai besiadaptuojanti prie įstaigos ir jos aplinkos sąlygų.

Šios svarbios Modelio sistemos savybės buvo įvertintos sudarant Modelio struktūrą ir funkcijas (žr. disertacijos 3.3.2. poskyrį). Šios Modelio savybės kelia tam tikrus reikalavimus ryšių su išorės organizacijomis sistemai. Minėtos savybės sudaro galimybes Modeliui lanksčiai adaptuotis prie išorės organizacijų poreikių, kaupiti bendradarbiavimo patirtį, jos pagrindu tobulinti bendradarbiavimą. Tačiau šios savybės negali užtikrinti Modelio nepriklausomumo nuo aplinkos sąlygų. Nuo aplinkos sąlygų priklausys tai, kiek Modelis gali atskleisti ir realizuoti savo vidinį potencialą. Nelankstus, biurokratinis santykių su kitomis organizacijomis pobūdis neabejotinai varžys Modelio galimybes, apsunkindamas jo veiklą, taip pat ir bendradarbiavimą su kitomis PS suinteresuotomis pusėmis. O atviras ir lankstus, partnerystės pagrindais vykstantis bendradarbiavimas sustiprins Modelio veikimą, leis efektyviau prisitaikyti prie Ligoninės ir viso SP sektoriaus veiklos pokyčių. Įgyvendintas Ligoninėje Modelis palaipsniui taps varomoji jos pažangos jėga. PSĮ ir juos nulėmusių Ligoninės veiklos trūkumų išaiškinimas taps nuolatiniu iššūkiu Ligoninės darbuotojams, skatins tobulėti, keisti Ligoninės organizacinę kultūrą, struktūras ir procesus, diegti naujus veiklos būdus ir formas, kt. Tai, savo ruožtu, kels naujus reikalavimus įstaigoms ir organizacijoms, su kuriomis Modelis ir Ligoninė bendradarbiaus – t. y. vyks laipsniškas visos Modelio ryšių sistemos tobulėjimas.

Vertinant Modelio veikimą viešojo valdymo kontekste, nustatyta, kad Modelio veikimui ir bendradarbiavimo su išorės institucijomis santykiams mažiausiai palankus yra tradicinis (klasikinis, hierarchinis, biurokratinis) viešojo administravimo modelis (angl. *Traditional Public Administration*), kuomet priimami ir įgyvendinami sprendimai, vykdomi informacijos mainai vertikalės principu, organizacijoms veikiant nesudėtingos, mažai kintančios aplinkos sąlygomis. Tačiau Ligoninės priskiriamos kompleksinės sociotechninės organizacijoms, veikiančioms sudėtingos, nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Todėl palankesniu Modelio veiklai, sudarančiu daugiau galimybių suformuoti lanksčią santykių ir bendradarbiavimo sistemą, laikytinas naujosios viešosios vadybos modelis (angl. *New Public Management*), suteikiantis daugiau savarankiškumo organizacijoms ir jų darbuotojams priimti sprendimus siekiant bendrų organizacijos tikslų (tarp jų PS). Tačiau veikiant šiam modeliui pasireiškia daugiau privačiam sektoriui būdingos užsakovo–vykdytojo (angl. *principal-agent*) problemos šalutinis poveikis, (pvz., efektyvumo, verslumo akcentavimas, mažiau dėmesio skiriant pilietinėms, humanistinėms, altruistinėms, viešosioms vertybėms). Todėl palankiausiu Modelio veiklai įvertintas naujasis viešojo valdymo modelis (angl. *New Public Governance*), pabrėžiantis viešojo intereso, viešųjų vertybių, veiklos ir santykių atvirumo ir skaidrumo svarbą, sudarant sąlygas bendradarbiaujančioms organizacijoms geriau suprasti vienai kitos poreikius ir problemas, lanksčiau prisitaikyti ar jas spręsti. Šis viešojo valdymo modelis yra palankiausias atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus įgyvendinančiam modeliui, nes jam yra būdingas požiūris į problemas kaip į mokymosi ir tobulėjimo šaltinį (skatinamas atviras klaidų ir PSĮ pripažinimas ir atskleidimas, pranešinėjimas, nagrinėjimas), t. y. būdingas proaktyvus (prevencinis) veiklos pobūdis.

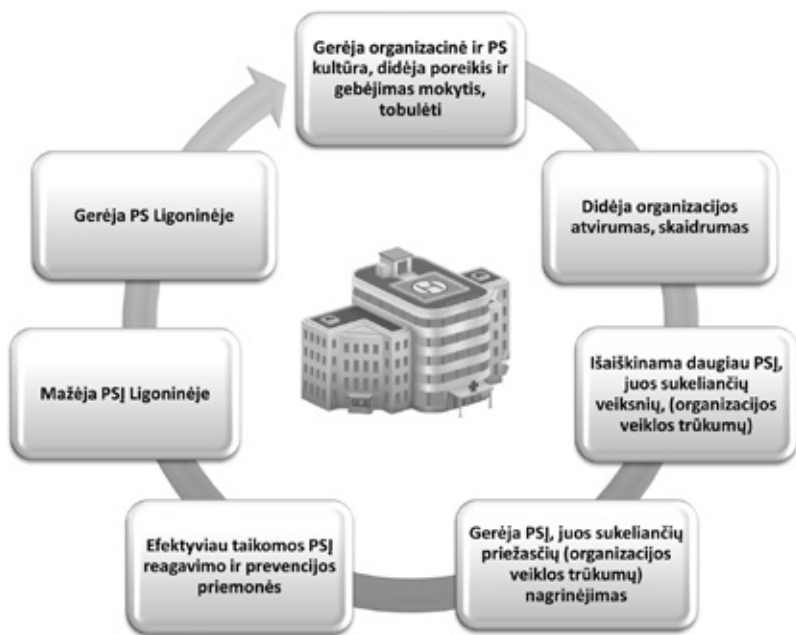
Taigi Ligoninei tampant atviresne, besimokančia ir skaidresne modernėjančio SP sektoriaus viešojo valdymo aplinkoje (žr. 26 pav.) susidaro palankiausias sąlygas gerinti PS.



26 pav. Modelio, Ligoninės ir jų ryšių su nacionalinio lygmens PS institucijomis transformacija link atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos ir naujojo viešojo valdymo modelių darnaus derinio plėtros SP sektoriuje
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Perėjimo nuo klasikinio biurokratinio modelio prie skaidrios atviros besimokančios organizacijos iššūkiai.

Kaip atskleidė tyrimų rezultatai, Lietuvos SP sektoriaus organizacijose pasireiškia požymiai, būdingi klasikiniam biurokratiniam modeliui, kuris, kaip jau pagrįsta, yra mažiausiai palankus PS prevencinei veiklai, taigi ir Modelio įgyvendinimui Ligoninėje. Todėl Ligoninės, kaip organizacijos virsmas į skaidrios veiklos organizaciją užtikrintų veiksmingesnį PS valdymą ir geresnę PS Ligoninėse. Kaip parodė kiekybinio tyrimo rezultatai, Ligoninėse didelis latentiškumas būdingas reikšmingiausiems PSĮ, t. y. tiems, kurių išaiškinimas yra labai svarbus. Kaip atskleidė tyrimas, būtent PSĮ reikšmingumas ir yra svarbus jo nepranešimo motyvo pagrindas, nes bijoma sulaukti nepalankių pasekmių NĮ pranešiamam darbuotojui, Ligoninės vadovui. Dėl baimės nepranešus apie reikšmingą NĮ, nėra galimybės išsiaiškinti jį sukėlusias priežastis ir aplinkybes. Neišsiaiškinus – nėra galimybės tobulinti veiklą, organizacija nustoja plėtotis ir tobulėti, užvedamas baimės ir stagnacijos mechanizmas. O judėjimas link organizacinio skaidrumo iš esmės keičia situaciją. Ligoninei tampant atviresne, besimokančia organizacija, baimę ir norą slėpti NĮ keičia siekis išsiaiškinti problemas ir jas spręsti. PSĮ iš baimės objekto tampa svarbiu informacijos šaltiniu ir impulsu organizacijai keistis. PSĮ pranešinėjimas, jų analizė ir priežasčių (problemų) išsiaiškinimas skatina organizaciją keistis, tobulėti, judėti toliau link atviros, besimokančios ir skaidraus veikimo organizacijos modelio, o tai, savo ruožtu, skatina dar veiksmingesnį PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą ir prevenciją.



27 pav. Ligoninės transformacijos link atviros, skaidrios, besimokančios organizacijos ir PS didėjimo savitarpio skatinimo mechanizmas
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

27 pav. pateikta schema atskleidžia, kaip organizacijai (Ligoninei) tampant atviresne, besimokančia, skaidresne, gerėja PSĮ ir juos sukeliančių problemų (priežasčių) išaiškinimas, o tai, savo ruožtu, toliau stiprina organizacijos gebėjimą mokytis, veikti atvirai ir skaidriai. Kuo geriau išsiaiškinamos PSĮ priežastys ir jas lėmę organizacijos veiklos trūkumai, tuo efektyviau ir veiksmingiau bus taikomos PSĮ prevencinio valdymo priemonės, todėl mažės PSĮ Ligoninėje ir gerės PS būklė ir t. t. Baimės ir stagnacijos ratą keičia tobulėjimas ir raida. Pagerėję PS rodikliai sustiprina organizacinę ir PS kultūrą, PSĮ ir juos sukeliančių problemų išaiškinimo svarbos suvokimą, tai, savo ruožtu, toliau didina įstaigos darbuotojų gebėjimą mokytis, kas dar labiau Ligoninę artina link besimokančios organizacijos modelio. Siekis mokytis, savo ruožtu, dar labiau padidina organizacijos skaidrumą – sudaromos galimybės mokytis ir t. t.

Visa tai įvertinus galima teigti, kad *atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos ir naujojo viešojo valdymo modelių* derinys sudaro palankiausias prielaidas Modeliui diegti ir veikti. Modeliui, Ligoninei ir visai ryšių su nacionalinio lygmens PS institucijomis sistemai diegiant šių organizacijos ir viešojo valdymo modelių principus, veikiant kaip vieningai, skaidriai, besimokančiai, lanksčiai, į pilietines vertybes orientuotai sistemai, sudaromos palankiausios sąlygos užtikrinti ir gerinti PS tiek lokaliu (Ligoninės), tiek nacionaliniu lygiu.

3.4.3. Modelio adaptavimas ir įgyvendinimas Ligoninėse ir kitose asmens sveikatos priežiūros įstaigose

Modelio įgyvendinimas vyks įvairiomis, skirtingomis sąlygomis, priklausomai nuo Ligoninės ar kitos ASPI lygmens, paslaugų spektro, veiklos specifikos, išteklių, kt. Modelis, nors ir yra pagrįstas ir parengtas remiantis mokslo įrodymais ir geriausia praktika, jis yra teorinis bendrinis konstruktas, todėl turi būti skiriamas didelis dėmesys jo pritaikomumui ir įveiklinimui specifinėse aplinkose (kitose ligoninėse, APSĮ). Kaip minėta disertacijos 3.4.1. ir 3.4.2. poskyriuose, Modelis turi būti atvira, besimokanti ir lanksti sistema, sugebanti efektyviai prisitaikyti prie aplinkos sąlygų. Todėl šiame disertacijos poskyryje nagrinėjama problema: kaip pritaikyti Modelį prie tam tikros Ligoninės ar kitos ASPI poreikių, veiklos specifikos, galimybių ir kartu užtikrinti, kad adaptacijai reikalingi pokyčiai nesukeltų pavojaus paties Modelio tvarumui, funkcionalumui. Ši problema buvo suvokta, iškelta ir įvertinta pradedant konstruoti Modelį. Todėl Modelis sukonstruotas taip, kad užtikrintų stabilų ir tvarų jo pagrindu parengtos kompleksinės PSĮ valdymo sistemos funkcionavimą, kita vertus, būtų užtikrintas paties Modelio lankstumas, jam adaptuojantis prie ASPI vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių.

Modelio adaptavimo problema ASPI poreikiams išspręsta Modelio konstrukte suformavus Modelio *nekintantį, stabilų branduolį* ir Modelio *kintančią, lanksčią periferiją*.

Modelio branduolys apima Modelio struktūrines dalis, kurios yra būtinos ir privalomos, siekiant užtikrinti Modelio veiklą, nepriklausomai nuo įstaigos ir jos veiklos specifikos. Tai trys pagrindiniai Modelio struktūriniai blokai ir juos sudarantys moduliai: I blokas „Pacientų saugos užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmens) priemonėmis“; II blokas „Pacientų saugos užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis priemonėmis“; III blokas „Pacientų saugos užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis“. Kiekvienas būtinas Modelio veiklai blokas turi būtiną jo veiklai užtikrinti modulių sistemą.

Modelio kintamąją periferiją sudaro žemesnio lygmens, t. y. Modelio modulius sudarantys struktūriniai vienetai – *komponentai*, kurie numato atitinkamų veiklų metodų ir priemonių arsenalą (įrankių dėžių) suformavimą: 1) *saugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. I modulį); b) nagrinėjimo (žr. II modulį); c) diegimo ir plėtros (žr. III modulį); 2) *nesaugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. IV modulį); b) nagrinėjimo (žr. V modulį); valdymo (PSĮ prevencijos, reagavimo) (žr. VI modulį).

Rengiantis įgyvendinti Modelį, jo kintamosios periferijos struktūriniai vienetai (komponentai) sudaromi įvertinus Ligoninės, kitos ASPĮ veiklos specifiką, poreikius ir galimybes. Tokiu būdu dėl kintamosios periferijos Modelis gali prisitaikyti tiek prie įvairaus pobūdžio Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių, tiek tuomet, kai pasikeičia jų veiklos aplinkos sąlygos.

Pagrindinį vaidmenį, atrenkant kintamosios periferijos komponentes, suvaidino disertacijoje atliktų kokybinių tyrimų rezultatai (žr. 3.2.1 ir 3.2.2. poskyrius). Ekspertų grupinės diskusijų metu buvo ypač daug dėmesio skirta *sunkumams*, su kuriais gali susidurti Modelio įgyvendinimas atskirose Ligoninėse. Ekspertai pažymėjo, kad tie sunkumai bus įvairūs, priklausys nuo SP įstaigos išteklių, dydžio, specializacijos, pacientų kontingento, personalo ir daugybės kitų įstaigos ypatumų. Ekspertai atkreipė ypatingą dėmesį į būtiną parengti *mechanizmą*, kuris užtikrintų Modelio pritaikomumą įstaigai bei lankstumą, jam veikiant įvairiomis sąlygomis. Buvo išskirti ekspertų pasiūlyti esminiai aspektai, į kuriuos turėtų būti atsižvelgta rengiant Modelio adaptacinę dalį. Nuo Ligoninės specializacijos ir kitų specifinių bruožų priklausys: a) duomenų apie PSĮ ir jų šaltinius atranka; b) PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir reagavimo prioritetų nustatymas; c) PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų ir priemonių arsenalų formavimas; d) Ligoninės darbuotojų parengimas (apmokymas) dalyvauti diegiant Modelį; e) Modelio numatomos veiklos organizavimas (išteklių poreikis, darbo pasidalijimas, kt.). Įvertinus nacionalinio lygmens ir ypač Ligoninės lygmens PS ekspertų nuomones ir siūlymus buvo parengta Modelio adaptacijos Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams ir veiklos specifikai procedūra, kurią sudaro 5 etapai:

1. Duomenų šaltinių apie PSĮ identifikavimo ir atrankos sistemos sukūrimas.
 2. Reagavimo į PSĮ prioritetų nustatymo sistemos sukūrimas.
 3. PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų, priemonių arsenalų parengimas.
 4. Įstaigos darbuotojų apmokymas taikyti PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus, priemones.
 5. Modelio vadybinės veiklos įgyvendinimas.
- Teikiamas šių etapų apibūdinimas:

Pirmasis Modelio adaptacijos prie Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių ir veiklos specifikos etapas „Duomenų šaltinių apie PSĮ identifikavimo ir atrankos sistemos sukūrimas“.

Disertacijos I dalyje aptarta, kad PSĮ valdymo sistemos veiksmingumas priklauso nuo to, kiek prieinama patikima informacija apie PS įstaigoje. *Pacientų saugos I koncepcijos* požiūriu – tai informacija apie PSĮ, juos sukėlusias priežastis ir aplinkybes. *Pacientų saugos II koncepcijos* požiūriu – ši informacija papildoma duomenimis apie saugios veiklos apraiškas (kuomet neįvyksta ar retai įvyksta PSĮ), jų užtikrinimo būdus ir priemones. Di-

sertacijos I dalyje pateikta tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų trūkumų analizė, kurią patvirtino disertacijos II dalyje atlikti empiriniai tyrimai, atskleidė šiuo metu vyraujanti nesisteminių, atsitiktinių, fragmentinių duomenų apie PSĮ šaltinių pasirinkimą, kuomet dažniausiai apsiribojama vos kelių šaltinių duomenimis, tarp kurių vyrauja NĮ pranešimo sistemų teikiami duomenys.

Disertacijoje pateiktame Modelyje suformuotas sisteminis požiūris į duomenų šaltinių apie PSĮ parinkimą. Vietoje abejotino išankstinio vieno ar kelių šaltinių rekomendavimo, Ligoninėms siūloma *duomenų šaltinių parinkimo atsižvelgiant į Ligoninės specifiką subprocedūra*, kurią sudaro du etapai: a) *pirminio rekomenduotinių ASPI šaltinių sąrašo sudarymas*; b) *šaltinių, labiausiai atitinkančių Ligoninės specifiką, atrankos iš pirminio rekomenduotinių ASPI šaltinių sąrašo sudarymas*.

Pirminis galimų šaltinių sąrašas – tai siūlomas visoms ligoninėms ir kitoms ASPI galimų šaltinių sąrašas, parengtas įvertinus dažniausiai mokslinėje ir metodinėje literatūroje aptinkamus bei PS praktikoje naudojamus PSĮ išaiškinimo būdus, metodus. Toks sąrašas palengvins ligoninėms ir kitoms ASPI darbą, sudarys galimybę įvertinti ir nepraleisti tam tikrų šiame sąrašė pateiktų svarbių PSĮ išaiškinimo metodų, jei jie nėra naudojami ir nėra žinomi toje įstaigoje. Mokslinėje ir metodinėje literatūroje išsamių ASPI pasireiškiančių PSĮ šaltinių sąrašų nepavyko aptikti, o pasitaikysieji apima tik nedidelę dalį visų praktikoje naudojamų ir pasiteisusių šaltinių. Teikiamas suvestinis duomenų apie PSĮ šaltinius sąrašas, kuris buvo mūsų sudarytas mokslinės ir metodinės literatūros apibendrinimo pagrindu:

1. Ligoninės darbuotojų pranešimai apie NĮ ir juos sukeliančius veiksnus (NĮPMS, kt.).
2. Nacionalinio lygmens NĮPMS duomenys, šias sistemas administruojančių institucijų platinama informacija apie NĮ.
3. Medicininė dokumentacija (pacientų ligos istorijos, e. sveikatos duomenys, kt.).
4. Klinikinis (medicininis) auditas.
5. Tam tikrų atvejų klinikinis nagrinėjimas.
6. Anketinės įstaigos darbuotojų ir pacientų apklausos.
7. Struktūruoti ir pusiau struktūruotų pacientų ir darbuotojų interviu PS saugos klausimais.
8. Pacientų, jų artimųjų bei pacientus globojančių asmenų atsiliepimai, skundai.
9. Paciento gydymo ir priežiūros proceso tiesioginis stebėjimas.
10. Klinikinės konferencijos.
11. PS būklės Ligoninėje aptarimas pasitarimų, konferencijų, grupinių diskusijų metu.
12. Pranešimai, gauti iš kitų ASPI, valstybinių SP kontrolės ir PS institucijų.
13. Epidemiologiniai ir kiti pranešimai iš ministerijos, mokslo įstaigų.
14. Kvalifikacijos tobulinimo renginiai.
15. Įstaigos problemų nagrinėjimas.
16. Periodiniai PS būklės įstaigoje auditai.
17. Įstaigos statistiniai duomenys (pakartotinis hospitalizavimas, gulėjimo stacionare trukmė kt.).
18. Privalomo ir savanoriško gyvybės ir sveikatos draudimo kompanijų duomenys.
19. Kiti.

(Sudaryta apibendrinus: Vincent C., *Patient Safety*, 2006, 33–55; Wachter R., *Understanding Patient Safety*, 2008; Dhillon B. S., *Patient Safety. An Engineering Approach*, 2012;

Hurwitz B., Sheik A., *Healthcare errors and Healthcare Safety*, 2009; Peters B., Peters G., *Human Errors and Patient Safety*, 2008; kt.).

Šis teikiamas pirminis PSĮ šaltinių sąrašas nepretenduoja ir negali būti išsamus, nes PSĮ gali pasireikšti įvairiose Ligoninės veiklos srityse, juos sukelti gali įvairiausio pobūdžio socialiniai, psichologiniai, organizaciniai, ekonominiai ir kiti veiksniai. Šis sąrašas yra pagalbinis Ligoninei sudarant jos specifiką atitinkantį PSĮ šaltinių sąrašą, todėl, Ligoninei suformavus jos veiklos specifiką atitinkantį (adaptuotą) PSĮ šaltinių sąrašą, jame gali nebūti dalies šiame sąraše paminėtų bei atsirasti dalis šiame sąraše nepaminėtų šaltinių. Prieš rengiant Ligoninės specifiką atitinkantį PSĮ šaltinių sąrašą, būtina išsamiai susipažinti su kiekvieno į pirmąjį PSĮ šaltinių sąrašą įtraukto šaltinio privalumais ir apribojimais.

Vykdamas toliau kitą *šaltinių, labiausiai atitinkančių Ligoninės specifiką, atrankos iš pirminio rekomenduotinių ASPĮ šaltinių sąrašo subprocedūros etapą*, pirminis PSĮ šaltinių sąrašas nuosekliai peržiūrimas, įvertinamas kiekvieno jame paminėto šaltinio *naudingumas*, jo įtraukimo į galutinį Ligoninės šaltinių sąrašą *tikslingumas*. Atrenkami šaltiniai, kurie: a) *atitinka Ligoninės (ar kitos ASPĮ), jos teikiamų paslaugų, ir, atitinkamai, joje vykstančių PSĮ, specifiką* (galutinis PSĮ šaltinių sąrašas galimai skirsis universiteto, regiono, rajono lygmens ligoninėse); b) *yra prieinami Ligoninei (ar kitai ASPĮ)*, t. y. atrenkamas sąrašas turi apimti šaltinius, kurie pasiekiami Ligoninės sąlygomis, jų naudojimas nereikalauja iš Ligoninės pernelyg didelių išteklių ar kitokių pastangų; c) *pateikia visapusišką, teisingą vaizdą apie išaiškintinus PSĮ*. Tai reiškia, kad šaltiniai, atrinkti į galutinį sąrašą, turi papildyti vienas kitą taip, kad kartu teiktų visavertę informaciją apie išaiškintinus PSĮ. Tam, kad atrinkti PSĮ šaltiniai kartu sudarytų visapusišką ir teisingą vaizdą, būtina išnaudoti jų sinergiją (vienas šaltinis papildo kitą, o kartu naudojami suteikia visapusiškesnę, išsamesnę ir teisingesnę informaciją negu jei būtų kiekvienas jų naudojami atskirai), užtikrinant, kad vieno šaltinio trūkumai ar apribojimai būtų kompensuoti kito šaltinio privalumais. Šis *visapusiškumo* reikalavimas nustato, kad *galutinis PSĮ šaltinių sąrašas* sudaromas atrenkant ne pavienius šaltinius, bet formuojant *vienas kitą papildančių šaltinių kompleksus*. Tai reiškia, kad sprendimas įtraukti ar neįtraukti tam tikrą PSĮ šaltinį į sąrašą turi būti priimamas įvertinus jo bei kitų, į sąrašą įtrauktų ar neįtrauktų šaltinių, *privalumus* (t. y. kokius PSĮ šis šaltinis sudaro galimybes išaiškinti ir kokias išaiškinamų PSĮ savybes atspindi) ir *apribojimus* (kokių PSĮ jis neišaiškina ir kokių išaiškintų PSĮ savybių neatspindi). Dėl to, formuojant Ligoninės poreikiams pritaikytą *PSĮ šaltinių kompleksą*, būtina įvertinti šias dvi PSĮ šaltinio charakteristikas: a) *latentiškumą*, b) *tikslumą*.

Šaltinio *latentiškumas* parodo, kokia išaiškintų PSĮ dalis lieka neišaiškinti (pvz., jei naudojant tam tikrą šaltinį išaiškinama tik 10 proc. tam tikrų PSĮ, tai šaltinio latentiškumas yra 90 proc.). Latentiškumo įvertinimo svarbos pavyzdžiu pateikiamas vienas plačiausiai naudojamų (dominuojantis) duomenų apie PSĮ šaltinis – *PSĮ pranešinėjimas*, kuriuo grindžiamos lokali ar nacionaliniu lygmeniu funkcionuojančios NĮPMS. Šis šaltinis ypač plačiai naudojamas PSĮ lygiui (PS būklei) įvertinti ir reagavimo bei prevencijos programoms sudaryti ir įgyvendinti. Tačiau mokslinių tyrimų duomenimis šio duomenų šaltinio latentiškumo lygis yra labai aukštas. Vadovaujant JAV Generaliniam „Žmogaus ir sveikatos paslaugų departamentui“ inspektoriui D. R. Levinsonui atlikta ir 2012 m. paskelbta studija „*Ligoninių NĮ pranešinėjimo sistemos nepagauna daugumos pacientams padarytos žalos atvejų*“ atskleidė, kad 189 JAV ligoninėse, kuriose buvo įdiegtos NĮPMS, šios sistemos „pagavo“ tik 14 proc. visų NĮ (Levinson D. R., 2012). Kitos studijos, tyrinėjusios NĮ, įvykusius

dėl netinkamo vaistų vartojimo, parodė, kad tik nuo 5 proc. iki 10 proc. tokių NĮ atvejų yra užregistruojama (apie juos pranešama) (Varallo F. R. *et al.*, 2013; Romero A. V., Malone D. C., 2005; Hazell L., Shaki S. A., 2006). Taigi NĮ pranešinėjimo šaltiniui būdingas aukštas latentiškumo lygis: pranešami NĮ sudaro tik apie dešimtadalį visų realiai įvykstančių.

Paminėtini kito dažnai praktikoje naudojamo PSĮ šaltinio – *medicininės dokumentacijos* – apribojimai. Gydytojas, įvykus NĮ, pildydamas medicininę dokumentaciją (pvz., paciento ligos istoriją, kt.), gali nenurodyti įvykio ar tam tikrų faktų, ypač tų, kurių vėlesnis atskleidimas gali turėti jam neigiamų padarinių. Be to, išaiškėjus PSĮ, gydytojas ar kitas APSĮ darbuotojas gali pakeisti įrašus paciento ligos istorijoje (jei įstaigoje nėra įdiegta paciento sveikatos e. istorija su įrašų atsekamumu). Dėl šių ir kitų priežasčių medicininė dokumentacija, kaip PSĮ šaltinis, taip pat yra aukšto latentiškumo..

Vertinant dar kitą duomenų apie PSĮ šaltinį – *gydytojo, kitų darbuotojų veiklos tiesioginį stebėjimą* – taip pat susiduriama su latentiškumo problema, nes stebimas darbuotojas yra linkęs dirbti kitaip (geriau, dėmesingiau, rūpestingiau, atsakingiau, paslaugiau, laikydamasis nustatytų procedūrų, standartų reikalavimų, kt.) nei tuomet, kai nėra stebimas. Dėl šios priežasties gali likti neišaiškinti jo įprastoje praktikoje nuolat daromi pažeidimai, kurie gali tapti PSĮ priežastimi.

Todėl prieš priimant sprendimą dėl tam tikro šaltinio įtraukimo į Ligoninės šaltinių sąrašą turi būti įvertintas jo latentiškumo lygis.

Kita svarbi PSĮ šaltinio charakteristika – jo *tikslumas* – parodo, kiek tikslu (teisinga, neiškreipta) yra informacija apie tuos PSĮ, kuriuos šis šaltinis išaiškina (pvz., jeigu šaltinis išaiškina tik 10 proc. tam tikrų PSĮ, svarbu atsakyti į klausimą, kiek tiksliai jis atspindi tuos 10 proc., kuriuos išaiškina). Tikslumo charakteristika svarbi ne tik dėl to, kad netikslumas trukdo sudaryti visapusišką vaizdą apie PSĮ, kurie įeina į minėtus išaiškintus 10 proc., bet ir dėl to, kad pagal išaiškintus 10 proc. susidarome apibendrintą nuomonę apie visus PSĮ (tiek išaiškintus, tiek neišaiškintus), pateiktame pavyzdyje – ne tik apie 10 procentų išaiškintų, bet ir apie likusius 90 procentų neišaiškintų PSĮ.

Disertacijoje atliktas kiekybinis tyrimas parodė, kad NĮ pranešinėjimo šaltinis (kuris dominuoja ir vaidina pagrindinį vaidmenį PSĮ prevencijoje) pasižymi ne tik aukštu *latentiškumu*, bet ir aukštu *netikslumu*, t. y. nepateikia tikro vaizdo apie įstaigoje vykstančius PSĮ. Netikslumą lemia tai, kad nepranešamų PSĮ savybės iš esmės skiriasi nuo pranešamų PSĮ (žr. 32 lentelę). Ligoninių darbuotojai nurodė, kad: nepranešama apie 59,5 proc. PSĮ, „*kurie taip dažnai nutinka, kad tapo įprastu, kasdieniu dalyku*“; nepranešama apie 52,3 proc. PSĮ, „*kurie turėjo blogų pasekmių, bet tos pasekmės buvo nuslėptos (neiformintos medicininėje dokumentacijoje, apie jas nebuvo informuoti kiti gydytojai, slaugytojai, įstaigos administracija)*“; nepranešama apie 62,9 proc. įvykių, jei, gydytojo nuomone, „*pranešimas galėtų sukelti problemų pačiam gydytojui, slaugytojui*“; nepranešama apie 51,1 proc. įvykių, kurie „*galėtų sukelti problemų gydytojo vadovui ar sveikatos priežiūros įstaigai*“. Tai reiškia, kad NĮ pranešinėjimo šaltinis suteikia klaidingą vaizdą apie PSĮ pasireiškimą Ligoninėje, sudarydamas pirmą įspūdį, kad vykstantys PSĮ yra mažai pavojingi, nepadarо didesnės žalos, įvyksta retai, neturi blogų padarinių, todėl iš esmės nesukelia problemų nei pranešusiems apie PSĮ darbuotojams, nei įstaigos vadovybei.

Negalima paneigti, kad panašaus pobūdžio iškraipymai nėra būdingi ir kitiems naudojamiems PSĮ šaltiniams. Kuo pavojingesnis PSĮ, tuo didesni galimi nemalonumai jam išaiškėjus gali gresiti gydytojui, tuo labiau tikėtina, kad tokio įvykio gydytojas neužfiksuos

medicininėje dokumentacijoje. Dėl šių priežasčių, šio šaltinio duomenų pagrindu padarytos išvados apie PSĮ pasireiškimą įstaigoje bus klaidingos, kadangi sudarys vaizdą, kad įstaigoje įvyksta tik nepavojingi ar nelabai pavojingi PSĮ.

Taigi susiduriama su faktu, kad net ir pagrindiniai, labiausiai naudojami duomenų apie PSĮ šaltiniai pasižymi *aukštu latentiskumu* ir *nepakankamu tikslumu*. Dėl šios priežasties nė vienas iš šių šaltinių neturėtų būti naudojamas atskirai, be kitų, jį papildančių ir patikslinančių. Atsižvelgiant į duomenų apie PSĮ šaltinių latentiskumo ir tikslumo charakteristikas, sudaromi vienas kitą papildančių šaltinių kompleksai. Šaltinių savitarpio papildymui užtikrinti siūloma naudoti šaltinių trianguliacijos principą, siekiant sujungti kuo daugiau ir skirtingesnių duomenų šaltinių (panaudojant skirtingus jų išaiškinimo metodus), taip užpildant skirtingas jų teikiamų duomenų „spragas“ (sujungus skirtingus šaltinius, vieno šaltinio „spragos“ bus užpildytos kito šaltinio teikiamais duomenimis ir atvirksčiai). Trianguliacijos principas gali būti taikomas sudarant Ligoninės PSĮ šaltinių sąrašą, keliais būdais:

1. *Retro-, re- ir proaktyvių duomenų šaltinių integracijos būdas*. *Retro- ir re-aktyvių* duomenų šaltiniai teikia duomenis apie jau įvykusius ar vykstančius PSĮ, juos analizuojant išsiaiškinamos jų priežastys. O *proaktyvių duomenų šaltiniais*, įvertinus galimas nesėkmių *priežastis* (angl. *failure modes*), siekiama numatyti (nuspėti) potencialius PSĮ, kurie gali įvykti ateityje. Taigi šių duomenų šaltinių „spragos“, tikėtina, bus skirtingos: *retro- ir reaktyvių* duomenų šaltinių atveju – *nepilnas priežasčių išaiškinimas*, *proaktyvių* duomenų šaltinių atveju – *nepilnas jų pasekmių (PSĮ) nuspėjimas*. Todėl šių skirtingų (priešingos krypties) PSĮ išaiškinimo metodų sujungimas leidžia vienam kitą papildyti ir gauti visapusiškesnę informaciją apie PSĮ ir juos sukeliančias priežastis. Šių skirtingų metodų integracija leidžia gauti ženkliai platesnius ir išsamesnius duomenis apie įstaigos PSĮ ir juos sukeliančius veiksnus (Nagamine J., Williams M., 2015).
2. *Šaltinių, besiskiriančių informacijos nešėju, integracijos būdas*. Įvykus PSĮ, informacija išlieka jį stebėjusių žmonių *atmintyje*, nuo šių žmonių atminties ypatumų priklausys, kokie duomenys apie PSĮ bus išsaugoti, kiek ilgai ir kokios kokybės jie išsilaikys. Tačiau nemaža dalis informacijos apie šį įvykį pradingęs, kita bus iškreipta ir visa tai įvyks tik dėl žmogaus atminties netobulumo (Gall D., 2006). Kita duomenų dalis apie tam tikrus PSĮ gali išlikti *medicininėje dokumentacijoje*. Šiuo atveju tai, kokie tai duomenys ir kaip jie išsilaikys, priklauso jau nuo kitokių veiksnių, t. y. nuo šios dokumentacijos pildymo ir saugojimo tvarkos, ją pildančių darbuotojų pareigingumo, kruopštumo, geranoriškumo, sąžiningumo (jų noro ar nenoro atskleisti tam tikrus PSĮ). Taigi *darbuotojo atmintis* ir *medicininė dokumentacija* yra skirtingi informacijos nešėjai, kiekvienas iš jų gali išsaugoti skirtingą informaciją apie tą patį PSĮ, dėl to taikomi kartu jie sėkmingai vienas kitą papildo (Cover T., Joy T., 2006).

Nuo informacijos nešėjo pobūdžio priklauso įvairių PSĮ išaiškinimo metodų ypatumai, jų privalumai ir apribojimai: a) apklausos metodai (pvz., *interviu, anketinės apklausos, pranešinėjimo apie PSĮ*, kt.), b) kūrybinio mąstymo metodai (pvz., *minčių lietaus, nominalinių grupių*, kt.), c) vizualiniai pagalbos sprendimo priėmimui metodai (pvz., *žuvies kaulo diagramos, problemų medžio, tikslų medžio*, kt.), d) ekspertiniai ar modeliavimo (pvz., *scenarijų ir prototipų kūrimo*, kt.), e) patirties tyrimo ir apibendrinimo metodai ir daugelis kitų remiasi atitinkamų darbuotojų *atmintyje* išsaugotais duomenimis apie PSĮ, jų pasireiškimą bei valdymą. Psichologiniai atminties tyrimai parodo, kad žmogaus atmintis, kaip informacijos nešėjas, turi nemažai trūkumų ir apribojimų (Gall D., 2006), kurie, savo

ruožtu, nulemia ir jais besiremiančių PSĮ išaiškinimo metodų trūkumus ir apribojimus. Tam tikrus, jiems būdingus apribojimus turi ir medicininė dokumentacija, ir stebėjimo protokolai ir visi kiti „objektyviai“ laikomi informacijos nešėjai. Todėl galima teigti, kad, siekiant gauti įmanomai patikimiausių ir visapusišką informaciją apie Ligoninėje ar kitoje ASPĮ vykstančius PSĮ, yra tikslingas šaltinių, įmanomai skirtingų pagal informacijos nešėją, derinimas ir tarpusavio papildymas.

Toliau aptariamos problemos, su kuriomis gali susidurti Ligoninė ar kita ASPĮ parenkant jai tinkamus duomenų šaltinius. Tiek latentiškumas, tiek netikslumas pirmiausia yra susiję su gydytojo ir kitų SP darbuotojų veiklos specifika. Šie darbuotojai priklauso žinių darbuotojų (angl. *knowledge workers*) grupei (Drucker P., 1959). „Žinių darbuotojai skiriasi nuo visų kitų tuo, kad pagrindinę vietą jų veikloje užima „ne rutininių“ problemų sprendimas, kuris reikalauja derinti konvergentinį, divergentinį ir kūrybinį mąstymą“ (El-Farr H., 2009). Tai darbuotojai, kurie „uždirba pragyvenimui mąstymu“ (Davenport T., Prusak L., 1998). Vadybiniu, darbo organizacijos požiūriu šiems darbuotojams būdinga ypatybė gali būti išreikšta „3S“ bruožais: savarankiškumas (angl. *self-autonomy*), savireguliacija (angl. *self-regulation*) ir savikontrolė (angl. *self-control*). Visi trys „S“ kartu reiškia, kad tokių darbuotojų veikla sunkiai pasiduoda kitų žmonių kontrolei, nes žinių darbuotojo veikla paremta mąstymu, vyksta darbuotojo galvoje, dažnai nepasiekiamo išorei (priežiūrai, kontrolei). Ligoninės administracija pajėgi kontroliuoti tik dalį gydytojo veiklos aspektų (pvz., ar gydytojas priėmė pacientą laiku, ar tinkamai užpildė medicininę dokumentaciją, kiek laiko truko konsultacija ir pan.), tačiau nėra pajėgi užtikrinti svarbiausių gydytojo veiklos aspektų kontrolę (pvz., ar gydytojas tikrai atidžiai išklausė pacientą, ar gydytojas tikrai apmąstė visas įmanomas diagnozes, ar surinko visus reikiamus duomenis kiekvienai galimai diagnozei apsvarstyti, jai priimti/atmesti, ar pasirinkdamas gydymą apmąstė visas gydymo alternatyvas, ar suprantamai išaiškino pacientui visą gydymo ir sveikimo procesą, ar sugebėjo įgyti paciento pasitikėjimą ir t. t.). Daugelis šių procesų vyksta gydytojo galvoje (mintyse), todėl įstaigos administracijos galimybės juos stebėti, vertinti, kontroliuoti yra ribotos. Ši *kontrolės deficitio problema* tampriai susijusi su SP organizacijos ypatumais. Jeigu SP organizacijoje vyrauja tradiciniam biurokratiniam modeliui būdingi bruožai, baudimo už klaidas kultūra („supuvusio obuolio“ koncepcija), darbuotojas bus suinteresuotas išnaudoti visas galimybes nuslėpti PSĮ. Uždaro pobūdžio, nesimokanti organizacija yra susiskaldžiusi į atskirus padalinius, darbuotojų grupes, kurios turi „savo paslapčių“, yra suinteresuotos slėpti „savo nesėkmes“. Ligoninėje įvykęs NĮ tampa atskiro darbuotojo, ar skyriaus „paslaptimi“. Nesimokančios organizacijos sąlygomis darbuotojai nėra linę dalytis informacija, todėl informacija apie PSĮ nėra dalijamasi, ši informacija netampa bendra visų darbuotojų, iš kurios jie galėtų pasimokyti, imtis prevencijos priemonių, kad tokie įvykiai neįvyktų ateity. Dėl to bandymai nesimokančioje, biurokratinio tipo organizacijoje įgyvendinti NĮPMS susiduria su vidiniu pasipriešinimu: iškreipiama ir nuslepiama informacija, kurios šaltinis yra darbuotojų atmintis (apklausos metodai neatskleidžia realios situacijos), kuri tų pačių darbuotojų fiksuojama ir apdorojama (dokumentacijoje nedaromi įrašai apie PSĮ, ji neatskleidžia realios situacijos), kuri gaunama stebint darbuotojų elgesį (demonstruojamas netikras elgesys), kuri gimsta kūrybinio mąstymo (tikslingai nesidalijama informacija, idėjomis). Nesant patikimos pirminės informacijos, negaunama patikimų duomenų sprendimams priimti, nesvarbu, kokie jos apdorojimo metodai būtų taikomi. Tokiu atveju sustoja organizacijos raida klaidų neigimo ir stagnacijos būsenoje.

Organizacijai transformuojantis iš tradicinės į šiuolaikišką (atvirą, besimokančią, skaidrią), didėjant vidiniam ir išoriniam atvirumui ir skaidrumui, gydytojo veikla tampa atviresnė kolegoms, įstaigos administracijai, minėta „kontrolės deficito“ problema mažėja, nes gydytojo veikla tampa ne tik „permatoma“ viduje, bet ir skaidri išorei, taip pat jo klientams (pacientams, išorės SP kokybės priežiūros institucijoms, kt.). Kita vertus, kontrolės poreikis mažėja, nes tiek gydytojas, tiek visa organizacija yra linkusi klaidas ir PSĮ laikyti ne problemomis, bet galimybe tobulėti. Dėl šios priežasties gydytojui pranyksta poreikis slėpti klaidas, o organizacijai – viską kontroliuoti. Ligoninei tampant besimokančia organizacija, atsiranda prielaidos išsiaiškinti ne tik labiausiai akivaizdžius (sunkiausiai nuslepimus), bet ir kitus, nuslėpimui labiau jautrius PSĮ bei latentinius PSĮ. Taigi kiekviename Ligoninės raidos link besimokančios ir skaidrios organizacijos etape duomenų apie PSĮ šaltinių atranka turi vykti įvertinant šiuos parametrus: a) Ligoninės organizacijos modelio artumą skaidrios besimokančios organizacijos modelio tipui; b) informacijos apie PSĮ šaltinio jautrumą Ligoninėje veikiantiems informacijos nuslėpimo ir iškraipymo veiksniams. Šių parametrų tarpusavio neatitikimas gali pažeisti kontingenciją ir sutrikdyti tiek Ligoninės, tiek jos PSĮ išaiškinimo sistemos veikimą (pvz., pernelyg pažangios PSĮ valdymo sistemos diegimas organizacijoje, kuriai būdingi ar vyrauja nesimokančios (uždaro tipo) organizacijos bruožai, tikėtina, kad sukels nebylų darbuotojų pasipriešinimą, pats diegimas įvyks tik *pro forma*, nebus užtikrintas šios sistemos funkcionavimas). Todėl galima teigti, kad egzistuoja tamprūs ryšiai tarp Ligoninės bendros pažangos link atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos ir joje diegiamos PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, prevencijos ir reagavimo sistemos funkcionavimo.

Minėtos *kontrolės deficito* ir *klaidų nutylėjimo* problemų aktualumą dar labiau sumažintų SP sektoriaus viešojo valdymo modelio transformacija, pereinant nuo tradicinio (hierarchinio, biurokratinio) viešojo administravimo prie modernaus naujojo viešojo valdymo, akcentuojančio pilietines, humanistines vertybes, nes šios vertybės nesuderinamos su PSĮ slėpimu, nutylėjimu, taip pat su baudimo už klaidas kultūra.

Antrasis Modelio adaptacijos prie Ligoninės ar kitos APSĮ poreikių ir veiklos specifikos etapas – „Reagavimo į PSĮ prioritetų nustatymo sistemos sukūrimas“.

Rengiantis įgyvendinti Modelį, būtina įvertinti siekiamo PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir prevencijos masto ir Ligoninės ar kitos APSĮ galimybių (išteklų, technologijų, kompetencijos, kt.) suderinamumą.

Idealiu atveju visi PSĮ turėtų būti išaiškinami, analizuojami, į juos reaguojama ir įgyvendinamos prevencijos priemonės. Tačiau Ligoninėje vykstančių PSĮ (pasireiškusių ir nepasireiškusių žala pacientui) skaičius ir įvairovė gali būti labai didelė, o Ligoninė, veikdama ribotų išteklių sąlygomis, neturi galimybės užtikrinti reikiamų išteklių visiems PSĮ išnagrinėti. Todėl Ligoninė turi nusistatyti kriterijus, kurie leistų teikti pirmenybę PSĮ atrankai ir nagrinėjimui, tai yra atrinkti tokius PSĮ, kurių nagrinėjimas geriausiai leistų nustatyti sisteminę priežastis bei įgyvendinti veiksmingą jų prevenciją. PSĮ pirmenybės suteikimo išskyrimo problema kyla visais PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir prevencijos sistemos veikimo etapais: kokius PSĮ išvis tikslinga išsiaiškinti, ar verta ir kaip giliai verta išsiaiškintus PSĮ nagrinėti, kiek išteklių ir pastangų tikslinga skirti jiems nagrinėti, kokia naudą duos vienas ar kitas išsiaiškintas, išnagrinėtas ir suvaldytas PSĮ? Atsakymų į šiuos klausimus amplitudė labai plati: nuo *iš viso netirti*, arba *atlikti tik minimalų ištyrimą* iki *atlikti visapusišką ištyrimą*.

Šiuolaikinėje PS mokslinėje ir metodinėje literatūroje PS srityje dominuoja du požiūriai į kriterijų PSĮ reikšmingumui nustatyti parinkimą:

1. NĮ sukeltos žalos dydis (mastas).
 2. PSĮ sukeliančių pavojingų būklių (angl. *failure modes*) svarba ir pavojingumas.
1. *NĮ sukeltos žalos dydžio (masto) kriterijus.* Pagal *NĮ sukeltos žalos dydžio kriterijų* – kuo didesnis žalos dydis, tuo reikšmingesnis NĮ ir tuo daugiau dėmesio jam reikia skirti. Pagal šį kriterijų, įvykis, kuris baigėsi paciento mirtimi, reikšmingesnis už įvykį, kurio metu padaryti sunkūs sužalojimai, o šis yra reikšmingesnis už įvykį, kurio metu buvo padaryti lengvi sužalojimai paciento sveikatai, šis gi – reikšmingesnis už įvykį, kuris žalos nepadarė, bet galėjo padaryti. Todėl vyrauja praktika, kuomet dėmesys įvykiui tiesiogiai priklauso nuo jo reikšmingumo (sukeltos žalos dydžio). Įvykiai, kurie padarė didžiausią žalą (sukėlė paciento mirtį ar sunkų sveikatos sužalojimą), taip vadinami įspėjamieji įvykiai (angl. *sentinel events*), sulaukia daugiausia dėmesio, SP įstaigose atliekamas giluminis tokių NĮ ir juos sukėlusių priežasčių tyrimas. O panašios kilmės, bet dėl įvairių priežasčių didelės žalos nepadarę ar padarę mažesnę žalą, įvykiai sulaukia mažesnio dėmesio ir paviršutiniškesnio ištyrimo. Pasirenkant įvykio padarytos žalos dydžio kriterijų kaip jo reikšmingumo kriterijų, manoma, kad kuo didesnę žalą sukėlė įvykis, tuo jis reikšmingesnis, todėl tuo svarbiau išsiaiškinti visas jo priežastis, kurias panaikinus bus padarytas didžiausias teigiamas poveikis gerinant PS įstaigoje. Jei įvykis nesukėlė ženklų neigiamų padarinių, manoma, kad jis yra mažiau svarbus, mažiau informatyvus, jam reikia mažiau skirti dėmesio, nes prevencinės priemonės nebus tokios svarbios užtikrinant PS įstaigoje. Kaip minėta, toks požiūris yra dominuojantis, todėl tiek Lietuvos, tiek daugelio užsienio šalių SP sistemose lengvai aptinkami suformuoti tokių pavojingiausių NĮ sąrašai ir teisiškai nustatyta pareiga atlikti kiekvieno iš jų išsamų tyrimą (*Joint Commission*, 2012). Taip pat stebima šių, maksimalaus privalomo ištyrimo reikalaujančių įvykių sąrašo išplėtimo tendencija, įtraukiant į juos ir kitus svarbius įstaigai (ne tik sukėlusius paciento mirtį ar ženklus sveikatos pažeidimus) NĮ. Taip pat stebima kita praktika – neskiriama dėmesio ar skiriamas žymiai mažesnis dėmesys neįvykusiems (nors ir galėjusiems įvykti) PSĮ.

Šio kriterijaus privalumas – jo atitikimas intuityviai nuostatai, kad įvykio rimtumą lemia jo pasekmės. Tačiau šis kriterijus turi esminį trūkumą – jis remiasi klaidinga prognostine prielaida, manoma, kad NĮ, kuris padarė didelę žalą, tokią pat žalą darys ir ateityje; o žalos nepadaręs ar mažesnę žalą padaręs – ir ateityje jos nepadarys ar padarys tokią pat. Ši prielaida nėra teisinga, kaip rodo praktika. Pavyzdžiui, tas pats saugos įvykis, susijęs su infekcijų prevencijos reikalavimų nesilaikymu ligoninėje vienais atvejais gali neturėti jokių pasekmių, kitais – tapti atskiro paciento susirgimo priežastimi, trečiais – sukelti epidemijos protrūkį ar net baigtis mirtimi. Vadovaujantis tokiu kriterijumi, pirmuoju atveju šiam įvykiui nebūtų skiriamas dėmesys, nes jis nesukėlė rimtesnių priežasčių, nors tai būtų klaidingas sprendimas, nes kitą kartą tas pats saugos pažeidimas gali sukelti daug rimtesnes pasekmes (rimtą paciento susirgimą, epidemiją ar mirtį) nei šį kartą, tačiau jam nebus pritaikytos prevencinio poveikio priemonės, tokio įvykio pasireiškimo rizika išliks, nes jis, vadovaujantis padarytos žalos kriterijumi, buvo priskirtas prie nesvarbių, t. y. nereikalaujančių didesnio dėmesio ir pastangų.

2. *PSĮ sukeliančių pavojingų būklių (angl. failure modes) svarbos ir pavojingumo kriterijus.* Pavojinga būklė – tai tam tikra sistemos būklė, pasižyminti didesne PSĮ rizika (*Failure modes*, 2016). Organizacijos atveju tai yra bet kokie jos veiklos sutrikimai, problemos, veiksniai, sutrikdantys jos funkcionavimą (Johnson Ch., 2016). Organizacijos pavojingos būklės yra tiesiogiai susijusios su organizacijos problemomis – jos yra organizacijos problemų išraiška (pasireiškimas), jos tarsi tarpininkas tarp organizacijos problemų ir joje įvykstančių PSĮ.

Kiekviena pavojinga būklė gali sukelti vieną ar kelis, tokius pačius ar skirtingus PSĮ. Kiekvienas iš jų gali padaryti tam tikrą (skirtingą) žalą. *Pavojingos būklės reikšmingumas (pavojingumas)* – tai *bendra (visuminė)* žala, kurią ši pavojinga būklė gali sukelti. Šią bendrą žalą sudaro ne tik įvykęs PSĮ, bet ir įvairiausi kiti galimi PSĮ, kuriuos potencialai gali sukelti ta pati pavojinga būklė. Dėl to naudojant šią bendrą pavojingos būklės žalą kaip kriterijų, vertinama ne tai, kiek žalingas yra tam tikras įvykis, bet *bendras visų šios pavojingos būklės pasekmių galimas žalos dydis (mastas)*. Dėl to, naudojant šį kriterijų, gali atsitikti, kad palyginti nedidelę žalą padaręs PSĮ patrauks didesnę dėmesį dėl didelio *visų jį lėmusios pavojingos būklės galimų* potencialių pasekmių bendro žalos masto.

Taigi naudojant šį kriterijų, atskiras PSĮ svarbus ne pats savaime, o tik kaip tam tikros organizacijos *problemos pasekmių PS išraiška (pasireiškimas)*, t. y. kaip galimybė daugiau sužinoti apie šią problemą ir visas jos galimas pasekmes, geriau suprasti ją, tiksliau įvertinti jos problemos svarbą, pasireiškimą, pasekmes, santykį su kitomis organizacijos problemomis.

Taikant pirmąjį kriterijų (PSĮ sukeltos aktualios žalos dydžio), užduodamas klausimas: kokio dydžio žalą šis NĮ padarė, o taikant antrąjį kriterijų (pavojingos būklės, sukėlusios PSĮ, svarbos ir pavojingumo), užduodamas kitoks klausimas: kokią informaciją šis PSĮ gali suteikti apie jį sukėlusią pavojingą būklę bei įstaigos problemas ir visų šios pavojingos būklės galimų potencialių pasekmių visuminį žalos dydį, kiek tikėtina, kad šio PSĮ analizė išaiškins naujas, kol kas nežinomas įstaigos problemas – PSĮ šaltinius? Taikant pirmąjį kriterijų, bus suteikiama pirmenybė žalingesniai NĮ, taikant antrąjį – *informatyvesniai PSĮ*, tai yra tam, kuris, darbuotojo manymu, padės geriau suprasti PSĮ sukeliančias problemas.

Pirmojo kriterijaus privalumas yra jo paprastumas – jį naudojančiam darbuotojui nėra būtina gerai pažinti įstaigos veiklą, giliai suvokti jos problemų. Įvykusio NĮ sukelta žala dažniausiai yra akivaizdi, taigi darbuotojui tereikia tik įvertinti ją ir priimti sprendimą. Šio kriterijaus trūkumas – jo minėtas prognostinis klaidingumas. Antrojo kriterijaus taikymas kelia didesnius reikalavimus – juo vadovaujantis, būtina gerai pažinti įstaigą ir jos problemų visumą, išivaizduoti šių problemų ryšius su įstaigos vadybinėmis ir klinikinėmis veiklomis, būti gerai susipažinus su įstaigoje vykdomomis veiklomis PS užtikrinti. Tik žinant visa tai, galima numatyti ir įvertinti visas (galimai pasireiškiančiose įvairiose veiklose) tam tikros problemos pasekmes, įvertinti, kiek giliai ir visapusiškai PSĮ sukėlusio problema ir pavojinga būklė turi būti išnagrinėta.

Šių prioritetizavimo kriterijų taikymą lemia ir organizacijos modelis. Jei organizacijoje vyrauja atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožai, joje darbuotojai dalijasi žiniomis, kartu formuoja įstaigos viziją ir misiją, turi visą reikiamą informaciją apie įstaigos struktūras ir procesus, ryšius. Tokios organizacijos sąlygomis antrojo kriterijaus taikymas yra pagrįstas, jis neturėtų sulaukti darbuotojų pasipriešinimo, nes darbuotojai yra suinteresuoti spręsti problemas, diegti prevencinio poveikio priemones, darbuotojai

pajėgūs įvertinti PSĮ tyrimo pločio ir gylio poreikį. O nesimokančioje organizacijoje antrojo kriterijaus taikymas susidurs su dideliais iššūkiais. Tokios organizacijos darbuotojai neturi bendros vizijos, kiekvienas įsigilinęs tik į savo kuruojamą darbo sritį, pasireiškia vidinio atvirumo ir skaidrumo stoka, ją sukuriantys informaciniai barjerai, dėl kurių kiekvienas tokios įstaigos darbuotojas gyvena su savo „paslaptimis“, darbuotojai nesuvokia organizacijos problemų ir jų sąryšio visumos. Tokioje organizacijoje labiau priimtinas pirmas kriterijus, pagal kurį daugiau dėmesio skiriama didesnę žalą sukėlusiams NĮ. Todėl šių kriterijų pasirinkimas Ligoninėje yra susijęs su jos tapimu besimokančia ir skaidria organizacija, t. y. kuo labiau organizacija atvirėja ir skaidrėja, tuo didesnę vaidmenį turi vaidinti antras kriterijus. Antro atrankos kriterijaus koncepcija realizuota FMEA analizės metodikoje. Šią analizę atliekantys darbuotojai pagal tam tikrus kriterijus atrenka rizikingus procesus savo organizacijoje, iškelia prielaidas dėl pavojingų būklių, kurios gali kilti kiekviename tokio proceso žingsnyje, įvertina kiekvieną tokią būklę pagal jos potencialios žalos mastą, žalos tikimybę, jos išaiškinimo laiku ir įspėjimo galimybę, šių charakteristikų pagrindu apskaičiuojant bendrą būklės pavojingumo lygį. Pastarojo nustatymas leidžia suskirstyti visas išaiškintas pavojingas būkles nuo pavojingiausių iki mažiausiai pavojingų. Šiuo atveju būtent pavojinga būklė ir jos reikšmingumas lemia dėmesio ir resursų pasiskirstymą (Anketinė M., 2012; Čarlstone C., 2012; McDermott R., 2009; Stamatis D., 2003).

Trečiasis Modelio adaptacijos prie Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių ir veiklos specifikos etapas – „PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir prevencijos metodų arsenalų parengimas“.

Prieš diegiant Modelį, svarbu pasirengti Ligoninės PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir prevencijos metodų arsenalus, apmokyti darbuotojus jais naudotis. Modelio III struktūrinio bloko II subbloko IV modulyje vyksta nesaugios praktikos (PSĮ) išaiškinimas, jam reikia parengti PSĮ tyrimo metodų arsenalą (įrankių dėžę); V modulyje vyksta išaiškintų PSĮ ir juos sukėlusių priežasčių nagrinėjimas, todėl reikia parengti *priežastinių ryšių išaiškinimo* priemonių arsenalą (įrankių dėžę), VI modulyje vyksta nesaugios praktikos (PSĮ) valdymas (reagavimas, prevencija), todėl reikia ir šiai veiklai turėti parengtą *reagavimo ir prevencinio poveikio* priemonių arsenalą (įrankių dėžę).

Kiekvieno Modulio tikslais rengiamas metodų bei priemonių arsenalas (įrankių dėžė) turi atitikti šiuos kriterijus: a) visapusiškumo (turi apimti visus reikalingus metodus ir priemones, kurių gali prireikti įstaigos veiklos sąlygomis), b) patikimumo (turi apimti metodus ir priemones, kurių veiksmingumas yra patikrintas), c) pagrįstumo (turi būti pagrįstas mokslo įrodymais ir atitikti šiuolaikinio mokslo galimybes), d) tikslingumo (turi apimti tik tuos metodus, kurie reikalingi, t. y. neturi būti nereikalingų, perteklinių metodų), e) lankstumo (pats įrankių dėžės suformavimo mechanizmas turi gebėti lengvai prisitaikyti prie naujų sąlygų).

Kaip ir duomenų šaltinių atveju, išeties tašku Ligoninei formuoti savo arsenalus galėtų tapti parengti *pirminiai metodų arsenalai*, kurie apimtų geriausius šiuolaikinius metodus ir leistų kiekvienai Ligoninei individualiai atrinkti iš jų sąrašo tinkamiausius. Tačiau mėginant parengti tokius pirminius metodų sąrašus, susidurta su problema – nėra aiškios taikos tarp metodų, naudojamų praktikoje PSĮ išaiškinimui, nagrinėjimui, reagavimui ir prevencijai, ir metodų, naudojamų vadyboje ir kitose veiklose, naudojamų išaiškinant, nagrinėjant bei sprendžiant įvairiausio pobūdžio problemas (nesusijusias su PSĮ). Šiuo-

laikinėje mokslinėje ir metodinėje PS literatūroje pateikiama didelė įvairovė metodikų ir metodų (Raz T., Hillson D., 2005; FERMA, 2003; Erstad B., Patanwala A., Theodorou A., 2012). Tai įvairūs socialinių ir gamtos mokslų, kiti metodai: a) *apklausos metodai* (pvz., nestruktūrizuotas ir pusiau struktūrizuotas interviu, anketinė apklausa, kt.) (FERMA, 2003), b) *kūrybinio mąstymo metodai* (pvz., smegenų minčių lietaus, nominalių grupių, kt.) (FERMA, 2003), c) *vizualiniai sprendimų priėmimą lengvinantys metodai* (pvz., srautų diagrama, struktūrinė diagrama, poveikio diagrama, žuvies kaulo diagrama, kt.) (Raz T., Hillson D., 2005), d) *dokumentų analizės metodai* (Raz T., Hillson D., 2005), e) *patirties tyrimo ir panaudojimo metodai* (pvz., palyginamosios analizės metodas, kt.) (Raz T., Hillson D., 2005), ekspertiniai ir kt. Daugelis pateikiamų metodų yra bendramoksliniai metodai (pvz., sistemų analizė, taksonomija, modeliavimas, statistinė ryšių analizė, stebėjimas, kt.) (FERMA, 2003; Raz T., Hillson D., 2005; Erstad B., Patanwala A., Theodorou A., 2012).

Nagrinėjant metodikas ir metodus, įtrauktus į PSĮ valdymui skirtų metodų sąrašus, nėra pagrindžiama, koku pagrindu vieni metodai į tuos sąrašus įtraukiami, kiti – neįtraukiami. Pavyzdžiui, į minėtus sąrašus įtraukiami tokie apklausos metodai, kaip nestruktūruotas ir struktūruotas interviu, tačiau į tą sąrašą neįtraukiamas kognityvinis interviu, kuris daugelio tyrimų duomenimis yra veiksmingesnis už dalį į sąrašus įtraukiamų metodų (Mamon A., Meissner C. A., & Fraser J., 2010). Tyrėjų sudaryti minėti metodų sąrašai įtraukia tokius kūrybinio mąstymo metodus, kaip smegenų šturmas (angl. *brainstorming*), nominalinių grupių technikos (angl. *nominal group technique*) metodas, tačiau dėl nepaaiškinamų priežasčių neįtraukiama daugybė kitų, ne mažiau veiksmingų kūrybinį mąstymą skatinančių metodų (pvz., lateralinis mąstymas (angl. *lateral thinking*), kognityvinių žemėlapių kūrimas (angl. *mind mapping*), morfologinė analizė (angl. *morphological analysis*), problemų apvertimo metodas (angl. *problem reversal*), lotoso žiedo technikos (angl. *lotos blossom techniques*), pašąmoninio problemų sprendimo metodas (angl. *unconscious problem solving*) ir daugybė kitų (jų yra kelios dešimtys) (Becket A., 1998). Tyrėjų sąrašuose pateikiama tik po kelis metodus iš daugybės vizualinės pagalbos sprendimų priėmimui, modeliavimo, dokumentų analizės, ekspertinio tyrimo ir kitų metodų.

PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų išskyrimas iš visų kitų įvairiuose moksluose taikomų metodų tikriausiai nėra įmanomas, nes PSĮ įvykiai ir juos sukeltantys psichologiniai, socialiniai, ekonominiai, kultūriniai ir kt. veiksniai yra įvairūs, todėl juos analizuoti pasitelkiamas visas spektras įvairių mokslo sričių tyrimo ir analizės metodų. Todėl sudarant Ligoninės PSĮ valdymo metodų arsenalus, svarbiausią vaidmenį turėtų atlikti *praktiniai* jų atrankos į Ligoninės arsenalą kriterijai, t. y. svarbu įvertinti, kiek žinomas, kiek *plačiai naudojamas* ir kiek *patikimas* yra vienas ar kitas metodas, kokie jo taikymo rezultatai. Geriausios praktinės patirties kriterijumi vadovaujantis sudaryti pirminiai PSĮ valdymo metodų sąrašai galėtų būti pirminiais sąrašais, iš kurių vėliau Ligoninė galėtų formuoti sau pritaikytų metodų ir priemonių arsenalus.

1. *PSĮ išaiškinimo metodų arsenalas*. Sudarant šį metodų sąrašą, siekiant atrinkti labiausiai naudotinus ir geriausiai patikrintus (patikimus) metodus, siūloma pasinaudoti Tarptautinės Standartizacijos Organizacijos ir Tarptautinės Elektrotechnikos Komisijos parengtu ir išleistu tarptautinio pavojų įvertinimo standarto (IEC/ISO 31010, 2009) pateikiamų atrinktų, susistemintų ir pagal vieningą sistemą aprašytų rizikos tyrimo ir įvertinimo metodų sąrašu, sudarytu iš 31 metodo (žr. 53 lentelę).

53 lentelė. Metodai, taikytini rizikoms (pavojingoms būklėms) išaiškinti

Nr.	Metodai (angl. <i>Methods</i>)	Metodo charakteristikos (angl. <i>Method characteristics</i>)					
		Rizikų išaiškinimas (angl. <i>Risk identification</i>)	Rizikos pasekmių žalingumo įvertinimas (angl. <i>Consequence</i>)	Nį tikimybė (angl. <i>Probability</i>)	Rizikos lygis (angl. <i>Level of risk</i>)	Metodo naudojimo sudėtingumas (angl. <i>Complexity</i>)	Išteklų poreikis (angl. <i>Resources and capability</i>)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Kolektyvinis naujų idėjų svarstymas (angl. <i>Brainstorming</i>)	++	-	-	-	+	+
2.	Struktūruotas ar pusiau struktūruotas interviu (angl. <i>Structured or semi-structured interviews</i>)	++	-	-	-	+	+
3.	Delfi metodas (angl. <i>Delphi</i>)	++	+	-	-	++	++
4.	Kontroliniai sąrašai (angl. <i>Check lists</i>)	++	-	-	-	+	+
5.	Pirminė rizikų analizė (angl. <i>Primary hazard analysis</i>)	++	-	-	+	++	+
6.	Rizikos ir funkcionalumo analizė (angl. <i>Hazard and operability studies (HAZOP)</i>)	++	-	+	+	++	+++
7.	Rizikos veiksmių analizė ir svarbiausių valdymo (kontrolės) taškų sistema (angl. <i>Hazard analysis and Critical Control points (HACCP)</i>)	++	++	-	-	++	++
8.	Aplinkos rizikų įvertinimo metodas (angl. <i>Environmental risk assessment</i>)	++	++	++	+	++	++
9.	Struktūrinis „Kas jeigu?“ metodas (angl. <i>Structure „What if?“ (SWIFT)</i>)	++	++	++	+	+	+
10.	Scenarijų analizė (angl. <i>Scenario analysis</i>)	++	++	+	+	++	++
11.	Veiklos poveikio analizė (angl. <i>Business impact analysis</i>)	+	++	+	-	++	++

1	2	3	4	5	6	7	8
12.	Giluminės priežasties analizė (angl. <i>Root cause analysis</i>)	-	++	++	+	++	++
13.	Pavojingų būklių poveikio analizė (angl. <i>Failure mode effect analysis</i>)	++	++	++	+++	++	++
14.	Nesėkmės priežasčių medžio analizė (angl. <i>Fault tree analysis</i>)	+	-	++	++	+++	++
15.	Įvykio priežasčių analizė (angl. <i>Event tree analysis</i>)	+	++	+	++	++	++
16.	Priežasčių-pasekmių analizė (angl. <i>Cause and consequence analysis</i>)	+	++	+	++	+++	+++
17.	Priežasčių ir poveikio analizė (angl. <i>Cause and effect analysis</i>)	++	++	+	++	+	++
18.	Apsaugos sluoksnių analizė (angl. <i>Layer protection analysis</i>)	-	++	+	+	++	+
19.	Sprendimų medis (angl. <i>Decision tree</i>)	-	++	++	-	n. d.	n. d.
20.	Žmogiškojo faktoriaus patikimumo analizė (angl. <i>Human reliability analysis</i>)	++	++	++	+	++	++
21.	Peteliškės analizės metodas (angl. <i>Bow tie analysis</i>)	-	+	++	+	++	++
22.	Patikimumu grindžiamas palaikymas (angl. <i>Reliability centred maintenance</i>)	++	++	++	+	++	++
23.	Paslėpto sutrikimo analizė (angl. <i>Sneak circuit analysis</i>)	+	-	-	-	++	++
24.	Markovo analizė (angl. <i>Markow analysis</i>)	+	++	-	+	+++	+++
25.	Monte Karlo modeliavimas (angl. <i>Monte-Carlo simulation</i>)	-	-	-	-	+++	+++
26.	Bajeso statistikos ir Bajeso tinklų metodas (angl. <i>Bayes statistics and Bayes nets</i>)	-	++	++	+	+++	+++
27.	FN kreivių metodas (angl. <i>FN curves</i>)	+	++	++	+	n. d.	n. d.
28.	Rizikos indikatorių metodas (angl. <i>Risk indices</i>)	-				n. d.	n. d.
29.	Pasekmių ir tikimybių matrica (angl. <i>Consequence/ probability matrix</i>)	++	++	++	+	n. d.	n. d.
30.	Išlaidų ir gautos naudos analizė (angl. <i>Cost/benefit analysis</i>)	+	++	+	+	n. d.	n. d.
31.	Daugiakriterinė sprendimų analizė (angl. <i>Multi-criteria decision analysis</i>)	+	++	+	+	n. d.	n. d.

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus pagal IEC/ISO 31010, 2009.

Šie ekspertų atrinkti metodai galėtų sudaryti pagrindą pirminiam PSĮ išaiškinimo metodų sąrašui, kurio pagrindu Ligoninės ir kitos ASPĮ galėtų atrinkti joms tinkamiausius PSĮ išaiškinimo metodus, suformuoti jų arsenalus, nes: a) visi šie metodai yra universalūs, tai yra, gali būti taikomi įvairiausiose veiklos srityse, taip pat ir SP, tai sudaro sąlygas naudoti geriausią jų taikymo patirtį, sukauptą ne tik SP, bet ir kitose mokslo ir veiklos srityse; b) šie metodai praėjo oficialų standartizacijos (kruopštaus jų patikimumo ir tinkamumo rizikoms vertinti patikrinimo) procesą, jų naudojimas atitinka tarptautiniu lygiu pripažintus kokybės vadybos standartus; c) šie metodai yra susisteminti ir pritaikyti juos įgyvendinti praktiškai, kiekvienas metodas apibūdinamas pagal kelis praktiniam naudojimui svarbius požymius. Tai įvertinus galima teigti, kad šis metodų sąrašas galėtų būti laikomas pirminiu (bet nepretenduoja būti vienintelis), kurio pagrindu Ligoninė ar kita ASPĮ galėtų formuoti įstaigos poreikius, veiklos specifiką ir galimybes atitinkantį PSĮ išaiškinimo metodų arsenalą.

2. *PSĮ priežasčių tyrimo metodų arsenalas.* Kaip minėta, šiuliainis mokslas ir praktika disponuoja daugybe įvairių metodų, kurie leidžia išaiškinti tiek tiesiogines, tiek netiesiogines įvykių priežastis. Visi tokie metodai gali būti panaudoti formuojant Modelio III struktūrinio bloko V modulio nesaugios veiklos (PSĮ, juos sukėlusią priežastį) nagrinėjimo įrankių dėžę, siekiant išaiškinti PSĮ ar su jais susijusių reiškinų (aplinkybių) tikrąsias priežastis.

Skirtingai nuo aukščiau aprašytų rizikų tyrimo ir įvertinimo metodų, nepavyko aptikti panašaus lygio PSĮ priežasčių nagrinėjimo metodų standartizacijos. Šį darbą pradėjo JAV Jungtinė akreditacijos komisija, apibendrinusi ir susisteminiusi dažniausiai naudojamus ir patikimiausius PSĮ valdyme naudojamus metodus, parengusi jų sąrašą, apimančią 43 metodus (žr. 54 lentelę).

54 lentelė. *Metodai, taikytini nagrinėjant būklių, keliančių PSĮ pavojų, priežastis*

E/N	Metodai (ang. Tools)	Artimos priežastys (angl. Proximate causes)	Pirminės (giluminės) priežastys (angl. Root causes)	Pagerinimo nustatymas (angl. Identifying improvements)	Patobulinimų įgyvendinimo ir pagerėjimo stebėjimas (angl. Implementing and monitoring Improvements)
1	2	3	4	5	6
1.	Giminingumo (panašumo) diagrama (angl. Affinity diagram)	X	X	X	
2.	Barjerų analizė (angl. Barrier analysis)	X			X
3.	Stačiakampė diagrama (angl. Box plot)		X		
4.	Kolektyvinis naujų idėjų svarstymas (angl. Brainstorming)	X		X	

1	2	3	4	5	6
5.	Priežasties ir poveikio diagrama (angl. <i>Cause-and-effect diagram</i>)	X	X		
6.	Pokyčių analizė (angl. <i>Change analysis</i>)	X	X		
7.	Kontroliniai lapai (angl. <i>Control sheets</i>)		X	X	X
8.	Suderinamumo diagramos (angl. <i>Contingency diagram</i>)	X		X	X
9.	Kontrolinė diagrama (angl. <i>Control chart</i>)		X	X	X
10.	Kokybės kaštų analizė (angl. <i>Cost of quality analysis</i>)	X			
11.	Kokybei svarbiausių aspektų analizė (angl. <i>Critical to quality analysis</i>)	X			
12.	Sprendimo matrica (angl. <i>Decision matrix</i>)		X	X	
13.	Atsiskleidimo analizė (angl. <i>deployment analysis</i>)	X		X	X
14.	Veiksmingo prieinamumo matrica (angl. <i>Effective-achievable matrix</i>)		X	X	
15.	Sutrikimo būklių ir poveikių analizė (angl. <i>Failure mode and effects analysis</i>)			X	
16.	Nesėkmės medžio analizė (angl. <i>fault-tree analysis</i>)	X	X	X	
17.	Žuvies kaulų diagrama (angl. <i>Fishbone diagram</i>)	X	X		
18.	Struktūrinė schema (angl. <i>Flowchart</i>)	X	X	X	X
19.	Jėgos lauko analizė (angl. <i>Force field analysis</i>)	X		X	X
20.	Ganto diagrama (angl. <i>Gantt graph</i>)	X	X	X	X
21.	Grafikai (angl. <i>Graphs</i>)		X		X
22.	Histogramos (angl. <i>Histogram</i>)	X	X	X	X
23.	Ishikavos diagramos (angl. <i>Ishikavo diagram</i>)	X	X		
24.	„Yra-nėra“ matrica (angl. „ <i>Is-Is not</i> “ matrix)		X		
25.	Kolmogorovo-Smirnovo testas (angl. <i>Kolmogorov-Smirnov test</i>)		X		X
26.	Sąrašo sumažinimo (angl. <i>List reduction</i>)		X	X	
27.	Matricos schema (angl. <i>Matrix diagram</i>)		X	X	X
28.	Daugkartinis balsavimas (angl. <i>Multivoting</i>)	X	X	X	

1	2	3	4	5	6
29.	Nominalinių grupių technika (angl. <i>Nominal group technique</i>)	X		X	
30.	Normalaus patikimumo režis (angl. <i>Normal probability plot</i>)		X		X
31.	Operacinis apibrėžimas (angl. <i>Operational definition</i>)		X	X	X
32.	Pareto diagrama (angl. <i>Pareto chart</i>)		X	X	
33.	Planuok–Daryk–Tikrink–Veik ciklas (PDTV) (angl. <i>PDSA (plan–do–study–act) cycle</i>)				X
34.	Pliusas, minusas, įdomu (PMI) (angl. <i>PMI (plus, minus, interesting)</i>)		X	X	
35.	Santykių diagrama (angl. <i>Relations diagram</i>)	X	X	X	
36.	Eigos schema (angl. <i>Run chart</i>)	X	X		X
37.	Taškinė diagrama (angl. <i>Scatter diagram (scattergram)</i>)		X		X
38.	Siužetinės linijos (angl. <i>Storyboard</i>)			X	X
39.	Stratifikacija (angl. <i>Stratification</i>)		X		
40.	Laiko tiesė (angl. <i>Time line</i>)	X	X		
41.	Viršaus–apačios schema (angl. <i>Top-down flowchart</i>)	X		X	X
42.	Kodėl–kodėl diagrama (angl. <i>Why-why diagram</i>)	X			
43.	Darbo srauto diagrama (angl. <i>Work-flow diagram</i>)	X		X	X

Šaltinis: parengta darbo autoriaus pagal Joint Commission resources, 2010.

3. *Reagavimo ir prevencinio poveikio priemonių arsenalas.* Išaiškinus ar numačius PSĮ ir nustačius jų priežastis, reikia numatyti reagavimo ir prevencinio poveikio priemones, todėl tikslinga pasirengti šių priemonių arsenalą. Atlikus tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų apžvalgą, nepavyko aptikti tokių priemonių rekomenduojamų sąrašų. Dažniausiai manoma, kad išaiškinus PSĮ priežastis, bus savaime aišku, ką reikia daryti, kad tas įvykis nepasikartotų. Taip pat manoma, kad po to, kai PSĮ priežastis bus išaiškinta, tarsi įvykis spontaniškas „darbuotojų mokymasis“, ir jie, turėdami omeny išaiškintą priežastį, dirbs saugiau, neleis tokiems įvykiams pasikartoti.

Kiti autoriai mano, kad nustačius PSĮ priežastis, turi įvykti „procesų rekonstrukcija“ – procesai, tiesiogiai ar netiesiogiai sukėlę PSĮ, turi būti koku nors būdu pertvarkomi, kad nebūtų leista jiems sukelti panašių PSĮ ateityje (Joint Commission Resources, 2010). Atsižvelgiant į PSĮ ir jį sukėlusią situaciją, numanoma, kad šis procesų pertvarkymo būdas kiekvienu atveju bus kitoks, priklausomai nuo atskiro atvejo ypatumų. Pateikiamas toks

procesų rekonstrukcijos veiklų sąrašas: procesų standartizavimas, supaprastinimas, nepibrėžtumo lygio sumažinimas, procesų mechanizavimas, procesų dokumentacijos tobulinimas, juos atliekančių darbuotojų papildomas apmokymas, organizacinės kultūros gerinimas (Joint Commission Resources, 2010). Tai pažangesnis požiūris nei tikėjimas spontanišku darbuotojų „mokymusi“, tačiau šie veiksmai yra bendro vadybinio pobūdžio, nespecifiniai, t. y. nepritaikyti PS sričiai.

Disertaciniame tyrime taikytas kitoks požiūris į pirminio PSĮ prevencinio valdymo priemonių arsenalo formavimą (žr. šios disertacijos II dalies 1 skyrių ir III dalies 1 skyrių). Atlikę tyrimą, mokslinės ir metodinės literatūros PS srityje apžvalgos pagrindu suformavome 76 prevencinio valdymo priemonių sąrašą. Kiekybinio tyrimo aprašyme pateiktos svarbiausios kiekvienos priemonės charakteristikos (pvz., priemonės naudingumas, įgyvendinimo sunkumas, kt.), įvertintas kiekvienos priemonės efektyvumas (priemonės naudingumo ir jos įgyvendinimo sunkumo santykis). Nurodytas kiekvienos priemonės įgyvendinimo sunkumų pobūdis, kas sudaro galimybę iš anksto įvertinti ir įgyvendinti vadybines-organizacines priemones minėtiems sunkumams įveikti, siekiant užtikrinti sėkmingą priemonės taikymą. Parengtas PSĮ prevencinio valdymo priemonių sąrašas gali būti išietis tašku Ligoninėms ar kitoms ASPĮ sudarant pagal jų poreikius ir veiklos specifiką pritaikytą, galimybes atitinkančių priemonių arsenalus. Disertacinio tyrimo metu suformuotas PSĮ prevencinio valdymo priemonių sąrašas nėra baigtinis, t. y., atsižvelgiant į Ligoninės poreikius, veiklos sąlygas ir galimybes, gali būti papildomas ar trumpinamas. Reagavimo į PSĮ priemonių arsenalas turėtų būti formuojamas atrenkant reagavimo priemones, atsižvelgiant į Ligoninės ar kitos ASPĮ veiklos ir joje kylančių PSĮ specifiką (pvz., slaugos ligoninėje, akušerijos ginekologijos klinikoje, branduolinės radiologijos centre PSĮ bus specifiški tai įstaigai, priemonės į tokius įvykius reaguoti taip pat turi būti tiems įvykiams specifinės).

Ketvirtasis Modelio adaptacijos prie Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių ir veiklos specifikos etapas – „Įstaigos darbuotojų apmokymas taikyti PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus, priemones“.

Įstaigai suformavus savo PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus arsenalus, įstaigos darbuotojai turi juos išmokti ir gebėti naudoti praktikoje. Būtiną supažindinti įstaigos darbuotojus, atsakingus už PSĮ valdymo veiklą, taip pat kitus darbuotojus (pagal poreikį, atsižvelgiant į galimybes), su kiekvienu arsenalo metodu ar priemone: jo paskirtimi, taikymo tvarka ir ribotumu, metodo privalumais ir trūkumais, metodo panaudojimo tam tikroms problemoms spręsti tinkamumu, rezultatų interpretavimu, kt. Tikslinga PSĮ tyrimo metodus suskirstyti pagal: *aspektą (problemą)*, į kurią metodas nukreiptas, pvz., rizikos ir funkcionalumo analizės (angl. *Hazard and operability studies (HAZOP)*) metodo dėmesio centre – pati pavojinga būklė, kuri gali sukelti PSĮ, dėl to taikant šį metodą galima gauti daugiausia informacijos apie šios būklės ypatumus (Joint Commission Resources, 2010); toksiškumo įvertinimo (angl. *Toxicity assessment*) metodas teikia daugiausia duomenų apie būdus, kuriais pavojinga būklė gali sukelti PSĮ (Joint Commission Resources, 2010); struktūruotas „Kas, jeigu“ (angl. *Structured „what if“*) metodas teikia informaciją apie *veiksnius*, kurie gali komplikuoti pavojingų būklių nepageidaujamas pasekmes (Joint Commission Resources, 2010); apsaugos sluoksnių analizės metodas (angl. *Layers of protection analysis (LOPA)*) gali būti naudingas tiriant

apsaugos priemones („barjerus“), kurie turėtų neleisti pavojingoms būklėms tapti PSĮ ar bent sušvelninti pavojingos būklės pasekmes; priešasčių ir poveikio analizė (angl. *Cause and effect analysis*) naudinga išaiškinant pavojingos būklės priešasčių sistemą; žmogiškojo faktoriaus patikimumo analizė (angl. *Human reliability assessment*) naudinga siekiant gauti duomenis apie dėl žmogiškojo faktoriaus kilusių priešasčių dalį ir pan.

Taigi metodo pasirinkimas labiausiai priklauso nuo *problemos*, su kuria susiduriama, atliekant tyrimą. Tai reiškia, kad *be bendrųjų žinių apie visus PSĮ tyrimui naudojamus metodus, darbuotojai turi gebėti identifikuoti, suformuluoti problemas, su kuriomis susiduria, kad būtų tinkamai parinkti iš arsenalo tam tikrai problemai spręsti labiausiai tinkantis metodus ar metodai.*

PSĮ priešasčių išaiškinimo metodai skiriasi pagal priešasčių tyrimo gylį, t. y. *pirminėms (paviršinėms) ar antrinėms (gilesnėms) priežastims išaiškinti, todėl darbuotojai turi gebėti suprasti tiesioginio ar netiesioginio priežastinio ryšio išaiškinimo skirtumus ir išvadų apie juos reikšmę.*

PSĮ tyrimo metodai skiriasi ir pagal tai, kiek tikslūs rezultatus (bendrą vaizdą ar detales) jie teikia, pvz., peteliškės analizės (angl. *Bow tie analysis*) metodas leidžia susidaryti bendrą PSĮ priešasčių, pasekmių ir jų barjerų vaizdą, o detales atskleisti galima naudojant kelis metodus (RCA, LOPA, ETA). *Todėl PSĮ priežastis nagrinėjantys darbuotojai turi gebėti įvertinti, kokio detalumo analizę tikslinga atlikti, kad būtų galima priimti tinkamus sprendimus.*

PSĮ tyrimo metodai gali skirtis ir pagal sistemos raidos etapus, kuomet juos tiksliausiai naudoti: pvz., pavojingų situacijų preliminarios analizės (angl. *Preliminary hazard analysis (PHA)*) metodą tiksliausiai taikyti pradiniam sistemos ar proceso kūrimo etape, kai sistemos projektavimas tik prasidėjo ir galimi esminiai pokyčiai; rizikos ir funkcionalumo analizės (angl. *Hazard and Operability study (HAZOP)*) metodas naudingiausias, kai sistema jau sukonstruota ir galima keisti tik atskiras jos detales; rizikos veiksmų analizės ir svarbiausių valdymo (kontrolės) taškų sistemos (angl. *Hazard analysis and critical control point (HACCP)*) metodas naudingiausias, kai sistema sukurta ir lieka ją suderinti, nustatant kontrolinius parametrus, kurių ribų sistema negali peržengti. *Todėl darbuotojai turi gebėti parinkti metodą atsižvelgdami į tiriamos sistemos kūrimo pažangos laipsnį.*

Metodai skiriasi ir sudėtingumu, vieni jų lengvai perprantami ir taikomi, nors gali būti ir mažiau tikslūs, kiti tikslesni, bet reikalauja daugiau išteklių ir laiko. *Todėl darbuotojai turi gebėti įvertinti ir pasirinkti metodus pagal jų tikslumą bei jiems reikalingų išteklių, laiko ir pastangų dydį.*

Metodai labai skirtingi pagal tai, kiek išteklių (laiko, darbo, žmonių, finansinių lėšų ir pan.) reikalauja jų panaudojimas. Vieniems metodams panaudoti užtenka kelių valandų, taikant kitus gali prireikti savaičių ar mėnesių ir gerokai daugiau išteklių. *Todėl darbuotojai turi sugebėti suderinti metodo pasirinkimą ir turimus išteklius* (žmonių, finansinius, technologinius, kt.).

Disertaciniame tyrime siekiant įvertinti, kokią PSĮ valdymo metodų patirtį turi tiriamų Ligoninių už PS sistemų diegimą ir administravimą atsakingi darbuotojai, buvo prašyta šių įstaigų už PSĮ valdymą atsakingų darbuotojų užpildyti specialiai tam tikslui parengtą anketą (žr. 2 priedą), kurioje pateikti 42 dažniausiai pateikiami PSĮ valdymo tikslais naudojami metodai, nurodant, ar darbuotojai: a) nežino (apie metodą nėra girdėję), b) žino (apie metodą yra girdėję tačiau su juo nėra nuodugnai susipažinę), c) išmano, su

metodu yra susipažinę, tačiau nėra apmokyti (pasimokę), t. y. *nemoka jo naudoti praktiškai*), d) moka (yra apmokyti, pasimokę) Metodą naudoti, tačiau *praktiškai jo nenaudoja*, e) moka ir naudoja (yra apmokyti (pasimokę) kaip naudoti Metodą ir, pagal poreikį, jį *naudoja* praktiškai), f) kiek kartų šis Metodas *buvo panaudotas praktiškai* tiriant PSĮ Ligoninėje per 2015 m.?

Atsakymai parodė, kad daugiau, kaip pusė pateiktų metodų (26 iš 42) nėra žinomi nė vienoje tirtose Ligoninėje (darbuotojai arba tik girdėjo apie juos, ar net negirdėjo). Ligoninėje, kuri parodė aukščiausią informuotumo apie PSĮ valdymo metodus lygį, yra žinomi ir naudojami 12 metodų, žinomi, bet nenaudojami dar 6 metodai. Ligoninėje, kuri parodė mažiausią informuotumo apie PSĮ valdymo metodus lygį, žinomi ir naudojami yra 6 metodai (iš 42). Geriausiai žinomi (visų ligoninių naudojami) tokie metodai, kaip klinikinis auditas (angl. *Clinical/Medical Audit*), pacientų skundų valdymas (angl. *Patient complaint management*), pacientų pasitenkinimo paslaugomis ar visuminės patirties tyrimai (angl. *Patient satisfaction evaluation, Patient experience evaluation*). Visi šie metodai yra klasikiniai, senai žinomi ir įprasti medicinos praktikoje. Dvi iš trijų Ligoninių žino ir naudoja tokius metodus, kaip neatitiktųjų registracija ir analizė (angl. *Non-conformance registration and analysis*), privalomas NĮ pranešėjimas (angl. *Obligatory adverse events reporting and learning system*), pacientų ligos istorijų analizė (angl. *Case notes analysis*), tiesioginis stebėjimas (angl. *Direct observation*). Šių metodų panaudojimas leidžia manyti, kad įstaiga turi patirties diegiant kokybės vadybos sistemas. Tačiau, kita vertus, šie metodai taip pat yra gan įprasti SP sektoriuje (pvz., NĮ pranešėjimo metodas naudojamas, nes SAM teisės aktais ligoninės ir kitos ASPĮ yra įpareigosios pranešti apie įvykusius NĮ, patenkančius į nustatytą sąrašą). Visiems šiems metodams perprasti nėra būtinos specialiosios žinios. Tačiau tai rodo, kad yra naudojami skirtingi metodai nagrinėjant PSĮ šiose Ligoninėse, t. y. tam tikra apimtimi PSĮ valdymo veikla vyksta.

Tačiau kiti, modernūs ir kituose ūkio sektoriuose ir bendrai, vadyboje, plačiai naudojami NĮ valdyme naudojami bendriniai (nespecifiniai SP) metodai, nėra žinomi ir naudojami Ligoninėse: klasterinė analizė (angl. *Cluster analysis*), koreliacinė analizė (angl. *Correlation analysis*), rizikos analizė (angl. *Risk analysis*), naratyvinė analizė (angl. *Storytelling / narrative*), sistemų analizė (angl. *Systems analysis*), ekspertinis tyrimas (angl. *Expert review*), įvykių medžio analizė (angl. *Event tree analysis*), priežasčių medžio metodas (angl. *Fault / causal tree analysis*), minčių lietus (smegenų šturmas) (angl. *Brainstorming*), priežasčių–pasekmės diagrama (angl. *Cause and effect / Fishbone / Ishikawa diagram*), Delfi metodas (angl. *Delphi method*), „5 kodėl“ metodas (angl. *5-Why method*), Pareto analizė (angl. *Pareto analysis*), procesų žemėlapis (angl. *Process map*), priežasčių ir pasekmės matrica (angl. *Cause and effect matrix*), PROACT metodas (angl. *PROACT method*). Daugelio šių metodų valdymas (išskyrus kelis nesudėtingus, pvz., minčių lietaus, „5 kodėl“, kt.) reikalauja specialių žinių ir įgūdžių.

Todėl norint užtikrinti efektyvų PSĮ valdymą Ligoninėse ir kitose ASPĮ, būtina prieš diegiant Modelį užtikrinti, kad darbuotojai būtų apmokyti naudotis šiais metodais.

Penktasis Modelio adaptacijos prie Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių ir veiklos specifikos etapas – „Modelio vadybinės veiklos įgyvendinimas“.

Adaptuodama Modelį, ligoninė turi pasirinkti ir jos specifiką labiausiai atitinkančią Modelio organizacinę formą, atsižvelgdama į skiriamus šiai veiklai išteklius, PS darbuoto-

jų kompetenciją ir kvalifikaciją, prieinamus PSĮ valdymo instrumentus, kt. Pateikiami keli galimi Modelio veiklos organizavimo būdai:

1. *Vertikalus specializuotas PSĮ valdymas.* Esant skirtingų sričių veikloms, pagal joms būdingas PS problemas specializuojasi PS darbuotojai, užtikrindami PSĮ valdymą tam tikroje specifinėje srityje (pvz., chirurgija, laboratorija, radiologija, slauga, onkologija ir pan.). Šis būdas sudaro galimybes PS darbuotojams specializuotis rizikų ir PSĮ valdymu tam tikrose srityse, bet kartu pareikalauja ir didesnių išteklių.
2. *Horizontalus bendrinis PSĮ valdymas.* Esant panašaus profilio veikloms (pvz., specializuoto profilio ligoninė (neurochirurgijos, kardiologijos centrai, kt.), dienos chirurgijos centras, kt.), atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas PSĮ valdymo (PSĮ išaiškinimo, priežasčių nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos priemonių įgyvendinimo) etapas turi savo metodų arsenalą, kuriuos būtina perprasti ir praktikuoti, o veiklų profilių įvairovė yra maža (veiklos panašios), PSĮ valdymas organizuojamas užtikrinant už PSĮ valdymą atsakingų darbuotojų specializuotą veiklą pagal PSĮ valdymo proceso etapus (PSĮ išaiškinimas, priežasčių nagrinėjimas, reagavimas ir prevencijos priemonių įgyvendinimas).
3. *PSĮ valdymas pagal naudojamų duomenų šaltinius.* Atsižvelgiant į informacijos apie PSĮ ir juos sukeliančias priežastis duomenų šaltinių įvairovę (skaitmeniniai duomenys iš e. sveikatos dokumentacijos, duomenys, kurių šaltinis yra popierinė dokumentacija, paciento kelio stebėjimas (angl. *Patient tracer methodology*), grupinė diskusija, kt.) ir jų panaudojimo (identifikavimo, analizės, pristatymo, kt.) specifiką, PS darbuotojai gali specializuotis pagal duomenų apie PSĮ šaltinius, vykdant visus PSĮ valdymo etapus (PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimo ir prevencijos priemonių rengimą).
4. *PSĮ valdymas atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą.* Ligoninė gali pasitvirtinti skirtingas reagavimo procedūras atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą (pvz., viena tvarka išpėjamiems (ypač reikšmingiems) įvykiams, kita beveik įvykusiems NĮ (mažiau reikšmingiems), trečia – žalos nesukėlusioms neatitiktims nagrinėti, kt.). Tokiu atveju Ligoninėje lygiagrečiai veiks keli skirtingi PSĮ valdymo procesai.
5. *PSĮ valdymas pagal PSĮ valdymo metodus.* Rengdamasi įgyvendinti Modelį, Ligoninė turi suformuoti PSĮ ištyrimo, jų priežasčių analizės, reagavimo ir prevencijos priemonių arsenalus (įrankių dėžes). Ligoninės darbuotojai gali specializuotis pagal atitinkamų metodų panaudojimą. Nagrinėjant atskirą PSĮ būtų pirmiausia išsiaiškinama, koks metodas yra tinkamiausias jam tirti ir toliau PSĮ nagrinėtų tam tikrą metodą įvaldęs specialistas.
6. *PSĮ valdymas pagal išteklių galimybes.* Nesant galimybių Ligoninei skirti kelių darbuotojų PS veiklai užtikrinti (taip pat ir Modeliui įgyvendinti), ši veikla gali būti sutelkta vieno ar kelių PS specialistų rankose ar pavedama atlikti išorės organizacijai (pvz., samdant medicinos audito paslaugas iš išorės, tokiu atveju tam tikrus klausimus spręsti skiriamas toje srityje besispecializuojantis konsultantas).

Pateikiami Modelyje numatytų veiklų įgyvendinimo įvairių variantų pavyzdžiai, iš kurių (ir dar kitų galimų) Ligoninė, atsižvelgusi į savo veiklos specifiką ir poreikius, išvertinusi galimybes, skiriamus PSĮ valdymo veiklai išteklius, gali pasirinkti labiausiai jam tinkantį būdą.

3.4.4. Apibendrinimas

Disertacijos 3.4. skyriuje nagrinėjami Modelio veikimo konteksto, Modelio adaptavimo ir įgyvendinimo klausimai. Nagrinėjant Modelio sąveikas su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, klausimus, aptariami Modelio ir Ligoninės, kurioje veikia Modelis, taip pat vertikalūs ir horizontalūs ryšiai su išorės institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai darančiomis įtaką PS Ligoninėje. Nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą, įvertinta vyraujančių organizacinių modelių bei viešojo valdymo modelių svarba Modeliui diegti, veikti ir plėtotis. Nustatyta, kad Modelio diegimui ir veiklai mažiausiai palankus yra uždaros biurokratinės organizacijos modelis ir tradicinis hierarchinis viešojo administravimo modelis, o palankiausi – atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos modelis ir naujasis viešojo valdymo modelis. Ypatingas dėmesys skirtas Modelio diegimui, jo pritaikymui ir įgyvendinimui Ligoninėse bei kitose APSĮ. Pateikta nuosekli penkių etapų Modelio adaptavimo prie Ligoninės ar kitos APSĮ poreikių, veiklos specifikos ir galimybių procedūra, apibūdinanti pagrindines veiklas, kurių įstaiga turi imtis, rengdamasi įgyvendinti Modelį. Ši Modelio adaptavimo procedūra parengta įvertinus mokslo ir metodinėje literatūroje pateiktas tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų patirtis bei atsižvelgus į disertacinio kiekybinio ir dviejų kokybinių tyrimų metu išsakytus pastebėjimus ir siūlymus, susijusius su įvairiais Modelio įgyvendinimo aspektais Ligoninėse.

3.5. Trečiosios dalies apibendrinimas

Disertacijos trečiojoje dalyje apibendrinti empirinio kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatai suteikė papildomų duomenų bei sudarė galimybes verifikuoti visus penkis ginamuosius teiginius, kurių pagrindu buvo patikslinta Modelio principinė schema, parengtas Modelis, apibūdinta jo struktūra ir funkcijos, įvertintas Modelio diegimo ir veiklos kontekstas, parengta jo diegimo Ligoninėje ar kitoje APSĮ procedūra, apibūdinta Modelio (jį įgyvendinančios Ligoninės) ryšių su kitomis įstaigomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS, struktūra, patikslinti reikalavimai, kuriuos Modelis keičia Ligoninės organizacijai bei Modelį įgyvendinančios Ligoninės išorinių ryšių (santykių) sistemai.

Remiantis patvirtintais visais (1–5) disertacijos ginamaisiais teiginiais, galima teigti, kad disertacijoje parengtas ir pagrįstas Ligoninėms teikiamas Modelis, veikiantis retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo (išaiškinimo, nagrinėjimo reagavimo ir prevencijos) metodų integracijos pagrindu (patvirtinti 1-asis ir 2-asis ginamieji teiginiai), integruotas į Ligoninės struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus (patvirtintas 3-iasis ginamasis teiginys), darniai funkcionuojantis su nacionalinio lygmens PS, PSĮ valdymo sistemomis tampriame organizacijų, dalyvaujančių užtikrinant PS, ryšių tinkle, suformavus jo veikimui palankų vidaus (Ligoninės) ir išorės (viešojo valdymo, teisinės aplinkos, kt.) kontekstą (4-asis ginamasis teiginys) gali iš esmės pagerinti PSĮ valdymą Ligoninėse ir padidinti jų teikiamų paslaugų saugą. Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta kompleksinė PSĮ valdymo sistema sudarys galimybę Ligoninėms, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PS, PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo,

gerinimo bei PSĮ valdymo priemonės, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikos patirčių.

Disertacijoje parengtas Modelis taip pat turėtų užpildyti šiuo metu egzistuojančią lokalaus (Ligoninės, kitos ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS judėjimo lygmenų sąveikos spragą bei pasitarnauti Ligoninėms ir kitoms APSĮ užtikrinant aukštesnį jų teikiamų paslaugų saugos lygį. Teikiamo Modelio pagrindu Ligoninės ir kitos ASPĮ galės plėtoti kompleksines PSĮ valdymo sistemas, geriausiai atitinkančias įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes.

Holistiniu požiūriu į PS pagrįstas Modelio pagrindu Ligoninėse organizuotas kompleksinis PSĮ valdymas teigiamai veiks ne tik PS situaciją įstaigoje, bet ir prisidės tobulinant visos įstaigos veiklą, sudarys galimybę identifikuoti, įvertinti ir imtis veiksmų šalinant manifestuojančius ir latentinius Ligoninės, SP sektoriaus trūkumus, todėl jis gali tapti pažangos varikliu, generuojančiu pokyčius tiek Ligoninės, tiek SP sektoriaus lygmenyje, tobulinant veiklą, užtikrinant ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir saugą.

Modelis yra atvira, besimokanti, skaidri sistema. Tai reiškia, kad jis turi būti nuolat tobulinamas atsižvelgiant į šiuolaikinio mokslo ir praktikos pasiekimus, Ligoninės vidinės ir išorinės aplinkos pokyčius. Atsižvelgiant į Ligoninių ir kitų SP organizacijų kompleksinę sociotechninę prigimtį, aplinkos nepastovumą, tikėtina, kad ilgainiui keisis esamos ir formuosis naujos rizikos, pavojai, PSĮ. Tai kels naujus iššūkius Modeliui ir jo pagrindu Ligoninėse ir kitose ASPĮ kuriamoms PSĮ valdymo sistemoms tobulinti ir plėtoti.

IŠVADOS

1. Disertacinis tyrimas patvirtino *1-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) nacionaliniu, Ligoninės lygmeniu plačiai diegiamų NĮRMS, paremtų tik *retroaktyviu* reaguojimu į jau įvykusius NĮ, nepakankamą veiksmingumą;
 - b) būtinybę užtikrinti integruotą PSĮ valdymą parengiant Ligoninės kompleksinę PSĮ valdymo sistemą, pagrįstą *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių* PSĮ valdymo (*išaiškinimo, nagrinėjimo reaguojimo ir prevencijos*) metodų taikymu;
 - c) kad Modelio pagrindu rengiama PSĮ valdymo sistema sudarys galimybę Ligoninėse pagerinti PSĮ išaiškinimą, sumažinti jų latentiskumą, užtikrinti tikslesnį PSĮ lygio, struktūros, veiksnių nustatymą, t. y. užtikrins veiksmingesnį PSĮ valdymą.
2. Disertacinis tyrimas patvirtino *2-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) nacionaliniu, Ligoninės lygiu diegiamų NĮRMS, paremtų tik NĮ *pranešinėjimu (registravimu)*, nepakankamą veiksmingumą;
 - b) būtinybę užtikrinti vientisą PSĮ valdymą parengiant Ligoninės kompleksinę PSĮ valdymo sistemą, pagrįstą PSĮ *išaiškinimo, analizės, reaguojimo ir prevencijos* metodų taikymu.
3. Disertacinis tyrimas patvirtino *3-iąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) kad Ligoninės PSĮ valdymo sistema yra tamptariai susijusi su kitomis įstaigos veiklos sritimis ir sudėtinga trisluoksne ryšių sistema integruota į Ligoninės struktūrą, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus;
 - b) kad svarbiausi veiksniai, tarpininkaujantys Ligoninės vadybinių-organizacinių ir klinikinių procesų poveikiui PSĮ valdymo sistemai yra darbuotojų *siekis ir galimybės* įgyvendinti PS, PSĮ valdymo priemonės įstaigoje. Ligoninės vadybos (veiklos organizavimo) trūkumai *neigiamai* veikia darbuotojų motyvaciją (siekį) ir gebėjimus gerinti PS, – tai savaime tampa labai svarbiu PS blogėjimo veiksniumi. Teigiami Ligoninės vadybos (veiklos organizavimo) pokyčiai daro *pozityvią* įtaką įstaigos darbuotojų motyvacijai (siekiumi) ir gebėjimams gerinti PS;
 - c) pagrindinių vadybinių-organizacinių ir klinikinių procesų didelį, bet pagal savo stiprumą minimaliai vienas nuo kito besiskiriantį poveikį *darbuotojų siekiam* ir *galimybėms* įgyvendinti PSĮ valdymo priemonės Ligoninėje (o per juos ir visam PSĮ valdymui). Nesant galimybių diferencijuoti pagal poveikio stiprumą vadybinių-organizacinių ar klinikinių procesų ir identifikuoti dominuojančius procesus, lemiančius darbuotojų *siekius* ir *gebėjimus* įgyvendinti PSĮ valdymo priemonės įstaigoje, ypatingai svarbus tampa kompleksinis (visapusiškas, daugiaaspektis) PSĮ valdymas, užtikrinant diegiamos PSĮ valdymo sistemos ir Ligoninės sistemos (vadybinės-organizacinės, klinikinės, kt.) kontingenciją (darną).
4. Disertacinis tyrimas patvirtino *4-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) tamptrius ir daugiašalius Ligoninės ir joje veikiančios PSĮ valdymo sistemos ryšius su kitomis institucijomis ir organizacijomis, kurios daro įtaką Ligoninės veiklai ir formuoja Modelio veikimo kontekstą (aplinkos sąlygas). Todėl iškyla Modelio ir jo ryšių su kitomis organizacijomis ir įstaigomis sistemos adaptacijos būtinybė;
 - b) kad Modelio ir jo ryšių su kitomis SP sektoriaus organizacijomis ir įstaigomis sistemos abipusė adaptacija vyksta dviem kryptimis: a) dėl Modelio adaptyvumo *lanksti Modelio periferija* prisitaiko prie Modelio veiklos konteksto ypatumų ir jo pokyčių, taip

užtikrinamas *nekintančio Modelio branduolio* (PSĮ valdymo sistemos funkcionavimo garanto) pastovumas, stabilumas. Šiam tikslui pasiekti disertacijoje pasiūlytas ir pagrįstas Modelio struktūrinių-funkcinių elementų suskirstymas į *nekintamąjį branduolį* ir *kintamąją periferiją* bei pasiūlyti ir pagrįsti metodai Modelio periferinei adaptacijai užtikrinti; b) Modelio ryšių su kitomis organizacijomis, formuojančiomis Modelio veikimo kontekstą, sistemai adaptuojantis prie Modelio, sudaryti palankias išorines sąlygas jam veikti. Naujojo viešojo valdymo modelio ir atviros, skaidrios, besimokančios organizacijos modelių vadybinis-organizacinis derinys yra tinkamiausi Modeliui funkcionuoti ir bendradarbiauti su institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS Ligoninės ir nacionaliniu lygmeniu;

- c) kad SP viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų įstaigose vyraujantis tradicinis (klasikinis, biurokratinis, hierarchinis) viešojo valdymo modelis yra mažiausiai palankus Modeliui įgyvendinti, o modernūs naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo modeliai yra palankiausi Modeliui diegti, veikti ir plėtoti. Dėl to Modelio įgyvendinimo sėkmė didele dalimi priklausys ir nuo įstaigų bei organizacijų, bendradarbiaujančių su Modeliu ir Ligonine, vyraujančio viešosios vadybos būdo. Kita vertus, Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas per tarpusavio sąveikos ryšių tinklą gali skatinti modernizuoti minėtų įstaigų ir organizacijų viešąjį vadybos būdą.
5. Keturi ginamieji teiginiai, patvirtinti disertacijoje atliktų tyrimų išvadomis, sudaro pagrindą patvirtinti *5-ąjį ginamąjį teiginį*, pagrindžiantį disertacijoje siūlomo Modelio įgyvendinimo šalies Ligoninėse reikalingumą ir tikslingumą.
 6. Remiantis patvirtintais visais (1–5) disertacijos ginamaisiais teiginiais, galima teigti, kad disertacijoje parengtas ir pagrįstas, Ligoninėms teikiamas Modelis, veikiantis *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo (išaiškinimo, nagrinėjimo reagavimo ir prevencijos)* metodų integracijos pagrindu (*patvirtinti 1-asis ir 2-asis ginamieji teiginiai*), integruotas į Ligoninės struktūras, vadybinius/(-ius ir klinikinius procesus (*patvirtintas 3-iasis ginamasis teiginys*), darniai funkcionuojantis su nacionalinio lygmens PS, PSĮ valdymo sistemomis tampriame organizacijų, dalyvaujančių užtikrinant PS, ryšių tinkle, suformavus jo veikimui palankų vidaus (Ligoninės) ir išorės (viešojo valdymo, teisinės aplinkos, kt.) kontekstą (*4-asis ginamas teiginys*) gali iš esmės pagerinti PSĮ valdymą Ligoninėse ir padidinti jų teikiamų paslaugų saugą.
 7. Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta *kompleksinė PSĮ valdymo sistema* sudarys galimybę Ligoninėms, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PS, PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti *nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų* rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemonės, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikos patirčių.
 8. Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta *kompleksinė PSĮ valdymo sistema* sudarys galimybes Ligoninėms išaiškinti žymiai daugiau įvykusių, vykstančių ir potencialių PSĮ, tiksliau nustatyti jų šaltinius, juos sukėlusias gilumines (sistemines) priežastis. Tai leis parinkti tikslingesnes (veiksmingesnes, efektyvesnes) jų prevencijos priemones, tobulinti Ligoninės struktūras ir procesus. Dėl to tikėtina, kad Modelis taps ne tik svarbiu įrankiu, gerinant PS Ligoninėje, bet ir svarbiu įstaigos vadybiniu instrumentu – pokyčių ir progreso varikliu, tobulinant įstaigos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklą, gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir saugą.

REKOMENDACIJOS

Vadovaujantis disertacinių tyrimų rezultatais ir išvodomis, teikiamos **bendrinės ir tikslinės** rekomendacijos pagrindiniams SP sistemos lygmenims priklausančioms institucijoms, dalyvaujančioms užtikrinant ir gerinant PS: a) SPP teikėjų lygmeniui (Ligoninėms, kitoms ASPĮ) (*SP makrosistemos lygmuo*); b) nacionalinio ir SP sektoriaus lygmens institucijoms, formuojančioms PS pagrindus, užtikrinančioms PS kontrolę ir priežiūrą SP sektoriuje (*SP metasistemos ir megasistemos lygmuo*); c) tarptautinio lygmens PS institucijoms (*SP suprasistemos lygmuo*).

Bendrinės rekomendacijos

1. Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, svarbiu prioritetu turi būti persiorientavimas nuo dabartinio šioms sistemoms būdingo fragmentiškumo ir vienašališkumo į kompleksinį PSĮ valdymą, integruojantį *retroaktyvius, reaktyvius* ir *proaktyvius* PSĮ valdymo (*išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos*) metodus.
2. Siekiant užtikrinti ir gerinti PS tiek nacionaliniu, tiek lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, nacionalinio lygmens PS institucijoms ir ASPĮ rekomenduotina disertacijoje teikiamo Modelio pagrindu parengtoms kompleksinėms PSĮ valdymo sistemoms SP organizacijose suteikti strateginę svarbą. Rengiant ir diegiant Ligoninėse bei kitose ASPĮ Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas siūloma vadovautis parengta ir pagrįsta Modelio įgyvendinimo metodika.
3. Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, siekiant išvengti jų esamo fragmentiškumo ir vienašališkumo, būtina: a) atsižvelgti į SP sektoriaus ir jo organizacijų *sociotechninį kompleksiškumą*, reikalaujantį *sisteminio kompleksinio požiūrio į PS ir PSĮ valdymą*; b) įvertinti šių sistemų diegimo kontekstą – vidinę (ASPĮ) ir išorinę (SP sektoriaus) vadybinę-organizacinę, ekonominę, teisinę, technologinę, socialinę, kultūrinę aplinkas; c) sudaryti šioms sistemoms diegti, veikti ir plėtoti palankias prielaidas, kurių svarbiausios, disertacinių tyrimų atskleistos, yra šios: darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms įveikimas, jų suinteresuotumo efektyviai valdyti PSĮ didinimas; PSĮ valdymui reikiamų galimybių ir sąlygų sudarymas; PSĮ pranešėjimo baimės įveikimas, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas; bendradarbiavimo su nacionalinio lygmens PS institucijomis, žiniasklaida ir pacientais užtikrinimas bei jų požiūrio į klaidas medicinoje keitimas.
4. Diegiant kompleksines PSĮ valdymo sistemas tikslinga vadovautis disertacijoje išnagrinėta ir pateikta sąvokų, apibūdinančių PS ir PSĮ valdymo įvairius aspektus, apibrėžčių sistema.
5. Modelio pagrindu kuriamų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų diegimas ir įgyvendinimas turi vykti Nacionaliniu (šalies) ir lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, užtikrinant šių lygmenų PSĮ valdymo sistemų tarpusavio darnų ir sinerginį funkcionavimą. Įgyvendinant Modelį, būtina užtikrinti jo įgyvendinimo spartos, apimties ir būdų bei jo veikimo konteksto pokyčių (viešojo valdymo, teisinės aplinkos, kt.) kontingenciją. Užtikrinant šį atitikimą, rekomenduojama vadovautis disertacijoje

pateiktais metodiniais nurodymais, atskleidžiančiais šių lygmenų suderinimo problemas ir numatančiais jų sprendimo būdus. Modelio pagrindu kuriamų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų diegimas turi vykti inkrementiškai, evoliucijos būdu, tinkamai pasirengus sisteminiams pokyčiams, į šių sistemų kūrimą ir įgyvendinimą įtraukiant svarbiausių SP proceso dalyvių grupių (pacientų, medikų, vadybininkų, kt.) atstovus.

6. Siekiant sudaryti tinkamą viešosios vadybos kontekstą Modeliui veikti, tikslinga SP viešajame sektoriuje sparčiau diegti *naujojo viešojo valdymo modelį*, kaip palankiausią disertacijoje pateikto kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelio funkcionavimui.

Tikslinės rekomendacijos

I. Rekomendacijos SPP teikėjų lygmeniui – Ligoninėms ir kitoms ASPĮ (SP makrosistemos lygmeniui)

1. Siekiant užtikrinti ir gerinti PS Ligoninėje, rekomenduojama *disertacijoje pateikto Modelio pagrindu* kurti, diegti ir plėtoti Ligoninės poreikiams bei veiklos specifikai pritaikytas *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*: a) *visapusiškas* (jungiančias nuolatinį mokymąsi iš teigiamos (saugios) ir neigiamos (nesaugios) savo ir kitų PS, PSĮ valdymo patirties; užtikrinančias šiuolaikinio mokslo ir gerosios praktikos pasiekimų PS srityje pritaikymą ir diegimą); b) *integruotas* (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą ir metodų integraciją); c) *vientisas* (apimančias PSĮ valdymo proceso vientisumą, susiejant PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir reagavimo komponentus); d) *bendradarbiaujančias, darnias ir sinergiškai veikiančias* (su kitomis Ligoninėje veikiančiomis PS, PSĮ valdymo sistemomis, taip pat su nacionalinio lygmens PS kontrolę ir priežiūrą vykdančiomis institucijomis, diegiamomis nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis).
2. Kuriant ir plėtojant PS valdymo sistemas, rekomenduojama Ligoninėms ir kitoms ASPĮ vadovautis disertacijoje pateiktais kompleksinės PSĮ valdymo sistemos (Modelio) kūrimo ir veikimo principais: integralumo, visapusiškumo, kontingencijos, atvirumo, sinergijos, subsidiariškumo ir kitais.
3. Rengiantis diegti disertacijoje pateikto Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, būtina įvertinti šių sistemų *integracijos* su kitomis Ligoninės veiklos sritimis, struktūromis, vadybiniais-organizaciniais ir klinikiniais procesais *iššūkius ir problemas*, numatyti jų sprendimo būdus; šiam tikslui pasiekti rekomenduojama naudotis disertacijoje siūlomais būdais ir priemonėmis;
4. Įgyvendinant lokaliame (Ligoninės) lygmenyje Modelio pagrindu parengtą kompleksinę PSĮ valdymo sistemą, rekomenduotina naudoti disertacijoje aptartas ir pagrįstas priemones užtikrinant šių sistemų *darnų ir suderintą veikimą* su tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS judėjimų rekomenduojamomis PS ir PSĮ valdymo strategijomis, iniciatyvomis ir priemonėmis.
5. Parengto ir pasiūlyto disertacijoje Modelio pagrindu rengiamai ir diegiamai Ligoninės kompleksinei PSĮ valdymo sistemai turi būti suteikta PS užtikrinimo ir gerinimo Ligoninėje strateginės iniciatyvos svarba, užtikrinant vadovybės lyderystę ir palaikymą, tam būtiną išteklių skyrimą.

II. Rekomendacijos nacionalinio ir SP sektoriaus lygmens PS institucijoms (SP megasistemos ir metasistemos lygmeniu)

1. Siekiant užtikrinti disertacijoje rekomenduojamo Modelio pagrindu Ligoninėse parengtų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų efektyvų diegimą ir veikimą, būtina sudaryti palankias išorines aplinkos sąlygas šioms sistemoms diegti, veikti, jas plėtoti bei integruoti į nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemas (pvz., NĮPMS, kt.). Šiam tikslui pasiekti rekomenduotini šie disertacinių tyrimų atskleisti esminiai išorinės aplinkos pokyčiai: a) *teisinės aplinkos pokyčiai* – žalos paciento sveikatai atlyginimo įrodinėjant kaltę deliktine teise paremtą modelį pakeičiant vis plačiau kitose šalyse diegiamu žalos atlyginimo be kaltės įrodinėjimo modeliu, įstatymo lygmenyje įtvirtinant nuostatas, apsaugančias apie PSĮ pranešusį asmenį nuo teisinio persekiojimo ir bausmių (išskyrus akivaizdaus aplaidumo, nerūpestingumo bei tyčinės žalos padarymo atvejus); b) *PS kultūros pokyčiai* – pereinant nuo PS problemų neigimu, NĮ slėpimu, medikų kaltinimu ir bausmėmis grindžiamos praktikos prie PS problemų pripažinimo, atviro PSĮ atskleidimo, mokymosi iš klaidų ir geros praktikos, teisingos ir atviros saugiam PSĮ nagrinėjimui PS kultūros formavimo visame SP sektoriuje; c) *visuomenės ir žiniasklaidos kitokio požiūrio į klaidas medicinoje ir jų valdymą formavimas* – pereinant nuo sporadinių NĮ sukeltų neigiamų paciento sveikatai ar gyvybei padarinių eskalavimo, užsibaigiančio kaltųjų paieška, nustatymu ir nubaudimu paremto tariamo teisingumo įvykdymo, prie PSĮ išaiškinimo, juos sukėlusių sisteminių priežasčių nustatymo ir prevencinio poveikio priemonių įgyvendinimo svarbos suvokimo bei visų (pacientų, medikų, vadybininkų, žiniasklaidos, kt.) visuomenės grupių bendro susitelkimo PS problemoms spęsti; d) *nacionalinio lygmens SPP teikimo kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų kitokio požiūrio į medikus, padariusius klaidas, bei ASPĮ, kuriose įvyko klaidos ir žala paciento sveikatai, formavimą* – pereinant nuo mažai veiksmingų kontrolės, patikrinimų ir baudimo sankcijų praktikos prie stebėsenos, kompetencijų PSĮ valdymo srityje ugdymo ir sisteminės pagalbos kuruojamose PS srityse užtikrinimo, diegiant Modeliui veikti palankius naujojo viešojo valdymo principus; e) kuriant ir diegiant nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemas skirti dėmesį jų integravimui ir bendradarbiavimui su lokalaus lygmens (Ligoninės, kitų ASPĮ) PS ir PSĮ valdymo sistemomis.
2. Disertacijoje pasiūlyto Modelio pagrindu rengiant ir plėtojant kompleksines PSĮ valdymo sistemas, remiantis disertacijoje pateiktomis išvalgomis, būtina užtikrinti metodinę-organizacinę pagalbą Ligoninės vadovybei, už PS ir PSĮ valdymą atsakingiems darbuotojams bei visiems įstaigos darbuotojams, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujantiems užtikrinant PS saugą organizacijoje. Metodinė pagalba ir mokymai PS, PSĮ valdymo srityje, turi: a) suteikti darbuotojams žinių apie PS užtikrinimo ir gerinimo ASPĮ principus ir metodus, Modelio įgyvendinimo ASPĮ etapus, metodus, problemas ir jų sprendimo būdus, b) formuoti palankias PSĮ valdymui įstaigos darbuotojų nuostatas, didinti jų motyvaciją dalyvauti įgyvendinant Modelį, adaptuojant jį įstaigos specifikai ir veikimo sąlygoms, c) tobulinti darbuotojų gebėjimus: i) sistemškai taikyti retroaktyvius, reaktyvius ir proaktyvius PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir reagavimo metodus ir priemones; ii) integruoti PSĮ valdymo sistemas į Ligoninės struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus; iii)

inicijuoti ir valdyti pokyčius, įtraukti į juos darbuotojus, taip mažinant jų pasipriešinimą pokyčiams bei sprendžiant kylančias problemas, kt., iv) integruoti lokalias (Ligoninės lygmens) PSĮ valdymo sistemas į nacionalinio lygmens PS ir PSĮ valdymo sistemas.

3. Rekomenduojama disertacijoje parengto ir siūlomo Modelio pagrindu Ligoninių ir kitų ASPĮ rengiamų kompleksinių *PSĮ valdymo sistemų diegimui ir įveiklinimui šalies Ligoninėse bei kitose ASPĮ suteikti strateginę svarbą* SP kokybės ir PS užtikrinimo ir gerinimo programose, kituose dokumentuose bei šioms sistemoms įgyvendinti skirti reikalingą paramą ir išteklius.

III. Rekomendacijos tarptautinio lygmens PS institucijoms (SP *suprasistemos lygmeniui*)

1. Rengiant tarptautinio lygmens PS strategijas, iniciatyvas, rekomendacijas ar programas, daugiau dėmesio skirti jų praktinio įgyvendinimo analizei, užtikrinant konsultacinę, organizacinę-metodinę paramą.
2. Siekiant vienodai apibrėžti tapačius objektus ir reiškinius bei užtikrinti mokslinių tyrimų rezultatų PS srityje palyginamumą, sudaryti sąlygas PS ir PSĮ valdymo veiklų pasiekimų ir rodiklių palyginamajai analizei PS ir PSĮ valdymo srityje, tikslinga: a) suvienodinti vartojamų sąvokų sampratas, parengiant *terminų, susijusių su PS, žodyną*; b) parengti *klaidų* (medicinoje, slaugoje, farmacijoje) ir *PSĮ taksonomiją*.
3. Skirti daugiau dėmesio *Pacientų saugos II* koncepcijos (pagrįstos mokymusi daugiau iš teigiamos (saugios), o ne tik iš neigiamos (nesaugios) patirties) įgyvendinimo nacionaliniu (šalių) lygmeniu koordinavimui, metodiniam vadovavimui, praktinio įgyvendinimo patirties sklaidai.
4. Inicijuoti tarptautinės dimensijos (pereinančias valstybių sienas) PS, PSĮ valdymo iniciatyvas, skatinančias saugius informacijos mainus tarp šalių nacionalinių PSĮ valdymo sistemų (NĮPMS, kt.), sudarant prielaidas ir galimybes globaliam mokymuisi tiek iš teigiamos, tiek iš neigiamos patirties, gerosios patirties PS, PSĮ valdymo srityje sklaidai ir tobulėjimui.

LITERATŪRA

Mokslinės publikacijos

1. Al-Debei, M. M., El-Haddadeh, R., & A Galtaltvison, D. (2008). Defining the business model in the new world of digital business. *Proceedings of the Americas Conference on Information Systems (AMCIS)*, 8, 1–11.
2. Altrichter, H. et al. (2008). *Teachers investigate their work; An introduction to action research across the professions*. Routledge.
3. Ammerman, M. (1998). *The Root Cause Analysis Handbook*. New York: Quality Resources.
4. An organization with a memory (2000). *Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: The Stationery Office. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>.
5. Anand, G., Kodali, R. (2008). Benchmarking the benchmarking models. *Benchmarking: An International Journal*, 15 (3), 257–291.
6. Andrijauskaitė, D. (2006). Mediko įvaizdis, arba kodėl tenka kalbėti apie saugumą sveikatos apsaugos sistemoje. *Gydymo menas*, 2, 84–85.
7. Argyris, C. & Schön, D. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Reading, Mass: Addison Wesley.
8. Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
9. Assiri G., Grant L., Aljadhey H. (2016). Investigating the epidemiology of medication errors and error-related adverse drug events (ADEs) in primary care, ambulatory care and home settings: a systematic review protocol. *BMJ Open* 6 Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016048126
10. Aspden, P. et al. (2004). *Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences.
11. ASQ. (2015). *Failure Mode Effects Analysis (FMEA)*. [Žiūrėta 2016-04-13]. Prieiga internete: <http://asq.org/learn-about-quality/process-analysis-tools/overview/fmea.html>
12. Australian council for safety and quality in health care. (2003). *Patient safety: towards sustainable improvement, Fourth report to the Australian Health Ministers' Conference*. Commonwealth of Australia.
13. Babravičius, J., Dzemyda, I. (2012). Naujosios viešosios vadybos elementai: teorinis požiūris. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(25), 52–62.
14. Baker, G. R. et al. (2004). The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1678–1686.
15. Baley, J. (2008). First steps in qualitative data analysis. *Family Practice*, 25(2), 127–131.
16. Bar-Yam S. et al. (2012). *A Complex Systems Science Approach to Healthcare Costs and Quality*. New England Complex Systems Institute. USA. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.necsi.edu/research/management/health>
17. Battles, J. B., Lilford, R. J. (2003). Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Quality and Safety in Health Care.*, 12 (Suppl.2): ii2–ii7.

18. Becket, A. (1998). *Creativity techniques*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: https://www.mycoted.com/Category:Creativity_Techniques
19. Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory*. New York : Braziller.
20. Bitinas, B., Rupšienė, L., Žydzūnaitė, V. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*, Vilnius: Socialinių mokslų kolegija.
21. Board on Population Health and Public Health Practice. Roundtable on Health Literacy. (2012). *Facilitating State Health Exchange Communication Through the Use of Health Literate Practices: Workshop Summary*. National Academies Press.
22. Borg, I., Groenen, P., Mair, P. (2012). *Applied Multidimensional Scaling*. Taylor and Francis Group.
23. Boxwala, A. et al. (2004). Organization and presentation of Patient Safety Data: Current Status and Issues around Generalizability and Scalability. *Journal of American Medical Information Association*, 11, 468–478.
24. Boxwell, R. J. (1994). *Benchmarking for Competitive Advantage*. New York: McGraw-Hill.
25. Braithwaite, J., Wears, R. L., Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal of Quality of Health Care*. 27(5), 418–420.
26. Braun, V., Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper (Red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 3.
27. Brogienė, D. (2010). *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatos atlyginimą. Daktaro disertacija*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
28. Brogienė, D., Mačiulienė, K. (2010). Ką pasirinksi: gydytojo baudimo ar paciento saugos kultūrą? *9-tas LAGD suvažiavimas*, Vilnius: 2010 [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://verslas.elta.lt/zinute_pr.php?inf_id=1251944
29. Bubnienė, D., Ruževičius, J. (2010). Kokybės valdymo sveikatos priežiūros institucijose ypatumai. *Verslo ir teisės aktualijos*, 5, 17–35.
30. Burgis, D., Ribačonka, E. (2011). Koordinavimo sistemos sąsajos su darniu vystymusi tinklinėje organizacijoje. *Management theory and studies for rural business and infrastructure development*, 1 (25), 70–76.
31. Burns, R. L. (2012). *The Business of Healthcare Innovation, 2nd Edition*. Cambridge University Press.
32. *Business Dictionary*. (2015). [Žiūrėta 2015-02-07]. Prieiga internete: <http://www.businessdictionary.com/definition/near-miss.html>
33. Bustamante T., Dahlman, C. (2015). *Argument Types and Fallacies in Legal Argumentation*. Springer. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: https://books.google.lt/books?id=YryBwAAQBAJ&pg=PA103&lpg=PA103&dq=performative+and+classical+concepts&source=bl&ots=Eou0JX586U&sig=JdOH6YqSUXjeJjyCOqYS_ez_oPI&hl=en&sa=X&ei=20M3VayxA4L4PI2ggJgH&sqi=2&ved=0CEMQ6AEwBw#v=onepage&q=performative%20and%20classical%20concepts&f=false
34. Buškevičiūtė, J. (2014). Sumaniojo viešojo valdymo koncepcijos paieškos: skirtingų teorinių priegū kritinė analizė. *Viešoji politika ir administravimas*, 13(3), 359–371.
35. Camp, R. (1989). *The search for industry best practices that lead to superior performance*. Productivity Press.
36. Campbell, S. (2009). *Patient Safety and Continuous Quality Improvement-A User's Guide*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://web.sph.rutgers.edu/omcweb/2000/>

Continuous%20Quality%20Improvement%20-%20Healthcare%20Quality%20and%20Patient%20Safety.html

37. *Canadian Incident Analysis Framework* (2012). Canadian Patient Safety Institute, 20–21.
38. Candace, J., Hesterly, W. S., Borgatti, S. (1997). A general theory of network governance: exchange conditions and social mechanisms. *Academy of Management Review* (Academy of Management), 22(4), 911–945.
39. Caputo, J. D. (1988). *Radical Hermeneutics: Repetition, Deconstruction, and the Hermeneutic Project*, Indiana University Press.
40. Carlson, C. (2012). *Effective FMEAs*. John Ley&Sons.
41. Chan, M. (2014). WHO Director-General foreword to the WHO Evaluation Practice Handbook. *WHO Evaluation Practice Handbook*. [Žiūrēta 2015-06-30]. Prieiga internete: reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789241548687_eng.pdf.
42. Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*, 353, 1181.
43. Chesbrough, H. W. (2006). *Open Business Models: How to Thrive in the New Innovation Landscape*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
44. Chesbrough, H. W. (2006). Open Innovation: A New Paradigm for Understanding Industrial Innovation. In H. W. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West (Eds.). *Open Innovation: Researching a New Paradigm*, (21), 1–12.
45. Cluster Randomization (2014) *Analysis*. NCSS statistical software PASS 14. [Žiūrēta 2014-02-11]. Prieiga internete: <http://www.ncss.com/pass>.
46. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. (2005). *Glossary of terms related to patient and medication safety approved terms*. Council of Europe.
47. Cook, J., Woods, D., Miller, C. (1998). *A tale of two stories. Contrasting views of patient safety*. [Žiūrēta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.npsf.org/exec/front.html>
48. Cooper, J. B. *et al.* (2000). The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. *Medigen Medical Journal*, 2(3), 38.
49. Cormack, D. (2002). *The research Process in Nursing (5th ed.)*. Iowa, USA: Blackwell Science, Ltd.
50. Corning, P. (2001). *Fulfilling von Bertalanffy's Vision: The Synergism Hypothesis as a General Theory of Biological and Social Systems*, ISCS.
51. Corrigan, J. *et al.* (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington D. C.: National Academy Press.
52. Council of Europe (2008). *The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses*. Strasbourg, 2009
53. Cover, T., Joy, T. (2006). *Elements of information theory (2nd ed.)*. New York: Wiley-Interscience.
54. Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
55. Creswell, J. W. (2008). *Educational Research Planning, Conducting and Evaluating Quantitative and Qualitative Research*. International Pearson Merrill Prentice Hall.

56. Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 3rd Edition. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
57. Croskerry, P. et al. (2009). *Patient Safety in Emergency Medicine*. Wolters Kluwer, 12–16.
58. Černiauskas, G., Jankauskienė, D. (2010). *Antrasis sveikatos reformų dešimtmetis*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras, 2010.
59. Daft, R. (2016). *Organization Theory and Design*. South-Western cengage Learning.
60. Davenport, T., Prusak, L. (1998). *Working Knowledge: How Organizations Manage what They Know*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.amazon.com/Working-Knowledge-Organizations-Manage-What/dp/0875846556>.
61. Davie, H., Hutley, S. (1999). Developing learning organizations in the new NHS. *British Medical Journal*, 320, 998.
62. Davies, J. et al. (2003). *The Canadian Patient Safety Dictionary*. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada.
63. Davis, M. C. et al. (2014). Advancing socio-technical systems thinking: A call for bravery. *Applied Ergonomics*, 45(2), 171–180.
64. Davis, P., et al. (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*, 115(1167), 271.
65. Denhardt, R., Catlaw, T. (2014). *Theories of Public Organization*. Stamford, CT: Cengage Learning.
66. Denhardt, R., Denhardt, J. (2000). The New public Service: Serving rather than Steering. *Public Administration Review*, 60(6), 549–559.
67. Department of Health (2002). *Building a Safer NHS for Patients: Implementing an Organization with a Memory*. London: DOH.
68. Dillon, B. S. (2012). *Patient safety. An Engineering Approach*. Taylor and Francis Group.
69. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *JAMA*, 121(11), 1145–1150.
70. Donner, A. & Klar, N. (2000). *Design and Analysis of Cluster Randomization Trials in Health Research*. London.
71. Drucker, P. (1959). *The Landmarks of Tomorrow*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.amazon.com/Landmarks-Tomorrow-Peter-F-Drucker/dp/1560006226>.
72. Dunn, E. B., Wolfe, J. J. (1997). Medication error classification and avoidance. *Hospital Pharmacology*, 32, 860–865.
73. Dunn, M. et al. (1995). Expert panel method for nurse staffing and resource management. *The Journal Of Nursing Administration*, October, 25(10), 61–67.
74. ECDCP (European Centre for Disease Prevention and Control) (2016). *Healthcare-associated infections*. [Žiūrėta 2016-05-06]. Prieiga internete: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx.
75. Eleuterio, T. (2014). *Benchmarking Research*. University of Delaware. [Žiūrėta 2015-12-10]. Prieiga internete: <http://udel.edu/~jglancey/Benchmarking.pdf> [Žiūrėta 2016-10-10].
76. El-Farr, H. (2009). *Knowledge Work and Workers: A Critical Literature Review*. The Work foundation.

77. Emmel, N. (2013). *Sampling and choosing cases in qualitative research: A realist approach*. London: Sage.
78. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius L. et al., (2012). *Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą*, 1-101.
79. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius L. et. al. (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas*, 1-71.
80. „Ernst & Young“ (2011). *Lietuvos medicinos turizmo plėtros ir medicinos paslaugų eksporto skatinimo galimybių analizė ir rekomendacijos*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://ukmin.lrv.lt/uploads/ukmin/documents/files/Turizmas/Medicinos%20turizmo%20galimybiu%20analize.pdf>.
81. Erstad, B., Patanwala, A., Theodorou, A. (2012). Comparison of Methods for the Detection of Medication Safety Events in the Critically Ill, *Current Drug Safety*, 7, 238–246.
82. EU Directorate general for internal policies policy department. (2015). *Composition of the Commission's expert groups and the status of the register of expert groups*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: [www.europarl.europa.eu/.../IPOL_STU\(2015\)52301](http://www.europarl.europa.eu/.../IPOL_STU(2015)52301)
83. EUNetPas. (2013). *Reporting and Learning's System*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.dpsd.dk/~media/Foundry/Sites/DPSPD/Files/eunetpas_pdf_-_adobe_acrobat_pro.ashx.
84. European Commission (2004). *High level group on health services and medical care. Executive Summary*. Brussel. [Žiūrėta 2015-03-06]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/healthcare/docs/highlevel_2004_026_en.pdf.
85. European Commission (2006). *Medical Errors. Special Eurobarometer. January 2006*, 241. [Žiūrėta 2015-02-06].
86. European Commission (2009). *Report from the Commission to the Council on the basis of member states' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. Brussel: EC, 2012.
87. European Commission (2016). *Improving Patient Safety in Europe*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://ipse.univ-lyon1.fr>.
88. European Parliament and Council (2011). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Žiūrėta 2015-02-26. Prieiga per Internetą <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=CELEX%3A32011L0024>.
89. Europos Komisija (2012). *Europos Komisijos ataskaita Tarybai. Parengta remiantis valstybių narių pateiktomis Tarybos rekomendacijos (2009/C151/01) Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimo ataskaitomis*. COM (2012) 658. [Žiūrėta 2013-12-19]. Prieiga internete: https://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_lt.pdf
90. Europos Komisija (2014). *Viešų konsultacijų dėl pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės ataskaita*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.
91. Europos Komisija, Pacientų saugos ir priežiūros kokybės darbo grupė (2014). *Pagrindiniai nustatyti faktai ir rekomendacijos dėl pranešimų apie pacientų saugos incidentus teikimo ir mokymosi iš jų sistemų Europos šalyse. Europos Komisijos pranešimų teikimo ir mokymosi*

- pogrupio PSQCWG ataskaita*. Interaktyvus. [Žiūrėta 2014-02-21]. Prieiga internete: mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15a5b4c341a5759a
92. Fayol, H. (2002). *Lexposee des principes generaux d'administration*. Translated by J. D. Breeze. In: Daniel A. Wren, Arthur G. Bedeian, John D. Breeze. *The foundations of Henri Fayol's administrative theory*, 40(9), 906–918.
 93. FERMA (2003). *A risk management standard*. AIRMIC,ALARM, IRM.
 94. Fifer, R. M. (1989). Cost benchmarking functions in the value chain. *Strategy & Leadership*, 17(3), 18–19.
 95. Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative. (2001). *Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation
 96. Frankenberger, K., Gassmann, O. (2013). *The Open Business Model: Towards a Common Understanding of an Emerging Concept*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: https://www.researchgate.net/publication/256766170_The_Open_Business_Model_Towards_a_Common_Understanding_of_an_Emerging_Concept
 97. Gall, D. (2006). *Associative illusions of memory. False memory research in DRM and related tasks*. Psychology Press.
 98. Garbage in, garbage out (2015). Wikipedia. [Žiūrėta 2015-02-26]. Prieiga per Internetą https://en.wikipedia.org/wiki/Garbage_in,_garbage_out
 99. George, G. & Bock, A. J. (2011). The business model in practice and its implications for entrepreneurship research. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 35(1), 83.
 100. Giedrikaitė R. (2008). The evaluation of physicians' and patients' opinion on confidence and confidentiality. *Medicina*, 2008.
 101. Goggins, K. *et al.* (2014). Health Literacy, Numeracy, and Other Characteristics Associated With Hospitalized Patients' Preferences for Involvement in Decision Making. *Journal of Health Communication*, 19, 29–43.
 102. Goldmann, D. (2006). System failure versus personal accountability: The case for clean hands. *New England Journal of Medicine*, 355, 121–123.
 103. Guest, G. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, California: Sage.
 104. Guogis, A. (2007). Naujosios viešosios vadybos įgyvendinimo Šveicarijoje aspektai. *Viešoji politika ir administravimas*, 20, 53–56.
 105. Guogis, A. ir Urvikis, M. (2011). Socialinė gerovė, naujoji viešoji vadyba ir naujasis viešasis valdymas: šiuolaikiniai iššūkiai. *Viešasis administravimas*. Vilnius: Lietuvos viešojo administravimo lavinimo institucijų asociacija. [Žiūrėta 2016-08-09]. Prieiga internete: https://www.researchgate.net/publication/262057319_Socialine_gerove_Naujoji_viesoji_vadyba_ir_Naujasis_viesasis_valdymas_siuolaikiniai_issukiai
 106. Guogis, A., Gudelis, D. (2005). Socialinių paslaugų sektoriaus plėtros galimybės Lietuvoje. *Viešoji politika ir administravimas*, 12, 77–85.
 107. Guogis, A., Šilinskytė, A. (2013). Naujasis viešasis valdymas kaip pilietinė vertybė: Lietuvos bendruomenių aktyvumo atvejis. *Tiltai*, 1, 27–36.
 108. Gurskis, V. *et al.* (2010). Hospitalinės infekcijos ekonominis įvertinimas vaikų intensyviosios terapijos skyriuose Lietuvoje. *Medicina*, 46(11), 781–789.
 109. Halvorsen, M., Pejakovich, P. (2006). *Tracer methodology*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://hcmarketplace.com/media/supplemental/17_browse.pdf

110. Hammurabi (2015). *Wikipedia*. [Žiūrėta 2015-05-06]. Prieiga internete: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hammurabi>.
111. Harper, R. (2009). Selecting Your Expert: Criteria to Determine the “Right” Expert for Your Case. *Medical experts, Paper 2.1*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <https://www.cle.bc.ca/PracticePoints/LIT/expertchoice.pdf>
112. Hatch, M. (2013). *Organization Theory*. London: Blackwell.
113. Hazell, L., Shakir, S. A. (2006). Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review. *Drug Safety*. 29(5),385-396.
114. Heinrich, H. W. *et al.* (1980). *Industrial Accident Prevention*. New York: McGraw-Hill.
115. Higienos institutas (2014). *Infekcijų ir jų rizikos veiksnių paplitimo tyrimo Lietuvos ligoninėse ataskaita*. Vilnius. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: http://www.hi.lt/content/hsp_duom_atask.html.
116. Higienos institutas (2015). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose*. Metodinis leidinys. Vilnius: Higienos institutas.
117. Hippocrates (2006). *Microsoft Encarta Online Encyclopedia*. Microsoft Corporation. [Žiūrėta 2015-07-06]. Prieiga internete: <http://research.easybib.com/research/index/search?search=%22Microsoft%C2%AE+Encarta+Online+Encyclopedia%22>.
118. Hobbs A. *et al.* (2008). Three principles of human system integration. *Proceedings of the 8th Australian Aviation Psychology Symposium*. Sydney. [Žiūrėta 2013-12-28]. Prieiga internete: http://humansystems.arc.nasa.gov/publications/3Principles_HSI.pdf.
119. Hogan, H. *et al.* (2015). Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. *BMJ*, (14), 351, 3239.
120. Hollnagel, E. (2006). Risk + barriers = safety? *Safety Science*,46, 221-229.
121. Hollnagel, E. (2014). *The Safety-I and Safety-II. The Past and Future of Safety Management*. Ashgate.
122. Hong P. *et al.* (2012). Evolving benchmarking practices: a review for research perspectives. *Benchmarking: An International Journal*, 19(4/5), 444–462.
123. Huang D., Clermont G., Kong L. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal of Quality of Health Care*. 22,151-161. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/18040/intensive-care-unit-safety-culture-and-outcomes-a-us-multicenter-study-->.
124. Hunt, L. (2014). *Experience is the best teacher*. 2014.
125. Hurwitz, B., Sheikth, A. (2009). *Health Care Errors and Patient Safety*. Blackwell Publishing Ltd.
126. ICES-CIEM (2014). *Expert Group Reports*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://www.ices.dk/publications/our-publications/Pages/Expert-Group-Reports.aspx>.
127. IDRE (2015). *Annotated SPSS Output Factor Analysis*. Institute for Digital Research and Education. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <https://idre.ugla.edu/>.
128. Ilie, G. (2012). Rethinking the European Business Model. *International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences*, 2(1), 34–39.

129. Inamori, K. (2012). *The twelve management principles*. [Žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga internete: <http://global.kyocera.com/inamori/management/twelve.html>.
130. Institute of Medicine (2003). *Patient Safety: Achieving a New Standard of Care*. Washington, DC: National Academy Press.
131. International Institute for Hermeneutics (2015). *About Hermeneutics*. [Žiūrėta 2016-03-10]. Prieiga internete: <http://www.iihermeneutics.org/>.
132. ISO. IEC 31010 (2009). *Risk management Risk assessment techniques. International Standard*. Edition 2009-11.
133. Yu, A. *et al.* (2016). *Patient Safety 2030*. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.
134. Ivanov, K. (1993). Hypersystems: A base for specification of computer-supported self-learning social systems. In Reigeluth, Banathy, B. H. & Olson, J. R. (Eds.), *Comprehensive systems design: A new educational technology*. New York: Springer-Verlag, 381–407.
135. Jackson, M. (2011). *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press.
136. James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9, 122–128.
137. Jankauskienė, D. (2012). Sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo pacientų požiūriu palyginimas Lietuvoje ir kai kuriose Europos šalyse. Sveikatos politika ir valdymas, 1(2), 84–101.
138. Jankauskienė D. (2016). Ligonių sveikatos priežiūros kokybės rodiklių vertinimo modelis Sveikatos politika ir valdymas. Nr. 1(9), 42–68.
139. Janušonis, V. (2005). Nepageidautinų įvykių pranešimų sistemos sveikatos priežiūros organizacijose. *Sveikatos mokslai*, 1, 75–80.
140. Janušonis, V. (2005). *Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose*. Klaipėda: S. Jokužio leidykla spaustuvė.
141. Janušonis, V., Kasap, G. (2012). Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai*, 22(4), 62–69.
142. Jasulaitis, A. *et al.* (2012). Sveikatos apsaugos įstaigos darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms motyvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(4), 272–295.
143. Johnson, C. W., Holloway, C. M. (2007). A Longitudinal Analysis of the Causal Factors in Major Maritime Accidents in the USA and Canada (1996–2006). *Proceedings of the 15th Safety-Critical Systems Symposium*. Bristol, 85–94.
144. Johnson, Ch. (2016). *Visualizing the Relationship between Human Error and Organizational Failure*. [Žiūrėta 2016-04-13]. Prieiga internete: http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/papers/fault_trees/organisational_error.html.
145. Joint Commission (2013). *Sentinel Events*. [Žiūrėta 2016-04-12]. Prieiga internete: http://jointcommission.org%2Fassets%2F1%2F6%2Fcmh_2012_update2_24_se.pdf&usg=AFQjCNETmem9IO50oPtbkLStqrxmF2i2tg&sig2=y9JdVAjABkJ0WhoEtpAg&bvm=bv.119028448,d.bGs.
146. Joint Commission International (2015). *JCI-Accredited Lithuanian hospitals: SK Impeks Medicinos Diagnostikos Centras (2015), UAB Kardiolita (2013), JSC Northway chirurgijos centras (2015)*. [Žiūrėta 2015-04-09]. Prieiga internete: <http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/?c=Lithuania>

147. Joint Commission International. (2015). *World Hospital Search*. [Žiūrėta 2016-04-09]. Prieiga internete: <http://www.worldhospitalsearch.org/the-value-of-jci-accreditation/where-are-the-us-hospitals/>
148. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998). *Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
149. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2003). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources.
150. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2002). *Sentinel Event Policy And Procedures Revised*. [Žiūrėta 2015-12-05]. Prieiga internete: <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospitals/sentinel+events/glossary.htm>.
151. Joint Commission Resources (2005). *2005 Hospital Accreditation Standards*. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations.
152. Joint Commission resources (2010). *Failure Mode and Effects Analysis in Health Care. Proactive Risk Reduction*.
153. Joint Commission Resources (2015). *Manual and Related Resources*. [Žiūrėta 2015-04-09]. Prieiga internete: <http://www.jcinc.com/store/publications/manuals/>.
154. Jurkuvėnas, V., Kanapeckienė, V. (2008). *Nepageidautini įvykiai ir jų priežastys sveikatos priežiūros specialistų ir pacientų požiūriu*. Vilnius: Higienos institutas. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.hi.lt/images/NI-ataskaita-2009.pdf>
155. Justickis, V., Jasulaitis, A. (2011). Teisinių reikalavimų gydytojui įvykdomumo įvertinimas // *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*. 1(3), 103–121. [Žiūrėta 2016-02-25]. Prieiga internete: <http://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/spv/archyvas/dwn.php?id=299716>
156. Justickis, V., Labanauskas, L. (2010). Įstatymo įvykdomumas. Šiuolaikinė gydytojo atsakomybės didinimo tendencija ir gynybinės medicinos paradoksas // *Socialinių mokslų studijos: mokslo darbai*, 4(8), 89–107. Prieiga internete: <http://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/sms/archyvas/?l=97326>.
157. Kaiser Associates (1988). *Beating the competition: a practical guide to Benchmarking*. Washington, DC: Kaiser Associates. 1988.
158. Kaiser, K. (2009). Protecting Respondent Confidentiality in Qualitative Research. *Qual Health Res.* 19, 1632–1641.
159. Kanapeckienė, V., Jurkuvėnas, V. (2011). Pacientų požiūriu į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas. *Visuomenės sveikata*, 3, 51–61.
160. Kalediene R. *et al.* (2015). Challenges in tracking health inequalities from the perspective of stakeholders in national level. *European Journal of Public Health*, 25(3), 297.
161. Katsamunskas, P. (2012). Classical and Modern Approaches to Public Administration. *Economic Alternatives*, 1, 74–81.
162. Kaushal, R., Bates, D. W. (2001). Computerized physician order entry (CPOE) with clinical decision support systems (CDSSs). In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment*, 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

163. Khodyakov, D., Hempel, S., Rubenstein, L. (2011). Conducting Online Expert panels: a feasibility and experimental replicability study. In *BMC Medical Research Methodology*, 11(1), 174–181.
164. Kyrö, P. (2003). Revising the concept and forms of benchmarking. *Benchmarking: An International Journal*, 10(3), 210–225.
165. Kyrö, P. (2004) “Benchmarking as an action research process”, *Benchmarking: An International Journal*, 11,(1), 52–73.
166. Kline, P. (2010). *Ten Steps to a Learning Organization*. [Žiūrėta 2015-07-10]. Prieiga internete: <http://www.amazon.com/Steps-Learning-Organization-text-Kline-B-Saunders/dp/B003PN4VJK>.
167. Kohn, L., Corrigan, J. et al. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.
168. Koperski, J. (2012). Models. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. [Žiūrėta 2015-11-01]. Prieiga internete: <http://www.iep.utm.edu/models/>.
169. Kosinskienė, A., Ruževičius, J. (2010). Sveikatos priežiūros kokybos valdymas ligoninėje. *Medicinos teorija ir praktika*, 16, 4, 23–36.
170. Kutner, M. et al. (2011). *The Health Literacy of America's Adults*. Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://nces.ed.gov/NAAL/index.asp?file=AssessmentOf/HealthLiteracy/HealthLiteracyResults.asp&PageID=158>.
171. Labanauskas, L., Justickis, V., Sivakovaitė, A. (2011). Gynybinės medicinos reikiinių paplitimas Lietuvoje: (pagrindiniai 2440 Lietuvos gydytojų tyrimo rezultatai). *Sveikatos politika ir valdymas: mokslo darbai*, 1(3), 158–169. [Žiūrėta 2011-05-25]. Prieiga internete: <http://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/spv/archyvas/dwn.php?id=299718>.
172. Labanauskas, L., Justickis, V. et al. (2010). Įstatymo įvykdumas. Šiuolaikinė gydytojų atsakomybės didinimo tendencija. *Socialinių mokslų studijos*, 4(8), 89–107.
173. Labanauskas, L., Justickis, V., Sivakovaitė, A. (2013). Gynybinė medicina Lietuvos sveikatos apsaugoje: Gydytojų gynybinių reakcijų formavimasis. *Sveikatos politika ir valdymas*. Nr. 1(6), 2013, 134–147. [Žiūrėta 2016-03-03]. Prieiga internete: http://www.mruni.eu/lt/mokslo_darbai/spv/paskutinis_numeris/.
174. Lay-Yee R., Scott, A., Davis, P. (2013). Patterns of family doctor decision making in practice context. What are the implications for medical practice variation and social disparities. *Social Science & Medicine*, 766, 47–56.
175. Lam, A. (2009). Organizational innovation. *The Oxford Handbook of Innovation*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199286805.001.0001/oxfordhb-978019928680>.
176. Lane, J-E. (2000). *New Public Management*. Routledge Minogue M.
177. Lane, J-E. (2013). The Principal-Agent Approach to Politics: Policy Implementation and Public Policy-Making. *Open Journal of Political Science*. 3(2), 85–89
178. Leape, L. L., Fromson, J. A. (2006). Problem doctors: is there a system-level solution? *Annals Internal Medicine*, 144, 107–115.
179. Leape, L. L. (1994). Error in medicine. *JAMA*; 272, 1851–72.
180. Lee, J. K., Grace, K. A, Taylor, A. J. (2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*, 296(21), 2563–2571.

181. Lee, R. C., Donaldson, C., Cook, L. S. (2003). The need for evolution in healthcare decision modeling. *Medical Care*, 41(9), 1024-1033.
182. Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union*. World Health Organization. [Žiūrėta 2016-04-10]. Prieiga internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf
183. Leonard, M. et al. (2012). *The Essential Guide for Patient Safety Officers. Second Edition*. Joint Commission Resources.
184. Lessing C, Schmitz A, Albers B, Schrappe M. (2010). Impact of sample size on variation of adverse events and preventable adverse events: systematic review on epidemiology and contributing factors. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 24.
185. Levinson, D. R. (2012). *Hospital Incident Reporting Systems Do Not Capture Most Patient Harm*. [Žiūrėta 2016-04-10]. Prieiga internete: <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/23842/hospital-incident-reporting-systems-do-not-capture-most-patient-harm>.
186. Macchi, L. et al. (2011). *Patient safety management. Available models and systems*. [Žiūrėta 2012-10-10]. Prieiga internete: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2011/W169.pdf>.
187. Margaretville Hospital (2014). *Patient Safety Officer (PSO)*. [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: <http://www.hahv.org/margaretvillehospital/.pr>.
188. Merriam-Webster dictionary (2015). *Subsidiarity*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/subsidiarity>.
189. Mark, D. (2008). Decision-Making in Clinical Medicine. In A. Fauci et al. editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition, McGraw-Hill Company, 16–23.
190. Marmienė, L. (2015). *Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas. Daktaro disertacija*. Kaunas.
191. Marx, D. (2001). *Patient safety and the "just culture": a primer for 10. health care executives*. New York: Columbia University.
192. Mathisfun (2015). *Combinations and Permutations Calculator*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.mathsisfun.com/combinatorics/combinations-permutations-calculator.html>.
193. Matykiewicz, L., Ashton, D. (2005). Essence of Care benchmarking: putting it into practice. *Benchmarking: An International Journal*, 12(5), 467–481.
194. Mattu, A., Goyal, D. (2008). *Emergency Medicine: Avoiding the Pitfalls and Improving the Outcomes*. BMJ Books.
195. Meadows, S., Baker, K., & Butler, J. (2003). The Incident Decision Tree: Guidelines for Action Following Patient Safety Incidents. In K. Henriksen, J. B. Battles, et al. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, 4. [Žiūrėta 2015-03-10]. Prieiga internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20611/#A6247>.
196. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM) (2001) *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*. New York: Columbia University.
197. Meira de Vasconcelos A. et al. Conceptualisation of the service experience by means of a literature review. *Benchmarking: An International Journal*, 22 (7) [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/BIJ-08-2013-0078>.

198. Mellenbergh, G. J. (2008). Chapter 11: Tests and questionnaires: Analysis. In H. J. Adèr & G. J. Mellenbergh (Eds.) (with contributions by D. J. Hand), *Advising on research methods: A consultant's companion* (), The Netherlands: Johannes van Kessel Publishing, 235–268.
199. Memon, A., Meissner, C. A., & Fraser, J. (2010). The cognitive interview: A meta-analytic review and study space analysis of the past 25 years. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(4), 340–372.
200. Merriam-Webster (2015). *Module. Merriam-Webster*. [Žiūrėta 2015-06-05]. Prieiga internete: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/module>.
201. Metz, J. (2015). The European Commission, Expert Groups, and the Policy Process. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://www.palgrave.com/page/detail/The-European-Commission-Expert-Groups-and-the-Policy-Process/?sf1=barcode&st1=9781137437228>.
202. Mikulak, R., McDermott, R., Bearegard, M. (2009). *The basics of FMEA*. Taylor Francis Group.
203. Minogue, M., Polidano, C., Hulme, D. (2000). *Beyond the New Public Management: Changing Ideas and Practices in Governance*. New Horizons in Public Policy series.
204. Module (2010). *Collins dictionary* [Žiūrėta 2015-06-05]. Prieiga internete: <http://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/module>.
205. Module. (2015). *Oxford Dictionary*. [Žiūrėta 2015-06-05]. Prieiga internete: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/module>.
206. Moriarty, J. P., Smallman, C. (2009). En route to a theory of benchmarking, *Benchmarking: An International Journal*, 16(4), 484–503.
207. Nacionalinė sveikatos taryba (2015). *Nutarimas dėl strateginio farmacijos ir sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo Lietuvoje programos įgyvendinimo*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=59624,9436,4.
208. Nagamine, J., Williams, M. (2005). *Quality Tools: Root Cause Analysis (RCA) and Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)*. *Hospitalist*. [Žiūrėta 2016-04-15]. Prieiga internete: <http://www.the-hospitalist.org/article/quality-tools-root-cause-analysis-rca-and-failure-modes-and-effects-analysis-fmea/>.
209. National Audit Office. Department of Health (2007). *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Controller and Auditor General (HC 456 Session 2005 2006).
210. National Coordinating Council for Medication (1998). *Error Reporting and Prevention. NCC MERP Taxonomy of Medication Errors*. Rockville, MD: Office of the Secretariat, United States Pharmacopeia.
211. National Hospice and Palliative Care Organization (2015). *Quality*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.nhpco.org/about-nhpco>.
212. National Patient Safety Agency (2004). *Seven steps to patient safety*. [Žiūrėta 2016-05-10]. Prieiga internete: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>.
213. National Patient Safety Agency (NPSA) (2005). *Building a Memory: Preventing Harm, Reducing Risks and Improving Patient Safety*. London: NPSA.
214. National Quality Forum (2002). *Serious Reportable Events in Healthcare: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum.

215. National Quality Forum (2006). *Standardizing a Patient Safety Taxonomy - A Consensus Report*. Washington DC: National Quality Forum. [Žiūrėta 2015-11-10]. Prieiga internete: <http://ps.mcic.com/appdocs/lps/Pt%20Safety%20Taxonomy%20NQF%20Concensus%20Feb%202006.pdf>.
216. National Roundtable on Health Care Quality (1998). *Statement on Quality of Care*. The National Academies Press.
217. Near miss (2015). *Definition.net*. [Žiūrėta 2015-02-07]. Prieiga internete: <http://www.definitions.net/definition/near%20miss>.
218. Near miss (safety) (2015). *Wikipedia*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: [https://en.wikipedia.org/wiki/Near_miss_\(safety\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Near_miss_(safety))
219. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (2015). *Reporting system*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: http://www.nvza.nl/de_nvza
220. Nedzinskas, E., Mekšrijūnaitė, A., Rudaitis, K. (2016). Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimo galimybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose tyrimo rezultatai. [Žiūrėta 2016-12-10]. Prieiga internete: : <http://www.hi.lt/uploads/news/ id506/2014-04-10%20NI%20tyrimas%201.pdf>.
221. Nelson, E. C. *et al.* (2008). Clinical microsystems, part 1. The building blocks of health systems. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(7), 367-378.
222. O'Donoghue, T., Punch, K. (2003). *Qualitative Educational Research in Action: Doing and Reflecting*. Routledge.
223. O'Toole, L. J., Jr., Meier, K. J. (2000). Networks, Hierarchies, and Public Management. In C. Heinrich & L. Lynn, eds., *Governance and Performance: New Perspectives*. Washington, DC:Georgetown University Press.
224. Osterwalder, A. *et al.* (2010). *Business Model Generation*, self published. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.businessmodelgeneration.com/downloads/business_modelgeneration_preview.pdf.
225. Overgaard, S. (2004). *Husserl and Heidegger on Being in the World*. Walter Kluver.
226. Panel discussion (2015). *Wikieducator*. [Žiūrėta 2015-12-25]. Prieiga internete: http://wikieducator.org/panel_discussion.
227. Panel Discussions (2015). *Concept. Scitable.A collaborative learning space for science*. [Žiūrėta 2015-12-29]. Prieiga internete: <http://www.nature.com/scitable/topicpage/panel-discussions-13909630>.
228. PASQ (2015). *European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ Joint Action*. [Žiūrėta 2015-07-10]. Prieiga internete: <http://www.pasq.eu/>.
229. Paškevičius, L. (2010). Pacientų sauga esminis sveikatos priežiūros kokybės aspektas. Pasaulio patirtis ir rekomendacijos Lietuvai. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(2), 125–158.
230. Paškevičius, L. (2014). Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 133–156.
231. Patient Safety 2030 (2016). *NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial College Healthcare NHS Trust*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>.
232. Patient Safety Organization (2015). *Near Miss Registry, Under the American College of Physicians' (ACPs')*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: www.nearmiss.org.

233. *Patient safety: towards sustainable improvement, Fourth report to the Australian Health Ministers' Conference.* (2003). Australian council for safety and quality in health care. Commonwealth of Australia.
234. Patton, M. Q., Cochran, M. (2013). *A Guide to using Qualitative Research Methodology.* [Žiūrėta 2015-04-10]. Prieiga internete: <https://www.scribd.com/doc/306652717/Qualitative-Research-Methodology>.
235. Paulauskienė I., (2015). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistema. Siūlomų privalomai registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašas ir jų apibrėžimai.* Vilnius: Higienos institutas.
236. Paulauskienė, I. (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistema.* Vilnius: HI. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.google.com/ur?sa=t&rc=tj&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAAahUKewiGn-PYZrJAhVCvhQKHSDBA2c&url=http%3A%2F%2Fwww.hi.lt%2Fuploads%2Fnews%2Fid518%2F3.%2520Ivykiu%2520sarasas.pdf&usg=AFQjCNEQGfbl1hTbcBWBvfmPKHdl8WUA9g>.
237. Perkins, J. (2016). *The New Confessions of an Economic Hit Man.* Oakland: Berret-Koehler Publishers.
238. Pervaiz, K. A., Rafiq, M. (1998). Integrated benchmarking: a holistic examination of select techniques for benchmarking analysis. *Benchmarking for Quality Management & Technology*, 5(3), 225–242.
239. Peters, G., Peters, B. (2008). *Medical Error and Patient Safety*, Taylor and Francis Group.
240. Petkuviene L, Istomina N. (2006). Slaugytojų požiūrio į slaugytojo ir socialinio darbuotojo kompetencijas analizė. *Sauga: mokslas ir praktika*.;6(114):6-11.
241. Plsek, P. E., Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625–628.
242. Plsek, P. E., Wilson, T. (2001). Complexity science. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ*, 323, 746–749.
243. Pohl, R. (2004). *Cognitive Illusions. A Handbook on Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory.* Psychology Press.
244. Polidano, C., Hulme, D. (2000). *Beyond the New Public Management: Changing Ideas and Practices in Governance.* Wayne Parsons.
245. Principle (2016). *Wikipedia.* [Žiūrėta 2016-03-21]. Prieiga internete: <https://en.wikipedia.org/wiki/Principle>.
246. PSN (2015). Never Events. *Patient Safety net. AHRQ.* [Žiūrėta 2015-10-07]. Prieiga internete: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sentinel+event>.
247. Pujols-McKee, A. (2007). *Conversation with patient safety officers.* Pensilvania.
248. Quality Interagency Coordination Task Force (2000). *Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact.* Washington, DC: Quality Interagency Coordination Task Force.
249. Qureshi, Z. H. (2008). *A Review of Accident Modelling Approaches for Complex Critical Sociotechnical Systems. Technical Report.* [Žiūrėta 2015-08-10]. Prieiga internete: <http://crpit.com/confpapers/CRPITV86Qureshi.pdf>
250. Raipa, A., Smalskys, V. (2006). Naujosios viešosios vadybos įgyvendinimo problemos kontinentinėje Europoje. *Viešasis administravimas*, 3–4(11–12), 16–22.

251. Rasmussen, J. (1997). Risk Management in a Dynamic Society: A Modelling Problem. *Safety Science*, 27, 183–212.
252. Ratnapalan, S., Uleryk, E. (2014). Organizational Learning in Health Care Organizations. *Systems* 2014, 2(1), 24–33.
253. Raz, T., Hillson, D. (2005). A Comparative Review of Risk Management Standards. *Risk Management: An International Journal*, 7(4), 53–66.
254. Reason, J. (1997). Engineering a just culture. In Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Hampshire, United Kingdom: Ashgate, 205–212.
255. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768–770.
256. Reason, J. (2001). Understanding adverse events: The human factor. In Vincent C. A, ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publications, 9–30.
257. Reason, J. (2003). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing Group.
258. Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P. Multilayered approach to patient safety culture. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724396>. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2006.00570.x/abstract>.
259. *Research Methods in Psychology: Volume 2. Research Designs*, 57–71. Washington, DC: APA.
260. *Resilience Healthcare Conference* (2015). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.resiliencehealthcareconference.com.au/program/>.
261. Ryan G. W., & Bernard H. R. (2006). *Techniques to Identify Themes in Qualitative Data*, [Žiūrėta 2015-02-04]. Prieiga internete: http://www.analytictech.com/mb870/Readings/ryan-bernard_techniques_to_identify_themes_in.htm.
262. Riley W. *et al.* (2016). *Improved patient safety: near misses, errors and breaches*. [Žiūrėta 2016-02-07]. Prieiga internete: <http://www.businessdictionary.com/definition/near-miss.html>.
263. Robb G1, Seddon M. (2010). A multi-faceted approach to the physiologically unstable patient. *Qual Saf Health Care*. Oct;19(5):e47. [Žiūrėta 2016-10-12]. Prieiga internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20671075>.
264. Rouse, W. B. (2008) Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. *Bridge-Washington-National Academy of Engineering*, 38, 17. <http://www.scrip.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1598613>.
265. Romero, A. V., Malone, D. C. (2005). Accuracy of adverse drug event reports collected using an automated dispensing system. *American Journal of Health- Systems Pharmacy*, 62(13), 1375–1380.
266. Rothbauer, P. (2008). Triangulation. In Given, Lisa (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Sage Publications, 892–894.
267. Runciman, W. *et al.* (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, (21), 1, 18–26.
268. Ruževičius J. (2010). Kokybės vadybos aprėpties plėtra. Vilnius [Žiūrėta 2016-04-13]. Prieiga internete: http://www.kv.ef.vu.lt/wp-content/uploads/2010/10/STRAIPSNIS-VRM-tinklapiui_J.Ruzevicius_2010.pdf.
269. Sabaté, E. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

270. Saldana, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks, California: Sage.
271. Salisbury University (2015). *Discussion Group Guidelines and Roles*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://faculty.salisbury.edu/~tjdunn/Probs.../DiscGrp.Gdlines&Roles.Sp03>.
272. Salling, O. H. (2013). Cultural Analysis & In-Depth Hermeneutics. *Historical Social Research Focus*, 38(2), 7–157.
273. SAM (2015). *Dėl informacijos apie laisvas darbo vietas teikimo, 10-10539 2015-11-25*. [Žiūrėta 2015-11-05]. Prieiga internete: https://www.google.lt/?gfe_rd=cr&ei=KMpSVprtCaOh8wfE8ZeADg&gws_rd=ssl#q=sveikatos+apsaugos+ministerija+specialist%C5%B3+tr%C5%ABkumas.
274. SAM Ryšių su visuomene skyrius (2013). *Laikas spręsti įsisenėjusias sveikatos sistemos specialistų problemas*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: http://old.sam.lt/popup2.php?ru=OgqGftMoBm&tmpl_name=m_article_print_view&article_id=4063.
275. Sampling (statistics) (2016). *Wikipedia*. [Žiūrėta 2016-01-03]. Prieiga internete: https://en.wikipedia.org/wiki/Sampling_%28statistics%29
276. Särndal, C-E. *et al.* (2003). *Stratified Sampling. Model Assisted Survey Sampling*. New York: Springer, 100–109.
277. Scafritz, J., Ott, S., Jang, Y. S. (2016). *Classics of Organization Theory*, Boston: Wadsworth, Cengage Learning.
278. Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*, (3rd ed.). New York, NY, USA: Teachers College Press.
279. Semmelweis university Budapest (2015). *Health services management training centre*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: http://semmelweis.hu/emk/files/2008/06/emk_bemutato_szoroanyag_eng080401fn.pdf.
280. Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday.
281. Sentinel Event (2015). Public health and safety. [Žiūrėta 2015-10-06]. Prieiga internete: <http://www.leg.state.nv.us/NRS/NRS-439.html#NRS439Sec830>.
282. Sentinel event (2012). *Farlex Partner Medical Dictionary* © Farlex. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sentinel+event>.
283. Singer, S. *et al.* (2009). Identifying organizational cultures that promote patient safety. *Health Care Management Review*, 34 (4), 300–311.
284. Slee, V. N. *at al.* (1996). *Health Care Terms*, 3d ed. St. Paul, MN: Tringa Press.
285. Smalskys, V. (2009). Viešojo administravimo modernizavimo priežastys ir tendencijos. *Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos*, 1(17) 90–99.
286. Smalskys, V., Skietrys, E. (2008). Viešojo valdymo modernizavimo aspektai ir įgyvendinimo problemos. *Viešoji politika ir administravimas*, 24, 60–66.
287. Smalskys, V., Stankevič, B., Stasiukynas, A. (2015). „Good Governance“ (Geras valdymas) viešojo administravimo modernizavimo koncepcijų kontekste. *Viešasis administravimas*, 1–2, 45–46.
288. Smelcer, J., Miller-Jakobs, H., Kantrovich, L. (2009). Usability of Electronic Medical Records. *Journal of Usability Studies*. (4), 2, 70–84.

289. Smits, M. *et al.* (2010). Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 5.
290. Southard, P. B., Parente, D. H. (2007). A model for internal benchmarking: when and how? *Benchmarking: An International Journal*, 14 (2), 161–171.
291. Spath, P. L. (2000). *Patient Safety Improvement Guidebook*. Forest Grove, OR: Brown-Spath & Associates.
292. Stamatis, D. (2003). *Failure Mode and Effect Analysis*. American Society for Quality. Quality Press.
293. Starfield, B. *et al.* (2002). Variability in Physician Referral Decisions. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(6). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.medscape.com/viewarticle/446163_3.
294. Stašys, R. (2002). Lietuvos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojai ir tiekėjai // Transformacijos Rytų ir Centrinėje Europoje. „Tiltai“ priedas, Nr. 10, 208–221.
295. Stašys, R. (2003). Sveikatos priežiūros paslaugos ir jų klasifikavimas // Transformacijos Rytų ir Centrinėje Europoje. „Tiltai“ priedas, Nr. 13, 417–422.
296. Stašys, R. (2008). Konkurencijos didinimo sveikatos priežiūros paslaugų rinkoje galimybės. *Sveikatos mokslai*, 2 (56), 1590–1598.
297. Stašys, R., Jurgutis, A., Vainiomaki, P. (2011). Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania. *Vadybos mokslas ir studijos – kaimo verslų ir jų infrastruktūros plėtrai*, 2(26), 76–86.
298. STAT506. (2016). How to Use Stratified Sampling. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <https://onlinecourses.science.psu.edu/stat506/node/27>
299. Statistical Society of London (1838). Fourth Annual Report of the Council of the Statistical Society of London. *Journal of the Statistical Society of London*, 1(1), 5–13. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.jstor.org/stable/2337850l>
300. Stolzer, A. J., Halford, C. D., Goglia, J. J. (2013). Safety Management Systems in Aviation. In *Ashgate Studies in Human Factors for Flight Operations*. Burlington: Ashgate Publishing Company.
301. Stone, J. (2009). *A Clinician's Pearls & Myths in Rheumatology*. Springer.
302. Strat, M. L. (2015). *Strategy Markup Language (StratML)*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://xml.fido.gov/stratml/>.
303. Swanson, C. *et al.* (2011). *Criminal Investigation*. Ruthledge.
304. Taylor, F. (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York and London: Harper & brothers.
305. Takayanagi, K., Hagihara, Y. (2007). Revised sunflower SHELL model an analysis tool to ensure adverse events' factor analysis and followed by patient safety strategy. *Japan-hospitals: the journal of the Japan Hospital*, 25, 11-18.
306. Teitelbaum, J. B., Wilensky, S. (2013). *Essentials of Health Policy and Law*. Patient organizations database. [Žiūrėta 2015-04-05]. Prieiga internete: <https://www.rarediseases.org/patients-and-families/patient-assistance>.
307. The Institute of Medicine (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.aspx>.

308. The Joint Commission (2008). Behaviors that undermine a culture of safety. *Sentinel Event Alert*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm.
309. Thomas, E. J. *et al.* (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*, 38, 261-271.
310. Thomas, E. J., Brennan, T. A. (2001). Errors and adverse events in medicine: An overview. In: Vincent C., ed. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. London: BMJ Publishing, 31-43.
311. TK, WINEG (2016). Fehlerberichts und Lernsystem für Hausarztpraxen. [Žiūrėta 2016-06-01]. Prieiga internete: <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/>.
312. Topol, E. (2012). *The Creative Destruction of Medicine. How the Digital Revolution will create better health care*. Basic books.
313. Triola, M. (2012). *Elementary Statistics (12th Edition)* Pearson.
314. Tullock, G. (2005). *The rent seekig society*. Washington, DC: Liberty Fund
315. U. S. Department of Health and Human Services (2016). *Quick Guide to Health Literacy*. [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsliteracy.htm>
316. United Nations Department of Economic and Social Affairs Division for Social Policy and Development (2015). Agenda 2030 for sustainable development. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.
317. Vaicekauskienė, V. *et al.* (2015). Socialinio darbuotojo veiklos komandoje ypatumai gydant pacientą. *Pedagogika*, 93, 38-46.
318. Valinteliene, R. (2015). Projekto „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ pristatymas. Vilnius: Higienos institutas.
319. Vladičkinė, J. (2002). *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų darbo motyvacija ir jai įtakos turintys veiksniai*. Daktaro disertacija, Kaunas, 2002.
320. Varallo, F. R. (2014). Causes for the underreporting of adverse drug events by health professionals: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, 48(4), 739-747.
321. VASPVT (2009). *Nacionalinė PS platforma*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: www.vaspvt.gov.lt/node/135.
322. VASPVT (2014). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo rodikliai (2013-2014). [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: <http://www.vaspvt.gov.lt/node/493>
323. Verslo edukacijos portalas (2016). *Efektvyumas*. [Žiūrėta 2015-12-10]. Prieiga internete: <http://www.verlas.in/terminas/efektyvumas/>.
324. Veterans Health Administration National Center for Patient Safety (2012). *Glossary of Patient Safety Terms*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: www.patientsafety.gov/glossary.html.
325. Vincent, C. (2006). *Patient Safety*. Elsevier.
326. Vincent, C. A. (2004). Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality & Safety in Health Care.*, 136, 242-243.

327. Vincent, C., Reason, J. (1999). Human factors approaches in medicine. In Rosenthal M. M, Mulcahy L., Lloyd-Bostock S., eds. *Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle*. Buckingham, UK: Open University Press.
328. Vladičkėinė, J. (2002). *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų darbo motyvacija ir jai įtakos turintys veiksniai*. Daktaro disertacija, Kaunas, 2002.
329. Voges, U. (2000). Minimisation of risk in medical systems by system design for safety. In Vincent C., de Mol B., eds. *Safety in Medicine*. Amsterdam: Pergamon, 217–230.
330. Wachter, R. (2008). *Understanding Patient Safety*. McGraw Hill, 34–36.
331. Wachter, R., Pronovost, P. (2009). Balancing “No Blame” with Accountability in Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 361–414.
332. Wait, S., Nolte, E. (2005). Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives. *Benchmarking: An International Journal*, 12(5), 436–448.
333. Walsh, W. H. (2009). *Reason and Experience*.
334. WavePad Audio Editing Software (2016). [Žiūrėta 2015-12-05]. Prieiga internete: <http://wavepad.en.softonic.com/>.
335. Weber, E. P. & Khademian, A. M. (2008). Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings. *Public Administration Review*, 68, 2, 334–349.
336. Weber, M. (2002). *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism: and Other Writings*. Penguin Twentieth-Century Classics, 2002.
337. Weber, M. (2002). *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism: and Other Writings*. Penguin Twentieth-Century Classics, 2002.
338. WHO (2006). *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*. [Žiūrėta 2015-12-05]. Prieiga internete: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/articles/en/.
339. WHO (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. [Žiūrėta 2015-12-05]. Prieiga internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/publications2/2008/guidance-on-developing-quality-and-safety-strategies-with-a-health-system-approach>.
340. WHO (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report*. [Žiūrėta 2016-03-10]. Prieiga internete: www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter1.pdf.
341. WHO (2011). *Patient Safety. Patient Safety Curriculum Guide*. [Žiūrėta 2015-10-15]. Prieiga internete: <http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/>
342. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems (2005). Geneva, Switzerland: WHO Press.
343. Williams, J., Brown, C., Springer, A. (2012). Overcoming benchmarking reluctance: a literature review. *Benchmarking: An International Journal*, ol. 19(2), 255–276.
344. Wilson, R. et al. (1999). An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care. *Medical Journal of Australia*, 170, 411–415.
345. Wyszewianski, L. (2008). Basic Concepts of Healthcare Quality. In E. R. Ransom et al. *The healthcare quality book: vision, strategy, and tools, 2nd ed.*, 25–42.
346. Wolfgang, U., Eckart, W. (2005). *Geschichte der Medizin*. 5. Aufl., Berlin: Springer.

347. World Alliance for Patient Safety (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3).
348. World Health Organization (2007). *Project to develop the International Classification for Patient Safety*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/WHO%20Report%20of%20Drafting%20Group%20Geneva%206-7%20Dec%2007.pdf.
349. World Health Organization (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
350. World Health Organization (2016). *Data and statistics. WHO Regional office for Europa*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>.
351. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007). *Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva.
352. Zairi, M. (1998). Benchmarking at Shorts. *Benchmarking for Quality Management & Technology*, 5(1), 13–20.
353. Zaleski, P. (2010). Ideal Types in Max Weber's Sociology of Religion: Some Theoretical Inspirations for a Study of the Religious Field, *Polish Sociological Review*. 3(171). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://polish-sociological-review.eu/index.php/psr-31712010/>.
354. Žala ir nuostoliai (2012). *LR civilinis kodeksas*, 6,249 str., Vilnius.
355. Žydzūnaitė, V. (2005). *Komandinio darbo kompetencijos ir jų tyrimo metodologija: monografija*. Kaunas: Judex.
356. Žydzūnaitė, V., Virbalienė, A., Katiliūtė, E. (2006). Grindžiamoji teorija – kokybinė edukologijos tyrimų metodologijos strategija. *Pedagogika*, 83, 57–63.

Nacionaliniai ir tarptautiniai teisės aktai

1. Council of the European Union (2010). *Council conclusions “Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare systems”*. Council of Europe recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: https://www.idf.org/sites/default/files/Council_conclusions_7%20Dec%202010_Chronic%20Disease.pdf.
2. European Commission (2004). *Regulation (EC) 851/2004 of the European Parliament and of the Council establishing ECDC, OJL142, 30 April 2004, 1*. [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: http://ecdc.europa.eu/en/aboutus/Key%20Documents/0404_KD_Regulation_establishing_ECDC.pdf.
3. European Commission (2005). *Patient Safety Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety*. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.
4. European Commission (2010). *Health care quality for Europe*. DG Health and Food Safety. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm.

5. European Union Directorate general for internal policies policy department (2015). *Composition of the Commission's expert groups and the status of the register of expert groups*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: [www.europarl.europa.eu/.../IPOL_STU\(2015\)552301](http://www.europarl.europa.eu/.../IPOL_STU(2015)552301).
6. Europos Sąjungos Taryba (2009). *Tarybos rekomendacija „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės*. 2009/C 151/01. [Žiūrėta 2015-05-06]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_lt.pdf.
7. Europos Taryba (2009). Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės. *Europos Sąjungos oficialusis leidinys*. (2009/C 151/01). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/LT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2009:151:FULL&from=EN> EU-lex. (2015).
8. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2009 m. spalio 13 d. nutartis civilinėje byloje D. B. V. VŠĮ Kauno medicinos universiteto klinikos, bylos Nr. 3K-3-408/2009 (2009). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://eteismai.lt/byla/72_216614802005/3K-3-408/2009.
9. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2008 m. spalio 14 d. nutartis, priimta civilinėje byloje R. B. v. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-478(2008). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://eteismai.lt/byla/103261862775539/3K-3-478/2010>.
10. Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Civilinių bylų skyriaus teisėjų kolegijos 2005 m. kovo 30 d. nutartis, priimta civilinėje byloje J. R. ir kt. v. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, bylos Nr. 3K-3-206/2005 (2005). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: <http://liteko.teismai.lt/viesasprendimupaiska/tekstas.aspx?id=5aff353a-0ea5-4a75-8ea5-6355b7d71325>.
11. Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategija (2009). *Valstybės žinios*, Nr. 22-854, [Žiūrėta 2010-05-27]. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=337959&p_query=&p_tr2=.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „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, 2007 m. rugpjūčio 31 d. Nr. V-711 (2007). [Žiūrėta 2014-09-09]. Prieiga internete: <https://e279.seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/NMcjmUyGHe?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=a3b7d617-5091-4dd5-9e73-00b931957f4e>.
13. Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“ (1991). *Valstybės žinios*, 33–893. [Žiūrėta 2011-02-28]. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=3044&p_query=&p_tr2=.
14. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Suvestinė 2015 m. redakcija) (2015). [Žiūrėta 2016-04-05]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/617017408f5b11e59c9a8f8c9980906b?positionInSearchResult=2&searchModelUUID=144e1cc2-ce5a-47a9-a48d-6d8c72e510fe> pakeitimo įstatymas.
15. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo“ 2011 m. birželio 7 d. Nr. XI-1430 (2011). [Žiūrėta 2014-02-28]. Prieiga internete: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0E672DF64E70>.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymo Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės

- užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo“ (2007). [Žiūrėta 2014-09-09]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/NMcjmUyGHe?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=a3b7d617-5091-4dd5-9e73-00b931957f4e>.
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. 2010 m. gegužės 6 d. Nr. V-401(2010). [Žiūrėta 2012-02-06]. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=372118&p_query=&p_tr2=.
 18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo. (2015). *Valstybės žinios*. V-92.
 19. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. Galiojanti suvestinė redakcija(2015). [Žiūrėta 2016-05-06]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.29546/StADcThLNJ?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=191748c0-8d1d-43a4-bf5a-4d713fb4120a>.
 20. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Galiojanti suvestinė redakcija (2016-2016-06-30). (2015) [Žiūrėta 2016-05-06]. Prieiga internete: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.5905/sKtlPyMgWc?positionInSearchResults=1&searchModelUID=708b59b0-ea93-48a5-b219-6b06a3fe5cc9>.
 21. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (2003). *Valstybės žinios*, 335.
 22. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“ (2009). [Žiūrėta 2014-02-28]. Prieiga internete: <http://www.infolex.lt/lite/ta/127533>.
 23. 23. Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m. (2009). Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: <http://www.vaspt.gov.lt/node/135>.
 24. Nacionalinė sveikatos taryba (2015). Nutarimas dėl strateginio farmacijos ir sveikatos priežiūros žmonių išteklių planavimo Lietuvoje programos įgyvendinimo. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=59624,9436,4.

Internetiniai šaltiniai

1. Agency for Quality in Medicine. Joint Institution of the German Medical Association and the National Association of Statutory Health Insurance Physician (2012). *Tinklalapis*. [Žiūrėta 2016-02-10]. Prieiga internete: <http://www.aezq.de/>.
2. Cochrane (2016). *Reviews*. [Žiūrėta 2016-02-26]. Prieiga internete: <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>.
3. EU-lex (2013, 2015). *Prieiga prie Europos Sąjungos teisės*. *Tinklalapis*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: Prieiga internete: <http://eur-lex.europa.eu>.
4. European Commission (2011). *Official Site*. [Žiūrėta 2016-02-02]. Prieiga internete: Prieiga internete: ec.europa.eu/index_en.htm.
5. European Commission (2016). *Improving Patient Safety in Europe*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://ipse.univ-lyon1.fr>.

6. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (2012). [Žiūrėta 2016-02-01]. Prieiga internete: <http://www.pasq.eu/>.
7. Higienos institutas (2016). *Sveikatos informacijos centro informacinė duomenų bazė*. [Žiūrėta 2015-05-06]. Prieiga internete: <http://sic.hi.lt/>.
8. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (2016). *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2015 m. (išankstiniai duomenys)*. Vilnius. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://www.hi.lt/sveikatos-statistikos-leidiniai-2.html>.
9. Lietuvos Respublikos Seimas (2016). *Tinklapis*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://www.lrs.lt>.
10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (2017). *Tinklapis*. [Žiūrėta 2016-02-01]. Prieiga internete: <http://sam.lrv.lt/lt/>.
11. *Safety Improvement for Patients in Europe* (2004). [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_inter_19_en.pdf.
12. U. S. National Library of Medicine, National Institutes of Health (2015). *PUBMED*. [Žiūrėta 2015-02-06]. Prieiga internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
13. UpToDate (2016). [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <https://www.uptodate.com/login>.
14. WHO (2016). *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: <http://www.pathqualityproject.eu/index.html>.

PRIEDAI

1 priedas. KIEKYBINIO TYRIMO ANKETA

Gydytojas ar slaugytojas, kaip ir kiekvienas žmogus, kartais klysta. Klaidos padaromos nustatant ligos diagnozę, atliekant ir interpretuojant tyrimus, skiriant vaistus, atliekant chirurgines intervencijas ir procedūras, identifikuojant pacientą, tvarkant medicininę dokumentaciją ir pan.

Įvairių valstybių sveikatos priežiūros įstaigose yra diegiamos įvairios priemonės, padedančios medikams išvengti klaidų, sumažinti nepageidaujamų įvykių riziką. Tačiau ne visada aišku, kurios jų yra tinkamos, pritaikomos ir veiksmingos Lietuvos ligoninėms.

Šio tyrimo tikslas – išsiaiškinti, kokios pacientų saugą gerinančios priemonės galėtų būti veiksmingos, pritaikytos praktiškai Jūsų ligoninėje ir galimai sumažintų pacientų saugos įvykių pasireiškimą Jūsų praktikoje, Jūsų ligoninėje.

Kreipiamės į Jus dėl to, kad Jūs gerai pažįstate savo darbą, kaip organizuojama sveikatos priežiūra Jūsų ligoninėje, kasdien stebite ar patys susiduriate su įvairiomis situacijomis ir problemomis, kuomet padidėja galimybė suklysti, rasti nepageidaujamam įvykiui.

Dėl to Jūsų nuomonė ypač vertinga ir pasitarnaus kuriant Lietuvos ligoninėms pritaiktą Pacientų saugos įvykių valdymo modelį.

Toliau pateikiame užpildyti lentelę, kurios:

1. **Pirmame lentelės stulpelyje „Priemonės pavadinimas“** surašytos klaidų prevencijos priemonės.
2. **Antrame lentelės stulpelyje „Kiek naudinga priemonė?“** prašome penkių balų skalėje įvertinti kiekvieną priemonę (*klausimyno 1–9 dalyse*): kiek, Jūsų nuomone, **ji būtų (ar yra, jei jau naudojate) naudinga** Jūsų ligoninei.

Jūsų vertinimai gali būti tokie:

5 – labai naudinga priemonė, reikia ją nedelsiant įgyvendinti
4 – naudinga priemonė, yra tikslinga ją įgyvendinti
3 – priemonė gali būti šiek tiek naudinga
2 – priemonė nenaudinga
1 – priemonė žalinga

3. **Trečiame stulpelyje „Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?“** 5 balų skalėje įvertinkite, kiek sunku (problematiška, sudėtinga) būtų (ar buvo) įgyvendinti šią priemonę Jūsų ligoninėje.

Jūsų vertinimai gali būti tokie:

5 – neįmanoma
4 – labai sunku
3 – sunku
2 – lengva
1 – labai lengva

4. **Ketvirtame stulpelyje „Su kokiais sunkumais būtų susidurta?“** prašome pažymėti *sunkumus (problemas)*, su kuriais tektų susidurti įgyvendinant šią priemonę. Kiekvieną sunkumą pažymėsite raide (D/S/K/T/B). Galite nurodyti tiek sunkumų (problemu), kiek, Jūsų nuomone, gali kilti.

D (Darbas) – priemonė pareikalaus pernelyg daug *papildomo darbo*
S (Sąlygos) – įstaigai trūksta priemonei įgyvendinti reikalingų *sąlygų* (įrangos, patalpų, specialistų)
K (Kvalifikacija) – priemonei taikyti būtinas esminis ir ženklus *kvalifikacijos tobulinimas*
T (Trukdys dirbti) – priemonės taikymas blaškys gydytoją / slaugytoją, *trukdys* gerai atlikti pagrindinį darbą
B (Blogos pasekmės gydytojui, slaugytojui) – priemonės įgyvendinimas gali turėti *blogų* (neigiamų) pasekmių gydytojui, slaugytojui (gali sumažėti atlygis, padidėti atsakomybė, gydytojas dažniau sulauks priekaištų, didelė tikimybė gauti administracinę nuobaudą ir kt.)

Klaidos priimant sudėtingus sprendimus

Nemažai klaidų daroma dėl to, kad priimant sprendimą ne apie viską pagalvojama, ne visos galimybės aptariamoms. Pavyzdžiui, diagnozuojant neretai suklystama dėl to, kad pamiršamos galimos alternatyvios diagnozės (nepakankama diferencinė diagnozė). Skiriant vaistus, nepagalvojama apie alternatyvius vaistus, dozes, vartojimo tvarką, šalutinį poveikį ir kt. Ne apie viską pagalvojama skiriant pacientui terapines ar chirurgines procedūras arba numatant individualias griuvimo, pragulų ir pan. prevencijos priemones. Lygiai taip pat numatant kovos su hospitalinėmis infekcijomis ar įrangos sutrikimo prevencijos priemonės gali būti pagalvota ne apie viską, kas gali vieną ir kitą sukelti.

Toliau išvardintų priemonių tikslas – priminti gydytojui ir slaugytojui tuos dalykus, apie kuriuos jis gali ir nepagalvoti.

Prašome įvertinti, kiek naudinga būtų įgyvendinti kiekvieną pacientų saugą gerinančią priemonę Jūsų ligoninėje, su kokiais sunkumais (problemomis) tektų susidurti ją įgyvendinant.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Ligoninės gydytojai, slaugytojai, vaistininkai turi turėti lengvą ir patogų prieėjimą prie geriausių pasaulio medicinos duomenų bazių (<i>MEDLINE, DYNAMED, COCHRANE, UpToDate</i>) ir pagalbos medikui sistemų (<i>DEXPLAIN, ISABEL</i>).			

2. Reikia užtikrinti, kad visi darbe reikalingi protokolai, nurodymai, standartai, kontroliniai sąrašai visada būtų po ranka, tai yra, būtų randami per kelias sekundes.			
3. Vaistininkas turi reguliariai lankytis ligoninės skyriuose, dalyvauti pasirenkant ir administruojant vaistus, peržiūrėti paskirtus vaistus, dalyvauti ligonių vizitacijose, konsultuoti vaistus skiriančią gydytoją – teikti jam papildomą informaciją.			
4. Pacientui atvykus į ligoninę, informacija apie visas jam atliekamas diagnostines ir gydymo procedūras, jo vartojamus/paskirtus vaistus turi būti iš karto (išskyrus esant tiesioginei grėsmei paciento gyvybei) įrašoma į jo kompiuterinę sveikatos istoriją.			
5. Visi paciento duomenys (svoris, gimimo data, identifikacinis kodas, laboratorinių, radiologinių ir kitų tyrimų rezultatai) turi būti lengvai pasiekiami kiekvienam pacientui paslaugas teikiančiam medicinos darbuotojui: gydytojui, slaugytojui, vaistininkui, laborantui, kt.			
6. Gydytojas, vaistininkas, slaugytojas prieš skirdami ar teikdami bet kokį vaistą kiekvieną kartą patikrina paciento ligos istorijos duomenis (ar tinkamas vaistas, ar įvertintas anksčiau stebėtas šalutinis skiriamo ir kitų vaistų poveikis pacientui, ar tas pacientas). Šio patikrinimo išvada turi būti įrašyta paciento ligos istorijoje.			
7. Prieš išduodamas vaistą vaistininkas privalo patikrinti dėl galimų paciento alerginių ir šalutinių reakcijų pavojaus, taip pat informuoti gydytoją apie alternatyvių vaistų, dozių, vartojimo būdų galimybę.			
8. Ligoninėse turi būti įdiegta elektroninė vaistų skyrimo sistema, kuri įvedus pacientui paskirto vaisto pavadinimą automatiškai įspėja gydytoją apie anksčiau pasireiškusias šalutines ir alergines reakcijas į šį vaistą, nurodo, ar pacientas priklauso rizikos grupei, kuriai reikia atitinkamai koreguoti dozę, nurodo alternatyvias vaisto skyrimo galimybes.			
9. Visose vietose, kur pacientui atliekamos diagnostinės ar gydymo procedūros, leidžiami vaistai, turi būti iškabinti, kasmet peržiūrimi priminimai apie svarbiausius, dažniau pamirštamus, veiksmus (reikalavimus) šioms procedūroms.			

Klaidos dėl nepakankamai atidaus darbo

Didelė dalis klaidų padaroma dėl to, kad gydytojas ar kitas darbuotojas buvo nepakankamai atidus. Dėl to kažkas svarbaus lieka nepastebėta ir nepadaryta. Paviršutiniškai patikrinus įrangą, gali būti nepastebėtas jos sutrikimas, nepakankamai atidžiai patikrinus gali būti supainioti vaistai ar pacientai, chirurginė ar kitokia procedūra gali būti atlikta ne tam, kam reikia, ir pan.

Toliau nurodytos priemonės, kurių tikslas paskatinti dirbti atidžiau, nuolat turėti omeny galimybę apsirikti ir galimas pasekmės.

Prašome įvertinti, kiek naudinga kiekviena priemonė, kiek sunku būtų (ar buvo) ją įgyvendinti, su kokiais sunkumais būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Gydytojai ir slaugytojai turi būti mokomi psichologinių metodų, kaip būti atidiems, kaip kontroliuoti ir stiprinti savo dėmesį.			
2. Neatidumo klaidų mažinimas oficialiai paskelbiama vienu svarbiausiu įstaigos tikslu.			
3. Įstaigos vadovai reguliariai lanko padalinius ir kalba su darbuotojais apie pacientų saugos svarbą, pabrėžia rūpestingą diagnostinių ir gydymo veiksmų atlikimą.			
4. Gydytojo ar slaugytojo tiesioginis vadovas nuolat primena būtinybę dirbti atidžiai.			
5. Įstaigos vadovybė nuolat pabrėžia savo suinteresuotumą pacientų sauga (pvz., priimami saugos užtikrinimo planai, skatinama pranešti apie saugos įvykius, perkama saugos įranga, kt.).			
6. Periodiškai atliekamos medikų ir kitų darbuotojų apklausos, kurių metu prašoma nurodyti, kokios klaidos ir saugos įvykiai gali įvykti jų ar jų kolegų veikloje, kokių priemonių jie imasi joms išvengti.			
7. Medikai ir kiti darbuotojai skatinami reguliariai aptarti pacientų saugos gerinimo klausimus, renkami ir skatinami pasiūlymai.			
8. Skatinamos neformalios darbuotojų diskusijos apie problemas, dėl kurių galimos gydytojo ir slaugytojų klaidos. Nuolat pabrėžiama tokių diskusijų svarba.			

9. Įstaiga turi pacientų saugos specialistą, kuris padeda kiekvienam darbuotojui parinkti ir įvaldyti atitinkamus klaidų prevencijos metodus.			
10. Pacientų atstovai reguliariai lankosi gydytojų susirinkimuose ir pacientų vardu išreiškia pacientų lūkesčius dėl geresnės saugos.			
11. Gydytojai ir slaugytojai skatinami sudaryti savo asmeninį atvejų, kai padarė ar beveik padarė klaidų, sąrašą.			

„Pamiršimo“ klaidos

Dažnai vienodi, monotoniški, įprasti veiksmai atliekami automatiškai. Gydytojas ar slaugytojas pripranta atlikti juos mechaniškai, negalvodami apie tai, ką daro. Dėl to jie ir patys nepastebi, kaip pradeda „pamiršti“ – netyčia praleisti – atskirus veiksmus. Toliau pateikiamos šio proceso prevencijos priemonės. Jos primena, ką reikia atlikti, skatina gydytoją gerai įsivaizduoti viską, ką ir kaip jis turi padaryti, ir pan.

Prašome įvertinti, kiek naudinga būtų (buvo) įgyvendinti kiekvieną iš šių priemonių Jūsų ligoninėje, kiek sunku tai būtų ir su kokiais sunkumais būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Tam, kad atliekant chirurginę, terapinę ar kitokią sudėtingą procedūrą niekas nebūtų pamiršta, prieš ją garsiai perskaitomas kontrolinis sąrašas, kuriame surašyta viskas, kas turi būti paruošta ir atlikta iki procedūros.			
2. Įstaigoje turi būti detalios instrukcijos, nurodančios visus veiksmus, kurie turi būti atlikti vykdant „pamiršimo“ klaidoms jautrius darbus.			
3. Tiesioginis gydytojo ar slaugytojo vadovas turi kuo dažniau su jais aptarti kiekvieną jų darbo detalę, ypač tas, kurios lengviausiai praleidžiamos.			
4. Prieš pradėdant operaciją ar kitokią sudėtingesnę procedūrą reikia aptarti, kokie netikėtumai galimi, ar tikrai viskas eis sklandžiai, ar viskas parengta, kokioms detalėms reikia skirti ypatingą dėmesį.			
5. Reikia imtis priemonių, kad gydytojas ar slaugytojas, atliekantys sudėtingesnę procedūrą, gerai žinotų, kokios klaidos čia galimos.			

6. Užtikrinti, kad gydytojai ir slaugytojai, atliekantys tam tikrą procedūrą, aiškiai įsivaizduotų visas pasekmes, kurias gali turėti nepakankamai rūpestingas jos atlikimas.			
7. Bent vienas iš padalinio gydytojų stebi internetinius ir kitus informacijos apie daromas klaidas šaltinius, šių klaidų prevencijos priemones ir informuoja kolegas apie naujoves, taip pat kartu su jais įvertina šios informacijos svarbą ligoninei.			
8. Naujas, darbą įstaigoje pradantis gydytojas ar kitas darbuotojas gauna visą informaciją apie šioje ir kitose įstaigose daromas klaidas ir apie būdus jų išvengti.			
9. Užtikrinama, kad gydytojai ir visi kiti įstaigos darbuotojai reguliariai gautų informaciją apie visas įstaigoje nustatytas klaidas ir jų nagrinėjimo rezultatus.			

Klaidos dėl nepakankamos veiklos kontrolės

Norint išvengti klaidų, reikia kruopščiai patikrinti padarytą darbą. Svarbi taip pat kolegų savitarpio bei vadovo ir audito kontrolė. Tai leidžia laiku pastebėti klaidas. Kontrolė svarbi ir dėl to, kad žmonės dirba atidžiau, jeigu žino, kad veiklos kokybę kontroliuojama, kad klaidos bus atskleistos.

Toliau nurodytos priemonės, pagerinančios klaidų kontrolę. Prašome įvertinti, kiek naudinga būtų įgyvendinti kiekvieną priemonę Jūsų ligoninėje, kiek sunku būtų ją įgyvendinti ir su kokiais sunkumais būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Reikia skatinti gydytojus ir slaugytojus, kartu atliekančius tam tikrą procedūrą, prižiūrėti vienas kito veiksmus, pastebėti ir atskleisti padarytas klaidas.			
2. Įstaigos medicinos auditas kartu su įstaigos gydytojais specialistais turi periodiškai peržiūrėti ir įvertinti gydytojo paskyrimų pagrįstumą.			
3. Įvedus paskirtą gydymą į kompiuterį, turi būti atliktas automatinis paskirto gydymo patikrinimas (dozės, vartojimo būdo, šalutinių ir alerginių reakcijų galimybės, paciento priklausymo rizikos grupėms, kt.).			
4. Gavę žodinį ar telefoninį potvarkį, slaugytojas ar vaistininkas nedelsdami užrašo jį ir patikrinimo tikslu perskaito užrašytą tekstą pranešančiajam.			

5. Siekiant išvengti procedūros atlikimo klaidingam pacientui, kviečiamas pacientas patikrinamas (įsitikinama, ar tai tikrai tas pacientas) pagal du ar daugiau požymių (pvz., klausiama ne tik jo pavardės, bet ir gimimo datos).			
6. Vaistininkas įpareigojamas prieš išduodamas vaistus patikrinti gydytojo paskyrimą.			
7. Atliekant chirurgines operacijas, intervencijas, sudėtingas diagnostines procedūras turi būti užpildomas Pasaulio sveikatos organizacijos parengtas chirurgijos saugos kontrolinis lapas.			
8. Siekiant išvengti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų, ligoninėje ir jos padalinuose turi būti nuolat vertinama, stebina ir kontroliuojama, kaip atidžiai medicinos personalas plauna bei dezinfekuoja rankas, kiek ligoninėje sunaudojama antiseptiko rankoms dezinfekuoti.			

Galimybių padaryti klaidą sumažinimas

Mažiau klystama, jeigu darbas yra paprastas, nereikalauja daug dėmesio. Tada jį atliekant yra mažiau galimybių suklysti. Dėl to vienas iš būdų išvengti klaidų yra įmanomai supaprastinti darbą, standartizuoti atliekamus veiksmus, padaryti klaidingus veiksmus neįmanomus, sudaryti sąlygas, kad sunku būtų apsirikti, supainioti, nepastebėti to, ką būtina pastebėti.

Toliau paminėtos priemonės, kurios sumažina galimybę suklysti. Prašome įvertinti, kiek sunku būtų įgyvendinti kiekvieną priemonę ir su kokiais sunkumais būtų susidurti.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Sudaryti ir patvirtinti galinčių suklaidinti santrumpų, taip pat klaidinančių įrašų medicininėje dokumentacijoje sąrašus.			
2. Vaistų pavadinimai negali būti trumpinami.			
3. Neleidžiami nekonkretūs įrašai, paskyrimai – tokie, kaip „toliau vartoti tuos pačius vaistus“ arba „tęsti iki paguldymo į ligoninę gydymą“.			
4. Preparatai, kurių pavadinimai ar pakuotės panašūs ir kurie yra ligoninės darbuotojų pripažinti keliančiais suklydimo pavojų, turi būti laikomi atskirai ir prie jų turi būti pridėtas įspėjimas dėl galimo supainiojimo.			

5. Jei yra panašiai atrodančių, panašaus pavadinimo vaistų, išigyjami kito gamintojo kitaip atrodantys, neklaidinančio pavadinimo vaistai.			
6. Ligoninės vaistų sąrašė neturi būti tapataus veikimo kelių rūšinių (generinių) vaistų.			
7. Kompiuterinės saugos programos, įvertinus paciento ir jo sveikatos duomenis, turėtų pateikti gydytojui išpėjimus dėl kontraindikacijų tam tikroms tyrimo ar gydymo procedūroms, vaistams, kt.			
8. Kiekvieno vartojamo vaisto pacientas gauna tik po vieną dozę. Neleidžiama palikti pacientui kelių vaisto dozių, jam pačiam pavedant išgerti kitas dozes reikiamu laiku.			
9. Kiekvienas prie paciento lovos esantis vaistas privalo turėti etiketę su nurodytu vaisto pavadinimu, galiojimo laiku, paciento vardu ir pavarde, įstaigos pavadinimu.			
10. Švirkštai su vaistais, paruošti naudoti anestezijai, privalo turėti etiketes su vaisto pavadinimu, jo koncentracija ir galiojimo laiku.			
11. Kompiuterinė saugos programa neleidžia paskirti diagnostinės ar gydymo procedūros, vaisto, jeigu į sistemą nėra įvesti būtini paciento ir jo sveikatos būklės parametrai (paciento svoris, inkstų būklė ir pan.).			

Dėmesį blaškančių ir jų silpninančių veiksnių pašalinimas

Sunku dirbti atidžiai, kai aplinkos sąlygos neleidžia susikaupti, kai dėmesys nuolat blaškomas, jaučiamas nuovargis, darbas blogai organizuotas. Tai svarbus klaidų šaltinis.

Toliau nurodytos priemonės siekia pašalinti dėmesį blaškančius veiksnius. Prašome įvertinti, kiek naudinga kiekviena priemonė, kiek sunku bus ją įgyvendinti dabartinėmis sąlygomis ir su kokiais sunkumais teks susidurti.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Dalindamas pacientams vaistus slaugytojas užsideda „Saugos liemenę“ su užrašu ant nugaros „Netrukdyti“.			
2. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, jų darbo laikas negali viršyti 8 valandų per parą.			

3. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, poilsio pertraukos tarp pamainų negali būti trumpesnės nei 10 valandų.			
4. Jeigu gydytojas ar slaugytojas atlieka sudėtingą, įtempto, nuolatinio dėmesio reikalaujantį darbą, būtina mažiausiai viena 15 minučių ir viena 30 minučių pertrauka per pamainą.			
5. Ligoninėje turi būti tiek personalo, kad minėti reikalavimai nebūtų pažeidžiami dėl išaugusių susirgimų, atostogų, dalyvavimo mokymuose ir kitų darbo krūvio svyravimų.			
6. Vieta, kur skiriami ar įvedami į kompiuterį vaistai, turi būti izoliuota ir netriukšminga.			
7. Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti gerai apšviesta, kad būtų aiškiai matomos vaistų etiketės.			
8. Vieta, kur slaugytojas pasiima pacientams skirtus vaistus, turi būti tvarkinga, ten neturi būti jokių pašalinių daiktų.			

Pacientų daromos klaidos ir jų prevencija

Nemaža dalis klaidų atsiranda dėl to, kad pacientai nesupranta ir nepakankamai tiksliai vykdo gydytojų paskyrimus. Neretai šios klaidos kyla dėl gydytojo ir slaugytojų nepakankamo gebėjimo bendrauti su pacientais, išaiškinti jiems suprantama kalba gydytojo paskyrimus bei nurodymus, jų vykdymo svarbą ir galimas pasekmes sveikatai jų nevykdant.

Toliau nurodytos priemonės, kurių tikslas padėti gydytojams ir slaugytojams glaudžiau bendrauti su pacientais ir taip išvengti minėtų klaidų. Prašome įvertinti, kiek naudinga kiekviena priemonė, kiek sunku būtų (buvo) ją įgyvendinti esamomis sąlygomis ir su kokiais sunkumais būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Skirdamas paskyrimus bei duodamas nurodymus pacientui, gydytojas nepasitenkina formaliu paciento atsakymu, kad šis suprato, bet kryptingais klausimais įsitikina, kad pacientas tikrai viską suprato.			
2. Įsitikinęs, kad pacientas viską suprato, gydytojas paprašo paciento pakartoti, kaip jis vartos vaistą ar parodyti, kaip jis naudos gydymo prietaisą.			

3. Pacientai aktyviai dalyvauja kontrolės procese, kad vaistas ligoninėje būtų paskirtas, operacija ar procedūra atlikta reikiamam pacientui. Tuo tikslu jie išmokomi rodyti identifikacinę apyrančę, paminėti savo vardą ir pavardę prieš vartojant vaistą ar gaunant kitą gydymą.			
4. Pacientai nuolat skatinami užduoti klausimus dėl gautų gydytojo paskyrimų bei nurodymų.			
5. Vaistininkas turi dalyvauti apmokant kai kuriuos, išskirtinio dėmesio reikalaujančius pacientus (pvz., priklausančius didesnės rizikos grupei, gaunančius didesnės rizikos vaistus, vartojančius penkis ir daugiau vaistų).			
6. Išrašomiems iš ligoninės pacientams paaiškinama, kada ir kam jie turi skambinti esant kokioms situacijoms ar iškilus neaiškumams.			

Pranešimas apie padarytas ar beveik padarytas klaidas, saugos įvykius

Nėra neklystančių žmonių – visi daro klaidų. Tačiau iš klaidų reikia mokytis. Tam reikia, kad gydytojai, slaugytojai ir kiti darbuotojai nebijotų pranešti apie padarytas ar beveik padarytas klaidas, įvykusius ar beveik įvykusius pacientų saugos įvykius, siekiant pašalinti organizacinius trūkumus, prisidėjusius prie šių klaidų padarymo, pacientų saugos įvykių atsiradimo.

Toliau nurodytos priemonės, kurių tikslas paskatinti gydytojus ir kitus darbuotojus pranešti apie padarytas ir beveik padarytas klaidas, aktyviai dalyvauti jas nagrinėjant ir mokytis iš jų. Prašome įvertinti, kiek naudinga kiekviena priemonė, kiek sunku bus ją įgyvendinti esamomis sąlygomis ir su kokiais sunkumais būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susidurta?
1. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė klaidą, bet nedelsdami apie ją pranešė, jiems negali būti skiriamos jokios drausminės nuobaudos, išskyrus atvejus, kai klaida yra tyčinė ar padaryta dėl akivaizdaus itin didelio nerūpestingumo, aplaidaus elgesio.			
2. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė klaidą ir pacientas patyrė tam tikrą žalą, apie tai atvirai kalbama su pacientu ir jo šeimos nariais.			
3. Jei gydytojas ar slaugytojas pranešė apie savo padarytą klaidą, ši klaida negali būti įtraukiama atliekant jo veiklos metinį vertinimą, vertinant kvalifikaciją ar asmeninius brožus.			

4. Gydytojo ar slaugytojo praneštos klaidos negali būti panaudotos lyginant juos pačius, jų skyrių ar įstaigą su kitais.			
5. Nuolat anonimiškai tikrinama, ar darbuotojai bijo pranešti apie klaidas ir pacientų saugos įvykius.			
6. Jeigu gydytojas ar slaugytojas padarė rimtą klaidą, jų kolėgos teikia jiems emocinę paramą.			
7. Darbuotojams turi būti labai gerai paaiškinta, kas laikoma ir kas nelaikoma klaida, apie kokius įvykius jie turi pranešti.			
8. Darbuotojams turi būti labai gerai paaiškinta, kad reikia pranešti ne tik apie klaidas, kurios padarė žalos pacientui, bet ir apie tas, kurios galėjo ją padaryti, tačiau laiku buvo pastebėtos ar nepadarė žalos tik dėl atsitiktinumo.			
9. Darbuotojas, kuris padarė klaidą, lėmusią esminę žalą sukėlusį nepageidaujamą įvykį, yra įtraukiamas į svarbiausių priežasčių analizės (angl. <i>Root Cause Analysis</i>) procesą, siekiant išsiaiškinti įvykio svarbiausias priežastis.			
10. Įvykiai, kurie galėjo padaryti žalos, bet nepadarė, nagrinėjami taip pat nuodugnai, kaip tie, kurie padarė žalos.			
11. Darbuotojai, kurie praneša apie padarytas klaidas, įvykius pacientų saugos įvykius, gauna grįžtamąją informaciją apie tai, kaip buvo nagrinėjamos šių klaidų priežastys ir kokių priemonių imtasi joms išvengti ateityje.			
12. Ligoninės vadovybė ir administracija nuolat primena gydytojams ir slaugytojams apie būtinybę pranešti apie padarytas gydymo, vaistų skyrimo, slaugos ir kitas klaidas, įvykius pacientų saugos įvykius.			

Galimų klaidų numatymas

Klaidas geriau ne taisyti, o numatyti (nuspėti). Ligoninės darbuotojai gerai žino savo, savo kolegų ir visos įstaigos silpnąsias vietas, kur dėl įvairiausių organizacinių ir kitų problemų yra didesnė rizika suklysti. Neretai jiems nesunku numatyti, kur klaidos labiausiai tikėtinos. Būtų gerai, jeigu ligoninės darbuotojai atvirai apie tai kalbėtų ir į tai atsižvelgus būtų pasirinkta klaidų prevencija.

Toliau nurodytos priemonės, kurių tikslas padėti gydytojams, slaugytojams ir kitiems darbuotojams aktyviau kalbėti apie galimas klaidas. Prašome įvertinti, kiek naudinga kiekviena priemonė, kiek sunku bus ją įgyvendinti esamomis sąlygomis ir su kokiais sunkumais (problemomis) būtų susidurta.

Priemonės pavadinimas	Kiek naudinga priemonė?	Kiek sunku būtų priemonę įgyvendinti?	Su kokiais sunkumais būtų susiduria?
1. Speciali įstaigos darbuotojų grupė, į kurią įeina gydytojai, slaugytojai, vaistininkas, įstaigos administracijos atstovai reguliariai aptaria, kas ligoninėje kelia didžiausią klaidų pavojų, kokios galimos klaidos, jų priežastys.			
2. Ligoninėje periodiškai peržiūrimi ir aptariami diagnostikos, gydymo ir slaugos standartai, protokolai, algoritmai, instrukcijos, kiti sveikatinimo veiklą reglamentuojantys dokumentai, aptariama, kur praktinėje veikloje nukrypstama nuo jų ir kokius pavojus pacientų saugai tai kelia.			
3. Ši darbuotojų grupė nagrinėja klaidas, kurios padaromos kitose Lietuvos ir užsienio medicinos įstaigose, ir įvertina, ar yra tokių klaidų pavojus šioje ligoninėje.			
4. Ligoninėje reguliariai tikrinama medicininė dokumentacija tikslu identifikuoti pacientų saugos įvykius, kurie galėjo įvykti ar įvyko dėl padarytų klaidų, ir taip bandoma nustatyti, kiek ir kokių klaidų daroma įstaigoje.			

Įvertindami Jūsų ligoninės patirtį ir įdirbį pacientų saugos srityje, prašytume apibraukti vieną iš galimų atsakymų:

1. Esame pasirengę esamoms ir galimoms rizikoms
2. Mes be reikalo švaistome laiką pacientų saugai
3. Nuspręsimė ką daryti, kai įvyks nepageidaujamas įvykis
4. Esame įdiegę visas reikalingas sistemas, valdyti visus identifikuotus rizikos veiksnius
5. Rizikos valdymas yra integrali mūsų įstaigos veiklos dalis

Ar Jūsų ligoninėje yra registruojami pacientų saugos įvykiai (apibraukti tinkamą):

1. Beveik įvykę, bet neįvykę (laiku „pagauti“) pacientų saugos įvykiai
2. Įvykę nepageidaujami įvykiai (turėję neigiamas pasekmes pacientui)
3. Neregistruojami nei įvykę, nei beveik įvykę pacientų saugos įvykiai

Jei Jūsų ligoninėje pacientų saugos įvykiai (įskaitant nepageidaujamus įvykius) yra registruojami, jie registruojami (apibraukti tinkamą):

1. Popieriniame formate (žurnale, kt.)
2. Kompiuteryje (MS Office programomis: Word, Excel)
3. Specialioje pacientų saugos įvykių (įsk. nepageidaujamus įvykius) registravimo e. programoje
4. Kt. (įvardinti)

Jūsų ligoninėje veikia (yra įdiegtos) tam tikros sistemos ar priemonės, leidžiančios išvengti ar sumažinti galimybę klysti, užkertančios kelią rasti ir pasireikšti pacientų saugos įvykiams.

Prašome išvardinti pagrindines Jūsų ligoninėje įdiegtas ir sėkmingai veikiančias pacientų saugą gerinančias priemones, metodus (pvz.: chirurgijos kontrolinis lapas, rankų dezinfekcijos schemos, kt.):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Nuo ko priklauso, ar darbuotojai (gydytojai, slaugytojai) siekia gerinti pacientų saugą

Kiek šis suinteresuotumas priklauso nuo tokių ligoninės veiklos organizavimo ir vadybos ypatumų (*pažymėkite vieną teisingą atsakymą*):

1. Nuo uždarbio

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

2. Nuo paties darbuotojo pasiaukojimo, jo atsakomybės jausmo, entuziazmo

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

3. Nuo darbo organizavimo (ritmiškumo, ar yra didelių darbo apimties svyravimų)

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

4. Nuo santykių tarp darbuotojo ir vadovybės

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

5. Nuo vadovybės veiksmų išaiškinant pacientų saugos reikšmę

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

6. Nuo viso įstaigos kolektyvo požiūrio į pacientų saugą

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

7. Nuo pačių pacientų požiūrio į pacientų saugą

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

Nuo ko priklauso, ar darbuotojai (gydytojai, slaugytojai) gali gerinti pacientų saugą

Kiek tai priklauso nuo tokių ligoninės veiklos organizavimo ir vadybos ypatumų

(pažymėkite vieną teisingą atsakymą):

1. Darbo krūvio

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

2. Darbo organizavimo (ritmiškumo, ar yra didelių darbo apimties svyravimų)

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

3. Nuo paties darbuotojo sugebėjimo gerai organizuoti savo darbą

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

4. Galimybės laiku atlikti reikiamus paciento tyrimus savo įstaigoje

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

5. Galimybės laiku atlikti reikiamus paciento tyrimus kitose sveikatos priežiūros įstaigose

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

6. Ligoninės darbuotojų noro padėti vienas kitam, palaikymo

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

7. Nuo pačių pacientų požiūrio

Tik nuo to ir priklauso	Labai priklauso	Šiek tiek priklauso	Beveik nepriklauso	Visiškai nepriklauso

Gydytojų ir slaugytojų darbo sąlygos dabartiniu metu

Pažymėkite, kiek Jūs sutinkate ar nesutinkate su kiekvienu toliau pateiktu teiginiu (*pažymėkite vieną teisingą atsakymą*):

1. Gydytojai ir slaugytojai patiria nuolatinį laiko trūkumą dėl per didelio darbo krūvio

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

2. Dirbdami gydytojai, slaugytojai yra dažnai pertraukinėjami, atitraukiamas dėmesys, trukdoma atlikti tiesioginį darbą

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

3. Per keletą paskutinių metų reikalavimai darbe labai išaugo

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

4. Vadovybė rodo darbuotojams pagarbą, kurios darbuotojas nusipelnė

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

5. Karjeros perspektyvos mūsų darbe yra blogos

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

6. Pastaruoju metu įvyko ar netrukus įvyks nepageidaujami pokyčiai mano darbe

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

7. Mano saugumas darbe yra nepakankamas

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

8. Karjeros laiptais kylame tiek, kiek esame nusipelnę, atsižvelgiant į mūsų darbą ir pasiekimus

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

9. Gauname tokį atlygį, kurio esame nusipelnę, atsižvelgiant į mūsų darbą ir pasiekimus

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

10. Gydytojo ir slaugytojo darbe lengvai susidaro nepakeliamas darbo apimtis

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

Jūsų susirūpinimas darbu

(pažymėkite vieną teisingą atsakymą):

1. Tik atsikėlęs nuo pat ankstyvo ryto pradėdau galvoti apie darbo problemas

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

2. Grįžęs namo atsipalaiduojau ir nustoju galvoti apie darbo problemas

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

3. Mano artimieji sako, kad aš esu per daug atsidavęs savo darbui

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

4. Net eidamas miegoti, vis dar galvoju apie savo darbą, negaliu atsipalaiduoti

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

5. Jei darbe nespėju ko nors padaryti, dirbu po darbo, neretai po to naktį blogai miegu

Visiškai sutinku	Apskritai sutinku	Dalinai sutinku	Nelabai sutinku	Visiškai nesutinku

Keli klausimai apie Jūsų ligoninę:

Prašome, remiantis Jūsų patirtimi ir tuo, ką žinote apie kitas ligonines, palyginti Jūsų ligoninę su kitomis. *Pabraukite teisingą atsakymą:*

1. Kaip vertinate gydytojų ir kitų Jūsų ligoninės darbuotojų darbo atlygį?
 - 1) geresnis nei kitose ligoninėse
 - 2) toks pat
 - 3) blogesnis nei kitose ligoninėse
2. Kaip vertinate darbo sąlygas Jūsų ligoninėje?
 - 1) geresnės nei kitose ligoninėse
 - 2) tokios pat
 - 3) blogesnės nei kitose ligoninėse

3. Koks yra gydytojų ir kitų darbuotojų darbo krūvis?
 - 1) mažesnis nei kitose ligoninėse
 - 2) toks pat
 - 3) didesnis nei kitose ligoninėse
4. Kaip vertinate darbo organizavimą ligoninėje?
 - 1) geresnis nei kitose ligoninėse
 - 2) toks pat
 - 3) blogesnis nei kitose ligoninėse
5. Kaip vertinate pacientų kontingentą?
 - 1) geresnis nei kitose ligoninėse
 - 2) toks pat
 - 3) blogesnis nei kitose ligoninėse
6. Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai patenkinti savo darbu
 - 1) daugiau nei kitose ligoninėse
 - 2) tiek pat
 - 3) mažiau nei kitose ligoninėse
7. Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai suinteresuoti gerinti paslaugų kokybę ir pacientų saugą?
 - 1) daugiau nei kitose ligoninėse
 - 2) tiek pat
 - 3) mažiau nei kitose ligoninėse
8. Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia nustatyti ir pašalinti klaidas ar kitus nesklaidumus?
 - 1) labiau nei kitose ligoninėse
 - 2) tiek pat
 - 3) mažiau nei kitose ligoninėse
9. Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai siekia bendrauti su pacientu, informuoti jį, atsižvelgti į jo nuomonę?
 - 1) labiau nei kitose ligoninėse
 - 2) tiek pat
 - 3) mažiau nei kitose ligoninėse
10. Kiek gydytojai ir kiti darbuotojai linkę bendradarbiauti vienas su kitu, padėti vienas kitam?
 - 1) labiau nei kitose ligoninėse
 - 2) tiek pat
 - 3) mažiau nei kitose ligoninėse
11. Kaip vertinate gydytojų ir kitų darbuotojų nervinę įtampą Jūsų ligoninėje?
 - 1) mažesnė nei kitose ligoninėse
 - 2) tokia pat
 - 3) didesnė nei kitose ligoninėse
12. Kaip vertinate ligoninės kolektyvo santykius su administracija?
 - 1) geresni nei kitose ligoninėse
 - 2) tokie pat
 - 3) blogesni nei kitose ligoninėse

Apie kokius nepageidaujamus atvejus gydytojai ir slaugytojai paprastai niekam nepraneša?

Pastaruoju metu gydytojai ir kiti darbuotojai labai skatinami pranešti apie diagnozavimo, gydymo klaidas, pacientų saugos įvykius. Pareiškama, kad tokie pranešimai nesukels jokių neigiamų pasekmių pranešusiam ir bus panaudoti išimtinai darbo organizavimui pagerinti, kad tokie įvykiai nesikartotų.

Tačiau ne visada lengva pranešti apie pacientų saugos įvykį. Toliau pateikti įvairūs nepageidaujami atvejai, apie kuriuos gydytojas ar slaugytojas ne visada praneša.

Prašome dešiniajame stulpelyje bent apytikriai *procentais* įvertinti, apie kokią pacientų saugos įvykių dalį *nebus pranešta*.

Pacientų saugos įvykiai (įvykiai)	Nepraneštų nepageidaujamų įvykių procentas
1. Įvykiai, kurių patys gydytojai ar slaugytojai žino, kaip gali išvengti ateityje.	
2. Įvykiai, kurie taip dažnai nutinka, kad tapo įprastu, kasdieniu dalyku.	
3. Įvykiai, apie kuriuos ir kiti gydytojai, slaugytojai niekam nepraneša.	
4. Įvykiai, kurie neturėjo blogų pasekmių (rezultatų) pacientui.	
5. Įvykiai, dėl kurių niekas nepareiškė pretenzijų, skundų.	
6. Įvykiai, kurie turėjo blogų pasekmių, bet tos pasekmės buvo nuslėptos (neįformintos medicininėje dokumentacijoje, apie jas nebuvo informuoti kiti gydytojai, slaugytojai, įstaigos administracija).	
7. Jei pranešimas galėtų sukelti problemų pačiam gydytojui, slaugytojui.	
8. Jei pranešimas galėtų sukelti problemų gydytojo vadovui ar sveikatos priežiūros įstaigai.	
9. Kiti (<i>prašome parašyti, kokie</i>)	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Keli klausimai apie Jus, Jūsų pareigas, patirtį (apibraukite tinkamą (-us)):

1. Kokios Jūsų einamos pareigos ligoninėje?
 - 1) administracijos darbuotojas
 - 2) gydytojas
 - 3) slaugytojas
 - 4) pagalbinis darbuotojas
 - 5) kita (*prašome parašyti*)
2. Jūsų darbo pagal specialybę patirtis:
 - 1) mažesnė negu 6 mėnesiai
 - 2) 6–11 mėnesių
 - 3) 1–2 m.
 - 4) 3–7 m.
 - 5) 8–12 m.
 - 6) 13–21 m.
 - 7) daugiau kaip 21 m.
3. Jūsų amžius:
 - 1) Mažesnis negu 30 m.
 - 2) 30–34 m.
 - 3) 35–39 m.
 - 4) 40–44 m.
 - 5) Daugiau nei 44 m.
4. Lytis
 - 1) vyras
 - 2) moteris

Būsime dėkingi, jei sutiktumėte nurodyti savo vardą, pavardę, pareigas, profesiją (gydytojas, slaugytojas, kt.) telefono numerį (užtikriname konfidencialumą – nurodytais kontaktais, prireikus, susisieksime pasitikslinti pateiktą informaciją).

.....
V. Pavardė, pareigos, profesija

.....
Tel. Nr.

**Nuoširdžiai dėkojame Jums už skirtą laiką ir atsakymus!
Jūsų indėlis nepaprastai svarbus gerinant pacientų saugą Lietuvoje.**

2 priedas. PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ / NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ VALDYMO METODŲ NAUDOJIMO LIGONINĖJE PATIRTIS

Siekiant išsiaiškinti, kokios *Pacientų saugos įvykių* (toliau – PSĮ), kurie apjungia tiek įvykusius nepageidajamus įvykius (toliau – NIĮ), tiek galėjusius įvykti, bet neįvykusius (dėl sėkmės faktoriaus ar laiku padarytos intervencijos), *valdymo metodikos, metodai, vadymos instrumentai ar priemonės* (toliau apibendrintai vadinama **Metodu**) naudojami Jūsų Ligoninėje nustatant, nagrinėjant ar reaguojant į PSĮ, prašome atsakingus už Ligoninės PSĮ valdymą asmenis užpildyti šią lentelę.

Pildant pažymėti kryžiuuku (X) atitinkamoje skiltyje, kur tinkama, išskyrus *G stulpelio skiltyse, kuriose nurodomas tam tikras skaičius.*

E/N	Metodo pavadinimas	Metodo naudojimo tiriant PSĮ/NIĮ Ligoninėje patirtis. Ligoninės darbuotojai, atsakingi už PSĮ valdymą:					Kiek kartų šis Metodas yra panaudotas praktikoje tiriant PSĮ ligoninėje per 2015 m.?
		Nežino (apie Metodą nėra girdėję)	Žino (apie Metodą yra girdėję, tačiau su juo nėra nuodugniau susipažinę)	Išmano (su Metodu yra susipažinę, tačiau nėra apmokyti (pasimokę), t. y. nemoka jo naudoti praktikoje)	Moka bet nenaudoja (yra apmokyti, pasimokę) Metodą naudoti, tačiau realiai praktikoje jo nenaudoja	Moka ir naudoja (yra apmokyti (pasimokę) kai naudoti Metodą ir realiai, pagal poreikį, jį naudoja praktikoje)	
	A	B	C	D	E	F	G
1.	Saugos auditas (angl. <i>Safety Audit</i>)						
2.	Klinikinis/medicininis auditas (angl. <i>Clinical/Medical Audit</i>)						
3.	Reikšmingo įvykio auditas (angl. <i>Significant Event Audit</i>)						
4.	Neatitikčių registracija ir analizė (angl. <i>Non-conformance registration and analysis</i>)						
5.	Nepageidajamų įvykių pranešimo ir mokymosi sistema (angl. <i>Adverse Events Reporting and Learning System</i>):						

	A	B	C	D	E	F	G
6.	<u>Privaloma</u> NĮ pranešėjimo ir mokymosi sistema (angl. <i>Obligatory adverse events reporting and learning system</i>)						
7.	<u>Savanoriška</u> PSĮ pranešėjimo ir mokymosi sistema (angl. <i>Voluntary adverse events reporting and learning system</i>)						
8.	Pacientų skundų valdymas (angl. <i>Patient complaint management</i>)						
9.	Patologoanatominės ir klinikinės konferencijos, jų protokolų patikros sistema (angl. <i>Clinical pathologic conference (CPC), CPC minute analysis</i>)						
10.	Automatinė (kompiuterinė) NĮ identifikavimo sistema (angl. <i>Adverse event <u>detection</u> system</i>)						
11.	Esminės priežasties analizė (angl. <i>Root-cause analysis</i>)						
12.	Nesėkmės modelio ir poveikio analizė (angl. <i>Failure Mode and Effects Analysis</i>)						
13.	Vidinės/išorinės kokybės vadybos sistemos Rizikų valdymo posistemė (angl. <i>Risk management system (as a part of internal/external quality management system)</i>)						
14.	Proaktyvi rizikų/pavojingų veiksnių analizė (angl. <i>Proactive risk assessment/hazard analysis</i>)						
15.	Pacientų ligos istorijų analizė (angl. <i>Case notes analysis</i>)						
16.	Sisteminė apžvalga (angl. <i>Systematic Review</i>)						
17.	Naratyvinė analizė (angl. <i>Storytelling/narrative</i>)						
18.	Pavojingų veiksnių išaiškinimas (angl. <i>Hazard identification</i>)						

	A	B	C	D	E	F	G
19.	Klasterinė analizė (angl. <i>Cluster analysis</i>)						
20.	Koreliacinė analizė (angl. <i>Correlation analysis</i>)						
21.	Rizikos analizė (angl. <i>Risk analysis</i>)						
22.	Kauzalinė (priežastinė) analizė (angl. <i>Causal analysis</i>)						
23.	Sistemų analizė (angl. <i>Systems analysis</i>)						
24.	Lyginamoji analizė (angl. <i>Benchmarking</i>)						
25.	Ekspertinis tyrimas (angl. <i>Expert review</i>)						
26.	Tiesioginės stebėsenos metodas (identifikuojami PSĮ sveikatos priežiūros paslaugų teikimo vietoje einamuoju laiku) (angl. <i>Direct observation</i>)						
27.	Pacientų pasitenkinimu pas- laugomis ar visuminės patirties tyrimai (angl. <i>Patient satisfaction evaluation, Patient experience evaluation</i>)						
28.	Sistemų analizė (angl. <i>Systems Analysis</i>)						
29.	Rizikos veiksnių analizės ir svarbių valdymo taškų sistema (angl. <i>Hazard Analysis and Critical Control Points</i>)						
30.	Rizikų tikimybės įvertinimas (angl. <i>Probabilistic Risk Assessment</i>)						
31.	Atviro PSĮ atskleidimo metodas (angl. <i>Open disclosure method</i>)						
32.	Atsiprašymo metodas (angl. <i>Appology method</i>)						
33.	Kontrolinis saugos lapas (angl. <i>Check list</i>) (pvz., PSO kontrolinis saugios chirurgijos lapas (angl. <i>WHO Surgical safety check list</i>))						

34.	Įvykių medžio analizė (angl. <i>Event tree analysis</i>)						
35.	Priežasčių medžio metodas (angl. <i>Fault/causal tree analysis</i>)						
36.	Minčių lietus (smegenų šturmas) (angl. <i>Brainstorming</i>)						
37.	Priežasčių-pasekmių diagrama (angl. <i>Cause and effect/Fishbone/Ishikawa diagram</i>)						
38.	Ekspertų grupinė diskusija (angl. <i>Expert panel</i>)						
39.	<i>Delfi</i> metodas (angl. <i>Delphi method</i>)						
40.	„5 kodėl“ metodas (angl. <i>5-why methods</i>)						
41.	Pareto analizė (angl. <i>Pareto analysis</i>)						
42.	Procesų žemėlapis (angl. <i>Process map</i>)						
43.	Priežasčių ir pasekmių matrica (<i>Cause and effect matrix</i>)						
44.	PROACT metodas (angl. <i>PROACT method</i>)						

Lentelę užpildė:

.....
Ligoninės pavadinimas

.....
Data

.....
Atsakingo už PSI/ NĮ valdymą Ligoninėje
asmens vardas, pavardė, pareigos

.....
Parašas

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

Laimutis Paškevičius

KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS
ĮVYKIŲ VALDYMAS
LIETUVOS LIGONINĖSE

Daktaro disertacijos santrauka
Socialiniai mokslai, vadyba (03S)

Vilnius, 2017

Mokslo daktaro disertacija rengta 2011–2016 metais Mykolo Romerio universitete pagal Vytauto Didžiojo universitetui su Klaipėdos universitetu, Aleksandro Stulginskio universitetu, Mykolo Romerio universitetu ir Šiaulių universitetu Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2011 m. birželio mėn. 8 d. įsakymu Nr. V-1019 suteiktą doktorantūros teisę.

Mokslinė vadovė:

prof. dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba (03S)).

Mokslo daktaro disertacija ginama Vytauto Didžiojo universiteto, Klaipėdos universiteto, Aleksandro Stulginskio universiteto, Mykolo Romerio universiteto ir Šiaulių universiteto vadybos mokslo krypties taryboje:

Pirmininkas:

prof. dr. Vainius Smalskys (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S).

Nariai:

prof. dr. Vladimiras Gražulis (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S);

prof. dr. Juozas Ruževičius (Vilniaus universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S);

prof. dr. Tadas Sudnickas (Mykolo Romerio universitetas, socialiniai mokslai, vadyba, 03S);

prof. dr. Wiesław Urban (Balstogės technologijos universitetas, Lenkijos Respublika, socialiniai mokslai, vadyba, 03S).

Daktaro disertacija bus ginama viešame Vadybos mokslo krypties tarybos posėdyje 2017 m. balandžio mėn. 10 d. 13 val. Mykolo Romerio universiteto I-414 auditorijoje.

Adresas: Ateities g. 20, LT-08303 Vilnius, Lietuva.

Daktaro disertacijos santrauka išsiųsta 2017 m. kovo 10 d.

Daktaro disertaciją galima peržiūrėti Lietuvos nacionalinėje Martyno Mažvydo bibliotekoje (Gedimino pr. 51, Vilnius) ir Aleksandro Stulginskio universiteto (Studentų g. 11, Akademija, Kauno raj.), Klaipėdos universiteto (K. Donelaičio a. 3, Klaipėda), Mykolo Romerio universiteto (Ateities g. 20, Vilnius), Šiaulių universiteto (Vytauto g. 84, Šiauliai), Vytauto Didžiojo universiteto (K. Donelaičio g. 52, Kaunas) bibliotekose.

KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ VALDYMAS LIETUVOS LIGONINĖSE

Santrauka

Temos aktualumas

Pacientai turi teisę į saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą (toliau – **SP**). Jie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – **ASPI**) tikėdamiesi pagalbos atstatant ar sustiprinant sveikatą ir nesitiki joje patirti žalą sveikatai ar prarasti gyvybę. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje besigydomas pacientas patiria žalą dėl nepageidaujamų įvykių (toliau – **NI**), kuriuos lemia SP organizavimo ar paslaugų teikimo trūkumai. Mokslinių tyrimų duomenimis, pasaulyje NI skaičius intensyviosios priežiūros ligoninėse siekia 3–17 proc., o Europoje – 8–12 proc. (Baker G. R. *et al.*, 2004; Davis P. *et al.*, 2002; European Commission, 2009, 2012, 2016; An organization with a memory, 2000). Jungtinėje Karalystėje 3,6 proc. mirčių ligoninėse įvyksta dėl išvengiamų SP teikimo ir ligonių priežiūros klaidų (Hogan H. *et al.*, 2015); jeigu šis santykis būtų pritaikytas EBPO (OECD) šalims, išvengiamų mirčių skaičius jose siektų per 175 tūkstančius (Yu A. *et al.*, 2016). Pagal JAV Medicinos instituto atliktus tyrimus, JAV nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. pacientų ligoninėse kasmet miršta dėl NI, kurių buvo galima išvengti (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000). Europos šalyse dėl su SP susijusių infekcijų nukentčia apie 5 proc. (4,1 mln.) pacientų per metus, apie 37 tūkst. jų kasmet miršta nuo šių infekcijų, be to su šiomis infekcijomis dar yra susiję 110 tūkstančių mirties atvejų (Europos Taryba, 2009; ECDPC, 2015).

Europos Komisijos užsakymu ES šalyse atliktas pacientų saugos (toliau – **PS**) tyrimas parodė, kad 50 proc. apklaustų ES gyventojų mano galintys patirti žalą gaudami sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – **SPP**) jų gimtojoje šalyje, o 26 proc. apklaustųjų nurodė, kad jie ar jų šeimos nariai patyrė NI ASPI-oje (European Commission, 2010).

NI sukelia ligoninėms, SP sektoriams ir valstybėms didelius finansinius nuostolius. Apie 13–16 proc. ligoninių sąnaudų patiriama dėl su SP susijusių sužeidimų ar sveikatos problemų (European Commission, 2012). JAV kasmet NI padaryta žala vertinama nuo 17 mlrd. iki 29 mlrd. JAV dolerių. Vien gydymo vaistais klaidos kasmet JAV ligoninėms sudaro per 2 mlrd. JAV dolerių nuostolių. Su SP susijusių infekcijų padariniai kasmet ES šalių ligoninėms kainuoja 5–7 mlrd. eurų (Europos Komisijos sveikatos ir maisto saugos generalinis direktoratas, 2012). Ernst & Young audito kompanijos 2013 m. atliktoje studijoje, perkėlus į Lietuvos kontekstą kitose valstybėse skelbtus NI tyrimų duomenis, nustatyta, kad dėl NI prailgėjusios gulėjimo ligoninėje trukmės, mirties ir neįgalumo atvejų Lietuvos valstybė kasmet praranda apie 9,2 mlrd. Lt, tai sudaro apie 8,66 proc. metinio šalies bendrojo vidaus produkto (Ernst & Young, Paškevičius L. *et al.*, 2012). Pažymėtina, kad nuo 50 iki 70 proc. dėl NI padaromų klaidų medicinoje galėjo būti išvengta, jei būtų taikomos sisteminės jų prevencijos priemonės (World Health Organization, 2016).

Taigi iš mokslinių tyrimų PS srityje rezultatų matyti, kad SP sistema ir jos organizacijos nėra saugios pacientams. Nors per pastarąjį šimtmetį įvyko didžiulė mokslo ir technikos pažanga SP sektoriuje, sparčiai diegiamos modernios technologijos, taikomi inovatyvūs saugesni diagnostikos ir gydymo metodai, SP sektoriui ir jo organizacijoms vis dar būdinga ypač didelė rizika ir aukštas klaidų potencialas, o NĮ, pasireiškiančių pacientų sveikatos sužalojimu ar mirtimi bei sukeliančių didelių moralinius, socialinius ir finansinius nuostolius pacientams ir jų artimiesiems, ASPĮ, SP sektoriams ir bendrai, valstybių ekonomikoms, dažnis bei jų sukeltos žalos mastas yra neleistinai dideli. Todėl saugios SP užtikrinimas ASPĮ-ose teikiant pacientams SPP išlieka vienu svarbiausių XXI a. SP iššūkių ir prioritetu planuojant, organizuojant ir pertvarkant SP sektorius tarptautiniu, nacionaliniu (šalies) ir lokaliu (ASPĮ) lygmenimis.

Būtinybė apsaugoti pacientus nuo žalos ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose sukėlė plataus masto tarptautinį ir nacionalinį (šalies lygmens) PS judėjimus. *Tarptautinis PS judėjimas* pradėjo formuotis XX a. paskutinį dešimtmetį, jam impulsą suteikė 1999 m. JAV Medicinos instituto atlikta studija „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“ (Kohn L., Corrigan J. *et al.*, 2000), o didžiausią pagreitį jis įgavo XXI a. pirmąjį dešimtmetį, kuomet lyderystę PS srityje tarptautiniu lygmeniu prisiėmė Pasaulio pacientų saugos aljansas (World Alliance for Patient Safety, 2004), į šią veiklą įsitraukė kitos didelį politinį svorį tarptautinėje arenoje turinčios organizacijos (PSO, Europos Komisija), išleisdamos tarptautinio lygmens strateginius dokumentus (European Commission, 2005; Council of Europe, 2009 ir kt.); jos PS srityje inicijavo mokslinius tyrimus, išleido PS užtikrinimo ir gerinimo rekomendacijas, kitus fundamentalius dokumentus PS srityje. *Nacionalinis PS judėjimas* Lietuvoje prasidėjo XX a. paskutiniame dešimtmetyje, – pradėta formuoti Lietuvos nacionalinė sveikatos politika, imta kurti viešojo administravimo institucijų, kuruojančių priskirtas PS sritis, tinklą, rengti teisės aktus, reglamentuojančius PS (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2004); Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010 ir kt.), bei atlikti mokslinius tyrimus ir studijas PS srityje (Brogienė D., 2010; Giedrikaitė R., 2008; Marmienė L., 2015; Ernst & Young, Paškevičius L. *et al.*, 2013; Valintėlienė R. *et al.*, 2015 ir kt.). Lietuvos PS srityje kompetentingos institucijos tapo ES suformuotų PS tinklų (SIMPATIE, EUNetPasS, PASQ, kt.) nariais, bendradarbiaudamos su ES šalių šioje srityje veikiančiomis institucijomis, suformavo ir plėtojo PS infrastruktūrą nacionaliniu (šalies) lygiu.

Įvertinus tiek tarptautinio, tiek nacionalinio PS judėjimo veiklą, pažymėtina, kad daugeliu atvejų ji buvo ir išlieka *fragmentiška* ir orientuota į *retrospektyvą*, t. y. į jau įvykusius ir žala pasireiškusių NĮ registravimą ir mokymąsi iš jų *nacionaliniu lygmeniu*, nesuteikiant reikiamos svarbos šiems aspektams: 1) stokojama prevencinio požiūrio į PSĮ valdymą tiek nacionaliniu, tiek ASPĮ (instituciniu) lygmeniu; 2) stokojama dėmesio PSĮ identifikavimui ir analizei, pernelyg pasikliaujama nacionalinio lygmens NĮ pranešinėjimo (raportavimo) sistemomis; 3) stokojama dėmesio PSĮ valdymui instituciniu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, jo darnai su nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimo iniciatyvomis bei rekomendacijomis. Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaukę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos dažniausiai lokaliame (ligoninės) lygmenyje išlieka tik deklaratyvus pobūdžio ir yra vangiai įgyvendinamos praktikoje, netampa pagrindu įstaigos PS priemonių

sistemai formuoti. PS problematikos išviešinimas SP sektoriuje ir jo organizacijose yra santykinai „nauja“ tema, kuri istoriškai buvo laikoma konfidencialia, PS problemos buvo sprendžiamos glaudstame ASPĮ padalinio ar medikų specialistų komandos rate, o ASPĮ vadybiniai gebėjimai ir patirtis šioje srityje yra menki, dažniausiai orientuoti į „gynybos mechanizmus“, o ne į sisteminius pokyčius. Susidariusią nepalankią PS srityje situaciją ligoninėse daugiausia lemia tai, kad *stokojama vadybinio-organizacinio mechanizmo*, kuris sudarytų galimybę ligoninėms kurti, diegti ir plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu PS lygmenimis integruotas pacientų saugos įvykių (toliau – PSĮ) valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes, – užtikrintų efektyvų PSĮ prevencinį valdymą ir saugesnę SP pacientams. Tai viena svarbiausių priežasčių, dėl kurių tarptautinio ir nacionalinio PS lygmenų rekomenduojamų PSĮ prevencinio valdymo priemonių įgyvendinimas ligoninės lygmenyje stringa, nesukelia laukтино PS būklės pagerėjimo, neprideda prie PS pažangos.

Todėl tikėtina, kad PSĮ valdymo *vadybinio-organizacinio mechanizmo sukūrimas ir įgyvendinimas ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose* pasitarnaus sprendžiant PS problemas, užpildys šiuo metu egzistuojančią lokalaus (ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS užtikrinimo ir gerinimo lygmenų sąveikos spragą bei užtikrins holistinį požiūrį į PS ir PSĮ valdymą.

Visa tai rodo, kad tiriamoji problema yra aktuali ir svarbi tiek teoriniu, tiek praktiniu požiūriu, jos analizė prisidės toliau plėtojant mokslo žinias apie PS ir PSĮ valdymą bei praktiškai formuojant ir diegiant PSĮ valdymo sistemas ligoninėse, kitose ASPĮ-ose.

Mokslinės problemos pagrindimas ir ištirtumo lygis

Moksliniai tyrimai, susiję su disertacijoje tyrinėjama tematika, *pasaulyje* vykdomi keliomis kryptimis. *NĮ paplitimą ir epidemiologiją nagrinėjo*: Assiri G., Grant L., Aljadhey H., 2015; Galt K. *et al.*, 2014; Lessing C., Schmitz A., Schrappe M. *et al.*, 2010 ir kiti; *teorines-metodines PS ištyrimo prielaidas ir metodus analizavo*: Reason J., 1997, 2000, 2003; Vincent U., 1999, 2004, 2006; James J. T., 2013; Hurwitz B., Sheikth A., 2009; Hazell L., Shaki S. A., 2006 ir kiti; *organizacinės kultūros, PS kultūros formavimo ir poveikio PS ir PSĮ valdymui aspektus vertino*: Waterson P., 2014; Robb G., Seddon M., 2010; Huang D., Clermont G., Kong L., 2010; Singer S., 2009 ir kiti; *nacionalinio lygmens NĮ valdymo priemonės bei jų poveikį PS nagrinėjo*: Reiman T., Pietikäinen E., Oedewald P., 2010; Tamuz M., Harrison M., 2006; Rouse W. B., 2008; Aspden P. M., 2004 ir kiti; *PSĮ valdymo vadybinius metodus ir priemones ASPĮ lygmeniu vertino*: Hollnagel E., 2014; James J. T., 2013; Lay-Yee R., Scott A., Davis P., 2013; Bar-Yam S. *et al.*, 2012; Levinson D. R., 2012 ir kiti mokslininkai.

Lietuvoje PS ir PSĮ valdymo problematika patraukė įvairių specialybių tyrėjų, vykdančių tyrinėjimus keliose pagrindinėse tyrimų kryptyse, dėmesį: *NĮ paplitimą (epidemiologiją) Lietuvoje tyrė*: Nedzinskas E., Mekšrijūnaitė A., Rudaitis K., 2016; Janušonis V., 2005 ir kiti; *teorinius-metodinius PS, PSĮ valdymo pagrindus nagrinėjo*: Brogienė D., 2010; Bubnienė D., Ruževičius J., 2010; Paškevičius L., 2014 ir kiti; *pacientų požiūrį į PS ir NĮ įvairius aspektus Lietuvoje nagrinėjo*: Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V., 2011; Laučienė M., 2005 ir kiti; *medicinos darbuotojų požiūrį į PS ir NĮ Lietuvoje nagrinėjo*: Vaicekauskienė V., Jankūnienė I., Marmienė L., 2015; Kalėdienė R., 2015; Justickis V., Bandzevičienė R., Paškevičius L., Božokienė I., 2014; Kutkaitė S., Brogienė D., 2013 ir kiti; *PS kaip integralią SPP kokybės užtikrinimo dalį nagrinėjo*: Jankauskienė D., 2012, 2016; Ruževičius J., 2007; Ko-

sinskienė A., Ruževičius J., 2010, 2011; Paškevičius L., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012 ir kiti; *nacionalinio lygmens NĮ valdymo priemonės PS užtikrinti tyrė*: Janušonis V., 2005; Brogienė D., Mačiulienė K., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012 ir kiti; *ASPI valdymo vadybinis metodas ir priemonės gerinant SPP kokybę ir saugą ASPI lygmeniu vertino*: Janušonis V., 2005; Ruževičius J., 2006; Valintėlienė R., 2015; Rudaitis K., Mekšriūnaitė S., Jerdiakova N., Mikaliūkštienė A., Kalibatiene D., 2015 ir kiti; *organizacinės kultūros poveikį PS nagrinėjo*: Jankūnienė I., Petrauskienė A., 2001; Vaicekauskienė V., 2009 ir kiti mokslininkai.

Ligoninės lygmenyje diegiamų PSI valdymo sistemų specifika, jų sąveikos su aukštesnio (nacionalinio, tarptautinio) lygmens PS iniciatyvomis aspektai bei jų vaidmuo adaptuojant aukštesnių lygmenų PSI valdymo priemones ligoninės veiklos ir joje pasireiškiančių PSI specifikai dar nesulaukė didesnio tyrėjų dėmesio (Paškevičius L., 2014) ir šioje disertacijoje nagrinėjamos pirmą kartą.

Rengiant mokslinių publikacijų apžvalgą šia tematika, EBSCO sistemoje atlikta informacinė paieška pagal raktinius žodžius (teikiama kartu su rastų publikacijų skaičiumi): *patient safety department* – 2476; *patient safety officer* – 237; *patient safety unit* – 546; *patient safety executive* – 256; *hospital patient safety system* – 179; *hospital patient safety model* – 27. Atlikus informacinę paiešką ir apžvelgus mokslines publikacijas, kuriose minimi šie raktažodžiai, paaiškėjo, kad nei vienoje jų PS nebuvo nagrinėjama kaip *visuminis, į ligoninės veiklą integruotas, reiškinys*. Apžvelgtose publikacijose dėmesys skiriamas atskiriems PS aspektams (metodams, priemonėms, kt.), jie nesiejami su ligoninės veiklos, vadybinėmis-organizacinėmis ir klinikinėmis dimensijomis. Tai rodo, kad tiriamoji problema dar nėra sulaukusi reikiamo tyrėjų dėmesio, ištirta nepakankamai.

Būtent šiai problemai tirti ir yra skirtas šis disertacinis tyrimas, siekiant parengti *PSI vadymo vadybinį-organizacinį mechanizmą*, sudarysiantį galimybę ligoninėms ir kitoms ASPI užtikrinti kompleksinį (daugiaaspektį) PSI valdymą, įvertinti aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS lygių iniciatyvas ir rekomendacijas, jų pagrindu konstruoti ir parinkti įstaigos veiklos specifikai ir galimybės pritaikytas PSI valdymo priemones.

Darbo mokslinis naujumas ir teorinis reikšmingumas

1. Atlikta su PS ir PSI valdymu susijusių sąvokų sampratų analizė, kurios pagrindu patikslintos ar pasiūlytos šių sąvokų reikšmės, svarbios konstruojant ir įgyvendinant parengtą Modelį, išnagrinėtas siūlomų vartoti sąvokų santykis su kitomis mokslinėje literatūroje vartojamomis šios srities sąvokomis.
2. Apibendrintos šiuolaikinės NĮ priežastingumo koncepcijos, jų pagrindu pasiūlytas Kompleksinis NĮ priežastingumo modelis.
3. Atliktas teorinis ir empirinis ES šalių ligoninėse veikiančių PS, PSI valdymo sistemų taikymo praktinės patirties apibendrinimas, atskleistos giluminės šių sistemų veikimo ir raidos dimensijos bei identifikuoti funkciniai elementai, rekomenduotini konstruojant Ligoninės poreikiams pritaikytą Kompleksinį pacientų saugos įvykių valdymo modelį (toliau – **Modelis**).
4. Sukurtas unikalus Modelis įgyvendinantis *Pacientų saugos I ir II koncepcijų* nuostatas, apimantis PS užtikrinimo ir gerinimo bendrųjų (tarptautinio, nacionalinio lygmens), specialiųjų (Ligoninės lygmens) bendrinių ir specifinių veiklų bei priemonių įgyvendinimą, plėtojant saugios veiklos (praktikos) apraiškas bei užtikrinant nesaugios veiklos (praktikos) efektyvų valdymą (išaiškinimą, nagrinėjimą, reagavimą, prevenciją),

panaudojant retroaktyvius, interaktyvius ir proaktyvius PSĮ valdymo metodus ir priemones.

Darbo praktinė reikšmė ir pritaikymo kryptys

1. Patikslintos su PS ir PSĮ valdymu susijusių sąvokų (aktualių rengiant Modelį) sampratos sudarys galimybę Ligoninėms ir kitoms ASPĮ taikant tarptautinę gerąją praktiką atlikti palyginamosios analizės tyrimus ir matuoti pažangą PS ir PSĮ valdymo srityje.
2. Parengtas LRLL poreikiams ir specifikai pritaikytas *Modelis*, kurio pagrindu Ligoninės, pritaikydamos šiuolaikinio mokslo ir geros praktikos pasiekimus PS srityje bei atsižvelgdamos į savo veiklos specifiką, poreikius ir galimybes, galės sistemškai kurti ir plėtoti *kompleksines* (visapusiškas, siejančias mokymąsi iš teigiamos ir neigiamos PS patirties), integruotas (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą), vientisas (apimančias PSĮ išaiškinimą, nagrinėjimą ir reagavimą), bendradarbiaujančias (su kitomis PS srityje veikiančiomis institucijomis), sinergiškai veikiančias (su nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis) *PSĮ valdymo sistemas*.
3. Įvertintos Modelio diegimo, adaptavimo Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai problemos, pasiūlyti jų sprendimo būdai, parengtos Modelio adaptavimo ir įgyvendinimo Ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose rekomendacijos.
4. Įvertinti Ligoninės svarbiausiose veiklos srityse būtini vadybiniai-organizaciniai pokyčiai siekiant užtikrinti Modelio ir Ligoninės (vientisos organizacinės sistemos) funkcionavimo suderinamumą (kontingenciją).
5. Atlikta Modelio veikimo konteksto analizė, nustatyti Modelio pagrindu parengtoms kompleksinėms PSĮ valdymo sistemoms diegti ir veikti būtini išorinės vadybinės-organizacinės aplinkos pokyčiai, atskleistas viešojo valdymo modelių poveikis Modelio įgyvendinimui, įvertinti Modelio bendradarbiavimo su Ligoninės kitomis veiklos sritimis bei kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninės ir nacionaliniu lygiais aspektai.

Tyrimo objektas – PSĮ valdymas.

Tyrimo dalykas – PSĮ valdymas užtikrinant ir gerinant PS Ligoninėse.

Tyrimo objekto ir dalyko pasirinkimą lėmė šie faktoriai: a) stacionarinio profilio ASPĮ (ligoninėse), skirtingai nuo ambulatorinio, NĮ pasireiškimo rizika, dažnis ir jų sukeltos žalos mastas yra žymiai didesnės apimtys dėl jų teikiamų SP paslaugų specifikos. Todėl PSĮ valdymo efektyvinimas stacionarinių SP paslaugų teikėjų sektoriuje yra svarbus, turės žymiai didesnę teigiamą poveikį užtikrinant ir gerinant PS; b) iš 2013–2014 m. VASPVT atliktų ASPĮ veiklos kokybės vertinimų matyti, kad LRLL yra žymiai blogesnė PS būklė palyginti su universiteto, respublikos ir regiono lygmens ligoninėmis (VASPVT, 2014); c) LRLL sudėtingiau negu universiteto, respublikos ar regiono lygmens ligoninėms pritraukti ir išlaikyti aukštos kvalifikacijos specialistus (medikus, mokslininkus, vadybininkus), vykdyti mokslinę tiriamąją veiklą, diegti mokslo ir praktikos naujoves PSĮ valdymo srityje. Todėl tikėtina, kad LRLL-ėse ne tik labiau pasireiškia PSĮ sukelti veiksniai, nulemiantys prastesnę PS būklę jose, bet čia susiduriama ir su didesniais sunkumais kuriant, diegiant ir plėtojant PSĮ valdymo sistemas. Todėl šis tyrimo dalyko pasirinkimas leis geriau identifikuoti PSĮ valdymo bei vadybinės-organizacines problemas, su kuriomis bus

susidurta diegiant jose siūlomą PSĮ valdymo modelį bei numatyti veiksmingas jų sprendimo priemones; d) LRLI pasirinkimas yra tinkamas įvertinus ir tai, kad, skirtingai nei kitų lygių ligoninės, jos turi panašų, teisės aktais reglamentuotą teikiamų SPP spektrą, panašią struktūrą bei panašius iššūkius PS ir PSĮ valdymo srityje.

Tyrimo aprašymai

Apsibrėžiant disertacinio tyrimo objektą ir dalyką, jie atriboti nuo kitų artimų, tačiau likusių už disertacinio tyrimo ribos, tyrimo objektų ir dalykų: a) disertacinio tyrimo objektas apsiriboja tik *su pacientų sauga susijusių rizikų, pasireiškiančių PSĮ* valdymu. Tai reiškia, kad visos kitos Ligoninės veiklos rizikos (žmonių, finansinių išteklių, komunikacijos, technologinės, kt.), taip pat kitos su sveikatos priežiūra susijusios rizikos (ligoninės darbuotojų ir lankytojų) ir jų valdymas šiame darbe nėra nagrinėjamos; b) disertacinio tyrimo dalykas apsiriboja *LRLI lygmeniu*. Tai reiškia, kad disertacinio darbo tyrimas nepėmė kitų lygmenų stacionarinio (universiteto, respublikos, regiono ligoninių) ir ambulatorinio profilio (poliklinikų, šeimos gydytojo kabinetų, kt.) ASI.

Disertaciniame darbe nekeltas tikslas sukurti *tipinę* PSĮ valdymo sistemą, kurią būtų galima „instaliuoti“ Ligoninėse, pakeičiant šiuo metu jose veikiančias, PSĮ valdymo sistemas ar jų komponentus. Todėl disertacijoje kuriama ne galutinė, parengta naudojimui PSĮ valdymo sistema, bet tokios sistemos Modelis, kurio pagrindu Ligoninė ar kita ASI galės susikurti jos veiklos specifiką, poreikius ir galimybes atitinkančią, jai pritaikytą PSĮ valdymo sistemą. Taip pat nebuvo keltas tikslas atlikti išsamią PSĮ valdymo metodų, instrumentų ir priemonių palyginamąją analizę, parengti visas „įrankių dėžes“ PSĮ valdymo atskiriems procesams bei pateikti jų išsamius aprašymus (tai palikta atlikti pačioms Ligoninėms pagal jų veiklos specifiką bei sudaryta erdvė tolesniems moksliniams tyrinėjimams šioje srityje). Disertaciniame darbe iškeltas tikslas – remiantis teorine analize ir empirinių tyrimų rezultatais, parengti ir pasiūlyti Modelį, kuris atspindėtų Ligoninės PSĮ valdymo sistemai keliamus reikalavimus, ir pateikti rekomendacijas, kaip Ligoninės teikiamo Modelio pagrindu galėtų kurti ir įgyvendinti jų poreikiams ir aplinkos kontekstui pritaikytas kompleksines PSĮ valdymo sistemas.

Disertaciniame darbe nebuvo iškeltas tikslas sukurti išsamų PS srities terminų klasiifikatorių. Atsižvelgiant į tai, kad tarptautiniu ar nacionaliniu lygmenimis dar iki šiol nėra prieita vieningos nuomonės ir nėra priimtos vieningos PS srities terminijos, o mokslinėje literatūroje šios srities sąvokos dažnai vartojamos apibrėžiant skirtingus reiškinius ar objektus, *darbe atlikta su PS ir PSĮ valdymu susijusių pagrindinių sąvokų sampratų analizė, pasiūlytos patikslintos sąvokos disertacinio darbo tikslams pasiekti*, kuriomis siūloma vadovautis Ligoninėms ir kitoms ASI–oms diegiant teikiamo Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas. Pažymėtinas poreikis sukurti PSĮ išsamią taksonomiją ir PS srities terminų žodyną siekiant vienodai apibrėžti tapačius objektus bei reiškinius, tam būtini tolesni tyrėjų darbai tarptautiniu bei nacionaliniu lygmeniu.

Darbo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – sukurti ir pasiūlyti Ligoninėms Modelį, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų

galimybės, moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Darbo uždaviniai:

1. Išnagrinėti ir apibendrinti PSĮ valdymo teorinius pagrindus.
2. Įvertinti tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo patirtį PSĮ valdymo srityje.
3. Įvertinti nacionalinio ir Ligoninės lygmens PS ekspertų požiūrius ir poreikius, susijusius su PSĮ valdymo sistemų kūrimu ir įgyvendinimu Ligoninėse.
4. Įvertinus PSĮ valdymo teorinius ir praktinius aspektus, nacionalinio ir Ligoninės lygmens PS ekspertų nuomones, identifikuoti mokslo įrodymais ir gerąja praktika pagrįstus PSĮ valdymo sistemos (Modelio) principus, elementus ir priemones.
5. Identifikuotų PSĮ valdymo sistemos (Modelio) principų, elementų ir priemonių pagrindu sukurti ir pasiūlyti Ligoninėms Modelį.
6. Įvertinti Modelio pritaikomumo Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai bei kitoms ASPĮ galimybėms.
7. Įvertinti Modelio diegimo ir veikimo kontekstą (Modelio sąveikos su Ligoninėje veikiančiomis PSĮ valdymo priemonėmis, Ligoninės vadybiniais-organizaciniais procesais; Modelio bendradarbiavimo su nacionalinio ir tarptautinio lygmens PS institucijomis; Modelio funkcionavimo viešojo valdymo SP sektoriuje aspektais).

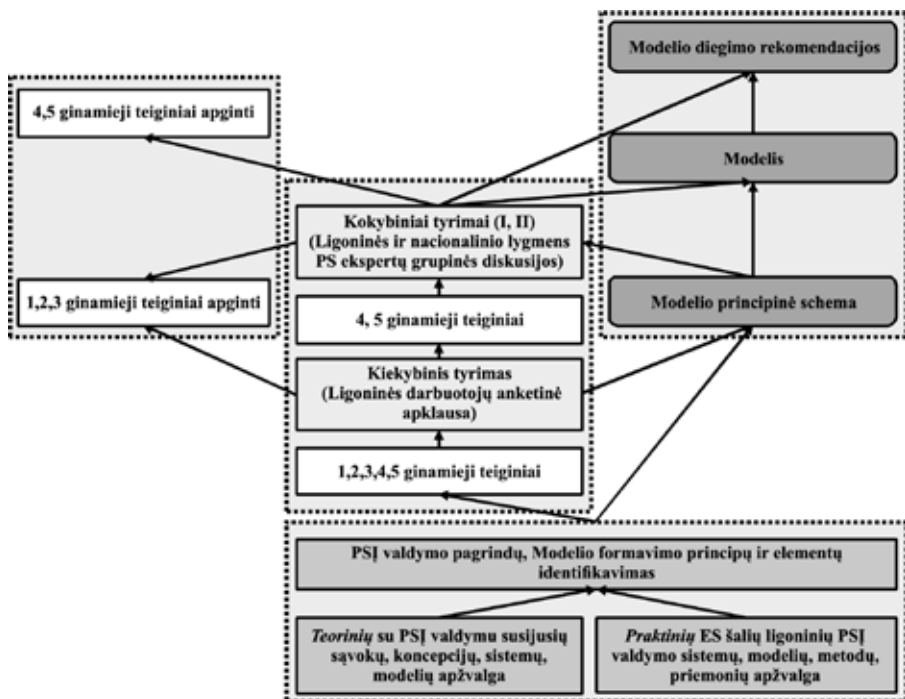
Ginamieji teiginiai

1. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, nepakankama pasikliauti vien tik vyraujančiu *retrospektyviu* (jau įvykusių) NĮ pranešėjimo (registravimo) nacionalinėse NĮ pranešėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integruotas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių* PSĮ valdymo metodų diegimą lokaliame (Ligoninės) lygmenyje.
2. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, aktyviai diegiamos NĮ pranešėjimo (registravimo) sistemos turi būti pertvarkytos į *vientisas* PSĮ valdymo sistemas, apimančias šių įvykių išaiškinimą, analizę, reagavimą ir prevenciją.
3. Siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą Ligoninėse, tikslinga diegti ir plėtoti *darnią* PSĮ valdymo sistemą, jungiančią įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones, bei integruoti šią sistemą į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, prisidedant *prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo*.
4. Ligoninės PS sistema „amortizuoja“ tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl *jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą Ligoninėje*, gali pasireikšti tik *užtikrinant koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis*.
5. Siekiant sistemiškai užtikrinti ir gerinti Ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti Ligoninėms Modelį, kurio pagrindu Ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančias moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant Ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Tyrimo metodai

1. *Loginė analizė* taikyta nagrinėjant ir tikslinant pagrindines disertacijoje vartojamas su PS ir PSĮ valdymu susijusias sąvokas.
2. *Mokslinės literatūros analizė* pasitelkta apžvelgiant ir apibendrinant šiuolaikinius mokslo pasiekimus PS srityje, tiriant PSĮ priežastis ir pasekmes bei PSĮ valdymo patirtį Lietuvos ir kitų ES šalių ligoninėse. Rengiant teorinę disertacijos dalį, buvo apibendrinti Lietuvos ir kitų šalių mokslininkų moksliniai straipsniai, pranešimai, monografijos, disertacijos, šaltiniai internete, norminiai teisės aktai, metodinės rekomendacijos.
3. *Dokumentų analizė ir istorinių duomenų analizė* taikyta nagrinėjant tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų istorinę raidą ir patirtis PSĮ valdymo srityje.
4. *Anketavimas* panaudotas PSĮ prevencinio valdymo priemonių naudingumui, jų įgyvendinimo tikslingumui ir veiksmingumui įvertinti, taip pat šių priemonių taikymo problemoms identifikuoti.
5. *Ekspertų grupinės diskusijos metodu* atlikta LRLI ir nacionalinio lygmens PS ekspertų apklausa, siekiant išsiaiškinti jų poreikius ir lūkesčius, susijusius su PSĮ valdymu Ligoninėse bei jų nuomonę apie Modelį, jo įgyvendinimo LRLI kontekstą ir iššūkius.
6. *Stebėjimas dalyvaujant*. Disertacinio darbo autorius turi didelę asmeninę *tarptautinę* (4 metus ėjo Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacijos (ESQH) valdybos nario pareigas), *nacionalinę* (8 metai viešojo administravimo sveikatos priežiūros srityje (Sveikatos apsaugos ministerijoje kuravo SP kokybės ir saugos klausimus) bei *lokalią* (6 m. patirtį teikiant SPP ASPĮ; 12 metų vadovauja privačiai ASPĮ (koordinavo ir vadovavo šioje įstaigoje JAV, Jungtinės Karalystės, Vokietijos tarptautinių kokybės vadybos sistemų (8 tarptautinių standartų) diegimui, yra *sertifikuotas* ir registruotas ISO 9001:2008 standarto Tarptautiniame sertifikuotų auditorių registre (IRCA) *vedančiuoju auditoriumi*; dirba *lektoriumi* (skaito paskaitas ir veda pratybas SP kokybės ir pacientų saugos tematika) VU Medicinos fakultete, todėl disertacijos tematiką ir reiškinius (PS, PSĮ valdymo sistemas, kt.) nagrinėja teoriškai ir įgyvendina praktiškai.

Disertacinio darbo loginė schema, nurodanti disertacijos ginamųjų teiginių pagrindimo tyrimais seką, pateikiama 1 pav.:



1 pav. Disertacinio darbo loginė schema: ginamieji teiginiai, jų pagrindimas tyrimais, gauti rezultatai
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Disertacijos struktūra ir apimtis

Disertaciją sudaro įvadas, trys dalys, išvados ir rekomendacijos, literatūros sąrašas, priedai ir santrauka. Disertacijoje pateiktos 54 lentelės, 27 paveikslai, 2 priedai. Darbo apimtis – 280 puslapių (be priedų). Darbe panaudoti 394 literatūros šaltiniai.

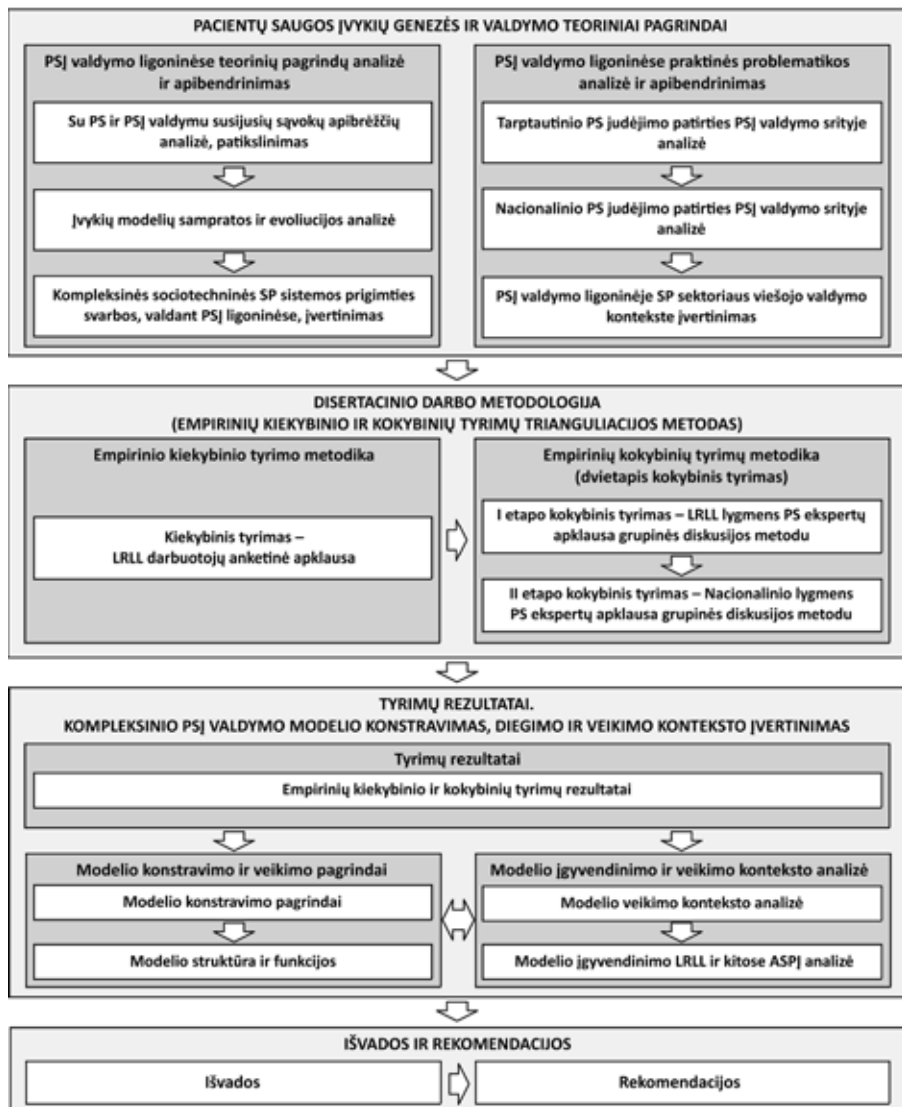
I disertacijos dalyje nagrinėjami PSĮ genezės ir valdymo teoriniai ir metodiniai pagrindai. Šią dalį sudaro trys skyriai: a) pirmajame skyriuje nagrinėjamos PSĮ, juos sukeliančių veiksnių ir jų valdymo teoriniai pagrindai; b) antrajame skyriuje apžvelgiama, nagrinėjama ir apibendrinama tarptautinė ir nacionalinė PSĮ valdymo patirtis; c) trečiajame skyriuje analizuojamas viešasis PSĮ valdymo kontekstas Lietuvoje.

II disertacijos dalyje nagrinėjama disertacijoje atliktų empirinių tyrimų metodinė ir metodologinė problematika. Šią dalį sudaro du skyriai: a) pirmajame skyriuje aptariami kiekybinio tyrimo metodai ir organizavimas; b) antrajame skyriuje aptariami kokybinių tyrimų metodai ir organizavimas.

III disertacijos dalyje apibendrinami atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatai, jų pagrindu konstruojamas LRLL poreikiams ir veiklos specifikai pritaikytas Modelis, nagrinėjamas jo veiklos kontekstas, jo vidiniai (su kitomis Ligoninės struktūromis) ir išoriniai (su kitomis institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje) ryšiai, Modelio adaptavimo ir diegimo Ligoninėje ir kitose ASPĮ iššūkiai.

Remiantis disertaciniame darbe atliktų tyrimų rezultatais, parengtos *išvados ir rekomendacijos*.

Disertacinio darbo struktūrinė schema pateikta 2 pav.:



2 pav. Disertacinio darbo struktūrinė schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Disertacijos turinio ir rezultatų apžvalga

Disertacijos pirmoje (teorinėje) dalyje atlikto tarptautinio PS judėjimų, mokslinių tyrimų ir praktinės patirties apibendrinimo, taip pat disertacijoje atliktų empirinių tyrimų pagrindai: a) suformuoti *Modelio sukūrimo ir veikimo principai*: visapusiškumo, integralumo, vientisumo, kontingencijos, atvirumo, skaidrumo, lankstumo pokyčiams, tobulėjimo, keitimosi, bendradarbiavimo (kooperacijos), konfidencialumo, anonimiškumo, koordinavimo, subsidiarumo, sinergijos, veiksmingumo, efektyvumo, tikslingumo (visi šie principai disertacijoje aprašyti); b) įvertintas Modelio veiklos kontekstas, nustatyti Modelio veiklai ir plėtrai palankūs Ligoninės (vadybiniai-organizaciniai modeliai (palankiausias – atviros, skaidrios, besimokančios organizacijos modelis), kt.) bei išorės veiklos kontekstas (viešojo administravimo, valdymo modeliai (palankiausias naujojo viešojo valdymo modelis), kt.).

Kuriant ir įgyvendinant Modelį svarbi Modelio ir jo veiklos konteksto sąveika, t. y. Modelio atitikimas minėtiems bruožams (atvirumo, mokymosi, skaidrumo), be to, atsižvelgiant į Modelio veiklos konteksto specifiką (kompleksinį sociotechninį SP organizacijos pobūdį, PSĮ įvairovę ir latentiskumą, PS kultūros organizacijoje transformaciją, medicinos darbuotojų ir pacientų požiūrio į PS pokytį, besikeičiančių išorės aplinkos sąlygų, būtinybės priimti sprendimus esant neapibrėžtumui, kt.), Modelis turi lanksčiai ir operatyviai identifikuoti ir adaptuotis prie vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių, išlaikant visavertę funkcionavimą.

Konstruojant Modelį, siekiant nustatyti ir pagrįsti jam keliamus reikalavimus, gauti papildomų duomenų iškeltiems ginamiesiems teiginiams verifikuoti, *trianguliacijos metodu* (derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus (Seidman I., 2006; Patton M. Q. et al., 2005; Ryan G. W., Bernard H. R., 2006)) atlikti empiriniai tyrimai:

1. *Kiekybinis tyrimas (anketinės apklausos metodu)* – Ligoninės lygmens (SP mikrosistemos, mezosistemos, makrosistemos) darbuotojų tyrimas.
2. *Kokybiniai tyrimai (ekspertų grupinės diskusijos metodu)*: 1) Ligoninės lygmens (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninėje, tyrimas; 2) nacionalinio lygmens (SP mezosistemos ir metasistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu, tyrimas.

Bendras visų disertacijoje atliktų empirinių tyrimų tikslas buvo gauti papildomus duomenis, reikalingus ginamiesiems teiginiams verifikuoti ir Modelio konstruktui pagrįsti.

Kiekybinio tyrimo tikslas – gauti empirinius duomenis, reikalingus trims disertacijoje ginamiems teiginiams verifikuoti, pagrindžiant: a) integruotų PSĮ valdymo sistemų, besiremiančių retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų integruoto diegimu lokaliame (Ligoninės) lygmenyje pranašumą, palyginti su šiuo metu plačiai diegiamomis tik įvykusių NĮ valdymo sistemomis (pvz., NĮPMS); b) vientisų PSĮ valdymo sistemų, apjungiančių šių įvykių išaiškinimą, analizę ir prevenciją pranašumą palyginti su šiuo metu gana plačiai diegiamomis fragmentinėmis, tik pranešinėjimu apie NĮ besiremiančiomis, sistemomis (pvz., NĮPMS); c) PSĮ valdymo sistemų suderinimo su jau sėkmingai veikiančiomis Ligoninėje PS, PSĮ valdymo instrumentais ir priemonėmis bei šių sistemų integravimo į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikiškus procesus, svarbą.

Kiekybinio tyrimo metodu buvo pasirinkta anketinė apklausa.

Atsižvelgiant į kiekybiniam tyrimui keliamus tikslus, anketos struktūros šerdį sudarė šių klausimų blokai: a) klausimų, susijusių su *PSĮ išaiškinimu* (atsakydami į šiuos klausimus

simus Ligoninės darbuotojai apibūdino įstaigoje naudojamus PSĮ išaiškinimo metodus, priemones, formatą); b) klausimų, susijusių su *PSĮ prevenciniu valdymu* (atsakydami į šiuos klausimus Ligoninės darbuotojai įvertino jiems pateiktas atrinktas PSĮ prevencinio valdymo priemones, apibūdindami kiekvienos jų taikymą *naudingumo* ir *įgyvendinimo sunkumo* kriterijais; c) klausimų, susijusių su *veiksnių*, kurie lemia darbuotojo *siekį* ir *gebėjimą* dalyvauti išaiškinant PSĮ ir vykdant jų prevencinį valdymą, *išaiškinimu*.

Anketinis tyrimas atliktas Ligoninėse. Respondentų atrankai pasirinktas *sluoksniuotos (stratifikuotos) dvipakopės imties sudarymo metodas*. Atranka buvo vykdoma dviem etapais: a) pirmajame etape buvo atrinkti reprezentatyvūs tyrimo objektai – identifikuotos pagrindinės Ligoninių grupės (klasteriai), kiekvienoje jų buvo išrinkta tipiškiausia tai grupei Ligoninė; b) antrajame etape atlikta respondentų atranka kiekvienoje iš atrinktų Ligoninių. Identifikuojant pagrindines LRLG grupes buvo siekiama suformuoti jų grupes (klasterius), kurios: i) skirtųsi viena nuo kitos pagal kuo didesnę esminių parametų skaičių (vertinta 15 parametru); ii) patenkančios į kiekvieną grupę (klasterį) Ligoninės būtų maksimaliai panašios viena į kitą pagal tuos pačius parametrus. Ligoninių grupių (klasterių) formavimas iš visų Ligoninių buvo vykdomas *klasterinės analizės (K-vidurkių) metodu*. Klasterinei analizei buvo panaudoti: a) *bendrieji ligoninės parametrai, rodikliai*: ligoninės profilių skaičius, lovų skaičius, vidutinis hospitalizuotų ligonių skaičius, lovadienių skaičius, ligonio vidutinio buvimo ligoninėje, lovos apyvartos, stacionarinio letalumo rodikliai. Šiuos tyrimo tikslu pasirinktus svarbius ligoninės struktūrą ir veiklą atspindinčius rodiklius SAM pavedimu analizuoja Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Šių rodiklių duomenys talpinami šio Centro informacinėje duomenų apie šalies SP bazėje (Higienos institutas, 2015); b) *specialieji PS (atspindintys PS būklę ligoninėje) ligoninės parametrai* (VASPVT, 2015). Šie parametrai – tai ligoninių įvertinimai pagal charakteristikas, tiesiogiai ar netiesiogiai atspindinčias PS ligoninėje lygį: pacientų pasitenkinimo lygis; periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis; antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis; vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis; NĮ registravimo ir analizės plėtos apimtis; miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis; personalo rankų higienos užtikrinimo lygis. Tai duomenys apie ligoninių teikiamų paslaugų kokybę ir PS, kurie kasmet surenkami, vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu (LR sveikatos apsaugos ministras, 2015).

Tiek bendrųjų, tiek specialiųjų parametru duomenys naudojami priimant vadybinius sprendimus SP sektoriuje, tiriant ligoninių veiklos efektyvumo ir kitus parametrus (Jančauskienė D., 2016; Ruževičius J., 2007; Jančauskienė D., Jančauskaitė I., 2011).

Iš *klasterinės analizės (naudojant SPSS-17 programų paketą)* rezultatų matyti, kad optimalu yra visas Ligonines suskirstyti į 3 grupes (klasterius). Kiekvienoje Ligoninių grupėje naudojant tą patį metodą buvo identifikuota *tipiškiausia* tai grupei (klasteriui) Ligoninė – Ligoninė, kuri daugiamatėje euklidinėje parametru erdvėje maksimaliai (labiausiai) panaši į visas kitas savo grupės (klasterio) Ligonines.

Pasirinktas tipinių objektų atrankos sudarymo metodas (*klasterinės randomizacijos analizės*, angl. *cluster randomization analysis*) suponuoja ir apklaustųjų skaičiaus kiekvienoje Ligoninėje nustatymą (Donner A., Klar N., 2000). Statistikos programa NCSS PASS 14, nustatytas apklaustųjų respondentų skaičius kiekvienoje Ligoninėje (52 respondentai). Atrenkant kiekvienoje Ligoninėje apklausiamus respondentes, siekta, kad atrinktieji proporcingai atstovautų pagrindinėms dirbančioms šioje Ligoninėje SP darbuotojų grupėms: gydytojams,

slaugytojams, įstaigos administracijai. Statistiškai apdorojant anketinės apklausos duomenis buvo naudojami *vidurkių, standartinių nukrypimų, porinės koreliacijos koeficientų, faktorinės analizės pagrindinės komponentės metodai*. Skaičiavimai atlikti naudojant *SPSS-17 statistinių programų paketą*. Apklausoje metu pateikti 76 PSĮ prevencinio valdymo priemonių (toliau – **Priemonės**) sąrašas. Šis sąrašas sudarytas naudojant daugiapakopę procedūrą, aprašytą disertacijoje. Priemonės pagal paskirtį suskirstytos į 9 grupes. Apklausiamieji darbuotojai kiekvieną Priemonę apibūdino pagal laukiamą *naudingumą*, ją naudojant Ligoninėje, ir *sunkumą*, su kuriais tektų susidurti ją įgyvendinant (naudojant), laipsnį ir pobūdį.

Gautus duomenis, statistiškai apdorojus Priemonės, buvo galima suskirstyti į tris grupes: 1) *veiksmingiausias* (Priemonės, kurių naudingumo vertinimas žymiai viršija jos įgyvendinimo (naudojimo) sunkumą laipsnį); 2) *veiksmingas* (Priemonės, kurių naudingumas nedaug viršija jų įgyvendinimo (naudojimo) sunkumus; 3) *neveiksmingas* (Priemonės, kurių naudingumas mažesnis už jų įgyvendinimo (naudojimo) sunkumus). Dauguma Priemonių įvertintos kaip *veiksmingiausios* – 41 (53,9 proc.) arba *veiksmingos* – 30 (39,4 proc.), tik 5 (7,6 proc.) – kaip *neveiksmingos*. Priemonių analizės rezultatai atskleidė: a) galimybę suformuoti Modelio veiksmingų priemonių arsenalą; b) tikslingumą naudoti įvairaus (retro-, re-, proaktyvaus) pobūdžio PSĮ valdymo priemonės.

Statistiškai apdorojus atsakymus į klausimus, susijusius su veiksniais, kurie lemia darbuotojo *siekį* ir *galimybę* gerinti PS jo įstaigoje, nustatyti pagrindiniai statistiniai šių parametrų ir jo veiklos sąlygų (uždarbio, darbo ritmiškumo, darbuotojų ir vadovybės santykių, santykių įstaigos kolektyve ir pacientų požiūrio į PS) ryšiai. Buvo išaiškinti ryšiai tarp Ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir sunkumų, su kuriais, tikėtina, bus susidurta, įgyvendinant: a) visų Priemonių grupių visas Priemonės; b) atskiros Priemonių grupės visas Priemonės; c) atskiras Priemonės.

Kokybiniai tyrimai atlikti du: a) *Ligoninės lygmens* PS ekspertų (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą Ligoninėje); b) *nacionalinio (šalies) lygmens* ekspertų (SP megasistemos ir metasistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu) tyrimas. Kokybinių tyrimų pagrindinis tikslas – gauti kokybinius duomenis (pagrindimą) 4-ajam disertacijos ginamajam teiginiui patvirtinti ir papildomus duomenis 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam ginamiesiems teiginiams patvirtinti, kurių pagrindu konstruojamas Modelis.

Per abu kokybinius tyrimus vyko *ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu* (angl. *expert panel method*). Metodo esmė – „ekspertų grupė diskutuoja problemą, kuri negali būti lengvai išspręsta atskiros asmens“ (Panel Discussion, 2015 Bitinas B. *et al.*, 2008). Ekspertų grupinės diskusijos metodas yra vienas plačiausiai taikomų nagrinėjant įvairaus lygio vadybinius-organizacinius klausimus (Dunn M., 1995; ICES-CIEM, 2015; Metz J., 2015; EU, 2015).

Abiejų kokybinių tyrimų atveju ekspertų grupinė diskusija (Salisbury University, 2015) buvo organizuojama identišškai: diskusijos ekspertams buvo pristatyti ir paaiškinti ekspertinės apklausos, naudojant grupinės diskusijos metodą, tikslai ir tvarka; dalyviams buvo pristatyta Modelio principinė schema, apibūdinta Modelio struktūra, funkcijos, veikimas, atsakyta į ekspertams iškilusius klausimus; ekspertai buvo supažindinti su grupinės diskusijos temomis ir temų sritimis (klausimais). Diskusija buvo moderuojama, kiekvienas susitikimas buvo įrašomas (padarytas skaitmeninis garso įrašas). Diskusijos pradžioje ekspertai buvo informuoti, kaip bus užtikrinamas duomenų konfidencialumas ir gau-

tas ekspertų sutikimas dėl grupinės diskusijos garso įrašymo. Abiejų kokybinių tyrimų metu gauti atsakymai buvo analizuojami naudojant *teminės analizės metodą* (Braun V., Clarke V., 2006; Guest G., 2012; Saldana J., 2009).

Pirmajam kokybiniam tyrimui (Ligoninės (SP mezosistemos ir makrosistemos) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu), atliekamam tose pačiose tipinėse LRLI, kuriose buvo atliktas kiekybinis tyrimas, **iškelti tikslai:** a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS Ligoninėje; b) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) Ligoninėje; c) nustatyti būtinas sąlygas, kad Ligoninėje Modelis būtų sėkmingai įdiegtas ir veiktu.

Atrinkti trijų tirtų LRLI darbuotojai, turintys didžiausią kompetenciją ir patirtį PS ir PSĮ valdymo srityje (pvz., darbuotojai, kurių vadybinė-organizacinė veikla labiausiai susijusi su PS organizavimu, PSĮ valdymu Ligoninės (makrosistemos lygmuo) ir/ar jos struktūrinio padalinio (mezosistemos lygmuo) lygmeniu, kt.). Ekspertų atrankos kriterijai, ekspertų patirtys PS, PSĮ valdymo srityje aptartos disertacijos II dalies 2 skyriuje. Ekspertais atrinkti Ligoninės administracijos vadovai, Vidaus medicinos audito skyriaus vadovai, klinikinių padalinių vadovai, administracijos padalinių vadovai (žmonių išteklių, kt.).

Pirmojo kokybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio aktualumą, reikalingumą, tinkamumą bei atitikimą Ligoninių poreikiams; b) sudarė galimybę išsiaiškinti ir nustatyti Modelio tobulinimo ir plėtojimo kryptis; c) atskleidė Ligoninių darbuotojų suvokimą, kad Modelio įgyvendinimas yra sisteminė inovacija, galimai sukelsianti sisteminius Ligoninės veiklos pokyčius, bei inovacijų diegimui būdingą darbuotojų pasipriešinimą; d) parodė, kad vis dar dominuojantis šalies SP tradicinis (biurokratinis, hierarchinis) viešojo valdymo stilius yra svarbi kliūtis sėkmingai įgyvendinti Modelį; e) parodė pranešinėjimo apie NĮ baimės įveikimą kaip vieną svarbiausių Modelio sėkmingo įgyvendinimo prielaidų; f) pabrėžė pranešinėjimo apie PSĮ anonimiškumo ir konfidencialumo svarbą; g) parodė, kad Modelio įgyvendinimo apimtys ir pobūdis labai priklauso nuo LRLI disponuojamų išteklių; h) parodė LRLI darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos svarbą diegiant ir įgyvendinant Modelį Ligoninėje; i) atskleidė pereinamojo laikotarpio reikalingumą diegiant, derinant ir pritaikant Modelį Ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai; j) parodė, kad Modelis turėtų būti *atvira, skaidri, nuolat besimokanti ir tobulėjanti sistema*, atvirai bendradarbiaujanti tiek su Ligoninės vidaus, tiek su išorės PS užtikrinimo ir gerinimo proceso dalyviais ir suinteresuotomis pusėmis, turinti mechanizmą išaiškinti PS ir savo funkcionavimo trūkumus, atlikti korekcinis veiksmus, komunikuoti ir užtikrinti grįžtamąjį ryšį; k) parodė, kad Modelio įgyvendinimo Ligoninėje sėkmė didele dalimi priklausys nuo išorinės aplinkos sąlygų, ypač nuo aukštesnio lygmens institucijų (ministerijos, jai pavaldžių institucijų, Ligoninės steigėjo), žiniasklaidos bei pacientų požiūrio į PS ir veiksmų; l) parodė, kad sėkmingam Modelio įgyvendinimui yra ypač svarbi visuomenės nuomonė ir ją formuojančios žiniasklaidos požiūris į klaidas medicinoje, jų valdymą bei PS iniciatyvų palaikymą; m) parodė, kad Modelio įgyvendinimo sėkmė taip pat priklausys nuo pacientų elgesio, požiūrio ir palaikymo; n) nustatė Ligoninės darbuotojų išsamesnio susipažinimo su PS, NĮ, PSĮ sąvokomis ir objektais poreikį bei poreikį turėti tikslų pranešinėjamų NĮ sąrašą, kuris būtų palapnsniui praplečiamas, atsižvelgiant į Ligoninės poreikius ir PSĮ išaiškinimo patirtį; o) atskleidė Ligoninės PS ekspertų ir kitų darbuotojų pritarimą Modelio principinei schemai, buvo pažymėta, kad PSĮ išaiškinimas turi būti kompleksinis, siejantis tiek jau įvykusių, tiek einamuoju momentu ar nuolat vykstančių, tiek galimai atei-

ty įvyksiančių PSI išaiškinimą ar jų rizikos įvertinimą; p) parodė būtinybę Ligoninėje turėti specialiai parengtą PS specialistą bei pabrėžė nacionalinio lygmens PS koordinavimo centro įsteigimo tikslingumą; r) parodė, kad Modelis neturėtų būti pernelyg sudėtingas jį suprasti ir įgyvendinti, jo įgyvendinimas neturėtų pareikalauti didžiulių investicijų.

Atsižvelgiant į šiuos 1-ojo kokybinio tyrimo rezultatus, buvo patikslinta ir išplėta Modelio principinė schema, parengta Modelio veikimo konteksto analizės schema.

Antrajam kokybiniam tyrimui (Nacionalinio (SP megasistemos ir metasistemos) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu) **iškelti tikslai:** a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS Ligoninėse ir kitose ASPĮ; b) įvertinti Modelio svarbą nacionalinei SP sistemai užtikrinant ir gerinant PS Lietuvoje; c) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) Ligoninėse ir kitose ASPĮ; d) patikslinti Ligoninės ir nacionalinio lygmens konteksto sąlygas, būtinas sėkmingam Modelio diegimui ir veikimui.

Ekspertų atranka vyko identifikuojant aukščiausio lygio, skirtingą patirtį PS srityje turinčius SP sektoriaus ir/ar nacionalinio lygmens organizacijose, susijusiose su PS užtikrinimu Ligoninėse, asmenis. Atrenkant ekspertus buvo vadovaujamas *maksimalios variacijos* principu – aukščiausiojo (nacionalinio) lygio PS srities ekspertai buvo parinkti taip, kad būtų atstovaujama visoms svarbiausioms nacionalinio lygio institucijoms, atsakingoms už PS užtikrinimą ir gerinimą skirtingose srityse (pvz., vaistų sauga, radiacinė sauga, medicinos įrangos sauga, kt.): LR Seimas (Sveikatos apsaugos politikos PS srityje formavimas, PS teisinis reglamentavimas, kt.); LR sveikatos apsaugos ministerija (Sveikatos apsaugos politikos PS srityje įgyvendinimas nacionaliniu lygiu); Valstybinė ligonių kasa (SP kokybės ir saugos kontrolė, priežiūra); Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (medikamentų, medicinos priemonių sauga), VASPVT (PS stebėseną, koordinavimą, priežiūrą ir kontrolę nacionaliniu lygiu (paskirta Nacionalinio lygio kompetingą institucija PS srityje); Nacionalinis transplantacijos biuras (donorystės sauga); Higienos institutas (su SP susijusių infekcijų valdymo stebėseną, koordinavimą); Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (PS visi aspektai); M. Romerio universitetas (moksliniai tyrinėjimai, SP darbuotojų tobulinimas PS srityje); Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas (SP specialistų rengimas, tobulinimas, mokslinė veikla); Lietuvos gydytojų sąjunga (gydymo sauga, PS); Lietuvos slaugos specialistų organizacija (slaugos sauga, PS).

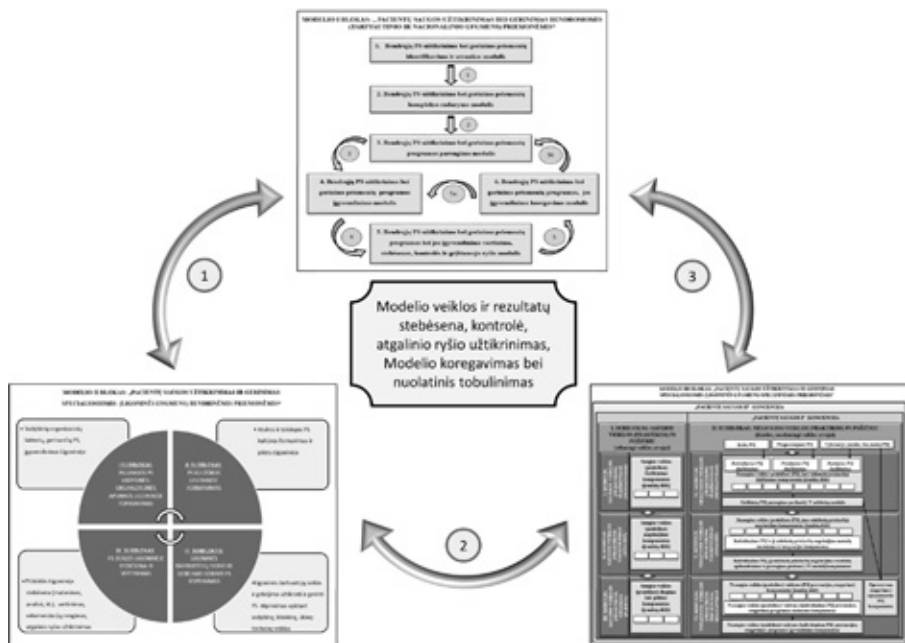
Antrojo kokybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio reikalingumą ASPĮ ir nacionalinei SP sistemai; b) parodė pritarimą pateikto Modelio principinei schemai, struktūrai ir funkcijoms; c) sudarė galimybę išryškinti problemas ir sunkumus, kurie gali kilti įgyvendinant ir įveiklinant Modelį; d) sudarė galimybę identifikuoti priemones, kurių reikėtų imtis nustatytoms problemoms ir sunkumams įveikti, palengvinant Modelio įgyvendinimą; e) pabrėžė būtinybę į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, dalyvaujančias užtikrinant PS nacionaliniu lygiu.

Remiantis 2-ojo kokybinio tyrimų rezultatais patikslinta ir papildyta Modelio principinė schema, Modelio veikimo konteksto schema, parengta Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis institucijomis schema, išnagrinėtos Modelio įgyvendinimo ir adaptacijos Ligoninėse ir kitose ASPĮ problemos, jų sprendimo būdai.

Kokybinių tyrimų rezultatai patvirtino disertacijos 4-ąjį ginamąjį teiginį ir suteikė papildomus duomenis disertacijos 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam ir 5-ajam ginamiesiems teiginiams patvirtinti, kurių pagrindu toliau buvo konstruojamas ir plėtojamas Modelis. Ko-

kybinių tyrimų metu tiek Ligoninės, tiek nacionalinio lygio PS ekspertai apibūdino loka-
laus (Ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygių bendradarbiavimo svarbą, kaip vieną
svarbiausių sėkmingo Modelio diegimo Ligoninėje prielaidų. Kokybinių tyrimų metu
išaiškinti lokalaus (Ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmens visas kompleksas
įvairaus pobūdžio veiksnių, nuo kurių priklausys Modelio diegimas, įgyvendinimas ir plė-
tojimas Ligoninėse, taip pat tikėtinos problemos ir sunkumai, kilsiantys įgyvendinant Mo-
delį, kurių sprendimas reikalauja kompleksinio (įvairiapusio, daugiaspekčio) požiūrio į
PS, PSĮ valdymą Ligoninėje, kitose ASPĮ ir SP sektoriuje. Ekspertų pasisakymai liudija,
kad šių sunkumų įveikimas ir Modelio įgyvendinimas šalies ligoninėse ir kitose ASPĮ su-
teiks svarbų postūmį visos SP pažangai, sudarys sąlygas veiksmingiau išsiaiškinti ir spręsti
SP ir PS problemas. Todėl Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas formuos naujas,
palankias sąlygas dinamiškai visos SP sistemos raidai.

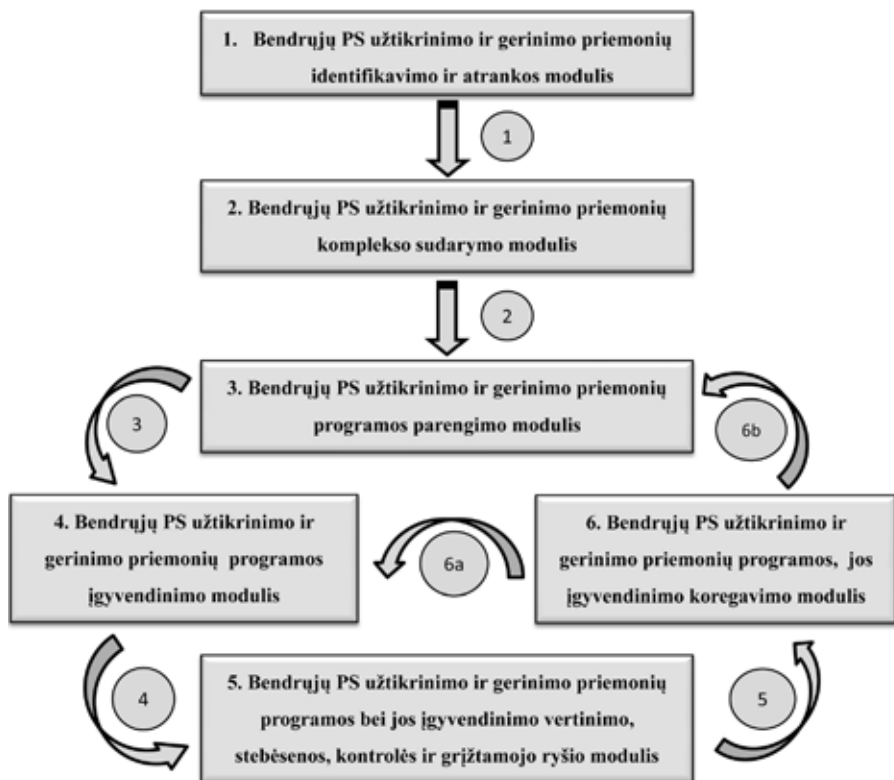
Remiantis suformuotais Modelio kūrimo ir veikimo principais, įvertinus Modelio ir jo
veikimo konteksto santykį bei atsižvelgus į kitus svarbius atliktų kiekybinio ir kokybinių
tyrimų rezultatus, parengta Modelio principinė schema (žr. 3 pav.):



3 pav. Modelio principinė schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Centrinę vietą Modelio principinėje schemoje sudaro jo trys *struktūriniai blokai*:

- I. *Pirmasis struktūrinis blokas*. „PS gerinimas bendrosiomis (nacionalinio, tarptautinio lygmens) PS priemonėmis“ (žr. 4 pav.).



4 pav. Modelio I blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmens) PS priemonėmis“

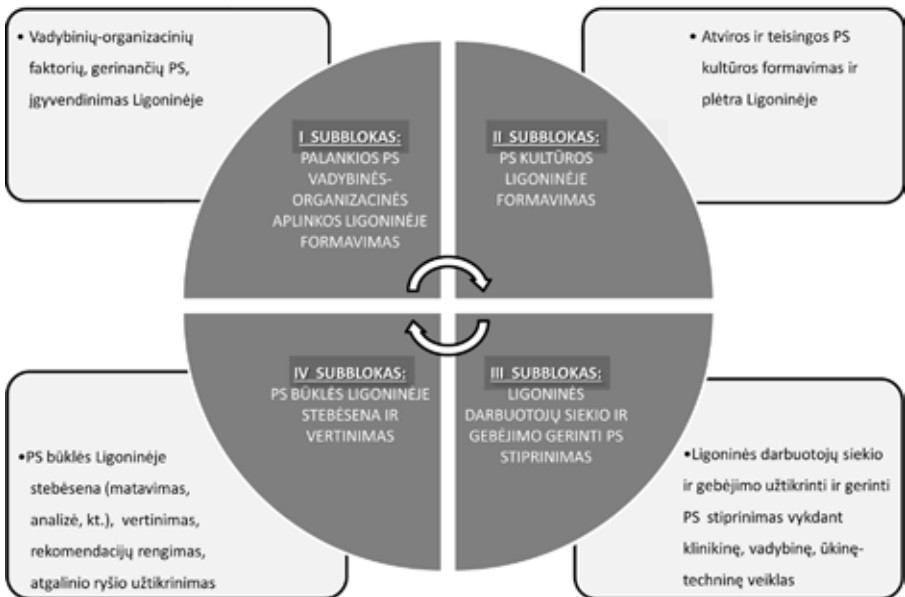
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Bendrosios PS priemonės – tai visuotinai pripažintos, geriausia patirtimi (mokslu įrodymais ir gerąja praktika) pagrįstos, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo ASPĮ rekomenduojamos PS priemonės, kurių įgyvendinimas sustiprina PS: a) padidinant saugių (sėkmingų) atvejų ir rezultatų pasireiškimą; b) sumažinant nesaugių (nesėkmingų) atvejų skaičių bei jų rezultatų pasireiškimą, Ligoninei funkcionuojant įprastomis, kintančiomis bei nenusėjamomis sąlygomis.

Pirmasis Modelio blokas skirtas: a) iš tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų teikiamų rekomendacijų ir siūlomų PS priemonių visumos identifikuoti ir atrinkti Ligoninei tinkančias priemones (1 modulis); b) sudaryti Ligoninei svarbių PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių kompleksą (2 modulis); c) parengti PS užtikrinimo bei gerinimo priemonių programą (3 modulis); d) užtikrinti jos įgyvendinimą (4 modulis); e) vykdyti programos įgyvendinimo ir poveikio vertinimą, stebėseną, kontrolę, užtikrinti grįžtamąjį ryšį (5 modulis); f) atsižvelgiant į vertinimo rezultatus, koreguoti ar tobulinti (6 modulis) programą (6b) ar jos įgyvendinimą (6a) (šio ciklo žingsniai kartojami tiek kartų, kiek

kartų nustatomi suplanuotos ir realios programos įgyvendinimo eigos bei suplanuotų ir pasiektų rezultatų neatitikimai).

II. *Antrasis struktūrinis blokas*: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“ (žr. 5 pav.).

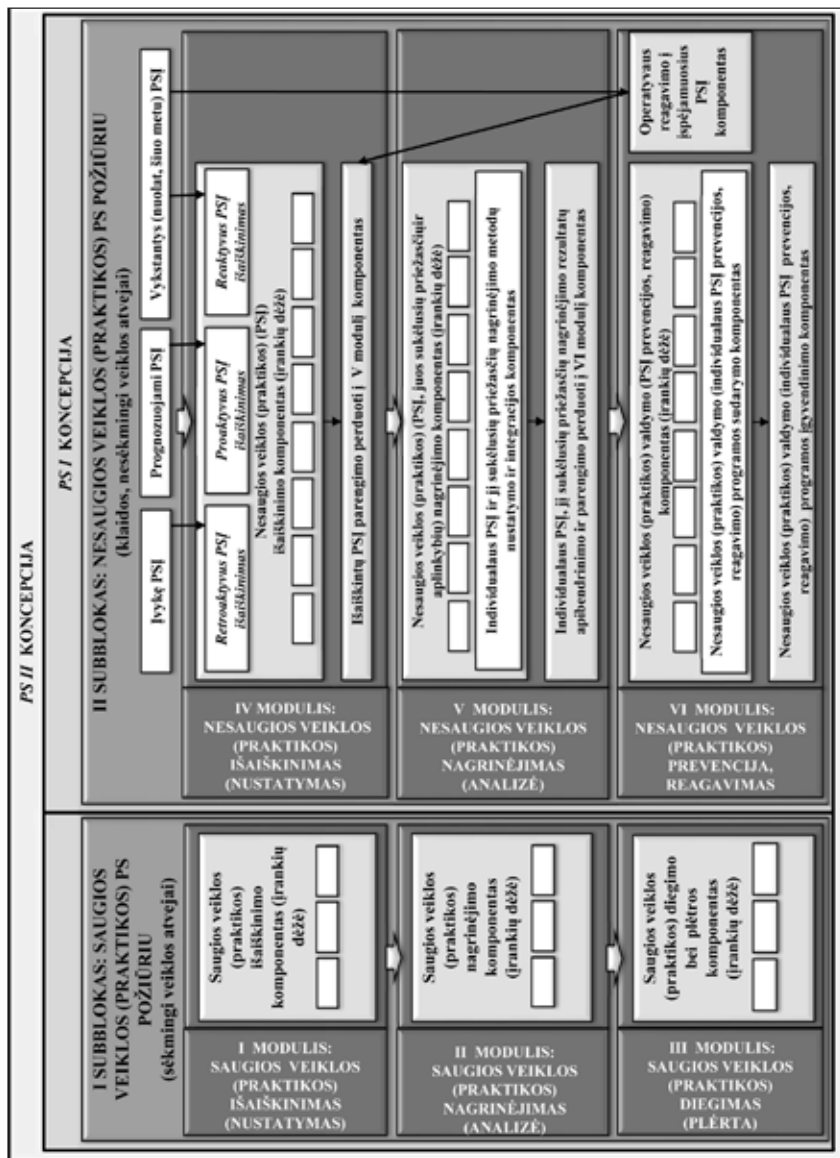


5 pav. Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“

Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

Antrojo struktūrinio bloko paskirtis – sudaryti palankias PS, PSĮ valdymui, Modeliu diegti ir plėtoti Ligoninėje sąlygas, įgyvendinant bendrines vadybinio-organizacinio pobūdžio priemones: a) suformuoti palankias vadybines-organizacines sąlygas (pvz., vadovybės lyderystės PS srityje užtikrinimas, PS iniciatyvų palaikymas, reikalingų išteklių PS stiprinti ir gerinti skyrimas, kt.) (I subblokas); b) formuoti atvirą ir teisingą PS kultūrą, pagrįstą tobulėjimo ir atskaitomybės balansu, skatinančią atvirą PSĮ valdymo procesą ir PSĮ atskleidimą pacientams; priimti įstaigoje lokalius norminius teisės aktus, formuojančius teigiamą požiūrį į PSĮ ir jų valdymą, kt.) (II subblokas); c) stiprinti Ligoninės darbuotojų siekius (motyvaciją) ir gebėjimus (žinias, įgūdžius, kt.) gerinti PS (pvz., užtikrinti metodinę pagalbą rizikų valdymo srityje, organizuoti už PS atsakingiems Ligoninės darbuotojams specializuotus mokymus PS, PSĮ valdymo, rizikų valdymo ir kt. srityse, kitiems darbuotojams – bendrinius mokymus PS, PSĮ valdymo klausimais, kt.) (III subblokas); d) užtikrinti nuolatinį PS būklės, PSĮ valdymo proceso ir rezultatų stebėsenos, vertinimo ir kontrolės procesų ciklo veikimą, užtikrinant grįžtamąjį ryšį Ligoninės vadovybei, už PS atsakingiems ir kitiems darbuotojams (IV subblokas).

Šis kompleksinis Ligoninės vidinės aplinkos pokyčių nuoseklus įgyvendinimas užtikrins Ligoninės vadybinės-organizacinės ir klinikinės veiklų bei visos Ligoninės organizacijos sisteminę pažangą link PS optimalaus organizacijos modelio išplėtojimo.



6 pav. Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmenis) specifinėmis PS priemonėmis“
 Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

III. *Trečiasis struktūrinis blokas*: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis“ (žr. 6 pav.).

Ligoninei veiksmingai įgyvendinant tarptautinio ir nacionalinio lygmens rekomenduojamas bendrąsias (žr. Modelio I bloką) bei Ligoninės lygmens specialiąsias bendrines (žr. Modelio II bloką) PS užtikrinimo ir gerinimo priemones, jos gali būti nepakankamos Ligoninei funkcionuojant nuolat kintančioje aplinkoje (nuolatinių SP sektoriaus pertvarkų laikotarpyje – kintant Ligoninės veiklos teisiniam reglamentavimui, esant įtampai dėl resursų stokos, sparčiai diegiamų modernių technologijų ir inovatyvių diagnostikos ir gydymo metodų, didėjančių visuomenės lūkesčių sveikatos priežiūrai ir pan.). Todėl net ir įdiegus mokslo ir gerosios praktikos rekomenduojamas tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS priemones (žr. Modelio I bloką), Ligoninė netaps visiškai saugi pacientams, nes sparčiai besikeičiant aplinkos sąlygoms, joje neišvengiamai kartosis ar rasis nauji pavojai, kils nauji PSĮ.

Suformuota geroji (saugi) praktika taip pat nėra ilgalaikė ir stabili, nes Ligoninė ir jos veiklos kontekstas nėra nekintantys. Pasikeitus aplinkybėms, turi keistis ir praktika, nes ankstesnėmis sąlygomis Ligoninėje suformuota *geroji (saugi) praktika*, atsiradus naujoms aplinkybėms, gali tapti *nesaugia*. Kita vertus, nesėkmingų praktikos atvejų Ligoninėje įvyksta gerokai mažiau nei sėkmingų, todėl mokytis iš nesėkmių – reiškia mokytis tik iš santykinai mažos dalies praktikos (atvejų imties), neišnaudojant galimybių mokytis iš gerokai platesnės saugios praktikos, identifikuoti ir diegti Ligoninėje saugios veiklos (praktikos) apraiškas, išvengiant ar užkertant kelią pavojams ir PSĮ rastis. Be to, Modelio I ir II bloke numatytos PSĮ prevencinio valdymo priemonės gali būti neįgyvendinamos ar netinkamai atrenkamos. Dėl šių priežasčių, įvertinus tyrimų rezultatus, parengtas Modelio III blokas „Pacientų saugos užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis“, kurį sudaro du subblokei: a) I subblokas „Saugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“ (Ligoninės, jos padalinio, darbuotojo veiklos atvejai), skirtas gerosios patirties (saugios (sėkmingos) veiklos, praktikos) paieškai ir išaiškinimui (I modulis), jos nagrinėjimui ir analizei (II modulis) bei panaudojimui (adaptavimui, diegimui, plėtrai) (III modulis); b) II subblokas „Nesaugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“ (Ligoninės, jos padalinio, darbuotojo nesėkmingos (nesaugios) veiklos atvejai), skirtas nesaugios praktikos (PSĮ) išaiškinimui (IV modulis), nagrinėjimui (V modulis), reagavimui bei prevencijai (VI modulis).

Mokslinėje literatūroje pateikiami įvairūs geriausios patirties paieškos, nagrinėjimo ir panaudojimo būdai (Hong P. *et al.*, 2012). Daugelio jų pagrindą sudaro *Kaiser Associates* pasiūlyta 7 žingsnių metodika (Kaiser Associates, 1988), kurią išplėtojo R. Camp, pateikęs 12 žingsnių metodiką (Camp R., 1994). Šių autorių siūlomu geriausios patirties nustatymo, nagrinėjimo ir diegimo procesų nuoseklumu vadovautasi rengiant Modelio geriausios patirties (*saugios veiklos (praktikos)*) (I subbloko) *paieškos (išaiškinimo)* (I modulis), *nagrinėjimo (analizės)* (II modulis) bei *diegimo (plėtros)* (III modulis) etapų struktūrinius elementus).

Modelio III bloko I ir II subbloko modulių komponentai suformuoja kiekvienam PSĮ valdymo etapui (išaiškinimo, nagrinėjimo, diegimo, reagavimo ir prevencijos) būtinų vadybos įrankių dėžes (angl. *tool box*).

Pažymėtina, kad Modelio III bloko I subblokas įgyvendina moderniosios *Pacientų saugos II* koncepcijos (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015) nuostatas, pabrėžiant mokymosi iš geriausios (teigiamos, saugios, kt.) patirties svarbą. Mokymosi iš geriausios (saugios) praktikos subbloko elementų ir šio subbloko ryšių su viso Modelio sistema skirta

generuoti Modelio ir visos Ligoninės veiklai tobulinti bei gerajai praktikai plėsti idėjas ir jas įgyvendinti, siekiant pagerinti organizacijos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, sudarant nepalankias sąlygas rasti ir pasireikšti PSĮ bei palankias sąlygas Ligoninei veikti, pasiekiant kuo aukštesnį PS lygį.

Modelio III bloko II subbloke parodytos tradicinės *Pacientų saugos I* koncepcijos (Reason J., 2000) įgyvendinimo nuostatos; ją įgyvendinant, išplečiamas jos veikimo laukas, apimant ne tik įvykusių NĮ pranešimą, bet ir visų (įvykusių ir neįvykusių (potencialių)) PSĮ valdymą (pranešimą, nagrinėjimą, reagavimą, prevenciją) Ligoninėje. Ši subbloką sudaro: a) *Nesaugios veiklos (praktikos) išaiškinimo (nustatymo) modulis (IV modulis)*, kurio paskirtis – užtikrinti kuo išsamesnį įvykusių (PSĮ *retroaktyvaus* išaiškinimo komponentas), vykstančių (PSĮ *reaktyvaus išaiškinimo komponentas*) ir prognozuojamų bei tikėtinų (PSĮ *proaktyvaus* išaiškinimo komponentas) PSĮ išaiškinimą, jų registravimą ir parengimą tolesnei PSĮ analizei, juos sukėlusių priežasčių nustatymui, naudojant atitinkamo pobūdžio PSĮ nustatymo metodų ir priemonių įrankių dėžes; b) *Nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo (analizės) modulis (V modulis)*, kurio paskirtis IV modulyje išaiškintų PSĮ, juos sukėlusių priežasčių giluminės analizės atlikimas, priežastinių ryšių identifikavimas panaudojant šiuolaikinio vadybos mokslo rekomenduojamų metodų ir priemonių, skirtų išaiškintų PSĮ analizei, arsenalą, suformuotą šio modulio nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo komponento įrankių dėžėje; c) *Nesaugios veiklos (praktikos) prevencijos ir reagavimo modulis (VI modulis)*, kurio paskirtis parinkti kiekvienam nustatytam individualiam PSĮ veiksmingas prevencijos ir reagavimo (poveikio) priemonės; integruoti šias priemones į įstaigoje veikiančią PS užtikrinimo ir gerinimo programą, sudarant tam būtinas vadybinės-organizacinės ir klinikinės veiklos sąlygas.

Visi trys struktūriniai Modelio blokai suformuoja Ligoninės PSĮ valdymo sistemos pagrindą. I bloku parodoma, kaip identifikuojamos bendrosios tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimo pagrįstos ir rekomenduojamos, Ligoninės poreikius atitinkančios PSĮ valdymo priemonės; II bloku – kaip formuojamos Ligoninėje PS užtikrinti ir gerinti, PSĮ valdyti, Modelį diegti ir plėtoti palankios sąlygos, įgyvendinant bendrines vadybinio-organizacinio pobūdžio priemones; III bloke demonstruojama, kaip nagrinėjama Ligoninės geroji (saugi) ir taisytina (nesaugi) veikla, išaiškinamos ir diegiamos Ligoninei specifinės PS užtikrinančios ir gerinančios PSĮ valdymo priemonės, didinančios Ligoninės struktūrų ir procesų saugos lygį (ligoninės atsparumą, stangrumą neigiamam pokyčių poveikiui), taip pat Ligoninės gebėjimą sistemiskai valdyti įvykusius, vykstančius bei prognozuojamus PSĮ.

3 pav. parodyta pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveika, kurią galima apibūdinti kaip *dviųjų kontrolės ir korekcijos ciklų sistemą*: a) *pirmasis ciklas yra vidinis*, veikia Modelio I bloke, užtikrina šio bloko 3, 4, 5 ir 6 subbloką sąveiką siekiant išaiškinti ir koreguoti bendrųjų PS priemonių įgyvendinimo neatitikimus; b) *antrasis ciklas yra išorinis*, užtikrina trijų pagrindinių Modelio struktūrinių blokų tarpusavio sąveiką (pvz., Modelio III bloku parodyta, kaip jis sudaro galimybę išsiaiškinti (pagauti) PSĮ, kurie įvyksta dėl I bloko veiklos spragų, dėl to galima papildyti ar patikslinti įgyvendinamų *bendrųjų (tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS judėjimų rekomenduojamų) PS priemonių sistemą*.

Pagrindiniai Modelio blokai sujungti į antrąjį (išorinį) *Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo ciklą*, siekiant užtikrinti Modelio (vadybinio-organizacinio instrumento) efektyvų ir veiksmingą

gą funkcionavimą, nuolatinį tobulėjimą ir atvirumą. Kartu veidkami vidinis ir išorinės kontrolės ir korekcijos užtikrinimo ciklai sudaro galimybę stebėti Modelio pagrindu ren- giamos PSĮ valdymo sistemos veiklą ir jos rezultatus, Ligoninės pažangą užtikrinant PS.

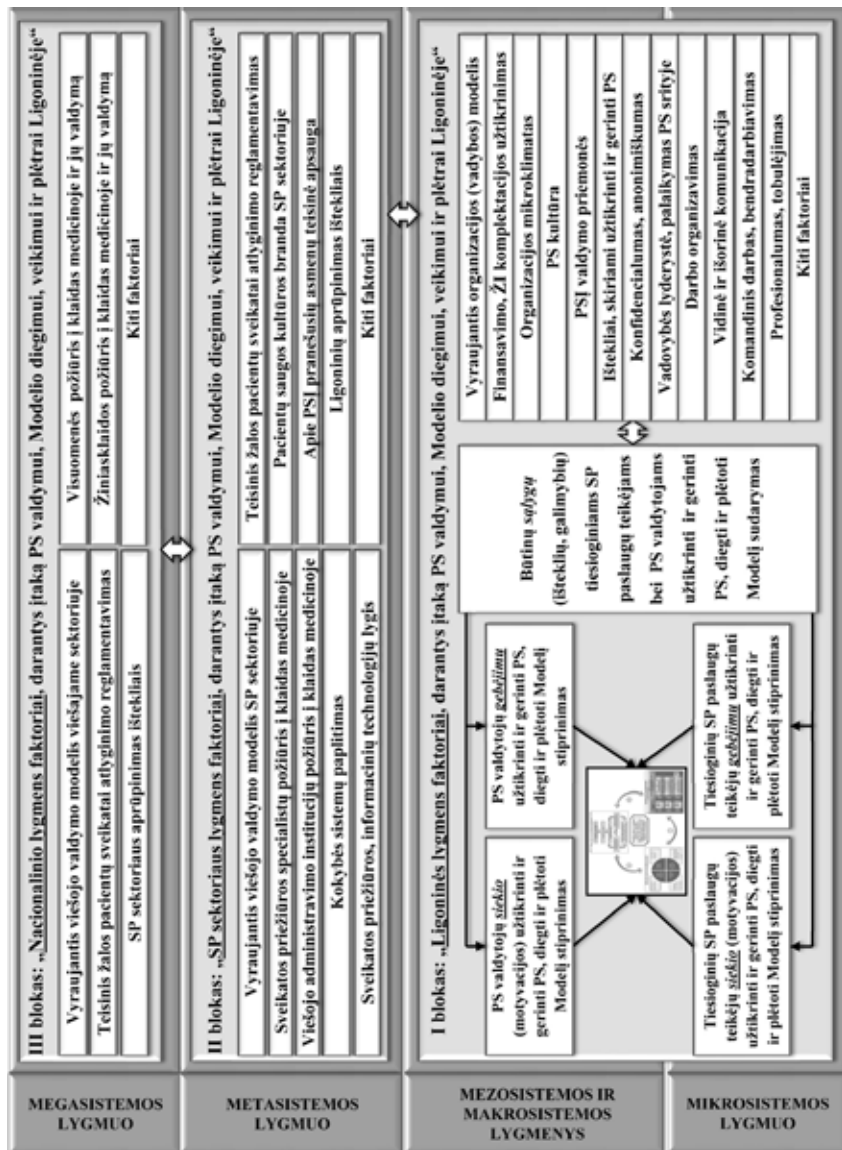
Disertacijos 3 dalies 4 skyriuje nagrinėjami Modelio sąveikos ir bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, klausimai šiuolaiki- nio viešojo valdymo kontekste; aptariama Modelio diegimo Ligoninėse ir pritaikomumo kitoms ASPĮ problematika.

Nagrinėjant *Modelio sąveikos su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, klausimus*, nagrinėjami Modelio ir Ligoninės, kurioje veikia Modelis, ver- tikalūs ir horizontalūs ryšiai su išorės institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netie- siogiai darančiomis įtaką PS Ligoninėje.

Modelio vidinių (Ligoninėje) ir išorinių (su SP meta- ir megasistemų lygmenyse vei- kiančiomis organizacijomis ir institucijomis) ryšių sistema pavaizduota Modelio veikimo konteksto schemoje, tarpusavyje sąveikaujančių trijų struktūrinių blokų lygmenimis (žr. 7 pav.).

Pateiktoje Modelio veikimo konteksto schemoje matyti, kad jo I bloko „Ligoninės lyg- mens faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui, veikimui ir plėtrai Ligoni- nėje“ (SP sektoriaus mikro-, mezo- ir makrosistemų lygmenys) pagrindą sudaro Modelio subblokas (sumažintas 3 pav.) – *operacinė* Ligoninės PSĮ valdymo sistemos dalis, kurioje tiesiogiai realizuojamos priemonės PS Ligoninėje vertinti, užtikrinti ir gerinti.

Su Modelio subbloku glaudžiais tiesioginiais ryšiais susiję keturi jį aptarnaujantys subbloakai, sudarantys sąlygas Modelio subblokui efektyviai funkcionuoti. Tam, kad Mo- delis sėkmingai veiktų, t. y. kad šiame subbloke efektyviai vyktų PS užtikrinantys ir ger- inantys procesai, būtina užtikrinti, kad Ligoninės darbuotojai *siektų* (t. y. būtų įtraukti, suinteresuoti, motyvuoti) užtikrinti PS ir *gebėtų* (*galėtų*) (t. y. turėtų reikiamą kompeten- ciją, kvalifikaciją, išteklius bei įgaliojimus) tai atlikti. Šią funkciją užtikrina Ligoninės (SP mikro-, mezo- ir makrosistemose lygmeniu) veikiančios, Modelio subbloką aptarnaujantys subbloakai: a) „Tiesioginių SP paslaugų teikėjų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Mo- delį stiprinimo“; b) „PS valdytojų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Modelį stiprini- mo“; c) „Tiesioginių SP paslaugų teikėjų *gebėjimų* gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo“; d) „PS valdytojų *gebėjimų* gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo“. Šių subbloką komplekso funkcionalumas ir veikimo efektyvumas priklauso nuo įvairių Ligoninės vadybinių-orga- nizacinių faktorių, darančių įtaką Modelio diegimui, veikimui, plėtrai. Disertacijoje atlikti kiekybinis ir kokybiniai tyrimai sudarė galimybę patikslinti Ligoninėje PSĮ valdymo pri- klausymą nuo Ligoninės vadybinių-organizacinių veiksmų, atskleidė sudėtingą trijų ly- gių ryšių sistemą tarp darbuotojų *gebėjimų* ir *siekio* gerinti PS, diegti Modelį ir Ligoninės vadybinės-organizacinės veiklos veiksmų. Bendrąsias vadybinės-organizacines prielaidas ir sąlygas gerinti PS ir įgyvendinti Modelį tiesioginiams SP paslaugų teikėjams ir PS val- dytojams sudaryti skirtas *įgalinimo faktorių subblokas*: „Būtinų sąlygų (išteklių, galimy- bių) tiesioginiams SP paslaugų teikėjams bei PS valdytojams užtikrinti ir gerinti PS, diegti ir plėtoti Modelį sudarymas“. Šių sąlygų užtikrinimas priklauso nuo daugelio Ligoninių darbuotojų įvardytų Ligoninės (SP mikro-, mezo- ir makrosistemos) lygmens veiksmų ir sąlygų (pvz., darbuotojui sudarymo sąlygų įgyti ir kelti kvalifikaciją, tobulinti įgūdžius PSĮ valdymo srityje; Ligoninės vadovybės lyderystės ir įsitraukimo į PS gerinimo veiklą, išteklių skyrimo PS veikloms vykdyti, tinkamų darbo sąlygų sudarymo, kt.). Ligoninės

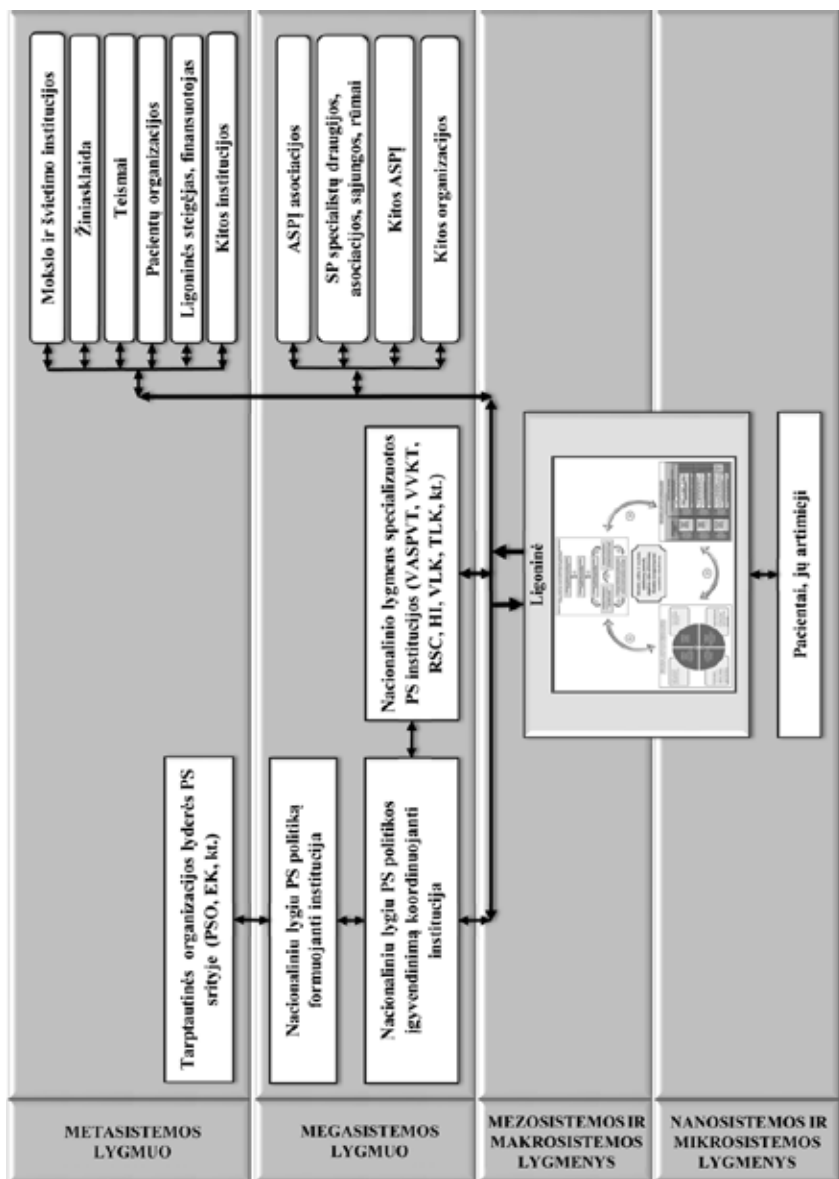


7 pav. Modelio veikimo konteksto schema
Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

vidinių sąlygų palankiai PSĮ valdymo veiklai sudarymas iš dalies priklauso ir nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja Ligoninė, t. y. nuo palankių ir nepalankių Ligoninės veikiančių išorinės aplinkos veiksnių (pvz., PS teisinio reglamentavimo, ASPĮ finansavimo, SP žmonių išteklių, kt.). Ligoninės veiklai daro įtaką SP sektorius (SP megasistemos) lygmens faktoriai, o SP sektoriaus funkcionavimui – nacionalinio (SP metasistemos) lygmens faktoriai (žr. 7 pav.). Disertacinio darbo tikslais, nacionalinio (SP megasistemos) lygmens faktoriai apims valstybės, regionų ir savivaldos lygmens faktorius.

Modelis, kaip atvira sistema, funkcionuoja ne izoliuotai, o yra susietas vidiniais (Ligoninės lygmenyje – su Ligoninės vidinių struktūrų elementais) ir išoriniais (SP sektoriaus, nacionaliniame lygmenyse – su SP sektoriaus ir nacionaliniame lygmenyje veikiančiomis institucijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS Ligoninėje, per kurias yra veikiamas bei pats daro įtaką aukštesnio lygmens sistemoms) ryšiais. 8 pav. pateiktoje schemoje parodyta Modelio bendradarbiavimo ryšių sistema su institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis tiesiogiai (koordinuojant ar administruojant nacionalinio lygmens NĮ valdymo sistemas) ar netiesiogiai užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu. Siekiant užtikrinti bendradarbiavimą ir veikimo sinergiją, Modelis, kaip sistema, turi atitikti tam tikrus reikalavimus. Remiantis tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų, mokslinių tyrimų ir praktinės patirties apibendrinimo, taip pat disertacijoje atliktų empirinių tyrimų išvadomis, suformuoti Modelio konstravimo ir veikimo principai, įvertintas Ligoninės vadybinių-organizacinių modelių poveikis Modelio diegimui, veiklai ir plėtrai, nustatyti Modeliui (PSĮ valdymo sistemai) keliami reikalavimai – būti atvira, besimokančia, skaidria sistema. Disertacijoje rengiant Modelį, atsižvelgta į šiuos esminius reikalavimus, jis atitinka visas šias savybes:

1. *Atvirumas*. Esminis atvirosios organizacijos bruožas yra jos gebėjimas adaptuotis prie aplinkos pokyčių, tai yra, išlikti išlaikant vientisumą (ekvifinališkumą, angl. *equifinality*) ir funkcionalumą (angl. *functionality*) pakitus aplinkos sąlygoms. Sukurtas Modelio atvirumas užtikrinamas dviem lygiais: a) Modelio gebėjimu reaguoti, amortizuoti išorinės aplinkos pokyčių (tai užtikrina Modelio I blokas) (*išorinis atvirumas*) ir b) Modelio trijų pagrindinių struktūrinių blokų glaudžia tarpusavio sąveika *Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo cikle*, skatinančia vidinį bendradarbiavimą ir informacijos mainus tarp Modelio struktūrinių blokų (*vidinis atvirumas*); tai yra labai svarbu siekiant užtikrinti darnų Modelio visų sudėtinių dalių (blokų) funkcionavimą prisiderinant prie išorinės aplinkos pokyčių.
2. *Organizacinis mokymasis, tobulėjimas*. Nuolatinis mokymasis iš savo ir kitų sėkmių ir nesėkmių sudaro organizacijai prielaidas nuspėti ir operatyviai reaguoti į aplinkos pokyčius, užtikrinant organizacijos ekvifinališkumą ir stangrumą (tamprumą) (angl. *resilience*)), t. y. jos gebėjimą ne tik išlaikyti ar grįžti į buvusią *normalaus funkcionavimo* (pvz., Ligoninei stabiliai veikti ir saugiai teikti SPP) būklę pasikeitus išorinei aplinkai, bet ir tapti tampriai, stangriai, t. y. keistis, ieškoti naujų, veiksmingesnių ir efektyvesnių veiklos ir jos organizavimo formų pasikeitusiomis sąlygomis, pasiekiant *naujo funkcionalumo būklę*, užtikrinant sėkmingą organizacijos veiklą įprastomis, pasikeitusiomis sąlygomis. Kuriant Modelį ypatingas dėmesys buvo skiriamas šiai savybei (mokymuisi, tobulėjimui) užtikrinti: a) Modelio I struktūriniu bloku užtikrinamas Modelio ir Ligoninės organizacijos *išorinis mokymasis ir tobulėjimas*, perimant ir įgyvendinant šiuolai-



8 pav. Modelio bendradarbiavimo pacientų saugos srityje su išorės suinteresuotomis pusėmis schema
 Šaltinis: sudaryta darbo autoriaus.

kinio mokslo ir geriausios praktikos pasiekimus PS, PSĮ valdymo srityje, t. y. iš anksto, *proaktyviai*, įgyvendinant organizacinius pokyčius, suformuojant reikiamus vadybinius-organizacinius, technologinius ir kitus barjerus pavojams, rizikoms ir PSĮ rastis bei pasireikšti žala paciento sveikatai ar gyvybei. Be to, Modelio I struktūrinio bloko dėka Ligoninė, sprendama PS problemas, kartu įgyvendina ir sisteminius pokyčius organizacijoje pertvarkydama struktūras, vadybinius ir klinikinius procesus; b) Modelio II ir III struktūriniais blokais užtikrinamas Modelio ir Ligoninės (organizacijos) *vidinis mokymasis ir tobulėjimas*: i) *II struktūrinio bloko pagalba* Ligoninėje formuojamos tinkamiausios sąlygos teikti saugias SPP, taip pat PS, SPI valdymui palanki kultūrinė, vadybinė-organizacinė aplinka. Svarbi kita II struktūrinio bloko funkcija, sudaranti būtinas sąlygas informacija (duomenimis) pagrįstam vidiniam mokymuisi – pagrindinių PS parametrų Ligoninėje matavimas, vertinimas, stebėseną, rekomendacijų teikimas ir atgalinio ryšio užtikrinimas; ii) *III struktūrinio bloko pagalba* vyksta *vidinis mokymasis* iš Ligoninės sėkmingos ir nesėkmingos veiklos (praktikos) PS požiūriu patirties, užtikrinant gerosios (saugių SPP teikimą užtikrinančios) praktikos plėtrą organizacijoje bei nesaugios praktikos (PSĮ) apimčių ir padarinių mažinimą, *proaktyviai, reaktyviai ir retroaktyviai* valdant PSĮ, mokantis iš jų, užtikrinant jų prevenciją.

3. *Vidinis ir išorinis skaidrumas*. Skaidrios veiklos organizacijos koncepcija pratęsia atviros besimokančios organizacijos koncepciją. Jai būdingas ne tik *vidinis* ir *išorinis* atvirumas, reaguojant į aplinkos pokyčius, bet ir organizacijos *permatomumas* (angl. *transparency*), kuris yra grindžiamas atviru bendradarbiavimu ir aktyviais informacijos mainais. Skaidrios veiklos organizacijai būdingas *vidinis skaidrumas* (darbuotojai žino „viską“ apie organizaciją) ir *išorinis skaidrumas* (išorės institucijos, su kuriomis bendradarbiauja organizacija žino „viską“ apie organizaciją), t. y. organizacija tampa „permatoma“, ji neturi nebūtinų paslapčių ir kitų kliūčių efektyviam bendradarbiavimui su suinteresuotomis pusėmis.

Disertacijos 3 dalies 4 skyriuje nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą, įvertinta vyraujančių organizacinių modelių bei viešojo valdymo modelių svarba Modeliui diegti, veikti ir plėtoti.

Nustatyta, kad Modelio diegimui ir veiklai mažiausiai palankus yra uždaros biurokratinės organizacijos modelis (kuriam būdinga sprendimų ir jų vykdymo būdų „nuleidimas“ iš viršaus, problemų slėpimas, kaltųjų paieška ir baudimas, kt.), o palankiausias – atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos modelis (skatinantis atvirą ir skaidrų bendradarbiavimą, informacijos mainus, darbuotojų savarankiškumą identifikuojant problemas ir priimančias sprendimus, kt.).

Vertinant Modelio veikimo viešojo valdymo kontekstą, nustatyta, kad Modelio veikimui ir bendradarbiavimo su išorės institucijomis santykiams mažiausiai palankus yra tradicinis (klasikinis, hierarchinis, biurokratinis) viešojo administravimo modelis (angl. *Traditional Public Administration*), kuomet priimami ir įgyvendinami sprendimai, vykdomi informacijos mainai vertikalės principu, kas dar gali būti pateisinama, organizacijoms veikiant nesudėtingos, mažai kintančios aplinkos sąlygomis. Tačiau Ligoninės priskiriamos kompleksinėms sociotechninėms organizacijoms, veikiančioms sudėtingos, nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Todėl palankesniu Modelio veiklai, sudarančiu daugiau galimybių suformuoti lanksčią santykių ir bendradarbiavimo sistemą, laikytinas *naujosios viešosios vadybos modelis* (angl. *New Public Management*),

suteikiantis daugiau savarankiškumo organizacijoms ir jų darbuotojams priimti sprendimus siekiant bendrų organizacijos tikslų (tarp jų – ir PS). Tačiau veikiant šiam modeliui pasireiškia daugiau privačiam sektoriui būdingos „užsakovo-vykdytojo“ (angl. *principal-agent*) problemos šalutinis poveikis. Todėl palankiausiu Modelio veiklai įvertintas naujasis viešojo valdymo modelis (angl. *New Public Governance*), pabrėžiantis viešojo intereso, viešųjų vertybių, veiklos ir santykių atvirumo ir skaidrumo svarbą, sudarant sąlygas bendradarbiaujančioms organizacijomis geriau suprasti viena kitos poreikius ir problemas, lanksčiau prisitaikyti ar jas spręsti. Šis viešojo valdymo modelis yra palankiausias atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus įgyvendinančiam Modeliui, nes jam yra būdingas požiūris į problemas kaip į mokymosi ir tobulėjimo šaltinį (skatinamas atviras klaidų ir PSĮ pripažinimas ir atskleidimas, pranešinėjimas, nagrinėjimas), t. y. būdingas proaktyvus (prevencinis) veiklos pobūdis. Apibendrinus, naujojo viešojo valdymo ir atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos modelių vadybinis-organizacinis junginys sudaro palankiausias prielaidas Modelio diegimui, veiklai ir plėtrai.

Paskutinis disertacijos skyrius „Modelio įgyvendinimas Ligoninėse ir kitose ASPĮ“ nagrinėja Modelio diegimo, adaptacijos ir įgyvendinimo Ligoninėse, kitose ASPĮ aspektus. Modelio įgyvendinimas vyks įvairiomis, skirtingomis sąlygomis, priklausomai nuo Ligoninės ar kitos ASPĮ lygmens, paslaugų spektro, veiklos specifikos, išteklių, kt. Todėl disertacijoje parengtas ir teikiamas Modelis sukonstruotas taip, kad užtikrintų stabilų ir tvarų jo pagrindu parengtos kompleksinės PSĮ valdymo sistemos funkcionavimą, be to, būtų užtikrintas paties Modelio lankstumas, jam adaptuojantis prie ASPĮ vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių.

Modelio adaptavimo problema ASPĮ poreikiams išspręsta Modelio konstrukte suformavus Modelio nekintantį, stabilų branduolį ir Modelio kintančią, lanksčią periferiją. *Modelio branduolys* apima Modelio struktūrines dalis, kurios yra būtinos ir privalomos, siekiant užtikrinti Modelio veiklą, nepriklausomai nuo įstaigos ir jos veiklos specifikos. Tai trys pagrindiniai Modelio struktūriniai blokai ir juos sudarantys moduliai: I blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmens) priemonėmis“; II blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) bendrinėmis priemonėmis“; III blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (Ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis“.

Modelio kintamąją periferiją sudaro žemesnio lygmens, t.y. Modelio modulius sudarantys struktūriniai vienetai – *komponentai*, kurie numato atitinkamų veiklų metodų ir priemonių arsenalą (įrankių dėžių) suformavimą: 1) *saugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. I modulį); b) nagrinėjimo (žr. II modulį); c) diegimo ir plėtros (žr. III modulį); 2) *nesaugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. IV modulį); b) nagrinėjimo (žr. V modulį); PSĮ prevencijos, reagavimo (žr. VI modulį).

Rengiantis įgyvendinti Modelį, jo kintamosios periferijos struktūriniai vienetai (*komponentai*) sudaromi įvertinus Ligoninės, kitos ASPĮ veiklos specifiką, poreikius ir galimybes. Atliktų tyrimų pagrindu teikiama Modelio adaptacijos Ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams ir veiklos specifikai procedūra, kurią sudaro 5 etapai: 1) duomenų šaltinių apie PSĮ identifikavimo ir atrankos sistemos sukūrimas; 2) reagavimo į PSĮ prioritetų nustatymo sistemos sukūrimas; 3) PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų, priemonių arsenalų parengimas; 4) įstaigos darbuotojų apmokymas naudoti PSĮ išaiški-

nimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus, priemones; 5) Modelio vadybinės-organizacinės veiklos įgyvendinimas.

Disertacijoje parengtas Modelis turėtų užpildyti šiuo metu egzistuojančią lokalaus (Ligoninės, kitos ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS judėjimo lygmenų sąveikos spragą bei pasitarnauti Ligoninėms užtikrinant aukštesnį jų teikiamų paslaugų saugos lygį. Teikiamo Modelio pagrindu Ligoninės ir kitos ASPĮ galės plėtoti kompleksines PSĮ valdymo sistemas, geriausiai atitinkančias įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes. Holistiniu požiūriu į PS pagrįstas Modelio pagrindu Ligoninėse organizuotas kompleksinis PSĮ valdymas teigiamai veiks ne tik PS situaciją įstaigoje, bet ir prisidės tobulinant visos įstaigos veiklą. Atsižvelgiant į Ligoninių ir kitų SP organizacijų kompleksinę sociotechninę prigimtį, jų funkcionavimą nuolat kintančioje, turbulentinėje, neapibrėžtumų pilnoje aplinkoje, tikėtina, kad keisis esamos ir formuosios naujos rizikos, pavojai, PSĮ. Tai kels naujus iššūkius Modeliui ir jo pagrindu Ligoninėse ir kitose ASPĮ kuriamoms PSĮ valdymo sistemoms tobulinti ir plėtoti.

Išvados

1. Disertacinis tyrimas patvirtino *1-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) nacionaliniu, Ligoninės lygiu plačiai diegiamų NĮPMS, paremtų tik *retroaktyviu* reagavimu į jau įvykusius NĮ, nepakankamą veiksmingumą;
 - b) būtinybę užtikrinti *integruotą* PSĮ valdymą, pagrįstą *retroaktyviu, reaktyviu ir proaktyviu* PSĮ valdymo metodų taikymu;
 - c) kad Modelio pagrindu rengiama PSĮ valdymo sistema sudarys galimybę Ligoninėse pagerinti PSĮ išaiškinimą, sumažinti jų latentškumą, užtikrinti tikslesnį PSĮ lygio, struktūros, veiksnių nustatymą, t. y. užtikrins veiksmingesnį PSĮ valdymą.
2. Disertacinis tyrimas patvirtino *2-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) nacionaliniu, ligoninės lygiu diegiamų NĮPMS, paremtų tik NĮ *pranešinėjimu (registravimu)*, nepakankamą veiksmingumą;
 - b) būtinybę užtikrinti *vientisą* PSĮ valdymą, pagrįstą PSĮ *išaiškinimo, analizės, reagavimo ir prevencijos* metodų taikymu.
3. Disertacinis tyrimas patvirtino *3-iąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) kad Ligoninės PSĮ valdymo sistema yra tarpriai susijusi su kitomis įstaigos veiklos sritimis ir sudėtinga trisluoksne ryšių sistema integruota į Ligoninės struktūrą, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus;
 - b) kad svarbiausi veiksniai, tarpininkaujantys Ligoninės vadybinių-organizacinių ir klinikinių procesų poveikiui PSĮ valdymo sistemai, yra darbuotojų *siekis ir galimybės* įgyvendinti, PSĮ valdymo priemonės įstaigoje. Ligoninės vadybos (veiklos organizavimo) trūkumai *neigiamai* veikia darbuotojų motyvaciją (siekį) ir gebėjimus gerinti PS, – tai savaime tampa labai svarbiu PS blogėjimo veiksniumi. Teigiami Ligoninės vadybos (veiklos organizavimo) pokyčiai daro *pozityvią* įtaką įstaigos darbuotojų motyvacijai (siekiiui) ir gebėjimams gerinti PS;
 - c) pagrindinių vadybinių-organizacinių ir klinikinių procesų didelį, bet pagal savo stiprumą minimaliai vienas nuo kito besiskiriantį poveikį *darbuotojų siekiams* ir *galimybėms* įgyvendinti PSĮ valdymo priemones Ligoninėje (o per juos ir visam PSĮ valdymui). Nesant galimybių diferencijuoti pagal poveikio stiprumą vadybinių-organizacinių ar klinikinių procesų ir identifikuoti dominuojančius procesus,

lemiančius darbuotojų *siekius* ir *galimybes* įgyvendinti PSĮ valdymo priemonės įstaigoje, ypatingai svarbus tampa kompleksinis (visapusiškas, daugiaaspektis) požiūris į PSĮ valdymą, užtikrinant diegiamos PSĮ valdymo sistemos ir Ligoninės sistemos (vadybinės-organizacinės, klinikinės, kt.) kontingenciją (darną).

4. Disertacinis tyrimas patvirtino *4-ąją ginamąją teiginį* ir atskleidė:
 - a) tamprius ir daugiašalius Ligoninės ir joje veikiančios PSĮ valdymo sistemos ryšius su kitomis institucijomis ir organizacijomis, kurios daro įtaką Ligoninės veiklai ir formuoja Modelio veikimo kontekstą (aplinkos sąlygas). Todėl iškyla Modelio ir jo ryšių su kitomis organizacijomis ir įstaigomis sistemos adaptacijos būtinybė;
 - b) kad Modelio ir jo ryšių su kitomis SP sektoriaus organizacijomis ir įstaigomis sistemos abipusė adaptacija vyksta dviem kryptimis: i) dėl Modelio adaptyvumo *lanksti Modelio periferija* prisitaiko prie Modelio veiklos konteksto ypatumų ir jo pokyčių, taip užtikrinamas *nekintančio Modelio branduolio* (PSĮ valdymo sistemos funkcionavimo garanto) pastovumas, stabilumas. Šiam tikslui pasiekti disertacijoje pasiūlytas ir pagrįstas Modelio struktūrinių-funkcinių elementų suskirstymas į *nekintamąją branduolį* ir *kintamąją periferiją* bei pasiūlyti ir pagrįsti metodai Modelio periferinei adaptacijai užtikrinti; ii) Modelio ryšių su kitomis organizacijomis, formuojančiomis Modelio veikimo kontekstą, sistemai adaptuojantis prie Modelio, sudarant palankias išorines sąlygas jam veikti. Naujojo viešojo valdymo modelio ir atviros, skaidrios, besimokančios organizacijos modelių vadybinis-organizacinis derinys yra tinkamiausias Modeliui funkcionuoti ir bendradarbiauti su institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS Ligoninės ir nacionaliniu lygmeniu;
 - c) kad SP viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų įstaigose vyraujantis tradicinis (klasikinis, biurokratinis, hierarchinis) viešojo valdymo modelis yra mažiausiai palankus Modeliui įgyvendinti, o modernūs naujosios viešosios vadybos ir naujojo viešojo valdymo modeliai yra palankiausi Modeliui diegti, veikti ir plėtoti. Dėl to Modelio įgyvendinimo sėkmė didele dalimi priklausys ir nuo įstaigose bei organizacijose, bendradarbiaujančiose su Modeliu ir Ligonine, vyraujančio viešosios vadybos būdo. Kita vertus, Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas per tarpusavio sąveikos ryšių tinklą gali skatinti modernizuoti minėtų įstaigų ir organizacijų viešąją vadybos būdą.
5. Keturi ginamieji teiginiai, patvirtinti disertacijoje atliktų tyrimų išvadomis, sudaro pagrindą patvirtinti *5-ąją ginamąją teiginį*, pagrindžiantį disertacijoje siūlomo Modelio įgyvendinimo šalies Ligoninėse reikalingumą ir tikslingumą.
6. Remiantis patvirtintais visais (1–5) *disertacijos ginamaisiais teiginiais*, galima teigti, kad disertacijoje parengtas ir pagrįstas, Ligoninėms teikiamas Modelis, veikiantis *retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo (išaiškinimo, nagrinėjimo reagavimo ir prevencijos)* metodų integracijos pagrindu (*patvirtinti 1-asis ir 2-asis ginamieji teiginiai*), integruotas į Ligoninės struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikiškus procesus (*patvirtintas 3-iasis ginamasis teiginys*), darniai funkcionuojantis su nacionalinio lygmens PS, PSĮ valdymo sistemomis tampriame organizacijų, dalyvaujančių užtikrinant PS, ryšių tinkle, suformavus jo veikimui palankių vidaus (Ligoninės) ir išorės (viešojo valdymo, teisinės aplinkos, kt.) kontekstą (*4-asis ginamasis teiginys*) gali iš esmės pagerinti PSĮ valdymą Ligoninėse ir padidinti jų teikiamų paslaugų saugą.

7. Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta *kompleksinė PSĮ valdymo sistema* sudarys galimybę Ligoninėms, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PS, PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti *nacionalinio ir tarptautinio* PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemonės, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikos patirčių.
8. Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta *kompleksinė PSĮ valdymo sistema* sudarys galimybes Ligoninėms išaiškinti žymiai daugiau įvykusių, vykstančių ir potencialių PSĮ, tiksliau nustatyti jų šaltinius, juos sukėlusias gilumines (sistemines) priežastis. Tai leis parinkti tikslingesnes (veiksmingesnes, efektyvesnes) jų prevencijos priemonės, tobulinti Ligoninės struktūras ir procesus. Dėl to tikėtina, kad Modelis taps ne tik svarbiu įrankiu, gerinant PS Ligoninėje, bet ir svarbiu įstaigos vadybiniu instrumentu – pokyčių ir progreso varikliu – tobulinant įstaigos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir saugą.

Rekomendacijos

Vadovaujantis disertacinių tyrimų rezultatais ir išvadamis, teikiamos *bendrinės ir tikslinės* rekomendacijos pagrindiniams SP sistemos lygmenims priklausančioms institucijoms, dalyvaujančios užtikrinant ir gerinant PS: a) SPP teikėjų lygmeniui (Ligoninėms, kitoms ASPĮ) (*SP mikro-, mezo- ir makrosistemos lygmenys*); b) nacionalinio ir SP sektoriaus lygmens institucijoms, formuojančioms PS pagrindus, užtikrinančioms PS kontrolę ir priežiūrą SP sektoriuje (*SP metasistemos ir megasistemos lygmenys*); c) tarptautinio lygmens PS institucijoms (*SP suprasistemos lygmuo*).

Bendrinės rekomendacijos

1. Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, svarbiu prioritetu turi būti persiorientavimas nuo dabartinio šioms sistemoms būdingo fragmentiškumo ir vienašališkumo į kompleksinį PSĮ valdymą, integruojantį *retroaktyvius, reaktyvius ir proaktyvius* PSĮ valdymo (*išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos*) metodus.
2. Siekiant užtikrinti ir gerinti PS Ligoninėse ar kitose ASPĮ, rekomenduotina disertacijoje teikiamo Modelio pagrindu parengtoms kompleksinėms PSĮ valdymo sistemoms SP organizacijose suteikti strateginę svarbą. Rengiant ir diegiant Ligoninėse bei kitose ASPĮ Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas siūloma vadovautis parengta ir pagrįsta Modelio įgyvendinimo metodika.
3. Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, siekiant išvengti jų esamo fragmentiškumo ir vienašališkumo, būtina: a) atsižvelgti į SP sektoriaus ir jo organizacijų *sociotechninį kompleksumą*, reikalaujantį *sisteminio kompleksinio požiūrio į PS ir PSĮ valdymą*; b) įvertinti šių sistemų diegimo kontekstą – vidinę (ASPĮ) ir išorinę (SP sektoriaus) vadybinę-organizacinę, ekonominę, teisinę, technologinę, socialinę, kultūrinę aplinkas; c) sudaryti šioms sistemoms diegti, veikti ir plėtoti palankias prielaidas, kurių svarbiausios, disertacinių tyrimų atskleistos, yra šios: darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms įveikimas, jų suinteresuotumo efektyviai valdyti PSĮ didinimas; PSĮ valdymui reikiamų galimybių ir sąlygų sudarymas; PSĮ pranešinėjimo baimės įveikimas, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas; bendradarbiavimo su nacionalinio lygmens

PS institucijomis, žiniasklaida ir pacientais užtikrinimas bei jų požiūrio į klaidas medicinoje keitimas.

4. Diegiant kompleksines PSĮ valdymo sistemas tikslinga vadovautis disertacijoje išnagrinėta ir pateikta sąvokų, apibūdinančių PS ir PSĮ valdymo įvairius aspektus, apibrėžčių sistema.
5. Modelio pagrindu kuriamų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų diegimas ir įgyvendinimas turi vykti nacionaliniu (šalies) ir lokaliu (Ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, užtikrinant šių lygmenų PSĮ valdymo sistemų tarpusavio darnų ir sinerginį funkcionavimą. Įgyvendinant Modelį, būtina užtikrinti jo įgyvendinimo spartos, apimties ir būdų bei jo veikimo konteksto pokyčių (viešojo valdymo, teisinės aplinkos, kt.) kontingenciją. Užtikrinant šį atitikimą, rekomenduojama vadovautis disertacijoje pateiktomis metodinėmis rekomendacijomis, atskleidžiančiomis šių lygmenų suderinimo problemas ir numatančiomis jų sprendimo būdus. Modelio pagrindu kuriamų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų diegimas turi vykti inkrementiškai, evoliucijos būdu, tinkamai pasirengus sisteminiams pokyčiams, į šių sistemų kūrimą ir įgyvendinimą įtraukiant svarbiausių SP proceso dalyvių grupių (pacientų, medikų, vadybininkų, kt.) atstovus.
6. Siekiant sudaryti tinkamą viešosios vadybos kontekstą Modeliui veikti, tikslinga SP viešajame sektoriuje sparčiau diegti *naujojo viešojo valdymo modelį*, kaip palankiausiai disertacijoje pateikto kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelio funkcionavimui.

Tikslinės rekomendacijos

I. Rekomendacijos SPP teikėjų lygmeniui – Ligoninėms ir kitoms ASPĮ (SP makrosistemos lygmeniui)

1. Siekiant užtikrinti ir gerinti PS Ligoninėje, rekomenduojama *disertacijoje pateikto Modelio pagrindu* kurti, diegti ir plėtoti Ligoninės poreikiams bei veiklos specifikai pritaikytas *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*: a) *visapusiškas* (jungiančias nuolatinį mokymąsi iš teigiamos (saugios) ir neigiamos (nesaugios) savo ir kitų PS, PSĮ valdymo patirties; užtikrinančias šiuolaikinio mokslo ir gerosios praktikos pasiekimų PS srityje pritaikymą ir diegimą); b) *integruotas* (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą ir metodų integraciją); c) *vientisas* (apimančias PSĮ valdymo proceso vientisumą, susiejant PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo ir reagavimo komponentus); d) *bendradarbiaujančias, darniai ir sinergiškai veikiančias* (su kitomis Ligoninėje veikiančiomis, PSĮ valdymo sistemomis, taip pat su nacionalinio lygmens PS kontrolę ir priežiūrą vykdančiomis institucijomis, diegiamomis nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis).
2. Kuriant ir plėtojant PS valdymo sistemas, rekomenduojama Ligoninėms ir kitoms ASPĮ vadovautis disertacijoje pateiktais Modelio kūrimo ir veikimo principais: integralumo, visapusiškumo, kontingencijos, atvirumo, sinergijos, subsidiariškumo ir kitais.
3. Rengiantis diegti disertacijoje pateikto Modelio pagrindu parengtas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, būtina įvertinti šių sistemų *integracijos* su kitomis Ligoninės veiklos sritimis, struktūromis, vadybiniais-organizaciniais ir klinikiniais procesais *iššūkius ir problemas*, numatyti jų sprendimo būdus; šiam tikslui pasiekti rekomenduojama naudotis disertacijoje siūlomais būdais ir priemonėmis.

4. Įgyvendinant lokaliame (Ligoninės) lygmenyje Modelio pagrindu parengtą kompleksinę PSĮ valdymo sistemą, rekomenduotina naudoti disertacijoje aptartas ir pagrįstas priemones bei užtikrinti šios sistemos funkcionalumą, integruojant tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas PS ir PSĮ valdymo strategijas, programas, iniciatyvas, priemones.
5. Parengto ir pasiūlyto disertacijoje Modelio pagrindu rengiamai ir diegiamai Ligoninės kompleksinei PSĮ valdymo sistemai turi būti suteikta PS užtikrinimo ir gerinimo Ligoninėje strateginės iniciatyvos svarba, užtikrinant vadovybės lyderystę ir palaikymą, tam būtinų išteklių skyrimą.

II. Rekomendacijos nacionalinio ir SP sektoriaus lygmens PS institucijoms (SP *mega-sistemos* ir *metasistemos* lygmeniu)

1. Siekiant užtikrinti disertacijoje rekomenduojamo Modelio pagrindu Ligoninėse parengtų kompleksinių PSĮ valdymo sistemų efektyvų diegimą ir veikimą, būtina sudaryti palankias *išorinės aplinkos sąlygas šioms sistemoms diegti, veikti, jas plėtoti bei integruoti* į nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemas (pvz., NĮPMS, kt.). Šiam tikslui pasiekti rekomenduotini šie disertacinių tyrimų atskleisti esminiai išorinės aplinkos pokyčiai: a) *teisinės aplinkos pokyčiai* – žalos paciento sveikatai atlyginimo *įrodinėjant kaltę* deliktine teise paremtą modelį pakeičiant vis plačiau kitose šalyse diegiamu *žalos atlyginimo be kaltės įrodinėjimo* modeliu, įstatymo lygmenyje įtvirtinant nuostatas, apsaugančias apie PSĮ pranešusį asmenį nuo teisinio persekiojimo ir bausmių (išskyrus akivaizdaus aplaidumo, nerūpestingumo bei tyčinės žalos padarymo atvejus); b) *PS kultūros pokyčiai* – pereinant nuo PS problemų neigimu, NĮ slėpimu, medikų kaltinimu ir bausmėmis grindžiamos praktikos prie PS problemų pripažinimo, atviro PSĮ atskleidimo, mokymosi iš klaidų ir geros praktikos, teisingos ir atviros saugiam PSĮ nagrinėjimui PS kultūros formavimo visame SP sektoriuje; c) *visuomenės ir žiniasklaidos kitokio požiūrio į klaidas medicinoje ir jų valdymą formavimas* – pereinant nuo sporadinių NĮ sukeltų neigiamų paciento sveikatai ar gyvybei padarinių eskalavimo, užsibaigiančio *kaltųjų paieška, nustatymu ir nubaudimu* paremto tariamo *teisingumo įvykdymo*, prie PSĮ išaiškavimo, juos sukėlusią sisteminių priežasčių nustatymo ir prevencinio poveikio priemonių įgyvendinimo svarbos suvokimo bei visų (pacientų, medikų, vadybininkų, žiniasklaidos, kt.) visuomenės grupių bendro susitelkimo PS problemoms spręsti; d) *nacionalinio lygmens SPP teikimo kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų kitokio požiūrio į medikus, padariusius klaidas, bei ASPĮ, kuriose įvyko klaidos ir žala paciento sveikatai, formavimą* – pereinant nuo mažai veiksmingų kontrolės, patikrinimų ir baudimo sankcijų praktikos prie stebėsenos, kompetencijų PSĮ valdymo srityje ugdymo ir sisteminės pagalbos kuruojamose PS srityse užtikrinimo, diegiant Modeliui veikti palankius naujojo viešojo valdymo principus; e) kuriant ir diegiant nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemas skirti dėmesį jų *integravimui ir bendradarbiavimui* su lokalaus lygmens (Ligoninės, kitų ASPĮ) PS ir PSĮ valdymo sistemomis.
2. Disertacijoje pasiūlyto Modelio pagrindu rengiant ir plėtojant kompleksines PSĮ valdymo sistemas, remiantis disertacijoje pateiktomis išvalgomis, būtina užtikrinti metodinę-organizacinę pagalbą Ligoninės vadovybei, už PS ir PSĮ valdymą atsakingiems darbuotojams bei visiems įstaigos darbuotojams, tiesiogiai ar netiesiogiai

dalyvaujantiems užtikrinant PS organizacijoje. Metodinė pagalba ir mokymai PS, PSĮ valdymo srityje, turi: a) suteikti darbuotojams žinių apie PS užtikrinimo ir gerinimo ASPĮ principus ir metodus, Modelio įgyvendinimo ASPĮ etapus, metodus, problemas ir jų sprendimo būdus, b) formuoti palankias PSĮ valdymui įstaigos darbuotojų *nuostatas*, didinti jų *motyvaciją* dalyvauti įgyvendinant Modelį, adaptuojant jį įstaigos specifikai ir veikimo sąlygoms, c) tobulinti darbuotojų *gebėjimus*: i) sistemškai taikyti *retroaktyvius, reaktyvius ir proaktyvius* PSĮ *išaiškinimo, nagrinėjimo ir reagavimo* metodus ir priemones; ii) *integruoti PSĮ valdymo sistemas į Ligoninės struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus*; iii) *inicijuoti ir valdyti pokyčius*, įtraukti į juos darbuotojus, taip mažinant jų pasipriešinimą pokyčiams bei sprendžiant kylančias problemas, kt. iv) *integruoti lokalias (Ligoninės lygmens) PSĮ valdymo sistemas į nacionalinio lygmens PS ir PSĮ valdymo sistemas*.

3. Rekomenduojama disertacijoje parengto ir siūlomo Modelio pagrindu Ligoninių ir kitų ASPĮ rengiamų kompleksinių *PSĮ valdymo sistemų diegimui ir įveiklinimui šalies Ligoninėse bei kitose ASPĮ suteikti strateginę svarbą* SP kokybės ir PS užtikrinimo ir gerinimo programose, kituose dokumentuose bei šioms sistemoms įgyvendinti skirti reikalingą paramą ir išteklius.

III. Rekomendacijos tarptautinio lygmens PS institucijoms (SP suprasistemos lygmeniui)

1. Rengiant tarptautinio lygmens PS strategijas, iniciatyvas, rekomendacijas ar programas, daugiau dėmesio skirti jų praktinio įgyvendinimo analizei, užtikrinant konsultacinę, organizacinę-metodinę paramą.
2. Siekiant vienodai apibrėžti tapačius objektus ir reiškinius bei užtikrinti mokslinių tyrimų rezultatų PS srityje palyginamumą, sudaryti sąlygas PS ir PSĮ valdymo veiklų pasiekimų ir rodiklių palyginamajai analizei PS ir PSĮ valdymo srityje, tikslinga: a) suvienodinti vartojamų sąvokų sampratas, parengiant *terminų, susijusių su PS, žodyną*; b) parengti *klaidų* (medicinoje, slaugoje, farmacijoje) ir *PSĮ taksonomiją*.
3. Skirti daugiau dėmesio *Pacientų saugos II* koncepcijos (pagrįstos mokymusi daugiau iš teigiamos (saugios), o ne tik iš neigiamos (nesaugios) patirties) įgyvendinimo nacionaliniu (šalių) lygmeniu koordinavimui, metodiniam vadovavimui, praktinio įgyvendinimo patirties sklaidai.
4. Inicijuoti tarptautinės dimensijos (pereinančias valstybių sienas) PS, PSĮ valdymo iniciatyvas, skatinančias saugius informacijos mainus tarp šalių nacionalinių PSĮ valdymo sistemų (NĮPMS, kt.), sudarant prielaidas ir galimybes globaliam mokymuisi tiek iš teigiamos, tiek iš neigiamos patirties, gerosios patirties PS, PSĮ valdymo srityje sklaidai ir tobulėjimui.

MOKSLINĖS PUBLIKACIJOS

1. Paškevičius, L. (2016). Kompleksinio pacientų saugos įvykių valdymo ligininėje vadybinis-organizacinis modelis (priimtas spaudai žurnale *Sveikatos politika ir valdymas*).
2. Paškevičius, L. (2014). Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1(6), 133–156.
3. Justickis, V., Bandzevičienė, R., Paškevičius, L., Božokienė, I. (2014). Gydytojo asmenybė ir gynybinės medicinos priemonių naudojimas. *Sveikatos politika ir valdymas*, 2(7), 171–190.
4. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius, L. et al. (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas*, 1–71.
5. „Ernst & Young Baltic“ UAB, Paškevičius, L. et al. (2012). *Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą*, 1–101.

CURRICULUM VITAE

Asmeninė informacija

Vardas, Pavardė: **Laimutis Paškevičius**
Telefonas: +370 698 49757
El. paštas: laimutis.paskevicius@medcentras.lt

Išsilavinimas

2000–2003 neakivaizdinės studijos Šiaurės šalių Visuomenės sveikatos mokykloje (BRIMHEALTH), Geteborge, Švedijoje
2000–2002 Vilniaus universiteto Tarptautinio verslo mokykla, Vadybos ir verslo administravimo magistrantūra (*CUM LAUDE*)
1990–1999 Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas (*CUM LAUDE*):
1990–1996 m. – gydomosios medicinos specialybė, įgyta gydytojo kvalifikacija; 1996–1997 m. – pirminė rezidentūra, įgyta medicinos gydytojo kvalifikacija, 1998–1999 m. – sveikatos priežiūros administravimo ir organizavimo rezidentūra (antrinė), įgyta sveikatos priežiūros administratoriaus ir organizatoriaus kvalifikacija

Darbo patirtis

2004–dabar UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“ direktorius, Valdybos pirmininkas
2010–dabar UAB „Denticija“ valdybos narys
2012–dabar Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos mokslų instituto lektorius
2011–2016 Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto doktorantas
2010–2012 Mykolo Romerio universiteto Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų instituto lektorius
2002–2010 Lietuvos viešojo administravimo instituto lektorius
1997–2004 Sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos apsaugos ministro patarėjas, Sveikatos aplinkos skyriaus vedėjas, Personalo skyriaus vedėjas, Žmogiškųjų išteklių ir informacijos valdymo skyriaus vedėjas, Sveikatos priežiūros išteklių valdymo skyriaus vedėjas, Personalo skyriaus vyriausiasis specialistas
1993–1996 Vilniaus šv. Jokūbo ligoninės operacinės instrumentatorius

1996–1997	Valstybinio eksperimentinės ir klinikinės medicinos instituto patomorfologijos laboratorijos vyr. laborantas
1999–2004	Atviros Lietuvos fondo projektų ekspertas
1986–1987	Vilniaus poliklinikos sanitaras

Visuomeninės veiklos patirtis

2008–2012	Europos sveikatos priežiūros kokybės asociacijos (ESQH) valdybos narys
2006–dabar	Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas
2015–dabar	Lietuvos klasterių asociacijos prezidentas, Valdybos pirmininkas
2012–dabar	Lietuvos medicinos turizmo asociacijos prezidentas
2013–dabar	Lietuvos medicinos turizmo klasterio asociacijos prezidentas, Lietuvos medicinos turizmo klasterio „LitCare“ valdybos pirmininkas
2011–dabar	Lietuvos Turizmo rūmų Prezidiumo narys
2005–dabar	Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės asociacijos pirmininko pavaduotojas
2009–dabar	Pacientų saugos, inovacijų ir kokybės fondo valdybos pirmininko pavaduotojas
2012–dabar	Lietuvos verslo darbdavių konfederacijos prezidiumo narys
2012–dabar	Lietuvos verslo konfederacijos prezidiumo narys, sveikatos reikalų komisijos pirmininkas
2008–dabar	Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto visuomeninis ekspertas
2007–2012	Sveikatos apsaugos ministerijos Kolegijos narys
2013–dabar	Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos tarybos narys
2009–dabar	Vilniaus Rotary klubo narys

Kvalifikacijos tobulinimas

Kvalifikaciją tobulino stažuotėse, seminaruose, skaitė pranešimus konferencijose Lietuvoje, JAV, Jungtinėje Karalystėje, Prancūzijoje, Švedijoje, Norvegijoje, Suomijoje, Olandijoje, Belgijoje, Vokietijoje, Vengrijoje, Kroatijoje, Makedonijoje, Graikijoje, Irane, Rusijoje, Estijoje, Latvijoje.

MYKOLAS ROMERIS UNIVERSITY

Laimutis Paškevičius

COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF
PATIENT SAFETY EVENTS
AT LITHUANIAN HOSPITALS

Summary of Doctoral Dissertation
Social Sciences, Management (03S)

Vilnius, 2017

The dissertation was prepared at Mykolas Romeris University in 2011–2016 within the framework of the right to conduct doctoral studies conferred to Vytautas Magnus University and Klaipėda University, Aleksandras Stulginskis University, Mykolas Romeris University, and Šiauliai University by Decree No. V-1019 of the Minister of Education and Science of the Republic of Lithuania of 8 June 2011.

Scientific supervisor:

Prof. Dr. Danguolė Jankauskienė (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, 03S)

The doctoral dissertation is defended at the *Management Science Council* of Vytautas Magnus University, Klaipėda University, Aleksandras Stulginskis University, Mykolas Romeris University, and Šiauliai University:

Chairman:

Prof. Dr. Vainius Smalskys (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, 03S).

Members:

Prof. Dr. Vladimiras Gražulis (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, 03S);

Prof. Dr. Juozas Ruževičius (Vilnius University, Social Sciences, Management, 03S);

Prof. Dr. Tadas Sudnickas (Mykolas Romeris University, Social Sciences, Management, 03S);

Prof. Dr. Wiesław Urban (Białystok University of Technology, Republic of Poland, Social Sciences, Management, 03S).

The doctoral dissertation is to be defended in an open session of the *Management Science Council* on 10 April 2017 at 13.00 in Room I-414 of Mykolas Romeris University.

Address: Ateities 20, LT-08303 Vilnius, Lithuania.

The summary of the dissertation was sent out on 10 March 2017.

The Doctoral Dissertation is available at Martynas Mažvydas National Library of Lithuania (Gedimino 51, Vilnius), Aleksandras Stulginskis University library (Studentų 11, Akademija, Kauno raj.), Klaipėda University library (K. Donelaičio 3, Klaipėda), Mykolas Romeris University library (Ateities 20, Vilnius), Šiauliai University library (Vytauto 84, Šiauliai), Vytautas Magnus University library (K. Donelaičio 52, Kaunas).

COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF PATIENT SAFETY EVENTS AT LITHUANIAN HOSPITALS

Summary

Relevance of the research topic

Patients have the right to safe and quality health care (hereinafter – **HC**). They contact personal health care institutions (hereinafter – **PHCI**) expecting help in restoring or strengthening health and do not expect to suffer any health damage or lose life. However, research shows that every tenth hospitalised patient suffers from adverse events (hereinafter – **AE**) resulting from shortcomings characteristic of a HC organisation or service provision. According to the findings of scientific research, the number of AE in intensive care hospitals worldwide amounts to 3–17% and is between 8 and 12% in Europe (Baker G. R. et al., 2004; Davis P. et al., 2002; European Commission, 2009, 2012, 2016; An organization with a memory, 2000). 3.6% of hospital deaths in the UK are caused by preventable errors in HC provision and patient care (Hogan H. et al., 2015); if this ratio were applied to OECD countries, the number of preventable deaths would amount to more than 175,000 (Yu A. et al., 2016). The research carried out by the U.S. Institute of Medicine shows that between 44,000 and 98,000 patients die each year in U.S. hospitals as a result of medical errors that could have been prevented (Kohn L., Corrigan J. et al., 2000). In European countries, approximately 5% (4.1 million) of patients per year are exposed to HC-associated infections; these infections cause at least 37,000 deaths and contribute to an additional 110,000 deaths each year (Council of Europe, 2009; ECDPC, 2015).

The patient safety (hereinafter – **PS**) survey in the EU Member States commissioned by the European Commission shows that 50% of the EU residents surveyed believe they are likely to suffer harm whilst receiving health care services (hereinafter – **HCS**) in their own country, while 26% of the respondents noted that they or their family members have experienced an AE in PHCI (European Commission, 2010).

AE cause considerable financial losses to hospitals, HC sectors and states. From 13 to 16% of hospital costs are due to HC-related injuries and ill health (European Commission, 2012). The damage caused by AE in the U.S. each year is estimated to cost between USD 17 and 29 billion. Medication-related errors alone cause the loss of more than USD 2 billion to U.S. hospitals each year. The annual cost of the outcomes of HC-related infections for EU hospitals is between EUR 5 and 7 billion (Directorate General for Health and Food Safety of the European Commission, 2012). The study carried out by the audit company Ernst & Young in 2013 by transferring the AE research data published in other states into the context of Lithuania revealed that the length of extended hospitalisation, deaths and disability due to AE results in the annual loss of approximately LTL 9.2 billion for Lithuania, which amounts to approximately 8.66% of the annual GDP (Ernst & Young, Paškevičius L. et al., 2013). It should be noted that 50 to 70.2% of medical errors leading to AE could have been prevented through systematic prevention measures (World Health Organization, 2016).

Thus, PS research shows that the system of HC and its organisations are not safe for patients. Although the recent century has witnessed tremendous R&D progress in the HC sector, rapid implementation of modern technologies, innovative and safer diagnostic and treatment methods, the risk and likelihood of errors in HC sector and its organisations is still particularly high; the rate of AE, which is associated with health damage or death of patients, causes considerable moral, social and financial losses to patients and their relatives, PHCI, HC sectors and national economies in general, and the scope of damage caused by AE is impermissibly high. Therefore, ensuring safe HC in the provision of HCS at PHCI remains one of the most important HC challenges and priorities of the 21st century when planning, organising and restructuring the HC sector on the international, national (domestic) and local (PHCI) levels.

The necessity to protect patients from harm in hospitals and other PHCI has given rise to a wide-ranging international and national (domestic) PS movement. *International PS movement* began taking shape during the last decade of the 20th century, fuelled by the 1999 study ‘To Err is Human: Building a Safer Health System’ of the Institute of Medicine (U.S.) (Kohn L., Corrigan J. et al., 2000) and has gained the highest impetus during the first decade of the 21st century when leadership in the PS area internationally has been undertaken by the World Alliance for Patient Safety (World Alliance for Patient Safety, 2004) and these activities were joined by other organisations with a strong political weight on the international arena (the WHO, the European Commission) by issuing international political declarations (European Commission, 2005; Council of Europe, 2009, etc.), initiating research in the PS area, publishing recommendations to assure and improve PS, and other strategic documents. *National movement for patient safety* in Lithuania began taking shape during the last decade of the 20th century with the development of the national health policy of Lithuania; building the network of public administration bodies in charge of assigned PS areas; drafting the legislation regulating PS (Republic of Lithuania Law on the Rights of Patients and Compensation for the Damage to their Health, 2009; Programme for Assuring the Quality of Health Care for 2005–2010 (Minister of Health of the Republic of Lithuania (2004); National Patient Safety Platform, 2010, etc.), PS research and studies (Brogienė D., 2010; Giedrikaitė R., 2008; Marmienė L., 2015; Ernst & Young, Paškevičius L. et al., 2013; Valintėlienė R. et al., 2015, etc.). Lithuanian institutions competent in the area of PS became members of respective EU PS networks (SIMPATIE, EUNetPasS, PASQ, etc.) and in cooperation with PS institutions operating in other EU member states developed PS infrastructure on the national (country) level.

Considering the activities of both international and national PS movement, it should be noted that in most cases it has been and remains *fragmented* and oriented towards *retrospection*, i.e. towards registration of the AE that have already taken place and caused damage and learning lessons on the *national level* without placing required emphasis on the following aspects: 1) lack of preventive approach to patient safety events (hereinafter – **PSE**) management both on the national and PHCI (institutional) level; 2) lack of attention to the identification and analysis of PSE and excessive reliance on the national-level AE notification (reporting) systems; 3) lack of attention to the PSE management on the institutional (district level hospital (hereinafter – **DLH**), other PHCI), to its consistency with national and international PS movement initiatives and recommendations. Although international and national PS movements have a considerable experience in the HC area,

initiatives and recommendations for ensuring and improving PS on higher levels most often remain declarative and poorly implemented on the local (hospital) level rather than a backbone for building the institutional system of PS measures. Bringing to light the issues of PS in the HC sector and its organisations is a relatively 'new' topic, which has been considered as confidential historically – PS problems were tackled by a small team of a PHCI unit or medical professionals; management skills and experience of PHCI in this area are poor, most often geared to 'defence mechanisms' rather than systematic management changes. The existing unsatisfactory situation in the PS area in hospitals is, to a large extent, resultant from the *lack of a managerial-organisational mechanism* to enable hospitals to build, implement and develop management systems for PSE integrated on the international and national PS levels that would meet the needs, performance specifics and possibilities of such institutions to the maximum in ensuring an effective preventive management of PSE and a safer HC for patients. That is one of the underlying causes why the implementation of PSI preventive management measures recommended by the international and national PS levels is faltered on the hospital level, does not entail an expected improvement of the PS situation, does not facilitate further progress in PS development.

It may, therefore, be expected that the *development of the managerial-organisational mechanism for PSE management and its implementation* in PHCI will help solve PS issues, will fill out the existing gap in the interaction between the local (PHCI) and higher (national, international) levels for ensuring and improvement of PS, and will ensure a holistic approach to PS and PSE management in hospitals and other PHCI.

It follows that the research problem is relevant and important from the perspective of theory and practice, its analysis will contribute to further development of the scientific knowledge about PS and PSE management as well as to the development and implementation practice of PSE management systems in hospitals and other PHCI.

Justification of the research problem and its coverage by previous research

The research related to the topics explored in the dissertation are pursued along several directions worldwide. *AE prevalence and epidemiology was researched by:* Assiri G., Grant L., Aljadhey H., 2015; Galt K. et al., 2014; Lessing C., Schmitz A., Schrappe M. et al., 2010, etc.; *theoretical-methodological PS background and methods were analysed by:* Reason J., 1997, 2000, 2003; Vincent U., 1999, 2004, 2006; James J. T., 2013; Hurwitz B., Sheikth A., 2009; Hazell L., Shaki S. A., 2006, etc.; *organisational culture, PS culture-building and its impact on PS and PSE management was explored by:* Waterson P., 2014; Robb G., Seddon M., 2010; Huang D., Clermont G., Kong L., 2010; Singer S., 2009, etc.; *EA management instruments on the national level and their impact on PS was investigated by:* Reiman T., Pietikäinen E., Oedewald P., 2010; Tamuz M., Harrison M., 2006; Rouse W. B., 2008; Aspden P. M. et al., 2004, etc.; *PSE management methods and instruments on the PHCI level were covered by:* Hollnagel E., 2014; James J. T., 2013; Lay-Yee R., Scott A., Davis P., 2013; Bar-Yam S. et al., 2012; Levinson D. R., 2012 and other scholars.

In Lithuania, the issues of PS and PSE management have drawn the attention of researchers from different professional fields and the research has been focused on several key directions: *AE prevalence (epidemiology) in Lithuania:* Nedzinskas E., Mekšrijūnaitė A., Rudaitis K., 2016; Janušonis V., 2005, etc.; *theoretical-methodological fundamentals of PS*

and PSE management: Brogienė D., 2010; Bubnienė D., Ruževičius J., 2010; Paškevičius L., 2014, etc.; *various aspects of patients' approach to PS and AE in Lithuania*: Kanapeckienė V., Jurkuvėnas V., 2011; Laučienė M., 2005, etc.; *attitude of medical staff to PS and AE in Lithuania*: Vaicekauskienė V., Jankūnienė I., Marmienė L., 2015; Kalėdienė R., 2015; Justickis V., Bandzevičienė R., Paškevičius L., Božokienė I., 2014; Kutkaitė S., Brogienė D., 2013, etc.; *PS as an integral constituent of HCS quality assurance*: Jankauskienė D., 2012, 2016; Ruževičius J., 2007; Kosinskienė A., Ruževičius J., 2010, 2011; Paškevičius L., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012, etc.; *national-level AE management measures to assure PS*: Janušonis V., 2005; Brogienė D., Mačiulienė K., 2010; Janušonis V., Kasap G., 2012, etc.; *PHCI management methods and measures in improving the quality and safety of HCS on the PHCI level*: Janušonis V., 2005; Ruževičius J., 2006; Valintėlienė R., 2015; Rudaitis K., Mekšriūnaitė S., Jerdiakova N., Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D., 2015, etc.; *impact of organisational culture on PS*: Jankūnienė I., Petrauskienė A., 2001; Vaicekauskienė V., 2009 and other scientists.

Meanwhile the specifics of PSE management systems implemented on a hospital level, aspects of their interaction with higher-level (national, international) PS initiatives and their role in the adaptation of higher-level PSE management measures to the specifics of hospital performance and its PSE has not yet drawn more serious attention of researchers (Paškevičius L., 2014) and have been researched in this dissertation for the first time.

For the purposes of an overview of scientific publications on the research topics, the search for information by key words has been carried out in the EBSCO system (along with the number of publications found): *'patient safety department'* – 2476; *'patient safety officer'* – 237; *'patient safety unit'* – 546; *'patient safety executive'* – 256; *'hospital patient safety system'* – 179; *'hospital patient safety model'* – 27. It turned out from the information search and the overview of the scientific publications where the above-referred key words were mentioned, that none of them has researched PS as an *all-inclusive phenomenon integrated into hospital performance*. The publications overviewed explore separate PS aspects (methods, measures, etc.) without linking them with hospital performance, organisational–managerial and clinical dimensions. That shows that the research topic has not yet received the attention from researchers it requires, and has been explored insufficiently.

It is that problem in particular that this dissertation explores in order to prepare a *PSE management-organisational mechanism* that will provide hospitals and other PHCI with the possibility of ensuring an integrated (multi-dimensional) PSE management with due consideration of the higher-level (national, international) PS initiatives and recommendations, using them as a basis for structuring and selecting the PSE management measures tailored to their performance specifics and capacities.

Scientific novelty and theoretical significance of the dissertation

1. The analysis of the concepts related to PS and PSE management, on the basis of which definitions of the concepts important for the construction and implementation of the proposed Model of comprehensive management of PSE systems (hereinafter – **Model**), were verified or proposed and the relationship of these concepts with other concepts used in this area in the scientific literature was examined.

2. A Comprehensive Model of Causality of Adverse Events was proposed on the basis of the summarised contemporary conceptual framework of causes of AE.
3. A theoretical and empirical summary of practical experience in the application of PS and the SE management system in EU member states was conducted, dimensions of the operation and development of these systems were revealed in depth, and functional elements recommended in constructing the Model adapted to hospital needs were identified.
4. A unique Model has been developed transposing the provisions of the concepts *Patient safety I* and *Patient safety II* and encompassing the implementation of general (international and national level), special general (hospital level) and specific PS activities and measures by expanding safe practice and ensuring efficient management (identification, examination, response and prevention) of unsafe practice with the help of retroactive, interactive and proactive measures and methods of PSE management.

Practical significance of the research and areas of its application

1. The verified definitions of the concepts related to PS and PSE management (relevant in developing the Model) will provide an opportunity to DLH and other PHCI, when applying the international good practices to perform comparative analysis and to measure progress in the PS and PSE management.
2. The Model adapted to DLH needs and specifics, on the basis of which the DLH, by adapting achievements of modern science and good practice in the PS field and taking into consideration the specifics, needs and possibilities of its operations, will be able to systematically develop and deploy *comprehensive* (combining learning from positive and negative PS experience), integrated (ensuring retroactive, reactive and proactive PS management), uniform (covering PSE identification, examination and response), collaborating (with other institutions operating in the PS field), and synergistically functioning (in conjunction with the national PSE management systems) *PSE management systems*.
3. Problems of adapting the Model to DLH needs and specific operations were assessed, solutions were proposed, and recommendations for adaptation, implementation and deployment of the Model at DLH and other PHCI were assessed.
4. Managerial/organisational changes required in the main DLH areas were assessed in order to ensure compatibility (contingence) between the functioning of the Model and the DLH (uniform organisational system).
5. A context analysis of the operation of the Model was performed, changes of the external managerial/organisational environment required for the implementation and operation of the comprehensive management of PSE systems based on the Model were identified, the effect of public governance model on the functioning of the Model was revealed, and aspects of cooperation between the Model and other areas of DLH operation and other organisations participating in PS assurance at the DLH and national levels were assessed.

Object of research – PSE management.

Subject of research – PSE management in order to assure and improve PS at DLH.

The following factors determined the choice of the object and subject of research: a) the risk of AE, their frequency, extent and damage in the in-patient settings of DLH as compared to the out-patient settings is much higher due to the specifics of HC services provided in hospitals. Therefore, efficiency of PSE management in the sector of in-patient HC providers is more important and will have a considerably greater positive effect on ensuring and improving PS in the in-patient than in the out-patient sector; b) the situation in the field of PS at DLH is far worse than that at the university, national/regional hospitals. The PHCI quality assessment carried out by State health care accreditation agency (hereinafter – SHCAA) in 2013–2014 showed that the PS indicators at DLH are far worse than those at the university, national/regional hospitals (SHCAA, 2014); c) it is more problematic for DLH than for the university, national/regional hospitals to attract and retain high qualification specialists (physicians, scientists, managers), to carry out research, and to implement innovations of science and practice in PSE management. It is therefore likely that factors causing PSE and thus poorer PS situation not only manifest at DLH, but DLH also face greater difficulties in developing, implementing and deploying PSE management systems. Therefore, the choice of the subject will allow to identify the PSE management and managerial/organisational problems that DLH face in implementing the proposed PSE management model better and to introduce effective measures for their solution; d) the choice of DLH is appropriate considering that, unlike hospitals of other levels, all DLH have a similar spectrum of HCS governed by legal acts, similar structures and similar challenges in the field of PS and PSE management.

Limitations and restrictions of the research

When describing the object and subject of the dissertation research, they have been dissociated from other similar objects and subjects of research, which however are outside the limits of the dissertation research: a) the object of the dissertation research is limited only to the management of risks related to PS manifesting by PSE. This means that all other DLH risks (human and financial resources, communication, technology, etc.) and their management is outside the scope of this dissertation research and are not examined in this thesis; b) the subject of the dissertation research is limited to *district level hospitals in Lithuania (DLH)*. This means that the dissertation research does not cover in-patient (university, national/regional hospitals) and out-patient (clinics, GP, etc.) PHCI of other levels.

The dissertation research did not aim to develop a “*typical*” PSE management system to be “*installed*” in DLH by replacing currently functioning, PSE management systems or their components. The dissertation research did not aim to carry out a comprehensive comparative analysis of PSE management methods, instruments and measures, and to prepare “*tool boxes*” for individual PSE management processes or to submit their detailed descriptions (this is left to the discretion of DLH by taking into account specifics of their operations, and space was provided for further research in this area). The aim of the dissertation research is to prepare the Model on the basis of theoretical analysis and findings of empirical research, which would reflect requirements for the PSE management system, and to make recommendations as to how, based on the Model, DLH could develop and implement comprehensive PSE management systems adapted to the context of DLH and their environment.

The aim of the dissertation research is to create a comprehensive classification of the concepts in the PS field. Since no consensus has so far been reached at the international or national levels and no unified terminology in the field of PS is available, while the concepts in research literature are usually used by defining different phenomena or objects, *the analysis of the main concepts and definitions related to PS and PSE management is provided, verified concepts to achieve the aims of the doctoral dissertation are proposed*, and it is suggested for DLH and other PHCI to use these concepts in implementing comprehensive management of PSE systems developed on the basis of the proposed Model. The need to develop a comprehensive PSE taxonomy and PS glossary should be emphasised with a view to provide a uniform definition of identical objects and phenomena, but this will require further work of researchers at the international and national level.

The aim and objectives of the dissertation

The **aim of the dissertation** is to develop the Model and propose it to DLH, which could use the model to develop, implement and deploy comprehensive PSE management systems adapted to their needs and specifics of their operations, consistent with their capacities, and based on scientific research and best practices in order to assure and improve the safety of services provided to patients at DLH.

Objectives of the dissertation

1. To examine and summarise theoretical framework of PSE management.
2. To assess the experience of the international and national PS movement in the field of PSE management.
3. To assess the attitudes and needs of PS experts at the national and DLH levels in relation to the development and implementation of PSE management systems at DLH.
4. Having assessed theoretical and practical aspects of PSE management and opinions of national and hospital PS experts, to identify principles, elements and measures of the PSE management system based on scientific evidence and best practices.
5. On the basis of the identified principles, elements and measures of the PSE management system, to develop and propose the Model to DLH.
6. To assess the opportunities for adaptability and practicability of the Model to DLH needs and their specific operations and to other PHCI.
7. To assess the context for the implementation and operation of the Model (such aspects as the interaction of the Model with PSE management instruments available in DLH and DLH organisational/managerial and clinical processes; collaboration between the Model and the national and international PS institutions; the functioning of the Model in the public governance HC sector).

Defended statements

1. To ensure effective and efficient PSE management at DLH, it is insufficient to rely solely on the predominant *retrospective* (which has already occurred) AE registration (reporting) in the national adverse events reporting systems, but it is necessary to introduce *integrated* PSE management systems, which would include implementation of *retroactive, reactive* and *proactive* PSE management methods at the local (DLH) level.

2. To ensure the effective and efficient PSE management at DLH, AE reporting (registration) systems that are being actively introduced must be restructured to *unified* PSE management systems, which include event *identification, analysis, response and prevention*.
3. To ensure the effective and efficient PSE management at DLH, it is appropriate to implement *a coherent* PSE management system that would include *PS and PSE management measures successfully operating in the organisation*, and to integrate this system into the *structures, managerial/organisational and clinical processes of the organisation*, contributing to *the implementation of the objectives and the mission of the organisation*.
4. The DLH PS system “*neutralises*” the shortcomings of both the operation of the institution and organisation of the HC system at a higher (national) level, so *effective functioning of the HC system ensuring a real reduction in the number of PSE and improvement of PS situation at DLH* may manifest only by *ensuring coordinated implementation of PSE management systems and their improvement at the local (institution) and national (HC sector) levels*.
5. In order to systematically assure and improve the safety of DLH services, it is appropriate to develop the Model on the basis of which DLHs could develop, implement and deploy *comprehensive PSE management systems* adapted to DLH needs, specific operations and capacities and strategies, initiatives and measures recommended by international and national PS movements based on effective and efficient implementation of research and best practice in the field of PS and PSE management by ensuring and improving the safety of services provided to DLH patients.

Research methods

1. *Logical analysis* was applied during the examination and verification of the main concepts related to PS and PSE management and used in the dissertation.
2. *Analysis of scientific literature* was applied in reviewing and summarising contemporary scientific achievements in the field of PS in investigating PSE causes and consequences and PSE management experience in the hospitals in Lithuania and other EU countries. During the preparation of the theoretical part of the dissertation, scientific articles, presentations, monographs, theses, online sources, regulatory acts, and methodological recommendations were summarised.
3. *Document and historical data analysis* was applied when examining historical evolution of the international and national PS movements and experience in the field of PSE management.
4. *Questionnaires* were used to research the usefulness of the PSE preventive management measures and to assess the relevance and effectiveness of their implementation, and to identify problems in applying these measures.
5. The *expert panel method* was used to perform a survey of PS experts at the DLH and national levels in order to identify their needs and expectations concerning PSE management at DLH and their opinion about the Model, and the context and challenges of its implementation at DLH.
6. *Monitoring through presence*. The author of the dissertation has an extensive personal *international* (Member of the Board of the European Society for Quality in Healthcare (ESQH), 4 years), *national* (public administration in the area of health care, 8 years [co-

ordinated HC quality and safety issues at the Ministry of Health]), and *local* (front line experience in delivering HC services in PHCI, 6 years; managed a private PHCI, 12 years [coordinated and managed implementation of the US, UK, and German international quality management systems at this institution (8 international standards)] experience and is *certified* and registered in the ISO 9001:2008 standard International Register for certified auditors [IRCA] as the *lead auditor*; *works as a lecturer* (gives lectures and seminars on the subject of HC quality and patient safety) at the Medical Faculty of Vilnius University), therefore, he examines the subject of the dissertation (PS, PSE management systems, etc.) at the *theoretical level* and *implements it in practice*.

The logical scheme of the dissertation, which shows the sequence of the substantiation of the defended statements, is provided in Figure 1:

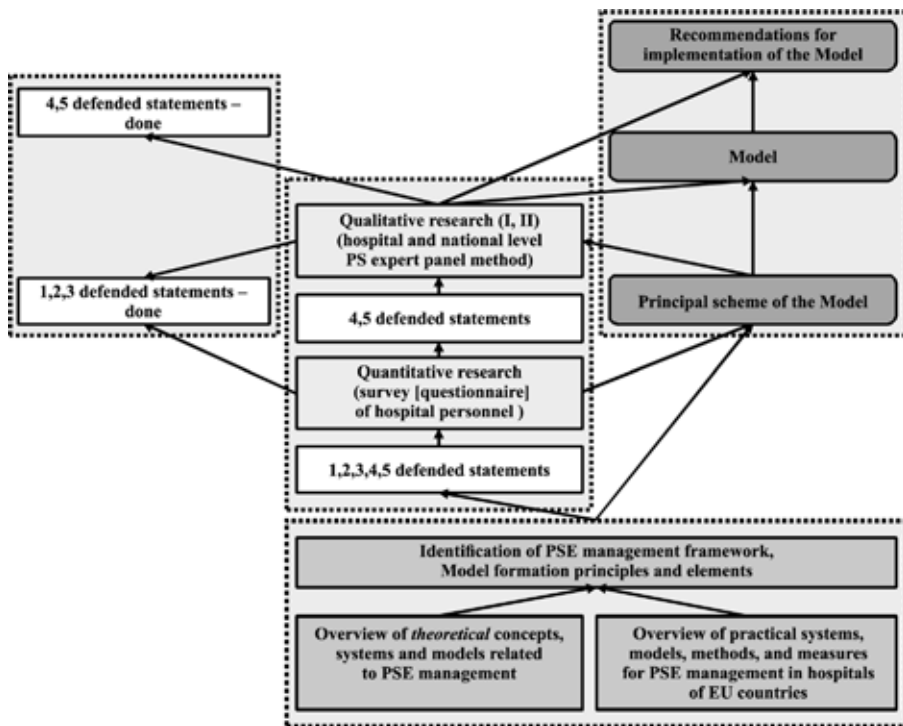


Figure 1. Logical scheme of the dissertation research: defended statements, their substantiation by research, and findings
 Source: prepared by the author.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of the introduction, three parts, conclusions, recommendations, a list of literature, annexes, and a summary. The dissertation contains 54 tables, 27 figures, and 2 annexes. The scope of the thesis is 280 pages (excluding annexes). A total of 394 literature sources were used.

Part One of the dissertation examines the theoretical and methodological framework of PSE genesis and management. This part consists of three chapters: a) Chapter One examines the theoretical framework of PSE, factors which cause PSE and their management; b) Chapter Two reviews, examines and summarises the international and national PSE management experience; c) Chapter Three analyses public PSE management context in Lithuania.

Part Two of the dissertation examines the problem of methods and methodology of empirical research carried out in the dissertation. This part consists of two chapters: a) Chapter One discusses methods and organisation of quantitative research; b) Chapter Two discusses methods and organisation of qualitative research.

Part Two of the dissertation summarises the findings of quantitative and qualitative research and, on this basis, constructs the Model adapted to the needs and specific operations of district level hospitals in Lithuania (hereinafter – **DLH**), and examines the context of the operation of the Model, its internal relations (with other DLH structures) and external relations (with other institutions and organisations involved in ensuring PS at DLH), and the challenges of Model adaptation and implementation at DLH and other PHCI.

On the basis of the research findings *conclusions* and *recommendations* were prepared. The structural flowchart of the dissertation is presented in Figure 2.

Overview of the content and findings of the dissertation. On the basis of the summary of the international PS movement, scientific research and practical experience provided in Part One (theoretical) of the dissertation, and the empirical research carried out in the dissertation: *a)* principles for the development and operation of the Model at DLH level were formed: comprehensiveness, integrity, uniformity, contingency, openness, transparency, flexibility in respect to change, improvement, exchange, collaboration (cooperation), confidentiality, anonymity, coordination, subsidiarity, synergy, effectiveness, efficiency, and appropriateness (each of these principles is described in the dissertation); *b)* The operational context of the Model, the most favourable contexts for the development and operation of the Model at DLH (managerial/organisational models [the most favourable being the model of an open, transparent, learning organisation], etc.), and external operational context (public administration models [the most favourable being the New Public Governance Model], etc.) were identified and assessed. When developing and implementing the Model, the interface between the Model and its operational context, i.e. consistency of the Model with the said features (openness, transparency, and learning) are important, furthermore, depending on the specific operational context of the Model (comprehensive sociotechnical nature of a HC organisation, PSE diversity and latency, transformation of the PS culture, attitude of the medical personnel and patients to PS change, changing external environmental conditions, need to take decisions under conditions of uncertainty, etc.), the Model must promptly and flexibly identify and adapt to the changes of internal and external environment.

When constructing the Model, in order to identify and justify the requirements applicable to the Model, and to obtain additional data for the verification of the defended statements, by using the *triangulation method* (combining quantitative and qualitative

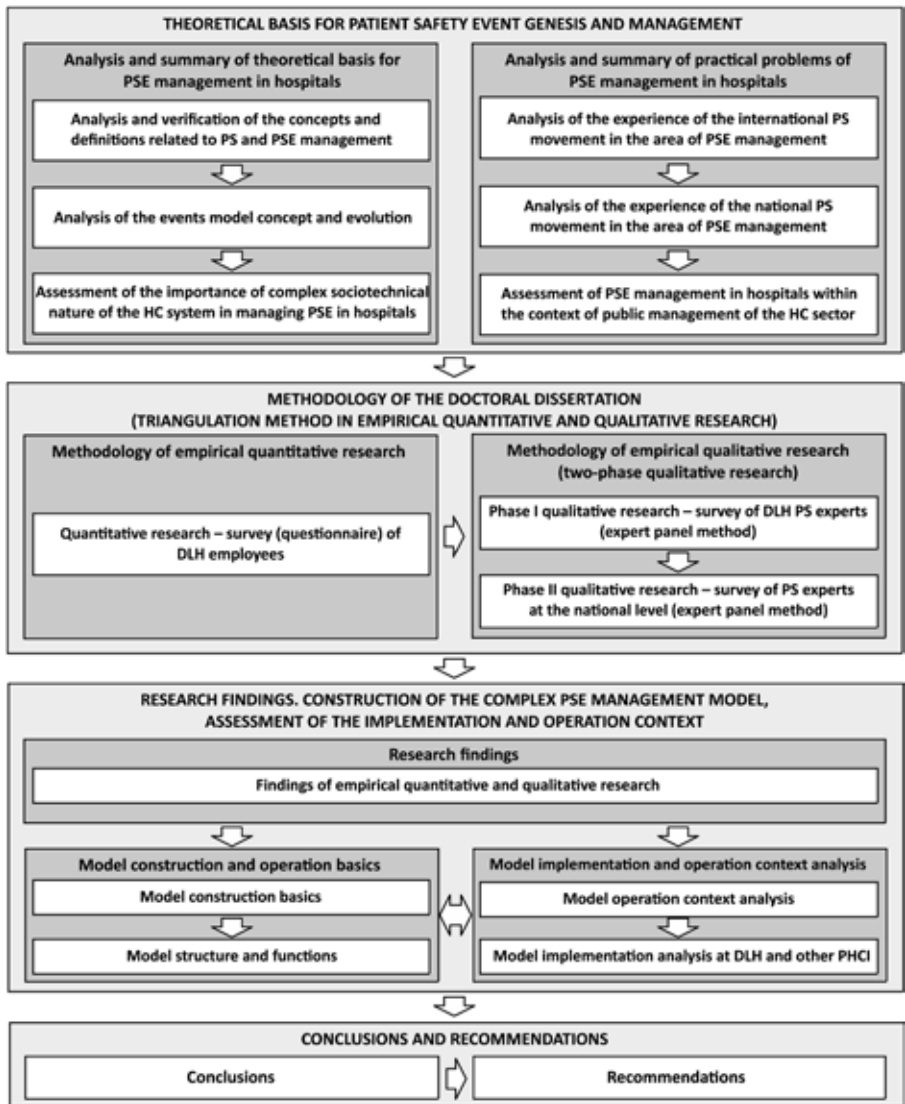


Figure 2. The structural flowchart of the dissertation
Source: prepared by the author.

methods of analysis [Seidman I., 2006; Patton M. Q. et al., 2005; Ryan G. W., and Bernard H. R., 2006]) the following empirical research was performed:

1. Quantitative research (*questionnaire*) – survey of the employees (HC microsystem, mezosystem, and macrosystem levels);
2. Qualitative research (*expert panel method*): 1) Survey of PS experts at DLH (HC mezosystem and macrosystem levels) level responsible for the organisation and implementation of PS at DLH; 2) Survey of PS experts at the national level (HC megasystem and metasystem levels) responsible for the organisation and implementation of PS nationally.

The overall aim of the empirical research carried out in the dissertation was to obtain additional data required for the verification of the defended statements and support of the Model construct.

The aim of the quantitative research was to obtain empirical data necessary for the verification of three statements defended in the dissertation by substantiating: a) the advantage of the *integrated* PSE management systems, based on the integrated implementation of the *retroactive, reactive and proactive PSE management methods at the local (DLH) level* compared to currently broadly implemented systems for recording only past AE (e.g. Adverse events reporting and learning system (hereinafter – **AERLS**)); b) the advantage of the *uniform PSE management systems, which combine identification, analysis, and prevention* of AE as compared to currently broadly implemented fragmented systems based only on reporting about AE (e.g. **AERLS**); c) the importance of the harmonisation of PSE management systems with already successfully operating PS, PSE management instruments and measures at DLH and integration of these systems into the structures and managerial/organisational and clinical processes of the organisation.

The *questionnaire* method was selected as a method for quantitative research.

In the light of aims of the quantitative research, the following blocks of questions constituted the core of the questionnaire: a) questions relating to the *PSE identification* (when replying to these questions, DLH employees described PSE reporting methods, tools, and format used by the organisation); b) questions relating to *PSE preventive management* (when replying to these questions, DLH employees assessed the selected PSE preventive management measures provided to them by describing application of each of them in terms of the criteria of their usefulness and difficulty of implementation); c) questions relating to the *identification* of the *factors*, which determine the employee's *aspirations* and *possibilities* to participate in identifying PSE and their preventive management.

The survey was carried out at *district level hospitals in Lithuania (DLH)*. The stratified two-phase sampling method was used for selection of the respondents. The sampling was carried out in two phases: a) in phase one the representative objects of research were selected – the main groups (clusters) of district level hospitals in Lithuania were selected and subsequently the most representative hospital of the group was selected; b) in phase two, selection of respondents in each selected hospital was carried out. When identifying the main groups of district level hospitals in Lithuania, the objective was to form their groups (clusters), which: i) would differ from each other according to the largest possible number of essential parameters (15 parameters were assessed); ii) hospitals included in each group (cluster) would be similar to each other in terms of chosen parameters to the maximum possible extent. Formation of hospital groups (clusters) from the overall pool of district

level hospitals in Lithuania was conducted on the basis of the cluster analysis (K-average) method. The following was used for the cluster analysis: a) *general hospital parameters*: the number of hospital profiles, number of beds, average number of hospitalised patients, number of bed-days, average patient hospital stay, bed turnover, and patient mortality rates. The Information Centre of the Hygiene Institute analyses these important indicators, which reflect the hospital structure and operations, under the instruction of the MoH. These indicators are stored in the data base of the Centre on the HC of the country and form the basis for making important managerial decisions at the national level (Institute of Hygiene, 2015); b) *special PS hospital parameters (which reflect the PS situation in a hospital)* (SHCAA, 2015): indicators of patient satisfaction, HC-related hospital infections, resistance of infectious flora to antibiotics, safety of the use of medicinal products, AE registration, timely identification of myocardial infarction and aid measures, occupational risk monitoring, and personnel hand hygiene. According to their characteristics these hospital indicators reflect directly or indirectly the PS condition (level) at a hospital. These indicators are collected and evaluated according to the procedure established by the Minister of Health (Minister of Health of the Republic of Lithuania, 2015).

The results of the cluster analysis (using SPSS-17 package) showed that all hospitals at a district level in Lithuania fall into three groups (clusters) (the optimum division). Subsequently, the most *typical* (representative) hospital was identified in each DLH group – a hospital, which in the multidimensional Euclidean space of parameters showed maximum (greatest) similarity to all other hospitals of the group (cluster).

The selected method for sampling representative objects (*cluster randomisation analysis*) presupposes identification of the number of respondents in each hospital (Donner A. and Klar N., 2000). Using statistical NCSS and PASS 14 software, the number of respondents to be interviewed in each hospital was identified (52 respondents). Selection of respondents to be interviewed in each hospital was aimed at proportionate representation of the main groups of HC employees working at the relevant hospital: doctors, nurses, and administration. Statistical processing of the data of the questionnaire involved the use of mean values, standard deviations, twin correlation coefficients, factor analysis, and principal component analysis methods. Calculations were performed using the SPSS-17 package. During the survey, a list of 76 PSE preventive management measures was provided (hereinafter – **Measures**). The list was drawn based on the multi-level procedure described in the dissertation. Measures were divided into nine groups according to their intended purpose. Employees described each Measure according to its *usefulness* in the process of using it at DLH and the degree and nature of *difficulty* which they would have to face during the implementation (use) of the Measure.

Statistical processing of the obtained data allowed the division of the Measures into three groups: 1) *the most effective* Measures (the evaluation of usefulness *considerably* exceeds the degree of difficulty of their implementation [use]); 2) *effective* Measures (Measures, the usefulness of which *slightly* exceeds the degree of difficulty of their implementation [use]); 3) *ineffective* Measures (Measures, the usefulness of which is lower than the degree of difficulty of their implementation [use]). The majority of the Measures, 41 (53.9%), were evaluated as *most effective* or *effective* – 30 (39.4%), and only 5 (7.6%) measures were evaluated as *ineffective*. The results of the analysis of the Measures revealed the following:

a) a possibility to form an arsenal of effective Model-related measures; b) appropriateness of using various (retro-, re-, pro-active) PSE management measures.

Statistical processing of the answers to the questions concerning the factors, which determine the employee's *aspirations* and *abilities* to improve PS at the institution which they represent allowed to identify the main statistical links between these parameters and conditions of the person's employment/place of work (salary, rhythm of work, relations between the employee and the management, relations within the group of employees, and patient attitudes to PS). Links were identified between the managerial/organisational characteristics of DLH and difficulties the employees were likely to encounter in implementing: a) all Measures in all groups of Measures; b) all Measures in a certain group of Measures; c) individual Measures.

The following types of *qualitative research* were conducted: a) PS expert survey at the *DLH level* (employees of mezosystems and macrosystems responsible for HC organisation and implementation at the DLH level); b) expert survey at the *national (country) level* (employees of megasystem and metasystem responsible for HC organisation and implementation at the national level). The main aim of qualitative research was to obtain qualitative data (substantiation) to support the 4th defended statement of the dissertation and collect additional data for the 1st, 2nd and 3rd defended statements on the basis of which the Model was constructed.

In the case of both types of qualitative research, the expert panel method was used (Panel Discussion, 2015, Bitinas B. et al., 2008). The essence of the method is that the "group of experts discusses the problem which cannot be easily remedied by an individual person" (Panel discussion, 2015). The expert panel method is one of the most widely used methods for the examination of various levels of managerial/organisational issues (Dunn M., 1995; ICES-CIEM, 2015; Metz J., 2015; EU, 2015).

In the case of both types of qualitative research, expert panels (Salisbury University, 2015) were organised identically: experts of the panel were presented and explained the aims and procedure of the expert survey using the panel method; the participants of the panel were presented the principal scheme, structure, functions and operation of the Model, answers were provided to their questions; and then experts were introduced to the topics and different areas of the topics (issues) for discussion at the panel. The discussion was moderated and each meeting was recorded (digital sound recording was made). At the beginning of the discussion, experts were informed about how the confidentiality of the data would be ensured and the consent of experts regarding sound recording of the panel was obtained. Replies obtained during both phases of qualitative research were subsequently analysed using the thematic analysis method (Braun V., Clarke V., 2006; Guest G., 2012; Saldana J., 2009).

For the purpose of **Phase I qualitative research**, hospital level (HC mezosystem and macrosystem level) PS expert panel method was applied at the same typical DLHs where quantitative research was performed with the **aim** to: a) assess the principal Model scheme and the importance of its implementation in the process of improving PS at DLHs; b) identify possibilities for and challenges (problems) in the process of Model implementation in DLHs; c) define the necessary preconditions for a successful implementation and functioning of the model in DLHs.

Selected PS experts were workers of the three selected typical DLHs who were the most competent and experienced in PS and PSE management (e.g. the staff whose

managerial-organisational functions are closely (mostly) related to ensuring PS and PSE management on the hospital (macrosystem) and/or its structural unit (mezosystem) level, etc.). Expert selection criteria, their experience in PS and PSE management have been discussed in Chapter 2 of Part II of the dissertation. Heads of DLH administration, heads of internal medical audit units, heads of clinical and administrative units (HR and others) were selected to act as experts.

Phase I qualitative research results: a) confirmed the topicality, necessity and suitability of the Model, including its compliance with Hospital needs and operational peculiarities; b) provided with an opportunity to identify and define directions for further improvement and development of the Model; c) revealed the awareness of DLH staff of the fact that the implementation of the Model is a systemic innovation that might lead to systemic changes in DLH operations, including the characteristic resistance of staff to innovations; d) showed that the nationally dominant traditional (bureaucratic, hierarchical) HC management style is a serious obstacle to a successful implementation of the Model; e) revealed that overcoming of the fear of reporting an AE is one of the key preconditions for successful implementation of the Model; f) emphasised the importance of anonymous and confidential reporting of PSEs; g) showed that the scope and mode of Model implementation strongly depend on the resources that a DLH has at its disposal; h) revealed the importance of the commitment and motivation of DLH staff in the process of implementing the Model at the Hospital; i) showed the necessity for a transition period in implementing, harmonising and adjusting the Model in line with the needs and operational peculiarities of the DLH; j) proved that the Model should take the shape of an *open, transparent and continuously learning and improving system*, which openly cooperates with both internal and external participants and stakeholders in the process of ensuring PS at the DLH and has a mechanism to identify its own shortcomings, introduce the necessary corrections, communicate and ensure feedback; k) revealed that the actual success of Model implementation will to a large extent depend on the external environment, especially on the attitude of the higher institutional level (ministry and other institutions subordinate to it, DLH founder), mass media and patients themselves towards PS and their actions; l) showed that public opinion and mass media's approach (which actually forms public opinion) towards medical errors, their management and support for PS initiatives are extremely important for successful implementation of the Model; m) revealed that the success of Model implementation will also depend on patient behaviour, attitude and support; n) identified the need for a more exhaustive familiarisation of DLH staff with the concepts and objects of PS, AE and PSE, including the need for a specific list of reportable AE that would be gradually developed in line with the DLH's needs and experience in PSE detection; o) revealed the approval of the DLH staff (experts) of the principal Model scheme by emphasising that there should be a comprehensive detection of PSEs encompassing the detection and risk assessment of past, current or continuous and feasible future PSEs; p) showed the necessity to have a purposefully trained PS specialist and emphasised the expediency of establishing a national level PS coordination centre; r) revealed that the Model must not be too difficult to understand and implement and its implementation should not require major investment.

Based on these Phase I qualitative research results, the principal Model scheme was corrected and developed further and the operational context scheme of the model was developed.

For the purpose of **Phase II qualitative research** national (HC megasystem and metasystem levels) level PS expert panel method was applied **with the aim to:** a) assess the principal Model scheme and the importance of its implementation in improving PS at DLHs and other PHCI; b) assess the importance of the Model for the national HC system in ensuring and improving PS in Lithuania; c) identify possibilities for and challenges (problems) in the process of Model implementation in DLHs and other PHCI; d) specify the DLH and national context necessary for a successful implementation and functioning of the Model.

Experts were selected by identifying top level individuals with varied experience in HC and working with PS at sectoral and/or national level organisations related to ensuring PS at DLHs. In selecting experts, the principle of ‘maximum variation’ was applied, i.e. top (national) level HC experts were selected so as to have all key national institutions responsible for ensuring and improving PS represented (e.g.: medicines safety, radiation safety, medical equipment safety, etc.); Parliament of the Republic of Lithuania (PS policy making, PS legal regulation, etc.); Ministry of Health of the Republic of Lithuania (national level PS policy implementation); State Patient Fund (HC quality and safety control and supervision); State Medicines Control Agency (safety of medicines and medical devices), SHCAA (national level PS monitoring, coordination, supervision and control (appointed national level competent body in PS); National Transplant Bureau (safe donorship); Institute of Hygiene (monitoring and coordination of HC related infections); Representative Council of Lithuanian Patient Organisations (all aspects of PS); Mykolas Romeris University (scientific research, professional development in the area of PS); Vilnius University Faculty of Medicine (training, professional development and research activities of HC staff); Lithuanian Medical Association (treatment safety, PS); Lithuanian Nurses Association (nursing safety, PS).

Phase II qualitative research results: a) confirmed the need for the Model in PHCI and national HC system as a whole; b) revealed approval of the principal model scheme, structure and functions; c) helped identify problems and difficulties that might arise in the process of implementing the Model and putting it in operation; d) provided opportunities to identify measures necessary to overcome the identified problems and difficulties in order to facilitate Model implementation; e) emphasised the importance of involving in the process of Model implementation of the institutions and organisations that take part in ensuring PS on the national level.

Based on these Phase II qualitative research results, the principal scheme for the operational context of the Model were further corrected and supplemented, a model scheme for cooperation in the area of patient safety with external stakeholders was developed and problems in the process of Model implementation and adaptation at DLHs and other PHCIs, including ways to solve them, were analysed.

The qualitative research results confirmed the defended statement No. 4 and provided additional information supporting the defended statements No. 1, No. 2, No. 3 and No. 5 on the basis of which the Model was constructed and developed further. In the process of qualitative research, both DLH and national level PS experts defined the importance of local (Hospital) and national (HC sector) level cooperation as one of the key preconditions for successful implementation of the Model at DLHs. Moreover, the qualitative research helped identify the whole array of local (Hospital) and national (HC sector) level factors influencing the introduction, implementation and development of the Model at DLHs,

including the solution of any potential problems and difficulties that might arise in the process of Model implementation and that require a comprehensive (multifaceted, multilayer) approach to PS, PSE management at DLHs, other PHCIs and HC sector in general. Expert contributions show that overcoming these difficulties and implementing the Model in hospitals and other PHCI of Lithuania would serve as an important impetus for the overall progress in HC and provide the necessary conditions for more efficient detection and solution of PS problems in HC. Therefore, the implementation and successful functioning of the Model will create new and favourable conditions for dynamic development of the overall HC system.

Based on defined Model development and operation principles, having considered the relationship between the Model and the context in which it operates, including other key results of quantitative and qualitative research, a principal scheme for the Model was developed (see Fig. 3):

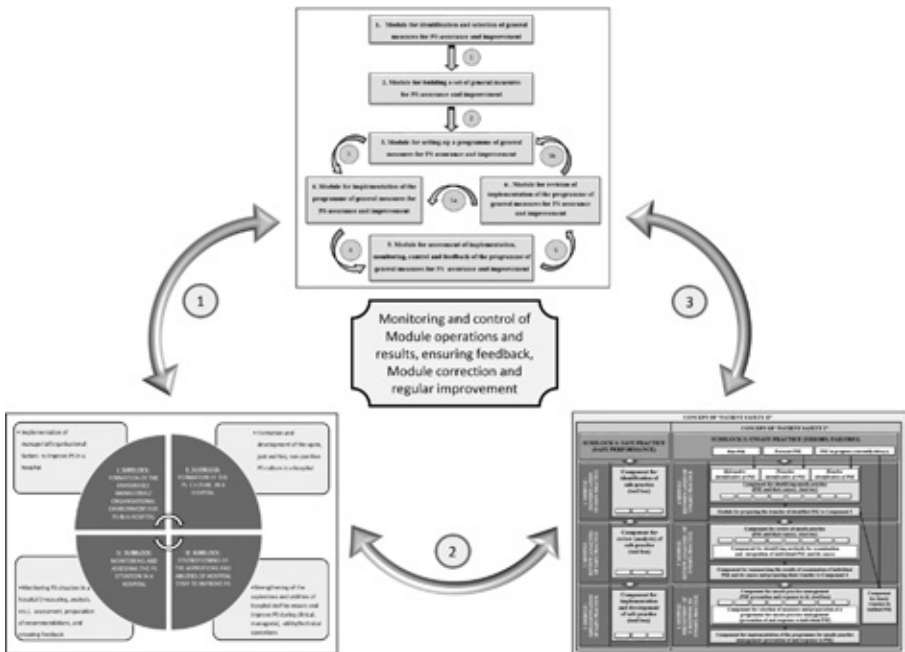


Figure 3. Principal scheme for a model the Model
Source: prepared by the author.

Detailed description of the principal Model scheme is given below with three *structural model blocks*:

Block I of the Model: “Assuring and improving patient safety using general patient safety measures (national and international level)” (see Fig. 4):

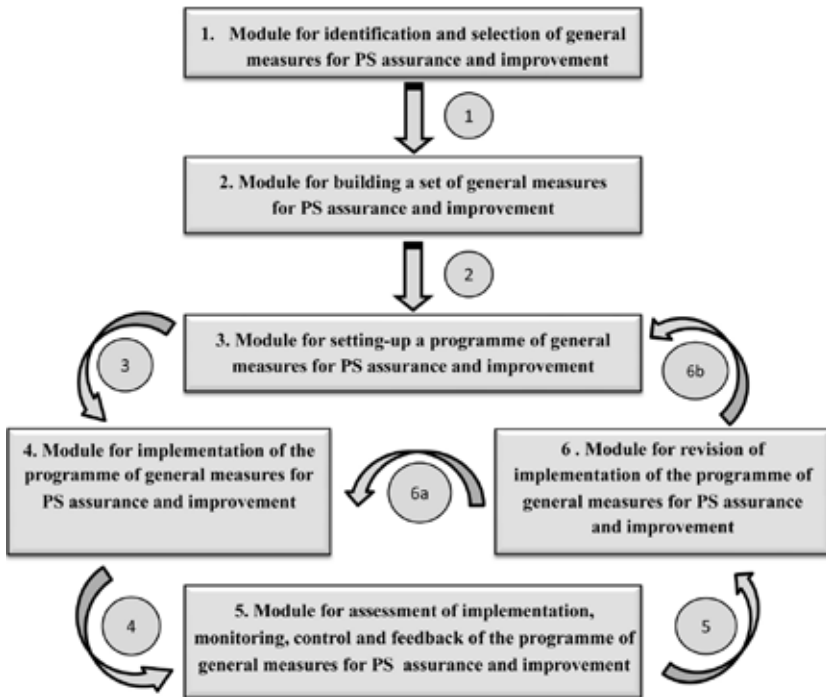


Figure 4. Model block I: “Assuring and improving patient safety using general patient safety measures (international and national level)”
 Source: prepared by the author.

General PS measures are defined as *universally recognised research- and good practice-based PS measures recommended for PHCI by international and national PS movements aimed at improving PS by: a) increasing the number of safe (successful) cases and outcomes; and b) reducing the number of unsafe (unsuccessful) cases and outcomes when a DLH functions in a turbulent environment and under usual, changing and unpredictable circumstances.*

Block 1 of the Model is aimed at: a) identification and selection of PS assurance and improvement measures that are important for DLH based on the PS measures recommended by international and national PS movements (Module 1); b) developing a comprehensive set of PS measures suitable for the DLH (Module 2); c) developing a programme of PS assurance and improvement measures tailored to the DLH’s needs and possibilities (Module 3); d) ensuring its implementation (Module 4); e) ensuring assessment of the program implementation and its impact on PS, monitoring, control and feedback (Module 5); correction and improvement (Module 6) of the program (6b) and/or its implementation (6a) with regard to the results of the evaluation (the cycle is repeated every time any discrepancies are detected between the planned and actual implementation of the programme as well as planned and achieved results).

Block 2 of the Model: "Assuring and improving patient safety using special general patient safety measures (hospital level)" (see Fig. 5):



Figure 5. *Model block 2: "Assuring and improving patient safety using special general patient safety measures (hospital level)"*

Source: prepared by the author.

Model block 2 is aimed at ensuring favourable conditions at a DLH level for PS development, PSE management and implementation as well as development of the Model through introduction of general managerial measures in order to: a) ensure favourable managerial-organisational conditions (e.g.: managerial leadership in the area of PS, support for PS initiatives, allocation of resources necessary to improve PS, etc.); b) form open and right PS culture based on professional development and balanced accountability that would promote open PSE management process and PSE disclosure to patients; pass local normative documents within an institution that would form the right approach to PSEs and their management, etc.) (Sub-block 2); c) build the aspiration (motivation) and ability (knowledge, skills, etc.) of DLH staff needed to improve PS (e.g. ensure methodological support in the area of risk management, organise special training for DLH staff responsible for PS on the topics of PS, PSE management, risk management and other areas, as well as organise general training on PS and PSE management, etc., for the rest of DLH staff) (Sub-block 3); d) ensure a continuous cycle of monitoring, assessment and control of the situation with PS, PSE management process and outcomes by securing feedback to DLH management, staff responsible for PS and other staff (Sub-block 4).

This comprehensive and consistent implementation of changes to the internal environment of DLHs will ensure a systematic progress of their managerial-organisational

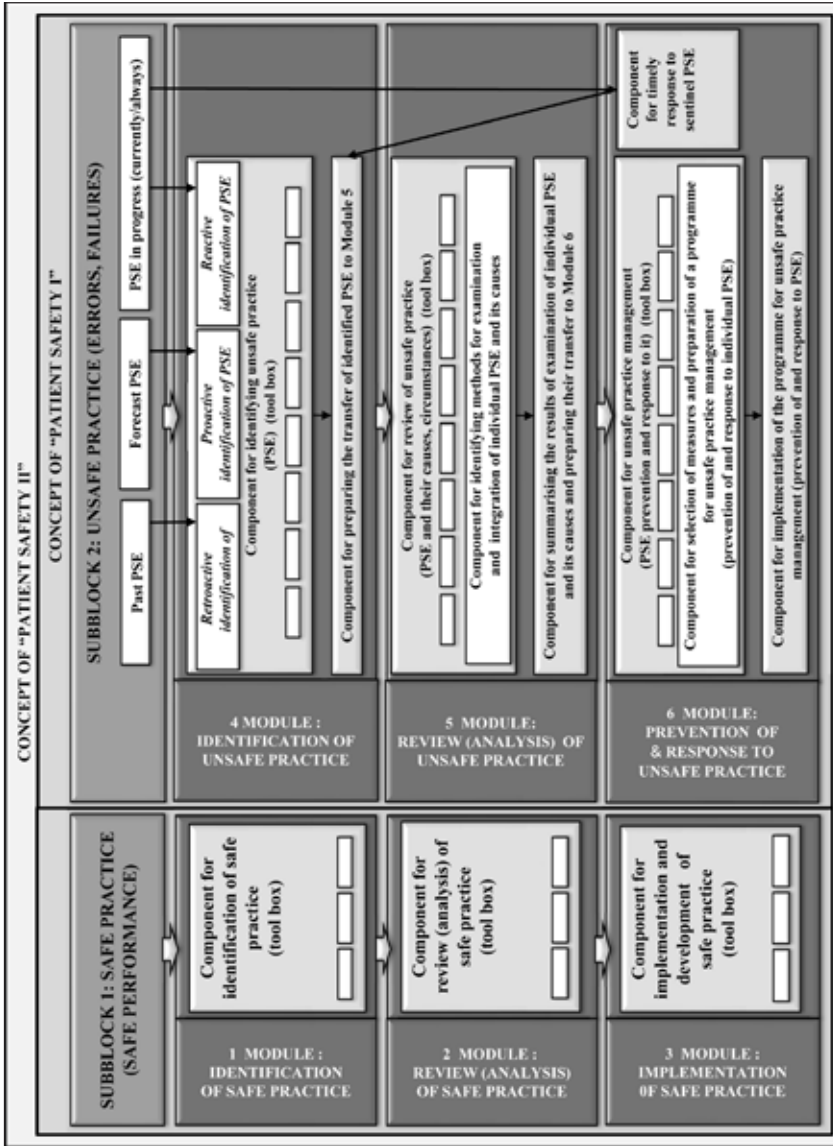


Figure 6. Model block 3: "Assuring and improving patient safety using special specific patient safety measures (hospital level)"
Source: prepared by the author.

and clinical activities, including that of the overall organisational system at the DLH level, towards an optimal PS model.

Block 3 of the Model: “Assuring and improving patient safety using special specific patient safety measures (hospital level)” (see Fig. 6):

Even if a DLH efficiently implements the general (see Model block 1) and even hospital-level special general measures (see Model block 2) ensuring and improving PS as recommended internationally and nationally they still can be insufficient in cases when a DLH functions in an ever changing environment (in the times of continuous HC sectoral reforms when legal regulation of DLH activities changes, when tensions appear due to lack of resources, quick introduction of modern technologies and innovative diagnostic and treatment methods, in cases when public expectations in terms of health care continuously growing, etc.). As a result, even if a DLH introduces all international and national level safety recommendations by research representatives, including examples of good practice (see Model block I), it does not become completely safe for patients, because the quickly changing environment will lead to repeated and new threats which tend to take the form of PSEs.

On the other hand, the existing good (safe) practice is also far from being lasting or stable because of the instability of the DLH itself and its operational context. Practice must change with the change in circumstances, because any *good (safe) practice* formed at a DLH under previous circumstances may appear to be *unsafe* under new, current circumstances. Moreover, medical errors are substantially less frequent in DLH practice than cases of success. As a result, learning from your own mistakes means learning from a relatively small field of practice (sample) without making use of the opportunities to learn from a much broader scope of safe practice, identify and implement in Lithuania manifestations of safe operations (practice) by at the same time avoiding or preventing threats and PSEs. In addition, all management measures aimed at preventing PSEs and included in Model Blocks 1 and 2 may even not be implemented or selected and implemented improperly. This particular reason together with the obtained research outcomes lead to the development of Model block 3 “Assuring and improving patient safety using special specific measures”, which is made up of two sub-blocks: a) Sub-block 1 “Safe operations (practices) in terms of PS” (success cases from the life of a DLH, its unit or staff achieved under ever changing circumstances) aimed at searching for and identifying the good practice (safe operations, practices) (Module 1), including its examination and analysis (Module 2) and use (adaptation, implementation, development) (Module 3); and b) Sub-block 2 “Unsafe operations (practices) in terms of PS” (cases of errors and failure from the life of a DLH, its unit or staff that occurred under ever changing circumstances) aimed at detecting unsafe practices (PSE) (Module 4), examination (Module 5), response and prevention (Module 6).

Scientific literature provides numerous examples of how to identify, analyse and make use of good practice (Hong P. et al., 2012). Many of them are based on the seven-step approach developed by Kaiser Associates (Kaiser Associates, 1988), which was later developed by R. Camp into a 12-step approach (Camp R., 1994). The suggestions of these authors regarding consistency of identification, examination and implementation of the best practice formed the basis for the following structural elements of the Model: *search (identification)* (Module 1), *examination (analysis)* (Module 2) and *implementation (development)* (Module 3) of the best practice (safe operations (practices)) (Sub-block 1),

including identification (detection) of PSEs and their causes (Module 4), examination (analysis) (Module 5) and prevention of and response to (Module 6) unsafe operations (practices) (Sub-block 2). Module components of sub-blocks 1 and 2 under Model block 3 include the development of the necessary managerial tool boxes for every single stage (identification, examination, implementation, response and prevention).

It is worth noting that sub-block 1 of Model block 3 transposes the provisions of the modern concept of “Patient safety II” (Hollnagel E., Wears E., Braithwaite J., 2015) by at the same time emphasising the importance of learning from the best (positive, safe, etc.) practice. In essence the system comprising elements of the sub-block devoted to learning from the best (safe) practice and respective relations of this sub-block with the entire system of the Model are meant to help generate and implement ideas for improving and developing DLH’s operations and the Model in order to improve the managerial-organisational and clinical activities of an organisation that prevent PSEs and ensure favourable conditions for DLHs to take action and achieve the best possible safety level.

Sub-block 2 of Model block 3 transposes the provisions of the traditional concept of “Patient safety I” (Reason J., 2000), but by expanding the field of its application to encompass not only the reporting of AE, but also the management of all (factual and potential) PSEs (reporting, examination, response and prevention) at a DLH. This sub-block is made up of the following components: a) *Identifying (establishing) of unsafe operations (practice) (Module 4) aimed at ensuring as exhaustive as possible detection and registration of past (retroactive PSE identification component), current (reactive PSE identification component) and feasible future PSEs (proactive PSE identification component) including preparation for further PSE analysis and identification of their causes with the help of respective PSE identification methods and tool boxes;* b) *Examining of unsafe operations (practices) (Module 5) aimed at an exhaustive analysis of PSEs identified within the framework of Module 4, including their reasons, and detection of causal relations with the help of the whole array of measures recommended by modern management science for risk and PSE management, including measures to analyse the detected PSEs, which make up the tool box for the examination of unsafe operations (practices) under this particular component;* c) *Prevention of and response to unsafe operations (practices) (Module 6) aimed at selecting efficient prevention and response (impact) measures for every individual detected PSE; integrating them into the functioning PS ensuring and improvement programme applicable on an institutional level by creating the necessary conditions for managerial-organisational and clinical operations.*

All three structural blocks of the Model make up the basis for the PSE management system at DLH level: Model Block I helps identify PSE management measures in line with respective DLH needs and general recommendations made by international as well as national PS movements; Model block 2 helps ensure favourable conditions for ensuring and improving PS at the DLH level and implementing as well as developing the Model by introducing general managerial-organisational measures; Model block 3 helps examine the DLH’s good (safe) practice and unsafe practice (which is to be improved), identify and implement hospital-specific measures that assure PS and improve PSE management, improve the safety level of DLH structures and processes (hospital resistance and resilience to the negative impact of changes), including DLH’s capability to systematically manage all past, current and future PSEs.

Figure 3 depicts the main interactions between major model blocks that can be

described as a *dual cycle control and correction system*: a) *the first cycle is an internal one* and it functions within the framework of Model block 1 and ensures respective interactions between its sub-blocks 3, 4, 5 and 6 aimed at identifying and correcting any discrepancies in the implementation of general PS measures; b) *the second cycle is an external one* and it ensures respective interactions between the three major structural components of the Model (e.g.: Model block 3 allows identifying (detecting) the PSEs which occur due to gaps in the operations under Model block 1, which allows supplementing or correcting the *system of the general PS measures (recommended by international and national PS movements)*).

The key Model blocks make up the second (external) *cycle of observation, control, feedback, Model-related corrections and improvements* aimed at ensuring efficient and effective functioning of the Model as a (managerial-organisational) tool, including its continuous improvement and openness. The co-existence of the internal and external control and correction cycles allows monitoring the operations and outcomes of the Model-based PSE management system and the DLH's progress in ensuring PS.

Chapter 4 of Part 3 of the dissertation discusses various aspects of Model interaction and cooperation with other organisations taking part in ensuring PS at DLHs in the current context of public management, including problems related to the implementation of the Model at DLHs and its adaptation for other PHCIs and issues related to the interaction of the Model with the PS management systems functioning at DLHs and on the national level.

The analysis of issues related to the *interaction of the Model with other organisations taking part in ensuring PS at DLHs* encompasses vertical and horizontal relations of the Model and the DLH where the Model functions with external institutions and organisations exerting direct or indirect influence on PS at DLH level.

The overall system of internal (DLH) and external (with HC institutions functioning on meta- and megalevels) relations of the Model is depicted in the operational context scheme of the Model on the levels of three structural blocks which interact with each other (see Fig. 7).

The operational context scheme of the Model shows that the Model sub-block (reduced version of Fig. 3), i.e. *the operational part* of the PSE management system at DLH where measures to assess, assure and improve PS are directly implemented, lies at the core of Model block 1 (*"Hospital level factors which affect PS management and Model implementation, operation and development at DLH"* (HC sector microsystem, mesosystem and macrosystem levels)).

This Model sub-block is tightly and directly related to the technical sub-blocks which ensure the necessary conditions for the Model sub-block to function efficiently. For the Model to function successfully, i.e. for efficient processes ensuring and improving PS to take place within the framework of this sub-block, it is necessary to make sure that the DLH staff *aspires* (i.e. are involved, interested and motivated) to assure PS and *are able* (i.e. have the necessary competence, qualification, resources and authority) to do it. This particular function is ensured by the following technical sub-blocks of the Model functioning on the DLH level (HC sector microsystem, mesosystem and macrosystem levels): a) *"Strengthening the aspirations (motivation) of direct providers of HC services to improve PS and implement the Model"*; b) *"Strengthening the aspirations (motivation) of PS managers to improve PS and implement the Model"*; c) *"Strengthening the abilities of direct providers of HC services to improve PS and implement the Model"*; d) *"Strengthening the abilities of PS managers*

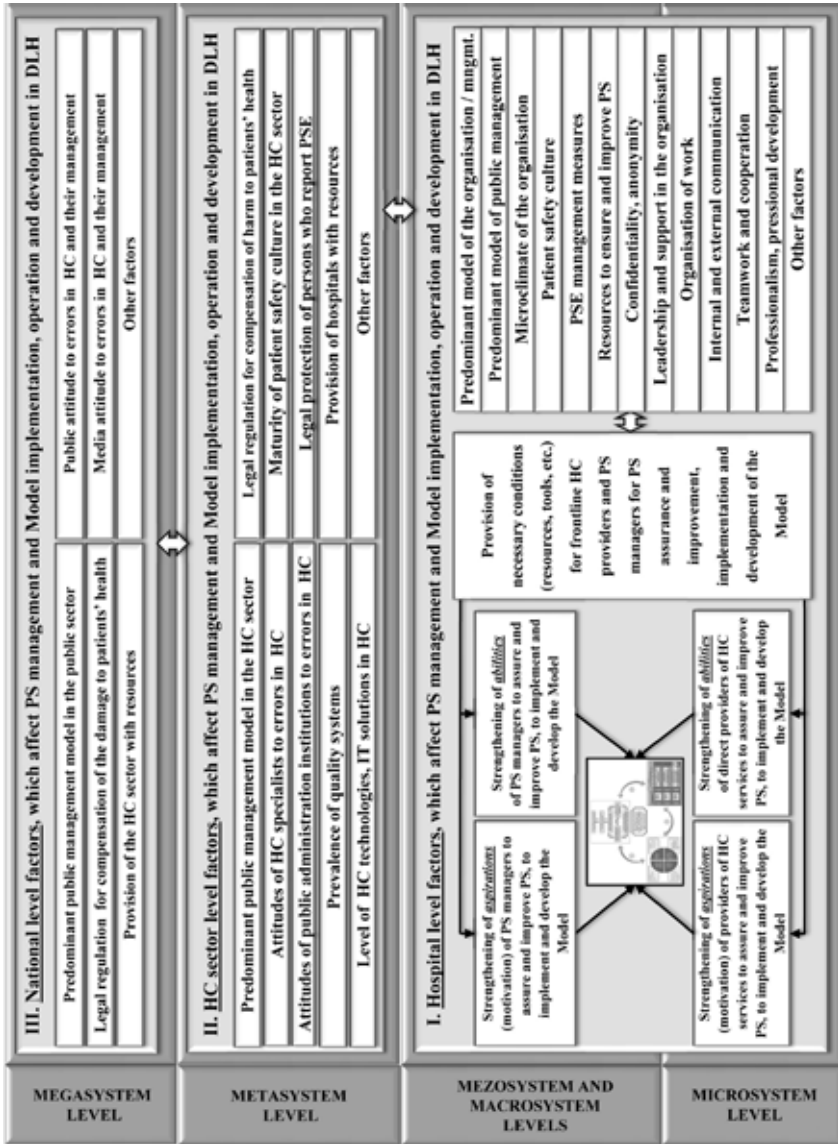


Figure 7. Operational context scheme of the Model
Source: prepared by the author.

to improve PS and implement the Model". The functionality and operational efficiency of the whole set of these sub-blocks depends on a number of managerial-organisational factors characteristic of a DLH and influencing the implementation, operation and further development of the Model. The quantitative and qualitative research performed within the framework of this dissertation enabled to further specify the dependency of PSE management at DLH level on numerous managerial-organisational factors characteristic of a particular DLH, revealed a complex system of three-layer relations between the *ability* and the *aspirations* of staff to improve PS and implement the Model and various factors characteristic of the managerial-organisational operations of DLHs. There is a separate *sub-block* of empowering factors meant to create the necessary managerial-organisational preconditions and environment for providers of direct HC services and PS managers to improve PS and implement the Model: "Provision of conditions (resources, opportunities) for providers of direct HC services and PS managers to assure and improve PS and implement the Model". The actual ensuring of these conditions depends on a number of DLH (HC microsystem, mesosystem and macrosystem levels) level factors and conditions (e.g. ensuring the necessary conditions for the professional development of staff in the area of PSE management; involvement of DLH leadership in PS improvement, allocation of resources for PS operations, ensuring appropriate work conditions, etc.) pointed out by DLH staff. The success of ensuring proper internal conditions for PSE management at DLHs in part depends on the external environment in which DLHs operate, i.e. on favourable and unfavourable external factors influencing DLHs (e.g. legal regulation of PS, financing of PHCI, HC human resources, etc.). As a result, DLH's operations are influenced by factors attributed to HC sector (HC megasystem level) and the functioning of HC sector is influenced by factors attributed to the national level (HC metasystem level) (see Fig. 7). For the purpose of the dissertation *national level* factors include *regional* as well as *municipal* level factors.

The Model does not function in isolation, but rather is related to internal DLH structures and institutions operating in HC sector and on the national level, which directly or indirectly participate in ensuring PS at DLHs, through respective internal (DLH level) and external (HC sector and national level) relations.

Based on conclusions of the international PS movement, scientific research and condensed practical experience, including the conclusions of the empiric research performed within the framework of this dissertation, key principles of design and operation of the Model were defined, impact of the DLH level managerial-organisational models on the implementation, operation and further development of the Model was assessed, and the principal requirements for the Model (PSE management system) to be an open, transparent and learning system were defined. The Model developed for DLHs within the framework of this dissertation meets all of the above requirements:

1. *Openness*. The main feature of an open organisation is its ability to adapt to changes in the surrounding environment, that is, to survive (to retain integrity – *equifinality*) and to function in the ever changing external environment. The openness of the Model is ensured on two levels: a) ability of the Model to respond and amortise changes in the external environment (this is ensured by Model block 1) (*external openness*) and b) close interaction between the three main structural components of the Model as part of the *cycle of observation, control of and feedback on Model operation and outcomes, including Model-related corrections and improvements*, which promotes internal cooperation and

information exchange between structural Model blocks (*internal openness*); this is very important in ensuring a harmonised functioning of all structural components of the Model (blocks) in the process of adapting to the changing external environment.

2. *Organisational learning and improvement.* Continuous learning from own and other's successes and mistakes provides the necessary preconditions for an organisation to foresee any changes in the environment and quickly react to them by ensuring organisational equifinality and resilience, i.e. the organisation's ability to not only retain or return to *normal functioning* (e.g. continue operating in a sustainable manner and assure safe provision of HC services) after facing changes in the external environment, but also continue with further development, look for new, more efficient and effective forms and methods of operating and organising activities, ensuring a *new functionality* for successful operation of the organisation under usual, changing and even unpredictable conditions. Special attention was devoted to ensuring this particular feature (learning, improvement) of the Model: a) Model block 1 ensures *external learning and improvement* of the Model and DLH by taking over and implementing modern scientific achievements and the best practice in PS and PSE management, i.e. by in advance, *proactively*, implementing organisational changes, introducing the necessary managerial-organisational, technological and other barriers to prevent threats and PSE risk, including any damage to patient health or life. Moreover, Model block 1 helps DLHs to both solve complex PS problems and implement systematic organisational changes by reforming respective structures, managerial and clinical processes; b) Model Blocks 2 and 3 ensure *internal learning and improvement* of the Model and DLHs (organisations): i) Model block 2 helps DLHs to ensure appropriate conditions at the DLH level to provide safe HCS as well as create the cultural and managerial-organisational climate for PS and PSE management through the integration of modern scientific knowledge and good practice into DLH's activities. Model block 2 has yet another important function which creates the necessary conditions for information (data) based internal learning – assessment and monitoring of key PS indicators at DLHs, giving recommendations and ensuring feedback; ii) Model block 3 helps ensure *internal learning* from DLH's successes and failures (practice) in the area of PS by ensuring further development of good practice (ensuring safe HCS provision) within the organisation, including reduction of the scope of unsafe practice (PSE) and related consequences and *proactive, reactive* and *retroactive* management of PSEs, including learning from them and preventing them.
3. *Internal and external transparency.* The concept of transparent organisational activities is actually a continuation of the concept of an open and learning organisation. The concept speaks both of *internal* and *external* openness in reacting to changes in the environment and organisational *transparency* which is based on open cooperation and active information exchange. Transparent organisations boast of *internal transparency* (staff know “everything” about the organisation) and *external transparency* (external institutions with which the organisation cooperates know “everything” about the organisation), i.e. the organisation becomes a “see-through” entity, it has no unnecessary secrets or other impediments to efficient cooperation with the stakeholders. Figure 8 presents a scheme for cooperation in the area of PS with other institutions and organisations which take part in ensuring PS (directly or indirectly) on the national level, including the national level AE management systems administered by them.

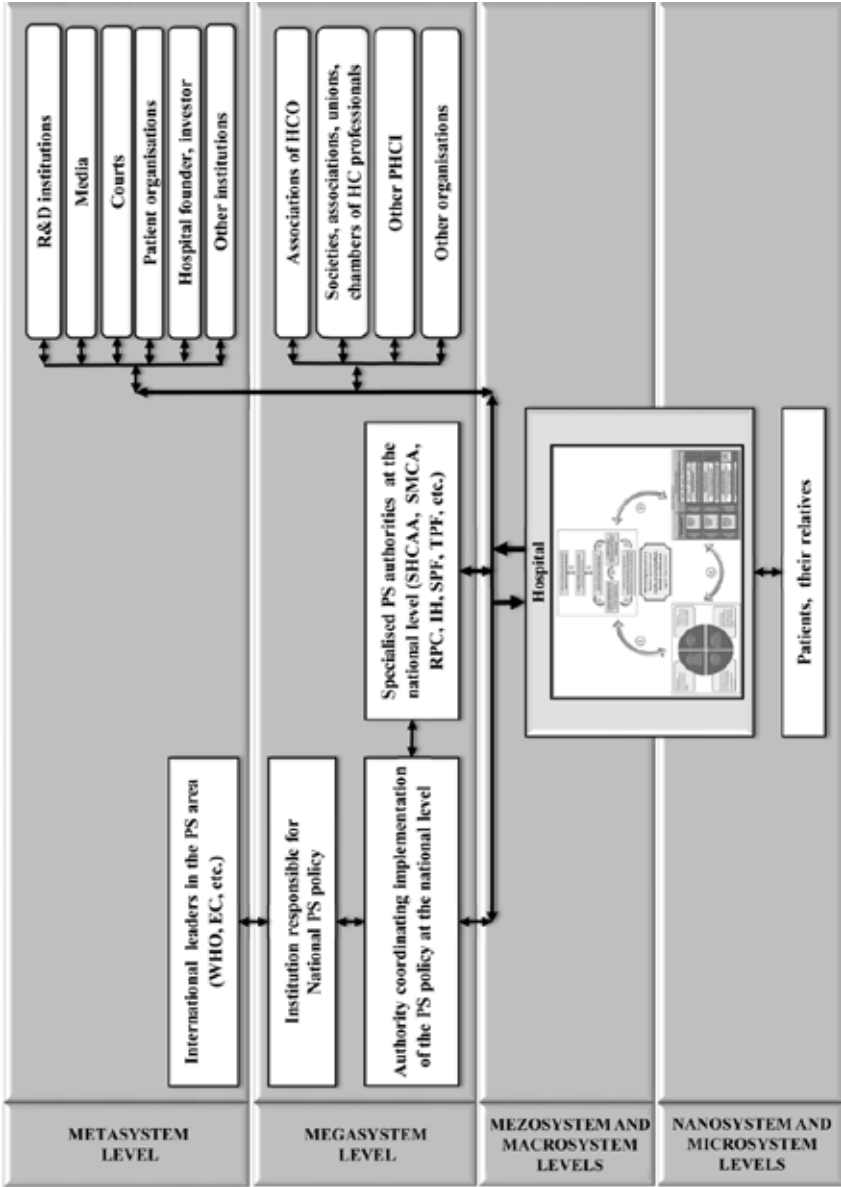


Figure 8. Model scheme for cooperation with external stakeholders in the area of patient safety
Source: prepared by the author.

Chapter 4 of Part 3 of the dissertation analyses the context in which the Model operates and assesses the importance of prevailing organisational models and public management models in terms of implementation, operation and further development of the Model. It has been established that the model of an indrawn bureaucratic organisation (with the “top-down” approach to decision-making and implementation, including problem hiding and search for and punishing of the guilty ones, etc.) is least favourable for the introduction and operation of the Model, while the most favourable for the Model is the model of a learning, open and transparent organisation (promoting open and transparent cooperation, information exchange, staff autonomy in identifying problems and decision-making, etc.).

In the process of assessing the public management context of the Model it has been established that the *Traditional Public Administration* (classical, hierarchical, bureaucratic) model is the least favourable for the operation of the Model and related cooperation with external institutions. Under this particular model vertical pathway of decision-making and implementation, including information exchange, prevails and organisations function under uncomplicated and hardly ever changing environment. However, DLHs are attributed to complex sociotechnical organisations functioning in a complicated and ever changing environment. Therefore, the *New Public Management* model is considered to be more favourable for the operation of the Model because it provides more opportunities to form flexible relations and cooperation system and ensures greater autonomy for organisations and their staff in decision-making aimed at achieving general organisational goals (including PS). However, this model is subject to a major side effect of the *principal-agent* problem which is mainly characteristic of the private sector. Therefore, the most favourable solution for the operation of the Model is the *New Public Governance* model, which emphasises the importance of public interest, public values, including openness and transparency in ensuring proper conditions for cooperating organisations to better understand each other’s needs and problems, be more flexible in adapting and solving them. This New Public Governance model is the most favourable for any model which introduces key features of an open, learning and transparent organisation, because it perceives problems as a source of learning and improvement (promotes open recognition, detection, reporting and examination of errors and PSEs), i.e. it is proactive (preventive) in its nature. Therefore, the managerial-organisational combination of the New Public Governance model and that of an open, learning and transparent organisation creates the most favourable preconditions for the implementation, operation and further development of the Model.

The final chapter of the dissertation titled “Implementation of the Model in hospitals and other PHCI” discusses various aspects related to the introduction, adaptation and implementation of the Model at DLHs and other PHCIs. The implementation of the Model will take place under conditions that will vary depending on the level on which a DLH or a PHCI operates, including the variety of services it provides, including their operational peculiarities, available resources, etc. Therefore, the Model that has been developed and is now presented within the framework of this dissertation is designed with the aim to ensure stable and sustainable functioning of a complex PSE management system and retaining the flexibility of the Model itself for the purpose of adapting it to any changes in the internal and external environment of a PHCI.

The issue of adapting the Model to the needs of a particular PHCI has been solved by forming an immanent and stable core component surrounded by a number of variable and

flexible peripheral components of the Model. The *core component* of the Model contains the structural parts of the Model which are necessary and compulsory in ensuring the operation of the Model irrespective of the specific nature of an institution or its operations. It is made up of the three Model blocks and the modules that they are made of: Model block 1 “Assuring and improving patient safety using general measures (international and national level)”; Model block 2 “Assuring and improving patient safety using special general measures (hospital level)”; and Model block 3 “Assuring and improving patient safety using special specific measures (hospital level)”.

The *variable periphery* of the Model is composed of lower level structural units of Modules i.e. *components* enabling the formation of respective sets of measures (tool kits) and operational methods: 1) safe operations: a) identification (see Module 1), b) review (see Module 2), c) implementation and development (see Module 3); 2) unsafe operations (PSE): a) identification (see Module 4), b) review (see Module 5), PSE prevention and response (see Module 6).

When preparing to implement the Model, the composition of the structural units (*components*) that make up the Model’s variable periphery is decided by assessing the specific nature, needs and possibilities of a particular DLH or PHCI. A preparatory procedure for the adaptation of the Model to the needs of particular DLH or PHCI composed of 5 stages was prepared: 1) building a system to identify and select data sources on PSEs; 2) building a system of prioritising response to PSEs; 3) developing a set of methods and measures to identify, examine, respond to and prevent PSEs; 4) training of staff to apply the methods and measures to identify, examine, respond to and prevent PSEs; 5) implementation of the Model’s managerial-organisational operations.

The Model developed within the framework of this dissertation is to fill in the existing gap in the interaction between local (DLH, other PHCI) and higher levels (national, international) of ensuring PS and help DLHs assure better safety of the services that they provide. Based on the Model, DLHs and other PHCI will be able to develop systems for comprehensive management of PSE that will be best suited for their needs, specific nature of their operations and possibilities. This Model forms a basis for the application of a holistic approach to PS in organising comprehensive PSE management at DLH level, which will have a positive impact on both PS situation at the level of an institution and contribute to the overall improvement of its operations. Having in mind the comprehensive sociotechnical nature of DLHs and other HC organisations, including their functioning in the ever changing and turbulent environment full of uncertainties, some changes to current threats, risks and PSEs, including the emergence of new ones, can be expected. This will result in additional challenges to the improvement and further development of the Model and related PSE management systems at DLHs and other PCHIs.

Conclusions

1. The research performed for the purpose of the dissertation confirmed the *1st defended statement* and revealed the following:
 - a) Insufficient effectiveness of the AERLS broadly implemented at the national and hospital levels and based only on the retroactive response to past AE;
 - b) The need to ensure an integrated PSE management at DLH based on the application of *retroactive, reactive and proactive* PSE management methods;

- c) The system for PSE management based on the Model will provide an opportunity to improve identification of PSE at DLH, reduce latency of PSE, and ensure a more accurate identification of the PSE level, structure, and factors, i.e. will ensure more effective PSE management.
2. The dissertation research confirmed the 2nd *defended statement* and revealed the following:
 - a) Insufficient effectiveness of the AERLS implemented at the national and hospital levels and based only on the *notification (registration)* of AE;
 - b) The need to ensure a uniform PSE management at DLH based on the application of *PSE identification, analysis, response and prevention* methods.
 3. The dissertation research confirmed the 3rd *defended statement* and revealed the following:
 - a) The PSE management system at DLH is closely linked with other business areas of an institution and integrated into the DLH structure, managerial/organisational and clinical processes via a comprehensive three-layer communication system;
 - b) The key factors, which are conduits in the impact of managerial/organisational and clinical processes on the PSE management system, are employee *aspirations and abilities* to implement PSE management measures at an institution. Deficiencies in the DLH management (organisation of operations) *adversely* affect the employee motivation (aspirations) and abilities to improve PS and this becomes a very important factor in the deterioration of PS. Conversely, positive changes in DLH management (organisation of operations) affect the employee motivation (aspirations) and abilities to improve PS positively.
 - c) Great effect, although minimally varied in strength, that the managerial/organisational and clinical processes have on *employee aspirations and abilities* to implement PSE management measures at DLH (and through these processes to affect the entire PSE management). In absence of the possibilities to differentiate the managerial/organisational and clinical processes according to the strength of their impact and to identify the prevailing processes in determining the employee *aspirations and abilities* to implement PSE management measures at the institution, the comprehensive (multi-faceted) PSE management approach becomes particularly important in ensuring the contingency (coherence) of the introduced PSE management system and the DLH system (managerial/organisational, clinical, etc.).
 4. The dissertation research confirmed the 4th *defended statement* and revealed the following:
 - a) Strong and multilateral links of the DLH and its PSE management system with other institutions and organisations, which have an impact on the operations of the DLH and forms the context for Model operation (environmental conditions). This brings the necessity of adaptation of the Model and the system of its links to organisations and institutions.
 - b) The mutual adaptation of both the Model and the system of its links with other organisations and institutions takes place in two directions: i) due to the adaptability of the Model, the *flexible periphery of the Model* adapts to the

characteristics of the context of the Model operations and changes of the context, thus ensuring permanence and stability of the *invariable nucleus of the Model* (guarantor of the PSE management system). To achieve this aim, the thesis proposes and substantiates division of the structural-functional elements of the Model into *invariable nucleus* and *variable periphery*, and also proposes and substantiates methods to ensure peripheral adaptation of the Model; ii) when the system of the links of the Model with other organisations and institutions, which shape the context of the Model operations, is in the process of adapting to the Model, favourable external conditions must be created for the Model to operate. The managerial/organisational combination of the New Public Governance Model and open, transparent, and learning organisation models is the most appropriate for the operation of the Model and for its cooperation with institutions and organisations, which are directly or indirectly involved in ensuring and improving PS at the DLH and national levels;

- c) The predominant Traditional (classic, bureaucratic, hierarchical) public management model of HC public administration and public services institutions is least favourable for the implementation of the Model, and modern New Public Management and New Public Governance models are most favourable for the implementation, operation and development of the Model. As a result, the success of the implementation of the Model will depend to a great extent on the dominating public management type at the institutions and organisations collaborating with the Model and the DLH. On the other hand, the implementation and successful operation of the Model through the network of mutual relations can promote the modernisation of the public management type of the said institutions and organisations.
5. Four defended statements supported by the findings of the dissertation research constitute the basis for supporting the *5th defended statement*, which confirms usefulness and appropriateness of the implementation of the proposed Model in the country's hospitals.
6. Based on all (1-5) confirmed defended statements of the dissertation, it can be said that the Model proposed to DLH and supported in the dissertation – which operates on the basis of the integration of *retroactive, reactive and proactive PSE management (identification, examination, response and prevention) methods (confirmed 1st and 2nd defended statements)*, is integrated in the DLH structures, managerial/organisational and clinical processes (*confirmed 3rd defended statement*), and functioning in harmony with the national PS and PSE management systems in the strong network of relations among the organisations involved in ensuring PS – where a favourable internal (DLH) and external (public administration, legal environment, etc.) environment is formed for its operation (*4th defended statement*) may radically improve PSE management at DLH and increase safety of services provided by them.
7. The *system of comprehensive management of PSE* developed and implemented on the basis of the Model will allow DLHs, depending on their specifics and experience in the area of PS and PSE management, to select, adapt and implement measures for PS assurance, improvement and PSE management recommended by *national and international PS movements* and to learn from their own and each other's experience of safe and unsafe practices.

8. The *system of comprehensive management of PSE* developed and implemented on the basis of the Model will allow DLHs to identify many more past, current and potential PSEs, their sources, and root (systemic) causes. This will subsequently allow selecting more targeted (more efficient and effective) PSE prevention measures and improve the DLH structures and processes. For this reason, it is likely that the Model will become not only an important tool for improving PS at DLH, but also an important management instrument of the institution – it will be an impetus of changes and progress in perfecting the managerial/organisational and clinical operations and improving the quality and safety of services.

Recommendations

Pursuant to the findings and conclusions of the dissertation research, the *generic* and *targeted* recommendations for the institutions of the main HC system levels, which participate in ensuring and improving PS, are addressed to: a) providers of HCS (DLHs and other PHCIs) (*HC macrosystem level*), b) national organisations and organisations at HC sector level involved in forming the PS framework and ensuring PS control and supervision in the HC sector (*HC metasystem and megasystem level*), (c) international PS institutions (*HC suprasystem level*).

Generic recommendations

1. When implementing PSE management systems at the national (country) or local (DLH, other PHCI) level, an important priority should be reorientation from the current fragmentation and unilateralism typical to these systems towards comprehensive management of PSE, which integrates *retroactive, reactive* and *proactive* PSE management (*identification, examination, response and prevention*) methods.
2. In order to ensure and improve PS it is recommended to the national level HC authorities and PHCI to grant strategic importance to the systems of comprehensive management of PSE at HC organisations developed on the basis of the Model proposed in the dissertation. When developing and implementing systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model, it is suggested to rely on the methodology developed and substantiated for Model implementation.
3. When implementing PSE management systems at the national (country) or local (DLH, other PHCI) level, the following is required in order to avoid their fragmentation and unilateralism: a) to consider *sociotechnical complexity* of the HC sector and its organisations, which requires a *systematic and comprehensive approach to PS and PSE management*; b) to *assess the context of implementation of these systems* – internal (PHCI) and external (HC sector) organisational/managerial, economic, legal, technological, social, and cultural environments; c) to provide favourable assumptions for the implementation, operation and development of these systems, and the most important of these assumptions have been revealed by the dissertation research: to overcome resistance of employees to innovation, to increase their interest in effective PSE management; to provide opportunities and conditions required for PSE management; to overcome fear of PSE reporting, to ensure anonymity and confidentiality; to ensure cooperation with national PS institutions, media and patients and to change their attitude to errors in HC.

4. When implementing systems for comprehensive management of PSE it is appropriate to rely on the system of concepts describing PS and various PSE management aspects, and their definitions examined and provided in the dissertation.
5. Implementation of systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model must take place at the national (country) or local (DLH, other PHCI) level in order to ensure harmonious and synergistic functioning of PSE management systems at these levels. When implementing the Model, it is necessary to ensure the contingency of the speed, scope, and methods of implementation and changes in the context of its operation (public management, legal environment, etc.). In order to ensure this compliance, it is recommended to rely on the methodological instructions provided in the dissertation, which reveal problems of compatibility between these levels and offer solutions. Implementation of systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model must take place incrementally, by way of evolution, having duly prepared for system changes, and by including the representatives of the main groups of the HC process (patients, medical professionals, managers, etc.) into the development of these systems.
6. In order to provide a suitable public management context for the Model to operate, it is appropriate to implement the *New Public Governance Model* in the public HC sector as the most favourable environment for the functioning of the model of systems aimed at comprehensive management of PSE.

Targeted recommendations

I. Recommendations to providers of HCS (DLHs and other PHCIs) (*HC macrosystem level*)

1. In order to ensure and improve PS at DLH *based on the Model proposed in the dissertation*, it is recommended to develop, implement and deploy *systems for comprehensive management of PSE* adapted to DLH needs and their specific operations, which are: a) *comprehensive* (combining lifelong learning from their own and each other's positive [safe] and negative [unsafe] experience in PS and PSE management; ensuring application and implementation of modern scientific and good practice achievements in the field of PS), b) *integrated* (ensuring retroactive, reactive and proactive PSE management and integration of methods), c) *uniform* (embracing uniformity of PSE management process and combining *PSE identification, analysis, response and prevention* components), d) *cooperating, functioning harmoniously and synergistically* (with other existing PS at DLH, PSE management systems, national authorities which carry out PS control and supervision, and national PSE management systems).
2. When developing and deploying PS management systems, it is recommended for DLH and other PHCI to rely on the following development and operational principles of the Model provided in the dissertation: integrity, comprehensiveness, contingency, openness, synergy, subsidiarity, etc.
3. When preparing for the implementation of the systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model provided in the dissertation, it is necessary to assess *challenges and problems* of their *integration* with other areas of DLH operations, structures, managerial/organisational and clinical processes

and to provide solutions; in order to achieve this objective, it is recommended to use methods and means proposed in the dissertation.

4. When implementing the systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model at the local (DLH) level, it is recommended to use the measures discussed and substantiated in the dissertation to ensure *coherent and coordinated operation* of these systems with PS and PSE management strategies, initiatives and measures recommended by international and national PS movements.
5. The system for comprehensive management of PSE developed and implemented at DLH on the basis of the Model developed and proposed in the dissertation must be given strategic initiative profile for PS assurance and improvement in a hospital ensuring management leadership and support and the necessary resources.

II. Recommendations to the national organisations and organisations at HC sector (HC megasystem and metasystem level)

1. In order to ensure efficient implementation and operation of the systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model provided in the dissertation, it is necessary to provide favourable *external environment conditions for these systems to be implemented, operate, be deployed and integrated* into the national PSE management systems (e.g. AERLS, etc.). To achieve this objective, the following essential changes of external environment revealed by this dissertation research are recommended: a) *changes in the legal environment* – to replace the model of the “burden of proof” of the harm to patient’s health based on the law of delict with the “redress without the burden of proof” model which is more broadly applied in various countries by adopting legal provisions protecting the person who has reported PSE against litigation and penalties (except for obvious cases of negligence, omissions and malicious intent); b) *changes in the PS culture* – a transition from the denial of PS problems, hiding AE, accusing medical staff, and penalty-based practices towards recognition of PS problems, open PSE disclosure, and learning from the mistakes and good practice, which is fair and open to safe examination of PSE and formation of the PS culture across the HC sector; c) *forming a different attitude of the public and the media towards errors in the health care sector and their management* – a transition from sporadic escalation of the negative consequences to the patient’s health or life caused by AE and resulting in “an act of justice” manifest in searching for a culprit, identifying and penalising it towards understanding the importance of identifying PSE and their systemic causes, and taking preventive measures and also importance of efforts of all groups of the public (patients, medical professionals, managers, media, etc.) in solving PS problems; d) *formation of a different attitude of the authorities at the national level which control and supervise HCS providers towards medical personnel who make errors, PHCI in which errors were made or damage was caused to the patient’s health* – by moving away from the practice of inefficient controls, inspections and sanctions towards monitoring, developing competences in the PSE management, and assuring systemic assistance in the PS areas of their competence by implementing the New Public Governance principles favourable to the Model; e) when developing and implementing the national PSE management systems, attention should be paid to

their *integration and cooperation* with the local (DLH, other PHCI) PS and PSE management systems.

2. When implementing the systems for comprehensive management of PSE developed on the basis of the Model, relying on the insights made in the dissertation, it is necessary to ensure methodological-organisational assistance to the DLH management, employees in charge of PS and PSE management and all personnel directly or indirectly involved in ensuring PS in the organisation. Methodological assistance and training in the field of PS and PSE management must: a) provide *knowledge* to employees about principles and methods of PS assurance and improvement at PHCI; b) form favourable *attitudes* of personnel of institutions to PSE management and to increase their *motivation* to participate in the implementation of the Model by adapting it to the specific operational conditions of the institution; c) improve staff *abilities*: i) to make systematic use of *retroactive, reactive and proactive PSE identification, examination and response* methods and tools; ii) to *integrate PSE management systems into the Hospital structures, managerial-organizational processes and clinical trials*, iii) to *initiate and manage change*, involve personnel thus reducing their resistance to change, addressing problems, etc., iv) to *integrate local (DLH level) PSE management systems into the national PS and PSE management systems*.
3. Based on the developed and prepared Model proposed in the dissertation, it is recommended to *grant strategic importance to the implementation and engagement of systems for comprehensive management of PSE at DLH and other organisations in HC quality and PS assurance and improvement programmes, other documents and to allocate the necessary support and resources for the implementation of these systems*.

III. Recommendations to the international PS authorities (HC suprasystem level)

1. In drafting international PS strategies, initiatives, recommendations or programmes, to pay more attention to the analysis of their practical implementation by ensuring consultancy, organisational and methodological support.
2. With a view of unifying definitions of identical objects and phenomena and ensuring comparability of research findings in the PS and PSE management area, it is appropriate: a) to harmonise concept definitions *by preparing a glossary of the terms related to PS*; b) to prepare *taxonomy* of errors (medical, nursing, pharmacological) and *PSE*.
3. To pay more attention to the coordination of the “Patient Safety II” concept (based on the concept of learning from positive [safe] rather than from negative [unsafe] experience) at the national (country) level, methodological management, and dissemination of practical implementation experience.
4. To initiate international dimension (cross-border) PS and PSE management initiatives promoting safe exchange of information between the national PSE management systems (AERLS, etc.) of the countries, enabling assumptions and opportunities for global learning both from positive and negative experience, and dissemination of best practices and improvement in the PS and PSE field.

SCIENTIFIC PUBLICATIONS

1. Paškevičius, L. (2016). Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymo ligoninėje vadybinis-organizacinis modelis (priimtas spaudai žurnale *Sveikatos politika ir valdymas*). [Comprehensive managerial-organisational model for patient safety event management at a hospital] (accepted for publication in the journal] *Sveikatos politika ir valdymas*).
2. Paškevičius, L. (2014). Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška [Search for a comprehensive approach to patient safety and risk management at health care organisations]. *Sveikatos politika ir valdymas*, 1 (6), 133–156.
3. Justickis, V., Bandzevičienė, R., Paškevičius, L., Božokienė, I. (2014). Gydytojo asmenybė ir gynybinės medicinos priemonių naudojimas [Personality of the physician and the use of tools of defensive medicine]. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2 (7), 171–190.
4. „Ernst & Young Baltic“, Paškevičius, L. et al. (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas*. [Development of adverse events registration, monitoring and prevention system model], Vilnius, 1–71.
5. „Ernst & Young Baltic“, Paškevičius L. et al. (2012). *Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą*, [Analysis regarding a possibility to develop a system for the registration of adverse events and treatment errors], Vilnius, 1–101.

CURRICULUM VITAE

Personal and contact information

Full name: **Laimutis Paškevičius**
Mobile phone: +370 698 49757
E-mail: laimutisp@gmail.com

Education

2000–2003 Extramural studies in Nordic School of Public Health (BRIMHEALTH), Göteborg, Sweden
2000–2002 Vilnius University International Business School, Master`s studies in Management and Business Administration (*CUM LAUDE*)
1990–1999 Vilnius University Faculty of Medicine (*CUM LAUDE*): 1990–1996 – speciality of Medicine, qualification of Physician acquired; 1996–1997 – initial residency, qualification of Medical Physician acquired, 1998–1999 – residency in Healthcare Administration and Organisation (secondary), qualification of Healthcare Administrator and Organiser acquired

Work experience

2004–to date UAB SK Impeks Medical Diagnostic Centre, Director, Chairman of the Board
2010–to date UAB Denticija, Member of the Board
2012–to date Lecturer, Public Health Science Institute, Vilnius University Faculty of Medicine
2011–2016 Doctoral Candidate, Institute of Political Science, Mykolas Romeris University Faculty of Politics and Management
2010–2012 Lecturer, Institute of Political Science, Mykolas Romeris University Faculty of Politics and Management
2002–2010 Lecturer, Lithuanian Institute of Public Administration
1997–2004 Ministry of Health, Advisor to the Minister for Health, Head of Health Environment Department, Head of Personnel Division, Head of Human Resources and Information Management Division, Head of Healthcare Resources Management Division, Senior Specialist of Personnel Division
1993–1996 Instrumentalist, Extra Surgery Room, Vilnius St. Jacob`s Hospital,
1996–1997 Senior Laboratory Technician, Pathomorphology Laboratory, State Institute of Experimental and Clinical Medicine

1999–2004	Project Expert, Open Society Fund Lithuania
1986–1987	Hospital attendant, Vilnius Polyclinics

Public activity experience

2008–2012	Member of the Board of the European Society for Quality in Healthcare (ESQH)
2006–to date	President of the Association of Lithuanian Private Health Care Organisations
2015–to date	President, Chairman of the Board of the Association of Lithuanian Clusters
2012–to date	President of the Lithuanian Medical Tourism Association
2013–to date	President of the Lithuanian Medical Tourism Cluster Association, Chairman of the Board of the Lithuanian Medical Tourism Cluster <i>LitCare</i>
2011–to date	Member of the Presidency of the Lithuanian Chamber of Tourism
2005–to date	Deputy Chairman of the Lithuanian Association for Quality in Healthcare
2009–to date	Deputy Chairman of the Board for Safety, Innovation and Quality Fund for Patients
2012–to date	Member of the Presidency of the Lithuanian Business Employers' Confederation
2012–to date	Member of the Presidency of the Lithuanian Business Confederation, Chairman of the Commission on Health Affairs
2008–to date	Public Expert of the Committee on Health Affairs of the Seimas of the Republic of Lithuania
2007–2012	Panel Member of the Ministry of Health
2013–to date	Council Member of the Association of Managers Physicians of Lithuania
2009–to date	Member of Vilnius Rotary Club

Improvement of qualification

Qualification improved during internships, seminars; presentations made in conferences in Belgium, Croatia, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Holland, Hungary, Iran, Latvia, Lithuania, Macedonia, Norway, Russia, Sweden, United Kingdom, USA.

Paškevičius, Laimutis

KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ VALDYMAS LIETUVOS LIGONINĖSE:

daktaro disertacija. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, 2017. 384 p.

Bibliogr. 258–280, 340, 380 p.

ISBN 978-9955-19-856-7 (internete)

ISBN 978-9955-19-857-4 (spausdintinis)

Pacientai kreipiasi į ligonines pagalbas, tačiau kas dešimtas jų patiria žalą jose įvykus nepageidaujamiems įvykiams. Disertacijoje iškelta ir išnagrinėta pacientų saugos įvykių valdymo ligoninėse problema, nustatyta, kad stokojama vadybinio-organizacinio mechanizmo, kurio pagrindu ligoninėse plėtojamos pacientų saugos įvykių valdymo sistemos efektyviai ir veiksmingai įgyvendintų geriausia patirtimi pagrįstas, tarptautiniu ir nacionaliniu lygmenimis rekomenduojamas pacientų saugos strategijas, programas, priemones.

Tyrimo tikslas – sukurti ir pagrįsti ligoninėms kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelį (Modelis). Pirmoje disertacijos dalyje nagrinėjama Modelio sukūrimo teorinė problematika, pateikiamos pacientų saugos judėjimo patirties pagrindu suformuotos pamatinės nuostatos Modeliui kurti. Antroje dalyje aptariama atliktų empirinių tyrimų (kiekybinio ir dviejų kokybinių) metodinė ir metodologinė problematika, jų organizavimas. Trečioje dalyje pateikiami tyrimų rezultatai, jų pagrindu sukonstruotas Modelis, apibūdinama jo struktūra ir funkcijos, nagrinėjamas jo veiklos kontekstas, adaptacijos iššūkiai. Remiantis tyrimų rezultatais, pateikiamos išvados ir rekomendacijos.

Patients contact hospitals for help, but every tenth of them incur damages as a result of adverse events. The dissertation raises and analyses the problem of patient safety event management at hospitals and defines the lack of managerial-organisational mechanism that forms the basis for efficient and effective patient safety event management systems at hospitals to implement patient safety strategies, programmes and measures based on best practice and international and national recommendations.

The aim of the research is to develop a model for comprehensive management of patient safety events (the Model) and substantiate its use at hospitals. Part One of the dissertation analyses the theoretical issues related to the development of the Model and introduces the key principles on the basis of which the Model was developed by taking into consideration the experience of patient safety movements. Part Two of the dissertation discusses the methodical and methodological issues arising from the performed empiric (quantitative and two-phase qualitative) research, including related organisational aspects. Part Three of the dissertation introduces the results of the research and the Model itself, including its composition, function, operational context and challenges in adaptation. Finally, research-based conclusions and recommendations are provided.

Laimutis Paškevičius

**KOMPLEKSINIS PACIENTŲ SAUGOS
ĮVYKIŲ VALDYMAS
LIETUVOS LIGONINĖSE**

Daktaro disertacija

Maketavo *Jelena Babachina*

Mykolo Romerio universitetas
Ateities g. 20, Vilnius
Puslapis internete www.mruni.eu
El. paštas: roffice@mruni.eu
Tiražas 20 egz.

2017 03 10. 24,0 spaudos l.
Spausdino UAB „Baltijos kopija“
Kareivių g. 13B, Vilnius
El. paštas: info@kopija.lt
www.kopija.lt

ISBN 978-9955-19-857-4

