

Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą

Indrė Šidlauskienė

Šiaulių valstybinė kolegija, asist.

Romualda Tverkienė

VšĮ Raseinių pirminės sveikatos priežiūros centras, vyriausioji slaugos administratorė

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

Klaipėdos universitetas

Anotacija

Straipsnyje išnagrinėti pacientų saugos teoriniai aspektai ir aktualijos sveikatos priežiūros įstaigose, teisinis pacientų saugos reglamentavimas ir pacientų saugos valdymas. Viename Kauno apskrities rajone atlikta 172 sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų ir slaugytojų) anketinė apklausa parodė, kad sveikatos priežiūros darbuotojų požiūris į pacientų saugą yra teigiamas. Specialistai aukščiausiais balais įvertino pasitenkinimą darbu ir darbo sąlygas. Mažiausiais balais įvertinta komandinio darbo aplinka, akcentuota, kad stresas specialistų darbe pasitaiko dažnai. Nustatyta, kad tirtose sveikatos priežiūros įstaigose skatinama saugi aplinka, personalui suteikiama galimybė aptarti pasitaikiusias klaidas, pasidalinti turima patirtimi, sudaromos galimybės mokytis iš klaidų. Sveikatos priežiūros specialistai didžiuojasi savo organizacija, yra patenkinti užimamomis pareigomis.

Reikšminiai žodžiai: pacientų sauga, sveikatos priežiūros specialistai, profesinės klaidos, požiūris į pacientų saugą

Įvadas

Tyrimo aktualumas. Pacientų sauga – sveikatos priežiūros įstaigos gebėjimas sėkmingai teikti saugias sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, užtikrinant kuo aukštesnę suplanuotų sėkmingų rezultatų lygį jai veikiant įprastomis ar kintančios aplinkos sąlygomis. Pirmą kartą pacientų saugos terminas paminėtas 1999 m. JAV, kai Amerikos medicinos asociacija išleido studiją „*Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas*“. Paskelbus minėtą studiją, ji iš karto sukėlė precedento neturintį rezonansą pacientų saugos srityje ne tik JAV, bet ir visame pasaulyje. Amerikiečių mokslininkai, 2010 m. atlikę retrospektyvinį tyrimą dešimtyje Šiaurės Karolinos ligoninių, nustatė, kad pacientų rizika sveikatos priežiūros įstaigose patirti žalą yra didelė [1]. Europos Sąjungos (toliau – ES) valstybėse narėse 2009 m. buvo paskelbta Europos Tarybos (toliau – ET) rekomendacija „Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės“, kurioje ES šalims pateiktos gairės pacientų saugai stiprinti. 2014 m. Europos Komisija (toliau – EK) parengė antrąją ataskaitą ET, kurioje buvo įvertinta ES valstybių situacija pacientų saugos srityje. Dokumente nurodoma, kad 2009 m., Europos Tarybos pateikta rekomendacija padidino informuotumą apie pacientų saugą ne tik politiniu lygmeniu. Paskatintos pradėti pokyčius, ES valstybės narės ėmėsi nepageidaujamų įvykių (toliau – NI) registravimo, mokymosi iš klaidų sistemų kūrimo, nacionalinių pacientų saugos strategijų ir programų plėtojimo [2].

Pasaulio sveikatos organizacija tik 2019 m. rugsėjo 17 d. paskelbė pirmąją Pasaulinę pacientų saugos dieną. Dienos šūkis buvo „*Kalbėk už paciento saugą*“. Kampanijos pagrindinis tikslas – sutelkti pacientus ir jų šeimas, sveikatos apsaugos darbuotojus, politikus, akademikus, tyrėjus, profesinius tinklus ir visą sveikatos priežiūros sistemą atkreipiant dėmesį į tai, kad pasaulyje kasmet įvyksta apie 134 mln. nepageidaujamų reiškių, o dėl nesaugios sveikatos priežiūros kasmet miršta 2,6 mln. žmonių [3]. Pacientų sauga kelia didžiulį susirūpinimą, todėl ji sveikatos priežiūros sistemoje yra viena iš prioritetinių sričių. Gyventojai tikisi, kad prireikus bus suteiktos saugios sveikatos priežiūros paslaugos. Įvykis, atsitikęs dėl sveikatos priežiūros organizavimo ir/ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų bei sukėlęs nepageidaujamus padarinius (nebūtinai žalą) paciento sveikatai ar gyvybei, įvardijamas kaip nepageidaujamas įvykis [1]. Nepageidaujamų įvykių didėjimas ir pasikartojimas sukelia ne tik socialinius, moralinius ar finansinius nuostolius pacientui, bet veikia ir visuomenės požiūrį į sveikatos priežiūros įstaigą, jos teikiamų paslaugų kokybę ir darbuotojų kompetenciją [4].

Europos Sąjungos asmens sveikatos priežiūros įstaigose gydomi pacientai, kasmet patiriantys nepageidaujamus įvykius, sudaro nuo 4 iki 17 procentų visų hospitalizuotų pacientų [4]. Dėl šios priežasties praktikų ir mokslininkų dėmesio vis daugiau sulaukia pacientų saugos užtikrinimas, kuris XXI a. įvardijamas kaip vienas svarbiausių sveikatos priežiūros iššūkių [1]. Problemos, susijusios su pacientų sauga, paliečia visas pasaulio šalis, neatsižvelgiant į jų išsivystymo lygį. Pagrindinė rizika padaryti medicininės klaidas kyla slaugytojams, kasdien atliekantiems daug įvairių ir sudėtingų užduočių, išsaugant paciento gyvybę bei organizuojant individualią priežiūrą [5]. Turkijos mokslininkės Birgili ir Sahin (2019) atkreipė dėmesį, kad padarytos medicininės klaidos lemia ilgesnį paciento gydymosi laiką, papildomas išlaidas, patiriamą emocinę žalą dėl naujų traumų ar gydymo komplikacijų [6].

Slaugytojai yra viena svarbiausių medicinos darbuotojų grupių [7]. Bendrosios praktikos slaugytojai, kaip ir visi kiti sveikatos priežiūros specialistai, privalo laikytis pacientų saugos principų ir užtikrinti saugią pacientų priežiūrą [8]. Slaugytojų rizika padaryti medicininės klaidas atsiranda dėl jiems tenkančių įvairių ir sudėtingų užduočių, kurias jie kasdien turi atlikti, kad išsaugotų ne tik paciento gyvybę, bet ir tinkamai organizuotą jo priežiūrą [5]. Nors pacientų saugos problemos yra žinomos, o daugybė iniciatyvų atnešė sėkmę gerinant pacientų saugos užtikrinimą gydymo įstaigose, tačiau vis dar lieka nemažai užduočių, skirtų pacientų saugumui gerinti, kurios buvo neatliktos ar atliktos nesėkmingai, tokiu būdu paliekant galimybę jas tobulinti. Kaip viena iš esminių priežasčių, kodėl taip sunku pagerinti pacientų saugos užtikrinimą yra ydinga sistema, kurioje asmenys linkę kaltinti vieni kitus ar net neigti sisteminių klaidų egzistavimą. Sisteminių klaidų neigimas lemia ne tik netinkamą pacientų saugos užtikrinimą gydymo įstaigose, bet veikia ir asmeninį klaidų valdymą [9]. Lietuvoje nepageidaujamų įvykių problema dažniausiai sprendžiama mažai veiksmingais būdais – nustatomas klaidą padaręs žmogus ir jis yra nubaudžiamas tiesiogiai, kaip kaltas asmuo. Pacientui dažniausiai atlyginama žala ir nesigilinama į tikrąsias tokių įvykių priežastis, nors tyrimai rodo, kad nepageidaujami įvykiai dažniausiai atsitinka dėl daugelio juos nulėmusių (vadybinių, organizacinių, klinikinių, sisteminių) priežasčių. NĮ nustatymas, registravimas ir mokymasis iš padarytų klaidų turi bendrus tikslus: NĮ prevencija ir siekis ugdyti pacientų saugos kultūrą, bendradarbiaujant, mokantis ir remiantis kitų šalių ar įstaigų turima sistemine praktika [10].

Tyrimo problematika. Medicinos klaidų paplitimas, apibūdintas Amerikos medicinos asociacijos pranešime (1999), atkreipė dėmesį ne tik į pacientų saugumą, bet ir būtinybę užkirsti kelią medikų daromoms klaidoms, kurios iki tol buvo manoma, kad įvyksta tik pavieniais atvejais [11]. Visame pasaulyje milijonai pacientų, patiriantys negalią, sužeidimus ar mirtį dėl medicininių klaidų, paskatino ne tik plačiai pripažinti pacientų saugos svarbą, įtraukti pacientų saugos užtikrinimą į strateginius medicinos įstaigų planus, bet ir atlikti tyrimus šioje srityje [12]. Lietuvoje pacientų saugos tematika kaip nagrinėjamas objektas pasirenkama vis dažniau, tačiau valstybiniame lygmenyje tyrimų trūksta. Galima rasti tik vieną, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) nacionaliniu lygmeniu atliktą pilotinį pacientų saugos kultūros tyrimą, kurio gauti duomenys nėra skelbiami [13].

Slaugytojas ir gydytojas, dirbantys komandoje, papildo vienas kitą siekdami geresnių paciento gydymo rezultatų. Nustatyta, kad, jei pacientai pastebi įtemptus santykius tarp medicinos personalo, tai daro neigiamą įtaką slaugos ir gydymo kokybei [14]. Geri medicinos personalo tarpusavio santykiai svarbūs, nes tada suteikiama geresnė paslauga pacientui ir didėja personalo pasitenkinimas darbu. Taip pat nustatyta, kad komandinis darbas gerina sveikatos specialistų ir pacientų gyvenimo kokybę [15].

Tyrimo tikslas: išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą vertinant komandinio darbo ir saugos aplinką, pasitenkinimą darbu, streso įtaką darbe, vadovybės požiūrį į saugą ir darbo sąlygas.

Tyrimo objektas: sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą.

Tyrimo metodai: 1) mokslinės literatūros analizė; 2) kiekybinis tyrimas – anketinė apklausa, atlikta vieno Kauno apskrities rajono viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose. Anketas užpildė 172 sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojai).

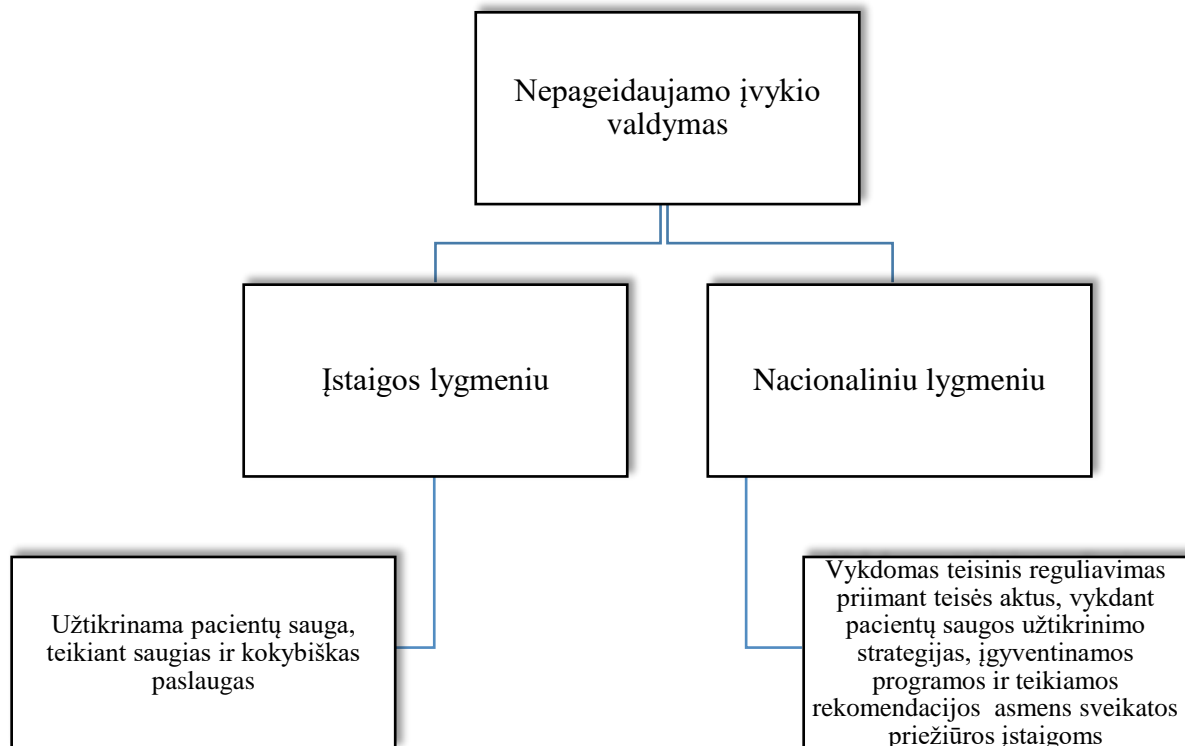
Teisinis pacientų saugos reglamentavimas ir pacientų saugos valdymas sveikatos priežiūros įstaigose

XX a. pabaigoje Lietuvoje pradėti formuoti pacientų saugos teisiniai pagrindai, naujai kuriamoms viešojo administravimo institucijoms buvo pavesta prižiūrėti ir kontroliuoti pacientų saugos sritis, vykdyti mokslinius tyrimus bei studijas, susijusias su pacientų sauga [1]. Pacientų sauga (toliau – PS) vertinama kaip svarbi kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemos problema, turinti didžiulę reikšmę pasauliniu mastu. Neabejojama, kad PS užtikrinimo aktualumą ir reikšmingumą veikia padidėjęs sergamumas ir mirtingumas, atsirandantis dėl medicinos klaidų [16]. Daugelio praėjusio amžiaus pabaigoje ir naujojo tūkstantmečio pradžioje atliktų tyrimų rezultatai patvirtino pacientų saugos užtikrinimo nesėkmes, kurios buvo susijusios su medicinos klaidomis [17]. Pasaulio sveikatos organizacija 2002 metais priėmė rezoliuciją, kurioje kreipdamasi į šalis nares ragino kurti mokslu grįstas sistemas tam, kad būtų gerinama pacientų saugos ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, nustatyti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodikliai, tobulinant pacientų saugą [18]. Lietuvos Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa kaip tik ir buvo sukurta šios rezoliucijos pagrindu. Programoje ypatingas dėmesys buvo skiriamas visos sveikatos priežiūros saugumui, pabrėžiant, kad saugi turi būti ne tik sveikatos priežiūra, bet ir aplinka, kurioje yra pacientas ir sveikatos priežiūros specialistas. Taip pat siekta įdiegti bendrą nepageidaujamų įvykių registravimo stebėsenos, prevencijos sistemą bei formuoti šiuolaikišką sveikatos priežiūros specialistų požiūrį ne tik į nepageidaujamus įvykius, bet ir jų valdymą [19].

2015 metais pasirodė Higienos instituto metodinės rekomendacijos, kuriose buvo pristatomas bandomasis „Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos“ modelis su rezultatais. Metodiniame leidinyje atkreipiamas dėmesys, kad Lietuvoje egzistuoja „bausmių kultūra“, kai įvykus nepageidaujamam įvykiui sveikatos priežiūros specialistas yra baudžiamas jį nušalinant nuo pareigų ar siunčiant į kvalifikacijos kėlimo kursus ir tokiu būdu parodant visuomenei, kad už padarytą klaidą buvo skirta bausmė [20]. Visuomenei būdingas gilus ir žalingas įprotis kaltinti konkrečias medicinos klaidas ir kaltinimus taikyti tik konkrečioms sveikatos priežiūros specialistams. Tačiau medikai yra neatsiejama ir būtina sveikatos priežiūros sistemos dalis. Sveikatos priežiūros specialistai taip pat veikia kaip komandos nariai ir sąveikauja su kitomis sistemos dalimis, todėl kaltinti konkretų vieną asmenį yra netikslinga [21].

Pasaulio pacientų saugos aljansas išleido leidinį „PSO rekomendacijų apie nepageidaujamų įvykių pranešimą ir mokymosi iš jų sistemos projektas. Nuo informacijos prie veiksmų“, kuriame buvo pateikta įvairių šalių, tokių kaip Čekija, Danija, Nyderlandai, Švedija ir kt., nacionalinės pranešimų apie klaidas sistemos, kuriomis siekiama pagerinti pacientų saugą. Higienos institutas išleistame metodiniame leidinyje nurodė, kad viena iš priemonių, padedančių gerinti pacientų saugos užtikrinimą įstaigose, yra ataskaitų teikimas, kuris pagrįstas savanoriškumo principu. Savanoriškas padarytos klaidos pripažinimas skatina tęstinumą, nes iš jų mokomasi ir siekiama pateikti prevencinius veiksmus, padėsiančius užkirsti kelią kitiems sveikatos priežiūros specialistams padaryti tokias pačias klaidas [20]. PSO publikuotame leidinyje rašoma, kad tik dalį nesėkmių ir nepageidaujamų įvykių lemia žmogiškasis faktorius, todėl, užuot ieškojus „kaltųjų“, būtinas sisteminis požiūris, kuris būtų orientuotas į pacientų saugą, kad visi dalyvaujantys sveikatos priežiūros procese ieškotų priežasčių ir ryšių bei mokytųsi iš klaidų [22].

Teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, klaidos ir nepageidaujamos pasekmės neišvengiamos, todėl sveikatos priežiūros įstaigos taiko atitinkamas priemones kylančioms rizikoms patirti, NĮ suvaldyti, sumažinti arba išvis pašalinti tokių įvykių pasekmes, teigiama Valstybinio audito ataskaitoje. Tinkamas nepageidaujamų įvykių valdymas yra vienas svarbiausių elementų siekiant užtikrinti pacientų saugą. Nepageidaujamų įvykių valdymas bendrąja prasme suprantamas kaip tam tikrų priemonių naudojimas siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [23]. Nepageidaujamų įvykių valdymo vykdymas galimas dviem lygmenimis, kurie kartu su pagrindiniais tikslais pavaizduoti 1 paveiksle.



1 pav. Nepageidaujamo įvykio valdymo vykdymo lygmenys ir pagrindiniai tikslai

Šaltinis: [23]

Dar prieš pradėdant kalbėti apie pacientų saugą, 1993 m. Didžiojoje Britanijoje buvo pavartotas pirmasis pacientų saugos kultūros apibrėžimas. Jame nurodoma, kad pacientų saugos kultūra apima individualių asmenų ir grupių vertybių, požiūrių, kompetencijų, elgesio modelių, darbo įgūdžių, įsipareigojimų sveikatos priežiūros įstaigose valdymą [24]. Organizacijos, turinčias tvirtą saugos kultūrą, apibūdina geri darbuotojų tarpusavio santykiai, abipusis pasitikėjimas ir bendras pacientų saugos svarbos bei prevencinių priemonių taikymo veiksmingumo suvokimas [25]. Pacientų saugos kultūra vaidina labai svarbų vaidmenį gerinant pacientų saugą sveikatos priežiūros įstaigose, todėl žinios apie pacientų saugos kultūrą tampa vis svarbesnės organizacijose, siekiančiose pagerinti pacientų sveikatos priežiūrą, padaryti ją kokybiškesnę. Pripažįstama, kad sveikatos priežiūros organizacijų saugos kultūros stiprinimas yra ypatingai svarbus, siekiant nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę [11]. Šią kultūrą puoselėjančiose įstaigose dirbantys darbuotojai žino, kad jų darbe gali pasitaikyti klaidų ir supranta, kad apie jas kalbėti bei ieškoti sprendimo būdų yra būtina [26].

Sveikatos priežiūros srityje nuolatos vykstantys spartūs medicinos mokslo, praktikos ir technologijų, informacinių technologijų plėtros pokyčiai daro sveikatos priežiūrą vis sudėtingesnę. Dėl šių priežasčių kylančių iššūkių išvengti neįmanoma, todėl ypatingai svarbus sveikatos priežiūros specialistų gebėjimas nebijoti imtis lyderio pozicijos, bendrauti tarpusavyje ir su visuomene bei gebėti užtikrinti bendradarbiavimą komandoje [27]. Viena iš pagrindinių pacientų teisių yra teisė gauti saugias sveikatos priežiūros paslaugas. Kad teikiamos paslaugos bus ne tik saugios, bet ir kokybiškos, užtikrinti privalo sveikatos priežiūros specialistas. Tačiau, analizuojant publikacijas pasauliniu mastu, matyti, kad nepageidajami įvykiai sveikatos priežiūroje yra pakankamai dažni ir sąlygoja didelius moralinius, psichologinius, socialinius ir ekonominius nuostolius [28].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidajamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ nepageidajamas įvykis apibrėžiamas kaip įvykis, reakcija, reiškinys, aplinkybė, veika, galėjusi sukelti ar sukėlusį nepageidajamą išėitį (rezultatą) pacientui [29]. Nepageidajami įvykiai sumažina paciento saugumo lygį, todėl sveikatos priežiūros įstaigos privalo teikti informaciją apie nepageidajamus įvykius, nurodytus šiame įsakyme. Minėtame teisės akte taip pat nurodoma nepageidajamų įvykių

registravimo tvarka, pagal kurią įstaigos privalo rinkti ir teikti informaciją apie NĮ bei užtikrinti jų registravimo procedūrų kontrolę. Šiame įsakyme nustatyta, kad privalomai registruojami tokie nepageidaujami įvykiai: susiję su medicinos prietaisų naudojimu, kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, vaistinių preparatų vartojimu, hospitalinėmis infekcijomis, radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis, audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu (transportavimu) ir transplantacija [29]. Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga, atsižvelgdama į darbo specifiką ir teikiamų paslaugų pobūdį, gali nuspręsti registruoti ir kitus specifinius nepageidaujamus įvykius, pvz., susijusius su chirurginėmis, diagnostinėmis bei gydomosiomis invazinėmis procedūromis, su pacientų priežiūra, susijusius su įstaigos aplinka (arba įvykusius gydymo įstaigos aplinkoje) [30].

Kaip teigiama Valstybinio audito ataskaitoje, tik 13 iš vertintų 28 sveikatos priežiūros įstaigų yra nusistačiusios registruoti kitus nepageidaujamus įvykius, kurie nėra įtraukti į sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą, o tai reiškia, kad gydymo įstaigos yra linkusios slėpti įstaigoje pasitaikančius nepageidaujamus rezultatus pacientui [23]. 2020 m. bendras užregistruotų NĮ skaičius siekė 3 042, t. y. 1,1 karto didesnis nei 2019 m. Daugiausia NĮ užregistruota ligoninėse – 2 722, ambulatorines paslaugas teikiančiose įstaigose 23 kartus mažiau – 130. Pusė stebėsenoje dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPI) (51,6 proc.) neužregistravo nei vieno NĮ. Ligoninėse bendras NĮ skaičius svyravo nuo 0 iki 1560, ambulatorines paslaugas teikiančiose įstaigose – nuo 0 iki 41. Daugiausia užregistruotų NĮ buvo susiję su pacientų priežiūra – net 1774. 2020 m. užregistruota 13 hospitalinių infekcijų, kurios sukėlė paciento mirtį. 2019 m. tokių įvykių nefiksuota [31].

1 lentelė

Užregistruotų NĮ skaičius pagal grupes

NĮ grupės kodas	NĮ grupės pavadinimas	NĮ skaičius
1.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su vaistinių preparatų vartojimu	71
2.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su kraujo ir jo komponentų transfuzija	24
3.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su medicinos prietaisų ir priemonių naudojimu	71
4.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos procesu ir pagalbiniu apvaisinimu	6
5.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų patirta avarine arba nenumatytąja apšvita	11
6.	Hospitalinė infekcija, kuri sukėlė paciento mirtį	13
7.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su chirurginėmis, diagnostinėmis bei gydomosiomis invazinėmis procedūromis	134
8.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų priežiūra	1774
9.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su paciento identifikavimo klaida (išskyrus 1 ir 5 grupės nepageidaujamus įvykius)	134
10.	Nepageidaujami įvykiai, susiję su pacientų elgesiu	246
11.	Kiti nepageidaujami įvykiai	554
	Nežinoma	4
	Iš viso	3042

Šaltinis: [31]

Analizuojant higienos instituto 2020 metų ataskaitoje pateiktas NĮ grupes, skirstomas į pogrupius, nustatyta, kad 1 grupės NĮ didžiausią dalį sudarė 1.5 pogrupio NĮ (kiti NĮ) – 85,9 proc. 14,0 proc. sudarė nepaskirto vaisto sulašinimas, suleidimas ar sugirdymas, vaisto neįvedimas ir neteisingai paskirta vaisto dozė (1.1, 1.3 ir 1.4 pogrupiai). Tarp 3 grupės NĮ, susijusių su medicinos prietaisų ir priemonių naudojimu, vyravo NĮ, susiję su aktyviais medicinos prietaisais (3.1 pogrupis) – 59,2 proc. 5 NĮ grupėje (NĮ, susiję su pacientų patirta avarine arba nenumatytąja apšvita) vyravo 5.2 pogrupio NĮ (kiti NĮ), kurie sudarė 72,2 proc. 27,8 proc. NĮ buvo susiję su paciento identifikavimo klaida ir priklausė 5.1 pogrupiui. 7 NĮ grupėje (NĮ, susiję su chirurginėmis, diagnostinėmis bei gydomosios invazinėmis procedūromis) dažniausiai registruotas mechaninis organų (įskaitant nervus ir

kraujagysles) pažeidimas chirurginių operacijų, intervencinių bei invazinių procedūrų metu – 35,1 proc. (7.3 pogrupis) ir kiti NĮ (7.6 pogrupis), kurie sudarė 56,0 proc. Fiksuota vieno paciento netikėta mirtis planinės operacijos metu ar po jos praėjus iki 24 val. (7.2 pogrupis). 8 NĮ grupėje, susijusioje su pacientų priežiūra, daugiausia užregistruota pragulų, atsiradusių hospitalizacijos metu (8.3 pogrupis) – 39,2 proc., kitų NĮ (8.4 pogrupis) – 29,9 proc. ir pacientų griuvimų (8.1 pogrupis) – 29,0 proc. 9 NĮ grupėje (NĮ, susiję su paciento identifikavimo klaida) vyravo NĮ identifikavimo klaidos, susijusios su laboratoriniais tyrimais – 81,3 proc. (9.1 pogrupis). 10 NĮ grupėje dažniausiai registruotas savavališkas paciento pašalinimas iš ASPĮ – 31,3 proc. (10.3 pogrupis) ir paciento agresyvus elgesys, sukėlęs savo ar / ir kitų pacientų sveikatos būklės sutrikdymą (10.2 pogrupis) – 19,5 proc. [31]. Visi šie įvykiai pakenkia pacientams ir jų šeimos nariams, tačiau taip pat didžiulį neigiamą poveikį turi ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams (gydytojams ir slaugytojams).

Mokslinių tyrimų skiriamas dėmesys NĮ sveikatos priežiūroje ne tik veiksmingai sumažino klaidų ir NĮ skaičių, bet jis taip pat padidino supratimą bei susidomėjimą apie svarbų reiškinį šioje situacijoje – „antrąją auką“ [32]. Iš pradžių terminas „antroji auka“ buvo sukurtas siekiant pabrėžti būtinybę suteikti pagalbą gydytojams po medicininės klaidos. Vėliau ši koncepcija buvo išplėsta ir apėmė visus „sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus, susijusius su nenumatytu nepageidaujamu paciento įvykiu, medicinine klaida ir (arba) paciento sužalojimu, kuris tampa auka, kai teikėjas patiria traumą dėl nepageidaujamo įvykio“ [33]. Dar 1973 m. Ashley rašė apie „slaugos galią“ ir nagrinėjo problemas bei iššūkius, su kuriais susiduria slaugytojai. Pagrindinės to meto problemos ir iššūkiai, su kuriais susiduria slaugytojai ir kurie galėjo lemti NĮ atsiradimą, buvo:

- Darbo ir poilsio režimo nebuvimas;
- Perdegimas;
- Slaugytojų darbo metu tenkančios atsakomybės ir atlyginimo neproporcingumas;
- Dideli sergančiųjų srautai ir slaugytojų stygius [34].

Praėjus beveik penkiems dešimtmečiams nuo Ashley (1973) nurodytų slaugytojams ypatingai aktualių problemų ir kylančių iššūkių, pastebima, kad tos problemos aktuales ir šiandien. Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairėse analizuojant esamą situaciją Lietuvoje teigiama, kad „slaugos kokybei ir pacientų saugumui užtikrinti įtakos turi nepalanki slaugytojų darbo ir kita socialinė aplinka: nepakankamas slaugytojų skaičius ir naujų darbo vietų trūkumas, dideli darbo krūviai, mažas darbo užmokestis, maža darbo vietų diferenciacija pagal slaugytojų įgytą išsilavinimą ir kompetencijas, neužtikrinta darbų sauga, žemas profesijos prestižas“ [35].

Remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktais duomenimis, galima daryti prielaidą, kad auganti nepageidaujamų įvykių skaičių gali lemti didėjantis darbo krūvis ir mažėjantis slaugytojų skaičius. Atkreiptinas dėmesys, kad dėl didelio darbo krūvio ir slaugytojo noro pacientams laiku suteikti reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas slaugytojai priversti skubėti. Dėl didelio darbo krūvio ir skubėjimo slaugytojai labai dažnai vienu metu atlieka kelis darbus, o tai ypač pavojinga, kai darbas reikalauja susikaupimo: pavyzdžiui, kai skirstomi, skiedžiami medikamentai, ruošiamos lašinės sistemos ar skaičiuojama, koks kiekis vaistų turi būti paskirtas pacientui. Naujalytė ir kt. (2019) savo darbe aprašė studiją, kurios metu buvo nustatyta, kad vidutiniškai nuo pradėto darbo slaugytojas atitraukiamas 6-14 kartų per valandą, o tai be abejonės turi didžiulę įtaką klaidų bei apsirikimų atsiradimui [36]. Naujausiuose moksliniuose šaltiniuose randama atliktų tyrimų rezultatų, kurie rodo, kad NĮ turi platesnių neigiamų padarinių, nei manyta anksčiau, ir tai daro didelę įtaką slaugytojų perdegimui slaugos skyriuose, ypač kai slaugytojai stipriai susitapatina su savo darbo grupe. Šis poveikis sumažėja, kai vadovai puoselėja saugų klimatą [37]. Nepageidaujami reiškiniai yra teigiamai susiję su sveikatos priežiūros specialistų perdegimu. Vis dėlto bendradarbių parama yra vienas šaltinis, kuris dažnai minimas kaip naudingas ir skatinantis teigiamą prisitaikymą, taip pat patvirtinamas poreikis kurti institucines paramos programas, kurios padėtų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjams atsitiesti po įvykio [37; 33]. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dažnai atsiliepia apie patiriamą didelę emocinę kančią ir pablogėjusią profesinę gyvenimo kokybę dėl nutikusios darbe klaidos ar NĮ. Be to, dėl teisinių sumetimų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai dažnai nėra tikri, kur kreiptis psichologinės pagalbos: „slaugytojai dažnai tyliai liudija apie klaidas ir jaudinasi dėl prieštaringo lojalumo pacientui, įstaigai ir komandoms“ [39].

Marmienė (2015) savo disertacijoje teigė, kad svarbu registruoti ir analizuoti įvykius, (ne)sukėlusius žalą pacientams tam, kad pagerėtų sveikatos priežiūros paslaugų kokybė. Siekiant kiek įmanoma sumažinti NĮ atsiradimą, ypač svarbus yra teigiamas darbuotojų požiūris į nepageidaujamų įvykių registravimą ir jų prevencinių priemonių taikymą [15]. Lenkijos mokslininkai, vertindami slaugytojų ir gydytojų požiūrį į veiksnius, susijusius su hospitalizuotų pacientų sauga, akcentavo, kad labai svarbu suprasti personalo požiūrį į aplinkybes, veikiančias pacientų saugą. Pacientų sauga gydymosi metu glaudžiai susijusi su sveikatos priežiūros specialistų atliekamais veiksmais [40]. Aukštas darbo saugos suvokimas, bendravimas ir bendradarbiavimas tarpdisciplininėje komandoje, organizacijos saugos kultūros vertinimas, problemų analizavimas ir sprendimas ne tik didina teikiamų paslaugų kokybę, bet ir užtikrina saugią aplinką sveikatos priežiūros specialistams ir pacientams.

Empirinio tyrimo metodika ir organizavimas

Šis tyrimas buvo atliktas 2020 m. kovo – rugpjūčio mėn. Kauno apskrities viename rajone, viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose. Remiantis viešai pateiktomis sveikatos priežiūros įstaigų vadovų metinėmis veiklos ataskaitomis, šio rajono viešosiose gydymo įstaigose dirbo 312 sveikatos priežiūros specialistų. Atsižvelgiant į populiacijos dydį, imtis buvo apskaičiuojama naudojantis Paniotto formule [48]. Tyrimo metu buvo išdalinta 200 anketų, grįžo 175, 3 buvo netinkamai užpildytos, tyrimo rezultatų analizei naudotos 172 (N=172) anketos.

Tyrimo tikslui įgyvendinti pasirinktas netikimybinės tikslinės imties atrankos būdas, t. y. pasirinkti respondentai, kurie dirba sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose daugiaprofilines paslaugas. Tiriamųjų grupę sudarė sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojai), kurie laisvu noru sutiko dalyvauti tyrime ir tyrimo metu buvo darbo vietoje. Apklausą sveikatos priežiūros įstaigose atliko įstaigos vadovo paskirtas darbuotojas, kurį tyrėjas supažindino su tyrimo tikslais ir gautų duomenų panaudojimu. Kiekviena anoniminė anketa respondentui buvo pateikiama su voku, į kurį buvo prašoma įdėti užpildytą klausimyną ir grąžinti atsakingam darbuotojui. Apklausa atlikta laikantis savanoriškumo, anonimiškumo, konfidencialumo bei lygiavertiškumo principų.

Teorinis tyrimo metodikos pagrindimas. Moksliniai tyrimai pacientų saugos tematika yra vykdomi keliomis kryptimis. Moksliniuose tyrimuose pacientų sauga vertinama analizuojant požiūrį į pacientų saugą [41; 42], akcentuojama komandinio darbo svarba pacientų saugai, tiriamos efektyvaus komandinio darbo prielaidos [14; 43; 44; 45].

Siekiant išanalizuoti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą, respondentams pateiktas iš dviejų dalių sudarytas klausimynas. Pirmąją klausimyno dalį sudarė demografiniai klausimai, kuriais tyrimo metu siekta išsiaiškinti papildomą informaciją, susijusią su respondентаis (pareigos, lytis, amžius, darbo stažas). Antrajai tyrimo daliai naudotas klausimynas požiūriui į pacientų saugą nustatyti (angl. *Safety attitudes questionnaire* - SAQ). Požiūrio į pacientų saugą klausimyną sudaro 32 teiginiai, suskirstyti į šešias pacientų saugos dimensijas: komandinio darbo aplinką, saugos aplinką, pasitenkinimą darbu, streso įtaką darbe, vadovybės požiūrį į saugą ir darbo aplinką.

2 lentelė

Požiūrio į saugą teiginių klasifikacija

Klausimyno dimensijos	Teiginiai
Komandinio darbo aplinka	Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti Nesutarimai klinikinėse situacijose yra sprendžiami tinkamai (t. y. ne tai, kas yra teisingas, bet tai, kas yra geriausia pacientui). Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo. Personalo lengva paklausti, jei kažko nežinau. Personalas dirba kartu kaip gerai suderinta komanda.

Saugos aplinka	Aš jausčiausi saugus, jei būčiau pacientas Klinikinėje srityje, kurioje dirbu, yra tinkamai tvarkomasi su medicinos klaidomis Aš žinau, kaip tinkamai spręsti klausimus, susijusius su pacientų sauga Aš gaunu atsiliepimų apie savo atliktą darbą. Darbe sunku aptarti pasitaikančias klaidas Mano kolegos skatina mane pranešti apie visus galimus pacientų saugos klausimus Darbo kultūra man leidžia lengvai mokytis iš kitų klaidų
Pasitenkinimas darbu	Man patinka mano darbas Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi Tai gera vieta dirbti Aš didžiuojuosi dirbdama (s) šioje klinikinėje srityje Moralė šioje klinikinėje srityje yra aukšta
Streso įtaka darbe	Kai mano darbo krūvis tampa per didelis, pablogėja darbo kokybė Kai pavargstu, aš esu mažiau naudinga (s) darbe Aš labiau linkusi (-ęs) daryti klaidas įtemptose situacijose Nuovargis blogina mano darbą skubių situacijų metu
Vadovybės požiūris į saugą	Administracija palaiko mano kasdienes pastangas Vadovybė sąmoningai nepažeidžia pacientų saugos Vadovybė atlieka savo darbą gerai Iškilusias darbuotojams problemas vadovybė sprendžia konstruktyviai Laiku gaunu tinkamą informaciją apie įvykius, kurie gali turėti įtakos mano darbui
Darbo sąlygos	Personalo skaičius šioje klinikinėje srityje yra pakankamas pacientų skaičiui patenkinti Šioje įstaigoje nauji darbuotojai tinkamai paruošiami darbui Visa man reikalinga informacija darbui yra prieinama Studentai yra tinkamai prižiūrimi

Klausimyne pateiktų teiginių vertinimui pasitelkta Likerto skalė: tiriamųjų prašoma įvertinti kiekvieną teiginį, pasirenkant reikšmę nuo „visiškai nesutinku“ (atitinka reikšmę „1“) iki „visiškai sutinku“ (atitinka reikšmę „5“). Suvedant duomenis į programą, atsakymai buvo koduojami: 1 – „visiškai nesutinku“, 2 – „nesutinku“, 3 – „nei sutinku, nei nesutinku“, 4 – „sutinku“, 5 – „visiškai sutinku“. Atliekant tyrimo duomenų analizę, respondentų atsakymai buvo sujungti: „visiškai nesutinku“ ir „nesutinku“ buvo laikoma neigiamu vertinimu, o „visiškai sutinku“ ir „sutinku“ buvo laikoma teigiamu vertinimu. Atliekant duomenų analizę, Likerto skalė buvo perkoduota į balus nuo 0 iki 100: 1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100. Teigiamas respondentų požiūris į atskirus elementus laikytinas tuomet, kai atsakymų balų suma yra lygi 75 arba daugiau; kai atsakymų balų suma mažesnė nei 75 balai, požiūris yra ne teigiamas.

Kintamųjų palyginimui skaičiuoti dažniai, vidurkis, standartinis nuokrypis (SD) ir 95 proc. pasikliautinieji intervalai (PI). Statistiškai reikšmingiems skirtumams tarp gydytojų ir slaugytojų požiūrio į pacientų saugą nustatyti taikytas chi-kvadrato (χ^2) kriterijus. Klausimyno skalių vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo skaičiuojamas Kronbacho alfa (Cronbach's alpha) koeficientas, kuris remiasi atskirų teiginių, sudarančių klausimyną, koreliacija, ir įvertina, ar visi teiginiai pakankamai atspindi tiriamąją problemą bei įgalina patikslinti reikiamų teiginių skaičių. Buvo remtasi tuo, jog kuo Kronbacho alfa koeficientas artimesnis vienetui, tuo teiginių, sudarančių klausimyną, vidinis nuoseklumas didesnis, kuris gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnis negu 0,70 (kai kurių autorių teigimu – už 0,6) [48]. Atskirų klausimyno skalių Kronbacho alfa koeficiento reikšmės pateiktos 3 lentelėje.

1 lentelė

Požiūrio į pacientų saugą klausimyno vidinio patikimumo vertinimas

Anketos skalės	Teiginių skaičius	Cronbach'o alpha koeficientas
Komandinio darbo aplinka	6	0,653
Saugos aplinka	7	0,682
Pasitenkinimas darbu	5	0,682
Streso įtaka darbe	4	0,789

Vadovybės požiūris į saugą	5	0,743
Darbo sąlygos	4	0,685
Bendras	32	0,827

Požiūrio į paciento saugą klausimyno patikimumo koeficientas siekia 0,827, o atskirų subskalių patikimumas svyruoja nuo 0,653 iki 0,789. Tokie rezultatai įrodo klausimyno vidinį suderinamumą ir tinkamumą naudoti moksliniuose tyrimuose.

Tiriamųjų imtis. Tyrime dalyvavo 172 sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojai, kurių demografinės charakteristikos pateiktos 4 lentelėje.

4 lentelė

Tiriamųjų bendrosios charakteristikos sujungus į grupes (N=172)

	Pareigos		Lytis		Amžius, metais			Darbo stažas sveikatos priežiūros įstaigoje (metais)		
	Gydytojai	Slaugytojai	Vyrai	Moterys	≤40	41-50	≥51	≤10	11-20	≥21
Absoliutus skaičius (n)	45	127	5	167	20	34	118	21	22	129
Skaičius procentais	26,2	73,8	2,9	97,1	11,6	19,8	68,6	12,2	12,8	75,0

Tiriamųjų kontingentą sudaro ketvirtadalis gydytojų ir trys ketvirtadaliai slaugytojų. Akivaizdžiai dominuoja moterys, todėl duomenų analizė pagal tiriamųjų lytį šiame tyrime nėra tikslinga. Du trečdaliai tiriamųjų yra vyresni nei 50 metų amžiaus, o trys ketvirtadaliai turi didesnę nei 21 metų darbo patirtį sveikatos priežiūros įstaigose.

Empirinio tyrimo rezultatai

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą. Rezultatai (5 lentelė) leidžia teigti, kad požiūris į pacientų saugą yra labiau teigiamas nei neigiamas: iš 6 pacientų saugos vertinimo dimensijų 4 buvo įvertintos teigiamai.

5 lentelė

Pacientų saugos dimensijų vertinimas (N=172)

Požiūrio į pacientų saugą dimensijos	Įverčių vidurkiai (balai, 95% PI)	SD
Komandinio darbo aplinka	74,37 (72,14-76,60)	14,82
Saugos aplinka	77,62 (75,67-79,56)	12,93
Pasitenkinimas darbu	84,65 (82,11-87,19)	16,88
Streso įtaka darbe	64,97 (60,89-69,05)	27,11
Vadovybės požiūris į saugą	79,13 (76,13-82,13)	19,92
Darbo sąlygos	84,27 (81,42-87,11)	18,89

Lentelėje pateikti duomenys leidžia teigti, kad sveikatos priežiūros specialistų nuomone pacientų saugą geriausiai užtikrina jų pasitenkinimas atliekamu darbu ir sudarytos palankios darbo sąlygos, o labiausiai apsunkina darbe patiriamas stresas bei nesutarimai dirbant komandoje. Pastarosios dvi dimensijos vertinamos neigiamai, nes atskirų skalių balų suma yra mažesnė nei 75.

Tyrimo taip pat siekta atskleisti, kaip skiriasi skirtingų profesijų – gydytojų ir slaugytojų požiūris į pacientų saugą. Saugos aplinkos, streso įtakos darbe, vadovybės požiūrio į saugą ir darbo sąlygų dimensijas gydytojai ir slaugytojai vertino panašiai. Statistiškai reikšmingai skyrėsi gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo aplinkos ir pasitenkinimo darbu dimensijų vertinimai (6 lentelė).

6 lentelė

Komandinio darbo aplinkos ir pasitenkinimo darbu dimensijų vertinimo skirtumai pagal tiriamųjų profesiją (N=172)

		Dimensijos vertinimas (n ir proc.)		Pearson Chi-Square patikimumo lygmuo
		Ne teigiamas	Teigiamas	
Komandinio darbo aplinka	Gydytojas	10 (22,2)	35 (77,8)	p<0,05
	Slaugytojas	52 (40,9)	75 (59,1)	
Pasitenkinimas darbu	Gydytojas	5 (11,1)	40 (88,9)	p<0,05
	Slaugytojas	37 (29,1)	90 (70,9)	

Pastaba: Teigiamas vertinimas – pacientų saugos įvertis ≥ 65 ; ne teigiamas – pacientų saugos įvertis < 65

Pateiktoje lentelėje matyti, kad komandinio darbo aplinką ir pasitenkinimą darbu pacientų saugos aspektu gydytojai vertina geriau nei slaugytojai. Siekiant išsiaiškinti, kodėl atsiranda tokie skirtumai, buvo palyginti kiekvieno dimensiją sudarančio teiginio vertinimai taikant Pearson chi kvadratu kriterijų. Gauti statistiškai reikšmingi ($p<0,05$) teiginių vertinimo skirtumai pateikiami 7 lentelėje.

7 lentelė

Komandinio darbo aplinkos ir pasitenkinimo darbu dimensijas sudarančių teiginių vertinimo skirtumai ($p<0,05$) pagal tiriamųjų pareigas (n ir proc.)

Teiginiai	Profesija	Teiginių vertinimas (N ir proc.)		
		Sutinku	Nežinau	Nesutinku
Komandinio darbo aplinkos dimensija				
<i>Mano darbo indėlis šioje įstaigoje yra vertinamas</i>	Gydytojai	28 (62,2)	12 (26,7)	5 (11,1)
	Slaugytojai	57 (44,9)	64 (50,4)	6 (4,7)
<i>Jei pastebiu paciento priežiūros problemą, darbe sunku apie tai kalbėti</i>	Gydytojai	37 (82,2)	2 (4,4)	6 (13,3)
	Slaugytojai	109 (85,8)	14 (11,1)	4 (3,1)
<i>Atliekant savo funkcijas darbe, turiu reikalingą palaikymą iš kito personalo</i>	Gydytojai	41 (91,1)	2 (4,4)	2 (4,4)
	Slaugytojai	83 (65,4)	22 (17,3)	20 (15,7)
<i>Personalo lengva paklausti, jei kažko nežinau</i>	Gydytojai	42 (93,3)	1 (2,2)	2 (4,4)
	Slaugytojai	109 (85,8)	-	18 (14,2)
Pasitenkinimo darbu dimensijos vertinimas				
<i>Man patinka mano darbas</i>	Gydytojai	43 (95,6)	1 (2,2)	1 (2,2)
	Slaugytojai	112 (88,2)	15 (11,8)	-
<i>Dirbti čia yra tarsi būti didelės šeimos dalimi</i>	Gydytojai	41 (91,1)	2 (4,4)	2 (4,4)
	Slaugytojai	92 (72,4)	19 (9,4)	23 (18,1)

Lentelėje matyti, kad gydytojai labiau nei slaugytojai save darbe jaučiasi komandos dalimi: jų darbo indėlis yra vertinamas, jiems lengviau paklausti bendradarbių, kai ko nors patys nežino ar kalbėtis apie pacientų priežiūros problemas, taip pat jie gauna daugiau palaikymo iš kito personalo. Be to, gydytojų pasitenkinimas darbu yra aukštesnis nei slaugytojų: jiems labiau patinka jų darbas ir dirbdami savo darbe jie jaučiasi lyg dirbtų didelėje šeimoje.

Rezultatų apibendrinimas

Pacientų sauga – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina nepageidaujamų įvykių, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą [15]. Todėl labai svarbu suprasti personalo požiūrį į aplinkybes, veikiančias pacientų saugą. Pacientų sauga gydymosi metu glaudžiai susijusi su sveikatos priežiūros specialistų atliekamais veiksmais [40]. Šio tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į pacientų saugą. Išanalizavus rezultatus nustatyta, kad požiūris į pacientų saugą yra labiau teigiamas nei neigiamas, nes iš 6 pacientų saugos vertinimo dimensijų 4 (pasitenkinimas darbu, darbo sąlygos, vadovybės požiūris į saugą, saugos aplinka) buvo įvertintos teigiamai. Sveikatos priežiūros specialistų nuomone, pacientų saugą geriausiai užtikrina jų pasitenkinimas atliekamu darbu (84,65 balai) ir sudarytos palankios darbo sąlygos (84,27 balai). Respondentų nuomone, labiausiai pacientų saugos užtikrinimą apsunkina darbe patiriamas stresas bei nesutarimai dirbant komandoje. Šios dvi dimensijos buvo vertinamos neigiamai, nes atskirų skalių balų suma buvo mažesnė nei 75. Panašius rezultatus pateikia ir kitų šalių mokslininkai, nagrinėjantys pacientų saugos temą. 2009 metais, naudojant požiūrio į

pacientų saugą klausimyną (angl. *Safety attitudes questionnaire* - SAQ), buvo atliktas tyrimas, kuriame dalyvavo penkiasdešimt keturi ligoninių skyriai (40 JAV ir 14 Šveicarijoje). Iš 10 JAV ir dviejų Šveicarijos ligoninių buvo gauta 1370 užpildytų apklausų. Atlikus tyrimą pastebėta, kad aukščiausiais balais buvo įvertintas pasitenkinimas darbu (77,6 balai), o žemiausiais balais – streso įtaka darbe (50,5 balai) [46]. Kitas tyrimas buvo atliktas Klaipėdoje. Jame dalyvavo 74 respondentai iš daugiaprofilines paslaugas teikiančių Klaipėdos miesto ligoninių. Atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad slaugytojai geriausiai vertino pasitenkinimą darbu, darbo sąlygas ir komandinio darbo aplinką, o mažiausiais balais buvo įvertintas vadovybės požiūris į pacientų saugą [42]. Slaugytojų požiūris į pacientų saugą bei jo ryšys su nelaimingais atsitikimais darbe, naudojant požiūrio į saugą klausimyną (SAQ), 2015 metais buvo tirtas ir Irane, Kermano medicinos mokslų universitete. Tyrime dalyvavo 244 respondentai. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad aukščiausiais balais įvertinta komandinio darbo, o žemiausiais – vadovybės požiūrio į pacientų saugą dimensijos [47]. Šio tyrimo metu taip pat buvo siekta atskleisti, kaip skiriasi skirtingų profesijų – gydytojų ir slaugytojų požiūris į pacientų saugą. Saugos aplinkos, streso įtakos darbe, vadovybės požiūrio į saugą ir darbo sąlygų dimensijas gydytojai ir slaugytojai vertino panašiai. Statistiškai reikšmingai skyrėsi gydytojų ir slaugytojų komandinio darbo aplinkos ir pasitenkinimo darbu dimensijų vertinimai.

Išvados

1. Tyrime dalyvavusių sveikatos priežiūros darbuotojų požiūris į pacientų saugą yra labiau teigiamas nei neigiamas: pacientų saugą geriausiai užtikrina gydytojų ir slaugytojų pasitenkinimas atliekamu darbu, vadovybės požiūris į pacientų saugą ir saugos aplinka, o labiausiai apsunkina darbe patiriamas stresas bei nesutarimai dirbant komandoje.
2. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į pacientų saugą sutampa daugeliu aspektų: vadovybės požiūrį į saugą, darbo sąlygas, saugos aplinką ir streso įtaką darbe šie sveikatos priežiūros specialistai vertina labai panašiai.
3. Sveikatos priežiūros specialistų požiūris į pacientų saugą išsiskiria vertinant komandinio darbo aplinką ir pasitenkinimą darbu pacientų saugos aspektu. Gydytojai labiau nei slaugytojai savo darbe jaučiasi komandos dalimi: jų darbo indėlis yra vertinamas, jiems lengviau paklausti bendradarbių, kai ko nors patys nežino ar kalbėtis apie pacientų priežiūros problemas, taip pat jie gauna daugiau palaikymo iš kito personalo. Be to, gydytojų pasitenkinimas darbu yra aukštesnis nei slaugytojų: jiems labiau patinka jų darbas ir dirbdami savo darbe jie jaučiasi lyg dirbtų didelėje šeimoje.

Literatūra

1. Paškevičius L. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. Daktaro disertacija. 2017.
2. Babinskas S, Kanapeckienė V. Nepageidaujamų įvykių valdymo patirtis užsienio šalyse. *Visuomenės sveikata*. 2019; 4(87):20–29.
3. Nerli RB, Ghagane SC. Patient safety. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research*. 2019; 12:187–188.
4. Zsifkovits J, Zuba M, Geißler W, Lepuschütz L, Pertl D, Kernstock EM, Ostermann H. Costs of unsafe care and costeffectiveness of patient safety programmes. *Health and food safety*. 2016; 19–62.
5. Yıldız D, Fidancı BE, Ünver V, Kılıç HS, Yava A, Tosun N. Views of Senior Nursing Students on Patient Safety. *Gulhane Medical Journal*. 2013; 55(4):269–75.
6. Birgili, F, Şahin, M. (2019). Determination of Nursing Students' Medical Errors. *International Journal of Nursing*. June 2019; 6(1):25–32.
7. Shohani M, Tavan H. Factors Affecting Medication Errors from the Perspective of Nursing Staff. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2018; 12(3):1–4.
8. Jang H, Lee NJ. Patient safety competency and educational needs of nursing educators in South Korea. *PLOS ONE*. 2017; 12(9):1–18.

9. Cooper A, Davies F, Edwards M, et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. *BMJ Open*. 2019; 9(4):1–11.
10. Rudaitis K, Kanapeckienė V. Nepageidaujamų įvykių nustatymo būdų asmens sveikatos priežiūros įstaigose apžvalga. *Visuomenės sveikata*. 2013; 3(62):10–14.
11. Kiaei ZM, Ziaee A, Mohebbifar R, Khoshtarkib H, Ghanati E, Ahmadzadeh A, Teymoori S, Khosravizadeh O, Zieaeheha M. Patient safety culture in teaching hospitals in Iran: assessment by the hospital survey on patient safety culture (HSOPSC). *Journal of Health Management & Informatics*. 2016; 3(2):51–56.
12. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1):104.
13. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos. *Pasaulio pacientų saugos aljansas*. 2019. <https://vaspvt.gov.lt/node/146> [žiūrėta 2021-12-01].
14. Barjere C, Ellis P. Changing attitudes among nurses and physicians: a step to ward collaboration. *Journal of Health Quality*. 2009; 24(3):9–15.
15. Marmienė L. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligininėse vertinimas. Daktaro disertacija. 2015.
16. Palteki T, Sur H, Yazıcı G, Simsek EE, Baktýr Y. Evaluation of the Patients' Attitudes and Behaviors Concerning Patient Safety. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2020; 31(1):69–74.
17. Palteki T. A multidimensional Approach to Clinical Quality. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2019; 30(4):362–369.
18. World Health Organization. Quality of care: patient safety 18 May 2002. The Fifty-fifth World Health Assembly: WHA55.18. Geneva: WHO; 2002.
19. Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/asr>
20. Higienos institutas. Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra lietuvių asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Metodinis leidinys. 2015. <https://ntb.lrv.lt/uploads/ntb/documents/files/biblioteka/N%C4%AE%20regsitravimas.pdf>
21. Wu AW, Busch IM. Patient safety: a new basic science for professional education. *GMS Journal for Medical Education*. 2019; 36(2):1–15.
22. Patient safety research: better knowledge for safer care. WHO, 2009.
23. Valstybinio audito ataskaita. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: Saugumas ir veiksmingumas. Aukščiausioji audito institucija. 2018; 4–55.
24. Brogienė D, Kisieliene I, Rudaitis K, Plentaitė A. Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Higienos institutas, 2015.
25. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018; 30(9):660–677.
26. Woodward S. Sevensteps to patient safety. The full reference guide. The National Patient Safety Agency, 2005.
27. Jankauskienė Ž, Kubilienė E, Juozulynas A, Stukas R. Veiksnių, formuojančių slaugytojų profesinę elgseną, analizė. *Medicinos teorija ir praktika*, 2009; 15(4):372–381.
28. 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: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V711. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.303764>
29. Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. Gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. Rugsėjo 11 d. įsakymas Nr. V-1001. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/37690d21b65f11e8aa33fe8f0fea665f>
30. Ribokienė N. Pacientų saugos klausimai tampa itin aktualūs. *Specializuotas „Lietuvos sveikata“ priedas. Pacientų sauga*, 2012; 3.
31. Higienos institutas. Nepageidaujami įvykiai: ataskaita. 2020. https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/VSTC%20IS/NI/2021/2020_m._NI_ataskaita.pdf

32. Kable A, Kelly B, Adams J. Effects of adverse events in health care on acute care nurses in an Australian context: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*. 2018; 20(2):238–46.
33. Winning AM, Merandi JM, Lewe D, Stepney LMC, Liao NN, Fortney CA, et al. The emotional impact of errors or adverse events on healthcare providers in the NICU: The protective role of coworker support. *Journal of advanced nursing*. 2018; 74(1):172–80.
34. Ashley J. Power in Nursing: some historical perspectives on current conflicts. *Nursing Outlook*. 1973; 10:637–641.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo“ 2016 m. vasario 10 d. Nr. V-222.
<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/f3e32e80d10211e59019a599c5cbd673>
36. Naujalytė R, Jasionytė G, Griškutė P, Jackutė G, Gudaitytė L, Gierasimovič Z. Slaugytojo vaidmuo užtikrinant vaistų saugą. *SLAUGA. Mokslas ir praktika*. 2019; 11(276):4–8.
37. Vogus TJ, Ramanujam R, Novikov Z, Venkataramani V, Tangirala S. Adverse Events and Burnout: The Moderating Effects of Workgroup Identification and Safety Climate. *Medical care*. 2020; 58(7):594–600.
38. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2015; 72(7):563–7.
39. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the health professions*. 2013; 36(2):135–62.
40. Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, et al. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. *PLoS ONE*. 2021; 16(12):1–13.
41. Marmienė L, Kalėdienė R, Kaselienė S, Vladičienė J. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinį darbą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. *Visuomenės sveikata*. 2015; 2(69): 48–55.
42. Kulevičiūtė L, Vasyliūtė I, Brasaitė I. Slaugytojų požiūris į pacientų saugą. *Sveikatos mokslai*. 2017; 27(6):195–199.
43. Paškevičius L. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir vadyba*. 2014; 1(6):133–156.
44. Šalkauskienė L, Vveinhardt J. Komandinio darbo ypatumai skirtingo tipo Lietuvos organizacijose. *Managment of Organizations: Systematic Research*. 2008; (48):139–51.
45. Brasaitė I. Health care professionals’ knowledge and attitudes regarding patient safety and skills for safe patient care. Academic Dissertation. *Acta Universitatis Tamperensis 2175*. 2016.
46. Schwendimann R, Zimmermann N, Küng K, Ausserhofer D, Sexton B. Variation in safety culture dimensions within and between US and Swiss Hospital Units: an exploratory study. *BMJ quality & safety*. 2013; 22(1):32–41.
47. Samaei SE, Raadabadi M., Khanjani N, Heravizadeh O, Hosseinabadi MH, Pirani S. Safety attitudes among nurses and its relation with occupational accidents: a questionnaire based survey. *International Journals of Occupational Hygiene* 2015; 7(4):177–186.
48. Pukėnas K. Kokybinių duomenų analizė SPSS programa. Mokomoji knyga. 2009.

The approach of healthcare professionals to patient safety

Indrė Šidlauskienė

Šiauliai State University of Applied Sciences, assistant

Romualda Tverkienė

Raseiniai Primary Health Care Center, chief nursing administrator

Prof. habil. dr. Nora Šiupšinskienė

Klaipėda University

Summary

Patient safety and ensuring it up until 1999 was perceived as part of health care rather than a separate object to ensure patient rights, but attitudes toward patient safety changed radically when the U.S.-based Medical Institute published a study, “To Err is Human: Building a Safer Health System”. This study, not only in the United States, but also worldwide, has generated unprecedented interest in patient safety, which has not previously been studied as a stand-alone area of independent and critical importance in the health care system [1].

World Health Organization announced 17th September, 2019 the first World Patient Safety Day. The motto of the day was "Talk for patient safety". The main goal of the campaign is to mobilize patients and their families, healthcare professionals, politicians, academics, researchers, professional networks and the healthcare industry, drawing attention to the fact that around 134 million adverse events happen each year around the world, and 2.6 million people die each year as a result of unsafe healthcare practices [31]. Patient safety is a major public health concern and one of the priorities in the healthcare system. People expect safe healthcare when needed, but statistics show that of all hospital admissions in the European Union each year, between 4% and 17% are due to adverse events. The increase and recurrence of adverse events not only causes social, moral or financial loss to the patient, but also affects public attitudes towards the healthcare facility, the quality of its services and the competence of its staff [1].

Patients admitted in health care facilities in the European Union make up between 4% and 17% of all hospital admissions. For this reason, ensuring patient safety is receiving increasing attention from practitioners and researchers, which has been identified as one of the key health care challenges in the 21st century. Problems with patient safety affect all parts of the world, regardless of their level of development. The main risk of medical error lies with nurses, who perform many different and complex tasks on a daily basis, saving the patient's life and organizing individual care [5]. General practitioners, like all other healthcare professionals, must adhere to the principles of patient safety and ensure the safe care of patients [8]. Although patient safety issues are known and many initiatives have been successful in improving patient safety in healthcare settings, there are still a number of challenges to improving patient safety that have not been completed or have been unsuccessful, leaving room for improvement. One of the main reasons why it is so difficult to improve patient safety is a flawed system in which individuals tend to blame each other or even deny the existence of systematic errors. Denial of systematic errors not only leads to inadequate patient safety in healthcare settings, but also affects personal error management [9]. In Lithuania, the problem of adverse events is usually solved in ineffective ways - the person who made the mistake is identified and he is directly punished as the guilty person. The patient is usually compensated, and it is not delved into the real causes of such events, although research shows that adverse events often occur for a variety of reasons (managerial, organizational, clinical, systemic). The identification, registration and learning from mistakes of adverse events have common objectives: to prevent and develop a culture of patient safety through collaboration, learning and systematic practice in other countries or institutions [10]. Proper management of adverse events is one of the key elements in ensuring patient safety [23].

Organizations with a strong safety culture are characterized by good staff relations, mutual trust and a common understanding of the importance of patient safety and the effectiveness of preventive measures [25]. Patient safety culture plays a very important role in improving patient safety in healthcare facilities, so knowledge of patient safety culture is becoming increasingly important in organizations seeking to improve and better the quality of patient healthcare. Strengthening the safety culture of healthcare organizations is recognized as crucial to the continuous improvement of the quality of healthcare [11]. Employees working in institutions that foster this culture are aware of the potential for mistakes in their work and understand the need to talk about them and find solutions [26].

Assessing the attitudes of nurses and physicians towards factors related to the safety of hospitalized patients, Polish researchers emphasized the importance of understanding staff attitudes toward patient safety. Patient safety during treatment is closely linked to the actions taken by healthcare professionals [40]. High awareness of occupational safety, communication and cooperation in an interdisciplinary team, assessment of the organization's safety culture, problem analysis and solution not only increase the quality of services provided, but also ensure a safe environment for healthcare professionals and patients.

The non-probabilistic target sampling method was chosen to implement the research goal, i.e., selected respondents who work in health care institutions providing multidisciplinary services. The study group consisted of health care professionals (physicians, nurses) who voluntarily agreed to participate in the study and were in the workplace during the study. The survey in the health care institutions was conducted by an employee appointed by the head of the institution, who was introduced to the purpose of the research and the use of the obtained data by the researcher. This study was conducted in March - August of 2020 in one district of Kaunas county, in institutions providing public health care services. The survey was conducted in accordance with the principles of voluntariness, anonymity, confidentiality and equivalence. According to the publicly available annual activity reports of the heads of health care institutions, 312 health care professionals worked in public medical institutions in this district. Depending on the size of the population, the sample was calculated using the Paniotto formula [48]. During the study, 200 questionnaires were distributed, 175 returned, 3 were incorrectly filled in, 172 (N = 172) questionnaires were used for the analysis of the study results.

In order to analyze the attitudes of healthcare professionals towards patient safety, a two-part questionnaire was provided to respondents. The first part of the questionnaire consisted of demographic questions, which sought to find out additional information related to the respondents (position, gender, age, seniority) during the survey. The second part of the study used a Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). The Patient Safety Attitudes Questionnaire consists of 32 questions divided into six dimensions of patient safety: team work environment, safety environment, job satisfaction, the impact of stress at work, and management attitudes toward safety and the work environment.

The study contingent consisted of a quarter of physicians and three-quarters of nurses. Due to the apparent dominance of women, analysis of the data by gender in the study was not appropriate. Two-thirds of the subjects are over the age of 50, and three-quarters have more than 21 years of work experience in health care facilities.

The analysis of the data obtained during the study showed that the attitude towards patient safety is more positive than negative, because out of 6 dimensions of patient safety assessment, 4 (job satisfaction, working conditions, management attitude towards safety, safety environment) were assessed positively. According to healthcare professionals, patients' safety is best ensured by their job satisfaction (84.65 points) and favourable working conditions (84.27 points). According to the respondents, ensuring the safety of patients is most complicated by the stress experienced at work and disagreements while working in a team. These two dimensions were assessed negatively because the sum of the individual scale scores was less than 75. Physicians' and nurses' attitudes toward patient safety overlap in many respects: management's attitudes toward safety, working conditions, safety environments, and the impact of stress at work are very similar. The approach of healthcare professionals to patient safety differs when assessing the teamwork environment and job satisfaction in terms of patient safety. Doctors feel more part of a team than nurses at work: their work input is valued, they find it easier to ask co-workers when they do not know something about themselves or talk about patient care issues, and they get more support from other staff. In addition, doctors' job satisfaction is higher than that of nurses: they prefer their job and feel like they are working in a large family.

Keywords: patient safety, healthcare professionals, professional errors, attitudes towards patient safety.