

NEPAGEIDAUTINI ĮVYKIAI SVEIKATOS PRIEŽIŪROJE: MEDIKŲ POŽIŪRIS Į JŲ REGISTRACIJĄ IR PRANEŠIMUS IŠVYSTYTOS INFRASTRUKTŪROS DAUGIAPROFILINĖSE LIGONINĖSE

VINSAS JANUŠONIS^{1,2}, GAIVILĖ KASAP¹

¹Klaipėdos universitetinė ligoninė, ²Klaipėdos universitetas

Raktažodžiai: sveikatos priežiūros kokybė, nepageidautini įvykiai, nepageidautinų įvykių pranešimai ir registracija.

Santrauka

Darbo tikslas – įvertinti medikų požiūrį į nepageidautinų įvykių pranešimus ir registraciją išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse Lietuvos ligoninėse. Apklausta 200 medikų (79 gydytojai ir 121 slaugytoja) iš trijų išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinių Lietuvos ligoninių (atsako dažnis 87 proc.). Tirtos gydytojų ir slaugytojų profesinės grupės pagal amžių, lytį, darbo profilį ir darbo stažą. Nustatyta, kad medikai iš esmės teigiamai vertina šalies sveikatos politiką gerinant sveikatos priežiūros kokybę, kokybės sistemų diegimą, nepageidautinų įvykių savanoriškus bei privalomus pranešimus ir registraciją.

Išvados

1. Požiūris determinuoja žmogaus elgseną, todėl medikų požiūrio į nepageidautinų įvykių registraciją ir pranešimus išsiaiškinimas bei vertinimas yra svarbus jų veiklos indikatorius.
2. Išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse šalies ligoninėse dirbančių medikų požiūriu sveikatos priežiūros kokybė yra svarbi jų veiklos sritis, o nepageidautini įvykiai veikia sveikatos priežiūros kokybę.
3. Medikai teigiamai vertina tiek privalomą, tiek savanorišką nepageidautinų įvykių registraciją ir pranešimus; didžiausi nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos trukdžiai – teisminių ieškinių grėsmė, baudžiamumas, neigiama kolegų nuomonė.
4. Medikų nuomone, labiausiai gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir mažinti nepageidautinų įvykių skaičių ligoninėse padėtų kokybės sistemų diegimas, privalomi nepageidautinų įvykių pranešimai ir registracija, sisteminė nepageidautinų įvykių analizė ir informacija, medikų ir pacientų apklausa, aukšta personalo kvalifikacija.

ĮVADAS

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybė ir rezultatai priklauso ne tik nuo medikų profesinės kompetencijos, bet ir nuo požiūrio į įvairius sveikatos priežiūros ir jos kokybės komponentus, kuris formuoja bei turi įtakos medikų profesinei elgsenai.

Požiūrio apibrėžimų, sąvokų yra daug [1,2]. Apibendrinus galima apibrėžti taip: požiūris tai objekto įvertinimas mąstymo procese ir fiksavimas atmintyje. Objektu gali būti daiktai, žmonės, idėjos, abstrakcijos.

Požiūrio formavimasis, struktūra ir jo pokyčio procesas sudaro požiūrio teorinės koncepcijos pagrindą [3,4].

Požiūrio struktūrizacijos ir funkcionavimo pagrindas – objekto įvertinimo asociacinio ryšio stiprumas, dualumas (teigiamas - neigiamas), tikėjimas (įsitikinimai), emocijos, funkcijos, genetika, asmenybinės charakteristikos ir vertė (rezultatas) [1].

Netgi besikeičiant objekto aplinkai, bendrai situacijai, atsiradus naujiems įrodymams požiūris neretai išlieka tas pats. Tai rodo, kad susiformavęs požiūris yra gana atsparus pokyčiams, gana stabilus. Požiūrio pokyčiai reikalauja daug laiko.

Kita vertus, tiriant žmonių požiūrį būtina įvertinti anonimiškumo užtikrinimą, anketos klausimų suformavimą, žmogaus norą atsakyti pozityviau (pažymėti „teisingą“ atsakymą). Taip pat būtina įvertinti tai, kad požiūrio keitimosi procese tam tikrą laiką atmintyje egzistuoja dualistinis momentas (teigiamas ir neigiamas požiūriai kartu), iš kurio vėliau susiformuoja naujas, pasikeitęs požiūris.

Požiūris per emocijas, jausmus (ką ir kaip žmogus mato, girdi, liečia ir uodžia) determinuoja žmogaus elgseną - keičiantis požiūriui, keičiasi ir jo elgsena. Žmogaus požiūrį bei jo pokyčius apsprendžia tikėjimo (įsitikinimų) tvirtumas bei gaunamos informacijos selekcija pagal tikėjimą (įsitikinimus) [5]. Todėl teigiamas požiūris į nepageidautinų įvykių įtaką sveikatos priežiūros kokybei bei į jų prevenciją yra labai svarbus jos rezultatams.

Bendrai medikų požiūrį apsprendžia šalies, profesinė bei organizacijos kultūra, organizacijos vadyba, struktūra, procesai, reguliavimo laipsnis.

Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje vaidina svarbų vaidmenį jos kokybės sistemose. Jie yra kokybės ir jos gerinimo žymuo, išreikštas kiekybiškai ir įgalinantis mokytis iš klaidų.

Nepageidautinas įvykis – tai didelis ar mažas klinikinis ar administracinis įvykis, apibrėžiamas kaip nepageidautinas ar vengtinas ateityje, kuris įvyko praktikoje, tačiau neturėjo įvykti ir kurio nebuvo galima numatyti [6].

LR SAM 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymu Nr.V-642 pateikiamas toks apibrėžimas: „Nepageidautinas įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą poveikį pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo nei dėl paties paciento ligos ar būklės“. Nepageidautino įvykio apibrėžimas ir jo supratimas, jų klasifikacija sąlygoja medikų požiūrį į jų pranešimus ir registraciją bei jų elgseną [7, 8].

Nors nepageidautinių įvykių apibrėžimų yra daug, tačiau dauguma autorių pripažįsta jų sisteminę prigimtį [9-11]. Todėl tik iš pirmo žvilgsnio aiški kiekvieno nepageidautino įvykio priežastis (konkreto žmogaus - konkretūs veiksmai), tačiau galutinis tokių įvykių vertinimo tikslas – sisteminė aplinka, sisteminės priežastys (visų pirma vadyba). Po priežastinės nepageidautinių įvykių analizės visada turi sekti sisteminė analizė, sisteminis vertinimas.

Daug nepageidautinių įvykių apibrėžimų ir jų sisteminę prigimtį parodo jų identifikavimo, analizės ir vertinimo sudėtingumą.

Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje tikrai yra nepageidautini, tačiau, kita vertus, klaida sunkiame, sudėtingame ir atsakingame medikų darbe yra normali darbo dalis [11,12].

Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūros sistemose ir organizacijose nagrinėjami įvairiais aspektais nuo jų sampratos ir suvokimo, prigimties ir priežasčių iki jų kaštų ir žalos, vertinimo ir prevencijos.

Medikai iš esmės neprieštarauja, kad pranešimai apie nepageidautinus įvykius ir jų registracija yra reikalingi ir naudingi, tačiau jų požiūris į tai yra skirtingas [13,14].

Pranešimai apie nepageidautinus įvykius ir jų registracija įgalina tobulinti organizacijos ir sistemos veiklą bei didinti pacientų, taip pat ir pačių medikų saugumą [15,11].

Pranešimai apie nepageidautinus įvykius ir jų registracija gali būti privalomi (tokia sistema daugiau suteikia informacijos apie sunkesnes pasekmes sukėlusius įvykius) ir savanoriška (tokia sistema įgalina daugiau sužinoti apie įvykius, kurie nesukėlė pasekmių pacientui ir organizacijai).

Privalomi pranešimai apie nepageidautinus įvykius ir jų registracija nukreipti daugiau į sveikatos priežiūros įstaigų atsakomybę už pacientų saugumą, o savanoriški – daugiau į

mokymąsi iš patirties, iš klaidų, orientuoti į pacientą [16-18].

Medikų (gydytojų ir slaugytojų) požiūrių į nepageidautinių įvykių pranešimus ir registraciją skirtingumą apsprendžia jo individualios savybės, sistema ir organizacija, darbo aplinkos sąlygojami santykiai su kolegomis, vadovais, pacientais, pranešimų ir registracijos savanoriškumo laipsnis. Tai susiję su konfidencialumu, informacijos sklaidos ribojimu, nebaudžiamumu, anonimiškumo galimybe, įvykusių nepageidaujamų įvykių atskleidžiamumo pacientams sistema.

Pagrindinės slaugytojų nepageidautinių įvykių nepranešimo priežastys – viešumo, licencijos praradimo baimė, įvykio įvertinimo sudėtingumas, įsitikinimas gera įvykio baigtimi ir pacientų skundai. Be to, daug įtakos turi procedūros, kultūra, socialinė kontrolė, darbo krūviai, tradicijos [19].

Medikų požiūris į formalius nepageidautinių įvykių pranešimus ir registraciją yra negatyvesnis, nei į neformalius (aptarimą su kolegomis, pranešimą vyresniajam gydytojui, sektoriaus vedėjui, vyresniajai slaugytojai), o turint galvoje negatyvaus medikų požiūrio tendencijas ir tai, kad daug nepageidautinių įvykių neregistruojama ir nepranešama [20-23] faktinis nepageidautinių įvykių skaičius sveikatos priežiūros įstaigose yra daug didesnis, nei oficialiai fiksuojamas.

Antai JAV ligoninėse nepranešama 50-96 proc. nepageidautinių įvykių [24]. Tai vertintina neigiamai, kadangi neturint informacijos sunku priimti sprendimus, kurie leistų sumažinti nepageidautinių įvykių skaičių sveikatos priežiūros organizacijose.

Darbo tikslas – įvertinti medikų požiūrį į nepageidautinių įvykių pranešimus ir registraciją išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse Lietuvos ligoninėse.

Šis tyrimas turi didelę praktinę reikšmę, panašių tyrimų šalyje yra nedaug.

TYRIMO APIMTIS IR METODAI

Tyrimas suplanuotas 2009 m.

2011 m. rugpjūčio – spalio mėnesį jis buvo vykdomas trijose išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse, kurios yra įdiegusios nepageidautinių įvykių pranešimų ir registracijos sistemas (Klaipėdos universitetinė ligoninė, Panevėžio respublikinė ligoninė ir Šiaulių respublikinė ligoninė).

Tyrimo populiacija – sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys medikai (gydytojai ir slaugytojai).

Tyrimo objektas – medikų požiūris į nepageidautinus įvykius išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse Lietuvos ligoninėse.

Tyrimo metodai – anoniminė anketinė apklausa, mokslinės literatūros analizė, statistinis duomenų grupavimas, lyginamoji analizė.

1 lentelė. Anketos klausimų apkrova analizuojamiems aspektams (faktorinė analizė)

Klausimai pagal aspektus	Apkrova (mr =1,0)
1 aspektas. Medikų požiūris į sveikatos priežiūros kokybę, nepageidautinų įvykių ir kokybės sąsajas (21,9 proc.)	
1.1. Ar, Jūsų nuomone, nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje svarbūs jos kokybei?	0,965
1.2. Ar Jūsų įstaigoje įdiegta kokybės vadybos sistema?	0,925
1.3. Kaip vertinate šalies sveikatos priežiūros politiką gerinant sveikatos priežiūros kokybę?	0,885
1.4. Ar Jūs asmeniškai susipažinęs su įstaigos kokybės vadybos sistema?	0,865
1.5. Ar Jūsų įstaigoje vykdoma sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa (SPKUP) 2005-2010 m.?	0,856
1.6. Ar, Jūsų manymu, SPKUP yra reikšminga ir reikalinga?	0,775
1.7. Ar, Jūsų nuomone, pagerės nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūroje (NISP) registracija ir pranešimai įgyvendinus SPKUP?	0,54
2 aspektas. Nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūroje pranešimų ir registracijos sklaida bei gylis (15,6 proc.)	
2.1. Ar Jūsų įstaigoje registruojami NISP, kurių registravimas yra numatytas teisės aktais?	0,98
2.2. Ar Jūsų įstaigoje pranešami NISP, kurių pranešimai numatyti teisės aktais?	0,85
2.3. Ar pranešama apie nenumatytus teisės aktais NISP įstaigos vadovybei?	0,825
2.4. Ar Jūsų įstaigoje registruojami kiti NISP, kurių registravimas nenumatytas teisės aktais?	0,825
2.5. Kokios priežastys Jūsų nuomone trukdo NISP pranešimams ir registracijai?	0,378
3 aspektas. Nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūroje pranešimų ir registracijos privalomumas (25 proc.)	
3.1. Ar Jūsų įstaigoje NISP registracija privaloma ?	0,89
3.2. Kaip Jūs vertinate privalomus pranešimus apie NISP?	0,88
3.3. Ar Jūsų įstaigoje NISP pranešimai privalomi?	0,875
3.4. Kaip Jūs vertinate privalomą NISP registraciją?	0,86
3.5. Kaip Jūs vertinate savanoriškų pranešimų apie NISP?	0,715
3.6. Kaip Jūs vertinate savanorišką NISP registraciją?	0,7
3.7. Ar, Jūsų nuomone, įdiegus savanorišką NISP registraciją ir pranešimus mažės NISP skaičius?	0,27
4 aspektas. Nepageidautinų įvykių pranešimų sveikatos priežiūroje ryšys su organizacijų veiklos vadyba (15,6 proc.)	
4.1. Ar Jūsų organizacijoje susirinkimų, konferencijų seminarų metu kalbama apie NISP?	0,96
4.2. Ar Jūsų organizacijoje vykdoma NISP sisteminė analizė bei vertinimas?	0,905
4.3. Kaip Jūs vertinate pranešimus apie kolegų NISP organizacijos vadovybei?	0,62
4.4. Kokia Jūsų organizacijos vadovybės reakcija gavus pranešimą apie NISP?	0,45
4.5. Kaip Jūs vertinate anoniminius NISP pranešimus organizacijos vadovybei?	0,42
5 aspektas. Nepageidautinų įvykių sveikatos priežiūroje prevencijos ir kokybės gerinimo galimybės (21,9 proc.)	
5.1. Ar medikų tobulinimasis sveikatos priežiūros kokybės vadybos srityse padėtų gerinti sveikatos priežiūros kokybę ?	0,96
5.2. Kokie veiksmai, Jūsų nuomone, padėtų gerinti sveikatos priežiūros kokybę?	0,91
5.3. Ar, Jūsų nuomone, pacientų apklausos padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę?	0,905
5.4. Ar, Jūsų nuomone, medikų apklausos padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę?	0,885
5.5. Ar, Jūsų nuomone, kokybės vadybos sistemų diegimas padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę?	0,865
5.6. Kokie veiksmai Jūsų organizacijoje labiausiai padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę?	0,469
5.7. Kas Jūsų organizacijoje labiausiai trukdo sveikatos priežiūros kokybės gerinimui?	0,238

2 lentelė. Bendroji tiriamųjų charakteristika.

Požymis	Gdytojai (n=79)	Slaugytojai (n=121)
Lytis		
vyras	30	4
moteris	49	117
Amžius		
20-29 m.	10	23
30-39 m.	11	33
40-49 m.	21	36
50-59 m.	25	23
60 ir > m.	12	6
Darbo profilis		
chirurgijos	19	21
vidaus ligų	27	36
akušerijos - ginekologijos	15	16
anestezijologijos - reanimatologijos	13	42
onkologijos	5	6
Darbo stažas		
iki 5 m.	16	18
5-9 m.	3	15
10-14 m.	15	24
15 ir > m.	45	64

Tyrimui atlikti naudota anoniminė anketa sudaryta autorių. Klausimynas sudarytas iš keturių pagrindinių dalių (demografinė ir socialinė padėtis, sveikatos priežiūros ko-

kybė, nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje, sveikatos priežiūros kokybės gerinimas ir nepageidautinų įvykių prevencija), jį sudaro 37 uždarų tipo klausimai. Klausimynas akcentuojamas į kelis susijusius apibendrintus aspektus [11,25] – medikų požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę, nepageidautinų įvykių ir kokybės sąsajas (1), nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos sklaidą bei gylį (2), nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos privalomumą (3), nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos ryšį su organizacijų veiklos vadyba (4), nepageidautinų įvykių prevencijos bei kokybės gerinimo galimybes (5) (1 lentelė).

Anketos buvo įteiktos dirbantiems medikams ir grąžintos užpildytos sekančią dieną.

Išdalinta 230 anketų, sugražintos užpildytos 200 anketų (atsako dažnis 87 proc.).

Pakankamas imties tūris – 185 (50).

Analizuotos gydytojų ir slaugytojų grupės pagal amžių, lytį, darbo profilį ir darbo stažą, t.y. pagal kriterijus, turinčius sąsajas su jų požiūriu

į nepageidautinų įvykių registraciją ir pranešimus.

Tiriamųjų bendroji charakteristika pateikta 2 lentelėje.

Respondentų imtis pakankama.

Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant „SPSS 19,0 for Windows“ ir „Microsoft Excel 2007“ programas. Statistinis duomenų reikšmingumas tikrintas pagal Pearsono χ^2 (chi - kvadrato) kriterijų, laisvės laipsnių skaičių (df) bei statistinį reikšmingumą (p). Duomenų skirtumas laikytas statistiškai reikšmingu kai $p < 0,05$ (statistinio pasikliautinumo lygmuo 95 proc.).

Straipsnis paruoštas G. Kasap magistro diplominio darbo (vadovas – prof. V.Janušonis) tyrimų pagrindu.

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Klysti yra žmogiška. Medikai, kaip ir kitų profesijų žmonės, taip pat klysta. Nepageidautini įvykiai, pacientų skundai, ieškiniai dėl jų yra sveikatos priežiūros sistemos dalis. Visuomenės, o ir pačių medikų lūkesčiai dirbti be klaidų yra norimas, siekiamas, tačiau nepasiekiamas tiks-

las. Nepageidautini įvykiai yra matoma tam tikrų klaidų (dažniau kažko nepadarant, nei darant) išraiška [26]. Mokymasis iš nepageidautinų įvykių (iš klaidų), jų analizė – esminis kokybės gerinimo aspektas. Turint galvoje, kad apie daugumą nepageidautinų įvykių nepranešama ir jie neregistruojami, medikų požiūris į nepageidautinų įvykių pranešimus ir registraciją ypač svarbus [27,11].

Jis priklauso nuo organizacijos kultūros, jos vadovų požiūrio, organizacijos nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos sistemos santykio su išorine aplinka, privalomumo laipsnio bei kitų priežasčių ir apsprendžia medikų elgseną.

Analizuojant medikų požiūrį į sveikatos priežiūros kokybę ir jos sąsajas su nepageidautiniais įvykiais, dauguma tiriamųjų (94,9 proc. gydytojų ir 95,9 proc. slaugytojų) teigė, kad jų įstaigoje vykdoma sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005-2010 m. [28]. Tik 4,5 proc. respondentų nebuvo girdėję apie tokią programą (visos moterys turinčios didesnę darbo stažą).

Tai, kad ši programa yra vykdoma tirtose organizacijose, nurodo ir tai, kad jose kreipiamas dėmesys į nepageidautinus įvykius, pranešimus apie juos ir registraciją.

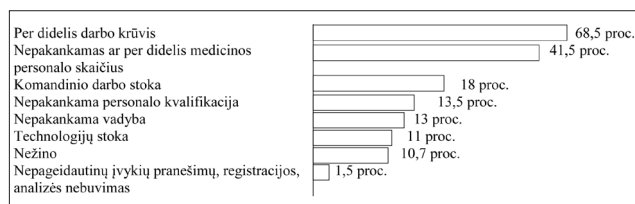
Dauguma tiriamųjų (91 proc.) manė, kad kokybės programa yra reikšminga ir reikalinga, 87 proc. tiriamųjų teigė, kad įgyvendinus kokybės programą nepageidautinų įvykių pranešimai ir registracija pagerės. Tik 4 proc. respondentų (5,1 proc. gydytojų, 3,3 proc. slaugytojų) manė, kad kokybės programos vykdymas neturės įtakos nepageidautinų įvykių pranešimams ir registracijai.

Analizuojant tiriamuosius pagal amžių gauti statistiškai reikšmingi skirtumai ($\chi^2=21,302$, $df=12$, $p<0,05$).

Dauguma taip teigusiu buvo 40-49 m. amžiaus, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą, dirbantys chirurgijos profilio skyriuose.

Nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos įtaką kokybės gerinimui, jų tiesiogines sąsajas nurodo ir eilė autorių [10,11].

Šalies sveikatos priežiūros politiką gerinant jos kokybę dauguma tiriamųjų (54,5 proc.) vertino patenkinamai, 26,5 proc. – gerai, 7,5 proc. – puikiai.



1 pav. Medikų požiūris į sveikatos priežiūros kokybės gerinimo trukdžius

Tačiau 11,5 proc. tiriamųjų sveikatos priežiūros politiką gerinant jos kokybę vertino blogai.

Statistiškai reikšmingi skirtumai gauti analizuojant tiriamuosius pagal amžių ($\chi^2=7,704$, $df=8$, $p<0,05$) ir darbo stažą ($\chi^2=24,840$, $df=9$, $p<0,005$).

Jaunesni ir mažesnę darbo stažą turintys respondentai šalies sveikatos priežiūros politikos kokybės gerinimą vertino palankiausiai.

Blogiau sveikatos priežiūros politiką vertino 50-59 m. amžiaus gydytojai, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą, dirbantys vidaus ligų ir anesteziologijos – reanimatologijos profilio skyriuose. Sveikatos priežiūros politika yra glaudžiai susijusi su sveikatos priežiūros organizacijomis ir vidine jų aplinka, taigi ir su jų kokybės sistemomis bei nepageidautinų įvykių pranešimais [7,10].

Daugumos respondentų (92,5 proc.) atsakymai leidžia teigti, kad visose tirtose įstaigose įdiegta kokybės vadybos sistema ir 86,5 proc. yra asmeniškai su ja susipažinę. Tai atitinka literatūros duomenis. C. Vincent ir kt. [10,29] nurodo, kad 93,4 proc. medikų žino, kad įdiegta nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos sistema jų įstaigose.

Iš 22 (11proc.) nesusipažinusių su kokybės vadybos sistema daugiausia gydytojų anesteziologų – reanimatologų ir anesteziščių, turinčių daugiau kaip 15 m. darbo stažą.

Literatūroje per dideli darbo krūviai taip pat įvardijami kaip vienas didžiausių kokybės gerinimo trukdžių. Tai ypač akcentuoja slaugytojos [29,11,30].

Dauguma respondentų (96,5 proc.) mano, kad nepageidautini įvykiai yra svarbūs sveikatos priežiūros kokybei.

Labiausiai gerinti sveikatos priežiūros kokybę, tiriamųjų nuomone, padeda aukšta personalo kvalifikacija (74 proc.), komandinis darbas (38 proc.), naujos technologijos (55 proc.), gera vadyba (42,5 proc.), mažiau – optimalus personalo skaičius (36 proc.), optimalus darbo krūvis (29,5 proc.) ir nepageidaujamų įvykių pranešimai, registracija ir analizė (23 proc.). Slaugytojos labiau nei gydytojai akcentavo komandinio darbo svarbą ($\chi^2=19,190$, $df=4$, $p<0,05$).

Pagrindiniais trukdžiais gerinti kokybę tiriamieji įvardijo per didelį darbo krūvį (68,5 proc.) ir nepakankamą ar per didelį personalo skaičių (41 proc.). Toliau seka komandinio darbo stoka (18 proc.), nepakankama personalo kvalifikacija (13,5 proc.), nepakankama vadyba (13 proc.), technologijų stoka (11 proc.) ir nepageidautinų įvykių pranešimų, registracijos ir analizės nebuvimas (1,5 proc.) (1 pav.).

Statistiškai reikšmingai nepakankamą personalo kvalifikaciją, nepakankamą vadybą, technologijų stoką labiau akcentavo gydytojai, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą, per didelį darbo krūvį ir komandinio darbo stoką – slaugytojos, turinčios daugiau kaip 15 m. darbo stažą.

Dauguma tiriamųjų (96,5 proc.) mano, kad nepageidau-

tini įvykiai yra svarbūs sveikatos priežiūros kokybei ir apie juos kalbama (96 proc.) įstaigos susirinkimų, seminarų, konferencijų metu.

Statistiškai reikšmingi skirtumai nustatyti analizuojant respondentus pagal darbo profilį ($\chi^2=22, 129, df=12, p<0,05$).

Nepageidautinų įvykių svarbą jos kokybei daugiau akcentuoja onkologijos ir vidaus ligų profilių medikai, mažiau – akušerijos - ginekologijos profilio.

Nepageidautinų įvykių įtaką sveikatos priežiūros kokybei, jų pranešimų ir registracijos sistemų įdiegimo svarbą akcentuoja daugelis autorių [31,32,11].

Jie nurodo, kad nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijų sistema vertingesnė ir efektyvesnė, nei medicininių dokumentų (ligos istorijos ir kt.) retrospektyvinė analizė.

Dauguma tiriamųjų (97 proc.) nurodė, kad jų įstaigoje registruojami nepageidaujami įvykiai, kurių registracija numatyta teisės aktais. Kad registruojami ir kiti nepageidaujami įvykiai nurodė 76,5 proc. tiriamųjų (23 proc. tiriamųjų to nežinojo). Nežinojusių gydytojų apie kitų įvykių registraciją buvo 19 proc., slaugytojų – 25,6 proc., dauguma jų – turintys 15 ir daugiau metų stažą. Apie nenumatytus teisės aktuose nepageidaujamus įvykius įstaigos vadovybei praneša 82,5 proc. tiriamųjų.

Lietuvoje, kaip ir daugelyje kitų šalių (JAV, JK ir kt.), apie dalį nepageidautinų įvykių (rimtų ar galinčių sukelti rimtas pasekmes) privaloma pranešti. Šiuo klausimu nuomonių spektras labai įvairus – vieni pasisako už privalomus pranešimus, ypač apie sukėlusius ar galinčius sukelti sunkias pasekmes pacientui nepageidautinus įvykius, kiti už savanoriškus, tačiau dauguma autorių sutinka, kad tik privaloma pranešimų ir registracijos sistema įtvirtina organizacijų ir medikų atsakomybę bei pranešimų svarbą sveikatos priežiūros kokybei [16,33,34].

Autoriai taip pat pažymi, kad privalomiems pranešimams ir prieinamumui prie jų analizės pritaria ir dauguma pacientų.

Dauguma tiriamųjų (89 proc.) nurodė, kad nepageidaujamų įvykių registracija įstaigoje yra privaloma, 4 proc. – kad savanoriška, 7 proc. – nežinojo. 87,5 proc. tiriamųjų nurodė, kad pranešimai apie nepageidaujamą įvykį yra privalomi, 3,5 proc. – kad savanoriški.

Dauguma tiriamųjų privalomus pranešimus apie nepageidaujamus įvykius (88 proc.) ir privalomąją registraciją (86 proc.) vertino teigiamai.

Taip pat dauguma tiriamųjų savanoriškus pranešimus apie nepageidautinus įvykius (71,5 proc.) ir savanorišką registraciją (70 proc.) vertino teigiamai.

Statistiškai reikšmingai ($\chi^2=6, 441, df=2, p<0,05$) nu-

statyta, kad savanorišką nepageidautinų įvykių registraciją daugiau teigiamai vertino gydytojai, nei slaugytojai.

Tai atitinka kitų mokslinių tyrimų rezultatus [35,13,14,36,37].

Tačiau dalis šių mokslininkų labiau vertina savanoriškus pranešimus – jie teikia daugiau informacijos apie medikų klaidas ir jų priežastis, nei privalomieji, tačiau šiems pranešimams trukdo baudžiamumo baimė.

Teigiama, kad dauguma privalomų pranešimų apie nepageidautinus įvykius ir jų registracijų sistema yra nukreipta išaiškinti kaltus asmenis ir organizacijas ir jas nubausti [38]. Todėl taikant vieną ar kitą sistemą turi būti aiškiai apibrėžta analizė, vertinimas ir atsakomybė.

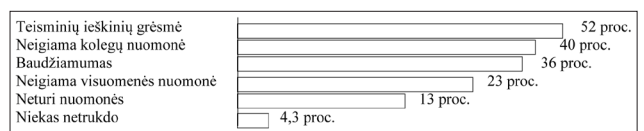
Beje, pacientų nuomone, kuri daugiau emocinė, subjektyvi, nepageidautinų įvykių pranešimai turėtų būti privalomi ir medikai už juos turėtų būti baudžiami [39].

Tačiau pranešant apie nepageidautinus įvykius labai svarbu, kad medikai žinotų jų apibrėžimą, klasifikaciją ir pranešimo algoritmą. Tyrimų duomenimis, beveik pusė (45,2 proc.) medikų nežino kaip pranešti ir 60,5 proc. – apie ką pranešti [36].

Pažymėtina, kad savanorišką registraciją neigiamai vertino 11,5 proc. tiriamųjų (privalomą – 2 proc.), taip pat ir savanoriškus pranešimus – 10 proc. (privalomus – 2 proc.). Savanoriškus pranešimus ir registraciją neigiamai vertino daugiau gydytojai, 40-49 metų amžiaus, dirbantys anesteziologijos – reanimatologijos skyriuose, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą. Savarankiškumas pranešant apie nepageidautiną įvykį gali būti neigiamai vertinamas kolegų ir bendradarbių, ypač įvairaus rango klinikinių vadovų. Kita vertus, esant savanoriškai pranešimų apie nepageidautinus įvykius ir jų registracijos sistemai, dėl įvairių priežasčių nepranešama apie didžiąją dalį įvykių. Pavyzdžiui, apie nepageidautinus įvykius, susijusius su vaistais, nepranešama iki 94 proc. įvykių [40].

Svarbiausiomis priežastimis, trukdančiomis pranešti apie nepageidautiną įvykį ir jį registruoti, respondentai įvardijo teisminių ieškinių grėsmę (52 proc.), neigiamą kolegų nuomonę (40 proc.), galimas bausmes (36 proc.), neigiamą visuomenės nuomonę (23 proc.) (2 pav.).

Statistiškai reikšmingai teisminių ieškinių grėsmę kaip didesnę trukdį nepageidautinų įvykių pranešimams ir registracijai įvardijo onkologijos ir anesteziologijos - reanima-



2 pav. Medikų požiūris į nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos trukdžius

tologijos profilių ir turintys iki 15 m. darbo stažą medikai.

Tai iš esmės atitinka literatūros duomenis apie nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos trukdžius, susietus su individu – baudžiamumo ir viešumo baimė, kaip pranešimų ir jų registracijos pasekmė [11,41-43].

Gydytojai labiau nei slaugytojos akcentavo neigiamą visuomenės nuomonę.

Būtent šios priežastys, ypač viešumo baimė sąlygoja tai, kad gydytojai apie nepageidaujamus įvykius praneša nenoriau ir vėliau nei slaugytojos [8,44-46].

4,3 proc. tiriamųjų nurodė, kad pranešti apie nepageidaujamą įvykį ir jį registruoti niekas netrukdo. 33,5 proc. tiriamųjų mano, kad įdiegus privalomus pranešimus apie nepageidautinus įvykius ir jų registraciją, nepageidautinų įvykių skaičius organizacijoje nepasikeistų. 29,5 proc. mano, kad padidėtų, 19 proc. – kad sumažėtų, 18 proc. – nežino kaip pasikeistų.

Didesnė dalis tiriamųjų (38,5 proc.) mano, kad įdiegus savanoriškus pranešimus apie nepageidaujamus įvykius ir jų registraciją nepageidaujamų įvykių skaičius nepasikeistų, 27 proc. – kad sumažėtų, 16,5 proc. – kad padidėtų, 18 proc. – nežino kaip pasikeistų.

Pranešimus apie kolegų nepageidautiną įvykį įstaigos vadovybei dauguma tiriamųjų (62 proc.) vertino teigiamai, 17,5 proc. – neigiamai, 20,5 proc. – nežinojo kaip vertinti.

Iš dalies tai susiję su bendra gydytojų ir slaugytojų atsakomybe dėl nepageidautinų įvykių. Gydytojai neretai deleguoja kai kurias funkcijas slaugytojams, duoda žodinius nurodymus ir tai kartais iškreipia įvykių diagnostiką ir neleidžia nustatyti jų priežasčių [11,8,34].

Anoniminius pranešimus apie nepageidaujamus įvykius įstaigos vadovybei 44,5 proc. respondentų vertino neigiamai, 42 proc. – teigiamai, 13,5 proc. nežinojo kaip vertinti. Neigiamai vertino daugiau 40-49 m. amžiaus gydytojai, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą.

Tai atitinka literatūros duomenis [41,32,47].

Dalis autorių [41,32] pažymi, kad esant atitinkamai pranešimų kultūrai, nemėginant išsiaiškinti anoniminių pranešimų autorių, tokie pranešimai gali skatinti nepageidautinų įvykių registracijos gerinimą. Anonimiškumas užtikrina konfidencialumą, o tik konfidencialios nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos sistemos skatina didinti pranešimų skaičių [48]. Kita vertus, anonimiškumas ir konfidencialumas negali užtikrinti pakankamos nepageidautinų įvykių identifikacijos, analizės, atskaitomybės ir atsakomybės [41,42,49].

Įtvirtinta įstatymais medikų saugumo dėl nepageidautinų įvykių ir jų nebaudžiamumo (išskyrus aplaidumą ir kitus panašius įvykius), konfidencialumo sistema organizacijoje daro anoniminius pranešimus neaktualius.

Kad gavus pranešimą apie nepageidaujamą įvykį įstaigos vadovybė reaguoja teigiamai nurodė 45 proc. tiriamųjų, neigiamai – 18 proc. tiriamųjų, nežinojo – 37 proc.

Kad nepageidaujami įvykiai reguliariai sistemiškai analizuojami bei vertinami nurodė 65,5 proc. tiriamųjų, kartais – 23 proc. tiriamųjų, nežinojo – 8 proc. 1,5 proc. tiriamųjų nurodė, kad tokia analizė ir vertinimas nevykdomi.

Dauguma tiriamųjų (86,5 proc.) nurodė, kad kokybės vadybos sistemų diegimas sveikatos priežiūros įstaigose pilnai ar iš dalies padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę. 90,5 proc. respondentų teigė, kad pacientų apklausos ir 88,5 proc. – kad medikų apklausos pilnai ar iš dalies padeda gerinti sveikatos priežiūros kokybę.

Medikų apklausas kritiškiau vertino gydytojai chirurgai, turintys daugiau kaip 15 m. darbo stažą. Respondentų nuomone, labiausiai sveikatos priežiūros kokybę padeda gerinti sisteminė nepageidaujamų įvykių analizė ir informacija apie juos (44,5 proc.), privalomi nepageidaujamų įvykių pranešimai ir registracija (31,5 proc.), mažiau – savanoriški nepageidaujamų įvykių pranešimai ir registracija (15 proc.). Jaunesnio amžiaus (20-29 m.) medikai labiau akcentuoja privalomus nepageidautinų įvykių pranešimus ir registraciją, vyresnio amžiaus (60 m. ir >) – savanoriškus pranešimus ir registraciją. 96 proc. respondentų mano, kad medikų tobulinimasis sveikatos priežiūros kokybės vadybos srityje padėtų gerinti sveikatos priežiūros kokybę (pilnai ar iš dalies).

IŠVADOS

1. Požiūris determinuoja žmogaus elgseną, todėl medikų požiūrio į nepageidautinų įvykių registraciją ir pranešimus išsiaiškinimas bei vertinimas yra svarbus jų veiklos indikatorius.

2. Išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse šalies ligoninėse dirbančių medikų požiūriu sveikatos priežiūros kokybė yra svarbi jų veiklos sritis, o nepageidautini įvykiai turi įtakos sveikatos priežiūros kokybei.

3. Medikai teigiamai vertina tiek privalomą, tiek savanorišką nepageidautinų įvykių registraciją ir pranešimus; didžiausi nepageidautinų įvykių pranešimų ir registracijos trukdžiai – teisminių ieškinių grėsmė, baudžiamumas, neigiamą kolegų nuomonę.

4. Medikų nuomone, labiausiai gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir mažinti nepageidautinų įvykių skaičių ligoninėse padėtų kokybės sistemų diegimas, privalomi nepageidautinų įvykių pranešimai ir registracija, sisteminė nepageidautinų įvykių analizė ir informacija.

Literatūra

1. Petty RE, Fazio RH, Brinol P., eds. Attitudes: Insights from the New Implicit Measures. New York: Psychol. Press; 2009.

2. Gawronski B, Payne BK., eds. *Handbook of Implicit Social Cognition : Measurement, Theory and Applications*. New York : Guilford; 2010.
3. Albarracín D, Johnson BT, Zanna MP., eds. *The Handbook of Attitudes*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2005.
4. Gawronski B, Bodenhausen GV. Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychol. Bull.*, 2006; 132: 692-731.
5. Maio GR, Haddock G. *The Psychology of Attitudes and Attitude Change*. Los Angeles, CA: Sage; 2009.
6. Dovey SM, Philips RL. What should we report to medical error reporting systems ? *Quality and Safety in Health Care*, 2004; 13: 322-323.
7. Parker LE, Kirchner JE, Bonner LM., et al. Creating a quality – improvement dialogue: utilizing knowledge from frontline staff, managers, and experts to foster health care quality improvement. *Qualitative Health Research*, 2009; 19: 229-242.
8. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *MJA*, 2004; 181: 36-39.
9. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*, 2000; 320: 771-773.
10. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med*, 2003; 348: 1051-1056.
11. Janušonis V. Rizikos valdymas sveikatos priežiūros organizacijose. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė, 2005.
12. Wilson AR, Fobri PJ., Wolfson J. *Human Error and Patient Safety: Interdisciplinary Course. Teaching and Learning in Medicine*, 2012; 24: 18-25.
13. Irvine D. *The doctors' tale: professionalism and public trust*. Oxford: Radcliffe Medical Trust; 2003.
14. Sorensen L, Jedema R, Piper D., et al. Health care professional's views of implementing a policy of open disclosure et errors. *J Health Serv Res Policy*, 2008; 13: 227-232.
15. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Geneva: WHO; 2005
16. Leape LL. Reporting of Adverse Events *N Engl J Med*, 2002; 347: 1633-1638.
17. Wood KE, Nash DB. Mandatory state based error – reporting systems: Current and future prospects. *Am J Med Qual.*, 2005; 20: 297-303.
18. Walton MM. Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2006; 15: 229-230.
19. Moutzoglou A. Factor impeding nurses from reporting adverse events. *Journal of Nursing Management*, 2010; 18: 542-547.
20. Schectman JM, Plews-Ogan ML. Physician perception of hospital safety and barriers to incident reporting. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety*, 2006; 32: 337-343.
21. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A. et al. Sensivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ*, 2007; 334: 79-81.
22. Uribe CL, Schweikhart SB, Pathak DS, Marsh GB. Perceived barriers to medical – error reporting: An exploratory investigation. *Journal of Health Care Management*, 2002; 47: 263-279.
23. Nuckols TK, Bell DS, Liu H., et al. Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 2007; 16: 164-168.
24. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non – medical near miss reporting system. *BMJ*, 2000; 320: 759-763.
25. Janušonis V. Sveikatos priežiūra: vadyba ir kokybė. Klaipėda: S. Jokužio leidykla – spaustuvė, 2010.
26. Siddins M. Audits, errors and the misplace of clinical indicators: revisiting the Quality in Australian Health Care Study. *ANZ J Surg*, 2002; 72: 832-834.
27. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a health care system. *Quality and Safety in Health Care*, 2002; 11: 15-18.
28. LR SAM 2004-09-14 įsakymas Nr.V-642 “Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo”. *Valskybės žinios*, 2004; 144-5268.
29. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for no reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1999; 5:13-21.
30. Lillis S, Lord H, Ward D. Implementing incident management – reservations of practice staff. *NZFP*, 2008; 35: 253-256.
31. Neale G, Woloshynowych M. Retrospective Case record review: a blunt instrument that needs sharpening. *Quality and Safety in Health Care*, 2003; 12: 2-3.
32. Evans SM, Berry JG, Smith BJ., et al. Anonymity or transparency in reporting of medical error: a community – based survey in South Australia. *Med J Aust*, 2004; 180: 577-580.
33. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M. et al. Patient Safety: Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*, 2002; 347: 1933-1940.
34. Hamilton – Escoto KH, Karsh B, Beasley J W. Multiple user considerations and their implications in medical error reporting system design. *Human Factors*, 2006; 48: 48-58.
35. O'Leary DS. *Organizational evaluation and Culture of safety. Proceedings of enhancing patient safety and reducing errors in health care*. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999.
36. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ., et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety. *Archives of Internal Medicine*, 2008; 168: 40-46.
37. Garbutt J, Browntein DR, Klein EJ., et al. Reporting and Disclosing Medical Errors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2007; 161: 179-185.
38. Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary: *BMJ*, 2000; 320: 728-729.
39. Guljaro PM, Andres JMA, Mira JJ, Aibar C. Adverse events in hospitals : the patient's point of view. *Quality and Safety in Health Care*, 2010; 19: 144-147.
40. Johnson CW. *A hand book of accident and incident reporting*. London: Springer Verlag; 2003.
41. Jeffe DB, Dunagan WC, Garbutt J., et al. Using focus groups to understand Physicians' and Nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2004; 30: 471-479.
42. Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DJ., eds. *Advances in patient safety: from research to implementation*. Vol. 1-3. Rockville MD: Agency for Health care Research and Quality; 2005.
43. Baba – Akbari S.A., Sheldon T.A., Cracknell A., et al. (2007). Extent, nature and consequences of adverse events: results of retrospective case note review in a large NHS hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 2007; 16: 434-439.
44. Evans SM, Berry JG, Smith BJ. et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, 2006; 15: 39-43.
45. Westbrook MT, Braithwaite J, Travaglia JF., et al. Promoting safety: varied reactions of doctors, nurses and allied health professionals to a safety, improvement program. *Int J Health Care and Assur*, 2007; 20: 555-571.
46. Madson MD, Ostergaard D, Andersen HB., et al. The attitude of doctors and nurses towards reporting and handling errors and adverse events. *Ugeskr Laeger*, 2006; 168: 4195-4200.

47. Braithwaite J, Westbrook M, Travaglie J. Attitudes toward the large – scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008; 20: 184-191.

48. Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician reported surveillance of adverse events among medical in patients. *J Gen Intern Med*, 2000; 15: 470-477.

49. Aranaz –Andres JM, Limon R, Mira JJ., et al. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases then risk of experiencing an adverse event? *International Journal for Quality in Health Care*, 2011; 23:705-712.

50. Kardelis K. Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai. Šiauliai: Lucilijus; 2005.

ADVERSE EVENTS IN HEALTH CARE: THE ATTITUDES OF MEDICS ON ADVERSE EVENTS REPORTING AND REGISTRATION IN MULTIPROFILE HOSPITALS

Vinsas Janusonis, Gaivilė Kasap

Summary

Key words: health care quality adverse events, reporting and registration of adverse events.

The aim of the study – to estimate medics' attitude on adverse events reporting and registration in multiprofile hospitals of Lithuania.

Material and methods. From August to October 2011, the survey was performed in three multiprofile hospital of Lithuania. The study included 200 medics (79 doctors and 121 nurses). Information was collected vitch

questionnaire (response rate 87%). Statistical data analysis was done using programme SPSS 19.0.

Results. The most part of medics positively judge the health politic on health care quality improvement, implementation of quality systems, reporting and registration of adverse events.

Conclusion:

1. *The attitude determined biheviour. Disclosure and assessment of attitude of physicians and nurses on adverse events reporting and registration is very important indicator their activity.*

2. *In medics attitude the health care quality is important field of their work and is in connection with adverse events.*

3. *The physician and nurses positively judge mandatory and voluntary reporting and registration of adverse events. The main barriers of reporting and registration of adverse events – the treat of claims and prosecution, the punishment, the negatively opinion of coleages.*

4. *In medics opinion the health care quality improvement is supported by implementation of quality systems, reporting and registration, analysis and evaluation of adverse events, questioning of patients and medics.*

Correspondence to: janusonis@kul.lt

Gauta 2012-06-28