BY-NC-ND

ISSN 2029-3569 PRINT
ISSN 2029-9001 ONLINE
SVEIKATOS POLITIKA IR VALDYMAS
HEALTH POLICY AND MANAGEMENT
2017, 1(10) p. 7–43

KOMPLEKSINĖS PACIENTŲ SAUGOS ĮVYKIŲ VALDYMO SISTEMOS MODELIS LIETUVOS LIGONINĖMS

Laimutis Paškevičius

Mykolo Romerio universiteto
Politikos ir vadybos fakulteto Politikos mokslų institutas
UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras“
Telefonas (+370) 698 49757
Elektroninis paštas: laimutis.paskevicius@medcentras.lt

Pateikta 2017 m. kovo mėn. 4 d., parengta spausdinti 2018 m. vasario mėn. 6 d.
DOI:10.13165/SPV-18-1-10-01

Santrauka

Pacientai kreipiasi į ligonines pagalbos, tačiau kas dešimtas jų patiria žalą jose įvykus nepageidaujamiems įvykiams. Daugiau kaip pusės tokių įvykių buvo galima išvengti, jei būtų taikytos sisteminės jų prevencijos priemonės. Nepageidaujamų įvykių pasireiškimo dažnis bei jų sukeliama žala pacientams, asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sveikatos priežiūros sektoriams ir valstybių ekonomikoms išlieka neleistinai didelė. Pacientų saugos užtikrinimas tapo vienu svarbiausių XXI a. sveikatos priežiūros iššūkių.

Nepaisant pastarąjį dvidešimtmetį susiformavusio plataus tarptautinio pacientų saugos judėjimo ir daugybės tarptautinių bei nacionalinių pacientų saugos gerinimo iniciatyvų, esminio proveržio, užtikrinant saugią sveikatos priežiūrą pacientams, pasiekti nepavyko. Viena svarbiausių priežasčių yra ta, kad tarptautinio ir nacionalinio lygmens pacientų saugos iniciatyvų įgyvendinimas stringa lokaliame – ligoninės ar kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos lygmenyje. Trūksta vadybinio-organizacinio mechanizmo, kuris sudarytų galimybę adaptuoti gerąją tarptautinę ir nacionalinę patirtis pacientų saugos srityje asmens sveikatos priežiūros įstaigų poreikiams, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir galimybes.

Straipsnyje pateikiamas ir pagrindžiamas kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelis, kurio pagrindu ligoninės ar kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, sukūrusios ir įdiegusios kompleksines pacientų saugos įvykių valdymo sistemas, galėtų efektyviau didinti saugios praktikos apimtis, veiksmingiau vykdyti pacientų saugos įvykių prevenciją ir gerinti jų valdymą. Siūlomas modelis susideda iš trijų struktūrinių blokų, kurių integruota sąveika siekia užtikrinti: a) geriausios tarptautinės ir nacionalinės patirties pacientų saugos srityje

išaiškinimą ir įgyvendinimą ligoninėje; b) sąlygų saugiai praktikai plėstis, pacientų saugai užtikrinti ir gerinti ligoninėje sudarymą; c) saugios praktikos ligoninėje išaiškinimą, įvertinimą ir plėtrą; d) nesaugios praktikos ligoninėje prevenciją ir valdymą užtikrinant ir gerinant pacientų saugą, prisidedant prie visos organizacijos veiklos tobulinimo ir tikslų siekimo.

Straipsnyje apibūdinami kompleksinės pacientų saugos įvykių valdymo sistemos modelio struktūra ir funkcijos, modelio integracija su kitomis ligoninės veiklos sritimis, taip pat su kitomis institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant pacientų saugą ligoninėje. Aptariami iššūkiai, su kuriais susidurtų ligoninės, adaptuodamos bei įgyvendindamos šį modelį.

Reikšminiai žodžiai: *pacientų sauga, pacientų saugos I koncepcija, pacientų saugos II koncepcija, nepageidaujami įvykiai, pacientų saugos įvykiai, pacientų saugos įvykių valdymas, modelis.*

Įvadas

Tiriamoji problema ir jos aktualumas

Pacientai turi teisę į saugią ir kokybišką sveikatos priežiūrą (toliau – **SP**). Jie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – **ASPĮ**) tikėdamiesi pagalbos atstatant ar sustiprinant sveikatą ir nesitiki joje patirti žalos ar prarasti gyvybę. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje besigydantis pacientas patiria žalą dėl nepageidaujamų įvykių (toliau – **NĮ**), kuriuos lemia SP organizavimo ar paslaugų teikimo trūkumai. Mokslinių tyrimų duomenimis, pasaulyje NĮ skaičius intensyviosios priežiūros ligoninėse siekia 3–17 proc., o Europoje – 8–12 proc. (Baker G. R. *et al*., 2004; Davis P. *et al*., 2002; *European Commission*, 2009, 2012, 2016; *An organization with a memory*, 2000). Jungtinėje Karalystėje 3,6 proc. mirčių ligoninėse įvyksta dėl išvengiamų SP teikimo ir ligonių priežiūros klaidų (Hogan H., *et al*., 2015). Jeigu šis santykis būtų pritaikytas EBPO (OECD) šalims, išvengiamų mirčių skaičius jose siektų per 175 tūkstančius (Yu A. *et al,* 2016,). Pagal JAV Medicinos instituto atliktus tyrimus, JAV nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. pacientų ligoninėse kasmet miršta dėl NĮ, kurių buvo galima išvengti (Kohn, L., Corriggan, J. *et al*., 2000). Europos šalyse dėl su SP susijusių infekcijų nukenčia apie 5 proc. (4,1 mln.) pacientų per metus, apie 37 tūkst. jų kasmet miršta nuo šių infekcijų, be to su šiomis infekcijomis dar yra susiję 110 tūkstančių mirties atvejų (Europos Taryba, 2009; ECDPC, 2016).

Europos Komisijos užsakymu ES šalyse atliktas pacientų saugos (toliau – **PS**) tyrimas parodė, kad kas antras apklaustas ES gyventojas mano galintis patirti žalą gaudamas SP paslaugas jo gimtojoje šalyje, o kas ketvirtas apklaustasis nurodė, kad jis ar jo šeimos nariai patyrė NĮ ASPĮ-oje (*European Commission*, 2010).

NĮ sukelia ligoninėms, SP sektoriams ir valstybėms didelius finansinius nuostolius. Apie 13–16 proc. ligoninių sąnaudų patiriama dėl su SP susijusių sužeidimų ar sveikatos problemų (*European Commission*, 2012). JAV kasmet NĮ padaryta žala vertinama nuo 17 mlrd. iki 29 mlrd. JAV dolerių (vien gydymo vaistais klaidos kasmet JAV ligoninėms sudaro per 2 mlrd. JAV dolerių nuostolių). Su SP susijusių infekcijų padariniai kasmet ES šalių ligoninėms kainuoja 5–7 mlrd. eurų (ECDPC, 2016). Ernst & Young audito kompanijos 2013 m. atliktoje studijoje, perkėlus į Lietuvos kontekstą kitose valstybėse skelbtus NĮ tyrimų duomenis, nustatyta, kad dėl NĮ prailgėjusios gulėjimo ligoninėje trukmės, mirties ir neįgalumo atvejų, tikėtina, Lietuvos valstybė kasmet praranda apie 2,67 mlrd. eurų, o tai sudaro apie 8,66 proc. metinio šalies bendrojo vidaus produkto (*Ernst & Young*, Paškevičius, L. *et al*., 2014). Pažymėtina, kad nuo 50 iki 70 proc. dėl NĮ padaromų klaidų medicinoje galėjo būti išvengta, jei būtų taikytos sisteminės jų prevencijos priemonės (World Health Organization, 2016).

Būtinybė apsaugoti pacientus nuo žalos ligoninėse ir kitose ASPĮ-ose sukėlė plataus masto tarptautinį ir nacionalinį (šalies lygmens) PS judėjimus. *Tarptautinis PS judėjimas* pradėjo formuotis XX a. paskutinįjį dešimtmetį, jam impulsą suteikė 1999 m. JAV Medicinos instituto atlikta studija „Klysti žmogiška: saugios sveikatos apsaugos kūrimas“ (Kohn, L., Corriggan, J. *et al*., 2000), o didžiausią pagreitį jis įgavo XXI a. pirmąjį dešimtmetį, kai lyderystę PS srityje tarptautiniu lygmeniu prisiėmė PSO įsteigtas Pacientų saugos aljansas (*World Alliance for Patient Safety*, 2005), į šią veiklą įsitraukė kitos didelį politinį svorį tarptautinėje arenoje turinčios organizacijos (PSO, Europos Komisija), jos išleido tarptautinio lygmens politines deklaracijas (*European Commission*, 2005; Europos Taryba 2009 ir kt.), inicijavo mokslinius tyrimus, išleido PS užtikrinimo ir gerinimo rekomendacijas, kitus strateginio lygmens dokumentus PS srityje.

Nacionalinis pacientų saugos judėjimas Lietuvoje prasidėjo XX a. paskutiniame dešimtmetyje – pradėta formuoti Lietuvos nacionalinę sveikatos politiką, kurti viešojo administravimo institucijų, kuruojančių priskirtas PS sritis, tinklą, rengti teisės aktus, reglamentuojančius PS (LR pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, 2009; Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programa 2005–2010 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2004); Nacionalinė pacientų saugos platforma, 2010 ir kt.), bei atlikti mokslinius tyrimus ir studijas PS srityje (Brogienė, D., 2010; Giedrikaitė, R., 2008; Marmienė, L., 2015; *Ernst & Young*, Paškevičius, L. *et al*., 2012; Valintėlienė R. *et al*., 2015 ir kt.). Lietuvos PS srityje kompetentingos institucijos tapo ES kuriamų PS tinklų (SIMPATIE, EUNetPasS, PASQ, kt.) nariais, bendradarbiaudamos su ES šalių šioje srityje veikiančiomis institucijomis, suformavo ir plėtojo PS infrastruktūrą nacionaliniu (šalies) lygmeniu.

Tačiau įvertinus tiek tarptautinio, tiek nacionalinio PS judėjimų veiklą, pažymėtina, kad daugeliu atvejų ji buvo ir išlieka *fragmentiška* ir orientuota į *re-*

trospektyvą, t. y. į jau įvykusių ir žala pasireiškusių NĮ registravimą ir mokymąsi iš jų *nacionaliniu* lygmeniu, nesuteikiant reikiamos svarbos šiems aspektams: 1) stokojama prevencinio požiūrio į pacientų saugos įvykių (toliau – **PSĮ**) valdymą tiek nacionaliniu, tiek ASPĮ (instituciniu) lygmenimis; 2) stinga dėmesio PSĮ identifikavimui ir analizei, nes pernelyg pasikliaujama nacionalinio lygmens NĮ pranešinėjimo (raportavimo) sistemomis; 3) trūksta dėmesio PSĮ valdymui instituciniu (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmeniu, jo darnai su nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų iniciatyvomis bei rekomendacijomis.

Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaupę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos dažniausiai lokaliame (ligoninės) lygmenyje išlieka tik deklaratyvaus pobūdžio ir yra vangiai įgyvendinamos praktikoje, netampa pagrindu įstaigos PS priemonių sistemai formuoti. PS problematikos išviešinimas SP sektoriuje ir jo organizacijose yra santykinai nauja tema, kuri istoriškai buvo laikoma konfidencialia. PS problemos buvo sprendžiamos glaustame ASPĮ padalinio ar medikų specialistų komandos rate, o ASPĮ vadybiniai gebėjimai ir patirtis šioje srityje yra menki, dažniausiai orientuoti į *gynybos mechanizmus, retrospektyvinius fragmentinius korekcinius veiksmus*, o ne į *proaktyvius sisteminius pokyčius*. Todėl tikėtina, kad susidariusią nepalankią PS srityje situaciją ligoninėse daugiausia lemia tai, kad *stokojama vadybinio-organizacinio mechanizmo*, kuris sudarytų galimybę ligoninėms kurti, diegti bei plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu lygmenimis integruotas PSĮ valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką bei galimybes, užtikrinant efektyvų PSĮ prevencinį valdymą bei saugesnę SP pacientams. Tai viena svarbiausių priežasčių, dėl kurių tarptautinio ir nacionalinio lygmenų rekomenduojamų PSĮ prevencijos ir valdymo priemonių įgyvendinimas ligoninės lygmenyje stringa, nesukelia lauktino PS būklės pagerėjimo, neprisideda prie tolesnės PS pažangos.

Problemos ištyrimo lygis

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

Rengiant mokslinių publikacijų apžvalgą šia tematika, EBSCO sistemoje atlikta informacinė paieška pagal raktinius žodžius (teikiama kartu su rastų publikacijų skaičiumi): *patient safety department* – 2476; *patient safety officer* – 237; *patient safety unit* – 546; *patient safety executive* – 256; *hospital patient safety system* – 179; *hospital patient safety model* – 27. Atlikus informacinę paiešką ir apžvelgus mokslines publikacijas, kuriose minimi šie raktažodžiai, paaiškėjo, kad nei vienoje jų PS nebuvo nagrinėjama kaip *visuminis, į ligoninės veiklą in-*

tegruotas, reiškinys. Apžvelgtose publikacijose dėmesys skiriamas nacionalinio lygmens NĮ registravimo sistemų analizei ar atskiriems PS aspektams (metodams, priemonėms, kt.), nesiejant jų su ligoninės veiklos, vadybinėmis-organizacinėmis ir klinikinėmis dimensijomis. Tai rodo, kad tiriamoji problema dar nėra pakankamai ištirta.

Tikslas ir uždaviniai

Tikslas – sukurti ir pasiūlyti ligoninėms kompleksinės PSĮ valdymo sistemos modelį (toliau - **Modelis**), kurio pagrindu ligoninės galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytas jų poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančias jų galimybes, moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas kompleksines PSĮ valdymo sistemas, užtikrinant ir gerinant ligoninės pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Siekiant iškelto tikslo, suformuoti šie *uždaviniai:*

1. Išnagrinėjus PSĮ valdymo teorinius pagrindus, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų patirtis PSĮ valdymo srityje, identifikuoti mokslo įrodymais ir gerąja praktika pagrįstas ligoninės PSĮ valdymo sistemos sukūrimo prielaidas (Modelio konstravimo pagrindus ir pamatinius teiginius) bei reikalavimus (Modelio struktūrai, funkcijoms, kt.).
2. Atlikti empirinius tyrimus, siekiant verifikuoti identifikuotas Modelio sukūrimo prielaidas ir jam keliamus reikalavimus bei gauti papildomų duomenų Modeliui konstruoti.
3. PSĮ teorinių pagrindų ir praktinės patirties pagrindu, įvertinus empirinių tyrimų duomenis, parengti Modelį, nustatyti jo struktūrą ir funkcijas.
4. Įvertinti Modelio diegimo ir veikimo kontekstą bei Modelio ir jį įgyvendinančios ligoninės santykius su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje.
5. Išnagrinėti Modelio pritaikomumo (adaptacijos) ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai problemas ir galimybes, pateikti išvadas.

Kuriant Modelį, siekiama integruoti ligoninėje vykdomas PS užtikrinimo ir gerinimo priemones į vieningą sistemą, kuri remtųsi PSĮ valdymo teoriniais pagrindais, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų bei ligoninės suformuota gerąja patirtimi, taip pat šiam tikslui pasiekti atliktų empirinių tyrimų rezultatais. Modelio pagrindu sukurta ir veikianti ligoninės PSĮ valdymo sistema turėtų:

1. Suteikti galimybę ligoninėms, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PS, PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemones, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikų patirties.

2. Užtikrinti efektyvų ir veiksmingą retroaktyvių, reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymą jų išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų integracijos pagrindu.
3. Integruoti ligoninėje veikiančias pasiteisinusias PSĮ valdymo priemones į ligoninės struktūras ir procesus (*vidinė Modelio integracija* - ligoninės lygmenyje) bei darniai funkcionuoti su nacionalinio lygmens PSĮ valdymo sistemomis (*išorinė Modelio integracija* – nacionaliniame lygmenyje) tampriame organizacijų, dalyvaujančių užtikrinant PS, ryšių tinkle.
4. Tapti vidiniu varikliu, skatinančiu ligoninės (organizacijos) pokyčius ir nuolatinį tobulėjimą, pateikdama informaciją ir instrumentus sisteminių problemų sprendimui.

Straipsnio *struktūra*

Straipsnio pirmajame skyriuje aptariami Modelio sukūrimo teoriniai pamatiniai teiginiai, reikalavimai jo struktūrai bei funkcijoms; *antrajame* – nagrinėjama atliktų empirinių tyrimų metodika, organizavimas ir rezultatai; *trečiajame* – apibūnama Modelio principinė schema, struktūra ir funkcijos; *ketvirtajame* – aptariamos Modelio kūrimo ir įgyvendinimo konteksto sąlygos, Modelio bendradarbiavimo su kitomis organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje, ryšių sistema; *penktajame* – nagrinėjama Modelio adaptacijos ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai bei kitoms ASPĮ problematika; *straipsnio pabaigoje* pateikiamos *išvados*.

Modelio kūrimo etapai

Modelio kūrimas vyko trimis etapais:

I etapas. Modelio kūrimo teorinių pagrindų (pamatinių teiginių) suformavimas atliktų mokslinių tyrimų, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų geriausios patirties apibendrinimo pagrindu.

II etapas. Empirinių tyrimų, reikalingų I etape suformuotiems Modelio kūrimo teoriniams pagrindams patvirtinti bei Modeliui kurti reikalingiems papildomiems duomenims gauti, atlikimas.

III etapas. Modelio projektavimas, struktūros ir funkcijų apibūdinimas.

IV etapas. Modelio įgyvendinimo konteksto sąlygų įvertinimas.

Modelio kūrimo I etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo ***I etape*** buvo atlikta išsami mokslinių tyrinėjimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties

pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizė ir apibendrinimas[1]. Tai leido: a) suformuoti *Modelio sudarymo ir veikimo teorinius pagrindus (principus)*; b) iškelti *pamatinius teiginius* dėl reikalavimų, kuriuos turi atitikti kuriamas Modelis.

1. Teoriniai Modelio kūrimo pagrindai, reikalavimai Modeliui

Atliekant mokslinių tyrinėjimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizę, išskirti šie svarbiausi *Modelio sudarymo ir veikimo principai:*

1. *visapusiškumo* – PS valdymas turi būti pagrįstas visuminiu požiūriu į PS, praplečiant Pacientų saugos I (mokymąsi iš *neigiamos* PS patirties) koncepciją į Pacientų saugos II (mokymąsi iš *teigiamos* ir neigiamos PS patirties) koncepciją;
2. *integralumo* – Modelis turi užtikrinti integruotą retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą;
3. *vientisumo* – PS valdymas turi apimti PSĮ išaiškinimą, jų analizę (nagrinėjimą), reagavimą į juos ir veiklas, užtikrinančias šių įvykių prevenciją;
4. *kontingencijos* – PS valdymo sistema (struktūros, procesai) turi: a) būti integruota ir veikti darniai su bendra organizacijos valdymo ir kitų veiklų sistema (struktūromis, procesais); b) būti integruota (vertikaliai, horizontaliai), veikti darniai su lokaliu (ligoninės) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis veikiančiomis PS valdymo sistemomis ar komponentais; c) būti atvira, lanksti, adaptyvi, tampri, t. y. gebėti keisti ir keistis, išlaikant gebėjimą išlaikyti vientisumą ir funkcionavimą esančiomis ir pakitusiomis aplinkos sąlygomis; d) PSĮ valdymo sistemai keliami tikslai turi būti adekvatūs (atitikti) ligoninės realioms galimybėms ir ištekliams (žmonių (kvalifikacija, kompetencija, kt.), informacinių technologijų, finansinių, laiko, kt.);
5. *atvirumo, skaidrumo, lankstumo pokyčiams* – PS valdymo sistema turi būti skaidri ir atvira pokyčiams, lanksti, aktyviai nuspėjanti bei prisitaikanti prie nuolat kintančių ligoninės vidinės ir išorinės aplinkos sąlygų;
6. *tobulėjimo, keitimosi* – PSĮ valdymo sistema turi būti atvira pokyčiams, nuolat tobulėjanti, gebėti operatyviai keistis ir veikti, kad būtų užtikrintas efektyvus tiek nuspėjamų, tiek ir naujai iškylančių (*emergentinių*) – sunkiai nuspėjamų ar nenuspėjamų rizikų ir PSĮ - valdymas;
7. *bendradarbiavimo* (*kooperacijos*) – PSĮ valdymo sistema turi aktyviai bendradarbiauti ir darniai funkcionuoti su kitomis vidinėmis (ligoninės) bei išorinėmis PS, PSĮ valdymo sistemomis ar jų komponentais, taip pat su institucijomis, veikiančiomis PS srityje;

1 Išsamus mokslo ir praktikos PS, PSĮ valdymo srityje apibendrinimas pateiktas: Paškevičius L., 2017. *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse*. Daktaro disertacija. Vilnius: MRU, 58– 82 (spaudoje).

8. *konfidencialumo, anonimiškumo* – PSĮ valdymo sistema turi užtikrinti informacijos apie fizinius ir juridinius asmenis, pranešusius apie PSĮ, konfidencialumą / anonimiškumą, išskyrus LR teisės aktų nustatytus atvejus;
9. *koordinavimo* – PSĮ valdymas ligoninėje turi būti koordinuojamas (derinamas) tiek ligoninės (vidiniu), tiek nacionaliniu (išoriniu) lygmenimis;
10. *subsidiarumo* – PSĮ valdymo sprendimai turi būti priimami ir įgyvendinami pagal kompetenciją kiek įmanoma žemiausiame SP sistemos lygmenyje, geriausiai užtikrinant jų efektyvumą ir veiksmingumą;
11. *sinergijos* – koordinuotos, suderintos, bendradarbiaujančios, siekiant bendrų tikslų kartu veikiančios PSĮ valdymo sistemos lokaliu (ligoninės) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis turi užtikrinti saugesnę SP, negu užtikrintų, jei veiktų atskirai, nepriklausomai vienos nuo kitų;
12. *veiksmingumo* – PS valdymas turi užtikrinti organizacijoje (ligoninėje) kuo aukštesnį PS lygį esamais ištekliais arba esamą PS lygį kuo mažesniais ištekliais;
13. *efektyvumo* – PSĮ valdymas ligoninėje ar kitoje APSĮ turi užtikrinti kuo aukštesnį saugos lygį (*PS II koncepcija*) arba kuo žemesnį nesaugos lygį (*PS I koncepcija*);
14. *tikslingumo* – PSĮ valdymas visuose ligoninės sistemos lygmenyse tikslingai nukreiptas į darbuotojų siekio (motyvacijos) ir gebėjimų (galimybių) užtikrinti ir gerinti PS didinimą.

Analizuojant, taip pat buvo atliktas *Modelio sudarymo ir veikimo pagrindinių principų atitikties vyraujantiems organizaciniams ir viešojo valdymo modeliams palyginimas*[2], įvertintas jų suderinamumas su Modelio diegimo ir veikimo vidaus (ligoninės) ir išorės (SP sektoriaus) organizaciniu kontekstu, t. y. su labiausiai paplitusiais organizacijos (ligoninės) (biurokratinės, besimokančios, skaidrios) ir viešojo sektoriaus (kuriame veikia ligoninės) viešojo valdymo (tradiciniu hierarchiniu biurokratiniu, naujosios viešosios vadybos, naujojo viešojo valdymo) modeliais, siekiant identifikuoti palankiausius Modeliui bei įvertinti potencialias problemas, kurios gali kilti diegiant, palaikant ir plėtojant Modelį lokaliu (ligoninės, kitos APSĮ) ir nacionaliniu (šalies) lygmenimis.

Apibendrinant palyginamosios analizės rezultatus, nustatyta, kad tiek *besimokančios*, tiek *skaidrios* organizacijos koncepcijos yra palankios empirinių tyrimų išvadų pagrindu suformuluotiems Modelio organizavimo ir veikimo principams realizuoti, o *biurokratinės* organizacijos aplinka nėra palanki Modeliui diegti, veikti ir plėtoti, nes neatitinka Modelio principų (neturi nė vienos Modeliui pa-

2 Išsamus Modelio sudarymo ir veikimo pamatinių principų atitikties vyraujantiems organizaciniams ir viešojo valdymo modeliams palyginimo apibendrinimas pateiktas: Paškevičius L., 2017. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. Daktaro disertacija. Vilnius: MRU, 188-204 (spaudoje).

lankios savybės). Tai reiškia, kad būtent besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcija būtina remtis projektuojant Modelį, o organizacijos (ligoninės, kitos ASPĮ), siekdamos užtikrinti ir gerinti PS, diegdamos Modelį turi plėtoti besimokančios ir skaidrios organizacijos koncepcijoms būdingas savybes, jomis vadovautis tiek organizuojant įstaigose veiklas, tiek formuojant ir palaikant santykius su išorės organizacijomis, palaipsniui atsisakydamos Modeliui nepalankios biurokratinės organizacijos koncepcijai būdingų apraiškų. Taip pat nustatyta, kad SP viešojo administravimo ir viešųjų paslaugų įstaigose vyraujantis *tradicinis (klasikinis, biurokratinis, hierarchinis)* viešojo valdymo modelis yra mažiausiai palankus Modeliui įgyvendinti, o modernūs *Naujosios viešosios vadybos* ir *Naujojo viešojo valdymo* modeliai yra palankiausi Modeliui diegti, veikti ir plėtoti. Dėl to Modelio įgyvendinimo sėkmė didele dalimi priklausys ir nuo įstaigose bei organizacijose, bendradarbiaujančiose su Modeliu ir ligonine, vyraujančio organizacinio modelio bei viešojo valdymo būdo. Kita vertus, Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas per tarpusavio sąveikos ryšių tinklą gali skatinti modernizuoti minėtų įstaigų ir organizacijų organizacinį modelį bei viešojo valdymo būdą.

Atlikus mokslinių tyrinėjimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizę, išskirti šie *pamatiniai teiginiai, nusakantys fundamentalius reikalavimus, keliamus Modeliui:*

1. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, nepakanka pasikliauti vien tik vyraujančiu retrospektyviu (jau įvykusių) NĮ pranešinėjimu (registravimu) nacionalinėse NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistemose, bet būtina diegti *integruotą PSĮ valdymo sistemą*, apimančią *retroaktyvių*, *reaktyvių ir proaktyvių PSĮ valdymo metodų* diegimą lokaliame (ligoninės) lygmenyje;
2. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, aktyviai diegiama NĮ pranešinėjimo (registravimo) sistema turi būti pertvarkyta į *vientisą PSĮ valdymo sistemą*, apimančią šių įvykių *išaiškinimą, analizę, reagavimą ir prevenciją*;
3. siekiant užtikrinti efektyvų ir veiksmingą PSĮ valdymą ligoninėje, tikslinga diegti ir plėtoti *darnią PSĮ valdymo sistemą*, jungiančią įstaigoje sėkmingai veikiančias PSĮ valdymo priemones, bei integruoti šią sistemą į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, prisidedant prie įstaigos misijos ir tikslų įgyvendinimo;
4. ligoninės PS sistema *amortizuoja* tiek įstaigos veiklos, tiek aukštesnio (nacionalinio) lygmens SP sistemos organizavimo trūkumus, todėl jos veiksmingas funkcionavimas, užtikrinantis realų PSĮ skaičiaus mažėjimą ir PS būklės gerėjimą ligoninėje gali pasireikšti tik užtikrinant *koordinuotą PSĮ valdymo sistemų diegimą ir tobulinimą lokaliu (įstaigos) ir nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis;*

5. siekiant sistemiškai užtikrinti ir gerinti ligoninės teikiamų paslaugų saugą, tikslinga parengti ligoninėms Modelį, kurio pagrindu ligoninė ar kita ASPĮ galėtų kurti, diegti ir plėtoti pritaikytą jos poreikiams ir veiklos specifikai, atitinkančią jos galimybes *kompleksinę PSĮ valdymo sistemą*, efektyviai ir veiksmingai įgyvendinančią moksliniais tyrimais ir gerąja praktika pagrįstas, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų rekomenduojamas strategijas, iniciatyvas, priemones PS, PSĮ valdymo srityse, užtikrinant ir gerinant ligoninės ar kitos ASPĮ pacientams teikiamų paslaugų saugą.

Šiems iškeltiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams verifikuoti buvo atlikti empiriniai kiekybinis ir du kokybiniai tyrimai (žr. straipsnio 2 dalį).

Mokslinės literatūros ir praktinės patirties PS srityje apibendrinimas sudarė galimybę nustatyti Modelio (organizacinės sistemos) formą, palankiausią jo veikimui ir tikslams pasiekti. Tai atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus jungiantis Modelis. *Atviros, besimokančios* organizacinės sistemos koncepciją į organizacijų teoriją įvedė ir toliau išplėtojo Chris Argyris (1990) ir Peter Senge (1990). Tai organizacija, kuri ne tik adaptuojasi prie aplinkos pokyčių, bet ir tobulėja adaptacijos metu, išmoksta adaptuotis vis lanksčiau ir tiksliau. Autoriai parodė, kad tokios organizacijos pranašumas, palyginus su tradicine biurokratine, ypač išryškėja sudėtingomis ir greitai besikeičiančiomis ekonominėmis, kultūrinėmis, technologinėmis ir kitomis sąlygomis (Argyris C., 1990), tai yra būtent tokiomis, kuriomis veiks Modelis. Mokymasis tokiai sistemai suteikia svarbų pranašumą – gebėjimą adaptuotis prie sąlygų, kurių nebuvo galima iš anksto numatyti.

Šiuolaikinėje PS problematiką nagrinėjančioje mokslinėje ir metodinėje literatūroje atviros besimokančios organizacijos koncepcija užima ypač svarbią vietą (Kline P., 2010). Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – **PSO**) apibūdina organizacinį mokymąsi sveikatos sistemose, kaip vieną iš strateginių veiklos krypčių (Chan M., 2014). Organizacinio mokymosi koncepcijos diegimas SP organizacijose ir šių organizacijų tapimas besimokančiomis yra pripažintas vienu svarbiausių nacionalinių SP sistemų tobulinimo krypčių. Priemonės, skirtos padėti ASPĮ tapti besimokančiomis organizacijomis, sudaro Didžiosios Britanijos nacionalinės SP sistemos reformos pagrindą (*An organisation with a memory*, 2000). Tokios svarbos suteikimas besimokančios organizacijos modeliui turi pagrindą – organizacijos gebėjimas mokytis apima ne tik reagavimą į jau įvykusias problemas, bet ir proaktyvią veiklą, numatant potencialius pavojus, įvertinant jų galimą riziką ir imantis iš anksto reikiamų veiksmų, siekiant išvengti jų pasireiškimo. Proaktyviai rizikas valdydama ligoninė sudaro itin palankias sąlygas Modeliui veikti, nes Modelis tampa svarbiu organizacijos tobulinimosi instrumentu, t. y. Modelis sudaro sąlygas organizacijai veikti proaktyviai išaiškinant ir įspėjant būsimuosius PSĮ, tokiu būdu perkeliant PS veiklos svorio centrą iš retroaktyvaus reagavimo į neigiamas pasekmes – į proaktyvią prevencinę veiklą šalinant jų priežastis.

Kita šiuolaikinės organizacijos teorijos koncepcija, apibūdinanti Modelį atskleidžiant jo santykį su aplinka, yra *skaidraus (atviro) veikimo sistemos organizacija* (toliau – **skaidri organizacija**) (angl. *open business model*) (Chesbrough, H. W, 2006 a; Chesbrough, H. W. 2006 b). Skaidrios organizacijos modelis yra originali organizacijos teorijos koncepcija, kurios teorinį pagrindą sudaro maksimalus visų svarbiausių organizacijos veiklos sferų vidinis ir išorinis atvirumas bei skaidrumas. Tai, visų pirma, *visos* organizacijos veiklos, ir netgi tradiciškai laikomų konfidencialiomis, jos sričių skaidrumas, laisvas ir atviras apsikeitimas bet kokia informacija organizacijos viduje ir už jos ribų, visos organizacijos ir jos padalinių atvirumas naujoms žinioms, naujai patirčiai, naujiems žmonėms, naujiems sprendimams.

Taigi skaidri organizacija – tai neturinti paslapčių organizacija, atvira visiems, su kuo ji bendradarbiauja, dėl to vyksta ne tik pačios organizacijos, bet per ryšių tinklą ir kitų organizacijų tobulėjimas. Ši vidinio ir išorinio skaidrumo bei lankstumo pokyčiams savybių visuma ypač svarbi ligoninei, veikiančiai nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Skaidraus veikimo organizacijos modelio pagrindu veikianti ligoninės PSĮ valdymo sistema išoriniu skaidrumu per suformuotą ryšių tinklą sąveikaudama su kitomis PS sistemomis ir organizacijomis adaptuojasi prie pasikeitusių aplinkos sąlygų pati bei duoda impulsą visos PS ir SP sistemos pokyčiams, prisitaikant prie naujų sąlygų. Taip ne tik pati ligoninė, bet ir visa jos išorinių santykių sistema tampa atviresnė ir besimokanti. Visa tai leidžia teigti, kad atviros besimokančios organizacijos modelis labiausiai atitinka Modelio paskirtį.

I etape atlikta mokslinių tyrinėjimų PS ir PSĮ valdymo srityje bei tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų praktinės patirties pasaulyje, Europos Sąjungoje ir Lietuvoje analizė sudarė galimybę suformuoti Modelio sudarymo ir veikimo teorinius pagrindus (principus), suformuoti pamatinius teiginius, nusakančius reikalavimus, kuriuos turi atitikti kuriamas Modelis, ir patikslinti Modelio organizacinę formą vyraujančių organizacinių bei viešojo valdymo modelių kontekste.

Modelio kūrimo II etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Bendras atliktų visų empirinių tyrimų tikslas buvo gauti papildomus duomenis, reikalingus Modelio kūrimo I etape suformuotiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams patvirtinti, Modelio konstruktui pagrįsti ir plėtoti.

2. Empirinių tyrimų metodika, organizavimas ir rezultatai

Konstruojant Modelį, suformuotiems Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams patvirtinti bei Modeliui kurti reikalingiems papildomiems duomenims gauti, *trianguliacijos metodu* (derinant kiekybinius ir kokybinius tyrimo metodus) atlikti kiekybinis ir du kokybiniai empiriniai tyrimai:

1. *kiekybinis tyrimas* (anketinės apklausos metodu) – ligoninės lygmens (SP mikrosistemos, mezosistemos, makrosistemos) ligoninės darbuotojų tyrimas;
2. *kokybiniai tyrimai* (ekspertų grupinės diskusijos metodu): 1) ligoninės lygmens (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą ligoninėje, tyrimas; 2) nacionalinio lygmens (SP megasistemos ir metasistemos lygmenų) PS ekspertų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu, tyrimas.

Bendras atliktų empirinių tyrimų tikslas buvo gauti papildomus duomenis, reikalingus pamatiniams teiginiams verifikuoti ir Modelio konstruktui pagrįsti.

Kiekybinis tyrimas

Kiekybinio tyrimo tikslas – gauti empirinius duomenis, reikalingus trims Modelio kūrimo pamatiniams teiginiams verifikuoti, pagrindžiant: a) *integruotų* PSĮ valdymo sistemų, besiremiančių *retroaktyvių*, *reaktyvių* ir *proaktyvių PSĮ valdymo metodų integruotu diegimu lokaliame (ligoninės) lygmenyje* pranašumą, palyginti su šiuo metu plačiai diegiamomis tik įvykusių (retroaktyvių) NĮ valdymo sistemomis; b) *vientisų PSĮ valdymo sistemų, apjungiančių šių įvykių išaiškinimą, analizę ir prevenciją* pranašumą palyginti su šiuo metu gana plačiai diegiamomis fragmentinėmis, tik pranešinėjimu apie NĮ besiremiančiomis, NĮ valdymo sistemomis; c) *PSĮ valdymo sistemų suderinimo su jau sėkmingai veikiančiomis ligoninėje PS, PSĮ valdymo instrumentais ir priemonėmis bei šių sistemų integravimo į įstaigos struktūras, vadybinius-organizacinius ir klinikinius procesus, svarbą.*

Kiekybinio tyrimo metodu buvo pasirinkta *anketinė apklausa*. Atsižvelgiant į kiekybiniam tyrimui keliamus tikslus, anketos struktūros šerdį sudarė šių klausimų blokai: a) klausimų, susijusių su *PSĮ išaiškinimu* (atsakydami į šiuos klausimus ligoninės darbuotojai apibūdino įstaigoje naudojamus PSĮ išaiškinimo metodus, priemones, formatą); b) klausimų, susijusių su *PSĮ prevenciniu valdymu* (atsakydami į šiuos klausimus ligoninės darbuotojai įvertino jiems pateiktas atrinktas PSĮ prevencinio valdymo priemones, apibūdindami kiekvienos jų taikymą *naudingumo* ir *įgyvendinimo sunkumo* kriterijais; c) klausimų, susijusių su *veiksnių*, kurie lemia darbuotojo *siekį* ir *galimybę* dalyvauti išaiškinant PSĮ ir vykdant jų prevencinį valdymą, *išaiškinimu*.

Anketinis tyrimas atliktas Lietuvos rajono lygmens ligoninėse (toliau – **LRLL, ligoninė**). Respondentų atrankai pasirinktas *sluoksniuotos (stratifikuotos) dvipakopės imties sudarymo metodas*.

Atranka buvo vykdoma dviem etapais: a) pirmajame etape buvo atrinkti reprezentatyvūs tyrimo objektai – identifikuotos pagrindinės LRLL grupės (klas-

teriai), kiekvienoje jų buvo išrinkta tipiškiausia tai grupei ligoninė); b) antrajame etape atlikta respondentų atranka kiekvienoje iš atrinktų ligoninių.

Identifikuojant pagrindines LRLL grupes buvo siekiama suformuoti jų grupes (klasterius), kurios: a) skirtųsi viena nuo kitos pagal kuo didesnį esminių parametrų skaičių (vertinta 15 parametrų); b) patenkančios į kiekvieną grupę (klasterį) ligoninės būtų maksimaliai panašios viena į kitą pagal tuos pačius parametrus.

Ligoninių grupių (klasterių) formavimas iš visų LRLL buvo vykdomas *klasterinės analizės (K-vidurkių) metodu*. Klasterinei analizei buvo panaudoti: a) *bendrieji ligoninės parametrai, rodikliai:* ligoninės profilių skaičius, lovų skaičius, vidutinis hospitalizuotų ligonių skaičius, lovadienių skaičius, ligonio vidutinio buvimo ligoninėje trukmės, lovų apyvartos, stacionarinio letalumo rodikliai. Šiuos tyrimo tikslu parinktus svarbius ligoninės struktūrą ir veiklą atspindinčius rodiklius analizuoja Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Šių rodiklių duomenys talpinami šio Centro informacinėje duomenų bazėje ir sudaro pagrindą priimti vadybinius sprendimus nacionaliniu lygmeniu (Higienos institutas, 2015); b) *specialieji PS (atspindintys PS būklę ligoninėje) ligoninės parametrai, rodikliai* (VASPVT, 2015). Šie parametrai – tai ligoninių įvertinimai pagal charakteristikas, tiesiogiai ar netiesiogiai atspindinčias PS ligoninėje lygį: pacientų pasitenkinimo lygis; periodinės infekcijų ir jų rizikos veiksnių epidemiologinės priežiūros užtikrinimo lygis; antibiotikams atsparių mikroorganizmų paplitimo stebėsenos užtikrinimo lygis; vaistinių preparatų nuo infekcijų skyrimo pagrįstumo užtikrinimo lygis; NĮ registravimo ir analizės plėtros apimtis; miokardo infarkto diagnostikos ir gydymo tinkamumo užtikrinimo lygis; personalo rankų higienos užtikrinimo lygis. Tai duomenys apie ligoninių teikiamų paslaugų kokybę ir PS, kurie kasmet renkami, vadovaujantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu (LR sveikatos apsaugos ministras, 2015).

Klasterinės analizės (naudojant SPSS-17 programų paketą) metodu LRLL buvo suskirstytos į 3 grupes. Kiekvienoje LRLL grupėje naudojant šį metodą buvo identifikuota *tipiškiausia* tai grupei (klasteriui) ligoninė – ligoninė, kuri daugiamatėje euklidinėje parametrų erdvėje maksimaliai (labiausiai) panaši į visas kitas savo grupės (klasterio) ligonines.

Pasirinktas tipinių objektų atrankos sudarymo metodas (klasterinė randomizacija, angl. *cluster randomization analysis*) suponuoja ir apklaustųjų skaičiaus kiekvienoje ligoninėje nustatymą (Donner, A., Klar, N., 2000). Statistikos programa *NCSS PASS 14*, nustatytas apklaustinų respondentų skaičius kiekvienoje ligoninėje (52 respondentai). Atrenkant kiekvienoje ligoninėje apklausiamus respondentus, siekta, kad atrinktieji proporcingai atstovautų pagrindinėms dirbančioms šioje ligoninėje SP darbuotojų grupėms: gydytojams, slaugytojams, įstaigos administracijai. Statistiškai apdorojant anketinės apklausos duomenis buvo naudojami *vidurkių, standartinių nukrypimų, porinės koreliacijos koefici-*

entų, faktorinės analizės pagrindinės komponentės metodai. Skaičiavimai atlikti naudojant SPSS-17 statistinių programų paketą. Apklausos metu pateiktas 76 PSĮ prevencinio valdymo priemonių (toliau – **Priemonės**) sąrašas. Priemonės pagal paskirtį suskirstytos į 9 grupes. Apklausiamieji darbuotojai kiekvieną Priemonę apibūdino pagal laukiamą *naudingumą* ją naudojant ligoninėje ir *sunkumų*, su kuriais tektų susidurti ją įgyvendinant (naudojant), laipsnį ir pobūdį.

Statistiškai apdorojus gautus duomenis, Priemonės suskirstytos į tris grupes: 1) *veiksmingiausias - 41 (53,9 proc.)*; 2) *veiksmingas - 30 (39,5 proc.)*; 3) *neveiksmingas* - 5 (6,6 proc.). Priemonių analizės rezultatai atskleidė: a) galimybę suformuoti Modelio veiksmingų priemonių arsenalą; b) tikslingumą naudoti įvairaus (retro-, re-, proaktyvaus) pobūdžio PSĮ valdymo priemones.

Statistiškai apdorojus atsakymus į klausimus, susijusius su veiksniais, kurie lemia darbuotojo *siekį* ir *galimybę* gerinti PS jo įstaigoje, nustatyti pagrindiniai statistiniai šių parametrų ir jo veiklos sąlygų (uždarbio, darbo ritmiškumo, santykių tarp darbuotojo ir vadovybės, santykių įstaigos kolektyve ir pacientų požiūrio į PS) ryšiai. Buvo išaiškinti ryšiai tarp ligoninės vadybinių-organizacinių charakteristikų ir sunkumų, su kuriais, tikėtina, bus susidurta, įgyvendinant: a) visų Priemonių grupių visas Priemones; b) atskiros Priemonių grupės visas Priemones; c) atskiras Priemones.

Kokybiniai tyrimai

Kokybiniai tyrimai atlikti du: a) *ligoninės lygmens* PS ekspertų (SP mezosistemos ir makrosistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą ligoninėje) tyrimas; b) *nacionalinio (šalies) lygmens* ekspertų (SP megasistemos ir metasistemos lygmens darbuotojų, atsakingų už PS organizavimą ir įgyvendinimą šalies mastu) tyrimas. Kokybinių tyrimų pagrindinis tikslas – gauti kokybinius duomenis (pagrindimą) 4-ajam pamatiniam teiginiui patvirtinti ir papildomus duomenis 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam pamatiniams teiginiams pagrįsti, kurių pagrindu konstruojamas Modelis.

Per abu kokybinius tyrimus vyko *ekspertų apklausa grupinės diskusijos metodu* (angl. *expert panel method*). Metodo esmė – „ekspertų grupė diskutuoja problemą, kuri negali būti lengvai išspręsta atskiro asmens“ (*Panel discussion*, 2015; Bitinas B. *et al*., 2008). Ekspertų grupinės diskusijos metodas - vienas plačiausiai taikomų nagrinėjant įvairaus lygio vadybinius-organizacinius klausimus (Dunn M., 1995; ICES-CIEM, 2014; Metz, J., 2015).

Abiejų kokybinių tyrimų atveju ekspertų grupinė diskusija buvo organizuota identiškai: diskusijos ekspertams pristatyti ir paaiškinti ekspertinės apklausos, naudojant grupinės diskusijos metodą, tikslai ir tvarka; vėliau dalyviams pristatyta Modelio principinė schema, apibūdinta Modelio struktūra, funkcijos, veikimas, atsakyta į ekspertams iškilusius klausimus; ekspertai supažindinti

su grupinės diskusijos temomis ir temų sritimis (klausimais). Diskusija buvo moderuojama, kiekvienas susitikimas įrašomas (padarytas skaitmeninis garso įrašas). Diskusijos pradžioje ekspertai buvo informuoti, kaip bus užtikrinamas duomenų konfidencialumas ir gautas ekspertų sutikimas dėl grupinės diskusijos garso įrašymo. Abiejų kokybinių tyrimų metu gauti atsakymai analizuoti naudojant *teminės analizės metodą* (Braun V., Clarke V., 2012; Guest G., 2012; Saldana J., 2009).

Pirmajam kokybiniam tyrimui (ligoninės (SP mezosistemos ir makrosistemos) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu) atliekamam tose pačiose tipinėse LRLL, kuriose buvo atliktas kiekybinis tyrimas, **iškelti tikslai**: a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS ligoninėje; b) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) ligoninėje; c) nustatyti būtinas sąlygas, kad ligoninėje Modelis būtų sėkmingai įdiegtas ir veiktų.

Atrinkti trijų tirtų LRLL darbuotojai, turintys didžiausią kompetenciją ir patirtį PS ir PSĮ valdymo srityje (pvz., darbuotojai, kurių vadybinė-organizacinė veikla labiausiai susijusi su PS organizavimu, PSĮ valdymu ligoninės (SP sistemos makrosistemos lygmuo) ir / ar jos struktūrinio padalinio (SP sistemos mezosistemos lygmuo) lygmeniu, kt.). Ekspertais atrinkti ligoninės administracijos vadovai, Vidaus medicinos audito skyriaus vadovai, klinikinių padalinių vadovai, administracijos padalinių (žmonių išteklių, kt.) vadovai.

Pirmojo kokybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio aktualumą, reikalingumą, tinkamumą bei atitikimą ligoninių poreikiams; b) sudarė galimybę išsiaiškinti ir nustatyti Modelio tobulinimo ir plėtojimo kryptis; c) atskleidė ligoninių darbuotojų suvokimą, kad Modelio įgyvendinimas yra sisteminė inovacija, galimai sukelsianti sisteminius ligoninės veiklos pokyčius bei inovacijų diegimui būdingą darbuotojų pasipriešinimą; d) parodė, kad vis dar dominuojantis šalies SP sistemoje tradicinis (biurokratinis, hierarchinis) viešojo valdymo stilius yra svarbi kliūtis sėkmingam Modelio įgyvendinimui; e) parodė pranešinėjimo apie NĮ baimės įveikimą kaip vieną svarbiausių Modelio sėkmingo įgyvendinimo prielaidų; f) pabrėžė pranešinėjimo apie PSĮ anonimiškumo ir konfidencialumo svarbą; g) parodė, kad Modelio įgyvendinimo apimtys ir pobūdis labai priklauso nuo ligoninės disponuojamų išteklių; h) parodė ligoninės darbuotojų suinteresuotumo ir motyvacijos svarbą diegiant ir įgyvendinant Modelį ligoninėje; i) atskleidė pereinamojo laikotarpio reikalingumą diegiant, derinant ir pritaikant Modelį ligoninės poreikiams ir veiklos specifikai; j) parodė, kad Modelis turėtų būti *atvira, skaidri, nuolat besimokanti ir tobulėjanti sistema*, atvirai bendradarbiaujanti tiek su ligoninės vidaus, tiek su išorės PS užtikrinimo ir gerinimo proceso dalyviais ir suinteresuotomis pusėmis, turinti mechanizmą išaiškinti PS ir savo (Modelio) trūkumus, atlikti korekcinius veiksmus, komunikuoti ir užtikrinti grįžtamąjį ryšį; k) parodė, kad Modelio įgyven-

dinimo ligoninėje sėkmė didele dalimi priklausys nuo išorinės aplinkos sąlygų, ypač nuo aukštesnio lygmens institucijų (ministerijos, jai pavaldžių institucijų, ligoninės steigėjo), žiniasklaidos bei pacientų požiūrio į PS ir veiksmų; l) atskleidė, kad sėkmingam Modelio įgyvendinimui yra ypač svarbi visuomenės nuomonė ir ją formuojančios žiniasklaidos požiūris į klaidas medicinoje, jų valdymą bei PS iniciatyvų palaikymą; m) parodė, kad Modelio įgyvendinimo sėkmė taip pat priklausys nuo pacientų elgesio, požiūrio ir palaikymo; n) nustatė ligoninės darbuotojų išsamesnio susipažinimo su PS, NĮ, PSĮ sąvokomis ir objektais poreikį bei poreikį turėti tikslų pranešinėjamų NĮ sąrašą, kuris būtų palaipsniui praplečiamas, atsižvelgiant į ligoninės poreikius ir PSĮ išaiškinimo patirtį; o) atskleidė ligoninės PS ekspertų ir kitų darbuotojų pritarimą Modelio principinei schemai, pažymint, kad PSĮ išaiškinimas turi būti kompleksinis, siejantis tiek jau įvykusių, tiek einamuoju momentu ar nuolat vykstančių, tiek galimai ateity įvyksiančių PSĮ išaiškinimą ar jų rizikos įvertinimą; p) iškėlė būtinybę ligoninėje turėti specialiai parengtą PS specialistą bei pabrėžė nacionalinio lygmens PS koordinavimo centro įsteigimo tikslingumą; r) parodė, kad Modelis neturėtų būti pernelyg sudėtingas jį suprasti ir įgyvendinti, jo įgyvendinimas neturėtų pareikalauti didžiulių investicijų.

Atsižvelgiant į šiuos 1-ojo kokybinio tyrimo rezultatus, buvo patikslinta ir išplėtota Modelio principinė schema, parengta Modelio veikimo konteksto analizės schema.

Antrajam kokybiniam tyrimui (Nacionalinio (SP sistemos megasistemos ir metasistemos lygmenys) lygmens PS ekspertų apklausos grupinės diskusijos metodu) **iškelti tikslai**: a) įvertinti Modelio principinę schemą, jo įgyvendinimo svarbą ir reikšmingumą gerinant PS ligoninėse ir kitose ASPĮ; b) įvertinti Modelio svarbą nacionalinei SP sistemai užtikrinant ir gerinant PS Lietuvoje; c) išsiaiškinti Modelio įgyvendinimo galimybes ir iššūkius (problemas) ligoninėse ir kitose APSĮ; d) patikslinti lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų konteksto sąlygas, būtinas sėkmingai Modeliui diegti ir veikti.

Ekspertų atranka vyko identifikuojant aukščiausio lygio, skirtingą patirtį PS srityje turinčius SP sektoriaus ir / ar nacionalinio lygmens kitose organizacijose, susijusiose su PS užtikrinimu ligoninėse, asmenis. Atrenkant ekspertus vadovautasi *maksimalios variacijos principu* – aukščiausiojo (nacionalinio) lygmens PS srities ekspertai parinkti taip, kad būtų atstovaujama visoms svarbiausioms nacionalinio lygmens institucijoms, atsakingoms už PS užtikrinimą ir gerinimą skirtinose srityse (pvz.: vaistų sauga, radiacinė sauga, medicinos įrangos sauga, kt.): LR Seimas (sveikatos politikos PS srityje formavimas, PS teisinis reglamentavimas, kt.); LR sveikatos apsaugos ministerija (PS politikos formavimas ir įgyvendinimas nacionaliniu lygmeniu); Valstybinė ligonių kasa (SP kokybės ir saugos kontrolė, priežiūra); Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (medikamentų, medicinos priemonių sauga), Valstybinė akreditavimo

sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie LR sveikatos apsaugos ministerijos (PS stebėsena, koordinavimas, priežiūra ir kontrolė nacionaliniu lygiu (paskirta Nacionalinio lygio kompetentinga institucija PS srityje); Nacionalinis transplantacijos biuras (donorystės sauga); Higienos institutas (su SP susijusių infekcijų valdymo stebėsena, koordinavimas); Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba (PS visi aspektai); M. Romerio universitetas (moksliniai tyrinėjimai, PS darbuotojų tobulinimas PS srityje); Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas (SP specialistų rengimas, tobulinimas, mokslinė veikla); Lietuvos gydytojų sąjunga (gydytojų sauga, PS sauga); Lietuvos slaugos specialistų organizacija (slaugytojų sauga, PS).

Antrojo kokybinio tyrimo rezultatai: a) patvirtino Modelio reikalingumą atskiroms ASPĮ ir nacionalinei SP sistemai; b) parodė pritarimą pateikto Modelio principinei schemai, struktūrai ir funkcijoms; c) sudarė galimybę išryškinti problemas ir sunkumus, kurie gali kilti įgyvendinant ir įveiklinant Modelį; d) sudarė galimybę identifikuoti priemones, kurių reikėtų imtis nustatytoms problemos ir sunkumams įveikti, palengvinant Modelio įgyvendinimą; e) pabrėžė būtinybę į Modelio įgyvendinimą įtraukti institucijas ir organizacijas, dalyvaujančias užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu.

Remiantis 2-ojo kokybinio tyrimų rezultatais patikslinta ir papildyta Modelio principinė schema, Modelio veikimo konteksto schema, parengta Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis institucijomis schema, išnagrinėtos Modelio įgyvendinimo ir adaptacijos ligoninėse ir kitose ASPĮ problemos, jų sprendimo būdai.

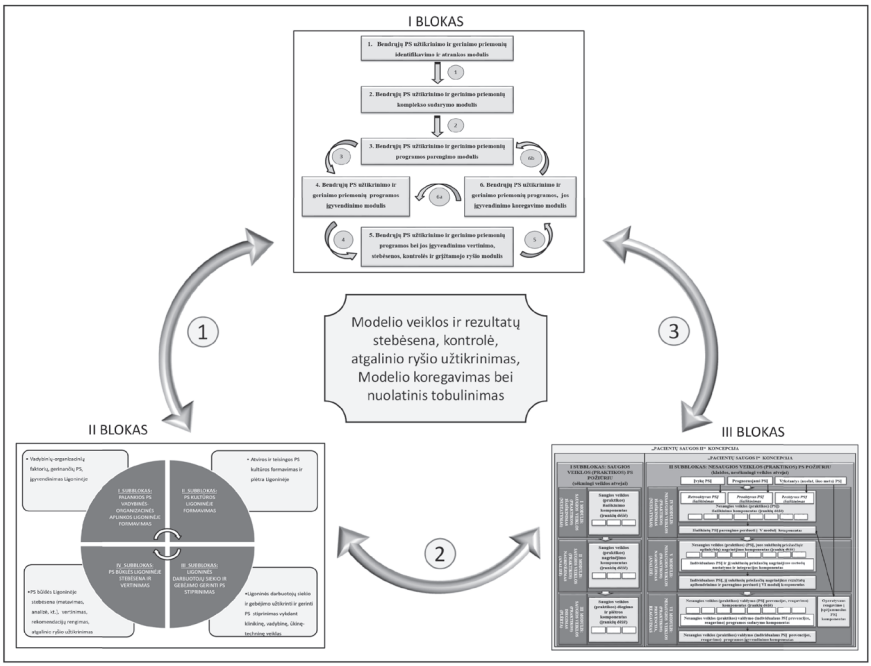
Kokybinių tyrimų rezultatai patvirtino Modelio kūrimo 4-ąjį ir 5-ąjį pamatinius teiginius ir suteikė papildomus duomenis 1-ajam, 2-ajam ir 3-ajam pamatiniams teiginiams pagrįsti, kurių pagrindu toliau buvo konstruojamas ir plėtojamas Modelis. Kokybinių tyrimų metu tiek ligoninės, tiek nacionalinio lygmens PS ekspertai apibūdino lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų bendradarbiavimo svarbą, kaip vieną svarbiausių sėkmingo Modelio diegimo ligoninėje ar kitoje ASPĮ prielaidų. Kokybinių tyrimų metu išaiškinti lokalaus (ligoninės) ir nacionalinio (SP sektoriaus) lygmenų visas kompleksas įvairaus pobūdžio veiksnių, nuo kurių priklausys Modelio diegimas, įgyvendinimas ir plėtojimas ligoninėse ar kitose ASPĮ, taip pat tikėtinos problemos ir sunkumai, kilsiantys įgyvendinant Modelį, kurių sprendimas reikalauja kompleksinio (įvairiapusio, daugiaaspekčio) požiūrio į PS, PSĮ valdymą tiek lokaliame (ligoninės, kitos ASPĮ), tiek nacionaliniame (SP sektoriaus) lygmenyse. Ekspertų pasisakymai liudija, kad šių sunkumų įveikimas ir Modelio įgyvendinimas ligoninėse ir kitose ASPĮ suteiks svarbų postūmį viso SP sektoriaus pažangai, sudarys sąlygas veiksmingiau išsiaiškinti ir spręsti PS bei kitas SP sektoriaus problemas. Todėl Modelio įgyvendinimas ir sėkmingas veikimas formuos naujas, palankias sąlygas dinamiškai visos SP sistemos raidai.

Modelio kūrimo III etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo III etape, vadovaujantis atliktų empirinių tyrimų rezultatais, buvo parengta Modelio principinė schema, apibūdinti struktūriniai komponentai ir funkcijos, įvertinta pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveika.

3. Modelio principinė schema, struktūra, funkcijos

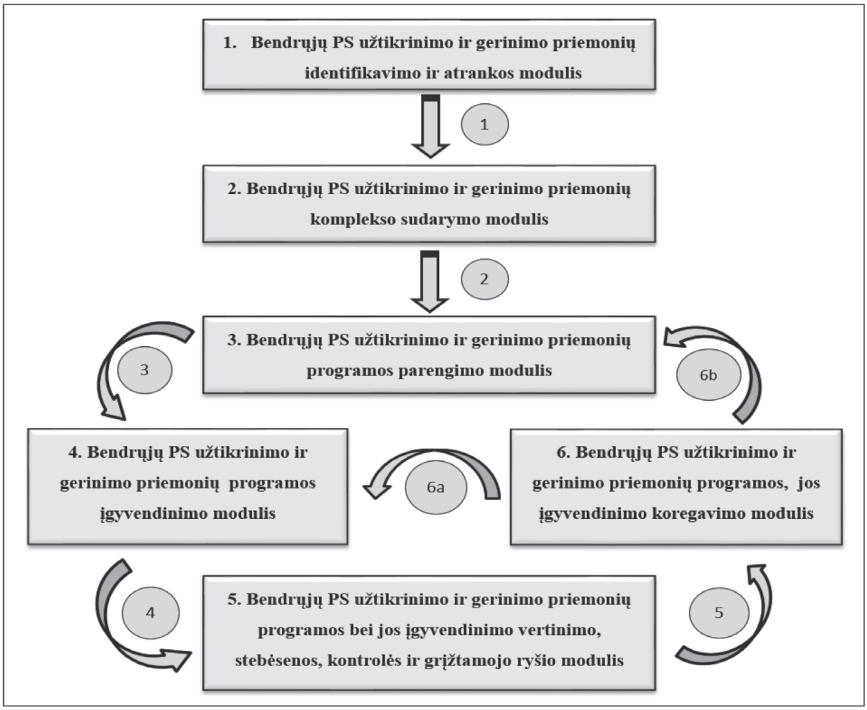
Remiantis atliktų kiekybinio ir kokybinių tyrimų rezultatais, parengta Modelio principinė schema (žr. 1 pav.):



1 pav. *Modelio principinė schema*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Centrinę vietą Modelio principinėje schemoje sudaro jo trys *struktūriniai blokai*:

***Modelio I blokas:* „PS gerinimas bendrosiomis (nacionalinio, tarptautinio lygmenų) priemonėmis“** (žr. 2 pav.):



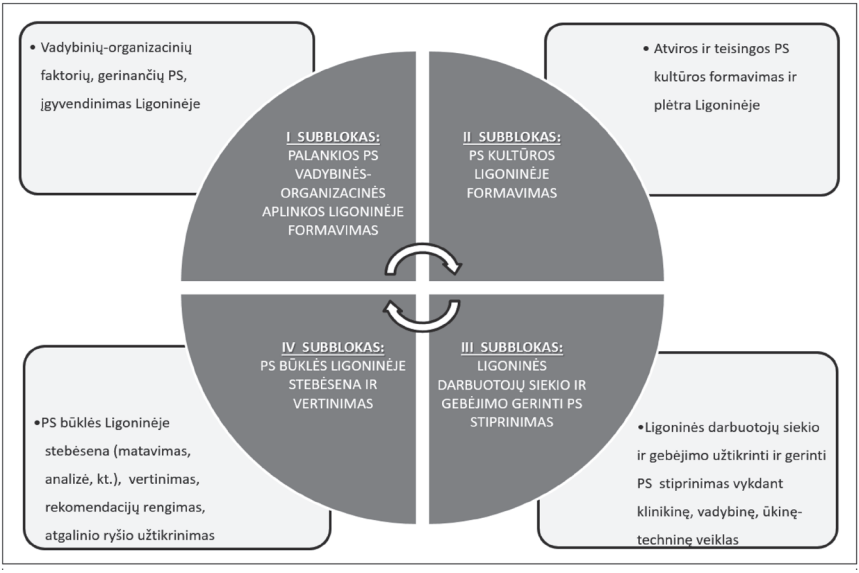
2 pav. *Modelio I blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmenų) PS priemonėmis“*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Bendrosios PS priemonės – tai visuotinai pripažintos, geriausia patirtimi (mokslo įrodymais ir geroji praktika) pagrįstos, tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų ASPĮ rekomenduojamos PS priemonės, kurių įgyvendinimas sustiprina PS: a) padidinant saugių (sėkmingų) atvejų ir rezultatų pasireiškimą, b) sumažinant nesaugių (nesėkmingų) atvejų skaičių bei jų rezultatų pasireiškimą,- ligoninei ar kitai ASPĮ funkcionuojant įprastomis, kintančiomis (nuspėjamomis, nenuspėjamomis) sąlygomis.

Modelio I blokas skirtas: a) iš tarptautinio ir nacionalinio PS judėjimų teikiamų rekomendacijų ir siūlomų PS priemonių visumos identifikuoti ir atrinkti ligoninei (ar kitai ASPĮ) tinkamiausias priemones (1 modulis); b) sudaryti ligoninei svarbių PS užtikrinimo ir gerinimo priemonių kompleksą (2 modulis); c) parengti PS užtikrinimo bei gerinimo priemonių programą (3 modulis); d) ją įgyvendinti (4 modulis); e) vykdyti programos įgyvendinimo ir poveikio vertinimą, stebėseną, kontrolę bei užtikrinti grįžtamąjį ryšį (5 modulis); f) atsižvelgiant į įvertinimo rezultatus, koreguoti ar tobulinti (6 modulis) programą (6b) ar jos įgyvendinimą (6a) (šio ciklo

žingsniai kartojami tiek kartų, kiek kartų nustatomi suplanuotos ir realios programos įgyvendinimo eigos bei suplanuotų ir pasiektų rezultatų neatitikimai).

***Modelio II blokas:* „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“** (žr. 3 pav.)



3 pav. *Modelio II blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis PS priemonėmis“*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

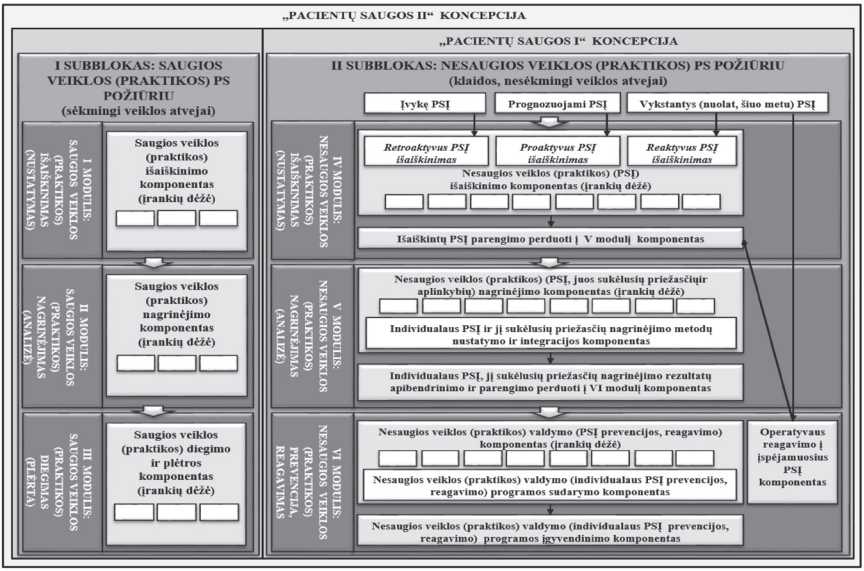
Modelio II bloko paskirtis – sudaryti palankias PS, PSĮ valdymui, Modeliui diegti ir plėtoti ligoninėje sąlygas, įgyvendinant bendrines vadybinio pobūdžio priemones: a) suformuoti palankias vadybines-organizacines sąlygas (pvz.: vadovybės lyderystės PS srityje užtikrinimas, PS iniciatyvų palaikymas, reikalingų išteklių PS užtikrinti ir gerinti skyrimas, kt.) (*1 subblokas*); b) formuoti atvirą ir teisingą PS kultūrą, pagrįstą tobulėjimo ir atskaitomybės balansu, skatinančią atvirą PSĮ valdymo procesą ir PSĮ atskleidimą pacientams; priimti įstaigoje lokalius norminius teisės aktus, formuojančius teigiamą požiūrį į PSĮ ir jų valdymą, kt.) (*2 subblokas*); c) stiprinti ligoninės darbuotojų siekius (motyvaciją) ir gebėjimus (žinias, įgūdžius, kt.), gerinti PS (pvz.: užtikrinti metodinę pagalbą rizikų valdymo srityje, organizuoti už PS atsakingiems ligoninės darbuotojams specializuotus mokymus PS, PSĮ valdymo, rizikų valdymo ir kt. srityse, kitiems darbuotojams – bendrinius mokymus PS, PSĮ valdymo klausimais, kt.) (*3 subblokas*); d) užtikrinti nuolatinį PS būklės, PSĮ valdymo proceso ir rezulta-

tų stebėsenos, vertinimo ir kontrolės procesų ciklo veikimą, užtikrinant grįžtamąjį ryšį ligoninės vadovybei, už PS atsakingiems ir kitiems darbuotojams (*4 subblokas*).

Apibendrinus – Modelio II bloko tikslas – *„paruošti dirvą" PS ir PSĮ valdymo iniciatyvoms*, PS užtikrinančių ir gerinančių tarptautinio ir nacionalinio lygmenų priemonėms įgyvendinti.

Šis *kompleksinis ligoninės vidinės aplinkos pokyčių* nuoseklus įgyvendinimas užtikrins visos ligoninės organizacijos sisteminę pažangą link PS gerinančio optimalaus organizacijos modelio išplėtojimo.

***Modelio III blokas:* „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis"** (žr. 4 pav.):



4 pav. *Modelio III blokas: „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis PS priemonėmis"*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Ligoninei veiksmingai įgyvendinant tarptautinio ir nacionalinio lygmenų rekomenduojamas *bendrąsias* (žr. Modelio I bloką) bei ligoninės lygmens *specialiąsias bendrines* (žr. Modelio II bloką) PS užtikrinimo ir gerinimo priemones, jos gali būti *nepakankamos* Ligoninei funkcionuojant nuolat kintančioje turbulentinėje aplinkoje (nuolatinių SP sektoriaus pertvarkų laikotarpyje – kintant ligoninės veiklos teisiniam reglamentavimui, esant nuolatinei įtampai dėl resursų stokos, sparčiai diegiamų moderniųjų technologijų, inovatyvių diagnostikos ir

gydymo metodų, didėjančių visuomenės lūkesčių sveikatos priežiūrai ir pan.). Todėl net ir įdiegus mokslo ir gerosios praktikos rekomenduojamas tarptautinio ir nacionalinio lygmenų PS priemones (žr. Modelio I bloką), ligoninė netampa visiškai saugia pacientams, nes sparčiai besikeičiant aplinkos sąlygoms, joje neišvengiamai kartosis ar rasis nauji pavojai, kils nauji PSĮ.

Suformuota geroji (saugi) praktika taip pat nėra ilgalaikė ir stabili, nes ligoninė ir jos veiklos kontekstas nėra nekintantys. Pasikeitus aplinkybėms, turi keistis ir praktika, nes ankstesnėmis sąlygomis ligoninėje suformuota *geroji (saugi) praktika,* atsiradus naujoms aplinkybėms, gali tapti anaiptol *nesaugia*. Kita vertus, nesėkmingų praktikos atvejų ligoninėje įvyksta gerokai mažiau nei sėkmingų, todėl mokantis vien tik iš nesėkmių – reiškia mokytis tik iš santykinai mažos dalies praktikos (atvejų imties), neišnaudojant galimybių semtis patirties iš gerokai platesnės ir įvairiapusiškesnės *saugios praktikos* ir tobulėti, identifikuojant bei diegiant ligoninėje saugios veiklos (praktikos) apraiškas, taip išvengiant ar užkertant kelią pavojams ir PSĮ rastis. Be to, Modelio I ir II bloke numatytos PSĮ prevencinio valdymo priemonės gali būti neįgyvendinamos ar netinkamai atrenkamos ir įgyvendinamos dėl vadybos trūkumų. Dėl šių priežasčių, įvertinus tyrimų rezultatus, parengtas *Modelio III blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis specifinėmis priemonėmis“,* kurį sudaro du subblokai: a) *I subblokas „Saugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“* (ligoninės, jos padalinio, darbuotojo sėkmingos veiklos atvejai), skirtas gerosios patirties (saugios (sėkmingos) veiklos, praktikos) paieškai ir išaiškinimui (I modulis), jos nagrinėjimui ir analizei (II modulis) bei panaudojimui (adaptavimui, diegimui, plėtrai) (III modulis); b) *II subblokas „Nesaugios veiklos (praktikos) PS požiūriu“* (ligoninės, jos padalinio, darbuotojo nesėkmingos veiklos atvejai), skirtas nesaugios praktikos (PSĮ) išaiškinimui (IV modulis), nagrinėjimui (V modulis), reagavimui bei prevencijai (VI modulis).

Mokslinėje literatūroje pateikiami įvairūs geriausios patirties paieškos, nagrinėjimo ir panaudojimo būdai (Hong P. *et al*., 2012). Daugelio jų pagrindą sudaro *Kaiser Associates* pasiūlyta *7 žingsnių metodika* (*Kaiser Associates*, 1988), kurią išplėtojo R. Camp, pateikęs 12 žingsnių metodiką (Camp R., 1994). Šių autorių siūlomu geriausios patirties nustatymo, nagrinėjimo ir diegimo procesų nuoseklumu vadovautasi rengiant Modelio geriausios patirties (saugios (sėkmingos) veiklos (praktikos)) (I subbloko) *paieškos* (išaiškinimo) (I modulis), *nagrinėjimo (analizės) (II modulis) bei diegimo (plėtros) (III modulis)* etapų struktūrinius elementus.

Modelio III bloko I ir II subblokų modulių *komponentai* suformuoja kiekvienam PSĮ valdymo etapui (išaiškinimo, nagrinėjimo, diegimo, reagavimo ir prevencijos) būtinų vadybos įrankių dėžes (angl. *tool box*).

Pažymėtina, kad Modelio III bloko I subblokas įgyvendina *moderniosios PS II koncepcijos* (Hollnagel E., 2014; Braithwaite J., Wears E.; Hollnagel, E., 2015) nuostatas, pabrėžiant mokymosi iš geriausios (sėkmingos, saugios) patirties svarbą. Mokymosi iš geriausios (saugios) praktikos subbloko elementų ir šio subbloko ryšių su viso Modelio sistema skirta generuoti Modelio ir visos ligoni-

nės veiklai tobulinti bei gerajai praktikai plėsti idėjas ir jas įgyvendinti, siekiant pagerinti organizacijos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, suformuojant nepalankias sąlygas rastis ir pasireikšti pavojams, PSĮ bei palankias sąlygas ligoninei veikti, pasiekiant kuo aukštesnį PS lygį.

Modelio III bloko II subbloke įgyvendintos tradicinės *PS I* koncepcijos (Reason J., 2000) nuostatos; ją įgyvendinant, išplečiamas jos veikimo laukas, apimant ne tik įvykusių NĮ pranešinėjimą, bet ir visų (įvykusių ir neįvykusių (potencialių)) PSĮ valdymą (pranešinėjimą, nagrinėjimą, reagavimą, prevenciją)) ligoninėje. Šį subbloką sudaro: a) *Nesaugios veiklos (praktikos) išaiškinimo (nustatymo) modulis (IV modulis)*, kurio paskirtis – užtikrinti kuo išsamesnį įvykusių (*PSĮ retroaktyvaus išaiškinimo komponentas*), vykstančių (*PSĮ reaktyvaus išaiškinimo komponentas*) ir prognozuojamų bei tikėtinų (*PSĮ proaktyvaus išaiškinimo komponentas*) PSĮ išaiškinimą, jų registravimą ir parengimą tolesnei PSĮ analizei, naudojant atitinkamo pobūdžio PSĮ išaiškinimo metodų ir priemonių įrankių dėžes; b) *Nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo (analizės) modulis (V modulis)*, kurio paskirtis IV modulyje išaiškintų PSĮ, juos sukėlusių priežasčių bei aplinkybių giluminės analizės atlikimas, priežastinių ryšių identifikavimas panaudojant šiuolaikinio vadybos mokslo rekomenduojamų rizikų ir PSĮ valdymo metodų ir priemonių arsenalą, suformuotą šio modulio nesaugios veiklos (praktikos) nagrinėjimo komponento įrankių dėžėje; c) *Nesaugios veiklos (praktikos) prevencijos ir reagavimo modulis (VI modulis),* kurio paskirtis parinkti kiekvienam nustatytam individualiam PSĮ veiksmingas prevencijos ir reagavimo (poveikio) priemones; integruoti šias priemones į įstaigoje veikiančią PS užtikrinimo ir gerinimo programą, sudarant tam būtinas vadybinės-organizacinės ir klinikinės veiklos sąlygas.

Modelyje suformuotą sisteminį požiūrį į PSĮ valdymą atskleidžia 1 pav. parodyta pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveika, apibūdintina kaip *dviejų kontrolės ir korekcijos ciklų sistema*: a) *vidinis ciklas (pirmasis)* – veikia Modelio I bloke, užtikrindamas šio bloko 3, 4, 5 ir 6 subblokų sąveiką siekiant išaiškinti ir koreguoti bendrųjų PS priemonių įgyvendinimo neatitikimus; b) *išorinis ciklas (antrasis)* – užtikrina trijų pagrindinių Modelio blokų tarpusavio sąveiką (pvz., Modelio III bloku parodyta, kaip jis sudaro galimybę išsiaiškinti (pagauti) PSĮ, kurie įvyksta dėl I bloko veiklos spragų, dėl to galima papildyti ar patikslinti įgyvendinamų *bendrųjų (tarptautinio ir nacionalinio lygmens PS judėjimų rekomenduojamų) PS priemonių sistemą*.

Pagrindiniai Modelio blokai sujungti į išorinį (antrąjį) *Modelio veiklos ir rezultatų stebėsenos, kontrolės, atgalinio ryšio užtikrinimo, Modelio koregavimo bei tobulinimo ciklą,* siekiant užtikrinti Modelio (vadybinio-organizacinio instrumento) efektyvų ir veiksmingą funkcionavimą, nuolatinį tobulėjimą ir atvirumą. Vidinis ir išorinės kontrolės ir korekcijos užtikrinimo ciklai kartu veikdami sudaro galimybę stebėti ir vertinti Modelio pagrindu parengtos ir veikiančios PSĮ valdymo sistemos veiklą, vertinti ligoninės pažangą užtikrinant bei gerinant PS.

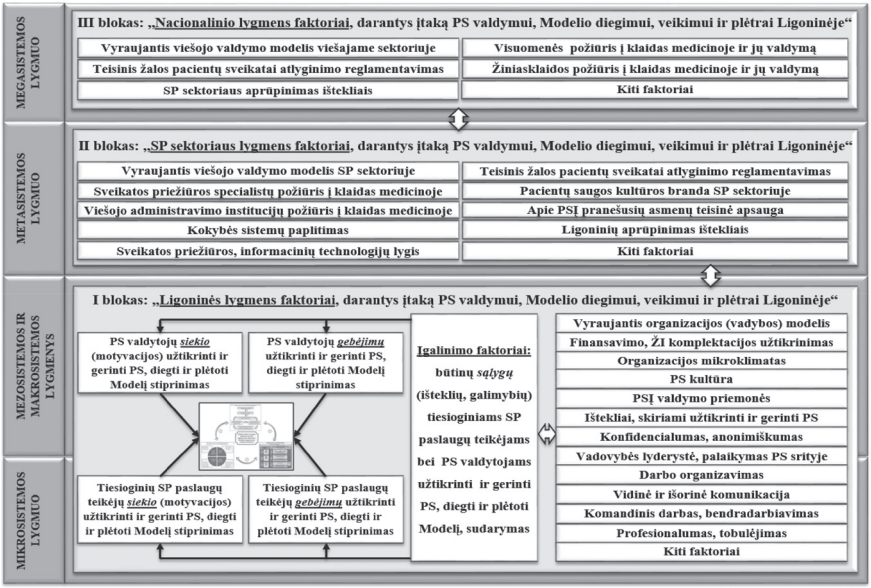
Modelio kūrimo IV etapo pagrindinės veiklos ir rezultatai

Modelio kūrimo IV etape įvertintas Modelio veikimo kontekstas, Modelio adaptavimo ir įgyvendinimo ligoninėje ar kitoje ASPĮ problematika ir iššūkiai.

4. Modelio kūrimo ir įgyvendinimo konteksto sąlygos

Modelis – atvira sistema, funkcionuoja ne izoliuotai, o yra susietas vidiniais (ligoninės lygmenyje – su ligoninės vidinių struktūrų ir procesų elementais) ir išoriniais (SP sektoriaus, nacionaliniame lygmenyse – su SP sektoriaus ir nacionaliniame lygmenyje veikiančiomis institucijomis tiesiogiai ir netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS ligoninėje) ryšiais, per kuriuos yra veikiamas bei pats daro įtaką aukštesnio lygmens sistemoms.

Modelio vidinių (ligoninėje) ir išorinių (su SP meta- ir mega- lygmenyse veikiančiomis organizacijomis ir institucijomis) ryšių sistema pateikta *Modelio veikimo konteksto schemoje*, tarpusavyje sąveikaujančių trijų struktūrinių blokų lygmenimis (žr. 5 pav.):



5 pav. *Modelio veikimo konteksto schema*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Pateiktoje *Modelio veikimo konteksto schemoje* matyti, kad jo I bloko „Ligoninės lygmens faktoriai, darantys įtaką PS valdymui, Modelio diegimui,

veikimui ir plėtrai ligoninėje“ (SP mikro-, mezo- ir makro- sistemų lygmenys) pagrindą sudaro Modelio subblokas (sumažintas 1 pav.) – operacinė ligoninės PSĮ valdymo sistemos dalis, kurioje tiesiogiai realizuojamos priemonės PS ligoninėje vertinti, užtikrinti ir gerinti.

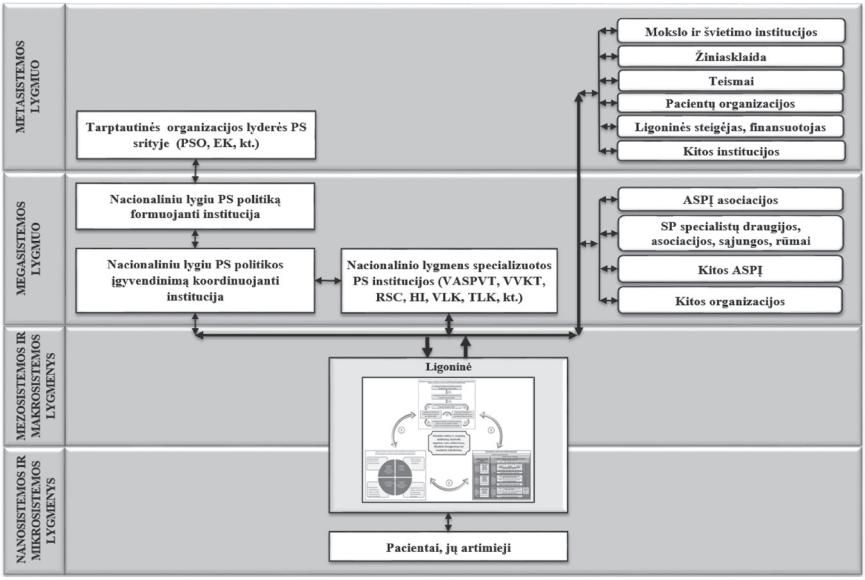
Su Modelio subbloku glaudžiais tiesioginiais ryšiais susiję keturi jį aptarnaujantys subblokai, sudarantys sąlygas Modelio subblokui efektyviai funkcionuoti. Tam, kad Modelis sėkmingai veiktų, t. y. kad šiame subbloke efektyviai vyktų PS užtikrinantys ir gerinantys procesai, būtina užtikrinti, kad ligoninės darbuotojai *siektų (norėtų)* (t. y. būtų įtraukti, suinteresuoti, motyvuoti) užtikrinti PS ir *galėtų (gebėtų)* (t. y. turėtų reikiamą kompetenciją, kvalifikaciją, išteklius bei įgaliojimus) tai atlikti. Šią funkciją užtikrina Modelio subbloką aptarnaujantys šie subblokai: a) „*Tiesioginių SP paslaugų teikėjų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; b) „*PS valdytojų siekio (motyvacijos) gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; c) „*Tiesioginių SP paslaugų teikėjų gebėjimų gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“; d) „*PS valdytojų gebėjimų gerinti PS ir diegti Modelį stiprinimo*“. Šių subblokų komplekso funkcionalumas ir veikimo efektyvumas priklauso nuo įvairių ligoninės vadybinių-organizacinių faktorių, darančių įtaką Modelio diegimui, veikimui, plėtrai. Atlikti kiekybinis ir kokybiniai tyrimai sudarė galimybę patikslinti PSĮ valdymo priklausymą nuo ligoninės vadybinių-organizacinių veiksnių, atskleidė sudėtingą trijų lygių ryšių sistemą tarp darbuotojų galimybės ir siekio gerinti PS, diegti Modelį ir ligoninės vadybinės-organizacinės veiklos veiksnių. Bendrąsias vadybines-organizacines prielaidas ir sąlygas gerinti PS ir įgyvendinti Modelį tiesioginiams SP paslaugų teikėjams ir PS valdytojams sudaryti skirtas *įgalinimo faktorių subblokas*: „*Būtinų sąlygų (išteklių, galimybių) tiesioginiams SP paslaugų teikėjams bei PS valdytojams užtikrinti ir gerinti PS bei diegti Modelį sudarymas*“. Šių sąlygų užtikrinimas priklauso nuo daugelio tirtų ligoninių darbuotojų įvardytų ligoninės (SP mikro-, mezo- ir makrosistemos) lygmenų veiksnių ir sąlygų (pvz.: darbuotojui sudarymo sąlygų įgyti ir tobulinti kvalifikaciją, tobulinti įgūdžius PS valdymo srityje; konfidencialumo ir anonimiškumo užtikrinimo pranešusiems apie PSĮ asmenims; ligoninės vadovybės lyderystės ir įsitraukimo į PS gerinimo veiklą užtikrinimas; išteklių skyrimo PS veikloms vykdyti bei tinkamų darbo sąlygų sudarymo, kt.). Ligoninės vidinių sąlygų palankiai PSĮ valdymo veiklai sudarymas iš dalies priklauso ir nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja ligoninė, t. y. nuo palankių ir nepalankių ligoninę veikiančių išorinės aplinkos veiksnių (pvz.: PS teisinio reglamentavimo, ASPĮ finansavimo lygio, klinikinio ir vadybinio profilių žmonių išteklių rengimo ir tobulinimo sistemos kokybės, kt.). Ligoninės veiklai daro įtaką SP sektoriaus (SP metasistemos) lygmens faktoriai, o SP sektoriaus funkcionavimui – nacionalinio (SP megasistemos) lygmens faktoriai.

Ligoninės, kaip ir bet kurios kitos ASPĮ veikla priklauso nuo daugybės kitų įstaigų ir organizacijų veiklos. Tai institucijos ir organizacijos, kurios formuo-

ja ir įgyvendina sveikatos politiką, planuoja ir vykdo SP sektoriaus reformas, išleidžia ASPĮ veiklą reglamentuojančius teisės aktus, skiria finansus, tvirtina veiklos kryptis ir prioritetus (nustato profilius, paslaugų spektrą, kt.), formuoja užduotis, vykdo ligoninių veiklos ir jų teikiamų paslaugų kokybės kontrolę – tiesiogiai ar netiesiogiai savo įtaka ir sprendimais daro įtaką ligoninės veiklai, jos teikiamų paslaugų kokybei ir saugai.

Modelis – sudėtinė ligoninės (organizacijos) sistemos dalis, kurios tikslas atliepia ligoninės misijos esmę – užtikrinti saugių ir kokybiškų paslaugų teikimą gyventojams. Išorės organizacijų poveikis ligoninei (sistemai) neabejotinai daro įtaką Modelio (ligoninės subsistemos) veiklai. Dėl to svarbu nagrinėjant Modelio veikimo kontekstą įvertinti: a) Modelio ryšių su kitomis įstaigomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis užtikrinant PS ligoninėje, struktūrą; b) reikalavimus, keliamus visai šių įstaigų ir organizacijų sistemai, svarbius, įgyvendinant Modelį.

Modelio bendradarbiavimo ryšių su institucijomis ir organizacijomis, dalyvaujančiomis *tiesiogiai* (koordinuojant ar administruojant nacionalinio lygmens NĮ valdymo sistemas) ar *netiesiogiai* užtikrinant PS nacionaliniu lygmeniu, sistema pateikta 6 pav.:



6 pav. *Modelio bendradarbiavimo PS srityje su išorės suinteresuotomis pusėmis schema*
Šaltinis: *sudaryta darbo autoriaus.*

Modelis turi būti integruotas į ligoninės vadybinę-organizacinę struktūrą ir jo funkcionavimas priklausys nuo kitų ligoninės veiklos sferų, kurios savo ruožtu yra priklausomos nuo išorinės aplinkos sąlygų, kuriomis funkcionuoja ligoninė, visa sveikatos priežiūros sistema. Dėl to Modelio įgyvendinimas kelia naujus reikalavimus ligoninei formuoti glaudžius ryšius su institucijomis ir organizacijomis, tiesiogiai ar netiesiogiai dalyvaujančiomis užtikrinant PS, SP.

Ligoninė veikia viešojo valdymo sferoje. Ji teikia SP paslaugas ne izoliuotai, bet susietai glaudžiais tarpusavio ryšiais su tinklu valstybės ir savivaldybės viešojo administravimo paslaugas teikiančių institucijų, nuo kurių priklauso ligoninės veikla. Dauguma šių viešo administravimo sektoriaus institucijų sąveikauja su ligonine ir PS srityje (būdamos atsakingomis už specifines PS sritis nacionaliniu lygmeniu, pvz., už radiacinę saugą, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų valdymą, farmakologinį budrumą ir kt.), suformuodamos specifinį išorinį PS valdymo organizacinį kontekstą (teisinį, vadybinį-organizacinį, reguliacinį-kontrolės, ekonominį, kt.), kuris gali paveikti Modelio veiklą, skatinti arba slopinti ligoninės iniciatyvas PS srityje.

Atlikus Modelio veikimo viešojo valdymo konteksto analizę, nustatyta, kad Modelio veikimui ir bendradarbiavimo su išorės institucijomis santykiams mažiausiai palankus yra *Tradicinis (klasikinis, hierarchinis, biurokratinis) viešojo valdymo modelis* (angl. *Traditional Public Administration*). Tradicinis viešojo valdymo modelis gali veikti sėkmingai, kai priimami ir įgyvendinami sprendimai, vykdomi informacijos mainai vertikalės principu, organizacijoms veikiant nesudėtingos, stabilios ar mažai kintančios aplinkos sąlygomis. Tačiau ligoninės priskiriamos dinaminėms kompleksinėms sociotechninėms organizacijoms, veikiančioms sudėtingos, nuolat kintančios aplinkos sąlygomis. Todėl palankesniu Modelio veiklai, sudarančiu daugiau galimybių suformuoti lanksčią santykių ir bendradarbiavimo sistemą, laikytinas *Naujosios viešosios vadybos modelis* (angl. *New Public Management*), suteikiantis daugiau savarankiškumo organizacijoms ir jų darbuotojams priimti sprendimus siekiant bendrų organizacijos tikslų (tarp jų PS). Tačiau veikiant šiam viešojo valdymo modeliui, pasireiškia daugiau privačiam sektoriui būdingos užsakovo-vykdytojo (angl. *principal-agent*) problemos šalutinis poveikis (pvz., efektyvumo, verslumo akcentavimas, mažiau dėmesio skiriant pilietinėms, humanistinėms, altruistinėms, viešosioms vertybėms). Todėl palankiausiu Modelio veiklai įvertintas *Naujasis viešojo valdymo modelis* (angl. *New Public Governance*), pabrėžiantis viešojo intereso, viešųjų vertybių, veiklos ir santykių atvirumo bei skaidrumo svarbą, sudarant sąlygas bendradarbiaujančioms organizacijomis geriau suprasti viena kitos poreikius ir problemas, lanksčiau prisitaikyti ar jas spręsti. Šis viešojo valdymo modelis yra palankiausias atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos bruožus įgyvendinančiam Modeliui, nes jam yra būdingas požiūris į problemas kaip į mokymosi ir tobulėjimo šaltinį (skatinamas atviras klaidų ir PSĮ pripažinimas ir atskleidimas, pranešinėjimas, nagrinėjimas), t. y. būdingas proaktyvus (prevencinis) veiklos pobūdis.

Todėl *Naujojo viešojo valdymo* ir *atviros, besimokančios, skaidrios organizacijos* modelių vadybinis organizacinis derinys sudaro palankiausias prielaidas Modelio diegimui, veiklai ir plėtrai.

5. Modelio įgyvendinimas ligoninėse ir kitose ASPĮ

Modelio įgyvendinimas vyks įvairiomis, skirtingomis sąlygomis, priklausomai nuo ligoninės ar kitos ASPĮ lygmens, paslaugų spektro, veiklos specifikos, išteklių, kt. Todėl Modelis sukonstruotas taip, kad užtikrintų stabilų ir tvarų jo pagrindu parengtos kompleksinės PSĮ valdymo sistemos funkcionavimą, kita vertus, užtikrinant paties Modelio lankstumą jam adaptuojantis prie ligoninės ar kitos ASPĮ vidinės ir išorinės aplinkos pokyčių.

Modelio adaptavimo problema ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams išspręsta Modelio konstrukte suformavus Modelio *nekintantį, stabilų branduolį* ir Modelio *kintančią, lanksčią periferiją*.

Modelio branduolys apima Modelio struktūrines dalis, kurios yra būtinos ir privalomos, siekiant užtikrinti Modelio veiklą, nepriklausomai nuo įstaigos ir jos veiklos specifikos. Tai trys pagrindiniai Modelio struktūriniai blokai ir juos sudarantys moduliai: I blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas bendrosiomis (tarptautinio, nacionalinio lygmenų) priemonėmis“; II blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) bendrinėmis priemonėmis“; III blokas „PS užtikrinimas ir gerinimas specialiosiomis (ligoninės lygmens) specifinėmis priemonėmis“. Kiekvienas būtinas Modelio veiklai blokas turi būtiną *modulių sistemą*, susijusią tampriais tarpusavio ryšiais.

Modelio kintamąją periferiją sudaro žemesnio lygmens, t. y. Modulio modulius sudarantys struktūriniai vienetai – *komponentai,* kuriais numatomas atitinkamų veiklų metodų ir priemonių arsenalų (įrankių dėžių) suformavimas: 1) *saugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. I modulį); b) nagrinėjimo (žr. II modulį); c) diegimo ir plėtros (žr. III modulį); 2) *nesaugios veiklos (praktikos)*: a) išaiškinimo (žr. IV modulį); b) nagrinėjimo (žr. V modulį); valdymo (PSĮ prevencijos, reagavimo) (žr. VI modulį).

Rengiantis įgyvendinti Modelį, jo kintamosios periferijos struktūriniai vienetai (komponentai) sudaromi įvertinus ligoninės, kitos ASPĮ veiklos specifiką, poreikius ir galimybes. Tokiu būdu dėl kintamosios periferijos Modelis gali prisitaikyti tiek prie įvairaus pobūdžio ligoninės ar kitos ASPĮ poreikių, tiek tuomet, kai pasikeičia jų veiklos aplinkos sąlygos.

Atliktų kiekybinių ir kokybinių tyrimų pagrindu parengta *Modelio adaptacijos ligoninės ar kitos ASPĮ poreikiams ir veiklos specifikai procedūra*, kurią sudaro 5 etapai: 1) duomenų šaltinių apie PSĮ identifikavimo ir atrankos sistemos sukūrimas; 2) reagavimo į PSĮ prioritetų nustatymo sistemos sukūrimas; 3) PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodų, priemonių arsenalų

parengimas; 4) įstaigos darbuotojų apmokymas naudoti PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos metodus, priemones; 5) Modelio vadybinės-organizacinės veiklos įgyvendinimas.

Modelio konstruktas suformuoja specialius mechanizmus, kurie užtikrina Modelio kintamosios periferijos adaptaciją, atsižvelgiant į ligoninės ar kitos ASPĮ poreikius, veiklos specifiką ir galimybes. Esant ribotiems ištekliams ligoninė, atsižvelgiant į jos patirtį ir veiklos specifiką, turi nusistatyti PSĮ valdymo veikloje prioritetus, identifikuojant veiklas, kurios turi didžiausią poveikį užtikrinant bei gerinant PS (pvz.: mokslu įrodyta, kad rankų tinkamas plovimas ir dezinfekcija, chirurginės saugos kontrolės lapo procedūros įvedimas – tai mažai išteklių reikalaujančios, tačiau didelį poveikį PS užtikrinančios ir gerinančios priemonės, kt.). Adaptuodama Modelį, ligoninė turi pasirinkti jos veiklos specifiką labiausiai atitinkančią Modelio veiklos organizacinę formą, atsižvelgdama į skiriamus šiai veiklai išteklius, PS darbuotojų kompetenciją ir kvalifikaciją, prieinamus PSĮ valdymo instrumentus, kt.

Teikiami keli galimi Modelio veiklos organizavimo būdai: a) *vertikalus specializuotas PSĮ valdymas.* Esant skirtingų sričių veikloms, pagal joms būdingas PS problemas vykdoma PS darbuotojų specializacija, užtikrinant PSĮ valdymą tam tikroje specifinėje srityje (pvz.: chirurgija, laboratorija, radiologija, slauga, onkologija ir pan.). Šis būdas sudaro galimybes PS darbuotojams specializuotis rizikų ir PSĮ valdymu specifinės kompetencijos srityse, tačiau pareikalauja ir didesnių išteklių; b) *horizontalus bendrinis PSĮ valdymas.* Esant panašaus profilio veikloms (pvz.: specializuoto profilio ligoninė (neurochirurgijos, kardiochirurgijos centrai, kt.), dienos chirurgijos centras, kt.), atsižvelgiant į tai, kad kiekvienas PSĮ valdymo (PSĮ išaiškinimo, priežasčių nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos priemonių įgyvendinimo) etapas turi savo metodų arsenalą, kuriuos būtina perprasti ir praktikuoti, o veiklų profilių įvairovė yra maža (veiklos panašios), PSĮ valdymas organizuojamas užtikrinant už PSĮ valdymą atsakingų darbuotojų specializuotą veiklą pagal PSĮ valdymo proceso etapus (PSĮ išaiškinimo, priežasčių nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos priemonių įgyvendinimo); c) *PSĮ valdymas pagal naudojamų duomenų šaltinius.* Atsižvelgiant į informacijos apie PSĮ ir juos sukeliančias priežastis duomenų šaltinių įvairovę (skaitmeniniai duomenys iš e. sveikatos dokumentacijos, duomenys, kurių šaltinis yra popierinė dokumentacija, paciento kelio stebėjimas (angl. *Patient tracer methodology*), grupinė diskusija, kt.) ir jų panaudojimo (identifikavimo, analizės, pristatymo, kt.) specifiką, PS darbuotojai specializuojasi dirbti su atitinkamais duomenų šaltiniais, taikyti jų apdorojimo metodus; d) *PSĮ valdymas atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą.* Ligoninė pasitvirtina skirtingas reagavimo procedūras atsižvelgiant į PSĮ reikšmingumą (pvz.: viena tvarka įspėjamiesiems (ypač reikšmingiems) įvykiams, kita - beveik įvykusiems NĮ (mažiau reikšmingiems), trečia – žalos nesukėlusioms neatitiktims nagrinėti, kt.). Tokiu atveju ligoninėje

lygiagrečiai veiks keli skirtingi PSĮ valdymo procesai; e) *PSĮ valdymas pagal PSĮ valdymo metodus.* Ligoninė suformuoja PSĮ išaiškinimo, ištyrimo, jų priežasčių analizės, reagavimo ir prevencijos priemonių arsenalus (įrankių dėžes), ligoninės darbuotojai specializuojasi panaudodami atitinkamus metodus. Nagrinėjant atskirą PSĮ pirmiausia išsiaiškinama, koks metodas yra tinkamiausias jam tirti ir toliau PSĮ nagrinėja tam tikrą metodą įvaldęs PS specialistas; f) *PSĮ valdymas pagal išteklių galimybes.* Nesant galimybių ligoninei skirti kelių darbuotojų PS veiklai užtikrinti (taip pat ir Modeliui įgyvendinti), ši veikla sutelkiama vieno ar kelių PS specialistų rankose arba pavedama atlikti išorės organizacijai (pvz., samdant medicinos audito paslaugas, kai tam tikrus klausimus sprendžia toje srityje besispecializuojantis konsultantas).

Pateikiami Modelyje numatytų veiklų įgyvendinimo įvairių variantų pavyzdžiai, iš kurių (ir dar kitų galimų) ligoninė ar kita ASPĮ, atsižvelgusi, į savo veiklos specifiką ir poreikius, įsivertinusi galimybes, skiriamus PSĮ valdymo veiklai išteklius, gali pasirinkti labiausiai jai tinkantį būdą.

Parengtas Modelis turėtų užpildyti šiuo metu egzistuojančią lokalaus (ligoninės, kitos ASPĮ) ir aukštesnių (nacionalinio, tarptautinio) PS judėjimų lygmenų sąveikos spragą bei pasitarnauti ligoninei ar kitai ASPĮ užtikrinant aukštesnį jos teikiamų paslaugų saugos lygį. Teikiamo Modelio pagrindu ligoninės ir kitos ASPĮ galės toliau plėtoti kompleksines PSĮ valdymo sistemas, geriausiai atitinkančias įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes.

Holistiniu požiūriu į PS pagrįstas Modelio pagrindu ligoninėje ar kitoje ASPĮ organizuotas kompleksinis PSĮ valdymas teigiamai veiks ne tik PS situaciją įstaigoje, bet ir prisidės tobulinant visos organizacijos veiklą. Atsižvelgiant į ligoninių ir kitų SP organizacijų kompleksinę sociotechninę prigimtį, jų funkcionavimą nuolat kintančioje, neapibrėžtumų pilnoje aplinkoje, tikėtina, kad keisis esamos ir formuosis naujos rizikos, pavojai, PSĮ. Tai kels naujus iššūkius Modeliui ir jo pagrindu ligoninėse ir kitose ASPĮ kuriamoms PSĮ valdymo sistemoms tobulinti ir plėtoti.

Išvados

Nors ir tarptautinis, ir nacionalinis PS judėjimai yra sukaupę didelę patirtį PS srityje, šių aukštesnių lygmenų PS užtikrinimo ir gerinimo iniciatyvos bei rekomendacijos lokaliame (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmenyje yra vangiai įgyvendinamos praktikoje. Viena svarbiausių priežasčių yra ta, jog stinga vadybinio-organizacinio mechanizmo, kuris sudarytų galimybę ligoninėms bei kitoms ASPĮ kurti, diegti ir plėtoti su tarptautiniu ir nacionaliniu PS lygmenimis suderintas ir integruotas PSĮ valdymo sistemas, maksimaliai atitinkančias šių įstaigų poreikius, veiklos specifiką ir galimybes.

Siekiant užtikrinti ir gerinti PS ligoninėje ar kitoje ASPĮ, būtina persiorientuoti nuo NĮ valdymo fragmentiškumo ir vienašališkumo į kompleksinį PSĮ val-

dymą. Tikslinga pateikto Modelio pagrindu kurti, diegti ir plėtoti ligoninėse ar kitose ASPĮ jų poreikiams bei veiklos specifikai pritaikytas, galimybes atitinkančias *kompleksines PSĮ valdymo sistemas*: a) *visapusiškas* (jungiančias nuolatinį mokymąsi iš teigiamos (saugios) ir neigiamos (nesaugios) savo ir kitų PS, PSĮ valdymo patirties; užtikrinančias šiuolaikinio mokslo ir gerosios praktikos pasiekimų PS srityje pritaikymą ir diegimą); b) *integruotas* (užtikrinančias retroaktyvų, reaktyvų ir proaktyvų PSĮ valdymą ir metodų integraciją); c) *vientisas* (užtikrinančias PSĮ valdymo proceso vientisumą, apimant PSĮ išaiškinimo, nagrinėjimo, reagavimo ir prevencijos komponentus); d) *bendradarbiaujančias*, *darniai ir sinergiškai veikiančias* (su kitomis įstaigoje veikiančiomis PS, PSĮ valdymo sistemomis, taip pat su nacionalinio lygmens PS kontrolę ir priežiūrą vykdančiomis institucijomis, diegiamomis nacionalinio lygmens NĮ / PSĮ valdymo sistemomis).

Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta kompleksinė PSĮ valdymo sistema sudarys galimybę ligoninėms ar kitoms ASPĮ, atsižvelgiant į jų veiklos specifiką ir patirtis PSĮ valdymo srityje, kryptingai atrinkti, adaptuoti ir įgyvendinti nacionalinio ir tarptautinio PS judėjimų rekomenduojamas PS užtikrinimo, gerinimo bei PSĮ valdymo priemones, mokantis iš savo bei kitų saugios ir nesaugios praktikos patirties.

Diegiant PSĮ valdymo sistemas nacionaliniu (šalies) ar lokaliu (ligoninės, kitos ASPĮ) lygmenimis, siekiant išvengti jų esamo fragmentiškumo ir vienašališkumo, būtina: a) atsižvelgti į SP sektoriaus ir jo organizacijų *sociotechninį kompleksiškumą*, reikalaujantį sisteminio kompleksinio požiūrio į PS ir PSĮ valdymą; b) įvertinti šių sistemų diegimo kontekstą – vidinę (ligoninės, kitos ASPĮ) ir išorinę (SP sektoriaus) vadybinę-organizacinę, ekonominę, teisinę, technologinę, socialinę ir kultūrinę aplinkas; c) sudaryti šioms sistemoms diegti, veikti ir plėtoti palankias prielaidas, kurių svarbiausios, tyrimų atskleistos, yra šios: darbuotojų pasipriešinimo inovacijoms įveikimas, jų suinteresuotumo efektyviai valdyti PSĮ didinimas; PSĮ valdymui reikiamų galimybių ir sąlygų sudarymas; PSĮ pranešinėjimo baimės įveikimas, anonimiškumo ir konfidencialumo užtikrinimas; bendradarbiavimo su nacionalinio lygmens PS institucijomis, žiniasklaida ir pacientais užtikrinimas bei jų požiūrio į klaidas medicinoje keitimas.

Modelio pagrindu parengta ir įgyvendinta kompleksinė PSĮ valdymo sistema sudarys galimybes ligoninėms ar kitoms ASPĮ išaiškinti žymiai daugiau įvykusių, vykstančių ir potencialių PSĮ, tiksliau nustatyti jų šaltinius, juos sukėlusias gilumines (sistemines) priežastis. Tai leis parinkti tikslingesnes (veiksmingesnes, efektyvesnes) jų prevencijos priemones, tobulinti ligoninės struktūras ir procesus, siekiant saugesnės sveikatos priežiūros. Dėl to tikėtina, kad Modelis taps ne tik svarbiu įrankiu, užtikrinant bei gerinant PS ligoninėje, bet ir svarbiu įstaigos vadybiniu instrumentu – pokyčių ir progreso varikliu – tobulinant įstaigos vadybinę-organizacinę ir klinikinę veiklas, gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir

saugą. Todėl Modelio įgyvendinimas atveria naujas perspektyvas tobulinti SP tiek lokaliu (ligoninės, kitos ASPĮ), tiek nacionaliniu (SP sektoriaus) lygmenimis užtikrinant saugesnę ir kokybiškesnę sveikatos priežiūrą pacientams.

Literatūra

1. An organization with a memory (2000). *Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: The Stationery Office. [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf.
2. Argyris, C. (1990). *Overcoming Organizational Defenses. Facilitating organizational learning*. Boston: Allyn and Bacon.
3. Baker, G. R. *et al*. (2004). The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1678–1686.
4. Bitinas, B. *et al*. (2008). *Kokybinių tyrimų metodologija*, Vilnius: Socialinių mokslų kolegija.
5. Braithwaite, J., Wears, R. L., Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: turning patient safety on its head. International Journal of Quality of Health Care. 27 (5), 418–420.
6. Braun, V., Clarke, V. (2012) Thematic analysis. In H. Cooper (Red.), *APA Handbook of Research Methods in Psychology, 3.*
7. Brogienė, D. (2010). *Paciento teisės į kokybišką sveikatos priežiūros paslaugą ir žalos sveikatos atlyginimą. Daktaro disertacija*. Vilnius: Vilniaus universitetas.
8. Chan, M. (2014).WHO Director-General foreword to the WHO Evaluation Practice Handbook. *WHO Evaluation Practice Handbook*. [Žiūrėta 2015-06-30]. Prieiga internete http://www.reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789241548687_eng.pdf
9. Chesbrough, H. W. (2006). *Open Business Models: How to Thrive in the New Innovation Landscape*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
10. Chesbrough, H. W. (2006). Open Innovation: A New Paradigm for Understanding Industrial Innovation. In H. W. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West (Eds.*). Open Innovation: Researching a New Paradigm*, (21), 1–12.
11. Davis, P., *et al.* (2002). Adverse events in New Zealand public hospitals: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal*., *115* (1167), 271.
12. Donner, A. and Klar, N. (2000) *Design and Analysis of Cluster Randomization Trials in Health Research*. London.
13. Dunn, M., *et al*. (1995). Expert panel method for nurse staffing and resource management. *The Journal Of Nursing Administration,* October, 25 (10), 61–67.

14. ECDPC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2016). *Healthcare-associated infections*. [Žiūrėta 2016-05-06]. Prieiga internete: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/Pages/index.aspx.
15. „Ernst & Young Baltic" UAB, Paškevičius L. et al., (2012). *Analizė apie galimybę sukurti nepageidaujamų įvykių ir gydymo klaidų registracijos sistemą*, 1-101.
16. „Ernst & Young Baltic" UAB, Paškevičius L. *et al.* (2014). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos modelio parengimas ir aprašymas". Mokslo studija*. Vilnius: UAB „Ernst & Young Baltic", 1–71.
17. European Commission (2005). *Patient Safety Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety.* [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.
18. European Commission (2009). *Report from the Commission to the Council on the basis of member states' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections.* Brussel: EC, 2012.
19. Europos Komisija (2012). *Europos Komisijos ataskaita Tarybai. Parengta remiantis valstybių narių pateiktomis Tarybos rekomendacijos (2009/C151/01) Dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimo ataskaitomis*. (2012). COM (2012) 658. [Žiūrėta 2013-12-19]. Prieiga internete: *https://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_lt.pdf.*
20. European Commission (2016). *Improving Patient Safety in Europe*. [Žiūrėta 2015-02-01]. Prieiga internete: http://ipse.univ-lyon1.fr.
21. Europos Taryba (2009). Tarybos rekomendacija dėl pacientų saugos ir su sveikatospriežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės. Europos Sąjungos oficialusis leidinys. (2009/C 151/01). [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/LT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2009:151:FULL&from=EN EU-lex. (2015).
22. Giedrikaitė R. (2008). The evaluation of physicians' and patients' opinion on confidence and confidentiality. *Medicina,* 44(1), 2008.
23. Guest, G (2012). *Applied thematic analysis.* Thousand Oaks, California: Sage.
24. Higienos institutas (2015). *Nepageidaujamų įvykių registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemos diegimas ir plėtra Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose*. Metodinis leidinys. Vilnius: Higienos institutas.
25. Hogan, H. *et al.* (2015). Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis. *BMJ, (14),* 351, 3239.
26. Hollnagel E. (2014). *The Safety-I and Safety –II. The Past and Future of Safety Management*. Ashgate.

27. Hong P. *et al.* (2012) Evolving benchmarking practices: a review for research perspectives. *Benchmarking: An International Journal,* 19 (4/5), 444–462.
28. ICES-CIEM (2014). *Expert Group Reports*. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: http://www.ices.dk/publications/our-publications/Pages/Expert-Group-Reports.aspx.
29. Yu, A. *et al.* (2016). *Patient Safety 2030.* London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre.
30. Kaiser Associates (1988*). Beating the competition: a practical guide to Benchmarking*. Washington, DC: Kaiser Associates. 1988.
31. Kline, P. (2010). *Ten Steps to a Learning Organization.* [Žiūrėta 2015-07-10]. Prieiga internete: http://www.amazon.com/Steps-Learning-Organization-text-Kline-B-Saunders/dp/B003PN4VJK.
32. Kohn, L., Corriggan, J. *et al.* (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press.
33. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Suvestinė 2015 m. redakcija) (2015). [Žiūrėta 2016-04-05]. Prieiga internete: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/617017408f5b11e59c9a8f8c9980906b?positionInSearchResults=2&searchModelUUID=144e1cc2-ce5a-47a9-a48d-6d8c72e510fe pakeitimo įstatymas. Valstybės žinios. 2009, Nr. 145-6425.
34. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl LR sveikatos apsaugos ministro 2004m. rugsėjo 14d. įsakymo Nr.V-642 „Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo“ pakeitimo“ (2007). [Žiūrėta 2014-09-09]. Prieiga internete: https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.242167/NMcjmUyGHe?positionInSearchResults=0&searchModelUUID=a3b7d617-5091-4dd5-9e73-00b931957f4e.
35. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymo Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo. (2005). *Valstybės žinios. 2015, Nr. V-92*.
36. Marmienė, L. (2015). *Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas. Daktaro disertacija*. Kaunas
37. Metz, J. (2015). The European Commission, Expert Groups, and the Policy Process. [Žiūrėta 2015-11-25]. Prieiga internete: http://www.palgrave.com/page/detail/The-European-Commission-Expert-Groups-and-the-Policy-Process/?sf1=barcode&st1=9781137437228.
38. Panel discussion (2015). *Wikieducator.* [Žiūrėta 2015-12-25]. Prieiga internete: http://wikieducator.org/panel_discussion.

39. Paškevičius, L. (2014). Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*, *1*(6), 133–156.
40. Paškevičius L., (2017). *Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. Daktaro disertacija.* Vilnius: MRU (spaudoje).
41. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, *320*, 768–770.
42. Saldana, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers.* Thousand Oaks, California: Sage.
43. Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization.* New York: Doubleday.
44. Valintėlienė, R. (2015). Projekto „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“ pristatymas. Vilnius: Higienos institutas.
45. VASPVT (2014). Asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos kokybės vertinimo rodikliai (2013-2014). [Žiūrėta 2014-02-06]. Prieiga internete: http://www.vaspvt.gov.lt/node/493.
46. World Alliance for Patient Safety (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.* Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3).
47. World Health Organization (2016). *Data and statistics. WHO Regional office for Europa.* [Žiūrėta 2015-10-10]. Prieiga internete: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics.

A MODEL FOR COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF PATIENT SAFETY EVENTS AT LITHUANIAN HOSPITALS

Laimutis Paškevičius
Institute of Political Science, Mykolas Romeris University Faculty of Politics and Management
JSC "SK Impex Medical Diagnostic Center"
Mobile phone: +370 698 49757
E-mail: laimutis.paskevicius@medcentras.lt

Summary. *Patients have the right to safe and quality health care (HC). They contact hospitals or other health care institutions (HCI) expecting help in restoring or strengthening health and do not expect to suffer any health damage or lose life. However, research shows that every tenth hospitalised patient suffers from adverse events (AE) resulting from shortcomings characteristic of a HC organisation or service provision.*

More than half of AE could have been prevented provided systematic prevention measures had been implemented. The prevalence of AE and their damage to patients, HC organisations, the entire HC sector and national economies remains unacceptably high. Implementation of actions to improve patient safety (PS) and ensure the provision of safer patient care has become the most important HC challenge of the 21st century.

Notwithstanding the extensive international PS movement that has emerged during the last two decades and plenty of international and national initiatives aimed at improving PS, a substantial breakthrough in ensuring safe patient care still remains a goal to be achieved. The main cause of disappointment is failure to implement international and national level PS improvement initiatives at the local (health care organization and its departments) level. There is no managerial adaptation mechanism to customize international and national level PS practices thus adapting them for hospital needs, specifics and potential.

The article presents and substantiates the comprehensive management model of PS events (Model) for hospitals and other HC organisations to use as a basis in developing and implementing comprehensive systems for PS management with the aim of more effectively expanding the scope of safe practices and implementing prevention of PS events as well as improving their management. The proposed Model consists of three structural blocks the integrated interaction of which is aimed at ensuring: (a) identification of the best international and national PS practice and its implementation at hospitals; (b) creation of conditions necessary to develop safe practice with the aim of ensuring and improving PS at hospitals; (c) detection, evaluation and development of safe practice; (d) comprehensive prevention and management of unsafe practice at hospitals thus ensuring and improving PS and

contributing to the improvement of performance and achievement of the goals of the entire organisation.

The article discusses structure and functions of the Model, its integration with other activities within the organization, interaction with other institutions and organizations that participate in ensuring PS at hospitals, including problems related to its implementation at different hospitals.

***Keywords**: patient safety, patient safety events, adverse events, management of patient safety events, comprehensive management model of patient safety events, Safety I concept and Safety II concept.*

Laimutis Paškevičius, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto lektorius, UAB „SK Impeks Medicinos diagnostikos centras" direktorius, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas. Mokslinių interesų sritys: sveikatos priežiūros kokybė, pacientų sauga, sveikatos priežiūros vadyba.

Laimutis Paškevičius, Lecturer at Vilnius University Medical Faculty, Director at JSC "SK Impex Medical Diagnostic Center", President of Lithuanian Private Healthcare Institutions association. His research interests are focused on healthcare quality and patient safety, healthcare management.