

GYDYTOJŲ IR SLAUGYTOJŲ POŽIŪRIS Į NEPAGEIDAJAMŲ ĮVYKIŲ IR NEATITIKČIŲ VALDYMĄ LIETUVOS BENDROJO POBŪDŽIO LIGONINĖSE

Loreta Marmienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos vadybos katedra
Šiaurės pr. 57, LT-49264 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 6) 846 6977
Elektroninis paštas loretamarm@gmail.com

Ramunė Kalėdienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto
Sveikatos vadybos katedra
Šiaurės pr. 57, LT-49264 Kaunas, Lietuva
Telefonas (+370 37) 327354
Elektroninis paštas ramune.kalediene@lsmuni.lt
Pateikta 2015 m. vasario 15 d., parengta spausdinti gegužės 7 d.

DOI:10.13165/SPV-15-1-8-02

Santrauka

Šiame straipsnyje analizuojamas nepageidajamų įvykių ir neatitiktųjų valdymas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Tyrimo tikslas – įvertinti bendrojo pobūdžio ligoninių gydytojų ir slaugytojų požiūrį į nepageidajamų įvykių ir neatitiktųjų valdymą. 2014 m. birželio–gruodžio mėn. atliktame tyrime taikant anketinės apklausos metodą dalyvavo 1020 asmens sveikatos priežiūros specialistų, dirbančių bendrojo pobūdžio ligoninėse. Tyrimo duomenimis, 9,9 proc. respondentų nežinojo, kas yra nepageidajamas įvykis, ir 10,7 proc. – nežinojo, kas yra neatitiktis. Reikšmingai daugiau slaugytojų negu gydytojų žinojo, ką ir kur registruoti, kaip nepageidajamą įvykį ir/ar neatitiktį. Dauguma respondentų pripažino, jog registruoti nepageidajamus įvykius ir neatitiktis naudinga. Šioje veikloje aktyviau dalyvavo vyresnio amžiaus bei daugiau darbo patirties turintys asmens sveikatos priežiūros specialistai. Nors dauguma tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad įvykius neatitiktčiai siekiama išsiaiškinti jos priežastis, tačiau tik pusė apklaustųjų žino tolesnius neatitikties tyrimo veiksmus bei yra informuojami apie koregavimo ir prevencinius veiksmus.

Reikšminiai žodžiai: nepageidaujami įvykiai, neatitiktis, pacientų sauga, nepageidaujamų įvykių registracija.

Įvadas

Šiuolaikinėje asmens sveikatos priežiūroje iš esmės pakito paslaugų kokybės samprata: vienu svarbiausių komponentų tampa pacientų sauga. Mokslinės literatūros analizė įgalina teigti, kad teikiant sveikatos priežiūros paslaugas rizikos išvengti nepavyksta. Nustatyta, kad Europos Sąjungos (ES) šalių ligoninėse 8–12 proc. pacientų patiria nepageidaujamus įvykius, susijusius su infekcijomis (maždaug 25 proc. nepageidaujamų įvykių), vaistais, medicinos prietaisų gedimais, klaidingai nustatytomis diagnozėmis ir kt.¹ Siekiant sumažinti nepageidaujamų įvykių ir klaidų tikimybę, svarbu žinoti jų priežastis, pasekmes bei dažnį².

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija, ES ir kitos institucijos atsižvelgdamos į pacientų saugos užtikrinimo svarbą ragina ES šalių bendradarbiavimą, dalinimąsi žiniomis, patirtimi ir gerąja praktika, kad būtų sumažinta galima žala pacientams. Viena iš pagrindinių pacientų saugos gerinimo priemonių – nepageidaujamų įvykių pranešimo ir mokymosi sistemų diegimas. Tokias sistemas turi JAV, Australija, Kanada, 27 ES valstybės narės³ ir kt. Atlikta nemažai mokslinių tyrimų apie nepageidaujamų įvykių dažnį, rūšis^{4,5}, registracijos naudą^{6,7}, sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registraciją, kliūtis, kurios trukdo, ir motyvus, kas skatina registruoti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis^{8,9}.

¹ Conklin, A., et al. *Improving Patient Safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action.* [interaktyvus]. RAND Technical Report prepared for the European Commission, 2008 [žiūrėta 2014-11-20]. <http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR596/>.

² Kaldjian, L. C., et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey of Physicians in Teaching Hospitals. *Archives of Internal Medicine.* 2008, 168(1): 40–46.

³ 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 (COM(2014) 371 final).

⁴ Shaw, R., et al. Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care.* 2005,14: 279–283.

⁵ Milch, C. E., et al. Voluntary Electronic Reporting of Medical Errors and Adverse Events: An Analysis of 92,547 Reports from 26 Acute Care Hospitals. *Journal of General Internal Medicine.* 2006, 21(2): 165–170.

⁶ Pham, C. J.; Girard, T.; Pornovost, J. P. What to do with healthcare Incident reporting systems. *Journal of Public Health Research.* 2013, 2: e27.

⁷ Elliott, P.; Martin, D.; Neville, D. Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. *JMIR Medical Informatics.* 2014, 2(1): e12.

⁸ Braithwaite, J.; Westbrook, M. T.; Travaglia, J. F.; Hughes, C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care.* 2010, 19(3): 229–233.

⁹ Pfeiffer, Y.; Briner, M.; Wehner, T.; Manser, T. Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Med Wkly.* 2013, 12, 143: w13881.

Lietuvoje pacientų saugai gerinti buvo vykdoma patvirtinta Sveikatos priežiūros kokybės programa 2005–2010 m.¹⁰, siekiama įgyvendinti Pacientų saugos platformą 2010–2014 m.¹¹, parengtas teisės aktas, reglamentuojantis privalomą nepageidaujamų įvykių, kuriais įvardijami įvykiai, reakcijos, reiškiniai, aplinkybės, atsiradę dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, registraciją¹², tačiau nesukurta nacionalinė nepageidaujamų įvykių registravimo sistema¹³, veikia tik kai kurių nepageidaujamų įvykių sričių, susijusių su medicinos prietaisų naudojimu, kraujo ir jo komponentų ruošimu ar transfuzija, vaistinių preparatų naudojimu, nustatyta hospitaline infekcija, su pacientų, darbuotojų, gyventojų radiacine sauga bei radiologinėmis avarijomis, su audinių, ląstelių ir organų įsigijimu (paėmimu), ištyrimu, apdorojimu, laikymu, paskirstymu (transportavimu) ir transplantacija, registracija¹⁴. 2013 m. pradėtas vykdyti Europos Sąjungos paramos lėšomis finansuojamas projektas „Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą“, kurio vienas iš strateginių tikslų – įdiegti nepageidaujamų įvykių registravimo ir stebėsenos sistemą, siekiant užtikrinti kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gyventojams.

Šalyje atliekami moksliniai tyrimai, kuriuose analizuojama sveikatos priežiūros specialistų nuomonė apie nepageidaujamų įvykių registraciją^{15,16}, klaidas¹⁷, tačiau nėra tiksliai žinoma nepageidaujamų įvykių apimtis sveikatos

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. Nr. V-642 įsakymas „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144–5268.

¹¹ *Nacionalinė pacientų saugos platforma* [interaktyvus]. Vilnius, 2009 [žiūrėta 2014-11-13]. <<http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>>.

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 55–2703.

¹³ Kanapeckienė, V.; Jurkuvenas, V. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2010, 4(51): 62–71.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *supra* note 12

¹⁵ Janušonis, V.; Kasap, G. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai*. 2012, 22(4): 62–69.

¹⁶ Mekšriūnaitė S., Rudaitis K., Valintėlienė R. Nepageidaujamų įvykių registravimo ir mokymosi sistemos diegimas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse: esama padėtis ir poreikiai. *Visuomenės sveikata*. 2015, 1 (68): 40–45.

¹⁷ Kutkaitė, S.; Brogienė, D. Vilniaus universiteto vyresniųjų medicinos kursų studentų ir vyresniųjų gydytojų rezidentų žinios ir nuomonė apie klaidą medicinoje. *Visuomenės sveikata*. 2013, 1 (60): 67–77.

priežiūroje šalies mastu, augantis teisminių ieškinių skaičius bei prašomas žalos sveikatai atlyginti sumos skaudžiai veikia sveikatos apsaugos sistemą.

Siekiant sumažinti nepageidaujamų įvykių tikimybę svarbu registruoti bei analizuoti įvykius, kurie nesukėlė jokios žalos. 1998 m. teisės aktais buvo numatyta neatitiktųjų registracija sveikatos priežiūros įstaigose¹⁸. Neatitiktis apibrėžiama kaip sveikatos priežiūros įstaigos ar jos darbuotojų veiklos neatitikimas teisės aktais bei įstaigos vidaus dokumentais nustatytų reikalavimų¹⁹. Neatitiktys retai pažymimos medicininuose dokumentuose, nors atsitinka dažniau negu nepageidaujami įvykiai, tačiau jos teikia vertingas pamokas be žalingų nepageidaujamų įvykių pasekmių²⁰.

Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų registracija – pagrindas nesėkmių prevencijai. Lietuvoje ši problema sprendžiama nelabai veiksmingu būdu, be grįžtamojo ryšio, kadangi prevencijai skiriama mažai dėmesio²¹. Siekiant sumažinti galimą žalą pacientams, itin svarbu teigiamas darbuotojų požiūris į nepageidaujamų įvykių registraciją bei į jų prevenciją. Kaip teigia mokslininkai, tai priklauso nuo organizacijos kultūros, įstaigos vadovo požiūrio į nesėkmes, nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų registracijos sistemos santykio su išorės aplinka ir tokiu būdu lemia sveikatos priežiūros specialistų elgseną²².

Šio straipsnio tikslas – išanalizuoti bendrojo pobūdžio ligoninėse dirbančių gydytojų ir slaugytojų požiūrį į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymą (įvykių registraciją, analizę bei pokyčių įgyvendinimą).

Tyrimo metodologija

Tyrimo objektas – asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūris į nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų valdymą. Tyrimo imtis – Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse dirbantys asmens sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai, slaugytojos). Atliktas kiekybinis sociologinis tyrimas, kurio metu anoniminės apklausos būdu apklausta 1020 asmens sveikatos priežiūros specialistų, atsako dažnis 81,6 proc.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokaalaus medicininio audito nuostatų“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 89-2469.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. įsakymas balandžio 29 d. Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 53-1992.

²⁰ Evans, S. M., et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006, 15: 39–43.

²¹ Labanauskas, L. *Gynybinė medicina ir žalos atlyginimo be kaltės modelis* [interaktyvus]. Konferencija MRU „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2011. [žiūrėta 2014-11-13]. <http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Labanauskas_Liutauras.pdf>.

²² Janušonis, V.; Kasap G., *supra* note 15.

Vadovaujantis Lietuvos sveikatos informacijos centro duomenimis, 2012 m. buvo užregistruotos 63 bendrojo pobūdžio ligoninės. Planuojant atlikti apklausą, Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninių vadovams buvo išsiųsti elektroniniai laiškai su kvietimu dalyvauti tyrime. Teigiami atsakymai gauti iš šešiolikos gydymo įstaigų (26,7 proc. iš visų kviestų): 1 universitetinės, 4 respublikos, 4 regiono, 7 rajono ligoninių. Šiose įstaigose tyrimas buvo atliekamas 2014 m. birželio–gruodžio mėn. Apklausą ligoninėse atliko įstaigos vadovo paskirtas darbuotojas, kurį tyrėjas supažindino su tyrimo tikslais ir gautų duomenų panaudojimu. Respublikos ir regiono lygmens ligoninėse buvo apklausiami asmens sveikatos priežiūros specialistai apklausos atlikimo dieną dirbantys atsitiktinai atrinktuose chirurginio ir vidaus ligų profilio skyriuose. Rajoninėse ligoninėse dėl mažo darbuotojų skaičiaus anketos išdalintos visiems chirurginio ir vidaus ligų profilio skyriuose apklausos atlikimo dieną dirbantiems asmens sveikatos priežiūros specialistams. Kiekvienas klausimynas respondentui buvo pateikiamas su voku, į kurį buvo prašoma įdėti užpildytą klausimyną ir grąžinti atsakingam darbuotojui. Apklausa atlikta laikantis laisvanoriškumo, anonimiškumo, konfidencialumo bei lygiavertiškumo principų.

Tyrimui atlikti buvo naudotas klausimynas, sudarytas autorių. Klausimyno skalių vidiniam nuoseklumui įvertinti buvo skaičiuojamas Cronbacho alfa (Cronbach's alpha) koeficientas, kuris, remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija ir įvertina, ar visi klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį bei įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių. Buvo remtasi tuo, jog kuo Cronbacho alfa koeficientas artimesnis vienetui, tuo teiginių, sudarančių klausimyną, vidinis nuoseklumas didesnis, kuris gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnis negu 0,70²³. Klausimyno patikimumo koeficientas 0,94. Taip pat atliktas žvalgomasis tyrimas atsitiktinai pasirinktoje ligoninėje.

Klausimyną sudaro 7 dalys (bendravimo atvirumas, darbas komandoje, skyriaus vadovo vaidmuo, ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga, nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių valdymas, grįžtamasis ryšys ir mokymasis, demografinė ir socialinė padėtis), iš viso 72 klausimai. Klausimyne pateiktus teiginius prašoma įvertinti Likerto skalėje nuo 1 – visiškai nesutinku iki 5 – visiškai sutinku. Likerto skalės atsakymai buvo sugrupuoti: visiškai nesutinku su nesutinku; nei sutinku, nei nesutinku; sutinku su visiškai sutinku.

Pagal pareigas respondentai pasiskirstė taip: skyriaus vedėjai – 4,8 proc. (N = 49), gydytojai – 31,3 (N = 319), vyresniosios slaugytojos – 58,6 proc. (N = 598), kita – 1,4 proc. (N = 14). Respondentų atsakymai į klausimą „Jūsų užimamos pareigos“ sugrupuoti taip: skyriaus vedėjai, rezidentai priskirti prie gydytojų, slaugos administratorės, akušerės – priskirtos prie slaugytojų. Respondentų pasiskirstymas pagal pareigas panašus į 2013 m. Lietuvoje esantį slaugytojų,

²³ Pukėnas, K. *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas, 2009.

tenkančių vienam gydytojui, santykį – 1,84²⁴. Kadangi straipsnyje nagrinėjamas gydytojų ir slaugytojų požiūris, tad anketos, kuriose į klausimą „Jūsų užimamos pareigos“ buvo pateiktas atsakymas „Kita“, nebuvo analizuojamos. Analizei buvo paliktos 1006 anketos, kurias užpildė 36,6 proc. (N = 368) gydytojų ir 63,4 proc. (N = 638) slaugytojų. Respondentų pasiskirstymas pagal lytį, amžių, patirtį bei ligoninės, kurioje dirba, lygmenį pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Respondentų socialiniai ir demografiniai duomenys

	Pareigos				Iš viso (N = 1006)		
	Gydytojai (N = 368)		Slaugytojos (N = 638)				
	N	%	N	%	N	%	
Darbo patirtis pagal specialybę							P = 0,000
Mažiau nei metai	24	6,5	22	3,4	46	4,6	
1–5 m.	87	23,6	47	7,4	134	13,3	
6–10 m.	52	14,1	41	6,4	93	9,2	
11–15 m.	33	9,0	41	6,4	74	7,4	
16–20 m.	29	7,9	109	17,1	138	13,7	
Daugiau nei 21 m.	143	38,9	378	59,2	521	51,8	
Lytis							P = 0,000
Vyras	108	29,3	3	0,5	111	11,0	
Moteris	260	70,7	635	99,5	895	89,0	
Amžius							P = 0,000
21–30 m.	77	20,9	51	8,0	128	12,7	
31–40 m.	83	22,6	104	16,3	187	18,6	
41–50 m.	80	21,7	261	40,9	341	33,9	
51–60 m.	80	21,7	194	30,4	274	27,2	
Daugiau nei 60 m.	48	13,0	28	4,4	76	7,6	

Atsakymai į klausimus „patirtis pagal specialybę“ buvo sujungti: „mažiau nei metai“, „1–5 m.“ ir „6–10 m.“ – „mažiau nei 10 m.“, „11–15 m.“, „16–21 m.“ –

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*, 2014-07-21, Nr. 2014-10411.

„11–21 m.“; „daugiau nei 21 m.“ – „daugiau nei 21 m.“, taip pat buvo sugrupuoti respondentų atsakymai į klausimą „Jūsų amžius“: „21 – 30 m.“ ir „31–40m.“ – „21–40 m.“; „41–50 m.“ – „41–50 m.“; „51–60“ ir „daugiau nei 60 m.“ – „51 ir daugiau m.“

Statistinės analizės metodai: Statistinių duomenų analizei panaudota statistinio duomenų analizės paketo SPSS 20,0 versija. Atsakymai į klausimus buvo nagrinėti apskaičiuojant dažnius, skirtumai tarp grupių (pagal užimamas pareigas, amžių, patirtį bei ar pranešė apie neatitiktį ir/ar nepageidaujamą įvykį) buvo vertinami χ^2 kriterijumi. Lyginant du santykinius dydžius ir norint nustatyti, ar jų skirtumas reikšmingas, buvo skaičiuojamas z koeficientas. Pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo, kai $p < 0,05$. Nustatant statistinius-koreliacinius ryšius tarp kintamųjų naudotas statistinio ryšio stiprumą ir kryptį rodantis Spirmeno koreliacijos koeficientas ρ . Nepageidaujamo įvykio ir/ar neatitikties registracijos ir požiūrio į nepageidaujamą įvykių ir neatitiktį valdymą ryšiu įvertinti taikyta logistinė regresija.

Tyrimo rezultatai

Nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį valdymas apima įvykių registraciją, analizę, koregavimo ir prevencinių veiksnių atlikimą. Pirmasis žingsnis efektyvaus nepageidaujamų įvykių valdymo link – asmens sveikatos priežiūros specialistų žinios apie tai, ką reikia registruoti. 10,7 proc. respondentų nežinojo ir 19,6 proc. – abejojo, kas yra neatitiktis bei 9,9 proc. nežinojo, kas yra nepageidaujamas įvykis. Analizuojant tyrimo dalyvių žinojimą, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį, nustatyta, kad 76,0 proc. respondentų susipažinę su nepageidaujamų įvykių ir 71,4 proc. – su neatitiktį registracija. Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad reikšmingai daugiau slaugytojų negu gydytojų žino, kas yra neatitiktis ir nepageidaujamas įvykis bei reikšmingai daugiau slaugytojų žino, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį ($p < 0,05$).

Kokius nepageidaujamus įvykius privaloma registruoti, 2010 m. reglamentuota LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“²⁵. Su teisės aktu, kuris įpareigoja darbuotojus pranešti apie privalomus registruoti nepageidaujamus įvykius, yra susipažinę daugiau nei pusė tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų, tarp jų reikšmingai daugiau slaugytojų negu gydytojų ($p = 0,01$).

Iš visų tyrime dalyvavusių apklaustųjų trečdalis nežinojo arba abejojo, kad įstaigoje yra patvirtinta neatitiktį registravimo sistema. Didesnę dalį susipažinusių su esančia sistema sudarė slaugytojos, negu gydytojai ($p < 0,05$) (2 lentelė).

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *supra* note ¹².

2 lentelė. Tyrimo dalyvių žinių apie nepageidaujamų įvykių ir neatitikčių registraciją pasiskirstymas

Teiginys	Gydytojai %, (N)			Slaugytojos %, (N)		
	Visiškai nesutinku/nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku / visiškai sutinku	Visiškai nesutinku /nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Sutinku / visiškai sutinku
Žinau, ką reikia žymėti kaip neatitiktį (p = 0,000)	16,6 (61)	17,9 (66)	65,5 (241)	7,4 (47)	20,6 (131)	72,1 (459)
Žinau, ką reikia žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį (p = 0,000)	15,2 (56)	13,0 (48)	71,7 (264)	6,8 (43)	11,3 (72)	81,9 (522)
Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį (p = 0,000)	19,4 (71)	16,1 (59)	64,5 (236)	8,3 (52)	9,1 (57)	82,7 (520)
Žinau, kur užregistruoti neatitiktį (p = 0,000)	19,6 (72)	17,7 (65)	62,7 (230)	7,4 (47)	16,2 (103)	76,4 (485)
Įstaigoje yra patvirtinta neatitikčių registravimo sistema (p = 0,004)	10,4 (38)	25,1 (92)	64,6 (237)	5,2 (33)	22,9 (145)	71,9 (456)
Esu susipažinęs su LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir jų registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (p = 0,01)	23,4 (86)	15,5 (57)	61,1 (225)	16,0 (101)	14,7 (93)	69,3 (437)

Analizuojant tyrimo duomenų pasiskirstymą pagal respondentų amžiaus grupes bei darbo patirtį, nustatyta, kad reikšmingai daugiau informuoti, ką ir kur registruoti, kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį vyresni negu 41 m. bei turintys daugiau nei 10 m. darbo patirties asmens sveikatos priežiūros specialistai negu jaunesni nei 40 m. kolegos ($p = 0,000$): 17,4 proc. 21–40 m. amžiaus grupės darbuotojų nežinojo, ką žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį, ir 23,0 proc. tos pačios amžiaus grupės respondentų nežinojo, kur registruoti nepageidaujamą įvykį.

Tyrimo duomenų analizė parodė, kad asmens sveikatos priežiūros specialistų žinojimas, ką ir kur reikia žymėti kaip neatitiktį, labai stipriai koreliuoja su žinojimu apie nepageidaujamų įvykių registraciją (3 lentelė)

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

	Vidurkis (st. nuokrypis)	Žinau, ką žymėti, kaip neatitiktį	Žinau, ką žy- mėti, kaip ne- pageidaujamą įvykį	Žinau, kur už- registruoti ne- pageidaujamą įvykį
Žinau, ką žymėti, kaip neatitiktį	3,78 (0,90)			
Žinau, ką žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį	3,84 (0,88)	0,854**		
Žinau, kur užregistruoti nepageidaujamą įvykį	3,82 (0,96)	0,779**	0,806**	
Žinau, kur užregistruoti neatitiktį	3,83 (0,96)	0,774**	0,734**	0,910**

** - $p < 0,001$

Tik pusė apklausoje dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų teigė, kad neatitiktį užregistravęs darbuotojas žino tolesnius neatitikties tyrimo veiksmus. Analizuojant tyrimo duomenis nustatyta, kad po neatitikties registracijos reikšmingai daugiau ($p = 0,001$) respondentų, kurie turi trumpesnę nei 10 m. darbo patirtį, nežino neatitiktį tyrimo sekos. Taip pat nustatyta tendencija, kad kuo jaunesni tyrimo dalyviai, tuo reikšmingai mažiau žino apie neatitikties tyrimo veiksmus ($p = 0,001$).

Tyrimo metu buvo siekiama *išsiaiškinti, ar darbuotojas, užregistravęs neatitiktį, informuojamas apie koregavimo ir prevencinius veiksmus*. Nustatyta, kad tik pusė tyrimo dalyvių pritarė šiam teiginiui. Pažymėtina, kad reikšmingai daugiau slaugytojų negu gydytojų *žino apie tolesnius neatitikties tyrimo veiksmus bei yra informuojami apie koregavimo ir prevencinius veiksmus* ($p = 0,001$).

Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad tyrime dalyvavę asmens sveikatos priežiūros specialistai pripažįsta, jog naudinga registruoti nepageidaujamus įvykius (84,9 proc.) ir neatitiktis (78,1 proc.). Reikšmingai didesnė dalis gydytojų negu slaugytojų pritaria nepageidaujamų įvykių registracijai ($p < 0,05$).

Analizuojant tyrimo duomenis pagal respondentų amžiaus grupes nustatyta, kad reikšmingai didesnė dalis 21–40 m. amžiaus grupės darbuotojų linkę pritari neatitiktį registracijos naudai negu 41–50 m. amžiaus grupės dalyvių ($p=0,01$).

Siekiant, kad nepageidaujamas įvykis ar neatitiktis nepasikartotų svarbu nuodugnai išanalizuoti jų priežastis bei pasinaudojus gauta informacija pagerinti pacientų saugą įstaigoje. Dauguma (73,1 proc.) tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų nurodė, kad įvykus neatitiktčiai siekiama išsiaiškinti jos priežastis. Tyrimo duomenimis, 68 proc. respondentų pritaria, kad nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį analizės metu gautos žinios yra panaudojamos gerinant pacientų saugą.

Tyrimo metu buvo siekiama išsiaiškinti, ar asmens sveikatos priežiūros specialistai kalbasi apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis. Nustatyta, kad 71,8 proc. respondentų pasitarimų metu atvirai diskutuoja apie nepageidaujamus įvykius ir 66,9 proc. tyrimo dalyvių teigė, kad kalbasi apie neatitiktis.

Daugiau nei du trečdaliai darbuotojų atvirai dalinasi informacija, jeigu kas nors nepasisekė darbe. Analizuojant tyrimo duomenis pagal respondentų užimamas pareigas nustatyta, kad slaugytojos reikšmingai labiau linkusios atvirai pasikalbėti apie nesėkmes negu gydytojai ($p = 0,001$). Apie nesėkmes darbe reikšmingai dažniau pasidalina vyresni nei 40 m. amžiaus grupės darbuotojai ($p = 0,001$) taip pat tyrimo dalyviai, turintys daugiau negu 10 m. darbo patirties ($p = 0,001$).

Tyrimo metu respondentų buvo klausama, ar esate pranešę apie neatitiktį ir nepageidaujamą įvykį. Atlikus duomenų analizę nustatyta, kad 21,3 proc. respondentų yra pranešę apie nepageidaujamą įvykį ir 19,2 proc. – apie neatitiktį. Apie nepageidaujamus įvykius mažiausiai pranešimų padarę 21–40 m. amžiaus darbuotojų lyginant su vyresnio amžiaus asmens sveikatos priežiūros specialistais ($p = 0,001$).

Analizuojant tyrimo duomenis pagal respondentų patirtį ir nepageidaujamų įvykių bei neatitiktį registraciją, nustatyta, kad daugiau patirties turintys darbuotojai dažniau pranešė apie neatitiktis ir nepageidaujamus įvykius negu turintys patirties mažiau nei 10 metų ($p = 0,001$).

Nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis registravo reikšmingai didesnė dalis tyrime dalyvavusių vadovujančias pareigas užimančių darbuotojų – skyriaus vedėjai ir vyresniosios slaugos administratorės ($p < 0,01$). Lyginant užregistruotų nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį skaičių tarp gydytojų ir slaugytojų praneštų atvejų statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta.

Siekiant išsiaiškinti, kokie veiksniai paskatina registruoti nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, buvo atlikta logistinė regresija. Žinojimas, kur užregistruoti neatitiktį, padidindavo galimybę užregistruoti neatitiktį 2,11 karto. Taip pat statistiškai reikšmingą įtaką neatitiktį registracijai daro galimybės skyriuje atvirai išsakyti savo nuomonę darbo klausimais bendraujant su slaugytojomis ($\bar{S} = 1,83$) ir ligoninės vadovybės pokyčių atlikimas po neatitiktį analizės ($\bar{S} = 1,77$).

Žinojimas, ką reikia žymėti, kaip nepageidaujamą įvykį ($\bar{S} = 4,79$), grįžtamojo ryšio užtikrinimas apie įstaigos darbo kokybę ($\bar{S} = 2,65$), supratiimas, kad naudinga registruoti neatitiktis ($\bar{S} = 1,72$), pasitarimų metu atviros diskusijos apie nepageidaujamus įvykius ($\bar{S} = 1,58$) didino tikimybę, kad bus pranešta apie nepageidaujamą įvykį.

Rezultatų aptarimas

Nepageidaujamų įvykių pranešimo sistema negali įvertinti, išmatuoti pacientų saugos sveikatos priežiūros įstaigoje, ji negali būti naudojama siekiant palyginti organizacijas, tačiau nepageidaujamų įvykių registracija naudinga nustatant silpnas vidinės sistemos vietas, dalijantis informacija apie nepageidaujamus įvykius, gerinant pacientų saugos kultūrą²⁶. Lietuvoje nuo 2010 m. sveikatos priežiūros įstaigose privaloma registruoti ir pranešti atitinkamoms institucijoms su tam tikra sritimi susijusius nepageidaujamus įvykius²⁷. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos taip pat gali papildomai nusistatyti ir registruoti kitus įvykius. Tačiau Lietuvoje nėra atliktų išsamių NĮ pasireiškimo dažnio ir jų sukeltamų pasekmių tyrimų²⁸.

Pirmieji savo nesėkmės darbe pradėjo registruoti JAV, vėliau D. Britanija bei kitos šalys, šiuo metu daugelis pasaulio šalių registruoja nepageidaujamus įvykius sveikatos sektoriuje. Tačiau vėliau pasirodė pranešimų, kad užregistruotų nepageidaujamų įvykių skaičius sveikatos priežiūros įstaigose – tai tik ledkalnio viršūnė, daugelis nesėkmių lieka neužregistruota ir neištirta. Pagrindinės neregistravimo priežastys – medicinos darbuotojų laiko stoka registracijai,

²⁶ Pham, C. J.; Girard, T.; Pornovost, J. P., *supra* note 6.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, *supra* note 12.

²⁸ Paškevičius, L. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2014, 1(6): 133–156.

nežinojimas, ką ir kur registruoti, baimė sulaukti teisminių ieškinių, neigiamo požiūrio iš bendradarbių, įstaigos vadovybės bei pacientų.

Efektyviai nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų registracijai svarbu, kad sveikatos priežiūros personalas žinotų, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį. Dauguma tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų žino, ką ir kur registruoti, kaip nepageidaujamą įvykį ir/ar neatitiktį. Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad 9,9 proc. gydytojų ir slaugytojų nežinojo, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį. Panašūs duomenys gauti 2010 m. J. Kanapeckienės, V. Jurkuvėno Lietuvoje atliktame tyrime, kuriame buvo analizuotas ir ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (poliklinikų) darbuotojų požiūris. Tyrėjų duomenimis, kas dešimtas medikas (10,7 proc.) nežinojo, kas yra nepageidaujamas įvykis²⁹.

Apžvelgus kitose šalyse atliktas studijas^{30,31}, kurios analizuoja sveikatos priežiūros specialistų nuomonę apie nepageidaujamų įvykių ir neatitiktųjų registraciją ir analizuojant šio tyrimo duomenis, pasitvirtino bendra tendencija: slaugytojos geriau negu gydytojai yra susipažinę, ką ir kur registruoti kaip nepageidaujamą įvykį. Mokslinės studijos^{32,33,34} atskleidė, kad gydytojai rečiau praneša apie nepageidaujamus įvykius negu slaugytojos, tačiau šio tyrimo metu nebuvo nustatyta reikšmingas skirtumas užregistruojant nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį tarp gydytojų ir slaugytojų. Tyrimo duomenų analizė atskleidė, kad tokių įvykių daugiau užregistravo skyriaus vedėjai ir vyresniosios slaugos administratorės.

Šio tyrimo duomenų analizė atskleidė tendenciją, kad kuo vyresni darbuotojai, tuo reikšmingai geriau žino, kur registruoti nepageidaujamus įvykius. Reikėtų nuodugnesnių tyrimų, siekiant nustatyti šio reiškinio priežastis bei galimybes paskatinti jaunesnius darbuotojus aktyviau registruoti nesėkmes.

Kadangi mūsų šalyje nepageidaujamų įvykių registracija dar tik plėtojama, labai svarbu šviesti, mokyti bei skatinti asmens sveikatos priežiūros personalą registruoti ne tik privalomus nepageidaujamus įvykius, tačiau ir įvykius, kurie nesukėlė žalos pacientams. Tai yra svarbus saugios kultūros elementas.

Kuriant pacientų saugos kultūrą, pagrindinis akcentas – atviros bendravimo aplinkos kūrimas, t. y. darbuotojai jaučiasi saugūs registruodami bei disku-

²⁹ Kanapeckienė, V.; Jurkuvėnas, V., *supra* note 13.

³⁰ Evans, S. M., *et al.*, *supra* note 19.

³¹ Wild, E.; Bradley, H. The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2005, 31(1): 13–20.

³² Rowin, E. J., *et al.* Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2008, 34(9): 537–45.

³³ Braitwaite, J.; Westbrook, M.; Travaglia, J. Attitudes toward large scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008, 20(3): 184–94.

³⁴ Kingston, M. J.; Evans, S. M.; Smith, B. J.; Berry, J. G. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Medical Journal of Australia*. 2004, 181: 36–9.

tuodami apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis įstaigoje. Atliktas tyrimas leidžia teigti, kad ligoninėse asmens sveikatos priežiūros specialistai diskutuoja apie nesėkmes, tačiau pažymėtina, kad diskusijose daugiau dalyvauja vyresnio amžiaus darbuotojai. Sėkmingam mokymuisi iš įvykusių nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį, svarbu, kad skyrių vadovai pasidalintų pranešimais su skyriaus gydytojais bei slaugytojomis, dar geriau su visu įstaigos personalu³⁵. Tyrimo metu nustatyta, kad ligoninėse darbuotojai informuojami apie įvykusius nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis.

Mokslininkai teigia, kad viena iš pagrindinių nurodomų kliūčių nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registracijai bei mokymuisi iš klaidų – grįžtamojo ryšio stoka^{36,37,38}. Asmuo, kuris pranešė apie nepageidaujamą įvykį ir/ar neatitiktį, turi gauti grįžtamąjį ryšį. Tokia kokybiška komunikacija, kai pranešėjas jaučiasi, kad pranešimo pateikimas vertas jo laiko, kai informuojamas apie priemones, kurių buvo imtasi siekiant išsiaiškinti nepageidaujamą įvykį, gali užtikrinti geranorišką nepageidaujamų įvykių ir neatitiktį registraciją ir ateityje^{39,40}. Atliktas tyrimas leidžia teigti, kad ligoninėse trūksta kokybiško grįžtamojo ryšio darbuotojui, kuris pranešė apie nepageidaujamą įvykį ar neatitiktį.

Taip pat sunku rasti išeitį, kaip suteikti paramą įtrauktiems darbuotojams bei garantuoti, kad įvykis nepasikartotų⁴¹. Šiai situacijai pagerinti svarbus saugios kultūros kūrimas, skatinamas užregistruotų nepageidaujamų įvykių priežasčių identifikavimas ir analizavimas, kurio metu mažiau dėmesio turi būti sutelkiama į asmenį, o daugiau gilinamasi į organizacines aplinkybes, kurioms esant įvyko įvykis.

³⁵ Baesley, J. W.; Escoto, K. H.; Karsh, B. T. Design elements for primary care medical error reporting system. *Wisconsin Medical Journal*. 2004, 103: 56–9.

³⁶ Evans, S. M., *et al.*, *supra* note 19.

³⁷ Turunen, H., *et al.* Patient safety culture in acute care: a web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*. 2013, 19(6): 609–617.

³⁸ Harrison, R.; Lawton, R.; Stewart, K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Journal of Clinical Medicine*. 2014, 14(6): 585–90.

³⁹ Braithwaite, J.; Westbrook, M. T.; Travaglia, J. F.; Hughes, C., *supra* note 8.

⁴⁰ *Seven step to patient safety. The full reference guide* [interaktyvus]. National patient safety agency, 2004 [žiūrėta 2014-11-13]. < <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>>.

⁴¹ Vincent, Ch. Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*. 2003, 13: 348 (11): 1051–1056.

Išvados

1. Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse laipsniškai plėtojama nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registracija bei analizė, tačiau dalis asmens sveikatos priežiūros specialistų vis dar nežino, kas yra nepageidaujamas įvykis (9,9 proc. respondentų) ir kas yra neatitiktis (10,7 proc.).
2. Nesėkmių registracijos naudą išvelgia reikšmingai daugiau jaunesnio amžiaus asmens sveikatos priežiūros specialistų, tačiau jie mažiausiai užregistravę nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių bei daugiausia šios amžiaus grupės darbuotojų nežino, ką reikia žymėti kaip nepageidaujamą įvykį ir neatitiktį. Reikšmingai didesnė dalis gydytojų negu slaugytojų pritaria nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registracijos naudai, tačiau jie mažiau susipažinę su nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registracija.
3. Dauguma tyrime dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų patvirtino, jog skyriuose pasitarimų metu diskutuojama apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis, o tai itin svarbu, kuriant pacientų saugos kultūrą.

Pasiūlymai:

Stacionarinių sveikatos priežiūros įstaigų vadovybei :

- siekiant, kad darbuotojai aktyviau dalyvautų nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registracijoje, svarbu supažindinti visus asmens sveikatos priežiūros specialistus apie kuriuos pastebėtus savo darbe nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis reikia pranešti bei skatinti dalyvauti mokymuose, susijusiuose su pacientų sauga;
- plėtojant nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių registraciją, skatinti gydytojus aktyviau dalyvauti nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių, kurie nesukėlė žalos pacientui, registracijoje;
- siekiant užtikrinti kokybišką grįžtamąjį ryšį pranešėjui, siūloma sukurti aiškią nepageidaujamų įvykių ir neatitiktčių analizės struktūrą įstaigoje ir su ja supažindinti visus asmens sveikatos priežiūros specialistus, taip pat įtraukti užregistruotame nepageidaujamame įvykyje ar neatitiktyje dalyvavusius asmenis į šių įvykių analizę;
- norint padidinti informacijos apie nepageidaujamus įvykius ir neatitiktis sklaidą bei skatinant darbuotojus pasimokyti iš užregistruotų įvykių, siūloma organizuoti bent kartą per metus darbuotojų susirinkimus, kuriuose būtų pristatoma nuasmeninta informacija apie įstaigoje užregistruotus nepageidaujamus įvykius, rimto pobūdžio neatitiktis, jų analizę bei priimtus sprendimo būdus. Taip pat informacija būtų galima pasidalinti e. naujienlaiškiais.

Literatūra

1. Baesley, J. W.; Escoto, K. H.; Karsh, B. T. Design elements for primary care medical error reporting system. *Wisconsin Medical Journal*. 2004, 103: 56–59.
2. Braithwaite, J.; Westbrook, M. T.; Travaglia, J. F.; Hughes, C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care*. 2010, 19(3): 229–233.
3. Braitwaite, J.; Westbrook, M.; Travaglia, J. Attitudes toward large scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008, 20(3): 184–94.
4. Conklin, A, et al. *Improving Patient Safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action* [interaktyvus]. RAND Technical Report prepared for the European Commission, 2008 [žiūrėta 2014-11-20]. <http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR596/>.
5. Elliott, P.; Martin, D.; Neville, D. Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. *JMIR Medical Informatics*. 2014, 2(1): e12.
6. Evans, S. M., et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Qual Saf Health Care*. 2006, 15: 39–43.
7. Harrison, R.; Lawton, R.; Stewart, K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Journal of Clinical Medicine*. 2014, 14(6): 585–590.
8. Janušonis, V.; Kasap, G. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūroje: medikų požiūris į jų registraciją ir pranešimus išvystytos infrastruktūros daugiaprofilinėse ligoninėse. *Sveikatos mokslai*. 2012, 22(4): 62–69.
9. Kaldjian, L. C., et al. Reporting Medical Errors to Improve Patient Safety: A Survey of Physicians in Teaching Hospitals. *Archives of Internal Medicine*. 2008, 168(1): 40–46.
10. Kanapeckienė, V.; Jurkuvėnas, V. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis vertinimas. *Visuomenės sveikata*. 2010, 4(51): 62–71.
11. Kingston, M. J.; Evans, S. M.; Smith, B. J.; Berry, J. G. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Medical Journal of Australia*. 2004, 181: 36–39.
12. Kutkaitė, S.; Brogienė, D. Vilniaus universiteto vyresniųjų medicinos kursų studentų ir vyresniųjų gydytojų rezidentų žinios ir nuomonė apie klaidą medicinoje. *Visuomenės sveikata*. 2013, 1(60): 67–77.
13. Labanauskas, L. *Gynybinė medicina ir žalos atlyginimo be kaltės modelis* [interaktyvus]. Konferencija MRU „Sveikatos sistemos vystymo perspektyvos“, 2011 [žiūrėta 2014-11-13]. <http://ssvp.mruni.eu/wp-content/uploads/2011/10/Labanauskas_Liutauras.pdf>.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. 571 „Dėl lokalaus medicininio audito nuostatų“. *Valstybės žinios*. 1998, Nr. 89-2469.
15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-642 „Dėl Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005–2010 m. programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2004, Nr. 144-5268.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymas Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 53-1992.

17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-401 „Dėl privalomų registruoti nepageidaujamų įvykių sąrašo ir registravimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 55-2703.
18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 m. plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014-07-21, Nr. 2014-10411
19. Mekšriūnaitė S., Rudaitis K., Valintėlienė R. Nepageidaujamų įvykių registravimo ir mokymosi sistemos diegimas Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse: esama padėtis ir poreikiai. *Visuomenės sveikata*. 2015, 1 (68): 40–45.
20. Milch, C. E., et al. Voluntary Electronic Reporting of Medical Errors and Adverse Events: An Analysis of 92,547 Reports from 26 Acute Care Hospitals. *Journal of General Internal Medicine*. 2006, 21(2): 165–170.
21. *Nacionalinė pacientų saugos platforma* [interaktyvus]. Vilnius, 2009 [žiūrėta 2014-11-13]. <<http://www.vaspvt.gov.lt/node/135>>.
22. Paškevičius, L. Kompleksinio požiūrio į pacientų saugą ir rizikos valdymą sveikatos priežiūros organizacijose paieška. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2014, 1(6): 133–156.
23. Pfeiffer, Y.; Briner, M.; Wehner, T.; Manser, T. Motivational antecedents of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Med Wkly*. 2013, 12; 143: w13881.
24. Pham, C. J.; Girard, T.; Pornovost, J. P. What to do with healthcare Incident reporting systems. *Journal of Public Health Research*. 2013, 2: e27.
25. Pukėnas, K. *Kokybinių duomenų analizė SPSS programa*. Kaunas, 2009.
26. 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 (COM(2014) 371 final).
27. Rowin, E. J., et al. Does error and adverse event reporting by physicians and nurses differ? *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2008, 34(9): 537–545.
28. *Seven step to patient safety. The full reference guide* [interaktyvus]. National patient safety agency, 2004 [žiūrėta 2014-11-13]. <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>>.
29. Shaw, R., et al. Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Qual Saf Health Care*. 2005, 14: 279–283.
30. Turunen, H., et al. Patient safety culture in acute care: a web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*. 2013, 19(6): 609–617.
31. Vincent, Ch. Understanding and responding to adverse events. *The New England Journal of Medicine*. 2003, 13; 348 (11): 1051–1056.
32. Wild, E.; Bradley, H. The gap between nurses and residents in a community hospital's error-reporting system. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2005, 31(1): 13–20.

Attitudes of Physicians and Nurses towards Adverse Events and Near-Miss Management in General Hospitals of Lithuania

Loreta Marmienė, Ramunė Kalėdienė
Lithuanian University of Health Sciences

Summary. *Adverse events and near-miss management in Lithuanian general hospitals is analyzed in this article. The aim of the paper is to evaluate the attitudes of physicians and nurses towards adverse events and near-miss management. 1020 general hospitals health care professionals took part in the anonymous survey, which was performed during the period of June - December, 2014. The results suggested that 9.9% of the respondents did not know what adverse event is, and 10.7% did not know the meaning of near-miss. Nurses compared to physicians knew much more about the process of what and where to register the adverse event or near-miss. Most of the respondents declared that it is useful to register adverse events and near-misses. Older health care professionals with longer work experience were considerably more active in this process. Most of the respondents declared that after the near-miss happens, the efforts are put to examine causes of the event, but only half of them knew further near-miss investigation steps and were instructed about the adjustment and preventive actions.*

Keywords: *adverse events, near-miss, patient safety, reporting of adverse events.*

Loreta Marmienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto doktorantė.

Loreta Marmienė, Lithuanian University of Health Sciences, Faculty of Public Health, Doctoral student.

Ramunė Kalėdienė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto dekanė, Sveikatos vadybos katedros vedėja, profesorė.

Ramunė Kalėdienė, Dean of Faculty of Public Health, Head of the Department of Health Management, Professor at the Lithuanian University of Health Sciences.