

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETO
VISUOMENĖS SVEIKATOS INSTITUTAS

MAGISTRO DARBAS

VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS STUDENTŲ IR GYDYTOJŲ REZIDENTŲ
ŽINIOS IR NUOMONĖ APIE KLAIDĄ MEDICINOJE

Studentė SANDRA KUTKAITĖ _____
(parašas)

Darbo vadovas dr. DAIVA BROGIENĖ _____
(parašas)

Leidžiama ginti _____
(parašas)

Visuomenės sveikatos instituto direktorius,
Prof.dr. (HP) R. STUKAS

Darbo įteikimo data _____

Registracijos Nr. _____

TURINYS

SANTRUMPOS	2
1. SAŲOKOS	3
3. SANTRAUKA.....	4
4. ĮVADAS.....	6
5. LITERATŪROS APŽVALGA	8
5.1. Literatūros paieška	8
5.2. Klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sampratos.....	8
5.3. Klaidų medicinoje priežastys.....	11
5.4. Klaidų medicinoje rūšys	15
5.5. Klaidų medicinoje paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje.....	19
5.6. Visuomenės ir gydytojų požiūris į klaidą medicinoje	23
5.7. Klaidų medicinoje rizikos valdymas ir jų prevencija.....	26
6. MEDICINOS STUDENTŲ IR GYDYTOJŲ REZIDENTŲ APKLAUSOS TYRIMAS	33
6.1. METODIKA	33
6.2. REZULTATAI.....	41
6.2.1. Bendra respondentų nuomonė ir žinios apie klaidą medicinoje.....	41
6.2.2. Demografinių charakteristikų įtaka respondentų požiūriui apie klaidą medicinoje	47
6.2.3. Medicinos studentų ir gydytojų rezidentų nuomonių ir žinių apie klaidą medicinoje palyginimas	61
7. REZULTATŲ APTARIMAS	74
8. IŠVADOS.....	78
9. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	80
10. LITERATŪROS SĄRAŠAS.....	81
11. PRIEDAI.....	87

SANTRUMPOS

KM – klaida medicinoje

NĮ – nepageidaujamas įvykis

Abs.sk. – absoliutus skaičius

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

EUNetPaS – European Union Network for Patient Safety

K – klasifikacija

LSAS – Lietuvos sveikatos apsaugos sistema

NĮSPRAS – nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje registravimo ir analizės sistema

NŽN/NTN – nežinau/neturiu nuomonės

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

Rho – Spearman'o koeficientas

RVUL – VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė

SN – standartinis nuokrypis

SPKUP – sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programa

t – Student'o testas

T – teiginys

U – Mann Whitney testas

Vid. – vidurkis

VU – Vilniaus universitetas

VUL SK – VšĮ Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikos

1. SĄVOKOS

Klaida – nesąmoninga pasekmė įgyvendinant planą, kuriuo siekiama tam tikro rezultato ar nesąmoningas nukrypimas nuo planuotų protinių ar fizinių veiksmų.

Klaida medicinoje – įvykis, sukėlęs nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, kurį lėmė daugiau asmens, atlikusio veiksmus, klaida nei sisteminiai/organizaciniai veiksniai (gydytojo aplaidumas, nerūpestingumas, neteisėtas veiksmas ir pan.)

Nepageidaujamas įvykis – įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išeitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės.

Pacientų sauga – sveikatos priežiūros struktūros ir procesai, kurių taikymas sumažina NĮ, atsirandančių dėl sveikatos priežiūros sistemos poveikio, tikėtinumą.

Pacientų saugos kultūra – platesnė sąvoka nei pacientu sauga, apimanti ne tik vadybą, saugos sistemas gydymo įstaigoje, bet ir darbuotojų suvokimą apie pacientų saugos kultūrą, jos vertybes, nuostatas, jų požiūrį, kompetenciją ir elgesį.

3. SANTRAUKA

Remiantis pasaulio statistika, klaidos medicinoje (toliau – KM) yra dažnas įvykis, o jų kaina dažnai kelia grėsmę visai sveikatos priežiūros sistemai. Klaidos kuria neigiamą įvaizdį apie medikų visuomenę, trukdo vystyti partneriškiems gydyjo-paciento santykiams. Tačiau tarptautinė statistika akcentuoja, kad daugiau nei pusę KM galima išvengti. Kokia tikroji KM situacija Lietuvoje nėra žinoma, nes iki šiol mokslinių tyrimų šioje srityje nebuvo atliekama.

Darbo tikslas: Ištirti medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinias bei nuomonę apie klaidą medicinoje.

Darbo metodika: 2011 m. rugsėjo – gruodžio mėnesiais atlikta medicinos studentų ir gydytojų rezidentų, dirbančių VŠĮ RVUL ir VŠĮ VUL SK, anketinė apklausa taikant patogiosios atrankos metodą. Klausimyno Cronbach alfa - 0,72. Statistinei analizei panaudota 250 anketų. Nepriklausomoms imtims palyginti taikyti Stjudent'o, Mann Whitney ir Kruskal Wallis testai. Ryšiams tarp kintamųjų nustatyti taikyti Spearman'o koreliacijos ir Cramer's V koeficientai. Siekiant nustatyti, kaip į priklausomąjį kintamąjį – pritarimą teiginiui ar nepritarimą – veikia respondento lytis ir statusas (studentas/rezidentas), taikyta binarinė logistinė regresija (Nagelkerkės determinacijos koeficientas (R^2)). Statistinio reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$.

Rezultatai: Tyrimo imtį sudarė 165 medicinos studentai (66,0%) ir 85 rezidentai (34,0%). Studentų amžiaus vidurkis $23,3 \pm 0,9$ metai, rezidentų – $28,0 \pm 2,2$ metai.

Didžioji dauguma respondentų (40,0%) bendrai savo teorines žinias apie KM vertino patenkinamai. Nustatyta, kad statusas ar lytis beveik neturėjo įtakos žinioms apie KM ($R^2=0,022$; $R^2=0,061$).

Studentai ir rezidentai vienodai nurodė svarbiausius veiksnius, lemiančius KM: darbas komandoje ($p=0,95$), stresas ($p=0,14$), nuovargis ($p=0,14$), darbo krūvis ($p=0,26$), praktiniai įgūdžiai ($p=0,58$). Tačiau daugiau moterų nei vyrų šiuos veiksnius įvardino svarbiausiais. Nustatyta, kad lytis labai mažai lėmė svarbiausių veiksnių pasirinkimui ($R^2 0,053-0,072$).

41,2% studentų ir 27,1% rezidentų nežinojo ar klaidų registravimo sistema galėtų sumažinti KM skaičių ($p=0,03$). Didesnė dalis rezidentų nei studentų nesutiko, kad Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams (31,8% ir 15,2%, atitinkamai, $p=0,002$) ir kad padarius KM jiems būtų sunku pranešti kolegoms (34,1% ir 20,0% atitinkamai, $p=0,01$). Tačiau daugiau rezidentų nei studentų visiškai sutiko, kad KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis (34,1% ir 21,2% atitinkamai, $p=0,03$).

Didžioji dauguma moterų (54,2%), jeigu padarytų klaidą, pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą apie įvykusią nesėkmę, o dauguma vyrų (51,7%) – informuotų tiesioginį vadovą ($p=0,02$). Studentai (53,9%) ir rezidentai (49,4%) elgtųsi atitinkamai ($p=0,001$).

Daugiau moterų nei vyrų visiškai sutiko, kad padarusios KM bijotų būti nubaustos (26,8% ir 15,0%, atitinkamai; $p=0,001$; $R^2=0,061$), jautų kaltę (52,6% ir 25,0%, atitinkamai; $p=0,001$; $R^2=0,064$) ir išgyventų dėl savo nesėkmės (51,6% ir 31,7%, atitinkamai; $p=0,003$). Tačiau tarp studentų ir rezidentų skirtumų nenustatyta ($p=0,053$; $R^2=0,023$), ($p=0,79$) ir ($p=0,55$), atitinkamai.

Išvados: Žinias apie KM respondentai vertino patenkinamai. Studentai savo teorines žinias apie KM vertino blogiau nei rezidentai, o moterys blogiau nei vyrai. Daugiau moterų nei vyrų manė, kad didžiausią įtaką klaidų atsiradimui turi darbo krūvis, praktiniai įgūdžiai, nuovargis, komandinis darbas ir stresas. Didžioji dauguma rezidentų padarę KM pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą apie savo nesėkmę, o studentai priešingai - pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą. Beveik visi respondentai padarę klaidą jautų kaltę, išgyventų ir bijotų būti nubausti.

Raktažodžiai: klaidos medicinoje, studentų patirtis, gydytojų patirtis, klausimynas, rizikos valdymas.

Knowledge and Opinion About the Error in Medicine Among Medical Students and Residents of Vilnius University

According to world statistic, errors in medicine (EM) are very common. The price of them is often a burden of the health care system. Errors make a negative image of doctors and is a threat for partnerships between doctors and patients. However, more than half of EM can be avoided. The situation on EM is not known in Lithuania, because there is no any studies on this.

Aim: To investigate knowledge and opinion about the error in medicine among medical students and residents.

Methods: medical students and residents were selected by convenience sampling method from RVUL and VUL SK hospitals in 2011 Sep - Dec. Cronbach alpha of questionnaire - 0.72. 250 questionnaires were used in statistical analysis. Student's, Mann Whitney and Kruskal Wallis tests were used to compare unpaired samples. Spearman's correlation and Cramer's V coefficients were used to determine relations between variables. A binary logistic regression (Nagelkerkes coefficient of determination (R^2)) was used to determine how the tied variable - approval or disapproval – depends from respondent's sex and status (student/resident). The statistical significance level $p \leq 0.05$.

Results: The study sample consisted of 165 medical students (66.0%) and 85 residents (34.0%). Students' average age 23.3 ± 0.9 years, residents' - 28.0 ± 2.2 years.

The vast majority of respondents (40.0%) their theoretical knowledge of EM assessed moderately. It was found that the status and sex almost did not affect their knowledge ($R^2=0.022$, $R^2=0.061$).

Students and residents totally agreed that the most important factors, which influence EM are teamwork ($p=0.95$), stress ($p=0.14$), fatigue ($p=0.14$), workload ($p=0.26$), practical skills ($p=0.58$). However, more women than men agreed on those the most important factors. It was found that sex almost did not affect the choice of the most important factors of EM (R^2 0.053-0.072).

41.2% students and 27.1% of residents did not know whether the error registration system could reduce the EM number ($p=0.03$). More students than residents disagreed that Lithuanian health care system is safe for patients today (31.8% and 15.2%, respectively, $p=0.002$), and that it would be difficult to report colleagues about EM (34.1%, and 20,0% respectively, $p=0.01$). However, more residents than students totally agreed that recognition and analysis of EM is an important part of doctors' job (34.1% and 21.2% respectively, $p=0.03$).

When respondents make an error, the vast majority of women (54.2%) first, apologize and inform the patient about this, but the majority of men (51.7%) first, inform his manager ($p=0.02$). Students (53.9%) and residents (49.4%) behavior would be the same, respectively ($p=0.001$).

If respondents will make an error, more women than men totally agreed that they will be affraid of being punished (26.8% and 15.0%, respectively, $p=0.001$, $R^2=0.061$), feel guilty (52.6% and 25.0%, respectively; $p=0.001$, $R^2=0.064$) and survive due to its failure (51.6% and 31.7%, respectively, $p=0.003$). However, among students and residents there were no differences ($p=0.053$, $R^2=0.023$), ($p=0.79$) and ($p=0.55$), respectively.

Conclusions: the majority of respondents their own knowledge of EM assessed moderately. Students their own theoretical knowledge of EM assessed worse than residents, women worse than men. More women than men believed that the most important factor of EM were workload, practical skills, fatigue, stress, and teamwork. The vast majority of residents if made an error first of all inform his manager, and student contrary - first apologize and inform the patient about fails. Almost all respondents if made an error feel guilt and fear.

Keywords: errors in medicine, student experience, doctor's experience, questionnaire, risk management.

4. ĮVADAS

Klaida medicinoje tampa ne tik diskusijų žiniasklaidoje, bet ir mokslo tiriamuoju objektu. Klaidos įvyksta be išimties visuose veiklos sektoriuose: ekonomikoje, politikoje, versle ir pan. Taigi ir sveikatos apsauga nėra išimtis. Tačiau šiame sektoriuje klaidų pasekmės yra be galo skaudžios ir jų analizė yra nepaprastai svarbi dėl daugelio priežasčių.

Klaidų medicinoje nutinka visame pasaulyje ir tarptautinė statistika rodo, kad jos gana dažnos. Tikimybė įvykti nelaimingam atsitikimui lėktuve yra 1 iš 3 milijonų, o nelaimingam atsitikimui įvykti ligoninėje – 1 iš 300 [85]. 1991-2006 metais JAV, Australijos, Jungtinės Karalystės, Naujosios Zelandijos ir Kanados ligoninėse nepageidaujamų įvykių dažnis siekė 9,2 %, t.y. vidutiniškai kas dešimtam hospitalizuojamam pacientui [16]. 2008 metais JAV ligoninėse 1 iš 7 pasireiškė nepageidaujamas įvykis (13,5 %), t.y. 134.000 pacientų patyrė bent po vieną jų [47]. Kai kurios jų yra neišvengiamos, tačiau daugelis tarptautinių mokslinių studijų, rodo, kad apie pusę ir daugiau klaidų galima išvengti. JAV atlikti tyrimai rodo, kad šioje šalyje nuo 44 000 iki 98 000 pacientų kiekvienais metais ligoninėse miršta nuo priežasčių, kurių buvo galima išvengti [41].

Kita priežastis, kodėl reikia kalbėti apie klaidas medicinoje – klaidų medicinoje kaina visai valstybės sveikatos priežiūros sistemai gali tapti nepakeliama našta. Pvz.: išvengiamos klaidos medicinoje JAV kasmet kainuoja 17 – 29 x 10⁹ JAV dolerių, tai sudarė pusę to meto JAV sveikatos priežiūros išlaidų. Vien tik gydymo vaistais klaidos JAV ligoninėms kainuoja daugiau kaip 2 x 10⁹ JAV dolerių nuostolių kasmet [41]. Klaidos medicinoje kaina aktuali ir Lietuvoje. Pacientas, lydymas teisininko, skaudžiai baudžia nacionalinę sveikatos sistemą. Augantis teisminių ieškinių skaičius, teismų jau priteistos didžiulės žalai atlyginti sumos uždėjo milžinišką finansinę naštą sveikatos apsaugos sistemai. Todėl norėdami pasiekti geriausių sveikatos rezultatų mažiausiomis sąnaudomis, turime sustabdyti ir sveikatos priežiūros lėšų švaistymą, atlyginant pacientui žalą dėl KM.

Svarbu ir tai, kad klaidos gali padaryti neatstatomą žalą paciento sveikatai ar netgi mirtį. Klaidos medicinoje kuria neigiamą įvaizdį apie medikų visuomenę, gydytojus, gydymo įstaigas, kelia labai didelę grėsmę partneriškiems gydytojo-paciento santykiams. Gydytojo profesija ir klinikinis scenarijus savaime yra labai rizikingi bei turintys aukštą klaidų potencialą, kuris dėl savo prigimties nesumažėja net labiausiai sveikatos sektoriuje pasiekusių pažangą šalyse.

Klaidos medicinoje aktualios ne tik medikams, bet ir pacientams, visai visuomenei, nes visų lūkestis – saugi sveikatos priežiūra ir jų sveikata. Vos tik įvykus nesėkmei, šiandieną visuomenė informuojama apie tai žiniasklaidos per, radiją, televiziją ir pan. Informacija dažnai pateikiama šališka ir aišku paciento naudai, dažnai iškarto žeminamas gydytojo vardas, visi ieško kalto

gydytojo ir siekiama jį nubausti. Toks klaidų analizės metodas, kai dėmesys sutelkiamas į asmenį padariusį klaidą, egzistuoja nuo seno. Tačiau šiandieną pažangios sveikatos srityje valstybės gydytojų baudimo kultūrą keičia pacientų saugos kultūra. Tačiau norint ugdyti pacientų saugos kultūrą, olandų mokslininkai M. van Beuzekom ir kiti siūlo sutelkti dėmesį į pačią sveikatos apsaugos sistemą, organizacinius veiksmus, žmogiškąjį faktorių [78]. Juk klaidų medicinoje priežasčių gali būti ne viena. Panašios pozicijos laikosi ir PSO [85].

Lietuvoje dar nėra įdiegta klaidų medicinoje registravimo ir analizės sistema, tačiau jau žengiami pirmieji žingsniai. Lietuva dalyvavo EUNetPaS projekte (2008 – 2010), kurio tikslas - įkurti tinklą, vienijantį visas ES šalis nares ir tarptautines ES organizacijas, siekiant paskatinti ir pagerinti bendradarbiavimą pacientų saugos srityje. Įgyvendinama Nacionalinė pacientų saugos platforma (2010 – 2014), kurioje vienas iš siekinių – nepageidaujamų įvykių sveikatos priežiūroje registravimo ir analizės sistema (toliau – NĮSPRAS) [42].

Nors pokyčiai pacientų saugos srityje Lietuvoje vyksta, tačiau tradiciškai nesėkmė teikiant sveikatos priežiūros paslaugas laikoma profesionalo „moraline nesėkmė“, vengiant apie tai kalbėti viešai, nagrinėjant atvejus uždarame instituciniame (profesiniame, klinikos, skyriaus) „savame rate“. Taigi platesniame specialistų rate nesėkmės ar klaidos bei jų priežastys paprastai nėra sistemingai analizuojamos ir iš jų medikai pasimokyti neturi galimybės..

Klaidų medicinoje analizė Lietuvoje yra ypatingai aktuali, nes šiandienai nėra žinomas netgi jų realus dažnis, nėra atlikta įrodymais pagrįstų mokslinių studijų. Tad tikėtina, kad dauguma klaidų yra slepiamos, netgi neanalizuojant jų priežasčių. O juk visi žinome, kad ne tik galima, bet ir privalu mokytis iš savo ir kitų klaidų: tik tokiu būdu galima kalbėti apie klaidų rizikos valdymą ir klaidų medicinoje mažinimą. Žinoma tai turėtų būti svarbu ne tik dirbantiems, bet ir besiruošiantiems tapti medikais – medicinos studentams bei pradedantiems medicinos praktiką gydytojams (rezidentams).

Studentų ir rezidentų vaidmuo mažinant klaidas medicinoje yra nepaprastai reikšmingas. Įvertinant jų pasiruošimą teikti saugias sveikatos priežiūros paslaugas ir žinant klaidų medicinoje tikimybę bei galimybes valdyti klaidų atsiradimo riziką, jų imlumą žinioms ir naujovėms, tai yra pirmoji „fronto linija“ klaidų medicinoje mažinimo veiksams realizuoti. Kitų šalių patirtis rodo, kad dauguma rezidentų ir netgi gydytojų nėra pasirengę konstruktyviai reaguoti į įvykusias klaidas. Pastarieji turėtų ugdyti gebėjimą mokėti įvertinti klaidą, ją atskleisti ir mokytis iš savo bei kolegų klaidų.

Todėl mūsų tyrimo tikslas – iširti medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinias bei nuomonę apie klaidą medicinoje.

5. LITERATŪROS APŽVALGA

5.1. Literatūros paieška

Mokslinės literatūros paieška buvo atliekama elektroninėse duomenų bazėse: Medline (PubMed), Embase, JSTOR, BMJ group, The Cochrane Library, Springer Verlag ir Kluwer Academic Press ir BioMed Central ir apėmė 1991- 2012 laikotarpį.

Literatūra buvo renkama Lietuvos Medicinos ir Higienos instituto bibliotekose. Literatūros paieškos pirminis etapas buvo pradėtas Medline duomenų bazėje panaudojant reikšminių žodžių grupę: klaidos medicinoje, studentų patirtis, gydytojų patirtis, klausimynas, rizikos valdymas (angl. *errors in medicine, student experience, doctor's experience, questionnaire, risk management*).

Mokslinis straipsnis, knyga, pranešimas ar teisės aktas buvo įtraukti į literatūros apžvalgą, jei jis:

1. Aprašo gydytojų ir studentų nuomonę apie klaidą medicinoje;
2. Pateikia klaidos medicinoje (toliau – KM) ir nepageidaujamo įvykio (toliau – NĮ) sampratą, paplitimą;
3. Suteikia informacijos apie klaidų medicinoje rizikos valdymą;
4. Publikuojama lietuvių ar anglų kalbomis.

5.2. Klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sampratos

Klaida bendras terminas, apimantis visus atvejus, kai suplanuota psichinių ar fizinių veiksmų seka nepasiekama norimų rezultatų. Klaida – nesąmoninga pasekmė įgyvendinant planą, kuriuo siekiama tam tikro rezultato ar nesąmoningas nukrypimas nuo planuotų protinių ar fizinių veiksmų [56]. Dėmesys koncentruojamas ne į plano ar veiksmo rezultatą, o į paties veiksmo ar plano procesą.

Sveikatos priežiūros kokybė priklauso nuo daugelio veiksnių: paslaugų prieinamumo pacientams, ligos diagnozavimo laiku, paciento pasitenkinimo suteikta paslauga, medicinos darbuotojų palaikymo, NĮ sveikatos priežiūros įstaigose ir pan. Sveikatos priežiūros procesai yra susiję su didele rizika klaidų atsiradimui [55].

Tačiau tam, kad galėtume analizuoti jų atsiradimo priežastis ir valdymo galimybes, pirmiausia turime išsiaiškinti kas yra KM ir aptarti NĮ sąvoką.

Reason klaidą apibrėžia kaip nuoseklų planuotų veiksmų įvykdymo nepasisėkimą [57]. Alan Merry et al papildo Reason klaidos sampratą nesėkmėmis, kurios skatina klaidos atsiradimą ir negali būti paaiškinamos atsitiktinio veiksnio įtaka. Viso to rezultate tiesiog nepasiekiami norimi rezultatai [56].

Dažnai girdime panašų žodžių junginį: klaida medinoje ir medicinos klaida. Klaida medicinoje ar medicinos klaida iš pirmo žvilgsnio atrodytų žodžių junginiai, turintys tą pačią prasmę. Moderniosios žmogaus klaidos teorijos šalininkai pateikdami moksliskai pagrįstus šių junginių skirtumus, siūlo vietoje termino „medicinos klaida“ (medical error), kuris asocijuojasi su tradiciniu „kaltės ir gėdos“ požiūriu, vartoti terminą „klaida medicinoje“ (error in medicine). Mokslininkai argumentuoja savo teiginius tuo, kad klaidą paprastai lemia daugelis įvairių veiksnių, o ne tik konkretaus paslaugos teikėjo veiksmai [61].

NĮ sąvoka dažnai vartojama kalbant ir apie KM, tačiau ji kur kas platesnio konteksto. Lietuvos sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programoje (toliau SPKUP) NĮ apibrėžiamas kaip įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultatą) pacientui, daugiau dėl medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo, negu dėl paties paciento ligos ar būklės. NĮ paprastai sukelia ne vienas veiksnys, bet daugybės aplinkybių ir įvykių tarpusavio sąveika [50]. Tuo tarpu, kai kalbama apie KM, kalbama apie žmogiškąjį faktorių, kuris sąlygoja klaidos atsiradimą.

Panaši NĮ definicija yra pateikiama ir užsienio literatūroje. JAV Medicinos Institutas NĮ apibrėžia kaip medicininių intervencijų padarytą žalą, bet ne dėl paciento sveikatos būklės ir aplinkos sąlygų. De Vries EN et al. NĮ laiko netyčine žala ar komplikacija, atsiradusią labiau dėl netinkamo sveikatos priežiūros valdymo nei dėl paciento ligos [16].

PSO rekomendacijose NĮ apibrėžia kaip žalą, susijusią su medicinos sveikatos priežiūros paslaugų valdymu. Jis apima visus sveikatos priežiūros aspektus: diagnozės nustatymą ir ligos gydymą, sveikatos sistemos ir technologijų taikymą teikiant paslaugas [86].

Pasak Walshe'o (Junktinė Karalystė) pagrindiniai NĮ bruožai yra trys:

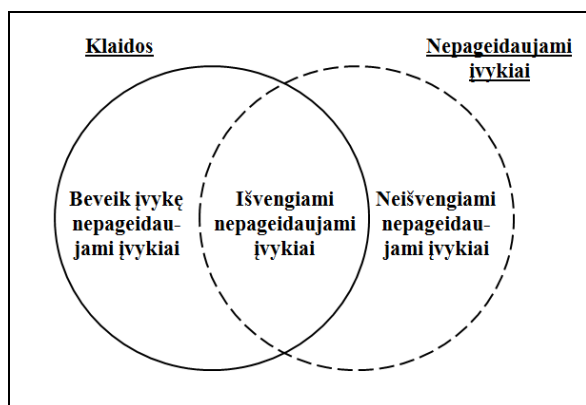
1. **Negatyvumas:** turi būti įvykis, kurio prigimtis natūrali, tačiau jis nepageidautinas, nepalankus, padaręs žalos sveikatos priežiūros sistemai;
2. **Pacientų dalyvavimas:** NĮ susijęs su pacientu ir turi jam neigiamą poveikį (potencialiai neigiamą/žalingą poveikį ar realiai žalą).
3. **Priežasties buvimas:** turi būti požymių, kad NĮ yra sveikatos priežiūros sistemos proceso (veikimo ar neveikimo) rezultatas, o ne paciento savybių ar natūralaus ligos progresavimo nulemtas rezultatas [81].

M. Edmonds iš Australijos 2010 m. straipsnyje NĮ apibrėžia kaip žalą dėl medicininės intervencijos, o ne dėl paciento aplinkos sąlygų, ir žalą, kuri buvo netyčinė ar tyčinė dėl sveikatos priežiūros vadybos aspektų. NĮ galima išvengti, jei jis yra susijęs su klaida vadyboje, o pastaroji susijusi su nesėkme tinkamai stebėti priimtą praktiką individualiame arba sisteminiame lygmenyse [21]. Iš šių pateiktų pavyzdžių akivaizdu, kad NĮ visame pasaulyje suprantamas ne visai vienodai, t.y. nėra visiems priimtinos vienos NĮ definicijos.

Daugiau nei prieš dešimtmetį (1999 m.) JAV išleido publikaciją „Klysti žmogiška: kuriant saugesnę sveikatos priežiūrą“ (To Err is Human: Building a Safer Health System), kuri buvo skirta klaidų prevencijai bei parodė KM problemos mastą.

Šis leidinys paskatino aktyviai tyrinėti šią problemą, ieškoti apibrėžimų reikalingų vienodam supratimui, ir jau po metų kokybės tarpžinybinio koordinavimo darbo grupė (Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC)) pranešime apie veiksmus, kaip sumažinti klaidas medicinoje tobulina KM apibrėžimą, atsiranda holistinis požiūris į klaidos sampratą. Klaidos apima medicinos praktikos problemas, produktus, procedūras ir sistemas.

Kokybės tarpžinybinio koordinavimo darbo grupė išvengiamus NĮ priskiria klaidai medicinoje, tačiau ne visos klaidos sukelia NĮ ir lygiai taip pat ne visi NĮ atsiranda dėl KM [73]. Tokia samprata atvaizduota grafiškai 5.2.1. pav.



5.2.1. pav. Klaidos ir NĮ sąsajos.

Aguirre-Gas HG taip pat patvirtina, kad NĮ gali pasireikšti ir ne dėl KM. Gali turėti įtakos struktūrinės ir sisteminės nesėkmės (ištekliai, jų išsaugojimas), organizaciniai kintamieji, komunikacija, žmogiškieji ištekliai, mokymo programos, procesai be standartizacijos, stebėsenos ar kontrolės, tam tikrų etapų gedimai [4].

Thomas ir Petersen 2003 m. publikacijoje parodo klaidos ir NĮ skirtumą: klaida nebūtinai padaro žalą pacientui (tą patį teigė ir Reason), o NĮ pasekmė visada pasireiškš žala pacientui [74]. Tačiau ir Lietuvoje įtvirtinta NĮ samprata iš dalies prieštarauja JAV Houston'e įvardintai sampratai.

Lietuvos SPKUP rašoma, kad NĮ - „tai įvykis, įvykęs dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį“.

Apibendrinant, reikia pripažinti, kad nėra vieningos mokslininkų priimtos tarptautinės taksonomijos apie KM ir NĮ. Skirtingose valstybėse naudojamos sampratos neleidžia taikyti tuos pačius kriterijus registruojant KM ir NĮ, taigi ir statistiniai duomenys apie KM ir NĮ labai skiriasi. Tenka pastebėti, kad moksliniuose tyrimuose dažniausiai vartojama NĮ sąvoka, nors analizuojami daugiau žmogiškosios klaidos faktai (gydytojo aplaidumas, neteisėtas veiksmas) ir diskutuojama būtent apie KM.

5.3. Klaidų medicinoje priežastys

KM atsiradimo priežasčių yra daug ir įvairių, tačiau teorijoje vyrauja du pagrindiniai klaidų priežastingumo modeliai/požiūriai: tradicinis ir modernusis.

Tradicinis. „Blogų obuolių“ teorija – pašalinti blogus obuolius ir viskas bus gerai – eliminuoti klystančius medikus – KM nebebus. Visiems žinoma, kad žmogus turi ribotas protines bei fizines galimybes: jis gali būti užmaršus, nedėmesingas, sąlyginai kvailas, silpnas, tad suklysti jam įmanoma, o kartais net neišvengiama. Tradicinis požiūris remiasi principu „įvardyti, kaltinti ir gėdinti“: nustato „nusikaltėlius“, drausmina juos, stebi, perkvalifikuoja arba pašalina. Laikosi nuomonės, kad klaidų galima išvengti nubaudus kaltininką, o baimė suklysti ir būti nubaustam, apkaltintam ir sugėdintam motyvuoja darbuotojus būti budriais klaidų atžvilgiu, skatina savisaugą ir savigyną. Kai žmonės baiminasi, jie linkę slėpti klaidas, kaltinti kitus, vengti rizikingų užduočių, kovoti, o ne bendradarbiauti. Šie veiksmai užkerta kelią nustatyti klaidas, jas analizuoti, rasti ilgalaikius sprendimus bei mokytis iš jų.

Tačiau klysti žmogiška (L. A. Seneca). Šiuo principu vadovaujasi moderniojo požiūrio šalininkai ir mediką laiko sudėtingos sistemos dalimi. Modernusis požiūris yra orientuotas į sisteminius sveikatos sistemos trūkumus: į darbo sąlygas, aplinką, organizacijos struktūras ir procesus, kurie sudaro sąlygas atsikyti NĮ/KM. Žmonės yra klystantys asmenys, klaidos yra pasekmės, o ne priežastys, ir tik latentiniai veiksniai, organizaciniai procesai sudaro asmeniui sąlygas "padaryti" klaidą. Šios teorijos esmė – NĮ nutinka pavojui praėjus pro nustatytus apsaugos barjerus, saugiklius [61].

Moderniuoju požiūriu klaidos mažinamos nustatant jas, atlyginant padarytą žalą, ieškant priežasčių bei atsiradimo mechanizmų, pertvarkant sveikatos apsaugos sistemą klaidoms išvengti ateityje.

Modernų požiūrį į klaidas taip pat propaguoja M. van Beuzekom ir kiti jo bendraminčiai. Jie teigia, kad žmonės gali klysti, tad sistemos turi būti kuriamos taip, kad užkirstų kelią galimoms žmonių klaidoms. Į žmones padariusius klaidas neturi būti žiūrima kaip į visko kaltininkus, o sistemos turi būti orientuotos į saugių darbo sąlygų užtikrinimą [78].

Aštuntojo PSO ateities forumo dalyviai NĮ ir KM priežastis suskirstė į dvi grupes: 1) trūkumai sistemoje ir 2) trūkumai sveikatos priežiūros specialistų ir vadovų požiūryje bei esamose kultūros tradicijose.

Trūkumai sistemoje apima: netinkamus prioritetus (pvz., neskiriamas dėmesys finansų apsaugai, valdymui); duomenų kokybę, kuri nėra informatyvi; klaidų sveikatos priežiūroje dažnio nelaikymą kokybės rodikliu; ekspertų teorinių modelių pritaikymo gydytojų praktikoje neatitikimus; klaidų sprendimų formas (ji turi būti praktiška, patikima, įrodanti klaidą, standartizuota, suderinama su sistema).

Taip pat KM apsprendžia ir klaidingas gydytojų supratimas, kad klaidų nebūna. Dažnai gydytojai save laiko aukomis, yra nesavikritiški. Jie registruoja NĮ, bet nesimoko kaip to išvengti ateityje. Įvardijamos ir kitos priežastys: gydytojų tarpusavio nesusikalbėjimas, bendravimo kultūra, netinkami tam darbui asmenys (net ir žinodami savo klaidą, nuolatos ją kartoja), atsakingumo stoka [85].

PSO, Eric J. Thomas, Michael Edmonds, M. van Beuzekom ir daugelis kitų tyrėjų teigia, kad individualiai padarytos klaidos ar NĮ yra sąlygoti latentinių ir aktyviai padarytų klaidų (aktyvios nesėkmės). Tyrėjai latentinius rizikos veiksnius vadina veiksniais esančiais darbo aplinkoje, kurie nėra matomi, tačiau galintys daryti įtaką klaidų atsiradimui. Latentinės klaidos apima sisteminio lygmens trūkumus: netinkamas suprojektavimas/ suplanavimas, organizavimas, mokymas su trūkumais, priežiūros sistema, kuri veda prie operatoriaus klaidų ir kurių poveikis paprastai būna uždelstas, blogas valdybos sprendimų priėmimas, kolektyvo kultūra, esamos normos, išteklių trūkumas, vedantis prie darbuotojų nuovargio arba nepatyrusių darbuotojų įdarbinimo, laiko trūkumas, netinkama įranga ir pan. Išaiškinus šiuos veiksnius būtų galima sukurti daugiau veiksmingų kontrolės priemonių, kurios ženkliai pagerintų tiek individualių sveikatos priežiūros veiklų, tiek pacientų sveikatos rezultatus [21, 74, 78, 86].

Dėl latentinių veiksnių sąveikos susiformuoja klaidų atsiradimą skatinančios sąlygos: žinių, įgūdžių, požiūrių skirtumai tarp pacientų ir gydytojų, besikertantys poreikiai, įrangos trūkumai. Visa tai paskatina klaidų formavimąsi individualiame lygmenyje. Latentinės klaidos sukuria aplinką, kurioje aktyvios nesėkmės gali sukelti neigiamą poveikį pacientų sveikatai.

Žmogiškosios klaidos paprastai pasireiškia kaip aktyvi nesėkmė (active failures). Tai žiniomis, taisyklėmis ir įgūdžiais pagrįstos klaidos. Dažniausiai aktyviomis nesėkmėmis laikomos

atpažinimo ar atrankos, dėmesio ar atminties, sprendimo priėmimo klaidos ir sąmoningas taisyklių ignoravimas. Faktiškai latentinės ir aktyvios klaidos, atspindi NĮ ir KM, sisteminius ir žmogiškuosius veiksnius, lemiančius nelauktas pasekmes, atitinkamai [21, 74].

Visame pasaulyje yra nustatoma įvairių KM lemiančių veiksnių, tačiau jie vis dar nėra vienodai interpretuojami. Pasak Reason, aktyvūs ir latentiniai veiksniai lemiantys NĮ atsiradimą yra:

Aktyvūs:

1. Klaidinga veikla (neteisėta);
2. Neapdairumas, neatidumas;
3. Grubūs pažeidimai.

Latentiniai:

1. Didelis darbo krūvis;
2. Neadekvačios žinios ir patirtis;
3. Netinkamas vadovavimas;
4. Stresinė aplinka;
5. Prasta komunikacija;
6. Netinkama įranga [65].

Diskutuojant apie klaidos medicinoje anatomiją, sveikatos tyrimų ir kokybės agentūra (Agency for Health Research and Quality (AHRQ)) išskiria šias pagrindines priežastis:

1. Bendravimo klaidos. Yra nustatyta atveju, kai dėl nesusikalbėjimų ar nesusipratimų yra paskiriamas kitoks gydymas nei jam buvo reikalingas.
2. Vis labiau didėjantis sveikatos priežiūros skaldimasis. Kuo daugiau žmonių dalyvauja gydyme, tuo didesnė tikimybė, kad svarbi informacija pasimes.
3. Žmogiškosios klaidos dėl pervargimo ir išsekimo.
4. Gamybos klaidos. Pvz., klaidingi užrašai ant kraujo produktų. Gali lemti pacientams didžiulę žalą ar net mirtį, jei perpilto kraujo grupė nesutaps su paciento kraujo grupe.
5. Įrangos gedimai.
6. Diagnostikos klaidos.
7. Netinkamai suprojektuoti pastatai ir įrenginiai [2].

Kadangi KM atsiradimą lemia daugelis priežasčių, yra atliekama įvairių tyrimų, siekiant išskirti pagrindines, o galbūt atrasti iki šiol dar nežinomas. J. Robert et al tyrimo rezultatai parodė, kad tik 2 iš 11 išvardytų galimų priežasčių KM atsirasti gydytojų nuomone yra labai svarbios. 53 % gydytojų įvardino sveikatos priežiūros specialistų (slaugytojų) trūkumą ligoninėse ir 50 % - pervargimą, stresą bei nuovargį. Visuomenės nuomone yra 4 didžiausios priežastys: laiko stoka gydytojams bendraujant su pacientais (72 %), gydytojų pervargimas,

stresas ir nuovargis (70 %), sveikatos priežiūros specialistų nesėkmė kartu dirbti ar bendrauti, kaip komanda (67 %) ir slaugytojų trūkumas ligoninėse (65 %) [10].

Viena dažniausių sričių atsirasti KM yra susijusi su vaistų išrašymu, paskyrimu ir pan. Vaistų skyrimo klaidos dažniausiai susijusios su žinių trūkumu apie vaistus (22 %): pvz. informuotumo stoka apie vaistų sąveiką, neteisingus komponentų derinimus, pernelyg greitos medikamentų infuzijos. Kitos priežastys siejamos su žinių trūkumu apie pacientus (14 %): dažnai paskiriami tam pacientui netinkami medikamentai. Taip pat yra teigiama, kad klaidų atsiradimo dalį lemia darbo krūvis, dideli receptų išrašymo kiekiai, nuovargis, ir kt. Dar svarbu vaidmenį atlieka pacientų gydymo tęstinumas išrašius iš ligoninės [72].

Bartlett ir jo bendraautorių tyrimu buvo nustatyta, kad pacientai išvengiamus NĮ patiria dėl komunikacijos trikdžių, nesusikalbėjimų, dėl jų pačių psichinių negalių ar paskirto gydymo skubos tvarka. Daugiausiai išvengiamų NĮ nustatyta dėl vaistų paskyrimo (40 %) arba prasto klinikinių situacijų valdymo (32 %) [8].

Nustatyta, kad NĮ dažniausiai atsitinka susisumavus daugeliui juos nulėmusių vadybinių, organizacinių ir klinikinių priežasčių. „Žmogiškojo faktoriaus“ nulemtos klaidos sudaro tik nedidelę dalį NĮ [50]. Iš esmės klaidos nesukeltų žalos, jei vienu metu nesuveiktų latentiniai veiksniai bei žmogiškasis faktorius.

Reason išskiria kitokias klaidų medicinoje priežasčių rūšis. Jis įvardina komandos, situacijos, užduoties ir organizacinius veiksnius. Toks priežasčių sugrupavimas dar kartą įrodo, kad klaidą lemia ne vieno žmogaus neteisėti veiksmai, bet įvairios priežastys [64]. Todėl siekiant išvengti ar sumažinti KM, tyrėjas rekomenduoja: sutikti su faktu, kad klaidos yra ir jos gali atsirasti; įvertinti blogas sąlygas ar klaidos atsiradimą skatinančius veiksnius prieš pradėdant užduotį; būti pasirengusiems susidoroti su nenumatytais atvejais, problemomis [63]. Australijoje atlikto tyrimo duomenimis yra nustatyta 12 dažniausių klaidos priežasčių:

1. Klaidingas sprendimas (16 %);
2. Nesugebėjimas patikrinti įrangos (13 %);
3. Technikos gedimas (13 %);
4. Žmogiškieji veiksniai (13 %);
5. Kitos įrangos problemos (13 %);
6. Neatsargumo (12 %);
7. Skubotumas (12 %);
8. Nepatyrimas (11 %);
9. Komunikacijos problema (9 %);
10. Netinkamas priešoperacinis situacijos įvertinimas (7 %);
11. Stebėsenos problema (6 %);

12. Netinkamas priešoperacinis pasiruošimas (4 %) [82].

Kodėl sveikatos priežiūros sistema yra pažeidžiama, Reason įvardina 3 pagrindines priežastis: kaltinimą, neigimą ir autoritetingo ar bendraminčio „sekimą“. Kiekviena šių sisteminių patologijų yra giliai įsišaknijusi žmogaus psichologijoje ir įvairiuose organizacijos kultūros lygiuose. Reason pateikia kaltinimo ciklą, kuris yra būdingas ir Lietuvos sveikatos priežiūroje. Medikui padarius klaidingą veiksmą ir žalą paciento sveikatai, skiriamos sankcijos, yra apkaltinamas ir dažnai nubaudžiamas. Toks sprendimo būdas turi mažą arba visai neturi įtakos klaidų masto sumažinimui. Išsivysto sąmoningas įspėjimų nepaisymas, o vėl atsiradus klaidai, vengiama ją atskleisti, kad nebūtų dar sykį nubaustas.

Dviejų ir vienos kilpos mokymasis – tai tradicinio ir moderniojo požiūrio analogija. Vienos kilpos mokymasis orientuotas į padarytos klaidos ištaisymą ir pasimokymą nebekartoti, o dviejų kilpų mokymasis apima vienos kilpos mokymąsi ir papildomą sąlygų, situacijos analizę, trūkumų sistemoje paiešką [66].

Apibendrinus pasaulio tyrimų rezultatus, NĮ ir KM lemia sisteminiai ir žmogiškieji veiksniai kartu.

5.4. Klaidų medicinoje rūšys

NĮ gali būti išvengiami ir neišvengiami [54, 86]. JAV Masačusetso valstijoje buvo sudaryta darbo grupė, parengusi Harvardo universitetui priklausančioms ligoninėms ataskaitą su rekomendacijomis kaip kovoti su NĮ, pateikė išvengiamų ir neišvengiamų NĮ bruožus:

Išvengiamas NĮ – sužalojimas (arba komplikacija) dėl klaidų ar sistemos gedimų/nesėkmių. Išskiriamos 3 kategorijos:

1 tipas: klaidą padaro gydantis gydytojas (Pvz., techninė klaida procedūros metu).

2 tipas: klaidą padaro bet kuris kitas sveikatos priežiūros specialistas (Pvz., slaugytoja paduoda pacientui ne tuos jam paskirtus vaistus, rezidentas priima klaidingą sprendimą).

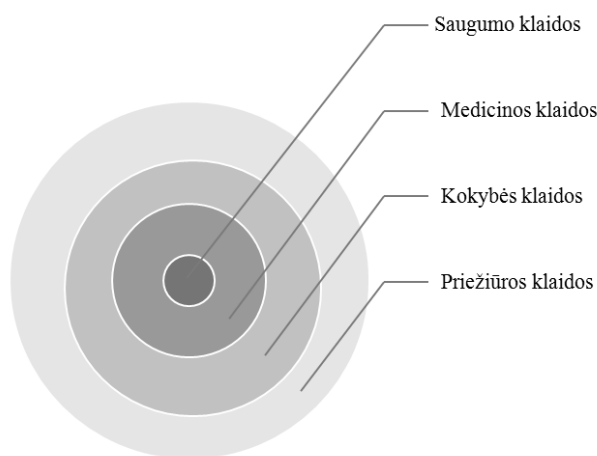
3 tipas: sisteminės klaidos, nesusijusios su žmogiškosiomis klaidomis (Pvz., IV siurblio gedimas, kuris sukelia vaistų perdozavimą, gydytojui nusiunčiami ne to paciento tyrimo rezultatai).

Neišvengiamas NĮ – sužalojimas (arba komplikacija), pasireiškęs ne dėl klaidos ar sistemos gedimų/nesėkmių, ir kurio išvengti ne visada yra galimybių, nors ir aukštas specialistų mokslo žinių lygis. Išskiriamos 2 kategorijos:

1 tipas: gerai žinomos didelės rizikos sveikatai gydymas. Pacientai suvokia gydymo pavojaus sveikatai riziką, tačiau vis tiek gydosi siekdami atstatyti sveikatą (Pvz., chemoterapijos komplikacijos).

2 tipas: retai žala sveikatai sukiantis gydymas, bet žinoma rizika. Pacientas nebūtinai informuojamas iš anksto apie galimą riziką (Pvz., šalutinis vaistų poveikis, tam tikros galimos infekcijos) [54].

S. H. Woolf klaidas medicinoje, t.y. sveikatos priežiūros kokybės trūkumų/klaidų sistema, vaizduoja kaip keturis koncentrinis ratus (5.4.1. pav.). Centre esančios pacientų sveikatos priežiūros **saugumo klaidos** – labiausiai pažeidžia paslaugų kokybę, t.y. pastangos išgydyti duoda iškreiptą efektą – padaro žalą.



5.4.1. pav. Sveikatos priežiūros kokybės trūkumų/klaidų sistema.

Tai klaidos, kai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas padidėja komplikacijų rizika ar pasireiškia akivaizdūs sužalojimai, kurie neegzistavo prieš tai (pvz., ne tos galūnės amputacija ar toksinės vaisto dozės paskyrimas).

Antras ratas vaizduoja **medicinos klaidas**, kurios apima neatidumą išlikusiai rizikai, o tai sukelia pacientui netikėtumą, t.y. medikai pašalina pirminę problemą, bet nepasirūpina jos prevencija ateityje (pvz., nesiūlo pneumokokinės vakcinos ar kolorektalinio vėžio atrankinės patikros reikalavimus atitinkantiems pacientams).

Medicinos klaidų ratas įsilieja į didesnę **kokybės klaidų** ratą, apimančią individualias klaidas (pirmas ir antras ratas) ir neadekvačius sveikatos priežiūros organizavimo atvejus: ribotą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, rasinius ir etinius principus, sisteminius kokybės defektus, įdiegtą draudimo ir valdymo politiką, klaidingos informacijos sistemas ir sistemų projektus su trūkumais. Šis ratas apima nepakankamą sveikatos priežiūros teikimą ir piktnaudžiavimą sveikatos priežiūra.

Įsivaizduojamame ketvirtajame sveikatos **priežiūros klaidų** rate nepakankamos priežiūros rezultatas atspindi ne tik tai, ką galima išmatuoti normatyvinėmis gairėmis, kaip pirmuosiuose ratuose, bet vaizduoja ir pacientų patirtį, kai jie jaučiasi apleisti, pažeminti, neišgirsti, skubinami, negalintys nusiraminti. Nors techniniai sveikatos priežiūros teikimo elementai atrodo geri, tačiau pacientai susiduria su šiurkštumu, nejautrumu ar nusivilia gaunant informaciją, kontroliuojant gydymo sprendimus [84].

Chassin M. KM skirsto į 3 kategorijas: per didelio naudojimo paslaugos (mažai tikėtina, kad skirta paslauga turės naudos pacientui), nepakankamai išnaudojamos reikalingos paslaugos (potencialiai naudinga paslauga buvo nesuteikta) ir netinkamai suteiktos paslaugos (nereikalingos terapijos paskyrimas, nesugebėjimas taikyti savalaikį gydymą dėl klaidingos diagnozės ir pan.) [14].

Kiti tyrėjai KM bei NĮ skirsto, atsižvelgiant į gydymo veiklas, jų atsiradimo priežastis, sunkumo laipsnį/sveikatai padarytos žalos lygį ir kitus aspektus.

Reason J. išskiria keletą KM rūšių:

- Pažeidimai. Tai yra tyčinis, sąmoningas sprendimų priėmimas nusižengiant taisyklėms.
- Apsirikimai ir „lepsusai“. Tai dažniausiai pasireiškia praleidus kokio nors veiksmų plano dalį dėl aplaidumo.
- Sprendimų priėmimo klaidos dėl klaidingos informacijos ar per mažo žinių „bagažo“.
- Žmogiškosios klaidos dėl atidumo, rūpestingumo stokos [57].

Marc Green klaidas klasifikuoja pagal vidaus procesų (nematomas) klaidas, klaidų lokalizaciją ir išorės procesų (matomas) klaidas/veiksmus:

Vidaus procesų klaidos:

- *Įvesties klaida*. Kuomet yra neteisingai suprantama klaida ir formuojasi neteisingi ketinimai, o po to atliekami neteisingi veiksmai.
- *Netikslumai*. Kai teisingai suprantama, bet neteisingai ketinama ir imamasi veiksmų.
- *Vykdyimo klaida*. Kai teisingai suprantama ir ketinama, tačiau pasirenkami neteisingi veiksmai.

Pagal lokalizaciją:

- Egzogeninės klaidos (sistemas).
- Endogeninės klaidos (žmogaus).

Jei klaidos yra matomos iš atliekamų veiksmų, tai jas galima stebėti ir pagal jos pobūdį, jos gali būti klasifikuojamos pagal atitinkamus modelius:

- Praleidimas, nepaisymas, nepadarymas, aplaidumas;
- Įterpimo klaida;
- Pakartotinas įterpimas (kai normaliai tas žingsnis yra tinkamas, bet netinkamoje situacijoje atliktas);
- Klaidingas veiksmų apkeitimas [31].

Klaidos gali būti dėl klaidingo veikimo arba neveikimo, ir paprastai atspindi trūkumus sveikatos priežiūros sistemoje [86]. JAV Medicinos institutas klaidas skirsto į:

1. Diagnostikos (klaidinga arba vėluojanti diagnozė, nesėkmė pritaikyti nurodytus testus, naudojimas pasenusių tyrimų ar gydymo metodų, neveikimas stebėsenos ar bandymų rezultatu).
2. Gydymo (klaida atliekant operaciją, procedūrą, arba testus, gydymo administravimo klaida, klaidinga vaisto dozė ar vartojimo būdas, arba metodas, neskirtas arba atidėtas gydymas, netinkama priežiūra).
3. Išvengiamos (nesugebėjimas skirti profilaktinio gydymo, netinkama stebėseną ir tolimesnis gydymas).
4. Kitos (nesėkmė komunikuojant, įrangos gedimas, kiti sisteminiai gedimai) [35].

Remiantis Zane Robinson Wolf ir Ronda G. Hughes nuomone, daugiau nei 70 % NĮ priežastis buvo neatsargumas, o daugiau kaip 90 % jų galima išvengti [3].

Remiantis Sveikatos priežiūros tyrimų ir kokybės agentūra (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) klaidų medicinoje gali atsirasti bet kurioje sveikatos priežiūros sistemos vietoje: ligoninėje, klinikoje, chirurgijos centre, gydytojų kabinete, slaugos ligoninėje, vaistinėse ar net pacientų namuose (namuose bus ne klaida, bet įvykusios klaidos pasekmių atsiradimo vieta). Tačiau dažniausiai (apie 80 %) jos pasitaiko ligoninėse. Klaidos gali būti susijusios su vaistų išrašymu, chirurgija, diagnostika, įranga ar laboratoriniais tyrimais [1].

Forster AJ et al. tyrimai patvirtina, kad terapinės klaidos labiausiai prisideda prie išvengiamo pakartotinio hospitalizavimo. Labiausiai paplitusi NĮ forma yra klaidingas gydymas vaistais, pasitaiko maždaug 20 % pacientų. Maždaug du trečdaliai tokių NĮ buvo galima išvengti. Pvz., pacientai buvo paleisti į namus be būtinų vaistų receptų, arba pacientams paskirti vaistai, kurių poveikis dubliuoja vienas kitą (pvz., vaistai skirtingais pavadinimais) [25, 26].

Lietuvoje viena iš klaidos medicinoje rūšių yra medicinos praktikos klaida, kuri Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos

patikrinimo tvarkos“ apibrėžiama kaip specialisto veiklos trūkumai ar veiksmai, galėję lemti ar lėmę žalą ar pavojų pacientų sveikatai arba klaidingas (netinkamas) išvadas; arba grubi praktikos klaida – specialisto klaidingos (netinkamos) išvados, veiklos trūkumai ar veiksmai, lėmę žalą paciento sveikatai, paciento invalidumą arba žūtį [51].

Yra daug įvairių būdų klaidoms medicinoje klasifikuoti, bet nėra priimti visuotinai sutarti NĮ taksonomijos principai [61]. Tačiau pasak JAV kokybės tarpžinybinio koordinavimo darbo grupės klasifikuojant svarbu įtraukti šiuos kriterijus:

1. Sveikatos priežiūros paslaugų tipas (pvz., nacionalinė, privati).
2. Padarytos žalos sunkumas (pvz., mirtis, fizinė ar psichologinė žala).
3. Teisinis apibrėžimas.
4. Vietos tipas (pvz., poliklinika, intensyvios terapijos skyrius).
5. Dalyvaujančio asmens tipas (pvz., gydytojas, slaugytoja, pacientas) [72].

Kadangi klaidoms medicinoje ir NĮ būdinga daugiapriežastinė etiologija, todėl yra sunku rasti vieną bendrą visiems priimtina taksonomijos koncepciją.

5.5. Klaidų medicinoje paplitimas Lietuvoje ir pasaulyje

Paskutinį dvidešimtmetį pasaulyje pasirodžiusios publikacijos rodo, kad KM yra pakankamai dažnas įvykis, sukeltas didelių ekonominius, socialinius, psichologinius, moralinius nuostolius sveikatos apsaugos sistemai. Tai patvirtina empiriniai tyrimai atlikti JAV, Kanados, Australijos, Naujosios Zelandijos, Prancūzijos, Anglijos, Belgijos ir kt. ligoninėse. Atkreipkite dėmesį, kad mokslinėse studijose KM įvardijama kaip NĮ (pvz., NĮ dėl gydytojo aplaidumo).

Brennan TA et al. ištyrė 51 Niujorko valstijos ligoninių ir nustatė, kad 3,7 % hospitalizuotųjų patyrė NĮ, o 27,6 % jų buvo dėl aplaidumo. 70,5 % pacientų NĮ sukėlė negalia trunkančią mažiau nei 6 mėnesius, 2,6 % pacientų įgijo nuolatinę negalia, o 13,6 % ištiko mirtis. Apskaičiuota, kad iš 2.671.863 išrašytų pacientų 98.609 patyrė NĮ, o 27.179 atvejų įvyko dėl aplaidumo [12].

Leape LL kartu su Brennan TA ir kitais tyrėjais tęsė šį tyrimą ir jų gauti rezultatai parodė, kad 48 % NĮ buvo susiję su operacijomis, tačiau operacijų metu NĮ dėl aplaidumo (17 %) atsiradavo rečiau nei terapinių procedūrų metu (37 %). Terapinių procedūrų metu daugiausia nustatyta diagnostikos nesėkmių (75 %), neinvazinės terapijos nesėkmių (77 %), ir NĮ įvykę palatoje (70 %). Vaistų sukeltos komplikacijos siekė 19 %, žaizdų infekcijos – 14 %, o techninės komplikacijos – 13 %. Valdymo srityje buvo nustatyta 58 % NĮ, kurių pusė pasireiškė dėl neatsargumo/aplaidumo [45].

Klasikiniais NĮ arba klaidų medicinoje moksliniais tyrimais laikomi JAV Harvardo (1984 m.) ir Australijos (1995 m.) tyrimai. Harvardo universitete (JAV) atliktos medicinos praktikos metu buvo išanalizuota 30 121 hospitalizacijos atvejų iš Niujorko valstijoje atsitiktinai atrinktos 51 ligoninės: 3,7 % hospitalizacijos atvejų įvyko NĮ, iš kurių tik 27,6 % buvo dėl praktikos klaidų, o 58 % dėl kitų su sveikatos priežiūra susijusių įvykių, kurių buvo galima išvengti. Apie pusę visų studijos metu nustatytų NĮ įvyko chirurgijos srityje (žaisdų infekcijos, komplikacijos ir kt.), o 19 % visų NĮ sudarė NĮ, susiję su vaistų skyrimu. Dauguma šių NĮ sukėlė iki 6 mėnesių trukusią negalia, 2,6 % – negrižtamą negalia, o 1,36 % baigėsi mirtimi [45, 12].

1995 m. Australijos tyrimo rezultatai parodė, kad iš 28 ligoninių, daugiau nei 14 000 medicininių išrašų 16,6 % buvo susiję su NĮ sukėlusiais pacientams ilgalaikę ar trumpalaikę negalia. Tai buvo susiję su netinkamu sveikatos priežiūros valdymu. 51 % NĮ buvo galima išvengti. 46,6 % pacientų patyrė trumpalaikę negalia, 77,1 % pacientų negalia buvo pašalinta per 12 mėnesių, tačiau 13,7 % pacientų tapo su nuolatinė negalia, o 4,9 % pacientų mirė. Daugiausiai NĮ sukėlė virškinimo (23,2 %), kaulų ir raumenų (21,9 %) ir kraujotakos (20,2 %) sistemų sutrikimų [83].

Jutos ir Korolado valstijose (JAV) atliktas 15.000 išrašų iš ligoninių tyrimas parodė, kad vidutiniškai 2,9 % kiekvienoje valstijoje pasireiškia NĮ, iš kurių Jutoje vidutiniškai 32,6 %, o Kolorade - 27,4 % pasireiškė dėl aplaidumo. Buvo nustatyta, kad 6,6 % mirčių lėmė NĮ, o 8,8 % aplaidumas/ neatsargumas. Visų nustatytų NĮ 44,9 % sudarė operacijų metu įvykę NĮ. Šiuos NĮ lėmė 16,9 % aplaidumas, kurių rezultatas - 16,6 % pacientų su nuolatinė negalia. Viena dažniausių priežasčių terapijos metu atsirasti NĮ buvo vaistų paskyrimas (19,3 %), iš kurių 35,1 % NĮ buvo dėl aplaidumo. Šių NĮ pasekmė - 9,7 % nuolatinė negalia [75].

C. Vincent et al retrospektyviai tyrė 1999 – 2000 m. laikotarpio dviejų Londono ligoninių išrašus. Nustatė, kad 10,8 % pacientų patyrė bent po vieną NĮ, o sumoje su tais, kurie patyrė keletą NĮ buvo nustatyta 11,7 % pacientų. Iš jų 66 % pacientų dėl NĮ patyrė minimalius funkcijos sutrikimus ir pasveiko per mėnesį, 34 % pacientų išsivystė sutrikimai, dėl kurių 19 % pacientų patyrė vidutinio sunkumo sužalojimą, 6 % buvo sužaloti visam laikui ir 8 % pacientų sukėlė mirtį. Šiame tyrime kaip ir daugelyje kitų buvo nustatyta, kad pusė (48 %) NĮ/KM gali būti išvengiamos [38, 80].

Australijoje 2002 metais atliktas 1992 metų duomenų tyrimas apie NĮ dažnį chirurgijos srityje. Buvo nustatyta 21,9 % įvykusių NĮ, kurių 48 % buvo galima išvengti. 83 % NĮ patyrusiems pacientams negalia buvo išgydyta per 12 mėnesių, 13 % - pasireiškė nuolatinė negalia, o 4 % pacientų mirė [36].

Junktinėje Karalystėje atlikto tyrimo rezultatai 2003 metais parodė, kad KM įvyksta nuo 5 iki 80 atvejų 100 000 konsultacijų, kurios dažniausiai buvo dėl klaidingos diagnostikos ar

netinkamo gydymo. 11 % visų vaistų receptų išrašymo atvejų buvo klaidingai išrašomi, daugiausia klaidų nustatyta nurodant netinkamą vaistų dozę [67].

Remiantis Baker'io GR et al. tyrimu, Kanados penkiuose regionuose (British Columbia, Alberta, Ontario, Quebec ir Nova Scotia) įvyko 7,5 NĮ atvejų 100 prisirašiusiųjų, kurių 36,9 % galima buvo išvengti. Nustatyta, kad 20,8 % nukentėjusiųjų mirė [7].

Niujorko, Jungtinės Karalystės ir Australijos ligoninėse NĮ dažnis buvo 3,7 %, 11 % ir 16,6 %, atitinkamai. O 2004 m. Kanadoje atlikto tyrimo duomenimis 5,2 mln. kanadiečių (ketvirtadalis gyventojų) esą patyrė išvengiamus NĮ [37].

Naujoje Zelandijoje Nelaimingų atsitikimų kompensavimo korporacija nustatė, kad 50,7 % prašymų kompensacijoms buvo susiję su NĮ, o nepriklausoma sveikatos ir neįgalumo komisija – 63,8 % skundų dėl NĮ [9].

Heede KVD et al. atliko tyrimą Belgijos ligoninėse ir nustatė 7,12 % NĮ terapijos ir 6,32 % chirurgijos skyriuose [33].

Ispanijoje J M Aranaz-Andrés tyrimo rezultatai taip pat patvirtina KM dažną tikimybę bei didelį išvengiamumo procentą. Tarp hospitalizuotųjų buvo nustatyta, kad 8,4 % atvejų hospitalizuoti dėl NĮ, o šis dažnis padidėja iki 9,3 % įtraukus atvejus, kurie patyrė NĮ ikihospitalizaciniame laikotarpyje. Tai sudarė 1,2 NĮ 100-tui paciento dienų. Vidutinio sunkumo ir sunkaus NĮ dažnis buvo 5,6 NĮ 1000-čiui paciento dienų. Šis tyrimas tik patvirtino, kad beveik pusė (42,8 %) NĮ galima išvengti. Dažniausiai NĮ buvo susiję su vaistais (37,4 %), hospitalinėmis infekcijomis (25,3 %) ir techninėmis problemomis procedūros metu (25,0 %) [5].

De Vries E. N. et al 2007 metais atliko EMBASE, Cochrane ir Medline duomenų bazėse patalpintų publikacijų apie NĮ dažnį, jų išvengiamumą, lokalizaciją ir tipą analizę JAV, Australijos, Jungtinės Karalystės, Naujosios Zelandijos ir Kanados ligoninėse (1991-2006 metais). Literatūros apžvalgos rezultatai pateikti įvertinus 8 tyrimus, į kuriuos iš viso buvo įtraukta 74 485 pacientų įrašų. Ligoninėse patirto NĮ dažnio mediana buvo 9,2 %, o NĮ išvengiamumas sudarė 43,5 %. Daugiau nei pusė (56,3 %) pacientų teigė, kad nepatyrė negalios dėl NĮ arba patyrė, bet labai lengvą. Tačiau 7,4 % pacientų NĮ baigėsi mirtimi. Didžiausią dalį NĮ sudarė operacijų (39,6 %) ir vaistų skyrimo (15,1 %) klaidos [16].

2007 m. Ali Baba-Akbari Sari et al. Anglijos nacionalinėje sveikatos priežiūros ligoninėje nustatė, kad 8,7 % pacientų turėjo bent vieną NĮ (95 % PI 7,0% iki 10,4 %), kurių 31 % buvo galima išvengti. Dėl NĮ 15 % nukentėjusiųjų pasireiškė sutrikimai, kurių gydymas truko ilgiau nei 6 mėnesius, 10 % jų lėmė paciento mirtį. NĮ vidutiniškai 8 dienomis pailgino hospitalizacijos trukmę [68].

Michael Soop et al 2009 metų publikacijoje pateikia retrospektyvinio tyrimo Švedijoje rezultatus. Tyrimo imtis buvo 2003 – 2004 metais 1967 hospitalizacijos (iš 1.2 mln.

hospitalizacijų). Atrinktos 28 Švedijos ligoninės, kurios buvo reprezentatyvios 72 Švedijos ligoninėms. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 12,3 % hospitalizacijų priežasčių buvo NĮ, iš kurių 70 % buvo galima išvengti. 55 % pacientų pasveiko per mėnesį dėl išvengiamų NĮ sukeltų pasekmių, 33 % pasveiko per 1 metus, 9 % įgijo nuolatinę negalią, o 3 % mirė.

Mokslininkai nustatė, kad hospitalizacijos trukmė dėl NĮ pailgėja vidutiniškai 6 dienomis. O tai ligoninėms brangiai kainuoja. Tyrėjai gautus rezultatus ekstrapoliavo tuometinei hospitalizuotųjų populiacijai (1,2 mln.) ir nustatė, kad 105 000 asmenys buvo hospitalizuoti dėl išvengiamų NĮ, o jų visų hospitalizacijos trukmė sudarė 630.000 dienų [70].

M Zegers atliko tyrimą 21-oje Olandijos ligoninėje, analizavo 7926 priėmimo į ligoninę įrašus. Rezultatai parodė, kad 5,7 % pacientų hospitalizavimo priežastis buvo NĮ, o 2,3 % jų galima buvo išvengti. 10,7 % mirusių hospitalizuotų pacientų buvo patyrę NĮ, o 4,1 % išvengiami NĮ lėmė mirtį. Mokslininkai ekstrapoliavo gautus duomenis nacionaliniu lygiu ir nustatė 1482 - 2032 potencialiai išvengiamų mirčių 2004 m. Olandijos ligoninėse [87].

JAV Daniel R. Levinson 2010 metų leidinyje apie nacionalinį NĮ paplitimą pateikia 2008 metų tyrimo rezultatus. 2008 m. 1 iš 7 pacientų patyrė NĮ (13,5 %), t.y. 134.000 pacientų iš beveik 1 mln. sveikatos priežiūros gavėjų, kurie buvo išrašyti iš ligoninės. Iš jų 18 % pacientų patyrė daugiau nei vieną NĮ. Sugrupavus NĮ konstatuota, kad klaidos susijusios su vaistais sudarė 31 %, susijusios su pacientų priežiūra – 28 %, susijusios su operacijomis ar kitomis procedūromis – 26 % ir susijusios su infekcijomis – 15 % visų NĮ.

Tiriant NĮ žalą pacientų sveikatai, buvo nustatyta, kad dėl NĮ 62 % pacientų buvo skiriama ilgalaikė hospitalizacija, 23 % pacientų buvo reikalingos gyvybei palaikyti intervencijos, 10 % - prisidėjo prie mirties, 5 % patyrė ilgalaikę žalą sveikatai. Tačiau svarbiausia tai, kad 44 % NĮ atvejų bei jų žalos sveikatai galima buvo išvengti. Išvengiamų NĮ sudarė: 60 % infekcijos, 50 % vaistų skyrimas, 51 % pacientų priežiūra ir 17 % operacijos ir kitos procedūros [47].

Constanze Lessing et al 2010 metais atliko Medline ir Embase duomenų bazėse esančių 156 tyrimų (1995 – 2007 m.) iš 27 šalių apžvalgą. 64,7 % tyrimuose NĮ dažnis buvo nagrinėjamas kaip vienas rezultatas, 7,8 % - tiriami tik išvengiami NĮ, o 27,6 % tyrimų analizuojami visi NĮ atvejai. NĮ dažnis svyravo nuo 0,1 % iki 65,4 %, o išvengiamų NĮ dažnis – nuo 0,1 % iki 33,9 % (priklausomai nuo tyrimo imties) [46].

Kanadoje atlikto tyrimo metu iš 1500 respondentų 37,3 % patys arba jų šeimos nariai patyrė KM ir buvo labiau linkę manyti, kad išvengiamos klaidos pasitaiko dažnai ir kad gydytojais nelinkę atskleisti jų [59].

Atliktų tyrimų pasaulyje analizė parodė didelę KM ir NĮ problemą bei jos paplitimą. Duomenys patvirtina, kad paslaugos pacientams nėra saugios ir būtina ieškoti problemos sprendimo būdų. Situaciją Lietuvoje sunku vertinti, nes NĮ neregistruojami, neatliekami tyrimai,

vyrauja tradicinis gydytojo kaltinimo požiūris ir pan. Apie esamą situaciją pacientų saugos srityje galima susidaryti iš pacientų pateikiamų skundų ir žiniasklaidos teikiamos informacijos apie ypač nesėkmingus atvejus.

Daugiausiai skunduose išsakomos paslaugų tinkamumo problemos (2006 m. – 131 skundai, 2007 m. – 258, 2008 m. – 280), antroje vietoje skundai dėl mirčių: 56, 93 ir 115 atvejų, atitinkamai, o trečioje – personalo elgesys: 45, 54 ir 49 atitinkamai. Galime daryti prielaidą, kad NĮ situacija Lietuvoje matoma tik kaip ledkalnio viršūnė: visa didžioji problemos dalis slepiasi po gydytojų nuostatomis, baimėmis, visuotinu kaltininko ieškojimu ir sveikatos priežiūros sistemos saugos trūkumais, t.y. gydytojų baudimo kultūros tradicijomis.

Apibendrinus, klaidų medicinoje dažnis yra pakankamai didelis ir skirtingas įvairiose šalyse (JAV, Jungtinėje Karalystėje, Australijoje,...). Tai galėjo sąlygoti bendro sutarimo nebuvimas dėl KM taksonomijos. Tačiau yra šalių (tame tarpe ir Lietuva), kuriose nėra išsamių duomenų apie KM/NĮ. Nepaisant to, tyrimai atskleidžia, kad daugiau nei pusę NĮ galima išvengti. Todėl turime nebijoti atviriau kalbėti apie tai, spręsti iškilusias problemas, mokytis iš padarytų klaidų ir imtis veiksmų, siekiant sustiprinti pacientų saugos kultūrą.

5.6. Visuomenės ir gydytojų požiūris į klaidą medicinoje

**78 % Europos gyventojų KM vertina kaip svarbią problemą savo šalyje.
(Eurobarometer, Jan 2006)**

KM yra aktuali dėl jos dažnos tikimybės įvykti, įtakos kokybiškai sveikatos priežiūrai, finansinių išlaidų padarytai žalai atlyginti ir t.t. Susirūpinimą kelia atliktų tyrimų rezultatai, rodantys, kad ne visi žino kas yra KM/NĮ ir apie jų keliamą žalą bei naštą.

Lietuvoje 2010 m. V. Kanapeckienė ir V. Jurkuvėnas atliko tyrimą, įvertinti asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrį į NĮ. Apklausta buvo 1 625 Lietuvos medikų, iš kurių 10,7 % nežinojo, kas yra NĮ. 2011 m. apklausus 845 pacientų nustatyta, kad 17,5 % visai nebuvo girdėję apie NĮ [38]. Blendon RJ. et al tyrimo duomenimis, 68 % visuomenės respondentų nurodė, kad jie nežinojo, ką reiškia KM terminas prieš pateikiant jos sampratą, o paaiškinus kas tai yra, maždaug pusė respondentų manė, kad šios klaidos labai dažnos, ir tik penktadalis gydytojų manė, kad yra vidutinio dažnumo [10].

Žinanti apie KM dalis teigia, kad su KM susiduria gana dažnai. Lietuvoje tyrimo duomenimis, 40,7 % medikų patys arba jų šeimos nariai buvo patyrę NĮ asmens sveikatos priežiūros įstaigose. 18,7 % gydytojų buvo susidūrę keletą kartų per metus. Didžiajai daugumai

gydytojų visada ar kartais būna sunku pripažinti NĮ (58,4 %) ir pranešti administracijai (60,3 %) apie savo ar kolegų) padarytą NĮ [39].

Tyrimas parodė, kad didžiausios NĮ rizikos vietos, medikų nuomone, – priėmimo-skubios pagalbos (61,3 %) ir chirurginio profilio skyriai (37,8 %); o mažiausios NĮ rizikos vietos – vidaus ligų, slaugos skyriai (9,3 %). 80 % respondentų nurodė, kad NĮ yra aptariami jų įstaigose, dažniausiai skyriuose (48,2 %). 31 % medikų nurodė, kad aptarimai vyksta įstaigos mastu. Dešimtadalio (9,9 %) respondentų nuomone, NĮ aptariami, tik kai iškyla į viešumą [39].

Lietuvos pacientų nuomonės tyrimas atskleidė, kad 23,2 % jų buvo nukentėję nuo NĮ asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir daugiau nei pusė pacientų (54,9 %) teigė, kad medikai jiems nepaaiškino NĮ priežasties [38].

Kai įvyksta klaida, pacientai siekia ne tik paviešinti įvykį, bet taip pat nori gauti informacijos apie įvykį lėmusias priežastis, kaip sušvelninti pasekmes ir kaip išvengti tokių atvejų ateityje. Ši informacija didina pacientų pasitenkinimą teikiamomis paslaugomis, pasitikėjimą medikais ir mažina galimybes viešai komentuoti KM [40].

Panašūs rezultatai buvo gauti ir kitose mokslinėse studijose. 2006 metų eurobarometro duomenimis Italijos (97 %), Lenkijos (91 %) ir Lietuvos (90 %) gyventojai KM svarbą suvokia kaip labai reikalingą. Tokiam teiginiui pritaria ir 32 % ES (25 šalys narės) studentų. 57 % ES gyventojų yra susirūpinę šia problema, o Lietuvoje net 70 % gyventojų susirūpinę KM grėsme.

Lietuvos visuomenės pasitikėjimas odontologais (43 %), gydytojais (35 %) ir medicinos personalu (36 %), kad pastarieji nepadarys klaidos ir nesužalos jų sveikatos, yra beveik dvigubai mažesnis nei bendras visoje ES (74 %, 69 % ir 68 %, atitinkamai).

Lietuvos visuomenė nacionalinėms ligoninėms priskyrė 69 % tikėtinumą pacientui patirti rimtų klaidų dėl ligoninės gydytojų ar medicinos personalo, o bendrai visoje ES – 47 %. O ES studentų nuomone 8 % - labai tikėtina, 37 % - gana tikėtina, 46 % - mažai tikėtina, 5 % - visiškai netikėtina.

Pusė Lietuvos visuomenės mano, kad KM galima išvengti, 41 % teigia priešingai. O ES studentų nuomone 10 % - labai tikėtina, 34 % - gana tikėtina, 36 % - mažai tikėtina, 13 % - visiškai netikėtina, o 7 % - nežino [23].

Remiantis 2010 m. eurobarometro duomenimis, daugiau nei 25 % ES respondentų yra patyrę NĮ sveikatos priežiūroje, tačiau daugelis jų nebuvo raportuojami [22].

Daugelis mokslininkų tyrėjų patvirtina pacientų norą viską žinoti apie klaidą. Gallagher et al. tyrimo duomenimis, pacientai nori visiško atskleidimo apie klaidą, padariusią žalą jų sveikatai. Pacientai nori žinoti, kas nutiko, kaip nutiko, kaip problema buvo sprendžiama, kaip ateityje bus stengiamasi jų išvengti [28].

Pagal Tom Delbanco tyrimo duomenis (JAV, Masačusetsas), dalis pacientų patyrę KM taip pat jaučia kaltę, gal net didesnę nei gydytojai. Bijo išsakyti savo jausmus ir nuomonę dėl įvykio, nes bijo galimos papildomos žalos savo sveikatai ir bijo, kad gydytojai gali nusigręžti nuo pacientų, kai jiems labiausiai reikės pagalbos. Gydytojai taip pat jaučia kaltę dėl įvykusių klaidų bei patiria baimę. Jiems svarbi jų reputacija, jie bijo darbo praradimo, licencijos nutraukimo ar sustabdymo, bijo dėl savo ir pačių nukentėjusiųjų ateities [17].

Gallagher atlikto tyrimo rezultatai atskleidė, kad 64 % gydytojų sutiko, jog KM šiandieną yra rimta problema ir 50 % jų nesutiko, kad klaidas sukelia sistemos gedimai. 98 % patvirtino, kad pacientams atskleidžia rimtas klaidas, o 78 % gydytojų pritarė nedidelių klaidų atskleidimui. 74 % gydytojų pritarė, kad būtų labai sunku atskleisti rimtą klaidą ir net 58 % jų atskleidė rimtą klaidą pacientui. O 85 % pacientų buvo patenkinti atskleidimu ir 66 % sutiko, kad rimtos klaidos atskleidimas sumažina nekompetencijos primetimo riziką [28].

Bismark tyrimu nustatyta, kad iš 154 pacientų, nukentėjusiųjų nuo NI, skundų 50 % jų reikalavo korekcinių veiksmų, kad užkirsti kelią panašioms sužalojimams ateityje (45 % sistemos pakeitimo, 6 % gydytojų kompetencijos peržiūros) ir 40 % norėjo, kad gydytojai daugiau bendrautų su pacientu (34 % norėjo paaiškinimų, 10 % atsiprašymų) [9].

Pasak Gallagher *et al.* sveikatos priežiūros darbuotojai ir institucijos pripažįsta, kad klaidos atskleidimas yra "teisingas dalykas", tačiau trūksta tam moralinės drąsos, baiminamasi tradiciškai nusistovėjusių neigiamų nuostatų visuomenėje [27].

Dažniausias požiūris į kolegų padarytas klaidas (peers' medical errors), kad apie jas būtų informuotas pacientas (beveik klaidos (near-miss) - 63,0 %, dėl klaidos padaryta žala - 70,0 %, dėl klaidos ištikusi mirtis - 62,5 %). Daugeliu atvejų (92,7 %), gydytojai tikisi, kad jų kolegos jiems praneš apie jiems įvykusių klaidą. Apie 67 % dalyvaujančių gydytojų susidūrė su kolegų padarytomis klaidomis per pastaruosius 6 mėnesius, tačiau iš 90 % tų situacijų nebuvo mokomasi kaip išspręsti arba mokomasi labai mažai [6].

Lucian Leape teigė: "Privalomo klaidų registravimo tikslas buvo iš esmės atsiskaitomybė" ir kad "Dauguma žmonių netiki ligoninių atsiskaitomybe ir mano, kad yra tendencija slėpti klaidas". Rockville pabrėžia, kad sveikatos priežiūros specialistus reikia šviesti, o ne bausti ar ieškoti kaltų. Tai labai svarbu siekiant informavimo apie klaidas ir registravimo sistemos įdiegimo sėkmės [76].

R. J. Blendon *et al* tyrime tik 5 % gydytojų ir 6 % visuomenės medicinos klaidas įvertino kaip vieną iš rimčiausių problemų. ≥ 70 % gydytojų ir pacientų, teigė kad yra susidūrę su klaida, kuri labai daug priklausė nuo gydytojo atsakomybės. Visuomenė žymiai dažniau nei gydytojai laikėsi nuomonės, kad su klaida susijusios dalyvaujančios institucijos. Aplaidumo ieškinių dėl

klaidos buvo pranešama retai (2 % gydytojų ir 6 % visuomenės). Tačiau 48 % gydytojų nurodė, kad jie buvo apkaltinti aplaidžiu elgesiu savo karjeros metu [10].

Anglijoje atliktos apklausos duomenimis, pacientai patyrę žalą jų sveikatai, turėjo pretenzijų gydytojams: 34 % norėjo atsiprašymo ir pasiaiškinimo, 23 % – priežasties išaiškinimo, 17 % – palaikymo ir paramos, šalinant pasekmes, 11 % – finansinės kompensacijos, 6 % – administracinių baudų kaltiems gydytojams [18].

JAV pacientų saugos organizacijos (ECRI institutas, remiamas PSO) 2008 m. leidinyje apie sveikatos priežiūros rizikos kontrolę rašoma, kad pacientai patyrę NĮ nori, kad įstaigos atstovas pripažintų klaidą, prisiimtų atsakomybę ir atsiprašytų. Taip pat pacientai nori žinoti kokių veiksmų bus imtasi, siekiant užtikrinti, kad klaida nebepasikartos. ECRI institutas pažymi, jog siekiant suformuoti pacientų saugos kultūrą, būtina pacientą informuoti apie jo teises, teisę į sveikatos priežiūrą, atskleisti NĮ priežastis, nes visa tai stiprina paciento ir paslaugų teikėjo partneriškus tarpusavio santykius, sudaro geresnes sveikimo sąlygas ir užtikrina kokybišką paciento priežiūrą [20].

Akivaizdu, kad tarp medikų yra išivyravusi baimė pripažinti atsiradusias KM ar NĮ, o visuomenė ir pacientai be noro kaltinti ir bausti, nori žinoti priežastis ir tolimesnius veiksmus.

Gydytojai dažnai mano, kad juos kaltins dėl atsiradusių komplikacijų, todėl nepraneša apie NĮ. Sveikatos priežiūros organizacijos turėtų apsvarstyti galimybę naudoti priemones, įskaitant pranešimus apie įvykius, medicininių įrašų peržiūrą ir pacientų skundų analizę, kad būtų gaunamas išsamus vaizdas apie NĮ [60].

Tokiu atveju naudinga būtų visuomenės, žiniasklaidos ir pačių medikų švietimas bei mokymas, aiškinant NĮ ir KM sampratas, jų priežastis, registravimo ir pranešimų sistemos naudą ir svarbą, siekiant vienodo bei teisingo klaidų priežasčių supratimo, formuojant pacientų saugos kultūrą. O tam, kad lengviau įgyvendintume šį etapą, būtina tobulinti teisinę bazę, užtikrinti dalyvaujančių registravimo sistemoje medikų konfidencialumą [39].

5.7. Klaidų medicinoje rizikos valdymas ir jų prevencija

Remiantis įvairių šalių tyrimais apie klaidos medicinoje paplitimą, gali susidaryti įspūdis, kad sudėtinga suvaldyti jų atsiradimą. Tačiau tai yra įmanoma, pasirinkus tinkamą klaidų rizikos valdymo būdą. O kas yra rizikos valdymas?

Autoriai pateikia įvairių rizikos valdymo definicijų ir apibūdina kaip:

- klinikinė ir administracinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ar sumažinti paciento, personalo, lankytojų sužalojimo ir organizacijos nuostolių riziką. (JCAHO, 2002);

- riziką sukeliančios problemos nustatymas, įvertinimas, supratimas ir sprendimas, norint pasiekti optimalią pusiausvyrą tarp naudos ir išlaidų. (NPSA, 2004) [71];
- sveikatos priežiūros įstaigos vadybinė ir klinikinė veikla, skirta nustatyti, įvertinti ir sumažinti NĮ riziką pacientams, sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančiam personalui ir šios įstaigos lankytojams bei nuostolių riziką pačiai įstaigai [50];

Efektyvi NĮ valdymo sistema, orientuota į šių įvykių prevenciją ir susideda iš:

- Privaloma ir/ar savanoriška NĮ registravimo sistemos;
- Pacientų saugos kultūros;
- Rizikos valdymo;
- Informacinių technologijų diegimo;
- Personalo mokymo sistemos;
- Medicinos studentų ugdymo.

Lietuvoje rizikos valdymo metodai praktiškai nėra taikomi. LR Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-711 “Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo”, kuriame numatyta sukurti ir įdiegti šalies mastu vieningą NĮ registravimo, stebėsenos ir prevencijos sistemą:

- privalomas registruoti NĮ sąrašas;
- kompiuterinė NĮ registravimo ir analizės programa;
- ASPĮ skatinimo priemonės ir tvarka už NĮ registravimą [50].

Geros praktikos pavyzdžiai diegiant NĮ pranešimo sistemas yra JAV, JK, Australija, Kanada, Vokietija, Prancūzija, Danija, Japonija, Airija, Švedija, Šveicarija, Lenkija, Slovėnija. O Danijoje, Anglijoje ir Ispanijoje yra įkurti nacionaliniai NĮ registravimo centrai.

Tinkamas rizikos valdymo mechanizmas gali padėti žymiai sumažinti KM dažnį bei išvengti jų ateityje. Teoriškai yra žinomi 3 pagrindiniai Reason'o (vienas pirmųjų suformavo sisteminių požiūrį į KM) pasiūlyti rizikos valdymo etapai, kuriuos iš industrinės pramonės sėkmingai perkėlė į sveikatos sektorių [65]:

- I. Rizikos identifikavimas**
- II. Rizikos analizė**
- III. Rizikos kontrolė**

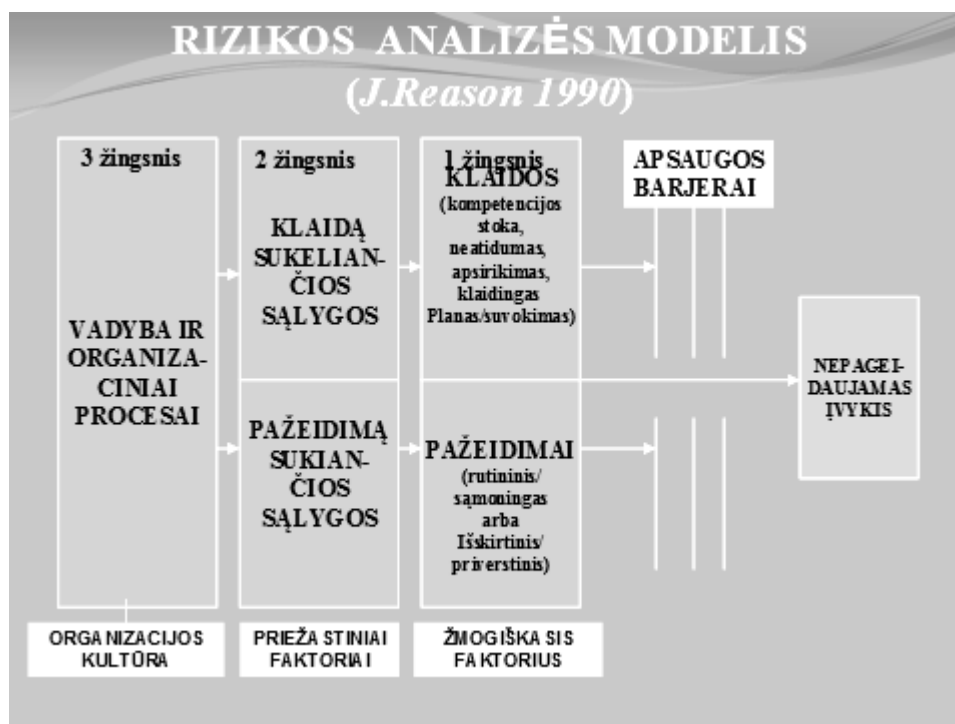
I. Rizikos identifikavimas. Jis vykdomas dviem metodais:

I.a. Numatymo/tikėtumo metodas. Rizika nustatoma proaktyviai, t.y. numatoma, kokios klaidos gali atsirasti ateityje ir kokia jų rizikos skalė (atsiradimo tikimybė, nustatymo sudėtingumas, galimo sužalojimo sunkumas nesėkmės atveju). Šiuo metodu būtina nustatyti

visas sritis susijusias su rizika medicinos praktikoje, jų skales ir prevencijos prioritetus. Pvz.: Didelės rizikos nėštumas: nustatomos rizikos grupės, parengiamas antenatalinės priežiūros protokolas didelės rizikos nėščiosioms, rizikos valdymo algoritmas (pagal medicininius-socialologinius veiksnius).

I.b. Retrospektyvinis metodas, t.y. NĮ registravimas. Analizuojamos klaidos, mokomasi iš klaidų, tobulinami nacionaliniai protokolai/standartai. Šiuo atveju būtina nustatyti registruotinus NĮ sąrašus.

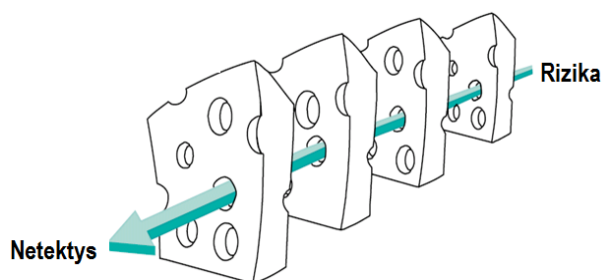
II. Rizikos analizė pagal Reason'ą remiasi klaidų ir NĮ medicinoje priežastingumo modeliu (5.7.1. pav.). Analizuojant schemą iš kairės į dešinę galėtume išsiaiškinti etapus, kuriuose yra veiksnių nulėmusių klaidą, o rizikos analizė atliekama priešinga kryptimi (iš dešinės į kairę), išsiaiškinant visų pirma žmogiškuosius veiksnius, po to priežastinius ir galiausiai sisteminius.



5.7.1. pav. Rizikos analizės modelis.

Rizikos analizės modelio procesą vaizdingai rodo Šveicariško sūrio modelis (5.7.2. pav.). Laikoma, kad sistema ar organizacija yra sudaryta iš tarpusavyje susijusių elementų, reikalingų pasiekti bendrą tikslą. Elementais gali būti suvokiami žmogiškųjų savybių ir aplinkos sąlygų (pvz., įrangos ir technologijų) nulemtais veiksniais, tarsi sluoksniais. Sūrio skyles sudaro latentiniai veiksniai/sąlygos ir aktyvios žmogiškosios nesėkmės, kurios nuolat kinta. Organizacijos gali vykdyti sistemine apsaugą nuo klaidų, pvz., naudojant fizinio pobūdžio apsaugą (automatizaciją, inžinerijos funkcijų pritaikymą) arba tvarką užtikrinančią apsaugą

(protokolus, rekomendacijas). Tačiau rimtas pavojus kyla, kai „sūrio angos“ – apsaugos trūkumai – atsiduria vienoje trajektorijoje. Suformuojamas tarsi „takas“ sužaloti paciento sveikatą [21].



5.7.2. pav. Rizikos analizės modelis „Šveicariškas sūris“

III. Paskutinis rizikos valdymo etapas – **rizikos kontrolė** – apima daugelį priemonių: strategijos, sutelkiančios komandinį ir individualų mokymą, situacijų atvaizdavimas ir treniravimasis taikyti atitinkamus veiksmus, protokolų plėtojimas, gairių, rekomendacijų ir katalogų pateikimas, informacinių technologijų naudojimas, klinikinės praktikos rekomendacijos, įrodymais pagrįsta medicina, keliantis profesinę kompetenciją tęstinis mokymas, partneriški mediko ir paciento santykiai, vienodas požiūris į ligas, kruopšti duomenų, klinikinių įrašų analizė ir t.t. [4].

Prie KM valdymo privalo prisidėti ir politikai, ir asmens sveikatos priežiūros specialistai, ir pacientai ar visuomenė.

Vienas iš efektyviausių būdų yra pacientams dalyvauti informuojant apie klaidas/NĮ ir pagreitinant jos pasekmių šalinimą. Olandijoje įdiegus tiesioginę pacientų pranešimo sistemą ir atlikus 2003 – 2004 metų pranešimų tyrimą, buvo nustatyta, kad 276 pranešimai buvo iš pacientų, o 3131 – gydytojų ir vaistininkų. Nors pacientų pranešimų buvo gerokai mažiau, tačiau jie greičiau reaguodavo į NĮ ir pranešdavo dažniausiai apie rimtas pasekmes sukeltas NĮ nei gydytojai ar vaistininkai [79]. Leape 2002 m. tyrimas įrodė, kad pacientų pranešimai dėl įtarimo apie NĮ gaunami anksčiau nei medikų, todėl įtraukus pacientus į pranešimų registravimo sistemą sutrumpinamas laikas nuo NĮ identifikavimo iki atsako į jį. O anoniminė pranešimų sistema dar labiau paskatina/padrąšina tiek pacientus, tiek sveikatos priežiūros specialistus pranešti apie įvykusias klaidas ar NĮ [44].

Longtin Y et al atliktu tyrimu Šveicarijoje nustatė, kad pacientų dalyvavimas gali pagerinti sprendimų priėmimo procesą ir lėtinių ligų priežiūrą, siekiant sumažinti KM ir padidinti darbuotojų galimybes gerinti paslaugų kokybę. Tačiau taip pat buvo nustatyta trukdžių bei poreikis tolimesnių tyrimų šia linkme [48].

Rockville savo pranešime pristato kitą efektyvų KM valdymo metodą – technologijų taikymą. Pvz., gydymas vaistais koduojamas barkodais, laisvų rankų įranga, kompiuterinės sistemos vaistų išrašymui ir įvedimui.

Tokių technologijų pavyzdžiu galėtų būti Kanzaso ligininės (JAV), kurios pasižymėjo KM gausa. Ligininėse pritaikius gydymui skiriamų vaistų barkodus, identifikavimo režius ir bevielę kompiuterinę sistemą buvo nustatyta, kad gydymo vaistais klaidų sumažėjo iki 70 % per 5 metus. Tačiau tokių sistemų diegimas ne visada įmanomas, nes susiduriama su gydytojų ir sveikatos priežiūros sistemos lėta adaptacija naujovėms [77]. O kita vertus, vien technologijų taikymas neišsprendžia problemų. Būtina keisti nuostatas, vertybes ir pan.

2005 m. PSO 8-ajame ateities forume buvo aptarinėjami klausimai kaip valdyti KM. Šalims, kuriose KM ar NĮ nėra analizuojami ar registruojami, PSO siūlo pirmiausia pradėti nuo klaidų medicinos praktikoje pripažinimo. Žinoma visuomenė pasijustų nesaugi ir kiltų diskusijos apie esamos problemos mastą. Tačiau reikėtų suprasti, kad toks staigus diskusijų apie KM atsiradimas nerodytų jų pagausėjimo, tai būtų tiesiog atskleidimas jau esamų klaidų. Tai padėtų pakeist visuomenės požiūrį, integruoti į patobulintą sistemą, o specialistams parodyt, kad gali su jomis kovoti, visuomenės pasitikėjimas vėl sugrįžtų.

Tačiau čia pat šiame forume kalbama, kad būtina nustatyti kam, kada ir kaip pasakyti apie įvykusią klaidą. Pirmiausia svarbu skirti laiko klaidos priežasties analizei (ar sistemos, ar žmogiškųjų faktorių), tada padaryti išvadas ir priimti sprendimus.

Kaltinimo ir sankcijų skyrimo taip pat nelaiko geriausiu būdu KM mažinimui. Leista kiekvienai šaliai priimti jų manymu tinkamiausią sprendimą. Tačiau PSO tvirtina, kad svarbu registruoti, daryti pranešimus apie KM. Nustatyta, kad didėjant pranešimų skaičiui, mažėja rimtų klaidų. Būtina pranešti tikslią informaciją, nenuslepian visų aplinkybių. Nustačius klaidos priežastį, nepakanka vien tik ją pašalinti. Būtina informuoti ir aukštesnes institucijas bei analizuoti KM paplitimo priežastis [85].

Geras tarptautinis pacientų saugos pavyzdys galėtų būti Danija. Danijoje KM pradėtos informuoti nuo 2004 metų ir buvo laikomasi tokių principų:

- Visas medicinos personalas turėjo pranešti apie įvykusias klaidas, rimtus įvykius ar nelaimingus atsitikimus;
- Pranešimai konfidencialūs;
- Nėra numatyta sankcijų;
- Visi pranešimai vykdomi tik vietiniame lygmenyje;
- Nėra anonimiškumo;
- Pranešime įvardijami visi asmenys susiję su įvykiu;

- Vietos valdžia ar valdyba organizuoja įvykio analizę ir priima sprendimus įgyvendinamus praktikoje;
- Nacionalinė valdžia teikia rekomendacijas ar pasiūlymus, bet kada ir kaip tai padaryti sprenžia vietos lygmeniu;

Danijoje yra sukurta registravimo sistema, kurioje esanti informacija vietos lygiu yra dalinai anoniminė ir konfidenciali, o nacionaliniu lygiu tik anoniminė. Visi gauti pranešimai vietos lygmenyje yra perduodami į nacionalinį lygį ir publikuojami visuomenei prieinamuose interneto tinklapiuose.

Nacionalinio lygio ekspertai:

- Apibendrina visus gautus pranešimus,
- Identifikuoja, kurios klaidos pasikartoja ir
- Pateikia geriausios praktikos išvadas ir rekomendacijas kaip išvengti KM.

Po visų šių veiksmų yra planuojami ateities veiksmai:

- Papildomi nacionaliniai pacientų saugos standartai,
- Patobulinama sistema, kad pacientas galėtų pats pranešti apie įvykį,
- Parengiamas nacionalinis pranešimas apie KM [85].

Diskusijos apie klaidų rizikos valdymą vyksta ir Lietuvoje. Klaidų ir NĮ detalesnius valdymo mechanizmo etapus pateikia L. Paškevičius:

1. Neatitikties identifikavimas.
2. Skubūs neatitikties ar jos pasekmių pašalinimo (koregavimo) veiksmai.
3. Neatitikties užfiksavimas užpildant neatitikties registravimo formą.
4. Neatitikties registravimas Neatitikčių registre (vykdo vidaus auditorius), užpildant Neatitikčių registro formą. Neatitikties atveju vidaus auditorius informuoja įstaigos vadovybę.
5. Neatitikties koregavimo veiksmai.
6. Neatitikčių sisteminė analizė ir įvertinimas.
7. Prevencinių veiksmų įgyvendinimas.
8. Atgalinis ryšys ir informavimas.
9. Neatitikčių valdymo sistemos tobulinimo tolimesni veiksmai [61].

O remiantis Med. Dr. Palmira Morkūniene (pranešimas „Nepageidaujami įvykiai“), įvykus NĮ turi būti atliekami šie veiksmai:

- Stengiamasi sumažinti tolimesnę žalą pacientui ir palengvinamos jo kančios;
- Išsaugomi įrodymai – vaistai, įranga, įrašai ir pan.;

- Pranešama apie tai administracijai;
- Apie įvykį informuojamas pacientas ir jo artimieji, kartu suteikiant emocinę ir psichologinę pagalbą;
- Tiksliai aprašomos NĮ aplinkybės medicininėje dokumentacijoje.

Apibendrinus, Lietuvai Reason ir L. Paškevičiaus siūlomi KM analizės metodai būtų labai naudingi. Tokios metodikos leistų gydytojams registruoti klaidas, drąsiau pranešinėti apie jų ir kolegų padarytas klaidas; anksčiau ir greičiau išsiaiškinti priežastis, bei pasekmes, kurių galima išvengti ar bent sumažinti. O to rezultate, išsiaiškinus priežastis ir įkūrus klaidų registravimo/valdymo sistemą įgalintų mus pakelti pacientų saugos lygį.

6. MEDICINOS STUDENTŲ IR GYDYTOJŲ REZIDENTŲ APKLAUSOS TYRIMAS

6.1. METODIKA

Darbo tikslas:

Ištirti medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinias bei nuomonę apie klaidą medicinoje.

Siekiant darbo tikslo buvo iškelti šie uždaviniai:

1. Atlikti medicinos studentų ir gydytojų rezidentų apklausą, vertinant jų žinias ir nuomonę apie klaidą medicinoje.
2. Nustatyti skirtumus pagal lytį ir amžių bei įvertinti šių veiksnių įtaką studentų ir rezidentų žinioms ir nuomonei apie klaidą medicinoje.
3. Palyginti medicinos studentų ir gydytojų rezidentų turimas žinias ir jų nuomones apie klaidą medicinoje

Tyrimo laikas: 2011 m. rugsėjo 6 d. – 2011 m. gruodžio 13 d.

Tyrimo objektas: požiūris į klaidą medicinoje

Tyrimo dalykas: medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinios ir nuomonė apie KM

Respondentų skaičius: 250. Iš jų 165 medicinos studentai ir 85 rezidentai

Apklausos būdas: anoniminė anketinė apklausa

Apklausa vykdyta: VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė (RVUL) ir VšĮ Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikose (VUL SK)

Tyrimo apribojimai: apklausti tik medicinos studentai, dalyvavę 2011 m. rugsėjo 6 ir 12 dienomis bendrose paskaitose ir gydytojai rezidentai, atliekantys praktiką dvejose didžiausiose Vilniaus miesto ligoninėse.

Tyrimo paskirtis: Įvertinti medicinos studentų, kaip būsimų gydytojų, ir gydytojų rezidentų, kaip medicinos praktiką jau pradėjusių gydytojų, žinias ir nuomonę apie KM.

Tyrimo imtis: Analizei reikalingų duomenų rinkimas buvo vykdomas 2011 m. pirmaisiais keturiais rudens semestro mėnesiais (rugsėjis – gruodis). Buvo apklausti 5 ir 6 kurso medicinos studentai bei 2 – 3 – 4 metų gydytojai rezidentai, dirbantys RVUL ir VUL SK. Pasirinkti paskutiniųjų medicinos vientisųjų studijų studentai, nes jų žinios apie KM galėtų atspindėti bendrą pasiruošimą saugiai medicinos praktikai. Paskutiniųjų rezidentūros metų gydytojai rezidentai apklausti siekiant įvertinti, kiek studentų žinios ir nuostatos apie KM galėjo pasikeisti pradėjus medicinos praktiką.

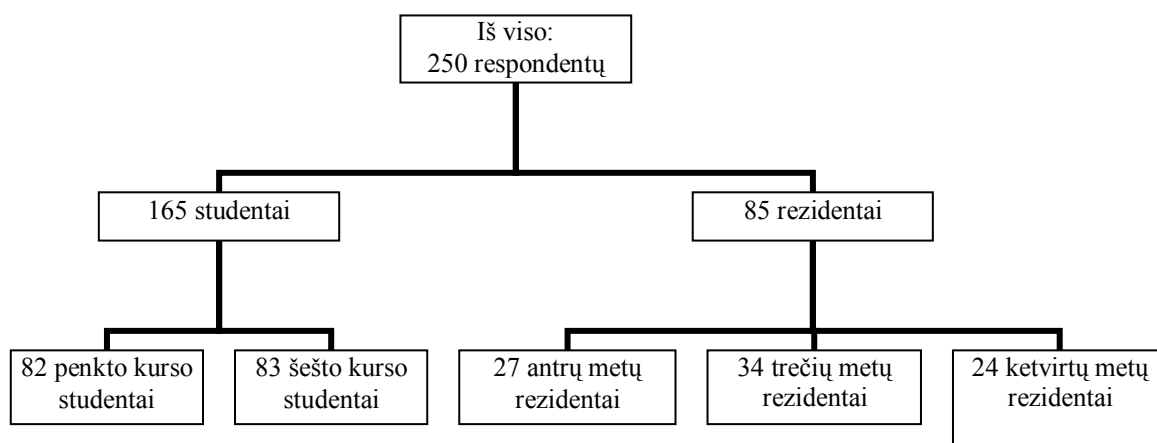
Respondentų atranka vykdyta taikant patogiosios atrankos metodą.

Tyrimo kontingentas:

Iš viso VU MF mediciną studijuoja 298 penkto ir šešto kurso medicinos studentai (156 ir 142, atitinkamai). Viso medicinos studentams išdalinta 217 anketų, gražinta 168. Bendras medicinos studentų atsakomumo procentas – 77,4. Statistinei analizei buvo tinkamos 165 anketos (3 iš jų atmestos, nes buvo nepilnai užpildytos).

Gydytojams rezidentams išdalinta – 129 anketos, gražinta – 90 anketų (38 RVUL ir 52 VUL SK). Bendras gydytojų rezidentų atsakomumas sudarė 69,8 %. 5 anketos buvo sugadintos, taigi statistinei analizei tinkamos buvo 85 anketos arba 94,4 % proc. visų išdalintų anketų.

Taigi viso statistinei analizei naudota 250 medicinos studentų ir gydytojų rezidentų užpildytų klausimynų (6.1.1. pav.).



6.1.1. pav. Respondentų pasiskirstymo schema

Didžiąją dalį tyrimo populiacijos sudarė studentai (66,0 %). Jauniausias respondentas buvo 22 metų, o vyriausias – 43 metų. Moterų (76,0 %) buvo daugiau nei vyrų (6.1.1. lentelė.).

6.1.1. lentelė. Respondentų pasiskirstymas pagal amžių ir lytį (n = 250)

Respondentų kategorija	Respondentų skaičius		Amžius (metais) Vid. ± SN	Lytis			
	Abs.sk.	Proc.		Vyrai		Moterys	
				Abs.sk.	Proc.	Abs.sk.	Proc.
5 kurso studentas	82	49,7	23 ± 1,0	19	23,2	63	76,8
6 kurso studentas	83	50,3	24 ± 1,0	16	19,3	67	80,7
Iš viso (studentai):	165	100	23 ± 1,0	35	21,2	130	78,8
2-rų m. rezidentas	27	31,8	26 ± 1,0	6	22,2	21	77,8
3-čių m. rezidentas	34	40,0	29 ± 3,0	13	38,2	21	61,8
4-tų m. rezidentas	24	28,2	29 ± 1,0	6	25,0	18	75,0
Iš viso (rezidentai):	85	100	28 ± 2,0	25	29,4	60	70,6
Iš viso:	250	100	25 ± 3,0	60	24,0	190	76,0

Atlikus variacinę analizę, nustatytas asimetrinis amžiaus skirtinys, kurio vidurkis yra 25 metai, o mediana 24 m. Taikant lūžio taškų (cutpoints) metodą, respondentų amžius sugrupuotas į tris lygias grupes:

I gr. 22 – 23 m. respondentai (n = 101 (40,4 %))

II gr. 24 – 26 m. respondentai (n = 76 (30,4 %))

III gr. 27 – 43 m. respondentai (n = 73 (29,2 %))

Apklauso procedūra:

Pirmasis respondentų apklauso etapas vyko 2011 m. rugsėjo 6 d. VU vaikų ligoninėje. Apklausta 6 kurso medicinos studentai bendrosios paskaitos pradžioje. Prieš išdalinant anketas, studentams buvo pristatyta tyrimo tema, kas tą tyrimą atlieka ir koks jo tikslas. Paskaitos dalyviams buvo pabrėžta, kad anketa yra anoniminė, ir akcentuotas jų išreikštos nuomonės konfidencialumas. Taip pat buvo išdėstytas instruktažas kaip pildyti anketą: buvo prašoma pažymėti jų nuomone vieną tinkamiausią atsakymo variantą ar įrašyti (kur bus prašoma) savo atsakymo variantą, amžių ir kursą/metus rezidentūroje. Anketas gavo visi 89 dalyvaujantys paskaitoje studentai, tačiau pildė jas tik norintys dalyvauti apklausoje. Studentams buvo išdalintos 89 anketos, surinktos 85 užpildytos anketos. Iš jų tinkamų statistinei analizei liko 83 (dvi sugadintos). Šeštakursių medicinos studentų atsakomumas buvo 95,5 %.

Antrasis respondentų apklauso etapas vyko 2011 m. rugsėjo 12 d. VUL SK. Analogiškai informacija apie atliekamą tyrimą, instruktažas buvo atlikti 5 kurso medicinos studentams bendrosios paskaitos pabaigoje. Išdalintos 128 anketos visiems dalyvaujantiems paskaitoje, tačiau užpildytas anketas grąžino tik 83 studentai (45 nusprendė nedalyvauti tyrime). Iš jų statistinei analizei tinkamos buvo 82 (viena sugadinta). Penktakursių medicinos studentų atsakomumas buvo 64,8 %.

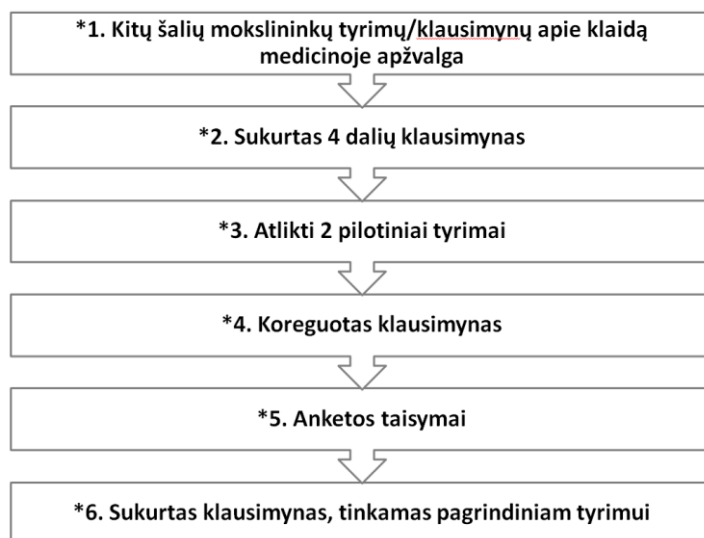
Trečiajame tyrimo etape buvo apklausiami gydytojai rezidentai, dirbantys RVUL. 2011 m. spalio mėn. (RVUL administracijos leidimu). Kiekvienas gydytojas rezidentas, prieš jam įteikiant anketą, buvo supažindinamas su tyrimo tikslu ir instruktažu, kaip pildyti klausimyną. Anketos buvo įteiktos viso 45 tyrimo dieną dirbantiems gydytojams rezidentams, grąžintos užpildytos – 38. RVUL dirbančių gydytojų rezidentų atsakomumas sudarė 84,4 %.

Ketvirtajame tyrimo etape 2011 m. gruodžio mėn. VUL SK gydytojams rezidentams išdalintos 84 anketos (VUL SK administracijos leidimu). Kiekvienas gydytojas rezidentas, prieš jam įteikiant anketą, buvo supažindinamas su tyrimo tikslu ir instruktažu, kaip pildyti klausimyną. Grąžintos užpildytos 52. VUL SK gydytojų rezidentų atsakomumas buvo 61,9 %.

Bendras gydytojų rezidentų ir medicinos studentų atsakomumas į anketas sudarė 74,6 % (išdalinta: 89 šešto ir 128 penkto kurso medicinos studentams ir 45 RVUL ir 84 VUL SK gydytojams rezidentams (viso 346); grąžinta: 85, 83, 38 ir 52 anketos, atitinkamai (viso 258)).

Klausimynas buvo pildomas trumpiausiai 15 min., ilgiausiai – 20 min.

Tyrimo priemonė: tyrimo priemonės rengimo seka išdėstyta 6.1.2. paveiksle.



6.1.2. pav. Tyrimo priemonės parengimo schema

***1.** Klausimynas buvo sudarytas darbo autorės, pritaikant pačios mokslinio tyrimo šioje srityje patirtį bei remiantis kitų šalių mokslininkų patirtimi: 2007 metais anestezijos departamento Jungtinėje Karalystėje atliktu tyrimu, 2006 metais – šeimos medicinos departamento JAV (Denverio ir Kolorado valstijos) ir 2005 metais – šeimos medicinos departamento JAV (Niujorkas) tyrimais.

***2.** Klausimynas sudarytas iš 4 dalių. Kiekvienos dalies klausimai buvo formuluojami taip, kad galima būtų ištirti studentų žinias ir nuomonę apie KM bei klaidų rizikos valdymo būdus. Ketvirtoji dalis skirta demografiniams duomenims pateikti.

***3. – 4.** Norėdami nustatyti klausimyno stabilumą pakartotiniams tyrimams (vidinį patikimumą), t.y., ar studentai visada vienodai supras ir vertins tuos pačius pateiktus klausimyne teiginius, buvo atlikti du pilotiniai tyrimai su tais pačiais 5 kurso medicinos studentais, pakartojant apklausą po 2 savaitių.

Du pilotiniai tyrimai buvo vykdomi 2011 metų pavasario semestro metu. Pirmasis pilotinis tyrimas buvo atliktas VU ligoninės Santariškių klinikose gegužės 5 dieną, o antrasis VŠĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centre gegužės 23 d. Šiose įstaigoje vyko paskaitos tiems patiems 5 kurso medicinos studentams, kurie sutiko būti apklausti du kartus. Tikslas buvo išsiaiškinti ar anketa bus vienodai suprantama, interpretuojama po tam tikro laiko tarpo bei išsiaiškinti kiek jiems ši tema yra aktuali ir svarbi.

Studentai buvo supažindinti su tyrimo tikslu, jo svarba. Įspėti apie galimybę pasitraukti iš tyrimo bet kuriuo metu bei apie anketos anonimiškumą. Kadangi studentai sutiko dalyvauti tyrimo du kartus, kiekvienam buvo atsitiktinai išdalintos kortelės su skaitmenimis 1 – 30 (tai

buvo jiems priskirti kodai, kuriuos turėjo pasakyti tyrėjui prieš atiduodant anketą). Taip pat buvo išdėstytas anketos pildymo instruktažas.

***5.** Įvertinus pilotinių tyrimų rezultatus, buvo padaryta keletą klausimyno korekcijų. Papildyta įvadinė anketos dalis, nes pasak studentų trūko aiškumo dėl tyrimo tikslo, kaip reikia pildyti anketą ir pan. Pateiktuose lentelių laukuose visur įrašyti skaitmenys tyrėjo patogumui, kad nesumaišyti kodavimų. Patikslinti kai kurie teiginiai. Demografinių duomenų skiltyje įtraukta statuso kategorija, siekiant nustatyti ar respondentas yra studentas, ar rezidentas. Visos lentelių skiltys pavadintos „**Nei sutinku, nei nesutinku**“ pakeistos į „**nežinau/neturiu nuomonės**“, leidžiančios respondentui lengviau priimti sprendimą, o tyrėjui – lengviau vertinti.

Buvo atsisakyta tokių klausimų:

1. Jūsų nuomone, kada dažniausiai pasitaiko klaidos medicinoje? (atsisakyta).
2. Kokioje srityje Jūsų nuomone didžiausia tikimybė padaryti klaidą? (pakeista į: „Kokias paslaugas teikiant, <...>“).
3. Kokią įtaką, Jūsų nuomone, klaidų medicinoje atsiradimui turi naujos gydymo ar diagnostikos technologijos? (pašalintas dėl aiškaus atsakymo buvimo, niekam nekilo abejonių).
4. Kokią įtaką, Jūsų nuomone, klaidų medicinoje atsiradimui turi teoriniai įgūdžiai? (pakeista į: teorinės žinios).
5. Kas Jūsų manymu yra atsakingas už pacientų saugą? (pašalintas dėl aiškaus atsakymo buvimo, niekam nekilo abejonių).
6. Reikalingas privalomas klaidų medicinoje registravimas, analizė ir mokymasis iš jų (studentai vienareikšmiškai atsakė, kad nežino, nes apie tai nedėstoma universiteto dalykuose – atsisakyta).
7. Gydytojai nuolatos privalo dalintis informacija apie savo klaidas su kolegomis (atsisakyta).
8. Visuomenė ne visuomet objektyviai informuojama apie klaidas medicinoje (pakeista į: Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje).
9. Klaida medicinoje yra neišvengiama (pakeista į: Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma).
10. Medicinos klaidos labiau priklauso nuo medicinos prietaisų patikimumo nei nuo gydytojų (pašalintas dėl aiškaus atsakymo buvimo, niekam nekilo abejonių).
11. Teorines žinias apie pacientų saugos kultūrą, klaidas medicinoje ir jų prevenciją medikai turėtų įgyti studijų metu (atsisakyta).

***6.** Galiausiai apklausai buvo sukurta 3 dalių anoniminė anketa „Studentų medikų nuomonė apie klaidą medicinoje“ (1 PRIEDAS).

I dalis skirta surinkti informaciją apie studentų žinias. Respondentas turėjo pažymėti atitinkantį jo žinias tinkamiausią atsakymo variantą apie klaidų medicinoje rūšis, jų atsiradimo priežastis, rizikos valdymo galimybes ir pan. Taip pat šioje dalyje turėjo pažymėti žinių apie KM gavimo šaltinį ir medicinos paslaugas, kurias teikiant jų nuomone yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą. Pirmos dalies pabaigoje buvo prašoma išreikšti savo nuomonę, ar jam svarbu žinoti apie klaidas medicinoje ir rizikos valdymo galimybes, ar jam truktų žinių jeigu reikėtų pradėti medicinos praktiką, kaip norėtų gauti teorinių žinių.

II klausimyno dalis skirta nustatyti medicinos studentų/gydytojų rezidentų nuostatas apie klaidas medicinoje. Čia studentams ir rezidentams buvo pateiktos dvi situacijos: kaip jie elgtųsi pastebėję kolegos padarytą klaidą ir kaip elgtųsi, jei patys padarytų klaidą. Iškart po to respondentų buvo klausama, kokias priemones jie laiko efektyviausiomis siekiant išvengti klaidų medicinoje. Šioje klausimyno dalyje taip pat buvo pateikta teiginių, prašančių išreikšti savo požiūrį apie pacientų saugos kultūrą Lietuvoje, klaidų medicinoje registro sukūrimo sėkmę, visuomenės informuotumą šiomis temomis ir pan. Antros dalies pabaigoje studentai turėjo įvertinti savo jausmus (baimę, kaltę ir išgyvenimo jausmą), jei jie padarytų KM.

III dalis skirta pildyti studentų/rezidentų demografinius duomenis. Buvo prašoma nurodyti savo statusą (studentas/rezidentas), amžių, lytį, studijų kursą/metus rezidentūroje.

Statistinės analizės metodai

Anketoje atsakymai į klausimus buvo pateikti naudojant tikrąją 5 balų Likerto skalę. Suformuotos atsakymų kategorijos buvo: „visiškai nesutinku“, „nesutinku“, „nežinau/neturiu nuomonės“, „sutinku“, „visiškai sutinku“ (analogiškai su žodžiu „svarbu“) arba „labai blogai“, „blogai“, „patenkinamai“, „gerai“ ir „labai gerai“.

Atsakymai į klausimus buvo užkoduoti laikantis principo: mažiausia reikšmė priskiriama blogiausiam atsakymui (kodų sąrašas yra pateiktas 2 PRIEDE). Duomenys buvo du kartus suvesti į EpiData 3.1 versijos pakete sukurtą anketos pildymo formą (duomenų validizacijai patvirtinti). Rastos vedimo klaidos, ištaisytos. Po to duomenys buvo perkelti į SPSS statistinio duomenų paketo programos lenteles.

Buvo skaičiuojamas kintamųjų dažnių pasiskirstymas, amžiaus vidurkis. Siekiant nustatyti tikėtinus/preliminarius skirtumus tarp teiginių ir atsakymų, taikytas χ^2 testas, o vertinant atsakymų skirtumus tarp dviejų nepriklausomų grupių, duomenims neatitinkantiems normalinio pasiskirstymo taikytas *Mann Whitney (neparametrinis metodas)*, o atitinkantiems – *Student (parametrinis metodas) testai*. Tarp daugiau nei dviejų grupių – *Kruskal Wallis testas*

(neparametrinis metodas). Ar duomenys pasiskirstę pagal normalinę kreivę buvo nustatoma lyginant vidurkį su mediana (leistina paklaida - 0,2).

Ryšiu/priklausomybėms tarp atsakymų ir teiginių, jų stiprumui ir kryptčiai nustatyti taikytas *Spearman'o ranginės koreliacijos* ir *Cramer's V* (vardinių kintamųjų ryšio matas) *koeficientai*. Ryšys laikytas labai stipriu, jei lygus 1, stipriu 1 – 0,7, vidutinio stiprumo 0,7 – 0,5, silpnu 0,5 – 0,2 ir labai silpnu 0,2 – 0. Jei nustatytas neigiamas koreliacijos koeficientas, veiksnio įtaka vertinta kaip atvirkštinė; jei teigiamas – vertinta kaip tiesioginė veiksnio įtaka. Spearman'o koreliacijos metodu buvo siekiama nustatyti amžiaus, o Cramer's V - lyties ir statuso (studentai/rezidentai) įtaką žinioms ir nuomonei apie KM.

Binarinės logistinės regresijos metodas. Priklausomais kintamaisiais pasirinkta bendrai žinios bei atskiri teiginiai apie KM. Regresijos modelis buvo taikytas tik jeigu nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp lyties, statuso (studentas/rezidentas) ir teiginio apie KM. Teiginiai buvo perkoduoti į dvi reikšmes: 1 ir 0 („teigiamas vertinimas“ ir „vertinimas kitaip“).

Tam, kad ištirti bendrų žinių vertinimo priklausomybę nuo nepriklausomų kintamųjų, buvo sukurtas imitacinis balas iš 9 teiginių:

1. Savo teorines žinias apie KM bendrai vertinu;
2. Esu susipažinęs su KM ir NĮ sąvokomis;
3. Žinau KM rūšis;
4. Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje;
5. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra;
6. Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius KM atsiradimą;
7. Esu susipažinęs su statistika apie KM dažnį;
8. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas;
9. Žinau kaip valdoma KM rizika.

Sukurtas imitacinis balas (kiekvieno respondento 9 teiginių balų suma) buvo priskirtas tolydžių kintamųjų kategorijai. Pastarieji atitiko normalųjį skirstinį, todėl atsižvelgiant į vidurkį buvo padalinti į dvi grupes (≤ 19 blogiau savo žinias vertinantys ir > 19 – geriau).

Modeliavimo kokybė įvertinta remiantis *Nagelkerkės determinacijos koeficientu* (R^2). Regresijos lygtys vertintos, ar statistiškai reikšmingos pagal bendrąjį regresijos koeficientų kriterijų (omnibus test), $p < 0,001$ bei Waldo kriterijų.

Siekiant nustatyti, kaip į priklausomąjį kintamąjį – pritarimą teiginiui ar nepritarimą – veikia respondento lytis ir statusas (studentas/rezidentas), buvo pritaikyta *binarinė logistinė regresija*. Prieš pritaikant regresijos modelį buvo patikrintas multikolinearumas ir atmesti tarpusavyje koreliuojantys nepriklausomi kintamieji. Taigi, regresijos modeliui galimas buvo naudoti tik vienas nepriklausomas kintamasis: statusas arba lytis.

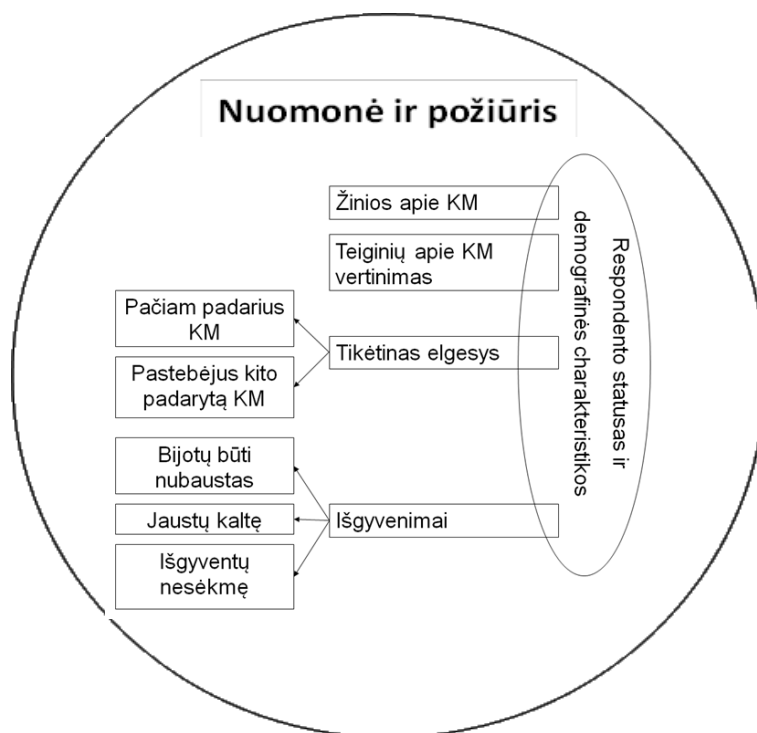
Pagrindinio tyrimo išoriniam patikimumui paskaičiuotas Cronbach alfa koeficientas buvo 0,72 (standartizuotas - 0,75). Teiginių vertinimo homogeniškumui nustatyti panaudotas Friedman'o χ^2 kriterijaus ($p > 0,001$) ir Kendall'o konkordacijos koeficientai ($W = 0,92$), o klausimyno stabilumą pakartotiniams tyrimams - Spearman-Brown Split-Half koeficientas ($> 0,6$). Visi koeficientai patvirtina anketos kaip metodologinio instrumento tiek išorinį, tiek vidinį patikimumą.

Statistinės duomenų analizės rezultatai pateikiami lentelėse ir grafikuose. Hipotezių patikrinimui buvo taikomas $p \leq 0,05$ reikšmingumo lygmuo.

Statistinė analizė buvo atliekama asmeniniu kompiuteriu, naudojantis statistinės analizės SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 19 versijos, EpiData 3.1 versijos ir Microsoft office Excel 2007 programiniais paketais.

6.2. REZULTATAI

Tyrimo rezultatai pateikiami pagal schemą, pateiktą 6.2.1. pav.



6.2.1. pav. Duomenų analizės schema.

Duomenys analizuojami pagal respondentų žinias, nuomonę, išgyvenimus, tikėtiną elgesį susidūrus su KM ir atsižvelgiant į respondento statusą (studentas/rezidentas) ir demografinės charakteristikas (lytis ir amžiaus grupės).

6.2.1. Bendra respondentų nuomonė ir žinios apie klaidą medicinoje

Didžioji dauguma respondentų (40,0 %) bendrai savo teorines žinias apie KM vertino patenkinamai, trečdalis (29,2 %) – blogai ir net daugiau kaip dešimtadalis (13,6 %) – labai blogai (6.2.1.1. lentelė). Labai panašiai respondentai atsakė į klausimą apie veiksnius, jų nuomone turinčius įtakos klaidos atsiradimui. Blogesnės respondentų žinios apie KM rūšis (blogai 37,6 %, labai blogai 34,4 %), apie pacientų saugos kultūrą (blogai 33,6 %, labai blogai 22,4 %). Daugiau nei pusė respondentų nurodė, kad yra per mažai susipažinę su KM ir NĮ sąvokomis (vertino blogai 40,0 %, labai blogai 17,6 %) ir prastai žino, kaip turi elgtis įvykus klaidai (vertino blogai 38,8 %, labai blogai 25,6 %). O žemiausiu balu „labai blogai“ didžiausia dalis respondentų vertino savo žinias apie KM rizikos valdymą (45,6 %), kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas (55,6 %) bei apie KM statistiką (45,6 %).

6.2.1.1. lentelė. Respondentų teorinių žinių apie KM vertinimų pasiskirstymas jų pačių požiūriu (n = 250)

Teiginiai	Labai blogai		Blogai		Patenkinamai		Gerai		Labai gerai	
	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%
1.Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	34	13,6	73	29,2	100	40,0	37	14,8	6	2,4
2.Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	44	17,6	100	40,0	65	26,0	30	12,0	11	4,4
3.Žinau klaidų medicinoje rūšis	86	34,4	94	37,6	49	19,6	19	7,6	2	0,8
4.Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	64	25,6	97	38,8	67	26,8	20	8,0	2	0,8
5.Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	56	22,4	84	33,6	63	25,2	34	13,6	13	5,2
6.Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius klaidos medicinoje atsiradimą	33	13,2	53	21,2	101	40,1	57	22,8	6	2,4
7.Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį	114	45,6	85	34,0	38	15,2	11	4,4	2	0,8
8.Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas	139	55,6	85	34,0	21	8,4	4	1,6	1	0,4
9.Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika	114	45,6	93	37,2	34	13,6	8	3,2	1	0,4

Medicinos studentų ir gydytojų rezidentų buvo prašoma įvertinti pagal svarbumą veiksnius lemiančius KM (6.2.1.2. lentelė). Didžiosios daugumos respondentų nuomone svarbiausi veiksniai klaidoms atsirasti yra praktinių įgūdžių stoka (70,8 %), darbo krūvis (68,4 %), nuovargis (65,2 %), stresas (60 %) ir komunikacija su kolegomis/komandinis darbas (58,8 %). Reikšmingais veiksniais įvardino vadovavimą/darbo organizavimą gydymo įstaigoje (60,0 %), diegiamas naujas gydymo ar diagnostikos technologijas (58,8 %), asmenines gydytojo/slaugytojo savybes (54,4 %) ir teorines žinias (51,2 %).

Tačiau beveik trečdalis respondentų abejojo ar pacientų saugos politikos įgyvendinimas gydymo įstaigoje gali lemti KM atsiradimą (32,4 %) ir beveik penktadalis – ar diagnostikos ir gydymo protokolai kaip teisės aktai svarbūs KM atsiradimui (19,2 %).

6.2.1.2. lentelė. Veiksnių, lemiančių KM atsiradimą, pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Teiginiai	Visiškai nesvarbu		Nesvarbu		NŽN/NTN		Svarbu		Labai svarbu	
	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%
1.Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje	3	1,2	7	2,8	20	8,0	150	60,0	70	28,0
2.Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	4	1,6	19	7,6	21	8,4	147	58,8	59	23,6
3.Medicinos personalo darbo krūvis	-	-	1	0,4	8	3,2	70	28,0	171	68,4
4.Personalo bendravimas su pacientais	1	0,4	4	1,6	19	7,6	116	46,4	110	44,0
5.Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	-	-	3	1,2	10	4,0	90	36,0	147	58,8
6.Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	4	1,6	13	5,2	48	19,2	123	49,2	62	24,8
7.Teorinės žinios	-	-	5	2,0	13	5,2	128	51,2	104	41,6
8.Praktiniai įgūdžiai	-	-	2	0,8	6	2,4	65	26,0	177	70,8
9.Pacientų saugos politika įgyvendinama gydymo įstaigoje	3	1,2	8	3,2	81	32,4	118	47,2	40	16,0
10.Asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės	2	0,8	9	3,6	37	14,8	136	54,4	66	26,4
11.Nuovargis	-	-	-	-	14	5,6	73	29,2	163	65,2
12.Stresas	-	-	2	0,8	15	6,0	83	33,2	150	60,0

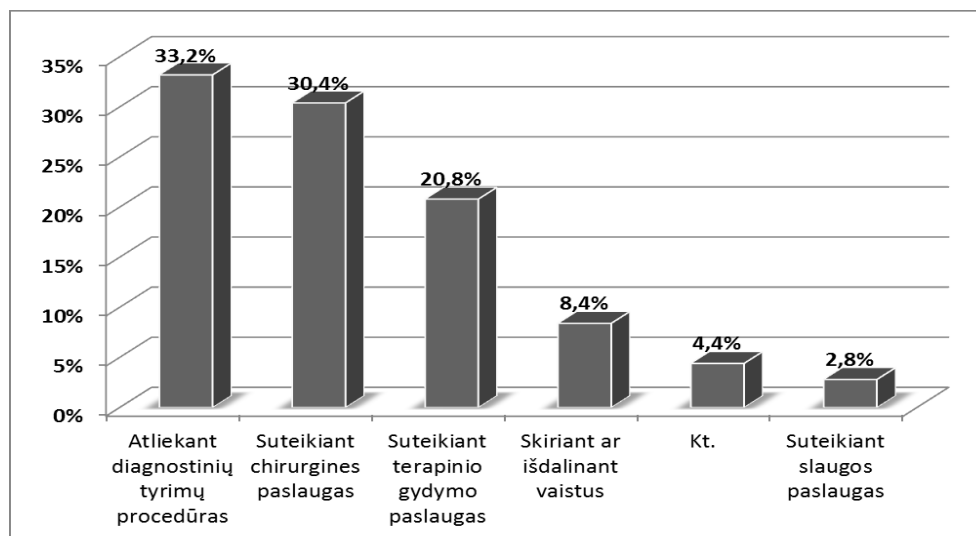
Dauguma respondentų žinių/informacijos apie KM ar NĮ įgijo klinikose praktinių užsiėmimų metu (33,2 %), universitete paskaitų/seminarų metu (16,8 %), internete (14,4 %), mokslinėje literatūroje (2,0 %). Beveik trečdalis respondentų (27,2 %) informaciją apie KM gavo iš įvairių minėtų šaltinių, o 6,4 % tokios informacijos apskritai neturėjo. Net 77,6 % respondentų nurodė, kad yra tekę susidurti su KM: pačiam padaryti klaidą, pamatyti ją, girdėti ar diskutuoti apie ją medicinos praktikoje.

Daugiau nei pusės respondentų (65,2 %) nurodė, kad jiems nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti saugią medicinos praktiką. 78,8 % respondentų teigė, kad jiems labai svarbu žinios apie klaidų rizikos valdymą. Net 90,0 % respondentų nurodė, kad norėtų įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodami universitete (6.2.1.3. lentelė).

6.2.1.3. lentelė. Žinių apie KM poreikio pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Teiginiai	Visiškai nesutinku		Nesutinku		NŽN/NTN		Sutinku		Visiškai sutinku	
	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%
1.Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodama/as universitete	2	0,8	6	2,4	17	6,8	123	49,2	102	40,8
2.Man nepakaktų turimų žinių apie klaidą medicinoje savarankiškai pradėti medicinos praktiką	8	3,2	21	8,4	58	23,2	98	39,2	65	26,0
3.Žinios apie klaidas medicinoje ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	-	-	6	2,4	47	18,8	136	54,4	61	24,4

Respondentų nuomone didžiausia tikimybė padaryti klaidą yra atliekant diagnostinių tyrimų procedūras ir suteikiant chirurgines paslaugas (33,2 % ir 30,4 %, atitinkamai) (6.2.1.1. pav.).

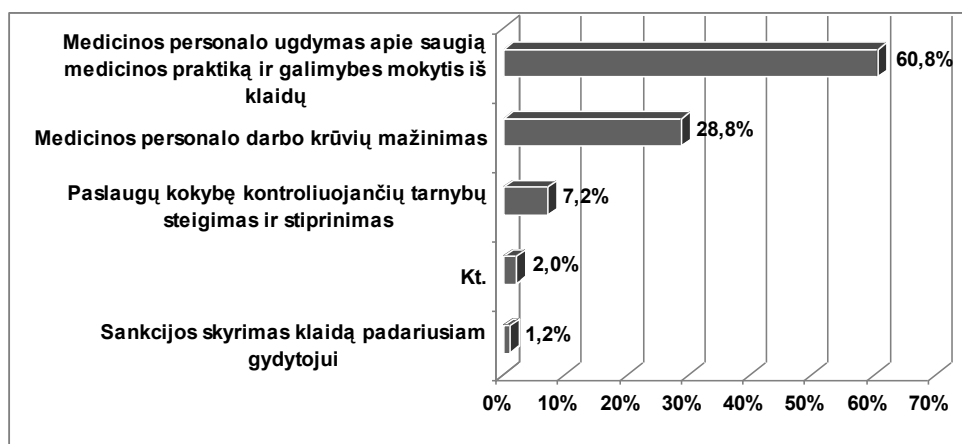


6.2.1.1. pav. KM pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Tyrimo klausimyne buvo pateiktos dvi situacijos: kaip respondentas elgtųsi pastebėjęs kolegos padarytą klaidą ir ką darytų, jei pats padarytų klaidą. Dauguma respondentų, turėdami teisę verstis medicinos praktika ir pastebėję kolegą padarytą klaidą, pirmiausia informuotų klaidą padariusį kolegą apie būtinumą registruoti įvykį (64,0 %). Mažesnioji respondentų dalis teigė, kad patys imtųsi aiškintis klaidos priežastį ir taikytų priemones klaidos prevencijai (17,2 %), o 11,6 % apklaustųjų apskritai nežinotų ką darytų, 5,6 % - praneštų administracijai ar skyriaus vadovui ir 1,6 % - tiesiog nekreiptų dėmesio.

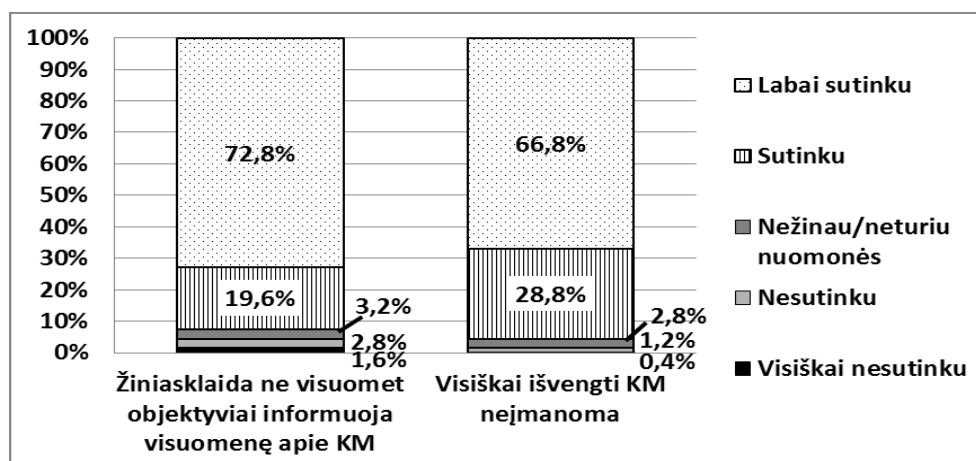
Kitoje situacijoje, jeigu klaidą padarytų pats turėdamas teisę verstis medicinos praktika, dauguma respondentų nurodo, kad pirmiausia atsiprašytų paciento ir pats informuotų jį apie įvykusią nesėkmę (49,6 %), o 36,0 % apklaustųjų pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą, 12,4 % bandytų pats ištaisyti klaidą niekam neteikdamas informacijos ir tik labai nedaugelis stengtųsi ją kaip galima geriau nuslėpti arba nekreiptų dėmesio (1,2 % ir 0,8 %, atitinkamai).

Efektyviausia priemone KM išvengti 60,8 % respondentų nuomone yra medicinos personalo ugdymas apie saugią medicinos praktiką ir galimybes mokytis iš klaidų, 28,8 % - medicinos personalo darbo krūvių mažinimas, o 7,2 % - paslaugų kokybę kontroliuojančių tarnybų steigimas ir stiprinimas (6.2.1.2. pav.).



6.2.1.2. pav. KM prevencijos priemonių pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Respondentų atsakymai atskleidė ir kitus jų požiūrio apie KM aspektus (6.2.1.4. lentelė). Didžioji dalis respondentų pritarė, kad žiniasklaida neobjektyviai informuoja visuomenę apie KM ir sutiko su teiginiu, kad visiškai išvengti KM yra neįmanoma (92,4 % ir 95,6 %, atitinkamai) (6.2.1.3. pav.).



6.2.1.3. pav. Respondentų nuomonės pasiskirstymas (n = 250)

Dauguma respondentų pritarė, kad svarbi medikų darbo dalis yra KM pripažinimas ir jų analizė (visiškai sutikusiųjų ir sutikusiųjų 87,6 %), mokymasis iš savo ir kolegų klaidų padeda išvengti jų ateityje (87,2 %), KM galima sumažinti (84,4 %), gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris turi didelės įtakos klaidos atskleidimui ir registravimui (81,6 %), žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę (74,0 %). 38,8 % respondentų abejojo ar Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams, 36,4 % nežinojo ar klaidų registravimo sistema gali sumažinti klaidų skaičių (6.2.1.4. lentelė).

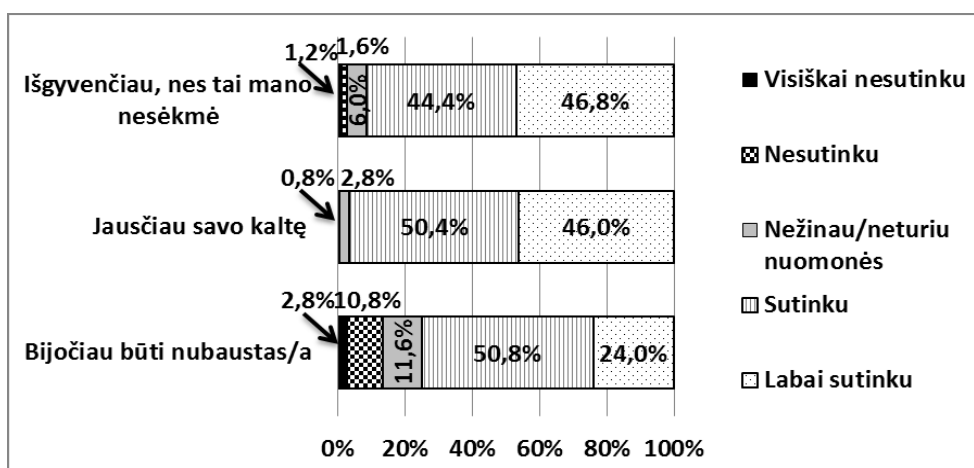
Tyrimo rezultatai parodė reikšmingas respondentų elgesio nuostatas įvykus nesėkmei. Didelė dalis respondentų likę šiandieną manyti, kad KM yra slepiamos (44,0 %), nors 42,4 % respondentų to negalėjo patvirtinti. 53,2% teigė, kad per mažai gydymo įstaigose kalbama apie

pacientų saugos kultūrą, nors beveik trečdalis respondentų (34,0 %) to negalėjo patvirtinti. Net 47,2% respondentų patikino, kad jiems būtų sunku pranešti kolegoms, kad jis padarė klaidą, 23,6% respondentų dar nežinojo, ar tai galėtų padaryti, tačiau dauguma respondentų pripažino, kad kiekvienu atveju privalomas atsiprašymas žala sveikatai patyrusio paciento (70,0 %).

6.2.1.4. lentelė. Teiginių apie KM pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Teiginiai	Visiškai nesutinku		Nesutinku		NŽN/NTN*		Sutinku		Visiškai sutinku	
	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%	Ab. sk.	%
1. Būtina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	10	4,0	35	14,0	60	24,0	107	42,8	38	15,2
2. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę	-	-	20	8,0	45	18,0	139	55,6	46	18,4
3. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	1	0,4	19	7,6	55	22,0	104	41,6	71	28,4
4. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	11	4,4	62	24,8	59	23,6	97	38,8	21	8,4
5. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje	3	1,2	4	1,6	25	10,0	131	52,4	87	34,8
6. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	13	5,2	41	16,4	91	36,4	69	27,6	36	14,4
7. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	4	1,6	7	2,8	8	3,2	49	19,6	182	72,8
8. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma	1	0,4	3	1,2	7	2,8	72	28,8	167	66,8
9. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos	4	1,6	30	12,0	106	42,4	89	35,6	21	8,4
10. Klaidas medicinoje galima sumažinti	1	0,4	3	1,2	35	14,0	167	66,8	44	17,6
11. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams	11	4,4	52	20,8	97	38,8	83	33,2	7	2,8
12. Gydytojų ištaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	6	2,4	26	10,4	85	34,0	106	42,4	27	10,8
13. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydytojų/skyrių vadovų požiūris	4	1,6	7	2,8	35	14,0	153	61,2	51	20,4
14. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	3	1,2	4	1,6	24	9,6	155	62,0	64	25,6
15. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra	4	1,6	11	4,4	74	29,6	86	34,4	75	30,0

Tyrimo rezultatai parodė, kad beveik visi respondentai jaustų kaltę (visiškai sutinkančiųjų ir sutinkančiųjų 96,4 %), išgyventų (91,2 %) ir bijotų būti nubausti (74,8 %) dėl padarytos klaidos (6.2.1.4. pav.).



6.2.1.4. pav. Išgyvenimų padarius KM pasiskirstymas respondentų požiūriu (n = 250)

Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, kad apskritai savo teorines žinias respondentai vertino patenkinamai. Prasčiausiai įvertino žinias apie KM registravimą ir jų analizę (vid. = 1,57; SN = 0,75), apie klaidų rizikos valdymą (vid. = 1,76; SN = 0,84), KM rūšis (vid. = 2,03; SN = 0,96), KM statistiką (vid. = 1,81; SN = 0,91). Blogai susipažinę su KM sąvoka (vid. = 1,81; SN = 0,91), jiems trūksta žinių, kaip turi elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje (vid. = 1,82; SN = 0,79).

Svarbiausiais veiksniais galinčiais lemti KM jie įvardino: praktinius įgūdžius (vid. = 4,67; SN = 0,57), darbo krūvį (vid. = 4,64; SN = 0,56), nuovargį (vid. = 4,6; SN = 0,6), stresą (vid. = 4,52; SN = 0,65) ir komunikaciją tarp kolegų ir darbą komandoje (vid. = 4,52; SN = 0,64).

Respondentai vienareikšmiškai pritarė, kad KM visiškai išvengti yra neįmanoma (vid. = 4,6; SN = 0,65) ir kad žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie nesėkmės atvejus medicinoje (vid. = 4,59; SN = 0,82) (3 PRIEDAS). Tyrimas atskleidė ypatingai svarbias respondentų elgesio nuostatas: jiems sunku būtų pranešti apie padarytą klaidą, nors visi likę atsiprašyti žalą patyrusio paciento.

6.2.2. Demografinių charakteristikų įtaka respondentų požiūriui apie klaidą medicinoje

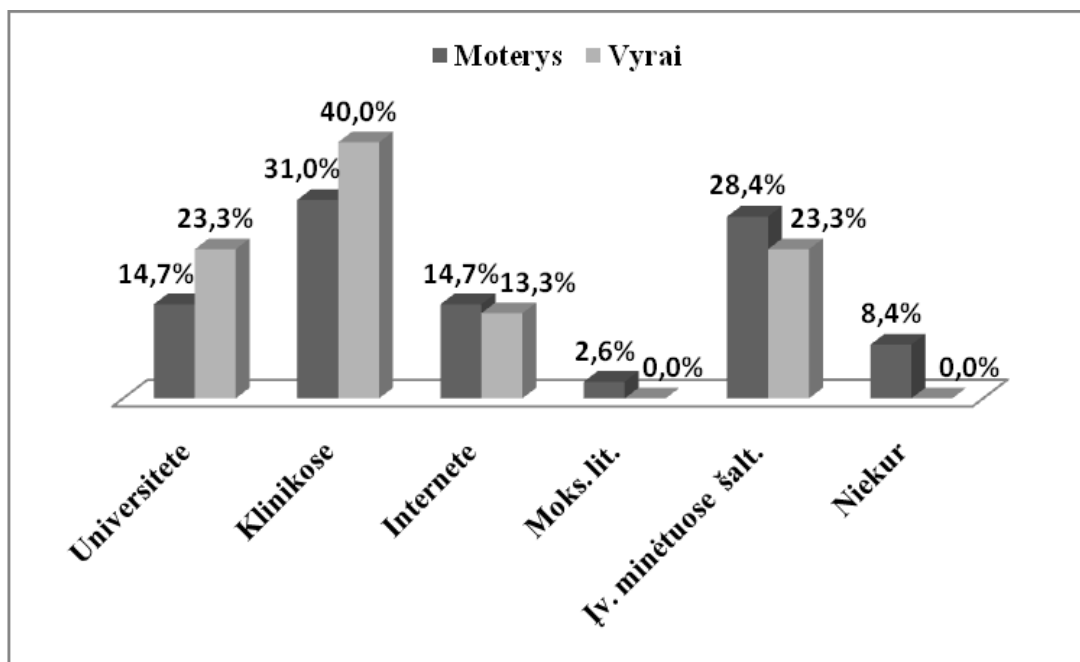
Lytis

Atsižvelgiant į lytį, nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų respondentams vertinant savo teorines žinias apie KM (6.2.2.1. lentelė). Daugiau moterų nei vyrų kritiškiau vertino turimas žinias apie KM. Daugiau nei dešimčia kartų daugiau moterų nei vyrų labai blogai gali įvardinti KM lemiančius veiksnius (16,8 % ir 1,7 %, atitinkamai, OR = 11,95; 95 % PI 1,89 – 494,65), apie penkis kartus daugiau yra labai blogai susipažinusios su KM ir NĮ sąvokomis (21,6

% ir 5,0 %, atitinkamai, OR = 5,23; 95 % PI 1,56 – 27,30), beveik tris kartus daugiau labai blogai žino, kaip turi elgtis įvykus klaidai (29,5 % ir 13,3 %, atitinkamai, OR = 2,72; 95 % PI 1,18 – 7,03), du kartus daugiau labai blogai žino KM rūšis (37,9 % ir 23,3 %, atitinkamai, OR = 2,00; 95 % PI 1,001 – 4,23), ir kas yra pacientų saugos kultūra (24,7 % ir 15,0 %, atitinkamai).

Siekiant nustatyti ar lytis turi įtakos respondentų savo teorinių žinių apie KM vertinimui, taikytas Cramer'io V koeficientas. Gauta statistiškai reikšminga, bet silpna priklausomybė tarp lyties ir savo teorinių žinių bendrai apie KM vertinimo, susipažinimo su KM ir NĮ sąvokomis, žinojimo kaip elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje ir gebėjimo įvertinti veiksnius, lemiančius KM atsiradimą (6.2.2.2. lentelė).

Vyrai ir moterys daugiausiai informacijos apie KM įgija klinikose (40,0 % ir 31,0 %, atitinkamai), tačiau 8,4 % moterų apskritai neturėjo informacijos apie KM (U = 4442,0; z = -2,66; p = 0,008) (6.2.2.1. pav.).



6.2.2.1. pav. Informacijos apie KM įgijimo šaltinių pasiskirstymas pagal respondentų lyti (Moterų (n = 190) ir vyrų (n = 60) ($\chi^2 = 10,23$; df = 5; p = 0,07)

6.2.2.1. lentelė. Turimų teorinių žinių apie KM vertinimo pasiskirtymas pagal lytį (Vyrų (n = 60) ir moterų (n = 190)

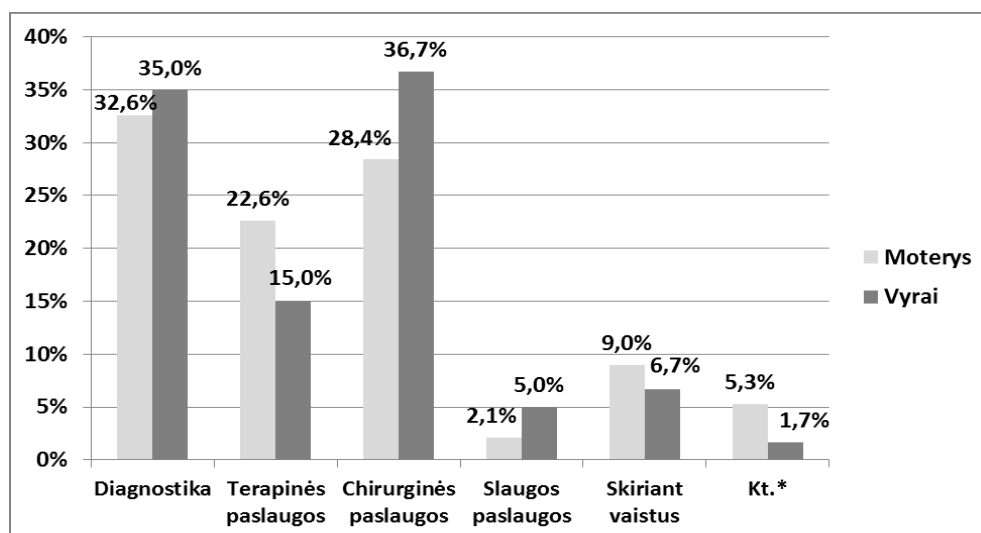
Teiginiai	Labai blogai		Blogai		Patenkinamai		Gerai		Labai gerai		U testas	p
	Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)			
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
1. Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	<u>41</u> (21,6)	<u>3</u> (5,0)	75	25	47	18	18	12	9	2	U = 4430,0; z = -2,73;	0,006
2. Žinau klaidų medicinoje rūšis	<u>72</u> (37,9)	<u>14</u> (23,3)	73	21	<u>31</u> (16,3)	<u>18</u> (30,0)	13	6	1	1	U = 4444,0; z = -2,71;	0,007
3. Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	<u>56</u> (29,5)	<u>8</u> (13,3)	73	24	52	15	8	12	1	1	U = 4221,0; z = -3,18;	0,001
4. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	<u>47</u> (24,7)	<u>9</u> (15,0)	66	18	43	20	26	8	-	2	U = 4776,5; z = -1,96;	0,05
5. Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius klaidos medicinoje	<u>32</u> (16,8)	<u>1</u> (1,7)	42	11	70	31	41	16	5	1	U = 4602,0; z = -2,36;	0,02

Pateikiami tik nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai

6.2.2.2. lentelė. Ryšys tarp lyties ir turimų teorinių žinių apie KM vertinimo respondentų požiūriu

Teiginiai	Labai blogai		Blogai		Patenkinamai		Gerai		Labai gerai		χ^2 testas	Cramer's V koeficientas	p
	Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)				
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
1. Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	32 (16,8)	2 (3,3)	51	22	79	21	26	11	2	4	14,77	0,243	0,005
2. Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	41 (21,6)	3 (5,0)	75	25	47	18	18	12	9	2	12,08	0,22	0,02
3. Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	56 (29,5)	8 (13,3)	73	24	52	15	8	12	1	1	19,72	0,281	0,001
4. Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius klaidos medicinoje atsiradimą	32 (16,8)	1 (1,7)	42	11	70	31	41	16	5	1	11,44	0,214	0,02

Daugumos moterų (32,6 %) nuomone didžiausia tikimybė padaryti klaidą yra atliekant diagnostinius tyrimus, o vyrų nuomone (36,7 %) – suteikiant chirurgines paslaugas (6.2.2.2. pav.). Bet rezultatai rodo, kad abiejų lyčių respondentai sutarė, kad didžiausia tikimybė padaryti klaidą yra atliekant diagnostinius tyrimus, terapines ir chirurgines paslaugas ($U = 5660,5$; $z = -0,08$; $p = 0,93$).



6.2.2.2. pav. Paslaugų, kurias teikiant yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą, pasisirstymas pagal lytį respondentų požiūriu ($\chi^2 = 5,36$; $df = 5$; $p = 0,37$)

* respondentų atsakymai: „visur įmanomos klaidos“, „ekstrinėse situacijose“, „reanimuojant“, „nustatant diagnozę“, „nežinau kas ta klaida“, „visur vienoda tikimybė“, „įmanoma bet kurį darbą dirbant“, „tinka visi išvardinti“

Nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp vyrų ir moterų nuomonių apie kai kurių veiksnių svarbumą KM atsirasti (6.2.2.4. lentelė). Daugiau moterų nei vyrų labai svarbiais veiksniais laikė komunikaciją tarp kolegų/darbą komandoje (63,7 % ir 43,3 %, atitinkamai), praktinius įgūdžius (75,3 % ir 56,7 %, atitinkamai), diegiamas naujas gydymo ar diagnostikos technologijas (26,8 % ir 13,3 %, atitinkamai), jų protokolus (teisės aktus) (26,8 % ir 18,3 %, atitinkamai), nuovargį (69,5 % ir 51,7 %, atitinkamai) ir stresą (65,3 % ir 43,3 %, atitinkamai).

Tačiau ryšys tarp lyties ir minėtų veiksnių vertinimo pagal svarbumą buvo nustatytas silpnas, nors statistiškai reikšmingas (6.2.2.5. lentelė). Galima daryti prielaidą, kad moterims svarbiau nei vyrams patiriamas stresas, nuovargis, praktiniai įgūdžiai, komunikacija su kolegomis, bendravimas su pacientais ir naudojami teisės aktai KM atsirasti.

6.2.2.4. lentelė. KM atsiradimą lemiančių veiksnių svarbumo pasiskirstymas pagal lytį respondentų požiūriu (Vyrų (n = 60) ir moterų (n = 190)

Teiginiai	Visiškai nesvarbu Ab.sk. (%)		Nesvarbu Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Svarbu Ab.sk. (%)		Labai svarbu Ab.sk. (%)		U testas	p
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
1.Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	2 (1,1)	2 (3,3)	13 (6,8)	6 (10,0)	16 (8,4)	5 (8,3)	108 (56,8)	39 (65,0)	<u>51</u> (26,8)	<u>8</u> (13,3)	U = 4799,0; z = -2,09;	0,04
2.Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	-	-	1 (0,5)	2 (3,3)	6 (3,2)	4 (6,7)	62 (32,6)	<u>28</u> (46,7)	<u>121</u> (63,7)	<u>26</u> (43,3)	U = 4448,0; z = -2,96;	0,003
3.Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	2 (1,1)	2 (3,3)	6 (3,2)	7 (11,7)	31 (16,3)	17 (28,3)	<u>100</u> (52,6)	<u>23</u> (38,3)	<u>51</u> (26,8)	<u>11</u> (18,3)	U = 4293,0; z = -3,11;	0,002
4.Praktiniai įgūdžiai	-	-	1 (0,5)	1 (1,7)	3 (1,6)	3 (5,0)	43 (22,6)	22 (36,7)	<u>143</u> (75,3)	<u>34</u> (56,7)	U = 4598,0; z = -2,85;	0,004
5.Nuovargis	-	-	-	-	7 (3,7)	7 (11,7)	51 (26,8)	22 (36,7)	<u>132</u> (69,5)	<u>31</u> (51,7)	U = 4583,5; z = -2,74;	0,006
6.Stresas	-	-	-	2 (3,3)	8 (4,2)	7 (11,7)	58 (30,5)	25 (41,7)	<u>124</u> (65,3)	<u>26</u> (43,3)	U = 4281,0; z = -3,36;	0,001

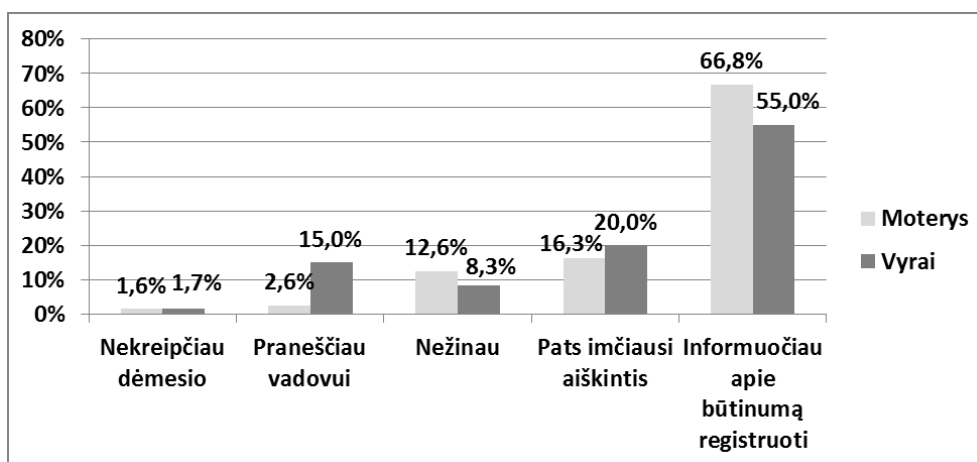
Pateikiami tik nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai

6.2.2.5. lentelė. Ryšys tarp lyties ir veiksnių, lemiančių KM atsiradimo svarbumą, vertinimo respondentų požiūriu

Teiginiai	Visiškai nesvarbu Ab.sk. (%)		Nesvarbu Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Svarbu Ab.sk. (%)		Labai svarbu Ab.sk. (%)		χ^2 testas	Cramer's V koeficientas	p
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
1.Personalo bendravimas su pacientais	-	1 (1,7)	1 (0,5)	3 (5,0)	11 (5,8)	8 (13,3)	91 (47,9)	25 (41,7)	87 (45,8)	23 (38,3)	13,24	0,23	0,01
2.Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	-	-	1 (0,5)	2 (3,3)	6 (3,2)	4 (6,7)	62 (32,6)	28 (46,7)	121 (63,7)	26 (43,3)	10,11	0,201	0,02
3.Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	2 (1,1)	2 (3,3)	6 (3,2)	7 (11,7)	31 (16,3)	17 (28,3)	100 (52,6)	23 (38,3)	51 (26,8)	11 (18,3)	14,49	0,241	0,006
4.Praktiniai įgūdžiai	-	-	1 (0,5)	1 (1,7)	3 (1,6)	3 (5,0)	43 (22,6)	22 (36,7)	143 (75,3)	34 (56,7)	8,65	0,186	0,03
5.Nuovargis	-	-	-	-	7 (3,7)	7 (11,7)	51 (26,8)	22 (36,7)	132 (69,5)	31 (51,7)	8,91	0,189	0,01
6.Stresas	-	-	-	2 (3,3)	8 (4,2)	7 (11,7)	58 (30,5)	25 (41,7)	124 (65,3)	26 (43,3)	15,92	0,252	0,001

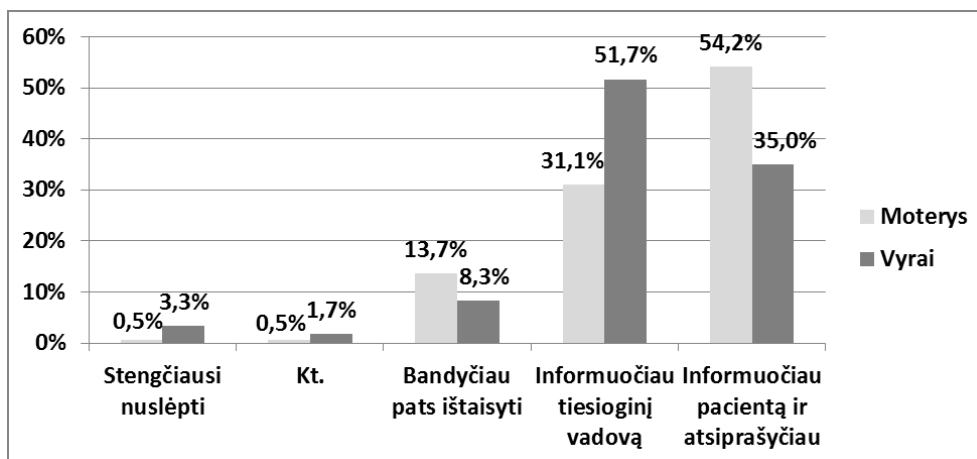
82,7 % moterų ir 66,7 % vyrų bendrai sutinka, kad jiems žinios apie KM ir jų rizikos valdymą yra labai svarbios. Tačiau ketvirtadalis vyrų (26,7 %) neturi nuomonės šiuo aspektu ($x^2 = 11,55$; $df = 3$; $p = 0,009$); ($U = 4410,5$; $z = -2,92$; $p = 0,003$).

Vyrams ir moterims yra panašiai vienodai tekę susidurti su KM (73,3 % ir 78,9 %, atitinkamai; ($x^2 = 0,83$; $df = 1$; $p = 0,37$); ($U = 5380,0$; $z = -0,91$; $p = 0,36$)). Tyrimas atskleidė, kad moterys ir vyrai, turėdami gydytojo licenziją, elgtusi panašiai vienodai (6.2.2.3. pav.), jei pastebėtų kolegos padarytą klaidą ($x^2 = 14,54$; $df = 4$; $p = 0,006$); ($t(248) = -0,007$; $p = 0,99$). Dauguma jų pirmiausia informuotą kolegą apie būtinumą registruoti klaidą (66,8 % ir 55,0 %, atitinkamai), o mažesnioji dalis respondentų patys aiškintusi klaidos priežastį ir imtusi prevencinių priemonių (16,3 % ir 20,0 %, atitinkamai).



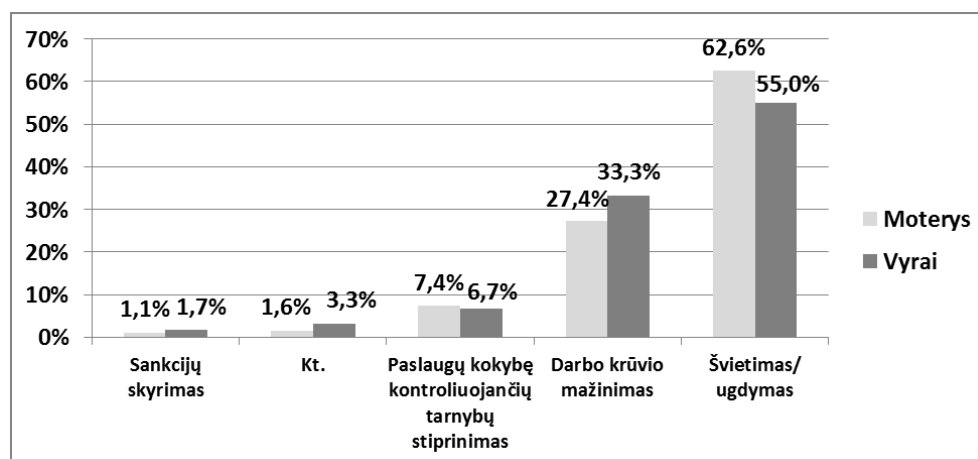
6.2.2.3. pav. Respondentų elgesio, pastebėjus KM, pasiskirstymas pagal lytį

Tačiau jei klaidą padarytų patys, vyrai ir moterys elgtusi šiek tiek skirtingai ($x^2 = 13,56$; $df = 4$; $p = 0,009$); ($U = 4676,5$; $z = -2,3$; $p = 0,02$). Didžioji dauguma moterų (54,2 %) pirmiausia atsiprašytų paciento ir pačios informuotą jį apie įvykusią nesėkmę, o dauguma vyrų (51,7 %) – informuotą tiesioginį vadovą. (6.2.2.4. pav.).



6.2.2.4. pav. Respondentų elgesio, patiems padarius KM, pasiskirstymas pagal lytį

Vyrai ir moterys vieningai pasirinko efektyviausią priemonę KM išvengti ($x^2 = 1,88$; $df = 4$; $p = 0,76$); ($U = 5389,5$; $z = -0,73$; $p = 0,46$): pirmoje vietoje – medicinos personalo švietimas apie saugią medicinos praktiką ir galimybes mokytis iš klaidų (55,0 % ir 62,6 %, atitinkamai), antroje – darbo krūvių mažinimas (33,3 % ir 27,4 %, atitinkamai).



6.2.2.5. pav. Efektyviausių prevencinių KM priemonių pasiskirstymas respondentų požiūriu pagal lytį

Nustatytas statistiškai reikšmingi skirtumai tarp lyties ir požiūrio į KM kai kurių nuostatų (6.2.2.6. lentelė). Daugiau moterų nei vyrų visiškai sutiko, kad žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie KM (75,8 % ir 63,3 %, atitinkamai), kad kiekvienu atveju privalu atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento (32,1 % ir 16,7 %, atitinkamai), o net trečdaliui vyrų (31,7 %) buvo nežinoma ar tai privalu. Visiškai sutikusių moterų buvo daugiau nei vyrų dėl KM pripažinimo ir jų analizės kaip svarbios medikų darbo dalies (28,4 % ir 16,7 %, atitinkamai). Dauguma moterų (42,6 %) sutiko, o dauguma vyrų (36,7 %) nesutiko, kad padarius klaidą būtų sunku pranešti kolegoms.

Tokiam požiūriui į KM turėjo įtakos lytis, nes buvo nustatyti priklausomybės ryšiai tarp lyties ir požiūrio, nors ir silpni (6.2.2.7. lentelė). Tokie rezultatai patvirtina, kad moterys iš prigimties yra jautresnės ir jos į KM reaguoja daug jautriau nei vyrai. Jos atsiprašytų pacientų įvykus klaidai ir pripažino, nors būtų sunku pasisakyti kolegoms, kad padarė klaidą.

6.2.2.6. lentelė. Teiginių apie KM pasiskirstymas pagal lytį respondentų požiūriu

Teiginiai	Visiškai nesutinku Ab.sk. (%)		Nesutinku Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Sutinku Ab.sk. (%)		Visiškai sutinku Ab.sk. (%)		U arba t testas	p
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	-	1 (1,7)	14 (7,4)	5 (8,3)	36 (18,9)	<u>19</u> (31,7)	79 (41,6)	25 (41,7)	<u>61</u> (32,1)	<u>10</u> (16,7)	U = 4475,5; z = -2,65;	0,008
Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	7 (3,7)	4 (6,7)	40 (21,1)	<u>22</u> (36,7)	45 (23,7)	14 (23,3)	<u>81</u> (42,6)	16 (26,7)	17 (8,9)	4 (6,7)	U = 4427,0; z = -2,73;	0,006
Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	3 (1,6)	1 (1,7)	2 (1,1)	5 (8,3)	4 (2,1)	4 (6,7)	37 (19,5)	12 (20,0)	<u>144</u> (75,8)	<u>38</u> (63,3)	U = 4863,5; z = -2,2;	0,03
Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	2 (1,1)	1 (1,7)	2 (1,1)	2 (3,3)	17 (8,9)	7 (11,7)	115 (60,5)	40 (66,7)	<u>54</u> (28,4)	<u>10</u> (16,7)	t(248) = 1,97;	0,05

Pateikiami tik nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai

6.2.2.7. lentelė. Ryšys tarp respondento lyties ir požiūrio į teiginį apie KM

Teiginiai	Visiškai nesutinku Ab.sk. (%)		Nesutinku Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Sutinku Ab.sk. (%)		Visiškai sutinku Ab.sk. (%)		χ^2 testas	Cramer's V koeficientas	p
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	-	1 (1,7)	14 (7,4)	5 (8,3)	36 (18,9)	<u>19</u> (31,7)	<u>79</u> (41,6)	<u>25</u> (41,7)	<u>61</u> (32,1)	10 (16,7)	10,40	0,204	0,03
Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	7 (3,7)	4 (6,7)	40 (21,1)	<u>22</u> (36,7)	45 (23,7)	14 (23,3)	<u>81</u> (42,6)	16 (26,7)	17 (8,9)	4 (6,7)	8,69	0,186	0,07
Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	3 (1,6)	1 (1,7)	2 (1,1)	5 (8,3)	4 (2,1)	4 (6,7)	37 (19,5)	12 (20,0)	<u>144</u> (75,8)	<u>38</u> (63,3)	12,58	0,224	0,01

Daugiau moterų nei vyrų visiškai sutiko, kad padarusios KM bijotų būti nubaustos (26,8 % ir 15,0 %, atitinkamai; ($x^2 = 21,70$; $df = 4$; $p = 0,001$); ($U = 4187,5$; $z = -3,36$; $p = 0,001$)), jaustų kaltę (52,6 % ir 25,0 %, atitinkamai; ($x^2 = 16,67$; $df = 3$; $p = 0,001$); ($U = 3990,5$; $z = -3,98$; $p = 0,001$)) ir išgyventų dėl savo nesėkmės (51,6 % ir 31,7 %, atitinkamai; ($x^2 = 10,48$; $df = 4$; $p = 0,033$); ($U = 4404,0$; $z = -2,95$; $p = 0,003$)).

Apibendrinant, tenka pripažinti, kad moterys kritiškiau vertino savo teorines žinias apie KM.

Moterų daugiau nei vyrų labai blogai išmano KM rūšis ($p = 0,038$), KM ir NĮ sąvokas ($p = 0,003$), kaip turėtų elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje ($p = 0,013$, o vyrų daugiau nei moterų gerai žino kaip turėtų elgtis ($p = 0,001$)) ir labai blogai įvardintų veiksnius, lemiančius KM ($p = 0,002$).

Daugiau moterų nei vyrų labai svarbiais veiksniais lemiančiais KM įvardino praktinius igūdžius ($p = 0,006$), komunikaciją tarp kolegų ($p = 0,005$), diegiamas naujas gydymo ir diagnostikos technologijas ($p = 0,032$) ir nuovargį ($p = 0,012$).

Daugiau vyrų nei moterų nesutiko, kad jiems būtų sunku pasakyti kolegai, kad padarė klaidą ($p = 0,015$), o daugiau moterų nei vyrų visiškai sutiko, kad kiekvienu atveju privalu atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento ($p = 0,027$) (4 PRIEDAS, 1-3. lentelė.).

Nustatyta, kad nepriklausomas kintamasis – lytis – paaiškino tik apie 8,0 % priklausomų kintamųjų variacijos ($R^2 < 0,08$). Tai rodo, kad turime 92,0 % nežinomų veiksnių, turinčių įtakos žinioms ir nuomonei (6.2.3.6. lentelė.).

Apskaičiuota, kad buvimas moterimi 0,35 karto padidina šansą savo žinias apie KM vertinti blogai arba labai blogai. Buvimas moterimi 3,7; 3; 2; 3,5 ir 4 kartus padidina šansą visiškai sutikti, kad personalo bendravimas su pacientais, diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai), asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės, nuovargis ir stresas, atitinkamai, yra labai svarbūs veiksniai lemiantys KM.

Moterims 2,4 kartus padidinamas šansas visiškai pritarti, kad žinios apie KM ir jų rizikos valdymą joms yra labai svarbios, 2 kartus – kad kiekvienu kartu privalu atsiprašyti žalą patyrusio paciento, 2,1 karto – būtų sunku pranešti kolegai apie padarytą klaidą, 4 kartus - žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie KM.

Buvimas moterimi 2,9 ir 4,2 karto padidina šansą bijoti būti nubaustai ir jausti kaltę padarius klaidą.

6.2.3.6. lentelė. Lyties įtaka žinių apie KM ir teiginių apie KM vertinimui (binarinės regresijos analizės rezultatai)

Teiginiai	OR	PI 95 %	χ^2 (p)	R ²	K*	Wald
Bendros žinios apie KM (9 teiginiai)	0,356	0,193 – 0,655	11,635 (0,001)	0,061	60,4	11,044
Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	2,961	1,592 – 5,505	11,528 (0,001)	0,066	74,0	11,766
Nuovargis	3,453	1,159 – 10,283	4,726 (0,03)	0,053	94,4	4,953
Stresas	4,015	1,474 – 10,932	7,153 (0,007)	0,072	93,2	7,396
Žinios apie klaidas medicinoje ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	2,379	1,236 – 4,579	6,477 (0,011)	0,04	78,8	6,725
Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	2	1,091 – 3,668	4,922 (0,027)	0,028	70,0	5,020
Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	2,13	1,16 – 3,911	6,201 (0,013)	0,033	55,2	5,954
Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	4,022	1,55 – 10,436	7,914 (0,005)	0,075	92,4	8,186
Bijočiau būti nubaustas/a	2,857	1,53 – 5,334	10,605 (0,001)	0,061	74,8	10,862
Jausčiau savo kaltę	4,227	1,097 – 16,286	4,287 (0,038)	0,064	96,4	4,388

*Klasifikacija

Amžius

Nustatytos statistiškai reikšmingos tiesioginės koreliacijos tarp amžiaus grupių ir savo teorinių žinių apie KM vertinimo (6.2.2.8. lentelė.). Vyresniame respondentų amžiuje savo žinias apie KM rūšis, sąvokas, pacientų saugos kultūrą, KM statistiką, kitų šalių registravimo ir klaidų analizės sistemas, KM rizikos valdymo galimybes bei žinias kaip elgtis įvykus klaidai vertino vis geriau. Tačiau koreliaciniai ryšiai nustatyti silpni arba labai silpni. Tad amžius turėjo silpną įtaką žinių vertinimui.

6.2.2.8. lentelė. Ryšys tarp respondento amžiaus ir žinių bei teiginių apie KM vertinimo (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Teiginiai	Spearman'o koeficientas	P
Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	0,129*	0,041
Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	0,182**	0,004
Žinau klaidų medicinoje rūšis	0,249**	0,001
Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	0,213**	0,001
Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	0,153*	0,015
Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį	0,209**	0,001
Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas	0,261**	0,001
Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika	0,161*	0,011

* Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,05$; ** Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,01$

Rasti amžiaus ir savo teorinių žinių apie KM vertinimo statistiškai reikšmingi skirtumai (6.2.2.9. lentelė.). Daugiausiai jauniausi (22 – 23 m.) respondentai prasčiausiai vertino („labai blogai“) savo žinias apie KM rūšis (53,5 %), statistiką (50,0 %), kitų šalių registravimo ir analizės sistemas (49,6 %), KM rizikos valdymo galimybes (49,1 %) ir žinias kaip elgtis įvykus klaidai (59,4 %). Vyresni nei 27 metų respondentai lyginant su kitomis amžiaus grupėmis geriausiai („patenkinamai“) vertino savo žinias apie KM rūšis (46,9 %) ir kitų šalių KM registravimo ir analizės sistemas (71,4 %), o 24 – 26 m. amžiaus respondentai geriausiai („gerai“) vertino žinias apie KM statistiką (54,5 %), KM rūšis (52,6 %), kitų šalių registravimo ir analizės sistemas (50,0 %) ir KM rizikos valdymo galimybes (75,0 %).

6.2.2.9. lentelė. Žinių apie KM vertinimo pasiskirstymą pagal amžiaus grupes respondentų požiūriu

T	Labai blogai Ab.sk. (%)			Blogai Ab.sk. (%)			Patenkinamai Ab.sk. (%)			Gerai Ab.sk. (%)			Labai gerai Ab.sk. (%)			Kruskal Wallis testas (χ^2)	p
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III		
1.	<u>46</u> (53,5)	26 (30,2)	14 (16,3)	36 (38,3)	29 (30,9)	29 (30,9)	15 (30,6)	11 (22,4)	<u>23</u> (46,9)	2 (10,5)	<u>10</u> (52,6)	7 (36,8)	2 (100,0)	-	-	15,488	0,001
2.	<u>38</u> (59,4)	17 (26,6)	9 (14,1)	32 (33,0)	35 (36,1)	30 (30,9)	23 (34,3)	21 (31,3)	23 (34,3)	7 (35,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	1 (50,0)	-	1 (50,0)	12,146	0,002
3.	<u>57</u> (50,0)	32 (28,1)	25 (21,9)	32 (37,6)	26 (30,6)	27 (31,8)	9 (23,7)	12 (31,6)	17 (44,7)	1 (9,1)	<u>6</u> (54,5)	4 (36,4)	2 (100,0)	-	-	11,105	0,004
4.	<u>69</u> (49,6)	40 (28,8)	30 (21,6)	29 (34,1)	29 (34,1)	27 (31,8)	1 (4,8)	5 (23,8)	<u>15</u> (71,4)	1 (25,0)	<u>2</u> (50,0)	1 (25,0)	1 (100,0)	-	-	17,005	0,001
5.	<u>22</u> (50,0)	13 (29,5)	9 (20,5)	45 (45,0)	31 (31,0)	24 (24,0)	24 (36,9)	19 (29,2)	22 (33,8)	4 (13,3)	10 (33,3)	16 (53,3)	6 (54,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	8,326	0,016
6.	<u>56</u> (49,1)	32 (28,1)	26 (22,8)	31 (33,3)	30 (32,3)	32 (34,4)	13 (38,2)	8 (23,5)	13 (38,2)	-	<u>6</u> (75,0)	2 (25,0)	1 (100,0)	-	-	6,677	0,035

Pateikiami tik nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai

1. Žinau klaidų medicinoje rūšis
2. Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje
3. Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį
4. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas
5. Susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis
6. Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika

I gr. 22 – 23 m. respondentai (n = 101 (40,4 %))

II gr. 24 – 26 m. respondentai (n = 76 (30,4 %))

III gr. 27 – 43 m. respondentai (n = 73 (29,2 %))

Apskaičiuotos statistiškai reikšmingos koreliacijos tarp amžiaus grupių ir požiūrio į KM (6.2.2.10. lentelė.). Atvirkštinė koreliacija rodo, kad kuo vyresnis respondentų amžius, tuo labiau jie nesutinka, kad jiems nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti medicinos praktiką ir kad bijotų būti nubausti, jei padarytų klaidą. Nustatyta tiesioginė koreliacija leidžia tvirtinti, kad kuo vyresni respondentai, tuo labiau sutinka, kad teisės aktai ir darbo organizavimas gydymo įstaigoje yra labai svarbūs veiksniai KM atsirasti, kad klaidų registravimo sistema sumažina KM dažnį, kad būtina registruoti visas KM (netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai), kad gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą, kad klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris ir kad KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis. Nustatyti silpni ir labai silpni koreliaciniai ryšiai, rodo, kad amžius turi mažą įtaką nuomonei šiais teiginiais apie KM.

6.2.2.10. lentelė. Ryšys tarp respondento amžiaus ir teiginių apie KM vertinimo (Spirmeno koreliacijos koeficientai)

Teiginiai	rho	p
Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje	0,142*	0,025
Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	0,186**	0,003
Man nepakaktų turimų žinių apie klaidą medicinoje savarankiškai pradėti medicinos praktiką	-0,139**	0,028
Būtina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	0,150*	0,018
Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	0,228**	0,001
Bijočiau būti nubaustas/a	-0,184**	0,004
Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	0,239**	0,001
Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris	0,186**	0,003
Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	0,170**	0,007

* Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,05$; ** Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,01$

Nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų tarp amžiaus grupių ir požiūrio į KM (6.2.2.11. lentelė.). Daugiausia (lyginant su kitomis amžiaus grupėmis) vyresni nei 27 m. respondentų visiškai sutiko, kad KM atsirasti labai svarbūs yra teisės aktai/ protokolai (45,2 %), kad klaidų registravimo sistema sumažina jų skaičių (47,2 %), kad gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą (40,7 %). Tačiau daugiausia (lyginant su visomis amžiaus grupėmis) jauniausių respondentų (22 – 23 m.) visiškai sutiko, kad bijotų būti nubausti dėl padarytų klaidų (50,0 %), 24 – 26 m. amžiaus respondentai visiškai pritaria, kad gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris turi didelės įtakos klaidos atskleidimui ir registravimui (41,2 %).

6.2.2.11. lentelė. Teiginių apie KM vertinimo pasiskirstymas pagal amžių respondentų požiūriu

T	Visiškai nesvarbu/nesutinku Ab.sk. (%)			Nesvarbu/nesutinku Ab.sk. (%)			Nežinau/neturiu nuomonės Ab.sk. (%)			Svarbu/sutinku Ab.sk. (%)			Visiškai svarbu/sutinku Ab.sk. (%)			Kruskal Wallis testas (x ²)	p
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III		
1.	3 (75,0)	1 (25,0)	-	8 (61,5)	-	5 (38,5)	19 (39,6)	18 (37,5)	11 (22,9)	56 (45,5)	38 (30,9)	29 (23,6)	15 (24,2)	19 (30,6)	28 (45,2)	8,612	0,013
2.	7 (53,8)	4 (30,8)	2 (15,4)	19 (46,3)	13 (31,7)	9 (22,0)	45 (49,5)	27 (29,7)	19 (20,9)	21 (30,4)	22 (31,9)	26 (37,7)	9 (25,0)	10 (27,8)	17 (47,2)	13,435	0,001
3.	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	16 (61,5)	4 (15,4)	6 (23,1)	42 (49,4)	26 (30,6)	17 (20,0)	34 (32,1)	34 (32,1)	38 (35,8)	6 (22,2)	10 (37,0)	11 (40,7)	14,882	0,001
4.	3 (75,0)	-	1 (25,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	-	20 (57,1)	6 (17,1)	9 (25,7)	60 (39,2)	47 (30,7)	46 (30,1)	13 (25,5)	21 (41,2)	17 (33,3)	13,196	0,001
5.	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	5 (18,5)	8 (29,6)	14 (51,9)	12 (41,4)	7 (24,1)	10 (34,5)	52 (40,9)	42 (33,1)	33 (26,0)	30 (50,0)	17 (28,3)	13 (21,7)	8,712	0,013
6.	2 (66,7)	-	1 (33,3)	4 (100)	-	-	11 (45,8)	8 (33,3)	5 (20,8)	65 (41,9)	48 (31,0)	42 (27,1)	101 (40,4)	76 (30,4)	73 (29,2)	7,19	0,027

Pateikiami tik nustatyti statistškai reikšmingi skirtumai

1. Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)
2. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių
3. Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą
4. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris
5. Bijočiau būti nubaustas/a
6. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis

I gr. 22 – 23 m. respondentai (n = 101 (40,4 %))

II gr. 24 – 26 m. respondentai (n = 76 (30,4 %))

III gr. 27 – 43 m. respondentai (n = 73 (29,2 %))

Nustatyti skirtumai tarp amžiaus grupių ir elgesio patiemis padarius klaidą (Kruskal Wallis testas (χ^2) = 15,004, $p = 0,001$). Daugiausiai (42,2 %) vyriausių (27 – 43 m.) respondentų padarę klaidą pirmiausia informuotų vadovą, daugiausiai jauniausių (22 – 23 m.) respondentų informuotų pacientą apie įvykusią nesėkmę ir atsiprašytų (45,2 %) arba bandytų patys ištaisyti klaidą (58,1 %) (6.2.2.12. lentelė).

6.2.2.12. lentelė. Respondentų tikėtino elgesio padarius KM palyginimas pagal amžiaus grupes

<i>Indikatorius</i>	<i>Amžius</i>	<i>22 – 23 m.</i>	<i>24 – 26 m.</i>	<i>27 – 43 m.</i>
		<i>Abs.sk (%)</i>	<i>Abs.sk (%)</i>	<i>Abs.sk (%)</i>
Informuočiau tiesioginį vadovą		24 (26,7)	28 (31,1)	38 (42,2)
Atsiprašyčiau paciento ir pats informuočiau jį apie įvykusią nesėkmę		56 (45,2)	41 (33,1)	27 (21,8)
Bandyčiau pats ištaisyti klaidą niekam neteikdamas informacijos		18 (58,1)	5 (16,1)	8 (25,8)
Stengčiausi ją kaip galima geriau nuslėpti		2 (66,7)	1 (33,3)	-
Nekreipčiau dėmesio		1 (50,0)	1 (50,0)	-

Apibendrinus, galima teigti, kad nustatyti tik silpni koreliaciniai ryšiai (0,1 - 0,3) tarp demografinių veiksnių ir respondentų nuomonės apie KM, tačiau visi jie statistiškai reikšmingi.

Nustatyta priklausomybė tarp lyties ir šių teiginių apie KM, moterys daugiau pritarė:

- Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento
- Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą
- Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie KM
- Labai svarbūs veiksniai lemiantys KM yra praktiniai įgūdžiai, nuovargis, darbo krūvis, stresas ir komunikacija tarp kolegų.

Nustatyti koreliaciniai ryšiai tarp amžiaus ir žinių/nuomonės apie KM atskleidė, kad vyriausi respondentai žino daugiau ir mato daugiau problemų valdant KM riziką nei jauniausieji.

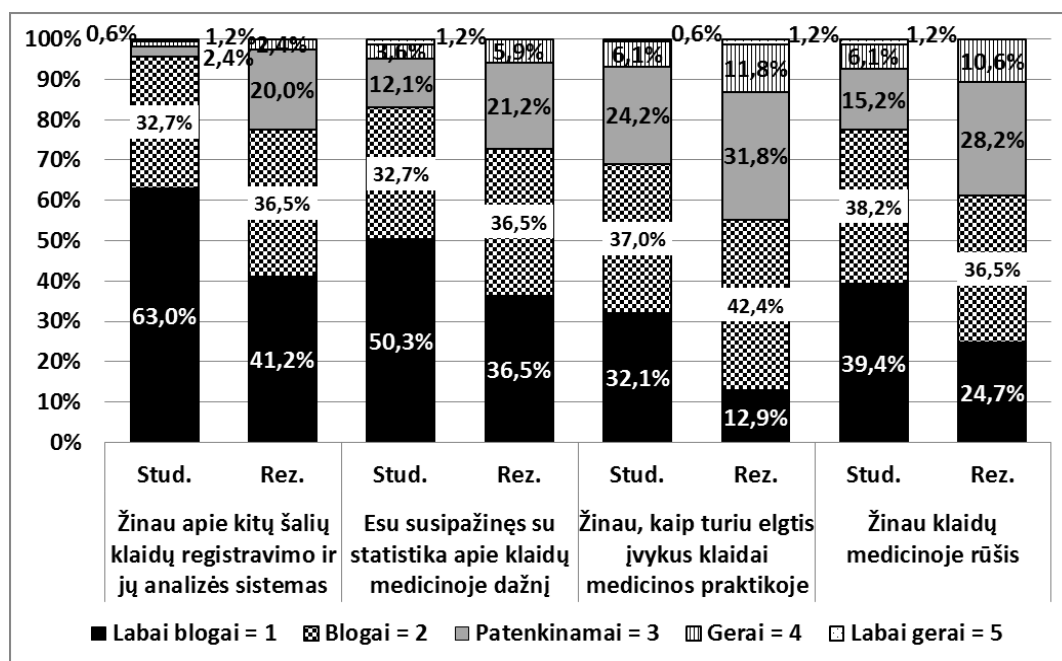
6.2.3. Medicinos studentų ir gydytojų rezidentų nuomonių ir žinių apie klaidą medicinoje palyginimas

Didžioji dalis medicinos studentų ir gydytojų rezidentų bendrai savo teorines žinias apie KM ir NĮ vertino panašiai, t.y. patenkinamai (38,2 % ir 43,5 %, atitinkamai) arba blogai (31,5 % ir 24,7 %, atitinkamai) (6.2.3.1. lentelė).

Studentai ir rezidentai vienodai blogai susipažinę su KM ir NĮ sąvokomis (44,2 % ir 31,8 %, atitinkamai) ir vienodai blogai žino apie pacientų saugos kultūrą (36,4 % ir 28,2 %, atitinkamai). Žinias apie KM rizikos valdymą vertino vienodai labai blogai (49,7 % ir 37,6 %, atitinkamai).

atitinkamai) ir blogai (34,5 % ir 42,4 %, atitinkamai), o žinias apie veiksnius, lemiančius klaidos atsiradimą, vertino patenkinamai (38,2 % ir 44,7 %, atitinkamai).

Tačiau buvo nustatyti ir nuomonių skirtumai (statistiškai reikšmingi). Savo žinias apie KM rūšis ir kaip turėtų elgtis įvykus klaidai šios grupės vertino skirtingai, t.y. rezidentai mano žinantys geriau nei studentai. Studentai labai blogai ir blogai žino KM rūšis (39,4 % ir 38,2 %, atitinkamai) ir kaip elgtis įvykus klaidai (32,1 % ir 37,0 %, atitinkamai), o rezidentai žino blogai ir patenkinamai (36,5 % ir 28,2 %, atitinkamai) ir (42,4 % ir 31,8 %, atitinkamai), atitinkamai. Didesnė dauguma studentų nei rezidentų yra labai blogai susipažinę su KM statistika (50,3 % ir 36,5 %, atitinkamai) ir labai blogai žino apie kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas (63,0 % ir 41,2 %, atitinkamai) (6.2.3.1. pav.).

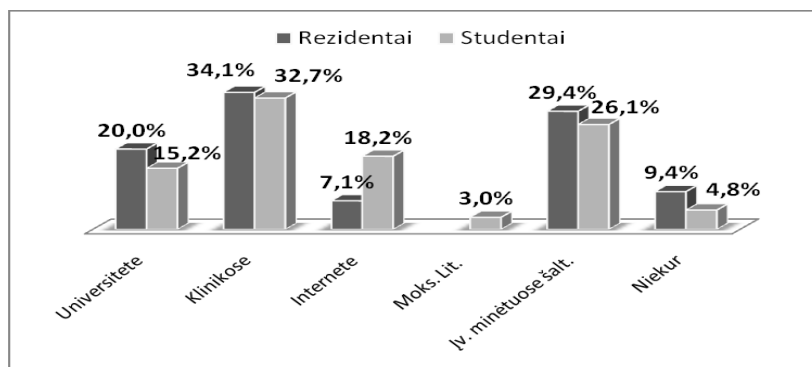


6.2.3.1. pav. Turimų teorinių žinių apie KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu (pateikiami tik statistškai reikšmingi teiginiai)

6.2.3.1. lentelė. Teorinių žinių apie KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu studentų (n = 165) ir rezidentų (n = 85)

Teiginiai	Labai blogai		Blogai		Patenkinamai		Gerai		Labai gerai		χ^2 testas	p	U arba t testai	p
	Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)		Ab.sk. (%)					
	S*	R**	S	R	S	R	S	R	S	R				
1.Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	23 (13,9)	11 (12,9)	52 (31,5)	21 (24,7)	<u>63</u> (38,2)	<u>37</u> (43,5)	22 (13,3)	15 (17,6)	5 (3,0)	1 (1,2)	2,84	0,59	U = 6531,5; z = -0,93;	0,35
2.Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	30 (18,2)	14 (16,5)	<u>73</u> (44,2)	<u>27</u> (31,8)	41 (24,8)	24 (28,2)	<u>12</u> (7,3)	<u>18</u> (21,2)	9 (5,5)	2 (2,4)	12,79	0,01	U = 6034,5; z = -1,89;	0,059
3.Žinau klaidų medicinoje rūšis	<u>65</u> (39,4)	21 (24,7)	<u>63</u> (38,2)	<u>31</u> (36,5)	25 (15,2)	<u>24</u> (28,2)	10 (6,1)	9 (10,6)	2 (1,2)	-	11,00	0,03	U = 5557,0; z = -2,84;	0,005
4.Žinau, kaip turėtų elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	<u>53</u> (32,1)	11 (12,9)	<u>61</u> (37,0)	<u>36</u> (42,4)	40 (24,2)	<u>27</u> (31,8)	10 (6,1)	10 (11,8)	1 (0,6)	1 (1,2)	12,18	0,02	U = 5355,0; z = -3,22;	0,001
5.Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	39 (23,6)	17 (20,0)	<u>60</u> (36,4)	<u>24</u> (28,2)	43 (26,1)	20 (23,5)	13 (7,9)	<u>21</u> (24,7)	10 (6,1)	3 (3,5)	13,95	0,007	U = 6029,0; z = -1,88;	0,06
6.Galiu įvardinti veiksniai, įtakančius klaidos medicinoje atsiradimą	23 (13,9)	10 (11,8)	38 (23,0)	15 (17,6)	<u>63</u> (38,2)	<u>38</u> (44,7)	35 (21,2)	22 (25,9)	6 (3,6)	-	5,19	0,27	U = 6652,0; z = -0,70;	0,48
7.Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį	<u>83</u> (50,3)	<u>31</u> (36,5)	54 (32,7)	31 (36,5)	20 (12,1)	18 (21,2)	6 (3,6)	5 (5,9)	2 (1,2)	-	7,29	0,12	U = 5882,5; z = -2,25;	0,025
8.Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas	<u>104</u> (63,0)	<u>35</u> (41,2)	54 (32,7)	31 (36,5)	4 (2,4)	17 (20,0)	2 (1,2)	2 (2,4)	1 (0,6)	-	26,65	0,001	U = 5098,0; z = -3,98;	0,001
9.Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika	<u>82</u> (49,7)	<u>32</u> (37,6)	<u>57</u> (34,5)	<u>36</u> (42,4)	20 (12,1)	14 (16,5)	5 (3,0)	3 (3,5)	1 (0,6)	-	4,05	0,40	U = 6164,5; z = -1,70;	0,09

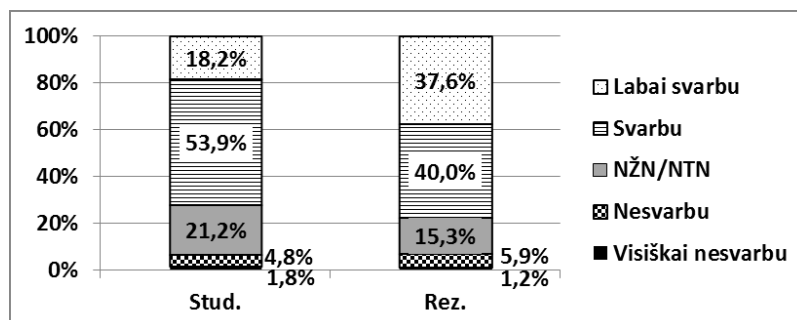
Studentų ir rezidentų informacijos apie KM gavimo šaltiniai nesiskyrė ($U = 6960,0$; $z = -1,0$; $p = 0,92$) (6.2.3.2. pav.). Visi jie daugiausiai informacijos įgijo klinikose praktinių užsiėmimų metu (32,7 % ir 34,1 %, atitinkamai) arba įvairiuose šaltiniuose, pvz., universitete, klinikose, internete, mokslinėje literatūroje ir pan. (26,1 % ir 29,4 %, atitinkamai).



6.2.3.2. pav. Informacijos šaltinių apie KM pasiskirstymas pagal respondento statusą jų požiūriu $\chi^2 = 10,27$; $df = 5$; $p = 0,07$

Abiejų respondentų grupių vertinimas veiksnių, lemiančių klaidos atsiradimą, buvo labai panašus (6.2.3.2. lentelė). Studentų ir rezidentų nuomonės statistiškai reikšmingai išsiskyrė tik dėl teisės aktų/protokolų svarbumo klaidai atsirasti ($p = 0,01$) (6.2.3.3. pav.). 53,9 % ir 18,2 % studentų teisės aktus/protokolus vertino kaip svarbius, atitinkamai rezidentų vertinimai 40,0 % ir 37,6 % r.

Kitus veiksniai studentai ir rezidentai vertino panašiai, t.y. praktinius įgūdžius (72,1 % ir 68,2 %, atitinkamai), personalo darbo krūvį (70,9 % ir 63,5 %, atitinkamai) ir nuovargį (67,9 % ir 60,0 %, atitinkamai) vertino kaip labai svarbius veiksniai klaidai atsirasti. Komandinį darbą/komunikaciją tarp kolegų, diegiamas naujas gydymo ar diagnostikos technologijas, stresą, personalo bendravimą su pacientais, teorines žinias vadovavimą/darbo organizavimą, asmenines savybes ir pacientų saugos politiką abi respondentų grupės vertino panašiai kaip svarbius arba labai svarbius klaidai medicinoje atsirasti.



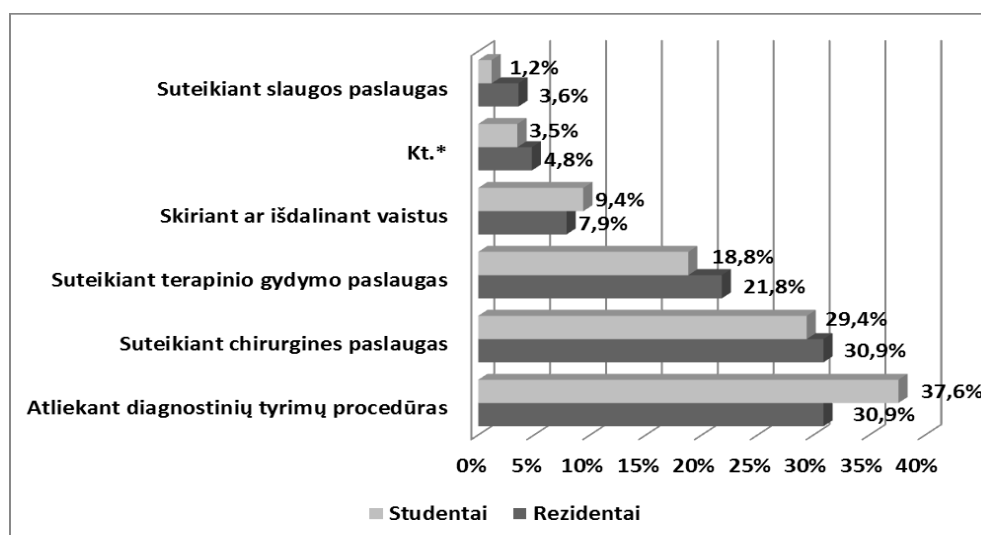
6.2.3.3. pav. Teisės aktų/protokolų svarbumo vertinimo pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

6.2.3.2. lentelė. Veiksnių, turinčių įtakos KM atsiradimui, vertinimo pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Teiginiai	Vis. nesvarbu Ab.sk. (%)		Nesvarbu Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Svarbu Ab.sk. (%)		Labai svarbu Ab.sk. (%)		χ^2 testas	p	U arba t testai	p
	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R				
1.Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje	3 (1,8)	-	7 (4,2)	-	12 (7,3)	8 (9,4)	<u>101</u> <u>(61,2)</u>	<u>49</u> <u>(57,6)</u>	<u>42</u> <u>(25,5)</u>	<u>28</u> <u>(32,9)</u>	6,71	0,15	t(248) = 0,29	0,77
2.Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	6 (7,1)	16 (9,7)	5 (5,9)	<u>96</u> <u>(58,2)</u>	<u>51</u> <u>(60,0)</u>	<u>37</u> <u>(22,4)</u>	<u>22</u> <u>(25,9)</u>	1,48	0,83	t(248) = -0,93	0,36
3.Medicinos personalo darbo krūvis	-	-	1 (0,6)	-	5 (3,0)	3 (3,5)	<u>42</u> <u>(25,5)</u>	<u>28</u> <u>(32,9)</u>	<u>117</u> <u>(70,9)</u>	<u>54</u> <u>(63,5)</u>	2,13	0,55	U = 6517,5; z = -1,13	0,26
4.Personalo bendravimas su pacientais	1 (0,6)	-	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	6 (7,1)	<u>77</u> <u>(46,7)</u>	<u>39</u> <u>(45,9)</u>	<u>71</u> <u>(43,0)</u>	<u>39</u> <u>(45,9)</u>	0,82	0,94	U = 6744,5; z = -0,55	0,58
5.Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	-	-	2 (1,2)	1 (1,2)	6 (3,6)	4 (4,7)	<u>60</u> <u>(36,4)</u>	<u>30</u> <u>(35,3)</u>	<u>97</u> <u>(58,8)</u>	<u>50</u> <u>(58,8)</u>	0,18	0,98	U = 6986,0; z = -0,06	0,95
6.Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	3 (1,8)	1 (1,2)	8 (4,8)	5 (5,9)	<u>35</u> <u>(21,2)</u>	<u>13</u> <u>(15,3)</u>	89 (53,9)	34 (40,0)	30 (18,2)	32 (37,6)	12,07	0,02	U = 5741,0; z = -2,53	0,01
7.Teorinės žinios	-	-	5 (3,0)	-	8 (4,8)	5 (5,9)	<u>85</u> <u>(51,5)</u>	<u>43</u> <u>(50,6)</u>	<u>67</u> <u>(40,6)</u>	<u>37</u> <u>(43,5)</u>	2,82	0,42	U = 6728,0; z = -0,59	0,55
8.Praktiniai įgūdžiai	-	-	2 (1,2)	-	4 (2,4)	2 (2,4)	<u>40</u> <u>(24,2)</u>	<u>25</u> <u>(29,4)</u>	<u>119</u> <u>(72,1)</u>	<u>58</u> <u>(68,2)</u>	1,73	0,63	U = 6777,0; z = -0,55	0,58
9.Pacientų saugos politika įgyvendinama gydymo įstaigoje	2 (1,2)	1 (1,2)	7 (4,2)	1 (1,2)	<u>50</u> <u>(30,3)</u>	<u>31</u> <u>(36,5)</u>	84 (50,9)	34 (40,0)	22 (13,3)	18 (21,2)	5,88	0,21	U = 6758,5; z = -0,51	0,61
10.Asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės	2 (1,2)	-	5 (3,0)	4 (4,7)	20 (12,1)	17 (20,0)	<u>98</u> <u>(59,4)</u>	<u>38</u> <u>(44,7)</u>	<u>40</u> <u>(24,2)</u>	<u>26</u> <u>(30,6)</u>	6,90	0,14	t(248) = 1,16	0,25
11.Nuovargis	-	-	-	-	6 (3,6)	8 (9,4)	<u>47</u> <u>(28,5)</u>	<u>26</u> <u>(30,6)</u>	<u>112</u> <u>(67,9)</u>	<u>51</u> <u>(60,0)</u>	3,96	0,14	U = 6350,0; z = -1,46	0,14
12.Stresas	-	-	2 (1,2)	-	7 (4,2)	8 (9,4)	<u>52</u> <u>(31,5)</u>	<u>31</u> <u>(36,5)</u>	<u>104</u> <u>(63,0)</u>	<u>46</u> <u>(54,1)</u>	4,69	0,20	U = 6327,0; z = -1,46	0,14
Studentų (n = 165) ir rezidentų (n = 85) žinių apie KM poreikis														
13.Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodama/as universitete	1 (0,6)	1 (1,2)	5 (3,0)	1 (1,2)	14 (8,5)	3 (3,5)	<u>79</u> <u>(47,9)</u>	<u>44</u> <u>(51,8)</u>	<u>66</u> <u>(40,0)</u>	<u>36</u> <u>(42,4)</u>	3,31	0,51	U = 6612,0; z = -0,82	0,41
14.Man nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti medicinos praktiką	6 (3,6)	2 (2,4)	10 (6,1)	11 (12,9)	<u>34</u> <u>(20,6)</u>	<u>24</u> <u>(28,2)</u>	64 (38,8)	34 (40,0)	<u>51</u> <u>(30,9)</u>	<u>14</u> <u>(16,5)</u>	9,38	0,05	U = 5660,0; z = -2,62	0,00 9
15.Žinios apie klaidas medicinoje ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	-	-	4 (2,4)	2 (2,4)	31 (18,8)	16 (18,8)	<u>89</u> <u>(53,9)</u>	<u>47</u> <u>(55,3)</u>	<u>41</u> <u>(24,8)</u>	<u>20</u> <u>(23,5)</u>	0,06	0,99	t(248) = 0,12	0,9

Studentai ir rezidentai vienodai nori įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuojant universitete, t.y. 87,9 % studentų ir 94,2 % rezidentų (6.2.3.2. lentelė). Studentai ir rezidentai pripažįsta žinių apie KM ir jų rizikos valdymo svarbumą. Dėl to bendrai sutinka 78,7 % studentų ir 78,8 % rezidentų. Tačiau respondentai nesutarė dėl žinių apie klaidą pakankamumo medicinos praktikai pradėti ($p = 0,009$). Daugiau studentų nei rezidentų visiškai sutiko, kad jiems nepakaktų turimų žinių (30,9 % ir 16,5 %, atitinkamai), o neturinčių nuomonės ties šiuo teiginiu buvo daugiau rezidentų nei studentų (28,2 % ir 20,6 %, atitinkamai) (6.2.3.2. lentelė.).

Studentų ir rezidentų nuomonės dėl paslaugų, kurias teikiant yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą, buvo labai panašios ($U = 6560,5$; $z = -0,87$; $p = 0,39$). Daugiausiai studentų (37,6 %) ir rezidentų (30,9 %) manė, kad atliekant diagnostinius tyrimus yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą (6.2.3.4. pav.). Šiek tiek mažesnės dalies nuomone – suteikiant chirurgines (29,4 % ir 30,9 %, atitinkamai) arba terapines paslaugas (18,8 % ir 21,8 %, atitinkamai).



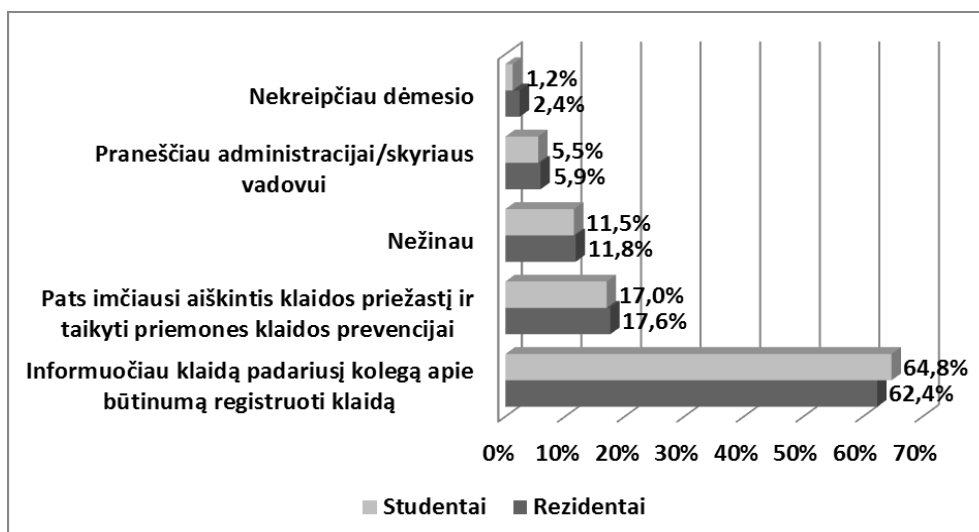
6.2.3.4. pav. Tikimybių padaryti KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu ($\chi^2 = 2,64$; $df = 5$; $p = 0,76$)

* respondentų atsakymai: „visur įmanomos klaidos“, „ekstrinėse situacijose“, „reanimuojant“, „nustatant diagnozę“, „nežinau kas ta klaida“, „visur vienoda tikimybė“, „įmanoma bet kurį darbą dirbant“, „tinka visi išvardinti“

Rezidentai dažniau (83,5 %) nei studentai (74,5 %) susidūrę su KM ($\chi^2 = 2,61$; $df = 1$; $p = 0,11$); ($U = 6382,5$; $z = -1,61$; $p = 0,11$).

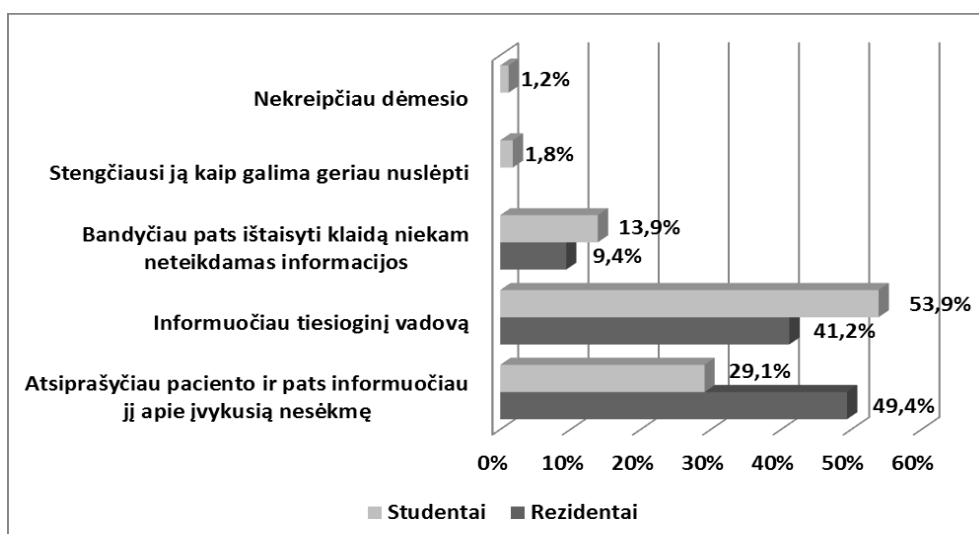
Analizuojant dvi situacijas, kai respondentai stebi kolegos padarytą klaidą ir kai KM padaro patys, pastebėti elgesio skirtumai. Studentai ir rezidentai, turėdami teisę verstis medicinos praktika ir pastebėję kolego padarytą klaidą, elgtusi vienodai ($\chi^2 = 0,55$; $df = 4$; $p = 0,97$); ($t(248) = -0,007$; $p = 0,99$). Dauguma jų pirmiausia informuotų klaidą padariusį kolegą apie būtinumą registruoti klaidą (64,8 % ir 62,4 %, atitinkamai) (6.2.3.5. pav.). Mažiau studentų ir rezidentų pirmiausia imtųsi patys aiškintis priežastį ir prevencinių priemonių klaidai išvengi ateityje (17,0 % ir 17,6 %, atitinkamai). Ženkliai mažiau studentų ir rezidentų žinotų kaip elgtis (11,5 % ir

11,8 %, atitinkamai) arba praneštų administracijai/skyriaus vadovui (5,5 % ir 5,9 %, atitinkamai), arba visai nekreiptų dėmesio (1,2 % ir 2,4 %, atitinkamai).



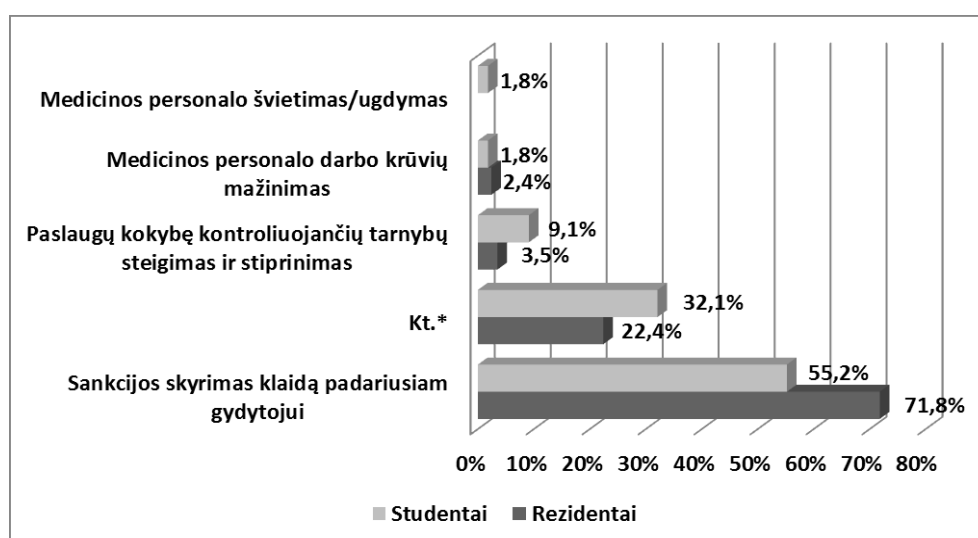
6.2.3.5. pav. Tikėtino elgesio pastebėjus kolegos padarytą klaidą pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Išsiskyrė dviejų respondentų grupių nuomonė apie jų elgseną, jeigu patys padarytą klaidą ($\chi^2 = 11,78$; $df = 4$; $p = 0,02$); ($U = 5433,5$; $z = -3,2$; $p = 0,001$). Didžioji dauguma rezidentų (49,4 %) pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą apie savo nesėkmę, 41,2 % jų pirmiausia atsiprašytų paciento ir informuotų jį apie įvykusią nesėkmę, ir tik 9,4 % rezidentų bandytų patys ištaisyti klaidą, niekam neteikdami informacijos. Studentai priešingai nei rezidentai pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą apie įvykusią klaidą (53,9 %), beveik trečdalis kitų studentų (29,1 %) pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą (6.2.3.6. pav.). Mažesnę studentų dalis, niekam neteikdami informacijos apie įvykį, bandytų patys ištaisyti ją (13,9 %), stengtusi nusišlėpti klaidą (1,8 %) arba apskritai nekreiptų į tai dėmesio (1,2 %).



6.2.3.6. pav. Tikėtino elgesio patiems padarius KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Studentų ir rezidentų nuomonė dėl efektyviausios priemonės, skirtos klaidoms medicinoje išvengti, taip pat skirtinga ($\chi^2 = 8,44$; $df = 4$; $p = 0,08$); ($U = 5840,5$; $z = -2,5$; $p = 0,01$). Didžiosios daugumos rezidentų nuomone efektyviausia priemonė yra medicinos personalo švietimas apie saugią medicinos praktiką ir galimybes mokytis iš klaidų (71,8 %), mažesniosios dalies nuomone – medicinos personalo darbo krūvių mažinimas (22,4 %). O studentų nuomone efektyviausia priemonė klaidoms sumažinti taip pat yra medicinos personalo švietimas (55,2 %), tik taip teigiančių buvo mažiau nei rezidentų (6.2.3.7. pav.). Beveik trečdalis studentų (32,1 %) efektyviausia priemone laikė darbo krūvių mažinimą, o 9,1 % - paslaugų kokybę kontroliuojančių tarnybų steigimą ir stiprinimą.



6.2.3.7. pav. KM prevencinių priemonių pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

* respondentų atsakymai: „Tai neįmanoma“, „Švietimas, darbo krūvių mažinimas ir kontroliuojančių tarnybų stiprinimas, steigimas“, „Bendradarbiavimas su kolegomis“, „Visi išvardinti“

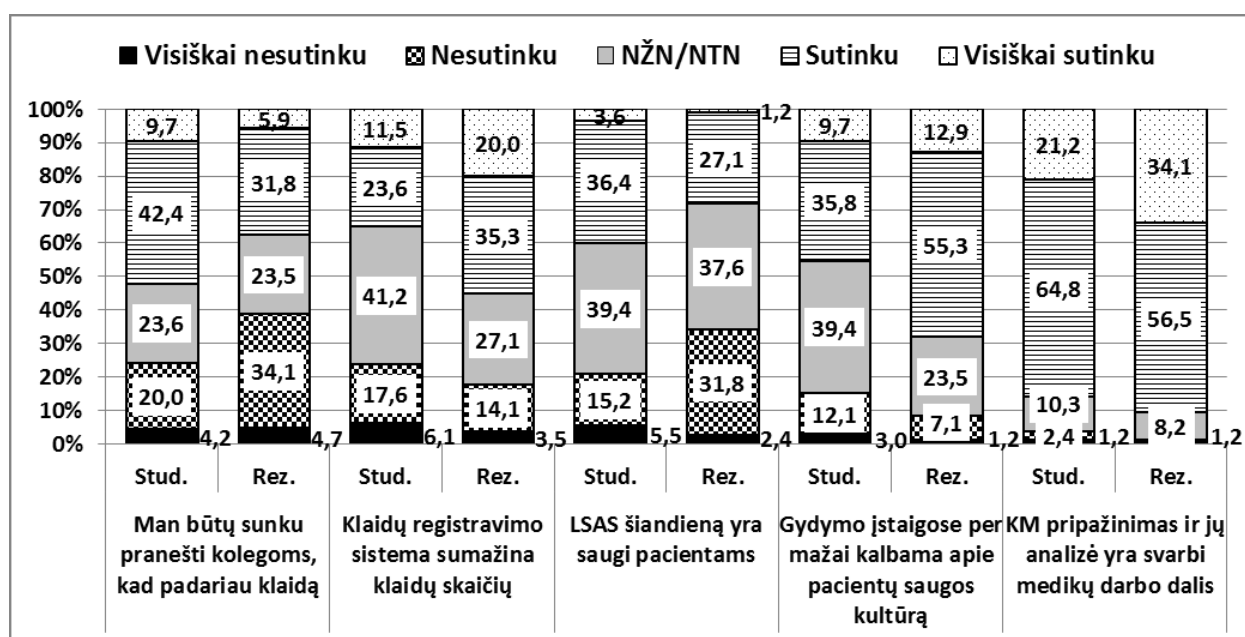
Didžioji dauguma studentų ir rezidentų vienodai sutinka (6.2.3.3. lentelė), kad visas klaidas medicinoje būtina registruoti, net jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai (43,0 % ir 42,4 %, atitinkamai), kad žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie klaidą (51,5 % ir 63,5 %, atitinkamai), kiekvienu atveju privalu atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento (39,4 % ir 45,9 %, atitinkamai), KM galima sumažinti (68,5 % ir 63,5 %, atitinkamai), gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris turi didelės reikšmės klaidų atskleidimui ir registravimui (59,4 % ir 64,7 %, atitinkamai) ir mokymasis iš savo ir kolegų klaidų padeda išvengti jų ateityje (58,8 % ir 40,0 %, atitinkamai).

Studentai ir rezidentai vieningai visiškai sutiko dėl žiniasklaidos neobjektyvumo informuojant visuomenę apie KM (73,9 % ir 70,6 %, atitinkamai) ir visiškai pritaria, kad klaidų medicinoje visiškai išvengti yra neįmanoma (67,3 % ir 65,9 %, atitinkamai).

Beveik pusė studentų ir rezidentų nežino ar daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos (44,2 % ir 38,9 %, atitinkamai). Vienodomis dalimis studentų ir rezidentų nežinojo ar gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra (28,5 % ir 31,8 %, atitinkamai) arba sutiko (34,5 % ir 34,1 %, atitinkamai), arba visiškai pritarė (30,9 % ir 28,2 %, atitinkamai).

Tačiau studentų ir rezidentų nuomonės nesutapo ($p = 0,02$) dėl LSAS saugumo pacientams: 36,4 % studentų ir 27,1 % rezidentų sutiko, kad šiandieną ji yra saugi, o 15,2 % studentų ir 31,8 % rezidentų nesutiko su šiuo teiginiu. Skirtinga studentų ir rezidentų dalis sutiko (64,8 % ir 56,5 %, atitinkamai) arba visiškai sutiko (21,2 % ir 34,1 %, atitinkamai), kad klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis ($p = 0,05$). Rezidentų daugiau nei studentų sutiko arba visiškai sutiko, kad gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą (55,3 % ir 12,9 %, atitinkamai; 35,8 % ir 9,7 %, atitinkamai; ($p = 0,002$)).

Studentų ir rezidentų nuomonės išsiskyrė dėl sunkumo pranešti apie savo nesėkmę kolegoms ($p = 0,02$). Bendrai su šiuo teiginiu sutikusių buvo 52,1 % studentų ir 37,7 % rezidentų, o bendrai nesutikusių – 24,2 % ir 38,8 %, atitinkamai. Rezidentams buvo lengviau pranešti apie klaidą nei studentams. Respondentai pat pat neturėjo vieningos nuomonės dėl teiginio, kad klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių ($p = 0,007$). Skirtinga studentų ir rezidentų dalis neturėjo nuomonės dėl šio teiginio (41,2 % ir 27,1 %, atitinkamai), arba skirtingai bendrai sutiko (35,1 % ir 55,3 %, atitinkamai). Daugiau rezidentų nei studentų sutiko su registravimo sistemos galimybėmis sumažinti klaidų skaičių medicinoje (6.2.3.7. pav.).



6.2.3.7. pav. Teiginių apie KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

6.2.3.3. lentelė. Teiginių apie KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Teiginiai	Visiškai nesutinku Ab.sk. (%)		Nesutinku Ab.sk. (%)		NŽN/NTN Ab.sk. (%)		Sutinku Ab.sk. (%)		Visiškai sutinku Ab.sk. (%)		χ^2 testas	p	U arba t testai	p
	S	R	S	R	S	R	S	R	S	R				
1. Būtina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	6 (3,6)	4 (4,7)	24 (14,5)	11 (12,9)	43 (26,1)	17 (20,0)	<u>71</u> (43,0)	<u>36</u> (42,4)	21 (12,7)	17 (20,0)	3,08	0,54	U = 6407,0; z = -1,18	0,24
2. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę	-	-	13 (7,9)	7 (8,2)	34 (20,6)	11 (12,9)	<u>85</u> (51,5)	<u>54</u> (63,5)	33 (20,0)	13 (15,3)	3,97	0,27	U = 6886,0; z = -0,26	0,8
3. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	1 (0,6)	-	14 (8,5)	5 (5,9)	36 (21,8)	19 (22,4)	<u>65</u> (39,4)	<u>39</u> (45,9)	49 (29,7)	22 (25,9)	1,88	0,76	U = 7010,5; z = -0,004	0,99
4. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	7 (4,2)	4 (4,7)	33 (20,0)	29 (34,1)	39 (23,6)	20 (23,5)	<u>70</u> (42,4)	<u>27</u> (31,8)	<u>16</u> (9,7)	<u>5</u> (5,9)	7,15	0,13	U = 5748,5; z = -2,44	0,02
5. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje	2 (1,2)	1 (1,2)	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	12 (14,1)	<u>97</u> (58,8)	<u>34</u> (40,0)	50 (30,3)	37 (43,5)	8,93	0,06	U = 6441,5; z = -1,17	0,24
6. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	10 (6,1)	3 (3,5)	29 (17,6)	12 (14,1)	<u>68</u> (41,2)	<u>23</u> (27,1)	<u>39</u> (23,6)	<u>30</u> (35,3)	<u>19</u> (11,5)	<u>17</u> (20,0)	9,76	0,04	U = 5598,5; z = -2,72	0,007
7. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	4 (2,4)	-	4 (2,4)	3 (3,5)	7 (4,2)	1 (1,2)	28 (17,0)	21 (24,7)	<u>122</u> (73,9)	<u>60</u> (70,6)	5,75	0,22	t(248) = -0,44	0,66
8. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma	1 (0,6)	-	1 (0,6)	2 (2,4)	4 (2,4)	3 (3,5)	48 (29,1)	24 (28,2)	<u>111</u> (67,3)	<u>56</u> (65,9)	2,22	0,70	U = 6878,5; z = -0,32	0,75
9. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos	2 (1,2)	2 (2,4)	22 (13,3)	8 (9,4)	<u>73</u> (44,2)	<u>33</u> (38,9)	58 (35,2)	31 (36,5)	10 (6,1)	11 (12,9)	4,75	0,31	U = 6867,0; z = -0,33	0,74
10. Klaidas medicinoje galima sumažinti	1 (0,6)	-	2 (1,2)	1 (1,2)	21 (12,7)	14 (16,5)	<u>113</u> (68,5)	<u>54</u> (63,5)	28 (17,0)	16 (18,8)	1,39	0,85	t(248) = -1,17	0,24
11. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams	9 (5,5)	2 (2,4)	<u>25</u> (15,2)	<u>27</u> (31,8)	65 (39,4)	32 (37,6)	<u>60</u> (36,4)	<u>23</u> (27,1)	6 (3,6)	1 (1,2)	11,39	0,02	U = 5846,5; z = -2,27	0,02
12. Gydyimo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	5 (3,0)	1 (1,2)	20 (12,1)	6 (7,1)	<u>65</u> (39,4)	<u>20</u> (23,5)	<u>59</u> (35,8)	<u>47</u> (55,3)	<u>16</u> (9,7)	<u>11</u> (12,9)	11,94	0,02	U = 5439,0; z = -3,09	0,002
13. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų vadovų požiūris	3 (1,8)	1 (1,2)	7 (4,2)	-	25 (15,2)	10 (11,8)	<u>98</u> (59,4)	<u>55</u> (64,7)	32 (19,4)	19 (22,4)	4,71	0,32	t(248) = 1,46	0,15
14. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	2 (1,2)	1 (1,2)	4 (2,4)	-	17 (10,3)	7 (8,2)	<u>107</u> (64,8)	<u>48</u> (56,5)	<u>35</u> (21,2)	<u>29</u> (34,1)	6,60	0,16	t(248) = 1,97	0,05
15. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra	3 (1,8)	1 (1,2)	7 (4,2)	4 (4,7)	<u>47</u> (28,5)	<u>27</u> (31,8)	<u>57</u> (34,5)	<u>29</u> (34,1)	<u>51</u> (30,9)	<u>24</u> (28,2)	0,51	0,97	t(248) = -1,14	0,89

Visi respondentai jaustūsi panašiai patys padarę klaidą. Didžioji dauguma studentų ir rezidentų jaustū savo kalnę (96,4 % ir 96,5 %, atitinkamai; ($x^2 = 1,37$; $df = 3$; $p = 0,71$); ($U = 6887,0$; $z = -0,26$; $p = 0,79$)), išgyventū savo nesėkmę (90,9 % ir 91,7 %, atitinkamai; ($x^2 = 5,62$; $df = 4$; $p = 0,23$); ($U = 6723,5$; $z = -0,59$; $p = 0,55$)) bei bijotū būti nubausti (78,8 % ir 67,1 %, atitinkamai; ($x^2 = 4,57$; $df = 4$; $p = 0,33$); ($U = 6046,5$; $z = -1,93$; $p = 0,053$)).

Apibendrinant dviejū respondentū grupiū, t.y. studentū ir rezidentū požiūriū į KM palyginimā, galima teigti, kad studentai ir rezidentai vienodai blogai žino apie klaidū rizikos valdymā, apie KM statistikā ir apie pacientū saugos kultūrā.

Nustatyta, kad daugiau studentū nei rezidentū turi nepakankamai žiniū apie KM rūšis ($p = 0,021$), kaip turi elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje ($p = 0,001$), apie KM statistikā ($p = 0,038$) ir apie kitū šaliū KM registravimo ir analizės sistemas ($p = 0,001$, o rezidentū daugiau nei studentū vertino šias žinias patenkinamai ($p = 0,001$)). Tačiau daugiau rezidentū nei studentū gerai žino KM ir NĮ sąvokas ($p = 0,001$) ir kas yra pacientū saugos kultūra ($p = 0,003$).

Daugiau studentū nei rezidentū nežino ar klaidū registravimo sistema sumažina klaidū skaičių ($p = 0,005$) ir ar gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientū saugos kultūrā ($p = 0,012$, tačiau daugiau rezidentū nei studentū sutinka, kad per mažai yra kalbama apie KM ($p = 0,003$)). Taip pat daugiau rezidentū nei studentū nesutinka, kad LSAS yra saugi pacientams ($p = 0,002$) ir visiškai sutinka, kad KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikū darbo dalis ($p = 0,027$).

Studentai ir rezidentai vieningai visiškai sutinka dėl žiniasklaidos neobjektyvumo informuojant visuomenę apie įvykusias KM ir su teiginiu, kad klaidū visiškai išvengti medicinos srityje yra neįmanoma. O svarbiausiais veiksniais, lemiančiais KM, studentai ir rezidentai vienodai pasirinko šiuos: praktiniai įgūdžiai, darbo krūvis, nuovargis ir komunikacija tarp kolegū (4 PRIEDAS, 4-5 lentelė.).

Nustatyta silpna koreliacija tarp respondentū statuso ir jų savo žiniū vertinimo (6.2.3.4. lentelė.).

6.2.3.4. lentelė. Ryšys tarp respondento statuso ir žinių apie KM vertinimo (Cramer's V koeficientai)

Teiginiai	χ^2 testas	Cramer's V koeficientas	p
Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	12,788	0,226	0,012
Žinau klaidų medicinoje rūšis	11,005	0,21	0,027
Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	12,175	0,221	0,016
Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	13,948	0,236	0,007
Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas	26,652	0,327	0,001
Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	12,07	0,22	0,017
Elgesys pačiam padarius klaidą medicinos praktikoje	11,781	0,217	0,019
Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	9,755	0,198	0,045
Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams	11,39	0,213	0,023
Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	11,935	0,218	0,018

* Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,05$; ** Reikšmingumo lygmuo $\leq 0,01$

Rezultatai rodo, kad daugumos respondentų nuomone jie turi prastas žinias apie KM, jos paplitimą, jos rizikos valdymą ir pan. Tokios žinios būsimų gydytojų – medicinos studentų ir atliekančių praktiką rezidentų apsunkina tinkamos pacientų saugos užtikrinimą.

Pritaikant binarinės logistinės regresijos modelį nustatyta, kad nepriklausomas kintamasis – respondento statusas – paaiškino tik apie 6,0 % priklausomų kintamųjų variacijos ($R^2 \leq 0,06$). Tai rodo, kad turime 93,0 % nežinomų veiksnių, turinčių įtakos žinioms ir KM teiginių vertinimui (6.2.3.5. lentelė.).

Tačiau nustatyta, kad buvimas studentų 1,77 karto statistiškai reikšmingai padidina šansą sutikti, kad savarankiškai pradėti medicinos praktiką nepakaktų turimų žinių apie KM. Bendras modelio prognozavimas 65,2 %. Studento statusas po 1,8 karto padidina šansą sutikti, kad būtų sunku pranešti kolegoms apie padarytą klaidą ir kad bijotų būti nubausti.

Studento statusas 0,44 ir 0,39 karto sumažina šansą nesutikti arba nežinoti ar klaidų registravimo sistema gali sumažinti jų skaičių, ar gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą.

Buvimas studentu 0,58 karto sumažina šansą savo bendras žinias apie KM vertinti blogai ar labai blogai. Bendras modelio prognozavimas 56,8 %.

6.2.3.5. lentelė. Respondento statuso įtaka žinioms ir teiginiui apie KM vertinimui

Teiginiai	OR	PI 95 %	χ^2 (p)	R²	K*	Wald
Benros žinios apie km (9 teiginiai)	0,582	0,343 – 0,987	4,068	0,022	56,8	4,031
Man nepakaktų turimų žinių apie klaidą medicinoje savarankiškai pradėti medicinos praktiką	1,773	1,031 – 3,049	4,267 (0,039)	0,023	65,2	4,283
Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	1,803	1,056 – 3,077	4,755 (0,029)	0,025	55,6	4,670
Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	0,438	0,257 – 0,747	9,3 (0,002)	0,049	61,6	9,174
Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	0,388	0,224 – 0,672	11,912 (0,001)	0,062	59,2	11,390
Bijočiau būti nubaustas/a	1,83	1,015 – 3,280	3,993 (0,046)	0,023	74,8	4,039

* **Klasifikacija**

7. REZULTATŲ APTARIMAS

Medicinos studentai ir rezidentai yra sveikatos priežiūros komandos nariai. Pradėję savo savarankišką medicinos praktiką, jie galėtų prisidėti prie KM prevencijos, turėdami puikias teorines žinias apie KM bei modernų požiūrį apie pacientų saugos kultūrą. Visi sveikatos priežiūros komandos nariai turėtų mokėti atpažinti nesaugias paslaugų teikimo sąlygas, nuolat informuoti apie įvykusias klaidas, analizuoti jas, mokytis iš klaidų. Turėti visapusišką supratimą apie klaidų kilmę, profesionaliai gebėti paaiškinti apie klaidą ir pacientui. Klaidų atskleidimas pacientui ir kartu atsiprašymas yra labai modernus požiūris, bet deja, Lietuvoje vis dar bijomasi taip elgtis.

2012 m. JAV Bonnema R et al atliko tyrimą kaip mokymai apie KM keičia rezidentų požiūrį į KM. Beveik visi (94 %) tyrime dalyvavę rezidentai nurodė, kad mokymai apie KM atskleidimą jiems yra labai svarbūs, o 58 % rezidentų jau yra tekę dalyvauti diskusijoje apie KM. Rezidentai teigė, kad jie buvo žymiai labiau pasirengę atskleisti atsiradusias klaidas pacientams baigus mokymų programą nei prieš pradėdant mokymus. Jie buvo labiau pasiruošę tiek klaidos atskleidimo procedūras, tiek emocinės būklės atžvilgiu. Klaidos atskleidimas pacientui rodo rezidentų kompetencijos lygį, apimančią pacientų priežiūrą, bendravimo įgūdžius bei jų profesionalumą [11].

Mūsų tyrime dalyvavę beveik visi respondentai taip pat išreiškė norą įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuojant universitete.

Remiantis Flin R. et al. 2009 m. Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo duomenimis, dauguma pirmų metų medicinos studentų savo žinias apie klaidas, pacientų saugą ir sveikatos priežiūros sistemos vaidmenį, pranešant įvykusias KM vertino blogai arba patenkinamai. Deja, panašūs rezultatai gauti ir mūsų tyrime, tik savo žinias apie KM vertino ne pirmų metų studentai, o paskutiniųjų studijų metų medicinos studentai ir rezidentai [24].

Palyginus su Niujorke Halbach JL et al 2005 m. atlikto tyrimo duomenimis, mūsų tyrimo respondentų žinios buvo prastesnės. Pasak Halbach JL, 84 % studentų visiškai sutiko ir sutiko, kad jie turi padidintą informuotumą apie KM, o 67 % sutiko ir visiškai sutiko, kad jie daugiau išmanė pacientų saugos dalykus [32].

O 2007 m. tyrimo duomenimis (Jungtinė Karalystė), 66 % studentų neturėjo nuomonės ar sveikatos priežiūros vadybininkai apsunkina pranešinėjimą apie įvykusias klaidas, o 64 % nežinojo ar sugebėtų užtikrinti pacientų saugą [62].

2010 m. JAV atliktas tyrimas taip pat atskleidė, kad rezidentai blogai vertina savo žinias apie KM. Daugiau nei pusė visų rezidentų nežinojo ar pranešimai apie KM ir atsiprašymas padarius klaidą jų valstijoje yra privalomi [34].

Tad akivaizdu, kad žinių apie KM stoka yra būdinga ne tik VU medicinos studentams ir rezidentams, bet ir kitų šalių studentams.

Remiantis gautais mūsų tyrimo rezultatais 77,6 % respondentų yra tekę susidurti su klaida. Tačiau lyginant su ES studentų patirtimi, mūsų tyrimo respondentams teko gerokai dažniau susidurti su KM. Dauguma ES studentų (43 %) yra tik kartais girdėję ar skaitę apie KM, 26 % studentų yra dažnai tekę girdėti, 24 % - retai, 6 % yra niekada negirdėję apie tai [23]. Tačiau svarbu pastebėti, kad eurobarometro tyrime dalyvavo įvairių sričių studentai, ne vien tik medicinos studijų. Bet 2010 m. JAV Huffman-Dracht tyrime dalyvavusiems beveik visiems rezidentams yra tekę padaryti klaidą savo praktikoje [34].

Martinez W. ir Lo B. 2008 m. JAV (Masačusetse) tyrime 18 % ketvirtų metų studentų teko patiems padaryti KM, o 76 % tapti liudininkais [53].

Suprantama, jog medicinos studijų studentams yra gerokai didesnė tikimybė susidurti su KM.

Aiškinantis kokie veiksniai yra labai svarbūs atsirasti KM, mūsų tyrimo rezultatai parodė, jog studentų ir rezidentų nuomone yra praktiniai įgūdžiai, darbo krūvis, nuovargis, stresas. Taip pat labai svarbiu veiksniu įvardino komunikaciją tarp kolegų, komandinį darbą. Pastarojo veiksnio svarbą patvirtino JAV (Baltimorėje) Dudo et al 2011 m. atlikto tyrimo rezultatai. Šio tyrimo medicinos studentų nuomone vieni didžiausių veiksnių užtikrinančių KM prevenciją yra komandinis darbas ir komunikacija tarp kolegų [19].

Mūsų tyrimo duomenys parodė, kad respondentų nuomone didžiausia tikimybė padaryti klaidą yra atliekant diagnostikos procedūras, antroje vietoje – chirurgines procedūras ir trečioje – teikiant terapines paslaugas. Panašios nuomonės buvo ir JAV Martinez W et al tyrime dalyvavę studentai. Jų nuomone dažniausiai apie klaidas pranešama chirurgijos (31 %) ir terapijos (24 %) sektoriuose [53].

Daugiau nei 65 % mūsų tyrime dalyvavusių respondentų visiškai sutiko, kad KM visiškai išvengti neįmanoma. Tos pačios nuomonės buvo Kolorade Madigosky WM et al 2006 m. tyrime dalyvavę medicinos studentai [52].

Remiantis eurobarometro duomenimis pusė Lietuvos visuomenės mano, kad KM galima išvengti, 41 % teigia priešingai. O ES studentų nuomone 10 % - labai tikėtina, 34 % - gana tikėtina, 36 % - mažai tikėtina, 13 % - visiškai netikėtina, o 7 % - nežino [23].

Madigosky WM et al tyrime dalyvavę studentai nežinojo ar klaidų registravimo sistema gali sumažinti klaidų skaičių ateityje [52]. Mūsų tyrimo rezultatai buvo analogiški. Dauguma studentų išreiškė būtent tokį požiūrį šiuo klausimu.

2012 m. Irane Ghalandarpoorattar kartu su kitais mokslininkais atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad rezidentai buvo mažiau linkę atskleisti mažas žalos sveikatai nepadariusias klaidas nei dideles žalą sveikatai lėmusias klaidas [30].

Mūsų tyrimo rezultatai atskleidė, kad dauguma medicinos studentų ir rezidentų sutinka arba visiškai sutinka, kad būtina registruoti visas KM, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai, kad žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę ir kad kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento.

Garbutt J et al 2007 m. JAV (Sietle ir Vašingtone) atliktas tyrimas parodė, kad daugiau rezidentų nei gydytojų teigė, kad jiems būtų sunku atskleisti padarytą klaidą (96 % ir 86 %, atitinkamai) ir teigė norintys mokymų apie klaidos atskleidimą (69 % ir 56 %, atitinkamai) [29].

O Huffman-Dracht tyrimo duomenimis, daugiau greitosios pagalbos rezidentų nei kitų sričių medicinos studentų apie įvykusią klaidą (net jei ji nepadarė žalos paciento sveikatai) praneštų kokybės tobulinimo ar rizikos valdymo departamentams. Tačiau abiejose grupėse apie 10 % rezidentų niekam nepraneštų apie žalos sveikatai neturėjusią klaidą, o apie 70 % - atskleistų ją pačiam pacientui. Bet jei klaida turėtų žalos paciento sveikatai, tai beveik visi (> 95 %) rezidentai informuotų apie tai pacientą ir rizikos valdymo departamentą [34].

Mūsų tyrimo duomenimis rezidentai pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą, o studentai – pirmiausia informuotų pacientą ir atsiprašytų jo.

Kolorado valstijoje 2006 m. atliktame tyrime dauguma studentų nesutiko, kad pastebėję klaidą nekreiptų dėmesio, o jei klaida nepadarytų žalos paciento sveikatai niekam apie tai nepraneštų. Po mokymų apie KM rezultatai pasikeitė: 76 % studentų informavo apie pastebėtas klaidas, o 71 % apie įvykusią klaidą informavo savo kolegą, 56 % - rezidentui, 46 % - fakultetui, o 7 % per elektroninę klaidų pranešimo sistemą [52].

Palyginus šiuos tyrimus ir mūsų gautus studijos rezultatus galime teigti, kad ir Lietuvoje medicinos studentai elgtųsi panašiai. Akivaizdu, kad visame pasaulyje studentai susiduria su sunkumais, kai norima informuoti apie įvykusias klaidas. Jungtinėje Karalystėje 2009 m. Flin R et al tyrime dalyvavę studentai teigė, kad padarę klaidą jaustų baimę, gėdą, kaltę bei išgyventų savo nesėkmę [24], JAV (Kalifornijoje) 2008 m. - 16 % studentų išgyveno dėl įvykusios klaidos [53], 2007 m. Jungtinėje Karalystėje Patey R et al atliko tyrimą, kurio rezultatai parodė, kad studentai jaučia kaltę, baimę, gėdą ir liūdesį padarius klaidą [62].

O 2012 m. Irane Ghalandarpoorattar atliktame tyrime dalyvavę respondentai teigė, kad nuslėpti klaidas trukdė baimė būti teismo patrauktam atsakovu dėl aplaidumo, prarasti pacientų pasitikėjimą bei pamatyti pacientų ir jų artimųjų reakcijas. Tačiau tik 16,7 % rezidentų atskleistų ir mažas, ir dideles klaidas [30].

Taigi mokslinės studijos rodo, kad yra daug problemų kalbant apie KM prevenciją. Daugelis studentų visame pasaulyje neturi pakankamai žinių kaip valdyti, registruoti, informuoti, kalbėti apie KM. Daugeliui kelia baimę ir didelius išgyvenimus. Tad labai svarbu juos mokyti kaip galima valdyti KM riziką ir kaip teisingai elgtis atitinkamose situacijose.

Atlikta daug mokslinių tyrimų, parodančių mokymų apie KM efektyvumą, naudą studentams kaip bušimiams gydytojams. Pvz., Jungtinėje Karalystėje dauguma studentų sutiko, kad kalbėjimas apie KM yra vertingas, priimtinas ir naudingas jiems, tačiau pripažino, kad net ir po mokymų tai įgyvendinti yra sunku [24].

2005 m. Niujorke 97 % studentų visiškai pritarė arba pritarė, kad svarbu studentus mokyti apie KM, o iš jų 87 % pritarė, kad tinkamiausias laikas KM aptarimui ir mokymuisi yra tretieji mokymosi metai. Tyrimas atskleidė, kad buvo gauti statistiškai reikšmingi skirtumai tarp studentų, kurie prieš tai nebuvo mokyti apie KM, ir tų pačių studentų po mokymų. Statistiškai reikšmingai skyrėsi jų savarankiškumas pranešinėti apie įvykusias nesėkmes pacientams ($p \leq 0,01$) [32].

Jungtinėje Karalystėje 2007 m. prieš apmokant studentus apie KM ir pacientų saugą, studentų žinios buvo menkos, bet po mokymų buvo nustatytas reikšmingas pokytis. Studentai buvo labai patenkinti tokiais mokymais ir laikė juos labai vertingais [62].

Seiden SC ir jo bendraautoriai JAV (Čikagoje, 2006 m.) pateikė keletą rekomendacijų kaip pagerinti studentų žinias apie KM ir įgalinti juos dalyvauti užtikrinant pacientų saugą. Tyrėjai siūlo:

- Pagerinti studentų tarpasmeninius, bendravimo ir profesionalumo įgūdžius;
- Mokyti studentus į pacientą orientuotos priežiūros;
- Mokyti nepraleisti su pacientu susijusios informacijos, kuri būtina saugos užtikrinimui;
- Mokyti remtis praktika pagrįstu mokymusi (*practice – based learning*) ir tobulinti sistemine praktiką (*system-based practice*);
- Pateikti studentams tinkamų medicinos žinių apie pagrindines KM priežastis [69].

8. IŠVADOS

1. Didžioji dauguma respondentų bendrai savo teorines žinias apie KM vertino patenkinamai, trečdalis – blogai ir net daugiau kaip dešimtadalis – labai blogai. Labiausiai trūko žinių apie klaidų medicinoje statistiką, klaidų rizikos valdymą, kitų šalių patirtį registruojant klaidas.
2. Trečdalis respondentų žinių/informacijos apie KM ar NĮ įgijo klinikose praktinių užsiėmimų metu, tačiau tik beveik kas penktas – universitete paskaitų/seminarų metu. Beveik visi respondentai norėtų įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių apie KM studijuodami universitete.
3. Didelė dalis respondentų linkę manyti, kad KM yra slepiamos, daugiau nei pusė - kad per mažai gydymo įstaigose kalbama apie pacientų saugos kultūrą. Efektyviausia priemonė KM išvengti, respondentų nuomone, yra medicinos personalo ugdymas ir darbo krūvių mažinimas.
4. Dauguma respondentų, turėdami teisę verstis medicinos praktika ir pastebėję kolegos padarytą klaidą, pirmiausia informuotų klaidą padariusį kolegą apie būtinumą registruoti įvykį, tačiau jeigu jie patys padarytų klaidą - dauguma respondentų nurodo, kad pirmiausia atsiprašytų paciento ir patys informuotų jį apie įvykusią nesėkmę. Beveik visi respondentai padarę klaidą jaustų kaltę, išgyventų ir bijotų būti nubausti.
5. Moterys kritiškiau vertino turimas žinias apie KM. Jos blogiau galėjo įvardinti KM lemiančius veiksnius, mažiau susipažinusios su KM ir NĮ sąvokomis, rūšimis, mažiau turi informacijos, kaip turėtų elgtis įvykus klaidai. Daugiau moterų nei vyrų manė, kad didžiausią įtaką klaidų atsiradimui turi darbo krūvis, praktiniai įgūdžiai, nuovargis, komunikacija tarp kolegų ir stresas.
6. Jaunesni respondentai žinias apie KM vertino blogiau nei vyresni. Daugiausiai respondentų iš jauniausiųjų grupės jaustų baimę būti nubausti. Jie taip pat mano, kad klaidų pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis. Tačiau daugiausiai vyriausių grupės respondentų visiškai sutiko, kad gydymo įstaigoje per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą, kad labai svarbūs teisės aktai KM išvengti.
7. Studentai ir rezidentai vienodai blogai žino apie klaidų rizikos valdymą, apie KM statistiką ir apie pacientų saugos kultūrą. Studentai savo teorines žinias apie KM vertino blogiau nei rezidentai.
8. Didžioji dauguma rezidentų padarę KM pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą apie savo nesėkmę, mažesnė jų dalis pirmiausia atsiprašytų paciento ir informuotų jį apie

įvykusią nesėkmę, studentai priešingai - pirmiausia atsiprašytų ir informuotų, o beveik trečdalis kitų studentų pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą.

9. Daugiau studentų nei rezidentų visiškai sutiko, kad jiems nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti medicinos praktiką.

9. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Suteikti vientisųjų studijų medicinos studentams daugiau teorinių žinių apie KM, saugią medicinos praktiką ir klaidų rizikos valdymą paskaitų bei seminarų metu. Mokyti studentus pacientų saugos kultūros principų pripažįstant klaidą, suteikiant informaciją pacientui ir mokantis iš savo bei kolegų klaidų.
2. Rekomenduoti gydytojų rezidentų vadovams nuolatos diskutuoti su gydytojais rezidentais apie partneriškus gydytojo-paciento bendravimo principus įvykus nesėkmei, seminarų metu aptarti gerus saugios medicinos praktikos pavydžius.
3. Ruošti medicinos studentus ir gydytojus rezidentus NĮ registravimo ir analizės sistemos įdiegimui Lietuvoje, aiškinant jiems apie tokios sistemos privalumus ir galimybes sumažinti nesėkmės atvejus medicinoje. Ugdyti sąžiningą ir teisingą požiūrį į KM ir informacijos apie ją pateikimą registravimo sistemai.

10. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality. 20 Tips To Help Prevent Medical Errors. 2011;Pub. No. 11-0089.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Encyclopedia of surgery. Medical errors. 2010.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses 2008.
4. Aguirre-Gas HG, Vázquez-Estupiñán F. Medical error: adverse events. *Cir Cir* 2006;74(6):495-503.
5. Aranaz-Andrés MJ, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the spanish national study of adverse events. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(12):1022-1029.
6. Asghari F, Fotouhi A, Jafarian A. Doctors' views of attitudes towards peer medical error. *Postgrad Med J* 2010;86:123-126.
7. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004;170(11):1678-1686.
8. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ* 2008;178(12):1555-1562.
9. Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zeland experience. *CMAJ* 2006;175(8):889-894.
10. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002;347(24):1933-1940.
11. Bonnema R, Gonzaga AM, Bost J, Spagnoletti C. Teaching error disclosure: Advanced communication skills training for residents. *J Commun Healthc* 2012;5(1):51-55.
12. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-376.
13. Brogienė D ir Mačiulienė K. Ką pasirinksime: gydytojo baudimo ar pacientų saugos kultūrą? 9-ojo LAGD suvažiavimo apžvalga 2010;tomas XIII(4):385-387.

14. Chassin M. Is health care ready for six sigma quality? *Milbank Quarterly* 1998;76(4):565-571.
15. Committee of experts SP-SQS, expert group on safe medication practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. 2005:1-13.
16. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events:a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008;17(3):216-223.
17. Delbanco T and Bell SK. Guilty, Afraid, and Alone — Struggling with Medical Error. *N Engl J Med* 2007;357:1682-1683.
18. Donaldson SL, Chief Medical Officer. Making Amends: A Consultation Paper Setting Out Proposals for Reforming the Approach to Clinical Negligence in the NHS. 2003:75-88.
19. Dudas RA, Bundy DG, Miller MR, Barone M. Can teaching medical students to investigate medication errors change their attitudes towards patient safety? *BMJ Qual Saf* 2011;20(4):319-325.
20. ECRI Institute. Healthcare risk control. Disclosure of unanticipated outcomes. Executive summary incident reporting and management 5. 2008:1-21.
21. Edmonds M. Adverse events, iatrogenic injury and error in medicine. *Informatics Research* 2010.
22. European Commission. Patient safety and quality of healthcare. *Eurobarometer* 2010:1-67.
23. European Commission. Medical Errors. *Eurobarometer* 2006:4-26.
24. Flin R, Patey R, Jackson J, Mearns K, Dissanayaka U. Year 1 medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. *Medical Education* 2009;43:1147-1155.
25. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, Khan A, van Walraven C. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004;170(3):345-349.
26. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann. Intern. Med.* 2003;138(3):161-167.
27. Gallagher TH, Bell SK, Smith KM, Mello MM, McDonald TB. Disclosing harmful medical errors to patients, tackling three tough cases. *CHEST* 2009;136(3):897-903.
28. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;289(8):1001-1007.

29. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ, Marcuse EK et al. Reporting and disclosing medical errors. Pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:179-185.
30. Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A and Asghari F. Medical error disclosure: the gap between attitude and practice. *Postgrad Med J* 2012;88:130-133.
31. Green M. *Human Error in Medicine*. Malpractice Law 2003.
32. Halbach JL and Sullivan LL. Teaching Medical Students About Medical Errors and Patient Safety: Evaluation of a Required Curriculum. *Academic Medicine* 2005;80(6):600-606.
33. Heede KVD, Sermeus W, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care* 2006;18(3):211-219.
34. Huffman-Dracht HB, McDonnell WM and Guenther E. Resident Education in Medical Errors. *The Open Emergency Medicine Journal* 2010;3:36-43.
35. Institute of medicine. *To err is human: building a safer health system*. ; 2000.
36. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care* 2002;14(4):269-276.
37. Kalra J, Massey L and Mulla A. Disclosure of medical error: policies and practice. *J R Soc Med* 2005;98:307-309.
38. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Pacientų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose vertinimas. *Visuomenės sveikata* 2011;3(54):51-62.
39. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į nepageidautinus įvykius ir jų priežastis vertinimas. *Visuomenės sveikata* 2010;4(51):62-71.
40. Kanapeckienė V, Jurkuvėnas V. Nepageidautini įvykiai sveikatos priežiūros sistemoje ir jų priežastys. *Visuomenės sveikata* 2009;4(47):37-43.
41. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human – Building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine ed.: National Academy Press; 2000.
42. Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. *Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010 – 2014 m.* 2009:2-17.
43. Leape LL. Errors in medicine. *Clin Chim Acta* 2009;404(1):2-5.
44. Leape LL. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347(20):1633-1638.

45. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Baernes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324(6):377-84.
46. Lessing C, Schmitz A, Albers B, Schrappe M. Impact of sample size on variation of adverse events and preventable adverse events: systematic review on epidemiology and contributing factors. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e24:1-5.
47. Levison DR. Adverse events in hospitals: national incidence among medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services Office of inspector general 2010:15-30.
48. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010;85(1):53-62.
49. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo patvirtinimo. 2008;Nr. V-338.
50. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo 2005-2010 m. programos patvirtinimo. 2004;Nr. V-642.
51. LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos. 2002;Nr. 58.
52. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR and Anderson T. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic Medicine* 2006;81(1):94-101.
53. Martinez W and Lo B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. *Medical Education* 2008;42:733-741.
54. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors. When things go wrong responding to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals 2006.
55. Meidutė G. Sveikatos priežiūros kokybės užtikrinimo programos įgyvendinimo galimybės sveikatos priežiūros įstaigose gydytojų požiūriu. *Kauno Medicinos universitetas* 2006:12-16.
56. Merry A, McCall Smith A. *Errors, Medicine and the Law.* : Cambridge University Press; 2001.
57. Mulligan MA, Nechodom P. Errors and analysis of errors. *Clin Obstet Gynaecol* 2008;51(4):656-665.
58. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care. 2006:13-173.

59. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P. Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *Int J Qual Health Care* 2008;20(2):115-122.
60. Ohrn A, Elfström J, Liedgren C, Rutberg H. Reporting of sentinel events in Swedish hospitals: a comparison of severe adverse events reported by patients and providers. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011;37(11):495-501.
61. Paškevičius L. Pacientų sauga - esminis sveikatos priežiūros kokybės aspektas. *Pasaulio patirtis ir rekomendacijos Lietuvai. Sveikatos politika ir valdymas* 2010;1(2):125-156.
62. Patey R, Flin Rn, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care* 2007;16:256-259.
63. Reason J. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II):28-33.
64. Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care* 1995;4:80-89.
65. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-770.
66. Reason J, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care* 2001;10(Suppl II):21-25.
67. Sanders J EA. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice* 2003;20(3):231-236.
68. Sari A B-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Health Care* 2007;16:434-439.
69. Seiden SC, Galvan C, Lamm R. Role of medical students in preventing patient harm and enhancing patient safety. *Qual Saf Health Care* 2006;15:272-276.
70. Soop M, Fryksmark U, Ster MK, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21(4):285-291.
71. Sveikatos apsaugos saugumo ir kokybės valdymo ekspertų komitetas (SP-SQS). Saugaus medikamentų vartojimo ekspertų grupė. Terminų, susijusių su pacientų ir medikamentų sauga, žodynelis. 2005.
72. The Joanna Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Best Practice* 2005;9(4):1-6.

73. The Quality Interagency Coordination Task Force. Understanding medical errors Understanding Medical Errors Understanding Medical Errors. Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact 2000.
74. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med* 2003;18:61-67.
75. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical care* 2000;38(3):261-271.
76. Tokarski C. Reporting requirements cloud consensus on curbing medical errors. Agency for Healthcare Research and Quality 2000.
77. Tokarski C. Medical Error-prevention Strategies Face Barriers to Acceptance. *Medscape Neurology* 2000;1(1).
78. Van Beuzekom M, Boer F, Akerboom S and Hudson P. Patient safety: latent risk factors. *Br J Anaesth* 2010;105(1):52-59.
79. Van Grootheest ACV, Passier JL, van Puijenbroek EP. Direct reporting of side effects by the patient: favorable experience in the first year. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(10):529-533.
80. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322(7285):517-519.
81. Walshe K. Adverse events in health care: issues in measurement. *Quality in Health Care* 2000;9(1):47-52.
82. Williamson JA, Webb RK, Sellen A, Runciman WB, Van der Walt JH. The Australian incident monitoring study. Human failure: an analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care* 1993;21(5):678-683.
83. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163(9):458-471.
84. Woolf SH. Patient safety is not enough: targeting quality improvements to optimize the health of the population. *Ann. Intern. Med.* 2004;140(1):33-36.
85. World Health Organization. Eighth futures forum on governance of patient safety. 2005:1-34.
86. World Health Organization. World alliance for patient safety, WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems, from information to action. 2005:8-26.
87. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care* 2009;18:297-302.

11. PRIEDAI

1 PRIEDAS

Gerb. Studente/Rezidente,

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas maloniai kviečia Jus dalyvauti anketinėje apklausoje „**Studentų medikų nuomonė apie klaidą medicinoje**“. Jūsų nuomonė – reikšmingas saugios medicinos praktikos vertinimo kriterijus. Mums svarbu išsiaiškinti Jūsų žinias ir nuostatas apie klaidą medicinoje, ypač klaidų medicinoje atsiradimo priežastis, jų prevencines priemones, kad turėtumėm galimybę prisidėti prie pacientų saugos kultūros formavimo Lietuvoje. Jūsų (apgalvoti) nuoširdūs ir atviri atsakymai į klausimus padės numatyti prielaidas, kaip valdyti klaidų riziką ir sumažinti nesėkmių atvejus medicinos praktikoje. Apklausa anoniminė, atsakiusio asmens tapatybė išliks konfidenciali. Vertindami pateiktus teiginius arba atsakydami į klausimus, **apibraukite** Jūsų nuomone **tik vieną tinkamiausią** atsakymo variantą (pvz., **Lytis: Vyras**; Moteris;).

Iš anksto Dėkojame

Tyrimą atlieka: Sandra Kutkaitė
Visuomenės sveikatos magistrantė

1 DALIS

Savo turimas žinias apie klaidą medicinoje vertinu:

1 lentelė.

Teiginiai	Vertinimas	Labai blogai	Blogai	Patenkinamai	Gerai	Labai gerai
1.Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu		1	2	3	4	5
2.Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis		1	2	3	4	5
3.Žinau klaidų medicinoje rūšis		1	2	3	4	5
4.Žinau, kaip turiu elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje		1	2	3	4	5
5.Žinau kas yra pacientų saugos kultūra		1	2	3	4	5
6.Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius klaidos medicinoje atsiradimą		1	2	3	4	5
7.Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį		1	2	3	4	5
8.Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas		1	2	3	4	5
9.Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika		1	2	3	4	5

1. **Kur daugiausiai įgijote žinių/informacijos apie klaidą medicinoje/nepageidaujamą įvykį (pažymėkite tik vieną tinkamiausią atsakymą):**

- 1) Universitete paskaitų ar seminarų metu;
- 2) Klinikose praktinių užsiėmimų metu;
- 3) Internetė;
- 4) Savarankiškai studijuodamas mokslinę literatūrą;
- 5) Įvairiuose aukščiau išvardintuose šaltiniuose;

Kokią įtaką, Jūsų nuomone, klaidų medicinoje atsiradimui turi žemiau išvardinti veiksniai:

2 lentelė.

Teiginiai	Vertinimas	Visiškai nesvarbu	Nesvarbu	Nežinau/ neturiu nuomonės	Svarbu	Labai svarbu
1.Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje		1	2	3	4	5
2.Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos		1	2	3	4	5
3.Medicinos personalo darbo krūvis		1	2	3	4	5
4.Personalo bendravimas su pacientais		1	2	3	4	5
5.Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje		1	2	3	4	5
6.Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)		1	2	3	4	5

7. Teorinės žinios	1	2	3	4	5
8. Praktiniai įgūdžiai	1	2	3	4	5
9. Pacientų saugos politika įgyvendinama gydymo įstaigoje	1	2	3	4	5
10. Asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės	1	2	3	4	5
11. Nuovargis	1	2	3	4	5
12. Stresas	1	2	3	4	5

2. Kokias paslaugas teikiant, Jūsų nuomone, yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą (pažymėkite tik vieną tinkamiausią atsakymą)?

- 1) Atliekant diagnostinių tyrimų procedūras;
- 2) Suteikiant terapinio gydymo paslaugas;
- 3) Suteikiant chirurgines paslaugas;
- 4) Suteikiant slaugos paslaugas;
- 5) Skiriant ar išdalinant (suleidžiant) vaistus pacientui;
- 6) Kt. (įrašykite) _____;

Atsakykite į žemiau pateiktus teiginius:

3 lentelė.

Teiginiai	Vertinimas	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nežinau/ neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodama/as universitete		1	2	3	4	5
2. Man nepakaktų turimų žinių apie klaidą medicinoje savarankiškai pradėti medicinos praktiką		1	2	3	4	5
3. Žinios apie klaidas medicinoje ir jų rizikos valdymą man labai svarbios		1	2	3	4	5

II DALIS

3. Ar Jums teko pačiam susidurti su klaida medicinoje praktikoje (pačiam padaryti klaidą, matyti, girdėti, diskutuoti)?

- 1) Taip
- 2) Ne

4. Kaip Jūs, turėdamas gydytojo licenciją verstis medicinos praktika, elgtumėtės pastebėjęs kolegos padarytą klaidą (pažymėkite tik vieną tinkamiausią atsakymą):

- 1) Nežinau;
- 2) Praneščiau administracijai/skyriaus vadovui;
- 3) Informuočiau klaidą padariusį kolegą apie būtinumą registruoti klaidą;
- 4) Pats imčiausi aiškintis klaidos padarymo priežastį ir taikyti atitinkamas priemones klaidos prevencijai ateityje;
- 5) Nekreipčiau dėmesio;

5. Kokius veiksmus atliktumėte pirmiausiai jei Jūs, turėdamas gydytojo licenciją verstis medicinos praktika, pats padarytumėte klaidą medicinos praktikoje (pažymėkite tik vieną tinkamiausią atsakymą)?

- 1) Informuočiau tiesioginį vadovą;
- 2) Atsiprašyčiau paciento ir pats informuočiau jį apie įvykusią nesėkmę;
- 3) Bandyčiau pats ištaisyti klaidą niekam neteikdamas informacijos;
- 4) Stengčiausi ją kaip galima geriau nuslėpti;
- 5) Nekreipčiau dėmesio;

6. Kokia Jūsų manymu efektyviausia priemonė išvengti klaidų medicinoje (pažymėkite tik vieną tinkamiausią atsakymą):

- 1) Sankcijos skyrimas klaidą padariusiam gydytojui (licencijos sustabdymas ar panaikinimas);
- 2) Medicinos personalo darbo krūvių mažinimas;
- 3) Paslaugų kokybę kontroliuojančių tarnybų steigimas ir stiprinimas;
- 4) Medicinos personalo švietimas apie saugią medicinos praktiką ir galimybes mokytis iš klaidų;
- 5) Kt. (įrašykite) _____;

Koks Jūsų požiūris žemiau pateiktais teiginiais:

4 lentelė.

Teiginiai	Vertinimas	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nežinau/ neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Būtina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai		1	2	3	4	5
2. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę		1	2	3	4	5
3. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento		1	2	3	4	5
4. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą		1	2	3	4	5
5. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje		1	2	3	4	5
6. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių		1	2	3	4	5

Ar sutinkate, kad:

5 lentelė.

Teiginiai	Nuomonė	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nežinau/ neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje		1	2	3	4	5
2. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma		1	2	3	4	5
3. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos		1	2	3	4	5
4. Klaidas medicinoje galima sumažinti		1	2	3	4	5
5. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams		1	2	3	4	5
6. Gydomo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą		1	2	3	4	5
7. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris		1	2	3	4	5
8. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis		1	2	3	4	5
9. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra		1	2	3	4	5

Jei padarytumėte klaidą medicinos praktikoje, kaip Jūs jaustumėtės:

6 lentelė.

	Visiškai nesutinku	Nesutinku	Nežinau/ neturiu nuomonės	Sutinku	Visiškai sutinku
1. Bijočiau būti nubaustas/a	1	2	3	4	5
2. Jausčiau savo kaltę	1	2	3	4	5
3. Išgyvenčiau, nes tai mano nesėkmė	1	2	3	4	5

III DALIS

Statusas: Studentas; Rezidentas;
 Lytis: Vyras; Moteris;
 Kursas / metai rezidentūroje (įrašykite): _____
 Jūsų amžius: _____ metai

Prašau Jūsų patikrinkite
 ar užpildėte visus atsakymų laukus
 Dėkojame už bendradarbiavimą!

2 PRIEDAS

Kodu sąrašas

Kl. Nr. DB*	Kintamoji	Reikšmė	Kodai	Str.
	ID	Anketos numeris	1-258	###
L1		Pirma lentelė		
L11	bendzin	Savo teoriniu ziniu bendras vertinimas	1 – labai blogai; 2 – blogai; 3 – patenkinamai; 4 – gerai; 5 – labai gerai;	#
L12	zinsavok	Susipazines su klaidos medicinoje savoka	t.p.	#
L13	zinkmrusis	Zino klaidu medicinoje rusis	t.p.	#
L14	zinelgesi	Zino, kaip turi elgtis ivykus klaidai medicinos praktikoje	t.p.	#
L15	zinpsk	Zino, kas yra pacientu saugos kultura	t.p.	#
L16	galivveiks	Gali ivardinti veiksnius, galincius itakoti klaidos medicinoje atsiradima	t.p.	#
L17	zinkmstat	Yra susipazines su statistika apie klaidu medicinoje dazni	t.p.	#
L18	zinkmreg	Zinios apie klaidu medicinoje registravima ir mokymasi is ju	t.p.	#
L19	zinkmvald	Zino kaip valdoma klaidu rizika	t.p.	#
K1	kaipgavzin	Kaip igijote ziniu apie klaida medicinoje?	1 – universitete, 2 – klinikose, 3 – internete, 4 – mokslinėje literatūroje, 5 – aukščiau išvardintuose, 6 - niekur	#
L2		Lenteles nr 2		
L21	vadgydist	Vadovavimas gydymo istaigoje	1 – visiškai nesvarbu, 2 – nesvarbu, 3 – nežinau/neturiu nuomonės, 4 – svarbu, 5 – labai svarbu.	#
L22	nautech	Naujos gydymo ir diagnostikos technologijos	t.p.	#
L23	darbkruv	Darbo kruvis	t.p.	#
L24	bendpac	Bendravimas su pacientais	t.p.	#
L25	komdarb	Komunikacija tarp kolegu ir darbas komandoje	t.p.	#
L26	teise	Diagnostikos ir gydymo protokolai, teises aktai	t.p.	#
L27	teozin	Teorinės zinios	t.p.	#
L28	prakigudz	Praktiniai igudziai	t.p.	#
L29	saugpolit	Pacientu saugos politika gydymo istaigoje	t.p.	#
L210	asmsav	Asmenines gydytojo savybes	t.p.	#
L211	nuov	nuovargis	t.p.	#
L212	stre	stresas	t.p.	#
K2	didzkl	Kokiose paslaugose didziausia tikimybe padaryti klaida	1 – diagnostikoje, 2 – terapinės paslaugos, 3 – chirurginės paslaugos, 4 – slaugos, 5 – skiriant ar išdalant vaistus, 6 – kt.	#
L3		Lenteles nr 3		
L31	norzinuni	Noretu igyti teoriniu ir praktiniu ziniu studijuodamas universitete	1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nežinau/neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – labai sutinku.	#
L32	nepakzin	Nepakanka ziniu apie klaida medicinoje pradeti medicinos praktika	t.p.	#
L33	svarzinval	Zinios apie klaidos medicinoje ir ju rizikos valdyma man labai svarbios	t.p.	#
D2		Antra anketos dalis		
K3	kontsukm	Ar teko susidurti su klaida medicinoje praktiniu uzsiemimu metu?	0 – ne, 1 – taip.	#
K4	elgpaskm	Kaip elgtumetes pastebejes kolegos padaryta klaida?	1 – nežinau, 2 - pranešumėte administracijai/skyriaus vadovui, 3 – informuotumėte apie būtinumą registruoti, 4 – pats imtumėtės aiškintis, 5 – nekreiptumėte dėmesio	#
K5	elgpadarm	Kaip elgtumetes pats padares klaida	1 – informuočiau tiesioginį vadovą, 2 –	#

		medicinos praktikoje?	informuočiau pats pacientą ir atsiprašyčiau, 3 – bandyčiau pats ištaisyti klaidą niekam neteikdamas info, 4 – stengčiausi ją nusišlepti, 5 – nekreipčiau dėmesio	
K6	efekpriem	Kokia jūsų manymu efektyviausia priemonė išvengti klaidų medicinoje?	1 – sankcijų skyrimas, 2 – darbo krūvio mažinimas, 3 – paslaugų kokybę kontraktų stiprinimas, 4 – švietimas, 5 – kt	#
L4		Lenteles nr 4		
L41	regviskm	Butina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nežinau/neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – labai sutinku.	#
L42	privalinfo	Zala patyręs pacientas turi teise žinoti apie įvykusią nesėkmę	t.p.	#
L43	atsipr	Kiekvienu atveju privalau atsiprasyti žala sveikatai patyrusio paciento	t.p.	#
L44	sunkpranes	Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	t.p.	#
L45	galiisveng	Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų galesiu ju išvengti ateityje	t.p.	#
L46	regsumaz	Klaidų registravimo sistema sumažins klaidų skaičių	t.p.	#
L5		Lenteles nr 5		
L51	neobjinfo	Ziniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje	1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nežinau/neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – labai sutinku.	#
L52	kmneisven	Visiškai išvengti km neįmanoma	t.p.	#
L53	kmslep	Daugelis klaidų medicinoje yra slepiamos	t.p.	#
L54	kmsumaz	Klaidas medicinoje galima sumažinti	t.p.	#
L55	lsasaug	Lietuvos sveikatos apsaugos sistema yra saugi pacientams	t.p.	#
L56	mazkalpsk	Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	t.p.	#
L57	vadpoz	klaidos atskleidimui ir registravimui didelės itakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų pozicijos	t.p.	#
L58	kmripaz	Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	t.p.	#
L59	gydbaud	Gydytojų baudimo kultūra turi keisti pacientų saugos kultūrą	t.p.	#
L6		Lenteles nr 6		
L61	bijot	Bijčiau būti nubaustas	1 – visiškai nesutinku, 2 – nesutinku, 3 – nežinau/neturiu nuomonės, 4 – sutinku, 5 – labai sutinku.	#
L62	kalte	Jausčiau savo kaltę	t.p.	#
L63	nuliust	Pergyvenčiau, nes tai jūsų nesėkmė	t.p.	#
D3		Trečia anketos dalis		
KR	Kurrez	Kursas/metai rezidentūroje		#
S	Stat	Statusas	0 – studentas, 1 - rezidentas	#
L	Lytis	Lytis	1 – vyras, 0 - moteris	#
A	Amzius	amzius		##

* klausimo numerio kodavimas duomenų bazėje, pvz.:

L1, L2, L3... – pirma, antra, trečia... lentelė

L24 – antros lentelės ketvirta eilutė

t.p. – taip pat

str. - struktūra

3 PRIEDAS

1. lentelė. Respondentų (n = 250) atsakymų vidurkiai visos anketos kontekste

Teiginiai	Balų vid.
1. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas	1,57
2. Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika	1,76
3. Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį	1,81
4. Žinau klaidų medicinoje rūšis	2,03
5. Žinau, kaip turi elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	2,2
6. Esu susipažinęs su KM ir NĮ sąvokomis	2,46
7. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	2,46
8. Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	2,63
9. Galiu įvardinti veiksnius, įtakojančius KM atsiradimą	2,8
10. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams	3,09
11. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	3,22
12. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos	3,37
13. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	3,3
14. Man nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti medicinos praktiką	3,76
15. Būtina registruoti visas KM, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	3,51
16. Bijočiau būti nubaustas/a	3,82
17. Gydomo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	3,49
18. Pacientų saugos politika įgyvendinama gydymo įstaigoje	3,74
19. Gydytojų baudymo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra	3,87
20. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę	3,84
21. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	3,90
22. Klaidas medicinoje galima sumažinti	4,00
23. Žinios apie KM ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	4,01
24. Asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės	4,02
25. Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	3,95
26. Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	3,90
27. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris	3,96
28. KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	4,09
29. Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje	4,11
30. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje	4,18
31. Išgyvenčiau, nes tai mano nesėkmė	4,27
32. Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodama/as universitete	4,32
33. Personalo bendravimas su pacientais	4,32
34. Teorinės žinios	4,32
35. Jausčiau savo kaltę	4,41
36. Stresas	4,52
37. Nuovargis	4,60
38. Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	4,52
39. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma	4,60
40. Medicinos personalo darbo krūvis	4,64
41. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie KM	4,59
42. Praktiniai įgūdžiai	4,67

1 - „labai blogai“, 2 - „blogai“, 3 - „patenkinamai“, 4 - „gerai“, 5 - „labai gerai“.

1 - „visiškai nesvarbu“, 2 - „nesvarbu“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „svarbu“, 5 - „labai svarbu“

1 - „visiškai nesutinku“, 2 - „nesutinku“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „sutinku“, 5 - „visiškai sutinku“

2. lentelė. Respondentų (n = 250) savo teorinių žinių apie KM vidutinis vertinimas

Teiginiai	Balų vid.
1. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir mokymosi iš klaidų sistemas	1,57
2. Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika	1,76
3. Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį	1,81
4. Žinau klaidų medicinoje rūšis	2,03
5. Žinau, kaip turi elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje	2,20
6. Esu susipažinęs su KM ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis	2,46
7. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra	2,46
8. Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu	2,63
9. Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius KM atsiradimą	2,80

1 - „labai blogai“, 2 - „blogai“, 3 - „patenkinamai“, 4 - „gerai“, 5 - „labai gerai“.

3. lentelė. Respondentų (n = 250) nuomonės pasiskirstymas vertinant pagal svarbumą veiksnius, lemiančius KM

Teiginiai	Balų vid.
1. Pacientų saugos politika įgyvendinama gydymo įstaigoje	3,74
2. Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	3,90
3. Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	3,95
4. Asmeninės gydytojo/slaugytojo savybės	4,02
5. Vadovavimas/darbo organizavimas gydymo įstaigoje	4,11
6. Personalo bendravimas su pacientais	4,32
7. Teorinės žinios	4,32
8. Stresas	4,52
9. Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje	4,52
10. Nuovargis	4,60
11. Medicinos personalo darbo krūvis	4,64
12. Praktiniai įgūdžiai	4,67

1 - „visiškai nesvarbu“, 2 - „nesvarbu“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „svarbu“, 5 - „labai svarbu“

4. lentelė. Respondentų nuomonės pasiskirstymas apie KM

Teiginiai	Balų vid.
1. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams	3,09
2. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	3,22
3. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	3,30
4. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos	3,37
5. Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	3,49
6. Būtina registruoti visas KM, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	3,51
7. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę	3,84
8. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra	3,87
9. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	3,90
10. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydymo įstaigų/skyrių vadovų požiūris	3,96
11. Klaidas medicinoje galima sumažinti	4,00
12. KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	4,09
13. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje	4,18
14. Žiniasklaida ne visada objektyviai informuoja visuomenę apie KM	4,59
15. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma	4,60

1 - „visiškai nesutinku“, 2 - „nesutinku“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „sutinku“, 5 - „visiškai sutinku“

5. lentelė. Respondentų žinių apie KM poreikio ir savijautos padarius klaidą pasiskirstymas

Teiginiai	Balų vid.
1. Man nepakaktų turimų žinių apie klaidą medicinoje savarankiškai pradėti medicinos praktiką	3,76
2. Žinios apie klaidas medicinoje ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	4,01
3. Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodama/as universitete	4,32
1. Bijočiau būti nubaustas/a	3,82
2. Išgyvenčiau, nes tai mano nesėkmė	4,27
3. Jausčiau savo kalbę	4,41

1 - „visiškai nesutinku“, 2 - „nesutinku“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „sutinku“, 5 - „visiškai sutinku“

4 PRIEDAS

Siekiant nustatyti statistiškai reikšmingą skirtumą tarp atitinkamo vertinimo tarp moterų/vyrų ar studentų/rezidentų vertinimo, buvo taikoma tokia formulė: Skirtumas (S) = M/Stud._(1,2,3,4 arba 5) – V/Rez._(1,2,3,4 arba 5). Čia 1, 2, 3, 4 arba 5 rodo užkoduotą vertinimo kategoriją (1 - „labai blogai“, 2 - „blogai“, 3 - „patenkinamai“, 4 - „gerai“, 5 - „labai gerai“; arba 1 - „visiškai nesvarbu“, 2 - „nesvarbu“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „svarbu“, 5 - „labai svarbu“; arba 1 - „visiškai nesutinku“, 2 - „nesutinku“, 3 - „nežinau/neturiu nuomonės“, 4 - „sutinku“, 5 - „visiškai sutinku“).

Statistiškai nereikšmingi skirtumai pažymėti pilku langeliu.

1. lentelė. Moterų ir vyrų atitinkamo savo teorinių žinių apie KM vertinimo skirtumai

T	Labai blogai			Blogai			Patenkinamai			Gerai			Labai gerai		
	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)
1.	0,166	0,074 - 0,257	8,642 (0,003)												
2.	0,146	0,007 - 0,284	4,285 (0,038)												
3.	0,161	0,043 - 0,280	6,237 (0,013)							-0,158	-0,274 - -0,042	15,446 (0,001)			
4.															
5.	0,152	0,078 - 0,225	9,165 (0,002)												

1. Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis
2. Žinau klaidų medicinoje rūšis
3. Žinau, kaip turėti elgtis įvykius klaidai medicinos praktikoje
4. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra
5. Galiu įvardinti veiksniai, įtakojančius klaidos medicinoje

2. lentelė. Moterų ir vyrų veiksmų, lemiančių KM, vertinimo pagal svarbumą skirtumai

T	Visiškai nesvarbu			Nesvarbu			NŽN/NTN			Svarbu			Labai svarbu		
	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)
1.													0,135	0,017 - 0,253	4,615 (0,032)
2.													0,204	0,050 - 0,357	7,796 (0,005)
3.															
4.													0,186	0,035 - 0,337	7,628 (0,006)
5.													0,178	0,025 - 0,331	6,373 (0,012)
6.															

1. Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos
2. Komunikacija tarp kolegų ir darbas komandoje
3. Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)
4. Praktiniai įgūdžiai
5. Nuovargis
6. Stresas

3. lentelė. Moterų ir vyrų požiūrio skirtumai atitinkamo laipsnio sutikime

T	Visiškai nesutinku			Nesutinku			NŽN/NTN			Sutinku			Visiškai sutinku		
	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)
1.													0,210	0,109 - 0,311	14,222 (0,001)
2.				-0,156	-0,302 - -0,01	5,961 (0,015)				0,160	0,017 - 0,303	4,895 (0,027)			
3.															
4.															

1. Kiekvienu atveju privalau atsipašyti žalą sveikatai patyrusio paciento
2. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą
3. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje
4. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis

$$\text{Skirtumas (S)} = \text{Stud}_{(1,2,3,4 \text{ arba } 5)} - \text{Rez}_{(1,2,3,4 \text{ arba } 5)}$$

4. lentelė. Studentų ir rezidentų atitinkamo savo teorinių žinių apie KM vertinimo skirtumai

T	Labai blogai			Blogai			Patenkinamai			Gerai			Labai gerai		
	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)	S	95 % PI _s	χ^2 testas (p)
1.															
2.										-0,139	-0,243 - -0,035	10,270 (0,001)			
3.	0,147	0,020 - 0,274	5,363 (0,021)												
4.	0,192	0,082 - 0,302	10,835 (0,001)												
5.										-0,168	-0,278 - -0,059	13,518 (0,003)			
6.															
7.	0,138	0,002 - 0,275	4,327 (0,038)												
8.	0,219	0,082 - 0,355	10,853 (0,001)				-0,176	-0,273 - -0,079	22,522 (0,001)						
9.															

1. Savo teorines žinias apie klaidą medicinoje bendrai vertinu
2. Esu susipažinęs su klaidos medicinoje ir nepageidaujamo įvykio sąvokomis
3. Žinau klaidų medicinoje rūšis
4. Žinau, kaip turėti elgtis įvykus klaidai medicinos praktikoje
5. Žinau kas yra pacientų saugos kultūra
6. Galiu įvardinti veiksnius, įtakančius klaidos medicinoje atsiradimą
7. Esu susipažinęs su statistika apie klaidų medicinoje dažnį
8. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas
9. Žinau kaip valdoma klaidų medicinoje rizika

5. lentelė. Studentų ir rezidentų požiūrio skirtumai atitinkamo laipsnio sutikime

T	Visiškai nesutinku			Nesutinku			NŽN/NTN			Sutinku			Visiškai sutinku		
	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)	S	95 % PIs	χ^2 testas (p)
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.							0,188	0,051 - 0,325	7,939 (0,005)						
7.															
8.															
9.															
10.															
11.				-0,166	-0,288 - -0,044	9,399 (0,002)									
12.							0,159	0,033 - 0,285	6,292 (0,012)	-0,195	-0,333 - -0,058	8,767 (0,003)			
13.															
14.													-0,129	-0,256 - -0,002	4,906 (0,027)
15.															

1. Būtina registruoti visas klaidas medicinoje, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai

2. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusią nesėkmę

3. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento

4. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą

5. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje

6. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių

7. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie klaidas medicinoje

8. Visiškai išvengti klaidų medicinoje neįmanoma

9. Daugelis klaidų medicinoje šiandieną yra slepiamos

10. Klaidas medicinoje galima sumažinti

11. Lietuvos sveikatos apsaugos sistema šiandieną yra saugi pacientams

12. Gydytojai per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą

13. Klaidos atskleidimui ir registravimui didelės įtakos turi gydytojų vadovų požiūris

14. Klaidų medicinoje pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis

15. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra