LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

MEDICINOS AKADEMIJA

SLAUGOS FAKULTETAS

SLAUGOS IR RŪPYBOS KATEDRA

RASA JUREVIČIŪTĖ

MEDICINOS PERSONALO POŽIŪRIO Į PACIENTO SAUGĄ OPERACINĖJE VERTINIMAS

Magistro studijų programos „Slaugos lyderystė“ (valst. kodas 6211GX009) baigiamasis darbas

Darbo vadovė

dr. Renata Vimantaitė

KAUNAS, 2021

TURINYS

SANTRAUKA ... 3
ABSTRACT ... 4
SANTRUMPOS ... 5
ŽODYNĖLIS ... 6
ĮVADAS ... 7
1 LITERATŪROS APŽVALGA ... 8
1.1 Saugos kultūros samprata ... 8
1.2 Komandinis darbas. Bendradarbiavimas ... 13
1.3 Vadovybės vaidmuo kuriant saugią kultūrą ... 17
1.4 Saugi operacinės aplinka ... 19
1.5 Pasitenkinimas darbu ... 22
1.6 Stresas operacinėje ... 23
1.7 Problemos teorinis pagrindimas ... 24
2 TYRIMO METODIKA ... 28
2.1 Tyrimo organizavimas ir tiriamųjų atranka ... 28
2.2 Tyrimo instrumentas ... 31
2.3 Tiriamosios imties socialinės ir demografinės charakteristikos ... 33
2.4 Tyrimo etika ... 34
2.5 Duomenų statistinės analizės metodai ... 35
3 REZULTATAI ... 36
3.1 Gydytojų požiūris į paciento saugą operacinėje ... 36
3.2 Slaugytojų požiūris į paciento saugą operacinėje ... 39
3.3 Pagalbinio personalo požiūris į paciento saugą operacinėje ... 42
3.4 Operacinės komandos narių požiūrio į paciento saugą operacinėje palyginimas ... 46
3.5 Medicinos personalo nuomonė apie pacientų saugos gerinimo galimybes operacinėje ... 50
4 REZULTATŲ APTARIMAS ... 54
IŠVADOS ... 56
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS ... 57
PUBLIKACIJOS ... 58
LITERATŪRA ... 59

SANTRAUKA

Jurevičiūtė R. Medicinos personalo požiūrio į paciento saugą operacinėje vertinimas. Magistro baigiamasis darbas. Darbo vadovė dr. lekt. Renata Vimantaitė. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Slaugos fakultetas, Slaugos ir rūpybos katedra. Kaunas, 2020: 64 p.

Darbo tikslas: atskleisti medicinos personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje.

Uždaviniai: 1. Nustatyti gydytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje. 2. Nustatyti slaugytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje. 3. Nustatyti pagalbinio personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje. 4. Palyginti operacinės komandos narių požiūrį į paciento saugą.

Tyrimo metodika: Tyrimas buvo vykdytas 2019 m. kovo - spalio mėn. LSMU ligoninėje Kauno klinikose. Tyrimui gauti klinikų padalinių vadovų raštiški sutikimai bei LSMU Bioetikos centro leidimas. Tyrimo duomenys gauti raštu, anonimiškai, respondentams savanoriškai sutikus užpildyti klausimyną. Tyrimo instrumentas - Požiūrio į saugą klausimynas (SAQ) skirtas operacinei. Tyrime analizuoti 291 klausimynas, atsako dažnis 93 proc.

Tiriamieji. LSMU ligoninėje Kauno klinikose operacinėje dirbantis personalas (gydytojai, slaugytojos, pagalbiniai darbuotojai).

Išvados: Operacinėse dirbančių gydytojų nuomone, streso atpažinimo lygis darbe yra labai didelis. Gydytojų požiūriui įtakos turi jų darbo patirtis ir darbo grafikas. Slaugytojai yra patenkinti savo ir komandiniu darbu, jų požiūrį lemia darbo pagal specialybę patirtis. Pagalbinis personalas yra patenkintas darbu ir komandiniu darbu. Pagalbinio personalo požiūrį lemia jų darbo pagal specialybę ir konkrečioje operacinėje patirtis ir darbo grafikas. Pasitenkinimas bendradarbiavimu su kitais operacinės komandos nariais turi įtakos visų tiriamųjų požiūriui į paciento saugą. Taip pat visų tiriamųjų nuomone, vadovybės požiūris į paciento saugą ir saugos klimatas operacinėje nėra pakankamas. Operacinėje dirbantys gydytojai prasčiau vertina saugos klimatą darbe, vadovybės požiūrį į saugą ir darbo sąlygas operacinėje, lyginant su slaugytojais ir pagalbiniu personalu. Pagalbinis personalas komandinį darbą operacinėje vertina geriau nei gydytojai, o slaugytojai mažesniais balais nei gydytojai vertina streso atpažinimą darbe.

Raktiniai žodžiai: pacientų sauga, saugos kultūra, operacinės personalas.

ABSTRACT

Jurevičiūtė R. Evaluation of medical personnel's attitude to patient safety in the operating room. Master's thesis. Supervisor dr. lect. Renata Vimantaitė. Lithuanian University of Health Sciences, Academy of Medicine, Faculty of Nursing, Department of Nursing and Care. Kaunas, 2020: 64 p.

The aim of the study: to reveal the attitude of medical personnel to patient safety in the operating room.

Objectives: 1. To determine physicians' attitude to patient safety in the operating room. 2. To determine the attitude of nurses towards patient safety in the operating room. 3. To determine the attitude of support personnel to patient safety in the operating room. 4. To compare the attitude of the members of the operating team towards patient safety.

Research methodology: The research was carried out in March-October 2019 in LSMU hospital in Kaunas clinics. Written consents of the heads of clinical departments and permission of the LSMU Bioethics Center were obtained for the research. The survey data were obtained in writing, anonymously, with the respondents voluntarily agreeing to complete the questionnaire. Research Tool - Safety Attitude Questionnaire (SAQ) for operating theaters. The study analyzed 291 questionnaires, the response rate was 93 percent.

Subjects. Personnel (doctors, nurses, support personnel) working at the LSMU Hospital in Kaunas Clinics operating theaters.

Conclusions: According to doctors working in operating theaters, the recognition of stress at work is very high. Physicians' attitudes are influenced by their work experience and work schedule. Nurses are satisfied with their own and team work, their attitude is determined by the experience of working in the specialty. Support personnel are satisfied with their work and teamwork. The attitude of support personnel is determined by their specialty and specific operational experience and work schedule. Satisfaction with collaboration with other members of the operating team influences the attitudes of all subjects towards patient safety. Also, in the opinion of all subjects, the management's approach to patient safety and the safety climate in the operating room is not sufficient. Doctors working in the operating room rate the safety climate at work, management's attitude towards safety and working conditions in the operating room lower compared to nurses and support personnel. Support personnel rate teamwork in the operating room better than doctors, and nurses rate the recognition of stress at work with lower scores than doctors.

Keywords: patient safety, safety culture, operating personnel.

SANTRUMPOS

ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

EK – Europos komisija

ES – Europos Sąjunga

JAV – Jungtinės Amerikos Valstijos

NĮ – nepageidaujamas įvykis

PS – pacientų sauga

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SP – sveikatos priežiūra

VASPVT - Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos

ŽODYNĖLIS

Beveik įvykęs nepageidaujamas įvykis (angl. near miss) - situacija ar veiksnys, kuris galėjo tapti nepageidaujamu įvykiu, bet juo netapo atsitiktinai dėl sėkmingai susiklosčiusių aplinkybių ar laiku padarytos intervencijos. Tai klaidos medicinoje, kurios yra nustatytos ir ištaisytos iki joms sukeliant žalą pacientui (PSO, 2015) (7).

Nepageidaujamas įvykis (NĮ) - įvykis, atsitikęs dėl sveikatos priežiūros organizavimo ir/ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimo trūkumų ir sukėlęs nepageidaujamus padarinius paciento sveikatai ar gyvybei (7).

Pacientų sauga – tai paciento sužalojimų ar nepageidaujamų įvykių, pasitaikančių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, prevencija ir vengimas (58).

Pacientų saugos kultūra – individualaus ir organizacinio elgesio modelis, nukreiptas nuolat mažinti žalą pacientui, kuri gali būti padaryta teikiant sveikatos priežiūros paslaugas (58).

ĮVADAS

Per pastarąjį dešimtmetį pacientų saugumas tapo nuolatiniu sveikatos sistemos uždaviniu visose srityse. Tyrimai rodo, kad pasaulyje sparčiai daugėja mokslinių publikacijų, susijusių su pacientų saugos užtikrinimu ir tam reikalingomis prevencinėmis priemonėmis (59). Šiuo metu yra intensyviai diskutuojama dėl klaidų ir nepageidaujamų reiškinių poveikio sveikatos sistemai. Tarp sveikatos sektoriaus iššūkių, siekiant užtikrinti kokybišką ir saugią priežiūrą, išskiriama chirurginė aplinka. Šiame sektoriuje veikla yra sudėtinga, tarpdisciplininė ir didelė priklausomybė nuo individualių personalo veiksmų, dėl nepageidaujamų reiškinių atsiradimo (5).

Sveikatos priežiūros organizacijų saugos kultūros stebėjimas ir vertinimas leidžia identifikuoti ir valdyti pacientų saugą chirurginėje aplinkoje; šis vertinimas gali būti naudojamas lyginamajai analizei ir tendencijų analizei (28, 56, 57). Reikia pridurti, kad tai gali būti pagrindas situacijos vertinimui, tęstinio mokymo programoms, priežiūros protokolų įgyvendinimui ir nepageidaujamų reiškinių stebėjimui (56). Taip pat pacientų saugos kultūros gerinimas operacinėse gali prisidėti prie sveikatos sistemos tvarumo ir sumažinti sveikatos priežiūros išlaidas (62).

Svarbūs veiksniai, siekiant užtikrinti pacientų saugumą: organizaciniai - vadybiniai veiksniai, komandinis darbas, individualūs ištekliai, darbo įgūdžiai ir darbo aplinka (29). Saugos klimatas yra išmatuojamas saugos kultūros komponentas ir gali būti vertinamas profesionalų suvokimu (15). Todėl labai svarbu ištirti, ar operacinės komandos specialistai vienodai suvokia pacientų saugą lemiančius veiksnius, bei palyginti požiūrį tarp skirtingo lygio personalo (10).

Pacientų saugos kultūros tyrimai Lietuvoje nėra naujovė, tačiau labai mažai atlikta tyrimų su pacientų sauga operacinėje. Pavyko rasti vieną tyrimą, atliktą Lietuvoje, apie operacinės personalo požiūrį į pacientų saugą.

Tikslas: atskleisti medicinos personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje.

Uždaviniai:

1. Nustatyti gydytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje.
2. Nustatyti slaugytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje.
3. Nustatyti pagalbinio personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje.
4. Palyginti operacinės komandos narių požiūrį į paciento saugą.

1 LITERATŪROS APŽVALGA

1.1 Saugos kultūros samprata

Saugumo sąvoka sveikatos priežiūros sistemoje atsirado palyginti neseniai. 1999 m. Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) institutas išleido dokumentą „Klysti yra žmogiška: saugesnė sveikatos priežiūros sistema“. Šis dokumentas saugumą įvardino kaip kokybės ženklą. Taip pat atkreipė dėmesį į klaidos sveikatos priežiūros sistemoje pasekmes. Išskyrė pagrindines problemas, kurios iškyla teikiant sveikatos priežiūros paslaugas: šalutinis vaistų poveikis, netinkamos transfuzijos, chirurginiai sužalojimai, supainiota operuojama pusė, griuvimai, nudegimai, pragulos, klaidingos pacientų tapatybės. Didžiausias pasekmes turi klaidos, įvykusios intensyvios terapijos ir skubios pagalbos skyriuose, bei operacinėse (1).

Praėjus dešimčiai metų po šios publikacijos buvo imtasi priemonių, pacientų saugumui gerinti, vertinimo. 2010 m. amerikiečių mokslininkai atliko tyrimus dešimtyje Šiaurės Karolinos ligoninių. Šis retrospektyvinis tyrimas parodė, kad rizika patirti žalą pacientams sveikatos priežiūros įstaigose išlieka didelė. Nustatyta mažai įrodymų apie plačiai paplitusias pacientų saugumo gerinimo priemones. Reikia toliau dėti pastangas, kad veiksmingos saugumo intervencijos būtų įgyvendintos ir stebėti sveikatos priežiūros saugumą laikui bėgant (2).

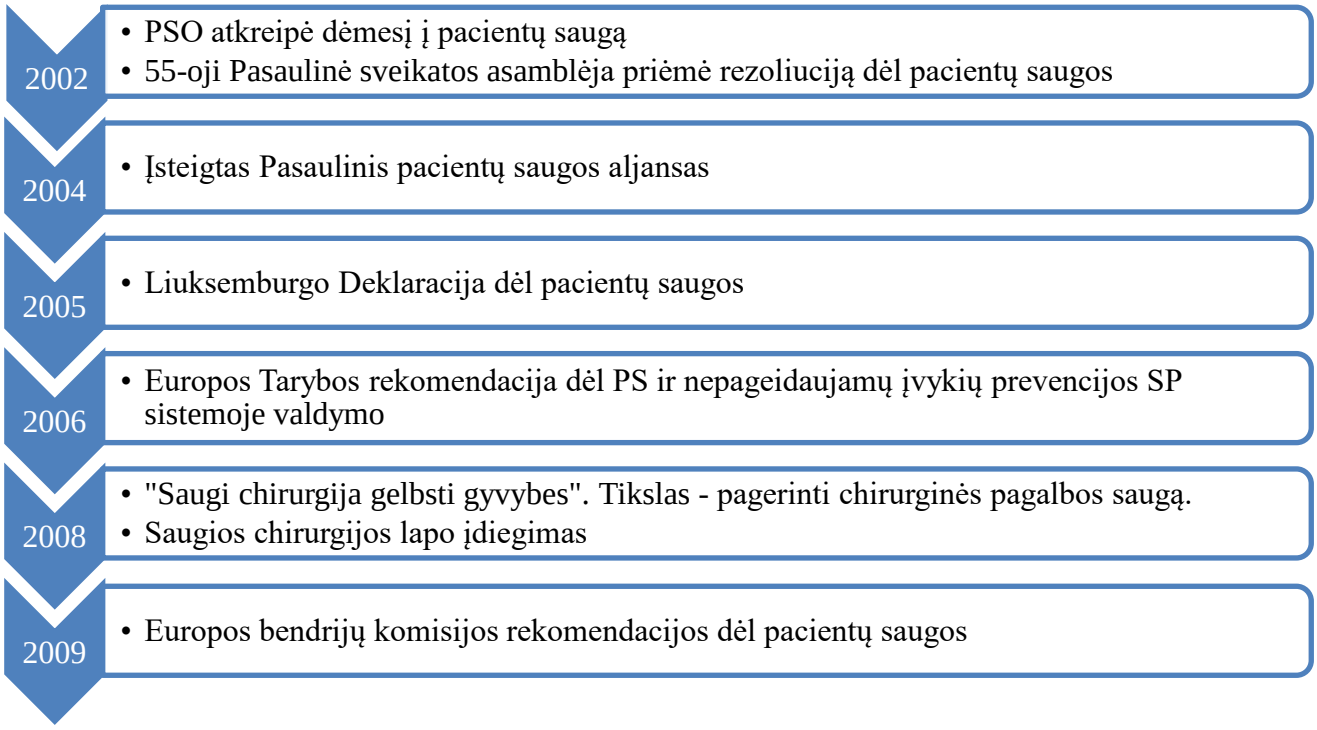
Pacientai turi teisę į saugią ir kokybišką sveikatos priežiūros (SP) paslaugą. Jie kreipiasi į gydymo įstaigą tikėdamiesi pagalbos atstatant ar sustiprinant sveikatą ir nesitiki joje patirti žalą sveikatai ar prarasti gyvybę. Tačiau moksliniai tyrimai rodo, kad kas dešimtas ligoninėje besigydantis pacientas patiria žalą dėl nepageidaujamo įvykio (NĮ), kuriuos lemia SP organizavimo ir/ar paslaugų teikimo trūkumai (7). Naujausių mokslinių tyrimų duomenimis, kasmet ES gydymo įstaigose nuo 4 iki 17 proc. gydomų pacientų patiria NĮ (66). Lietuvoje HI duomenimis bendras NĮ skaičius 2019 m. buvo 1780 (išskyrus, nustatytas hospitalines infekcijas). Stacionarines paslaugas teikiančiose ASPĮ tais pačiais metais buvo nustatytos 509 hospitalinės infekcijos, iš jų, nustatytos 64 operacinės žaizdų infekcijos chirurgijos skyriuose (67).

Dėl klaidų medicinoje JAV mirė daugiau žmonių, nei dėl transporto įvykių, AIDS ar krūties vėžio. Pastebima, jog sveikatos priežiūros sektorius dešimtmečiais atsilieka nuo kitų aukštos rizikos sričių (pvz. komercinės aviacijos), o klaidos medicinoje sudaro dideles tiesiogines ir netiesiogines išlaidas. (4). Borg, Europos Komisijos narys už sveikatą, sakė: „Žmonės eina į ligoninę, tikėdamiesi saugios sveikatos priežiūros. Gera žinia ta, kad dauguma valstybių narių dabar turi pacientų saugos programas. Bloga žinia yra tai, kad, nepaisant tokios pažangos, sveikatos priežiūros įstaigose vis dar pasitaiko nepageidaujamų reiškinių, o pacientų sauga retai būna sveikatos priežiūros darbuotojų mokymo dalis“ (60) .

Dabartinė ir būsima sveikatos priežiūros padėtis orientuota į rezultatus, pabrėžiant pacientų saugumą visais lygiais. JAV šis dėmesys skiriamas nacionaliniu, regioniniu ir vietiniu lygmeniu per tokias programas kaip Chirurginės priežiūros tobulinimo projektas (Surgical Care Improvement Project) ir Nacionalinis chirurginės kokybės gerinimo projektas (National Surgical Quality Improvement Project), taip pat organizacijos, pavyzdžiui, Jungtinė komisija (Joint Commission) ir Absolventų medicinos švietimo akreditavimo taryba (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Nepaisant didžiausių pastangų, su chirurgija susiję saugos klausimai tebėra problematiški (5).

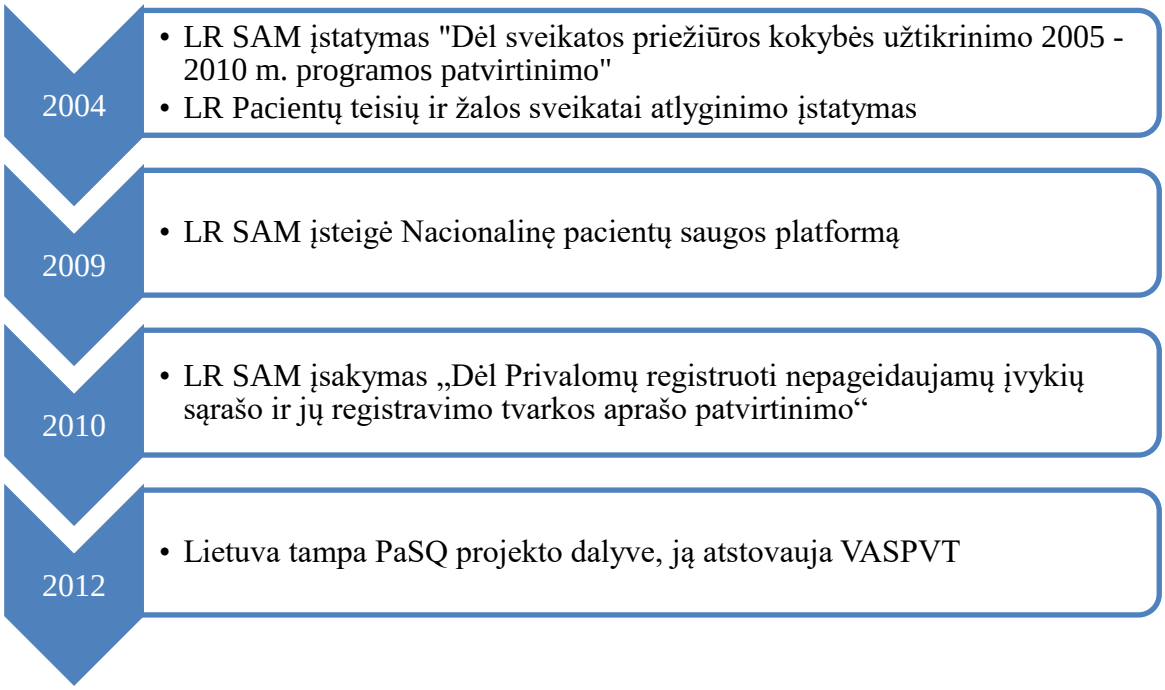
Tyrėjų grupė iš Brazilijos atliko straipsnių, išleistų visuose nacionaliniuose ir tarptautiniuose žurnaluose, portugalų, anglų ir ispanų kalbomis, kuriuose buvo rašoma apie pacientų saugumą sveikatos priežiūros įstaigose, analizę. Buvo prieita išvadų, kad strateginis pacientų saugos pasirinkimas buvo įtrauktas į sveikatos priežiūros įstaigų, organizacijų ir sistemų darbotvarkes kaip prioritetas. Šiame tyrime pateikti rezultatai atskleidžia didėjantį sveikatos priežiūros įstaigų susirūpinimą pacientų gerove ir sveikatos priežiūros kokybės gerinimu. Tačiau tyrimų metu šis pagerėjimas įvertinamas renkant duomenis iš medicinos įrašų retrospektyvine forma. Analizė pabrėžia, kad, nepaisant to, kad ši tema yra šiuo metu aptariama, reikia ieškoti būdų, kaip patenkinti specialistų lūkesčius, susijusius su tinkama sveikatos priežiūros paslaugų kokybe (6).

Europos sąjunga (ES) įsiliejo į tarptautinį pacientų saugos (PS) judėjimą tik XXI a. pradžioje. Tai siejama su Europos Komisijos priimtais pamatiniais PS dokumentais, suvaidinusiais svarbų vaidmenį PS raidai ES šalyse. Nuo 2002 m. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), remiama valstybių narių, pradėjo iniciatyvą kalbėti PS klausimais. 2004 m. kartu su Pasaulio pacientų saugos aljanso programa buvo sukurtos gairės ir strategijos, skirtos skatinti ir skleisti praktiką, užtikrinančią paciento saugumą. Šioje programoje prioritetiniu tikslu buvo apibrėžta mokslinių įrodymų, pagrįstų geriausia praktika, plėtra, taip pat didžiausią poveikį turinčios mokslinių tyrimų iniciatyvos, kuriomis siekiama nustatyti pacientų saugumo ir sveikatos paslaugų kokybės didinimo priemones (59). 2005 m. paskelbta Liuksemburgo PS deklaracija. 2007 m. ir 2009 m. Europos Tarybos rekomendacijos taip pat nurodo NĮ prevenciją, saugos kultūros formavimo svarbą. Pabrėžiama „nebaudimo kultūros“, konfidencialumo užtikrinimo svarba. 2011 m. Europos Komisija organizavo minėtų 2009 m. pateiktų rekomendacijų įgyvendinimo ES šalyse tyrimą, kuris parodė, kad iš visų 13 veiksmų, kurie buvo rekomenduoti ES narėms, siekiant pagerinti PS, visų 13 neįvykdė nė viena šalis, 10–12 veiksmų įvykdė 9 šalys, 6–9 veiksmus – 14 šalių, 4–6 veiksmus – 3 šalys, 1–3 veiksmus – dvi šalys (Lietuva priskirta trečiajai šalių grupei, t.y. įvykdžiusioms 6–9 veiksmus) (7). Svarbiausi dokumentai susiję su PS reglamentavimu ES vaizduojami autorės sudarytame 1 paveiksle.



1 pav. Svarbiausi ES dokumentai susiję su PS

Šie svarbūs tarptautiniai strateginio lygmens dokumentai tapo pagrindu ES šalims, tarp jų ir Lietuvai, formuoti PS nacionaliniame lygmenyje, kurti strategijas, programas, pradėti vykdyti mokslinius tyrimus. Lietuvai Europos Sąjungos pacientų saugos projektuose nuo 2006 metų atstovauja Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (toliau – VASPVT) prie Sveikatos apsaugos ministerijos. Jai pavesta įgyvendinti Nacionalinės pacientų saugos platformos įgyvendinimo priemonių 2010-2014 m. planą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministerijos kanclerio 2010 m. birželio 28 d. (8). Tenka pažymėti, kad PS judėjimas mūsų šalyje labiau sąlygotas ne įstaigų vidinių paskatų didinti saugą, bet PS kontrolę ir priežiūrą vykdančių institucijų reikalavimų. Lietuvoje vis dar nesuformuotos teisinės, kultūrinės, organizacinės sąlygos būtinos norint gerinti PS kultūrą. Kaip pavyzdys galėtų būti: neužtikrinta pranešėjo apsauga nuo teisinio persekiojimo; įstaigų vadovybė neskiria PS kultūros gerinimui būtinų išteklių (žmogiškųjų, finansinių, technologinių, kt.); trūksta grįžtamojo ryšio NĮ pranešėjui apie veiksmus, kurių buvo imtasi išnagrinėjus jo praneštą įvykį. (7). Svarbiausi dokumentai susiję su PS reglamentavimu Lietuvoje vaizduojami autorės sudarytame 2 paveiksle.



2 pav. Svarbiausi Lietuvos dokumentai susiję su PS

Pacientų saugos kultūra yra organizacinės kultūros dalis, apibrėžta kaip bendros vertybės, normos ir procedūros, susijusios su pacientų saugumu organizacijoje, skyriuje ar komandoje. Organizacijos, turinčios teigiamą saugos kultūrą, palaiko bendravimą, pagrįstą abipusiu pasitikėjimu, bendru saugos svarbos suvokimu, pasitiki prevencinių priemonių veiksmingumu ir remia darbuotojus (9). Užsienio šalių autoriai (10, 11, 12, 61) išskiria šešias pacientų saugos kultūrą padedančias užtikrinti dalis:

- *Komandinis darbas*: žmonių gebėjimas dirbti kartu, bendrauti, pasitikėti, kooperuotis ir suteikti bei priimti vieni kitų pagalbą;
- *Saugos klimatas*: darbuotojų ir vadovų suvokimas ir elgesys įvertinant riziką ligoninėje;
- *Pasitenkinimas darbu*: kaip darbuotojai vertina savo darbą bei nematerialius dalykus, susijusius su juo;
- *Stresas darbe*: darbuotojų streso bei nuovargio supratimas ir jų gebėjimas pripažinti, kad patiriant stresą suprastėja darbo kokybė;
- *Vadovų požiūris į saugą*: kaip vadovai aprūpina personalą bei įstaigą reikalingais ištekliais, norėdami sukurti teigiamą saugos kultūrą;
- *Darbo sąlygos*: personalo suvokiama darbo aplinkos kokybė (personalo kiekis, įranga, priemonės ir kt.).

Lietuvoje kol kas nėra nacionalinės pacientų saugos politikos, nėra koordinuotos veiklos, gerinančios pacientų saugą nacionaliniu lygiu. NĮ problema dažniausiai sprendžiama mažai

prevencine prasme veiksmingu „gaisrų gesinimo“ būdu: nustatomas klaidą padaręs SP specialistas, jis nubaudžiamas, pacientui atlyginama žala, tačiau nesigilinama į tikrąsias tokių įvykių priežastis. Prevencine prasme toks problemos sprendimo būdas nėra vertingas, nes NĮ nėra sistemiškai analizuojami, nustatant pagrindines tokių įvykių priežastis ir įdiegiant korekcinius veiksmus priežastims šalinti. SP specialistai vengia deklaruoti įvykusią klaidą, baimindamiesi priešiškos pacientų reakcijos, bausmių, situacijos paviešinimo. Todėl klaidos yra slepiamos, patirtis, kad ir kokia ji būtų, neperduodama. Baudimo už klaidas požiūris neskatina dalijimosi patirtimi ir mokymosi iš klaidų. Klaidos kartojasi, jų dažnis ir finansiniai bei nefinansiniai nuostoliai didėja (8).

Negalima tiesiog imti ir pakeisti saugos kultūrą. Vertybių pokyčiai reikalauja laiko ir motyvacijos. Saugos kultūra formuojasi adaptuojantis prie ekonominių sąlygų („ar mes pajėgūs turėti šią saugos rūšį?“), socialinių sąlygų („ar mes norime pasiekti klaidų vertinimo?“) ir tai yra reakcija į sėkmę ir nesėkmę („ką mes galime išmokti iš praėjusią savaitę įvykusio NĮ?“) (13).

Pacientų saugumo problemos, susijusios su operacine, kyla dėl sudėtingų procedūrų, didelio technologijų naudojimo, personalo kaitos ir didėjančių efektyvumo ir ekonomiškumo reikalavimų (5).

Dažniausiai naudojamas saugos klimato matavimo instrumentas yra saugos požiūrio klausimynas (SAQ) (14). JAV esančios SP institucijos, tokios kaip „Memorial Hermann“ sveikatos priežiūros sistema, Ascension Health ir Johns Hopkins ligoninė, kasmet atlieka tyrimus, naudojant SAQ klausimyną. Tam, kad įvertintų saugos kultūros klimatą, šios institucijos lygina rezultatus su kitomis įstaigomis, bei stebi pokyčius viduje. Galima nustatyti tam tikros klinikinės srities stipriąsias ir silpnąsias puses, bei imtis atitinkamų sprendimų (15). SAQ klausimynas gali būti naudingas kaip pradinis taškas vertinant ir plėtojant saugos kultūrą tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir gali būti naudojamas kaip kriterijus, kuriuo remiantis būtų galima įvertinti kokybės gerinimo poreikį, trukmę ir galimybes (16). Taip pat gali būti pagrindas situacinei diagnozei, tęstinio mokymo programoms, priežiūros protokolų įgyvendinimui ir NĮ stebėjimui (5). Vienas iš saugos kultūros matavimo pranašumų yra tas, kad jis pateikia apčiuopiamą patobulinimus įgyvendinančių organizacijų ir komandų dabartinės būklės ir progreso rodiklį (9).

1.2 Komandinis darbas. Bendradarbiavimas

Kaip teigia mokslininkai, šiuolaikinėje medicinoje paciento lūkesčiams patenkinti ir kokybiškoms sveikatos priežiūros paslaugoms suteikti vieno ASPĮ specialisto nepakanka. Komandinio darbo svarba asmens sveikatos priežiūros įstaigose, susijusi su tam tikrų specializacijų darbuotojų bendradarbiavimo poreikiu, pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis skaičiaus didėjimu, mokslu grindžiamais įrodymais, kad komunikacijos ir bendradarbiavimo stoka – veiksniai, sukeliantys NĮ ir klaidas (17). Šveicarijos mokslininkai atliko virš šimto mokslinių publikacijų analizę, apie komandinį darbą dinaminėse sveikatos priežiūros srityse ir išskyrė pacientų priežiūros kokybei ir saugai svarbius komandinio darbo aspektus. Tai:

- Bendradarbiavimo kokybė (abipusė pagarba, pasitikėjimas);
- Bendras psichologinis modelis (visi komandos nariai vienodai vertina situaciją, komandos užduotis, struktūrą, sutaria dėl komandos narių vaidmenų);
- Koordinacija (dinamiškas užduočių perskirstymas keičiantis situacijai ar prisijungus naujiems nariams);
- Komunikacija (atviras bendravimas, trumpi komandų pasitarimai);
- Lyderystė (lyderystės stilius, lyderystė kritinėse situacijose) (3).

Marmienė su bendraautoriais (18) nustatė, kad Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse daugeliui ASPĮ specialistų patinka dirbti komandoje. Gydytojai dažniau negu slaugytojai mano, kad gydytojai ir slaugytojai dirba kaip koordinuota komanda. Taip pat tyrimas parodė, kad gydytojai dažniau nei slaugytojai gali išsakyti savo nuomonę bendraudami su gydytojais, slaugytojais, ar vadovybe. Daugiau nei pusė slaugytojų pritarė, kad gali atvirai pasitarti su gydytojais.

Komandinis darbas yra svarbus siekiant išlaikyti saugos kultūrą. Tyrimais įrodyta, kad chirurginės komplikacijos yra tiesiogiai susijusios su komandinio darbo lygiais, įskaitant bendravimą ir bendradarbiavimą chirurgijos komandose (5).

Operacinėje darbas vyksta komandiniu principu, o komandos efektyviam darbui svarbus darbo pasidalinimas tarp komandos narių. (19). Remiantis Lietuvos medicinos norma MN 93:2018 operacinės komandą sudaro operuojantys gydytojai, operacinės slaugytojai, gydytojas anesteziologas reanimatologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas ir slaugytojo padėjėjas ir kiti operacinės funkcijoms vykdyti reikalingi darbuotojai (20).

Stanfordo (JAV) mokslininkų tyrimas analizavo operacinės komandos narių patirtį ir požiūrį į bendravimą operacinėje. Tyrėjai, taikydami kokybinį tyrimo metodą, siekė nustatyti panašumus bei skirtumus susijusius su bendravimu tarp skirtingų lygių komandos narių. Į tyrimą buvo įtraukti slaugytojai, gydytojai ir studentai. Tyrimo rezultatai atskleidė, kad slaugytojai, kurie ankščiau jau buvo dirbę su konkrečiais chirurgais, buvo susipažinę su jų įpročiais ir įrangos pasirinkimu

operacinėje. Nustatyta, kad šis išankstinis žinojimas palengvino bendravimą operacinėje. Daugelis tyrime dalyvavusių operacinės komandos narių paminėjo oficialaus bendravimo operacinėje svarbą, įskaitant standartizuotus kontrolinius sąrašus ir terminus. Tai buvo ypač svarbu medicinos studentams (67 proc.). Šie tyrėjai priėjo išvados, kad išankstinis operacinės darbo planavimas pagerina operacinės komandos narių tarpusavio bendravimą ir pacientų saugą (21).

Kitas JAV mokslininkų tyrimas buvo vykdytas kartu su kariuomene. 2011 m. dvi operacinio personalo komandos (kurias sudarė po keturis narius), išvyko į kariuomenės gydymo įstaigą Irake. Buvo parengti du daugiafunkciai simuliaciniai scenarijai, kad būtų galima patikrinti gaivinimo metu operacinės komandos narių sprendimų priėmimą, bendravimą ir priežiūros koordinavimą. Tyrime dalyvavęs medicinos personalas buvo išklausęs mokymus, kurių metu pabrėžti „TeamSTEPPS“ principai, taikomi operuojamiems pacientams, patyrusiems sudėtingas traumas. Tiriamieji po simuliacinių situacijų sprendimo, analizavo vaizdo medžiagą, bei užpildė klausimyną, taip pateikdami grįžtamąjį ryšį. Remiantis tyrimo dalyvių atsiliepimais, komandinio darbo mokymai, gali pagerinti operacinės komandos darbo rezultatą ir netgi, kai kurias atvejais, išgelbėti pacientų gyvybes (5).

Stanfordo (JAV) mokslininkų atlikto tyrimo su operacinės personalu dalyviai nurodė, kad tikisi jog, jų žinios ir patirtis prisidės prie sklandaus operacinės darbo. Analizuojant operuojančių chirurgų pasisakymus paaiškėjo, kad komandos nariai nepakankamai gerai pažįsta vieni kitus, atsirado lūkesčių neatitikimas. Tai pasireiškė tuo, kad operacijai reikalinga įranga nebuvo pritaikyta pagal konkrečius chirurgo poreikius. Ši problema susijusi su personalo darbu pamainomis ligoninėse, lemiančiu personalo kaitą. Slaugytojai iš savo pusės nurodė, kad sklandesnis bendravimas operacinėje būna tuomet, kai chirurgas suteikia pakankamai informacijos apie būsimą procedūrą. Dalyvaujantys anesteziologai ir jų rezidentai pabrėžė, kad svarbu, jog chirurgai nuolat informuotų apie operacijos eigą, operacijos plano pakeitimus ir komplikacijas, su kuriomis susiduria operuojantis chirurgas (21). Klaipėdos universiteto mokslininkų tyrime dalyvavusiems chirurgams labai svarbu operacinės slaugytojo darbas. Buvo paminėta, kad dirbdamas nuolat su vienu ir tuo pačiu operacinės slaugytoju, chirurgas jaučiasi saugus, nes slaugytojas gerai išmano operacijos eigą, tiksliai instrumentuoja, dėl to darbas vyksta sklandžiau ir greičiau (19). Panašūs ir italų tyrėjų kokybinio tyrimo rezultatai (22). Jų respondentai pasisakė, kad tarpasmeniniai konfliktai kyla, kai operacinės komandos nariai yra atskiriami nuo komandos, su kuria jie reguliariai dirba. Konfliktai kyla tada, kai chirurgai iš šių naujų darbuotojų tikisi, kad jie bus susipažinę su jų pageidaujama operacine aplinka. Be to, pasitaiko atvejų, kai įvyksta prasta „chemija” per pirminį kontaktą tarp komandos nario ir chirurgo, užkirsdama kelią sklandžiam komandiniam darbui ateityje.

Apie 60 proc. tyrime dalyvavusių operacinės komandos narių manė, kad operuojančio chirurgo tonas ir nuotaika gali smarkiai pakeisti operacinės bendravimo efektyvumą. Tai ypač svarbu pasirodė chirurgams rezidentams, bei operacijoje dalyvaujantiems studentams (82 proc.) (21).

Pietų Kalifornijos universitete operacinėje dirbančio personalo buvo paklausta, kokie veiksniai, jų nuomone, turėjo didžiausią įtaką sėkmingam operacijos atlikimui. Chirurgai dažniausiai nurodė operacinės komandos darbo organizavimą ir chirurginį atvejį, o kiti (anesteziologai, technikai ir slaugytojai) manė, kad chirurgo kompetencija buvo svarbiausia. Visi apklaustieji sutiko, kad anesteziologo kompetencija yra svarbiausias veiksnys, teikiant kokybišką anesteziją. Iš slaugos perspektyvos: cirkuliuojančios slaugytojos techninė kompetencija ir pasirengimas buvo svarbiausi. Įdomu tai, kad ne tik slaugytojai tikėjo, kad cirkuliuojančios slaugytojos vaidmuo buvo vienas svarbiausių. Anesteziologai ir chirurgai nurodė cirkuliuojančią slaugytoją kaip „atsakingą už operacinę“. Chirurgai turėtų gerbti ir skatinti slaugos personalo vadovaujantį vaidmenį operacinėje (23). Kitame tyrime chirurgijos specialistai nurodė savo pačių pasirengimą kaip svarbiausią pacientų saugumo faktorių, o kiti operacinės darbuotojai manė, kad operacinės techniko techninė kompetencija buvo svarbiausia (24).

Portugalų tyrimas, kuriame buvo iš arti pažvelgta į operacinės komandos santykius nustatė, kad pokalbiai operacijos metu dažnesni tarp chirurgo ir operacinės slaugytojos, nei tarp chirurgo ir anesteziologo. Tyrime, kurio metu naudojo klausimynus ir tiesioginį chirurginių procedūrų stebėjimą, slaugytojai apibūdina gerą bendradarbiavimą kaip, jų nuomonės gerbimą ir paisymą, o chirurgai apibūdina gerą bendradarbiavimą, kai slaugytojai numato jų poreikius ir vykdo jų nurodymus (58).

Kokie veiksniai nulemia, kad gali vėluoti chirurginė procedūra? Rothstein ir Raval (25) teigia, kad chirurginio atvejo uždelsimas gali būti dėl prasto personalo bendradarbiavimo ar įrangos poreikio. Tie patys veiksniai taikytini ir chirurgų ir anesteziologų komandoms. Taip pat pasitaiko atvejų, kad gydytojas yra atsakingas už kelių operacinių priežiūrą vienu metu ir negali laiku pradėti gydymo. Sistemos veiksniai taip pat susiję - vėluojama pacientą atvežti į operacinę, trūkstami popieriniai dokumentai, priešoperacinių laboratorinių tyrimų trūkumas ar vėlavimas, įrangos trūkumas. Taip pat galimas operacijų srauto nutrūkimas dėl operacinės personalo trūkumo ar paciento pamaitinimo prieš operaciją.

Klaipėdos universiteto mokslininkai atliko kokybinį tyrimą norėdami įvertinti komandinio darbo operacinėje efektyvumą operacinės komandos narių požiūriu. Tyrime dalyvavo operacinės slaugytojai, anestezijos - intensyvios terapijos slaugytojai, gydytojai anesteziologai - reanimatologai, chirurgai, gydytojo asistentai, pagalbinis personalas. Apklausoje dalyvavę gydytojai mano, kad darbas operacinėje vyksta komandiniu principu, tuo tarpu operacinės slaugytojos linkusios manyti, kad operacinėje komandinis darbas – subkomandinis. Neturėdamos galimybės dalyvauti darbo proceso aptarime slaugytojos nesijaučia lygiavertėmis komandos narėmis (19). Kiti autoriai teigia,

kad darbas operacinėje su ta pačia komanda gali pagerinti darbo greitį ir suteikti naudos pacientų saugai ir paslaugų kokybei, nes darbuotojai įsitraukia ir išlygina hierarchiją, o tai savo ruožtu gali pagerinti ir bendravimą (26).

Kitas Klaipėdoje atliktas tyrimas rodo ypač teigiamus rezultatus, susijusius su komandiniu darbu operacinėje. Kvederytė (2019) nustatė, kad operacinėje komandos yra sutelktos ir jų veikla efektyvi. Komandos nariai supranta savo vaidmenis ir atsakomybę bei komandos funkcijas. Komandos lyderio veiklos vertinimas, slaugytojų požiūriu, yra teigiamas, operuojantis gydytojas, anesteziologas, tinkamai formuoja komandos veiklą bei operacinės darbo klimatą, informuoja komandos narius apie bet kokius pasikeitimus ar komplikacijas ir aptaria tai. Personalas efektyviai numato vienas kito poreikius, prižiūri vienas kito veiklą, koreguoja ją ir yra pasirengęs padėti. Autorė taip pat nustatė, kad komandos nariai komunikuoja bendra terminija, laiku perduoda aktualią informaciją apie pacientų priežiūrą, jų būklę, įvairius pasikeitimus bei komplikacijas ar pavojingas situacijas. Darbuotojai padeda vieni kitiems ir gali tikėtis pagalbos iš kitų komandos narių, pasitiki vieni kitais (27).

Apžvelgus visos Lietuvos medicinos personalo požiūrį į komandinį darbą, jis būtų panašus kaip operacinės personalo. LSMU Visuomenės fakulteto doktorantė Marmienė atliko tyrimą 15-oje šalies ligoninių ir nustatė reikšmingus skirtumus tarp gydytojų ir slaugytojų nuomonių vertinant komandinį darbą. Gydytojai dažniau negu slaugytojai mano, kad gydytojai ir slaugytojai dirba kaip koordinuota komanda (28).

Nepriklausomai nuo metodo, naudojamo mokant personalą komandinio darbo principų ir juos įgyvendinant, galutinė sėkmė ar nesėkmė tiesiogiai priklauso nuo klinikinių lyderių, kurie priima sprendimus ir organizuoja komandinio darbo principus operacinėje. Daugeliu atvejų tai yra chirurgo atsakomybė, kuri turi užtikrinti, kad aplinka būtų tokia, kuri leidžia kartu veikti skirtingoms komandoms (5).

Slaugytojų lyderystė yra pagrindinis veiksmingos pacientų priežiūros ir sėkmingų rezultatų veiksnys. Moksliniuose tyrimuose, susijusiuose su sveikatos politikos formavimu ir sveikatos sistemų valdymu bei švietimu yra svarbus slaugytojų vaidmuo. Tarp šių vaidmenų ypač svarbūs saugios aplinkos kūrimas ir jos valdymas. Operacinės patalpa dėl savo pobūdžio yra vieta kur pacientas yra itin pažeidžiamas. Pacientą, kuris yra narkozėje ir, kurio audinių vientisumas yra pažeistas, operacinės slaugytoja gali apsaugoti nuo galimų medicininių klaidų (14).

Brazilijos mokslininkai atliko tyrimą, kuriuo siekė išsiaiškinti būtent operacinės slaugytojų nuomonę, apie tai, kaip būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje. Jie atliko kiekybinį tyrimą ir apklausė 220 operacinėse dirbančių slaugytojų. Remiantis jų atsakymais, susijusiais su gerąją praktika, sukūrė praktines rekomendacijas, kurios padėtų pagerinti pacientų saugą:

- Pacientų saugios kultūros kūrimas;

- Įtraukti daugiaprofilinę komandą ir įstaigos vadovus į saugos kultūros diegimą;
- Saugios chirurgijos „chek list‘o“ naudojimas;
- Tarpasmeninio bendravimo tobulinimas;
- Slaugytojų kompetencijų išplėtimas;
- Pakankami fizinių, materialinių ir žmogiškųjų išteklių resursai;
- Naujų technologijų ieškojimas ir pritaikymas paciento saugoje operacinėje;
- Tęstinis mokymas visų sričių specialistams (31).

1.3 Vadovybės vaidmuo kuriant saugią kultūrą

Paškevičius savo disertacijoje apie NĮ registravimą sveikatos priežiūros įstaigų pavaldumo kontekste rašo, kad įstaigos įsitraukimas į šios sistemos valdymą yra pageidautinas. Jeigu ligoninės vadovybė imasi lyderio vaidmens, kuriant saugos kultūrą, vadovaujasi toliaregišku požiūriu į PS užtikrinimą ir gerinimą įstaigoje, o ne trumparegišku įstaigos įvaizdžio išsaugojimu, tuomet įstaigos vadovybė gali tapti šios sistemos diegimo ir plėtros „varikliu“. Kitu atveju, jeigu ASPĮ vadovybė vadovaujasi trumparegišku požiūriu į PS ir gali apie NĮ pranešusį darbuotoją nubausti už nesėkmes, tuomet įstaigos vadovybė gali tapti šios kultūros diegimo ir plėtros „stabdžiu“. Tokiu atveju rekomenduotina administravimo funkciją priskirti kuo didesnį savarankiškumą ir kompetenciją PS klausimais turinčiam įstaigos padaliniui ar pavesti ją vykdyti įstaigoje veikiančiai medicinos darbuotojų profesinei organizacijai (7).

Marmienė teigia, kad tvirtas vadovavimas svarbus saugos kultūros aspektas, todėl mokslininkai dažnai nagrinėja, kaip turėtų pasireikšti lyderystė, arba kaip lyderystė turėtų būti plėtojama, siekiant užtikrinti tinkamą saugos kultūrą sveikatos priežiūros įstaigose. Dauguma mokslininkų pagrindiniu raktu į sėkmę vardina vadovo saviugdą ir pacientų saugos žinių gilinimą. Vadovavimas sveikatos priežiūros įstaigoje kuria kultūrą, o vadovo požiūris į pacientų saugos kultūrą daro įtaką ir darbuotojų požiūriui į pacientų saugą bei jos kultūrą. Saugos kultūrą netiesiogiai kuria vadovo poveikis, susijęs su teisės normomis, nustatyta vidaus tvarka. Tiesioginis poveikis, susijęs su sveikatos priežiūros specialistų saugaus ir nesaugaus elgesio stebėjimu ir kontrole. Tiek tiesiogiai, tiek netiesiogiai įstaigos vadovo veiksmai daro įtaką darbuotojų lūkesčiams ir motyvacijai. Teoriją patvirtina ir autorės atliktas tyrimas, kuris atskleidė, kad daugiau nei du trečdaliai (63,5 proc.) asmens sveikatos priežiūros specialistų pritarė, kad ligoninės vadovybė kuria aplinką, kurioje rūpinamasi pacientų sauga (17).

Operacinės patalpos hierarchija pasirodė svarbi 64 proc. chirurgų rezidentų ir 78 proc. medicinos studentų, dalyvavusių vieno JAV universiteto tyrime. Šios grupės pažymėjo, kad

operuojantys chirurgai suvokiami kaip esantys operacinės hierarchijos viršuje, todėl chirurgams rezidentams ir medicinos studentams dažnai sunku diskutuoti su chirurgais operacinėje (21). Be to, 60 proc. gydytojų anesteziologų ir 75 proc. anesteziologų rezidentų manė, kad chirurgai laiko anesteziologų komandą žemesnėje operacinės hierarchijoje. Anesteziologai paminėjo, kad bendravimas su operuojančiais chirurgais dažnai yra depersonalizuotas. Mažai chirurgų, kurie į juos kreipiasi pavardėmis, paprasčiausiai vadina „anestezija“ (21).

Chirurgas dažniausiai prisiima lyderio, kaip komandos nario vaidmenį, atsakingo už paciento gerovę. Labai svarbu nesupainioti lyderystės su absoliučiu autoritetu ar diktatoriniu stiliumi. Veiksmingas lyderis skatina bendravimą ir leidžia komandos nariams laisvai mąstyti kritiškai ir efektyviai veikti savo vaidmenyse. Komandos nariai turėtų paprašyti pagalbos arba paskirti kitą vadovaujantį asmenį, jei chirurgas yra užimtas kita užduotimi, ir negali stebėti operacinės darbo ir jo valdyti. Šiais svarbiais momentais operacinės personalui turi vadovauti kitas chirurgas, anesteziologas arba kitas pagrindinis komandos narys (21).

Pacientų saugumas yra ir vadovybės užduotis, nes organizacija laikosi vadovo prioritetų. Iš dalies nuo vadovo priklauso pacientų saugumo lygis ir kaip pacientų saugos informacija yra platinama, suprantama ir įgyvendinama klinikiniame darbe. Vadovams tenka lemiamas vaidmuo skatinant komandos darbą ir kuriant saugos kultūrą. Todėl vadovai turi žinoti savo personalo požiūrį į pacientų saugos kultūrą savo kasdienėje vadovavimo praktikoje (29).

Tvirta saugos kultūra yra požiūrio ir elgesio derinys, geriausiai padedantis valdyti neišvengiamus pavojus, atsirandančius tada, kai žmonės dirba nepaprastai sudėtingoje aplinkoje, t. y. operacinėje. Puikūs vadovai žino, kaip laikytis požiūrio ir elgesio normų, kad geriausiai apsisaugotumėte nuo klaidos rizikos (9). Autoriai Leonard ir Frankel (2012), išskiria šiuos tris svarbiausius veiksnius:

1. Psichologinė sauga, užtikrinanti kalbėjimą, kuomet personalas nesijaučia neišmanantis, nekompetentingas ar kritiškas (vadovai turi sukurti aplinką, kurioje slaugytojai žino, kad su jais bus elgiamasi pagarbiai, kai jie kalba apie nesusipratimus darbe);
2. Organizacinis sąžiningumas, kai slaugytojai žino, kad yra atsakingi už savo kompetencijas ir sąžiningumą, tačiau nėra atsakingi už sistemos gedimus;
3. Mokymosi sistema, kurioje įsitraukę vadovai išgirsta pacientų ir slaugytojų susirūpinimą dėl trūkumų, trukdančių užtikrinti saugią priežiūrą, ir skatina tobulėti, kad padidėtų sauga ir sumažėtų klaidų tikimybė.

Tyrimais nustatyta, kad operacinės vadybos darbo planavimo trūkumai neigiamai veikia fizinę-psichinę personalo būseną, asmeninį pasirengimą ir komandinį darbą. Trūkumai įvardinami tokie kaip darbo planavimas ir paskirstymas, komandos narių poravimas ir darbo tempas. Personalo fizinė-psichinė būsena, asmeninis pasirengimas ir komandinis darbas buvo suvokiami kaip neigiami

veiksniai, norint užtikrinti PS. Kitas neigiamas veiksnys, kad problemos vadovybei būna žinomos, tačiau leidžiama tęsti darbą toliau (pvz., tarpasmeniniai konfliktai, įrangos gedimas, mokymo(si) problemos (22).

Visos struktūros ir procesai organizacijoje, visos darbo vietos ir priemonės, personalo kvalifikacija ir jų tarpusavio santykiai yra apibrėžti taip, kad saugus veiksmas ir bendravimas yra galimas bet kuriuo metu ir bet kurioje darbo vietoje. Tampa akivaizdu, kad efektyvi saugos kultūra nėra deleguojama pavieniams atsakingiems personalo nariams (pvz., saugos ar kokybės atstovams), bet greičiau, kad visi personalo nariai nori gyventi saugos kultūra jų kiekvienos dienos rutinoje. Kultūra - galinga jėga organizacijoje, ji lieka, net tada, kai komandos nariai pasikeičia (13).

Ne mažiau svarbi pacientų saugos kultūros dimensija – grįžtamojo ryšio užtikrinimas. Efektyvaus grįžtamojo ryšio užtikrinimas asmeniui, pranešusiam apie NĮ yra svarbus siekiant sudaryti galimybes pasimokyti iš nesėkmių ir kitiems asmens sveikatos priežiūros specialistams. Vadovo vaidmuo, patikimumas, gebėjimas greitai veikti ir grįžtamojo ryšio užtikrinimas visais organizacijos lygmenimis – tai pagrindinės efektyvaus grįžtamojo ryšio užtikrinimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoje prielaidos (17).

1.4 Saugi operacinės aplinka

Chirurginės klaidos atsiranda dėl klaidingo sprendimų priėmimo, „nesusikalbėjimo“, neoptimalių problemų sprendimo strategijų taikymo, taip pat dėl techninių klaidų. Operacinės personalas turėtų išklausyti krizių valdymo mokymus. Realios krizinės situacijos turėtų būti atkartotos pasitelkiant simuliatorius ir aktorius. Ši mokymo programa turėtų būti integruota į chirurgijos rezidentūros programas (30).

JAV esanti organizacija Jungtinė komisija (angl. The Joint Commission) akredituojanti ir patvirtinanti beveik 21 000 sveikatos priežiūros organizacijų ir programų, kasmet išleidžia Nacionalinius pacientų saugos tikslus. 2019 m. išleistuose saugumo tiksluose vis dar kalbama apie „teisingo“ asmens, pusės ir procedūros chirurgiją. Taip pat pabrėžiama standartinio protokolo laikymosi svarba. Šis dokumentas, teigia kad „Visuotinis protokolas sėkmingiausiai įgyvendinamas ligoninėse su kultūra, skatinančia komandinį darbą ir kur visi komandos nariai jaučiasi įgalioti užtikrinti pacientų saugumą“ (31).

Reaguodama į galimas išvengti klaidas Jungtinė komisija dar 2003 m. paskelbė du nacionalinius pacientų saugos tikslus (NPST), susijusius su netinkamos vietos chirurgija. Pirmasis tikslas kalba apie tai, kad reikia pagerinti paciento identifikavimo tikslumą naudojant du paciento identifikatorius ir saugios chirurgijos protokolą prieš invazines procedūras. Kitas tikslas susijęs su

netinkamos vietos, netinkamo paciento ir netinkamos procedūros išvengiama klaida, naudojant priešoperacinį tikrinimo procesą, kad būtų patvirtinti dokumentai, ir įdiegti procesai, skirti pažymėti chirurginę vietą, įtraukiant pacientą ir/ar jo šeimą (32). Niujorko Presbiterionų ligoninė papildė PSO Saugios chirurgijos protokolą, įvesdama pertrauką prieš operaciją (ang. *„time-out"*). Tai, teigia ligoninės administracija, aktyvus procesas, kuriame dalyvauja visi komandos nariai. Gydytojo anesteziologo, chirurgo ar asistento vadovaujamas „pertraukos" procesas prasideda po operacinio lauko paruošimo prieš pat pjūvį / procedūrą. Visas operacinėje dirbantis personalas nutraukia bet kokią veiklą ir kartu dalyvauja tikrinimo procese. *„Time out"* pertrauka apima 10 žingsnių prieš operaciją:

1. Paciento tapatybės patikrinimas naudojant du identifikatorius.
2. Teisingos procedūros patikrinimas.
3. Tinkamos vietos (-ų) / pusės (-ių) / lygio (-ų) patikrinimas.
4. Matomas pjūvio vietos žymėjimas.
5. Teisinga padėtis.
6. Patikrinimas, ar paruošta operacijai reikalinga įranga, implantai.
7. Ar matomi vaizdai (kompiuterinės tomografijos, rentgeno nuotraukos) matomi
8. Alergija, jei yra.
9. Antibiotikai: pavadinimas, laikas, dozė jei buvo suleisti (arba) skiriama dozė.
10. Saugos priemonės atsižvelgiant į paciento ligos istoriją ar vaistų vartojimą (33).

Apie pertrauką prieš operaciją kalba ir Jungtinė komisija savo naujausiame išleistame dokumente Nacionaliniai pacientų saugos tikslai 2020 m. skirti ligoninių programai *(National Patient Safety Goals Effective July 2020 for the Hospital Program*). Jie pabrėžia tris svarbiausius dalykus dėl kurių turėtų susitarti operacinės komanda: teisinga paciento tapatybė, teisinga pusė ir procedūra, kurią reikia atlikti. Dokumento pabaigoje yra pastaba, kad ligoninė pati gali nuspręsti dėl standartizuotų dokumentų kiekio ir tipo (34).

Lietuvoje apie standartinius protokolus, padedančius užtikrinti paciento saugą operacinėje pradėta kalbėti 2008 m. Remiantis Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT) duomenimis, 2007-2008 m. PSO ėmėsi iniciatyvos „Saugi chirurgija gelbsti gyvybes", kurios tikslas pagerinti chirurginės pagalbos saugą. Nuo 2008 metų prie iniciatyvos prisijungė 3900 ligoninių iš 122 šalių visame pasaulyje, o 25 šalys ėmėsi kontrolinį lapą diegti nacionaliniu mastu. Kitų šalių patirtis parodė, kad saugios chirurgijos lapo įdiegimas ne tik daro įtaką chirurginės pagalbos rezultatams, bet ir gerina komunikaciją tarp operacinės komandos narių, bei skatina chirurginės pagalbos sistemos pokyčius įstaigose (8). Lietuvoje šį protokolą (1 priedas) ligoninės pradėjo taikyti palaipsniui nuo 2012 m. Pradedant nuo vieno operacinės padalinio, baigiant visa ligonine.

Kanados Šv. Mykolo ligoninės mokslininkai sukūrė „juodosios dėžės“ prototipą skirtą naudoti operacinėse. Autoriai teigia, kad tikslas yra pagerinti pacientų saugumą ir rezultatus, nustatant, kur pasitaiko klaidų ir mokytis kaip jų išvengti. Kai aviacijos pramonėje buvo įdiegtos „juodosios dėžės“, pastebimai sumažėjo galimų išvengti klaidų. Šis projektas jau yra išbandytas ir Europoje, dvejose Kopenhagos ligoninėse. Ši „dėžutė“ yra maždaug storos knygos dydžio ir įrašo beveik viską, kas vyksta operacinėje, pavyzdžiui, chirurginės procedūros vaizdo įrašą, sveikatos priežiūros darbuotojų pokalbius, kambario temperatūrą ir triukšmo lygį. Ji veikia daugiausiai laparoskopinėms ar minimaliai invazinėms operacijoms, kuriose naudojamos vaizdo kameros (35).

VASPVT skelbia PSO duomenis, kad instrumentai, marlinės skaros ir adatos žaizdoje paliekamos retai, bet tokios klaidos vis dar kartojasi ir gali būti pražūtingos. Todėl operacinės slaugytojas ar cirkuliuojantis slaugytojas turėtų žodžiu patvirtinti galutinius marlinių skarų ir adatų skaičius. Jei operuojama kūno ertmėse, tai operacijos pabaigoje turėtų būti suskaičiuojami ir instrumentai. Jeigu skaičiai neatitinka, operacinės komanda turėtų imtis reikalingų veiksmų (apžiūrėti tvarsčius, šiukšles, žaizdą, o kai reikia – padaryti ir rentgenogramas) (8). Atlikti operacijoje naudotų priemonių skaičiavimą įpareigoja ir Saugios chirurgijos protokolas.

Brazilijos mokslininkai 2016 m. atliko tyrimą, kurio tikslas buvo suprasti, kaip, kas ir kada atlieka chirurginėse operacijose panaudotų priemonių (chirurginiai instrumentai, kempinės ir aštrios priemonės) skaičiavimo procesą. Šio tyrimo rezultatai rodo, kad reikia investuoti į chirurginėse operacijose panaudotų priemonių skaičiavimo procesų standartizavimą, į rankiniam skaičiavimui naudingų technologijų naudojimą, taip pat personalo, ypač operacinės technologų, samdymą šios praktikos plėtrai pagal rekomendacijas, pateiktas literatūroje. Gauti įrodymai leidžia plėtoti tolesnius tyrimus, kuriais remiantis bus galima pasiūlyti tinkamą protokolų sudarymą ar atnaujinimą, klinikinėje praktikoje įgyvendinant intervencijas, kurios gali padėti pagerinti priežiūros kokybę ir chirurginių pacientų sauga (36).

Kitas svarbus saugios operacinės aplinkos veiksnys – operacinės personalo dėmesys operacijos metu. Tyrėjų grupė iš Londono (37) atliko tyrimą, kuriame buvo rasta daugybė blaškymosi veiksnių, susijusių su bendravimu tarp operacinės komandos narių arba tarp operacinės komandos ir kito personalo. Taip pat buvo rasta dėmesio atitraukimo veiksnių, nesusijusių su bendravimu, bet susijusių su naudojama įranga ar operacinės inventoriaus išdėstymu. Jie užfiksavo po vieną dėmesio pertraukimą kas 10min. Šiuo metu nėra kriterijų, pagal kuriuos nustatomas (ne)priimtinas blaškymo lygis. Blaškymasis labai priklauso nuo chirurgo (ir likusios operacinės komandos) kompetencijos lygio ir procedūros sudėtingumo. Gerai suderintos komandos gali žinoti apie blaškymąsi ir jį sumažinti (pvz., operacinės slaugytoja, nesikreipia į chirurgą įtemptoje procedūros dalyje). Autoriai priėjo išvados, kad jei blaškymasis yra kasdieninė operacinės realybė, tada chirurgas išmoksta prisitaikyti - tačiau tai padidina potencialią grėsmę pacientų saugumui operacinėje.

1.5 Pasitenkinimas darbu

Pasitenkinimas darbu tiesiogiai veikia saugos kultūrą ir yra susijęs su mažiau nepageidaujamų reiškinių (38).

Dėl didelio chirurgijos specialistų trūkumo, Vokietijos chirurgijos draugijos darbo grupė atliko tyrimą ir suskirstė patrauklios chirurginės darbo vietos aspektus ir galimus sprendimus. Jie nustatė, kad svarbu struktūrizuota ir skaidri rezidentūros programa, apimanti apibrėžtą mokymo programą, vyresnių kolegų pagalbą operacijų metu, ir po jų. Taip pat svarbu rezidentūroje iškylančių problemų aptarimai, galimybė mokytis su simuliatoriais. Taip pat šis tyrimas rodo, kad chirurgijos rezidentų pasitenkinimą darbu lemia šeimos ir darbo suderinamumas, geresnis kasdienių darbų planavimas klinikoje, teigiamų atsiliepimų kultūra, nauji darbo (laiko) modeliai ir daugiau laiko mokymuisi bei tyrimams. Daugeliui šių aspektų chirurgijos vadovas turi būti pagrindinis lyderis, kad klinikoje būtų pradėti struktūriniai pokyčiai, ypač todėl, kad daugelį šių pagrindinių punktų galima lengvai įgyvendinti (11).

Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė veiksnius, lemiančius slaugytojų nepasitenkinimą profesija ir darbu: neadekvatus darbo užmokestis, nepakankamas slaugytojų darbo įvertinimas, neadekvati premijų ir skatinimo politika, lūkesčių neatitikimas, nepakankama tolesnio mokymosi ir karjeros galimybė, bei per didelis darbo krūvis. Nemaža dalis tyrime dalyvavusių slaugytojų nurodo motyvacijos priemones, taikomas stacionare: bendros darbuotojų šventės, kelionės, mokymosi ir tobulinimosi galimybės, geros darbo sąlygos. To pačio tyrimo išvadose nurodoma, kad didžioji dalis slaugytojų nėra patenkinti darbovietėje taikomomis motyvacijos priemonėmis (39).

Operacinės slaugytojų pasitenkinimas darbu nėra dažnai pasitaikantis tyrimo objektas. Pociutės ir Zagurskienės 2013 metais atliktas tyrimas parodė, kad dauguma Lietuvoje dirbančių operacinės slaugytojų yra patenkintos darbu. Konkretūs veiksniai, lemiantys operacinės slaugytojų pasitenkinimą darbu, buvo darbo grafikas, vadovavimo kokybė operacinėje, darbo krūvis, galimybė tobulėti ir kelti kvalifikaciją, darbo organizavimas. Operacinėse dirbančius slaugytojus geriau dirbti labiausiai paskatintų didesnis atlyginimas, geras komandinis darbas bei slaugytojo, kaip komandos nario, pripažinimas (40). Panašius tyrimo rezultatus gavo autorė analizavusi organų persodinimo operacijose dalyvaujančių operacinės slaugytojų darbo motyvacijos aspektus. Ji nustatė, kad operacinės slaugytojams labiausiai motyvaciją darbui padidintų geras komandinis darbas, materialinis skatinimas, galimybė mokytis ir tobulėti, geros ir saugios darbo sąlygos, įdomus darbas (41).

1.6 Stresas operacinėje

Beveik 50 proc. Europos darbuotojų nuomone, stresas yra įprastas jų darbo vietoje, ir jis yra maždaug pusės visų prarastų darbo dienų priežastis. Stresą darbe gali sukelti tokie psichologiniai socialiniai veiksniai kaip darbo organizavimas ir valdymas, pvz., dideli reikalavimai atliekamam darbui ir maža darbo kontrolė. Fizikiniai veiksniai, tokie kaip triukšmas ir temperatūra, irgi gali būti streso darbe priežastimi. Streso darbe prevencija yra vienas iš Europos Komisijos komunikato dėl naujų sveikatos ir saugos darbe strategijos tikslų (42). Tačiau jeigu į stresą žiūrėtume kaip į organizacinę problemą, o ne kaip į asmeninę ydą, psichosocialinę riziką ir stresą galėtume valdyti kaip ir bet kurią kitą darbuotojų sveikatai ir saugai kylančią riziką (43). Organizacijai stresas gali turėti tokių neigiamų padarinių, kaip prasti bendri veiklos rezultatai, didesnis pravaikštų skaičius, prezenteizmas (darbuotojai, nors ir sirgdami, atvyksta į darbą, bet negali efektyviai dirbti), taip pat dažnesni nelaimingi atsitikimai ir traumos (44).

Gerai atpažįstamas žmogaus klaidų šaltinis yra didelis stresas ir nuovargis. Žmogaus klaidos, atsirandančios dėl nuovargio, gali turėti rimtų padarinių saugai svarbioje aplinkoje. Miego trūkumas gali sukelti klaidų atliekant net labiausiai pažįstamas užduotis. Mieguisti vairuotojai kasmet JAV sukelia mažiausiai 100 000 automobilių avarijų. Dėl šios priežasties daugelis pramonės šakų jau nustatė griežtus darbo valandų apribojimus asmenims, dirbantiems pažeidžiamose profesijose, pvz., sunkvežimių vairuotojams, oro linijų pilotams, elektrinių darbuotojams (64). Nors klinikinėje praktikoje gydytojų darbo valandoms nėra nustatyti teisiniai apribojimai, sveikas protas sako, kad chirurgas ir operacinės komanda turėtų būti budrūs ir gerai pailsėję, pradėdami dideles chirurgines procedūras. JAV atliktas tyrimas, kuriame buvo ištirta gydytojų komplikacijų rizika atlikus operacijas nakties metu, parodė, kad padidėjęs chirurginių komplikacijų dažnis, kai gydytojai miegojo mažiau nei 6 valandas (65). Asmenims, kurie dėl nuovargio pastebi sumažėjusį savo ar kitų darbingumą, turėtų būti prieinamas pakankamas atsarginis personalas, kad nepadidėtų klaidų rizika (64).

Mokslininkai (10, 11), kurie kalba apie operacinės personalo patiriamą stresą ir saugą, teigia, kad labai svarbu atpažinti stresorius ir suvokti kaip jis paveikia darbo aplinką, paciento priežiūrą ir rezultatus. Göras ir kt. (2017) vertino operacinės personalo požiūrį į pacientų saugą ir vienas iš tyrimo objektų buvo būtent streso atpažinimas. Į tyrimą buvo įtrauktos chirurginio skyriaus bendrosios praktikos slaugytojos, kurios surinko žemesnius streso atpažinimo balus, lyginant su operacinėje dirbančiomis slaugytojomis ir gydytojais.

Kitas jungtinis Londono ir Kanados mokslininkų tyrimas parodė, kad operacinėje dirbančio personalo streso šaltiniai yra nuovargis, tarpasmeniniai konfliktai, spaudimas laike, sudėtingas atvejis ar didelės rizikos pacientas, chirurginės klaidos ir chirurgo temperamentas. Šie stresoriai gali neigiamai paveikti visos operacinės komandos darbą (45).

Higienos instituto duomenimis, 2019 m. Lietuvos stacionaruose atliktos 318771 operacijos (63). Operacijai atlikti reikalinga komanda, kurioje vienas iš narių yra operacinės slaugytojas. Operacinės slaugytojų darbas yra atsakingas ir sunkus, reikalavimai nuolat didėja, todėl profesinėje veikloje dažnai pasitaiko sudėtingų situacijų ir sprendimų, o tai sukelia kasdieninį stresą (46). Kazimėnienė ir Grigaliūnienė (2015) publikavo tyrimą, kuriame buvo tiriamos būtent operacinėje dirbančios slaugytojos, nustatant jų asmenybės tipą. Tyrėjos priėjo išvadą, kad nepaisant asmenybės tipo operacinės slaugytojai dėl savo darbo specifikos, t. y. dėl aukštų profesinių reikalavimų, didžiulio darbo krūvio, besikeičiančios darbo aplinkos, yra veikiami didelės įtampos ir streso. Tai turi įtakos jų fizinei bei psichinei sveikatai (47).

Kitas tyrimas, kuriame buvo siekiama atskleisti operacinės slaugytojų patiriamą stresą ir jo poveikį visos komandos darbui nustatė, kad operacinės slaugytojų darbe patiriamas stresas yra susijęs su komandinio darbo aspektais, tokiais kaip komandos narių tarpusavio pasitikėjimas, komandos orientacija, komandos narių bendradarbiavimas bei pareigų pasiskirstymas bei atlikimas komandoje. Buvo padarytas svarbi išvada, kad dažnėjant operacinės slaugytojų stresui - operacinės komandos veikla silpnėja (48).

1.7 Problemos teorinis pagrindimas

Pacientų saugos kultūra neatsiejama nuo klaidų kultūros sveikatos priežiūros sektoriuje. Klaidas gali lemti žmogiškieji veiksniai, kurie yra žmogui būdingų fizinių, psichinių ir elgesio savybių rinkiniai, būdingi žmonėms ir gali kritiškai arba pavojingai sąveikauti su technologinėmis sistemomis, žmogaus natūralia aplinka ir žmonių organizacijomis. Žmogiškųjų veiksnių specialistai domisi šiomis sritimis: mokymais, personalo vertinimu, bendravimu, užduočių analize, užduočių paskirstymu, pareigybių ir procedūrų aprašais, personalo žiniomis, įgūdžiais ir gebėjimais, organizacine kultūra, žmogaus ir technologijų sąveika, personalo darbo krūviu, nuovargiu, situacijos suvokimu, mokymosi gebėjimais, personalo patiriamu stresu, darbu pamainomis, darbu ekstremalioje aplinkoje, personalo klaidomis ir sprendimų priėmimais (22). Daugelis aukščiau paminėtų sričių apibūdina sveikatos priežiūros organizacijų aplinką, ypač chirurginę praktiką. Šiais laikais medicinos sritis vis labiau suvokia būtinybę suprasti žmogiškuosius veiksnius, susijusius su NĮ (arba beveik įvykusiais NĮ) (49).

Klaidos ir jų pobūdis yra vienodi visose žmogaus veiklose ir profesijose. Polinkis į klaidą yra toks būdingas žmogaus elgesiui ir veiklai (t.y. žmogaus prigimčiai), kad moksliškai tai laikoma savaime suprantamu dalyku, nes teisingas atlikimas ir klaida atsiranda dėl to paties psichinio proceso (50). Žmonių klaidos gali būti įvairios. Tai gali būti „paslydimai“, nes atliktas veiksmas nėra tas,

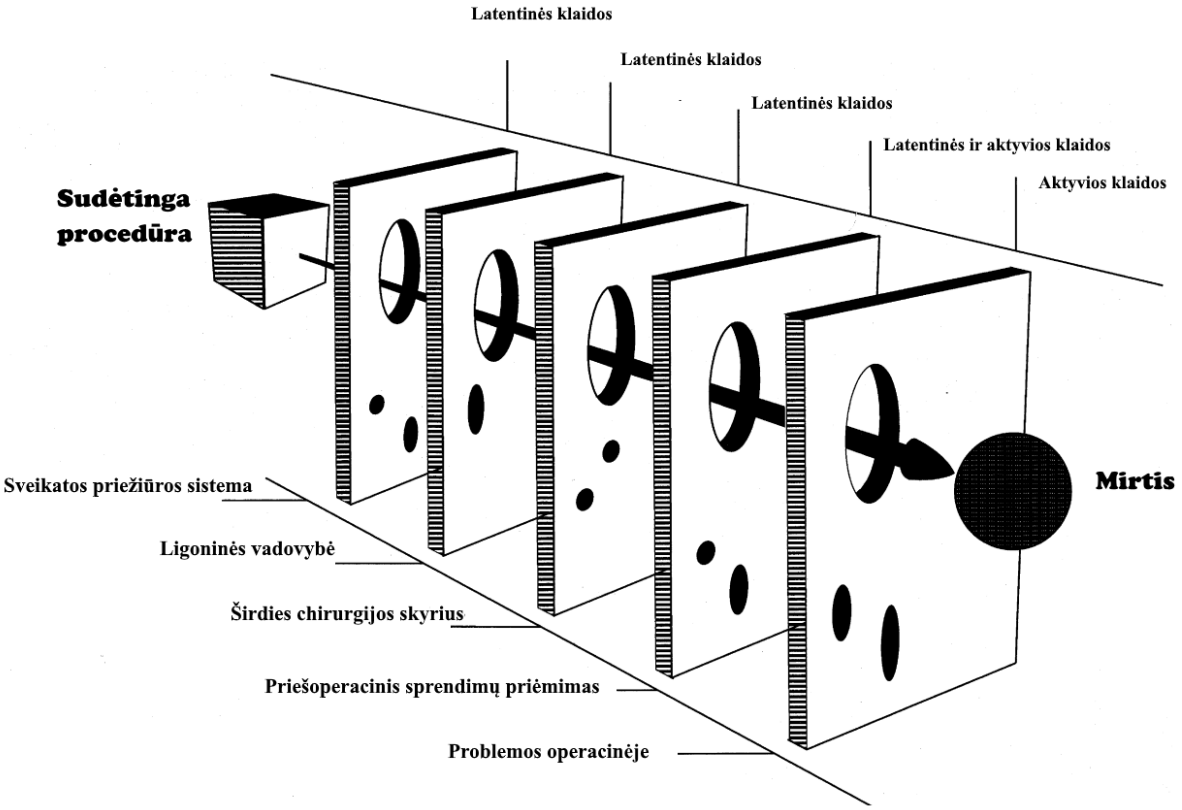
kurio siekiama, arba gali būti „neapsižiūrėjimai“, pavyzdžiui, užmiršimas. Klaidos gali atsirasti planuojant veiksmus, nors veiksmai gali vykti taip, kaip numatyta (52).

Kaip teigia „Šveicariško sūrio“ modelio autorius Reason (2000) klaidos gali turėti pasekmių arba jų neturėti (t.y. klaida gali virsti NĮ, arba ne). Klaidos pobūdis yra tas pats, neatsižvelgiant į rezultatą (su pasekmėmis ar be jų). Tai priklauso nuo atsitiktinumo ir vyraujančių aplinkybių, kurios yra nepriklausomos nuo individo (51). Yra du požiūriai į žmogaus klaidų darymo problemą: požiūris į asmenį ir sistemą. Asmens požiūris sutelktas į atskirų asmenų klaidas, kaltinant juos užmaršumu, neatidumu ar moraliniu silpnumu. Sisteminis metodas sutelktas į sąlygas, kuriomis asmenys dirba, ir bando sukurti apsaugą, kad išvengtų klaidų ar sušvelnintų jų poveikį (52). Medicinoje dominuoja asmens požiūris į klaidas. Asmenų kaltinimas emociškai labiau patenkina, nei institucijų. Žmonės vertinami kaip laisvi individai, galintys pasirinkti saugų ar nesaugų elgesį. Jei kažkas negerai, atrodo akivaizdu, kad asmuo (ar asmenų grupė) turėjo būti atsakingas. Siekimas kuo labiau atsieti nesaugius asmens veiksmus nuo bet kokios institucinės atsakomybės atitinka ir vadovų interesus. Tai teisiškai taip pat patogiau (51).

Reason teorija teigia, kad klaidos įvyksta dažniausiai susisumavus *latentiniams* (atsiradusiems dėl sisteminių veiksnių) ir *aktyviems* (atsiradusiems dėl žmogaus veiksnių) faktoriams bei susilpnėjus sistemų apsauginiams barjerams. Taigi, priežastis, dėl ko įvyksta klaida, nulemia tam tikra įvykių seka, bei netinkamos prevencinės priemonės. Pagal „Šveicariško sūrio“ modelį tam, kad atsitiktų nelaimė, turi būti įveikti visi barjerai. Aiškinantis įvykusios klaidos priežastis svarbu ne tai, kas suklydo, bet kodėl nesuveikė sistemos apsauginiai barjerai ir saugikliai, neužkirto kelio žalingam veiksniui tapti NĮ (51, 52).

Reason „Šveicariško sūrio“ modelį sveikatos priežiūros sektoriui pritaikė ne vienas mokslininkas (22, 49, 52). Šio darbo autorė pasirinko analizuoti dviejų grupių mokslininkų, kurių atstovai chirurgai, adaptacinius modelius. Carthey su kolegomis širdies chirurgais (2001) išplėtė Reason „Šveicariško sūrio“ modelį ir sukūrė organizacinių nelaimingų atsitikimų, pritaikytų sveikatos priežiūros sistemai modelį. (4 paveikslas). Klaidos trajektoriją vaizduoja strėlės prasiskverbimas per gynybos lygius. Skylės reiškia *latentines* ir *aktyvias* nesėkmes, pažeidžiančias nuoseklų gynybos lygį. Kai rodyklė prasiskverbia per visus gynybos lygius, įvyksta NĮ (pvz. paciento mirtis operacinėje) (49). Wiegmann ir Shappell sukūrė žmogaus veiksnių analizės ir klasifikavimo sistemą (HFACS). Autoriai teigia, kad jų sukurtas modelis remiasi J. Reasono „Šveicariško sūrio“ nelaimingų atsitikimų priežasties modeliu. Iš esmės HFACS mažina atotrūkį tarp teorijos ir praktikos taip, kad padėtų pagerinti informacijos, surinktos per aviacijos avarijas ir incidentus, kiekybę ir kokybę. HFACS sistema buvo sukurta naudojant daugiau nei 300 jūrų aviacijos avarijų, gautų iš JAV jūrų saugumo centro. Pradinė taksonomija nuo to laiko buvo patobulinta naudojant kitų kariškių (JAV armijos ir oro pajėgų saugos centro) ir civilinių organizacijų (Nacionalinės transporto saugos

valdybos ir Federalinės aviacijos administracijos) duomenis. Ši sistema buvo naudojama karinės, komercinės ir bendrosios aviacijos sektoriuose sistemingai tirti pagrindinius žmogaus priežastinius veiksnius ir tobulinti aviacijos avarijų tyrimus (53).



3 pav. ***Organizacinių nelaimingų atsitikimų modelis, pritaikytas sveikatos priežiūros sistemoms (pagal Carthey ir kt. 2001)***

Aptariant **pirmąjį** *Sveikatos priežiūros organizacijos* lygį (pagal Carthey ir kt.), kaip pavyzdys galėtų būti investicijų į sveikatos apsaugą valstybiniu lygiu trūkumas. Taip pat prastos slaugos darbuotojų darbo sąlygos, bei nepakankamas sveikatos priežiūros valdymo iniciatyvų tęstinumas (52). Originaliame Reason modelyje, tai atitiktų visus organizacinius veiksnius. Remiantis HFACS sistema šis lygis papildomas organizacijos vizijos problemomis (įskaitant politikos, vadovavimo struktūros ir kultūros problemas) ir žmogiškųjų bei finansinių išteklių valdymą vizijos įgyvendinimui (53). Organizacijos lyderiai privalo pateikti aiškumo apie organizacijos viziją ir pokyčius, formuodami pacientų saugos kultūrą (13).

Antrasis lygis - *Ligoninės valdymas.* Barjero silpnosios vietos kaip pavyzdys būtų slaugytojų trūkumas, kas lemia pasitikėjimą mažai patirties ir trumpą darbo patirtį turinčiomis slaugytojomis. Taip pat investicijų trūkumas į aukštųjų technologijų įrangą. Prastą organizacijos komunikaciją taip pat būtų galima priskirti šiam lygiui (49). Iš HFACS sistemos šiam lygiui pritaikomi atvejai, kai

vadovui yra „žinomi“ personalo, įrangos, mokymo ar kitų saugos sričių trūkumai, tačiau procesus leidžiama tęsti. Į šį lygį patenka rizikos valdymo problemos, komandinio darbo problemos, bei personalo darbo krūvis (53). Komandinis darbas yra ypač svarbus sveikatos priežiūros organizacijose. Brogienės teigimu, Lietuvoje akreditavimo tarnybos neskiria pakankamai dėmesio darbuotojų komandinio darbo įgūdžiams tobulinti, darbo komandoje kompetencija nevertinama ir priimant į darbą naujus medicinos specialistus. Nors sveikatos priežiūros organizacijų lyderių vaidmuo vis dažniau siejamas su pacientų sauga, tačiau pačių lyderių supratimas apie saugą dažnai yra ribotas (13).

Trečiasis lygis - *Širdies chirurgijos skyrius*. Šio skyriaus silpnosios vietos grandinėje būtų blogas personalo vaidmenų ir atsakomybės skirstymas, mažos investicijos į personalo mokymą, gydymo protokolų nebuvimas arba nesilaikymas. Arba esamų protokolų neatitikimas standartams. Taip pat prastas vidinis skyrių bendravimas (49). Iš žmogaus veiksnių analizės ir klasifikavimo sistemos (HFACS) į šį lygį patenka fizinė darbo aplinka (triukšmas, temperatūra), kuri gali prisidėti prie klaidos atsiradimo. Taip pat prasta darbuotojų psichinė būklė, pvz. liga, nuovargis, perdegimas, motyvacijos darbui trūkumas, net gi – blogas regėjimas. (53). Tikrosios lyderystės sveikatos sektoriuje trūksta: kaip įkvėpti ir užvesti kiekvieną sveikatos priežiūros specialistą taip, kad jis suprastų savo asmeninį vaidmenį ir indėlį gerinant pacientų saugą (13).

Analizuojant **ketvirtą** lygį *Prieš operaciją priimamas sprendimas* reikia paminėti neteisingą paciento būklės diagnozę, komandų tarpusavio bendravimo nesėkmes, klinikinių tyrimų ir gydymo taktikos neatitikimus, blogą operacijų planavimą (49). Klaidos pasireiškia netinkamai atliktomis procedūromis, netinkamu jų pasirinkimu ar tiesiog neteisingu atitinkamos informacijos aiškinimu (22). Bendrų vertybių, įsitikinimų, normų ir procedūrų, susijusių su pacientų sauga organizacijos padalinyje neatitikimas, ar tarp komandos narių. Kitaip tariant, nepakankamas medikų suvokimas apie „normalų“ elgesį, susijusį su pacientų sauga kasdieninėje praktikoje (28).

Paskutinis, **penktasis** lygis pro kurį praėjo NĮ buvo *Problemos operacinėje,* tarp jų svarbiausia klaida: atsitiktinis vainikinių arterijų sužalojimas dėl kateterio įvedimo, sukėlęs rimtą širdies pažeidimą. Kitos nedidelės klaidos šiame lygyje: chirurgo padėjėjų įtampa ir kateterio padėties nustatymo klaidos, operacinės slaugytojos instrumento perdavimo klaidos, komunikacijos problemos tarp operacinės komandos narių. Visi šie veiksniai nustatyti iš Kardiochirurgijos klinikoje atlikto stebėjimo tyrimo, trukusio 18 mėnesių (49).

2 TYRIMO METODIKA

2.1 Tyrimo organizavimas ir tiriamųjų atranka

Tyrimas buvo vykdytas 2019 m. kovo - spalio mėn. LSMU ligoninėje Kauno klinikose. Buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Tyrimui pasirinktas penkių didžiausių chirurginio profilio klinikų (Akušerijos ir ginekologijos, Chirurgijos, Neurochirurgijos, Ortopedijos traumatologijos, Širdies, krūtinės ir kraujagyslių klinikos), bei Anesteziologijos klinikos operacinėje dirbantis personalas. Tyrimo dalyviais pasirinktas visas operacinėje dirbantis personalas: gydytojai chirurgai, chirurgijos rezidentai, anesteziologai, anesteziologijos rezidentai, anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojos, operacinės slaugytojos ir operacinės pagalbinis personalas. Tiriamieji pagal pareigas buvo suskirstyti į tris grupes.

- Gydytojai: chirurgai, chirurgijos rezidentai, gydytojai anesteziologai ir anesteziologijos rezidentai.
- Slaugytojai: anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojos ir operacinės slaugytojos.
- Operacinės pagalbinis personalas.

Tyrimo objektas: operacinės personalo požiūris į paciento saugą.

Tyrimo subjektas: operacinėje dirbantis personalas (gydytojai, slaugytojos, pagalbiniai darbuotojai).

Tiriamųjų atranka – paprastoji atsitiktinė.

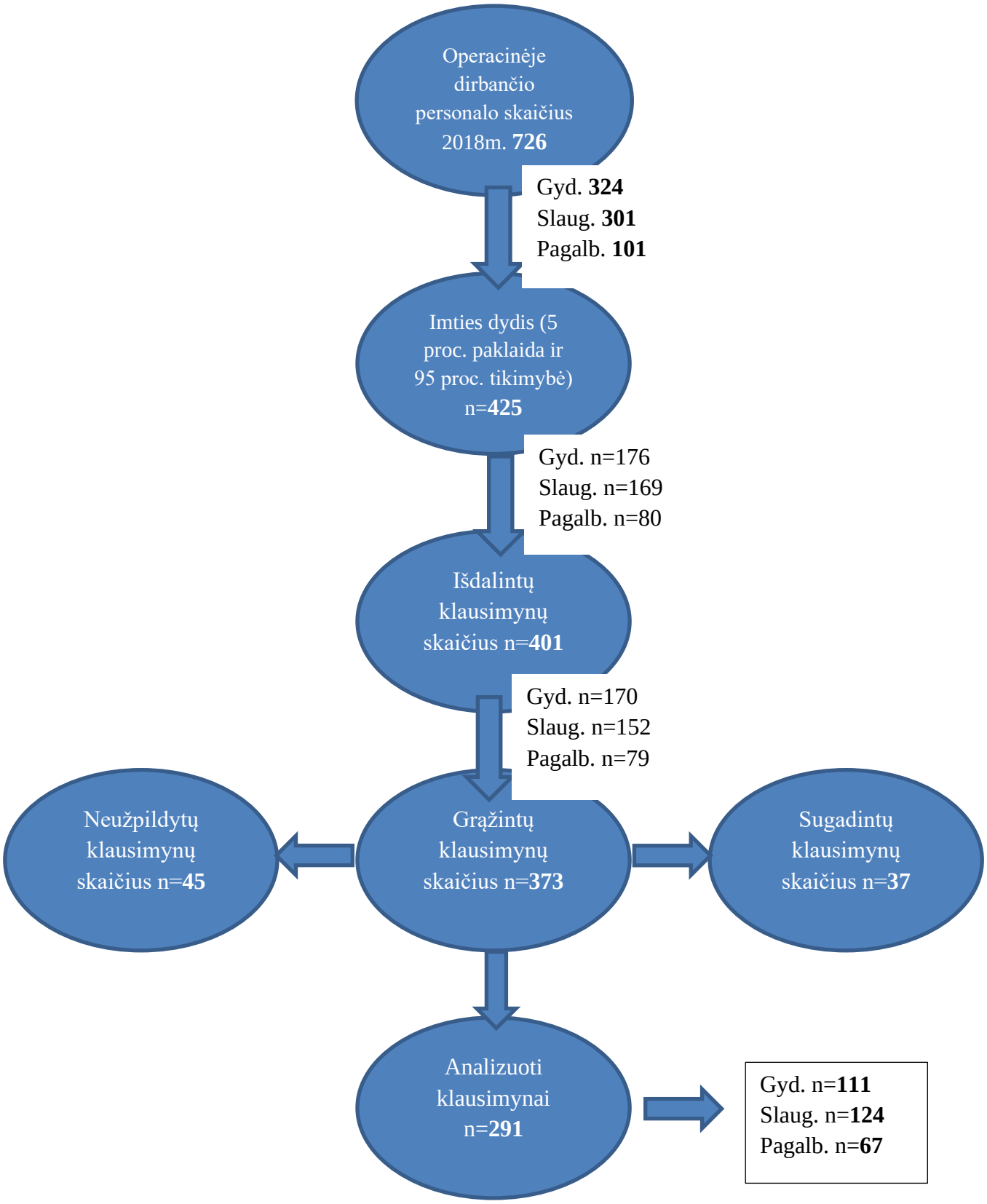
Generaline aibe laikytas operacinių personalo skaičius klinikose, kuriose vykdytas tyrimas, 2018 m. duomenimis.

Tiriamųjų imties dydis apskaičiuotas pagal V. Jadov lentelę su 5 proc. paklaida ir 95 proc. tikslumo tikimybe.

Tyrimui atlikti kviesti respondentai, kurie tyrimo metu dirbo operacinėje ir savanoriškai sutiko skirti apie 15min. užpildant klausimyną. Tiriamųjų atsakomumą mažino atostogos, motinystės ir vaiko priežiūros atostogos, nepasitikėjimas konfidencialumo užtikrinimu.

Daugumą respondentų tyrimo autorė pasiekė tiesiogiai ir asmeniškai įteikė klausimyną. Prieš pateikiant klausimyną, visiems tyrimo dalyviams buvo paaiškintas tyrimo tikslas. Taip pat tiriamieji pasirašė sutikimą (3 priedas) dalyvauti anoniminėje apklausoje. Buvo pagamintos uždaros dėžės su ertme mesti užpildytus klausimynus. Dėžės buvo paliekamos skyriuose, kuriuose vyko apklausa, apie dvi savaites. Iš viso buvo išdalintas 401 klausimynas, 373 klausimynai buvo surinkti atgal iš respondentų (atsako dažnis – 93,0 proc.). Tyrimo imties sudarymo schema vaizduojama 4 paveiksle. Statistinei analizei buvo panaudoti 291 tinkamai užpildyti požiūrio į saugą operacinei klausimynai. Slaugos personalo atsako dažnis 81,6 proc. Operacinės pagalbinio personalo atsako dažnis 84,8 proc.

Gydytojų atsako dažnis 58,8 proc. (Atliekant tyrimus su SAQ klausimynu, respondentų gydytojų skaičius yra mažesnis nei kitų sveikatos priežiūros specialistų (38)).



4 pav. Tyrimo imties sudarymo schema

2.2 Tyrimo instrumentas

Atliktas kiekybinis tyrimas, naudojant anoniminį apklausos metodą. Buvo naudota Požiūrio į saugą klausimyno operacinei lietuviška versija (2 priedas) laisvai prieinama VASPVT internetiniame puslapyje https://www.vaspvt.gov.lt/files/files/Operacine.pdf. Klausimyno vertėjos ir VASPVT leidimas dėl instrumento naudojimo tyrimui pateikiamas 4 priede.

Dažniausiai naudojamas saugos klimato matavimo instrumentas yra saugos požiūrio klausimynas (SAQ) (14). Požiūrio į saugą klausimynas (SAQ) yra Teksaso universiteto (JAV) mokslininkų sukurtas klausimynas, kuriuo nustatomas sveikatos priežiūros specialistų požiūris į saugos kultūrą (58). Jis buvo sukurtas remiantis Intensyvios terapijos personalo požiūrio į valdymą klausimynu. Pastarasis pasiskolintas iš komercinėje aviacijoje naudojamo Požiūrio į skrydžių valdymą klausimyno (angl. FMAQ). FMAQ naudojamas komercinėje aviacijoje daugiau kaip 20 metų, siekiant įvertinti skrydžio įgulų saugos suvokimą. FMAQ buvo sukurtas po to, kai tyrėjai nustatė, kad dauguma oro transporto bendrovių avarijų įvyko dėl įgulos narių tarpasmeninių „nesusikalbėjimų“ (15). SAQ klausimynas gali būti naudingas kaip pradinis taškas vertinant ir plėtojant saugos kultūrą tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir gali būti naudojamas kaip kriterijus, kuriuo remiantis būtų galima įvertinti kokybės gerinimo poreikį, trukmę ir galimybes (16).

Požiūrio į saugą klausimyną operacinei, kuris yra sudarytas iš 58 klausimų ir papildomai renkama informacija apie demografiją (amžius, lytis, darbo patirtis). Klausimyno užpildymas trunka apie 10–15 minučių. Klausimyne pateikti teiginiai vertinti 5 balų Likerto skale. 1 reiškia „Visiškai nesutinku“, 2 – „Nesutinku”, 3 – „Nei sutinku, nei nesutinku”, 4 – „Sutinku” ir 5 – „Visiškai sutinku”. Atliekant tyrimo duomenų analizę, pagal klausimyno kūrėjų rekomendacijas ir ankstesnius tyrimus, respondentų atsakymai buvo verčiami į 100 balų sistemą, kai 1 = 0 balų, 2 = 25 balai, 3 = 50 balų, 4 = 75 balai ir 5 = 100 balų. Neigiamai suformuluoti klausimai buvo vertinami atvirkščiai, kad jų valentingumas sutaptų su teigiamais klausimais. Taip pat buvo vienas atviras klausimas: „Trys patarimai, kaip Jūsų nuomone būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje“.

Naujausioje SAQ klausimyno versijoje yra „Bendravimo ir bendradarbiavimo“ lentelė, kurioje respondentų prašoma nurodyti bendravimo ir bendradarbiavimo kokybę, su atskirais komandos nariais (pvz., Chirurgijos rezidentu, slaugytojomis anestezistėmis ir pan.) (15). Klausimo „Ar tenkina bendravimas ir bendradarbiavimas” atsakymai buvo pateikti 5 balų sistema pagal Likerto skalę, kai 1 balas reiškė, kad bendravimas ir bendradarbiavimas labai netenkina, 2 balai – netenkina, 3 balai – tenkina, 4 balai – labai tenkina ir 5 balai – puikus bendravimas ir bendradarbiavimas.

SAQ klausimyno rezultatų vertinime tarptautinės rekomendacijos yra 75 balai. Tai yra geras saugos kultūros suvokimas. Kai kurie moksliniai tyrimai, naudojantys šį instrumentą nacionaliniu ir tarptautiniu mastu, parodo, kad balai virš 80 rodo, kad sveikatos priežiūros darbuotojai sutaria dėl saugios aplinkos. Tačiau balai žemesni nei 60, yra įspėjamasis ženklas įstaigoms, kad reikia imtis veiksmų saugos kultūrai įgyvendinti (38).

Tyrimo autorė, remiantis kitų mokslininkų atliktais darbais, iš lietuviškos klausimyno versijos išrinko 30 klausimų pagal temas ir juos suskirstė į 6 atskiras dimensijas. Klausimyno sudėtis pateikiama 1 lentelėje.

1 lentelė. Tyrimo klausimyno sudėties apibūdinimas

Eil. Nr.	**Klausimų skalės**	**Klausimų skalei priskirti klausimai**
1	Saugos klimatas:	4, 5, 11, 12, 20, 21, 28
2	Komandinis darbas:	3, 24, 30, 34, 35, 38
3	Pasitenkinimas darbu:	2, 8, 15, 29, 41
4	Streso atpažinimas darbe:	16, 25, 31, 32
5	Vadovybės požiūris į saugą:	10, 17, 18, 26
6	Darbo sąlygos	6, 7, 22, 42

Klausimyno skalių vidinis nuoseklumas įvertintas naudojant Cronbach alfa koeficientą, kuris remiasi atskirų klausimų, sudarančių klausimyną, koreliacija - įvertina, ar visi skalės klausimai pakankamai atspindi tiriamąjį dydį ir įgalina patikslinti reikiamų klausimų skaičių skalėje. Cronbach alfa koeficiento reikšmė gerai sudarytam klausimynui turėtų būti didesnė už 0,7 (kai kurių autorių teigimu – už 0,6) (57). Iš šešių klausimų skalių penkiose nustatytas aukštas Cronbach alfa rodiklis. Vienoje, šis rodiklis – pakankamas (2 lentelė). Bendras klausimyno vidinis nuoseklumas geras. Tyrimo instrumentas tinkamas naudoti moksliniame tyrime.

Paskutinis klausimas buvo atviras, prašant nurodyti tris patarimus, kaip būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje. Gauti atsakymai buvo perrašyti į duomenų bazę ir analizuoti kokybinio turinio analizės metodu, atsižvelgiant į pasikartojančias temas. Duomenys buvo koduojami, vėliau pagal kodų prasmę sugrupuojami į subskales ir į skales.

2 lentelė Klausimyno skalių vidinio nuoseklumo vertinimas

Klausimyno skalės	**Teiginių skaičius**	**Cronbach alfa koeficientas**
Saugos klimatas	7	0,762
Komandinis darbas	6	0,728
Pasitenkinimas darbu	5	0,781
Streso atpažinimas darbe	4	0,784
Vadovybės požiūris į saugą	4	0,651
Darbo sąlygos	4	0,709
Bendras	**30**	**0,883**

2.3 Tiriamosios imties socialinės ir demografinės charakteristikos

Atrankos kriterijus atitiko ir tyrime dalyvavo 291 operacinėse dirbantis sveikatos priežiūros specialistas. 42,6 proc. (n=124) tyrimo dalyvių buvo slaugytojai, daugiau kaip trečdalis (34,4 proc., n=100) – gydytojai ar gydytojai rezidentai ir 23,0 proc. (n=67) – pagalbiniai operacinės darbuotojai. Didžioji dalis tyrime dalyvavusių respondentų buvo vidutinio amžiaus moterys (80,8 proc., n=235), vyresnės kaip 40 metų amžiaus (50,1 proc., n=146), turinčios didesnę kaip 15 metų darbo patirtį pagal specialybę ir konkrečioje operacinėje (3 lentelė).

3 lentelė. Tyrimo dalyvių sociodemografinės charakteristikos (N=291)

Požymiai	Abs. sk. (n)	proc.
Pareigos		
Gydytojai / gydytojai rezidentai	100	34,4
Slaugytojai	124	42,6
Pagalbiniai darbuotojai	67	23,0
Lytis		
Vyrai	56	19,2
Moterys	235	80,8
Amžius		
<30 metų	99	34,0
30-39 metai	46	15,8
40-49 metai	79	27,1
≥50 metų	67	23,0
Darbo patirtis pagal specialybę		
<1 metai	46	15,8
1-5 metai	86	29,6
6-14 metų	51	17,5
≥15 metų	108	37,1
Darbo patirtis šioje operacinėje		
<1 metai	59	20,3
1-5 metai	86	29,6
6-14 metų	53	18,2
≥15 metų	93	32,0
Darbo pamaina		
Dieninė	128	44,0
Mišrus grafikas	163	56,0

Daugiau kaip pusė apklaustų operacinės darbuotojų dirba mišriu grafiku (56,0 proc., n=163), 44 proc. (n=128) – dieninėje pamainoje (3 lentelė).

2.4 Tyrimo etika

Tyrimas atliktas remiantis etikos principais, tiriamiesiems buvo užtikrintos teisės gauti tikslią informaciją apie atliekamą tyrimą. Respondentai, slaugos administratorės, bei klinikų vadovai buvo supažindinti su klausimynu. Tyrimo dalyviams garantuotas savanoriškas sutikimas dalyvauti tyrime, paaiškinus tyrimo tikslą bei paprašius nuspręsti dalyvauti arba atsisakyti dalyvauti tyrime. Sutikę dalyvauti tyrime respondentai pasirašė raštiškus sutikimus. Žalos ar rizikos respondentai nepatyrė, galimas nepatogumas dalyvaujant tyrime buvo sugaištas laikas. Tyrimui atlikti buvo gauti visų klinikų vadovų raštiški sutikimai, LSMU ligoninės Kauno klinikų Mokslo ir studijų koordinavimo tarnybos vadovo sutikimas bei LSMU Bioetikos centro pritarimas vykdyti tyrimą Nr. BEC - SL(M)-203, išduotas 2019 m. kovo 18 dieną. (5 priedas).

Tyrimo autorė, iš anksto suderinus laiką su slaugos administratorėmis, daugumai tiriamųjų klausimynus dalino pati, personalo susirinkimų metu. Taip pat dalyvavo pildymo metu, atsakė į iškilusius klausimus, nurodė kaip bus užtikrintas respondentų konfidencialumas bei informavo kokiu tikslu bus naudojami tyrimo metu gauti duomenys. Prieš pildant klausimynus, tiriamieji buvo supažindinti su tyrimo tikslu ir klausimyno pildymo instrukcija. Pildant klausimyną nebuvo reikalaujama informacijos, galinčios padėti nustatyti asmens tapatybę, o tyrimo rezultatai skelbiami tik apibendrinti. Respondentams pageidaujant, tyrėja žodžiu įsipareigojo pristatyti respondentams gautus tyrimo rezultatais.

2.5 Duomenų statistinės analizės metodai

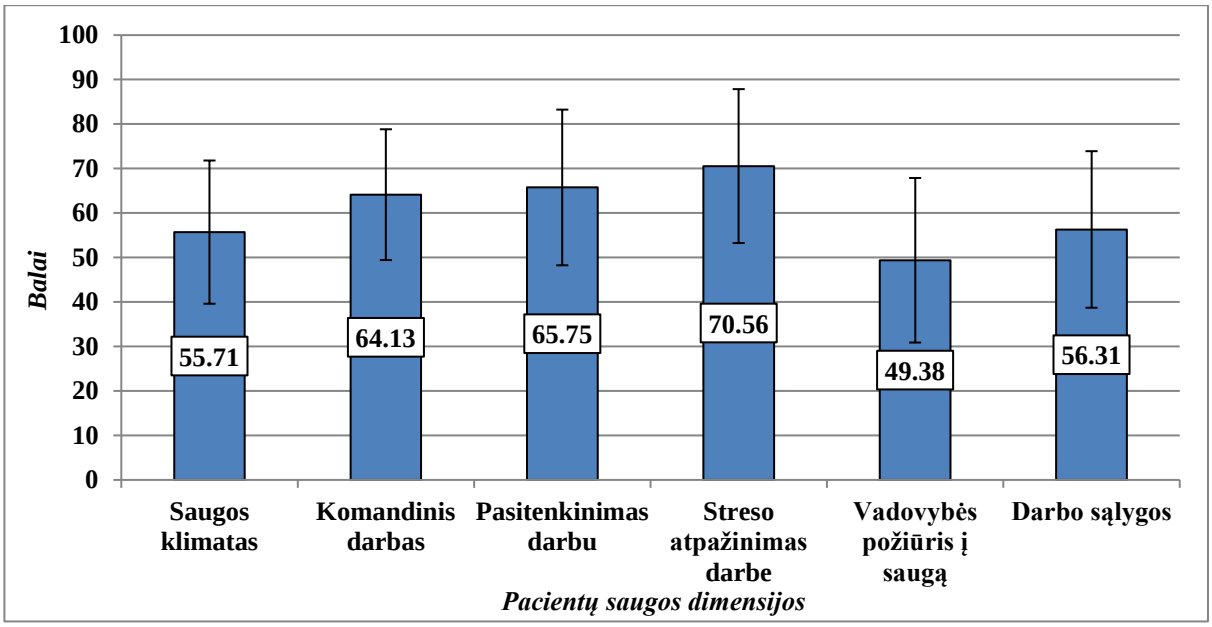
Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant IBM SPSS Statistics 22 programinę įrangą ir MS Excel 2016 kompiuterinę programą. Nagrinėjamų požymių pasiskirstymui pasirinktoje imtyje įvertinti taikyta aprašomoji duomenų statistika – absoliutūs (n) ir procentiniai dažniai (proc.). Aprašant intervalų skalės kintamuosius taikytas vidurkis (m) ir jo standartinis nuokrypis (SN). Kiekybinių kintamųjų skirstinio normalumas tikrintas Kolmogorovo-Smirnovo testu. Dviejų nepriklausomų imčių parametrinių kintamųjų, kurių skirstinys statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo normaliojo, vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas Stjudento t-testas, daugiau kaip dviejų nepriklausomų imčių parametrinių kintamųjų vidutinėms reikšmėms palyginti naudotas ANOVA testas, taikytas Bonferroni aposteriorinis kriterijus. Požymių ryšiams vertinti sudarytos susijusių požymių lentelės, požymių priklausomybei nustatyti skaičiuotas chi-kvadrat ($\chi 2$) kriterijus, proporcijų lygybė vertinta z testu su Bonferroni korekcija. Ryšio tarp ranginių kintamųjų stiprumas analizuotas apskaičiuojant Spearman koreliacijos koeficientą (r). Jei $0<|r|\leq 0,3$, dydžiai silpnai priklausomi, jei $0,3<|r|\leq 0,8$, vidutiniškai priklausomi, jei $0,8<|r|\leq 1$, stipriai priklausomi. Koreliacijos koeficientas bus teigiamas, kai vienam dydžiui didėjant, didės ir kitas, neigiamas – kai vienam dydžiui didėjant, kitas mažės. Kai reikšmingumo lygmuo $p<0,05$, požymių skirtumas tiriamųjų grupėse laikytas statistiškai reikšmingu. Rezultatai pateikiami diagramose ir lentelėse.

3 REZULTATAI

3.1 Gydytojų požiūris į paciento saugą operacinėje

Analizuojant gydytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje respondentų buvo prašoma įvertinti teiginius pagal tai, kiek nurodytas teiginys atitinka jų darbo aplinką. Klausimai buvo grupuojami į skales, o respondentų atsakymai verčiami į 100 balų sistemą, kur min=0, max=100 balų. Gerą saugos kultūros suvokimą rodo aukštesnis kaip 75 balų vertinimas. Žemesnis nei 60 balų vertinimas yra įspėjamasis ženklas imtis veiksmų saugos kultūrai įgyvendinti (38).

Gauti rezultatai rodo, kad operacinėse dirbantys gydytojai aukščiausiais balais vertino streso atpažinimą darbe (70,56±17,3 balai iš 100), savo pasitenkinimą darbu (65,75±17,5 balai) bei komandinį darbą operacinėje (64,13±14,7 balai). Žemiausiais balais gydytojai vertino vadovybės požiūrį į paciento saugą (49,38±18,5 balai iš 100), saugos klimatą operacinėje (55,71±16,1 balai) bei darbo sąlygas (56,31±17,6 balai) (5 pav.).



5 pav. Gydytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčiai (m±SN)

Vertinant gydytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje priklausomai nuo darbo pagal specialybę patirtį nustatyta, kad 6-14 metų pagal specialybę dirbantys gydytojai saugos klimatą operacinėje vertino reikšmingai žemesniais balais palyginus su gydytojais, dirbančiais trumpiau kaip 1 metus ($p<0,05$). Neseniai pagal specialybę dirbti pradėję gydytojai (<1 metai) reikšmingai aukštesniais balais vertino darbo sąlygas nei ilgesnę darbo patirtį turintys kolegos ($p<0,05$) (4 lentelė).

4 lentelė. Gydytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo pagal specialybę patirtį (m±SN)

Dimensijos	**Darbo patirtis pagal specialybę**				**F (p)**
	<1 metai	**1-5 metai**	**6-14 metų**	**≥15 metų**	
Saugos klimatas	61,53±15,5	55,02±14,6	**46,94±14,9***	56,48±17,7	2,9 (**0,045**)
Komandinis darbas	70,27±16,1	62,05±12,6	63,69±12,4	62,19±16,5	1,7 (0,166)
Pasitenkinimas darbu	65,91±19,3	64,86±16,1	62,86±19,9	68,33±17,4	0,3 (0,791)
Streso atpažinimas darbe	73,30±16,0	72,97±13,9	65,18±17,3	67,82±21,9	1,1 (0,353)
Vadovybės požiūris į saugą	56,25±21,7	46,96±16,2	45,98±12,2	48,84±20,9	1,4 (0,248)
Darbo sąlygos	**64,77±17,8****	56,42±17,3	51,79±13,5	51,62±18,1	2,8 (**0,046**)

*-p<0,05, palyginus su dirbančiais pagal specialybę <1 metus (Bonferroni post-hoc)

**-p<0,05, palyginus su dirbančiais 1-5 metus, 6-14 metų ir ≥15 metų

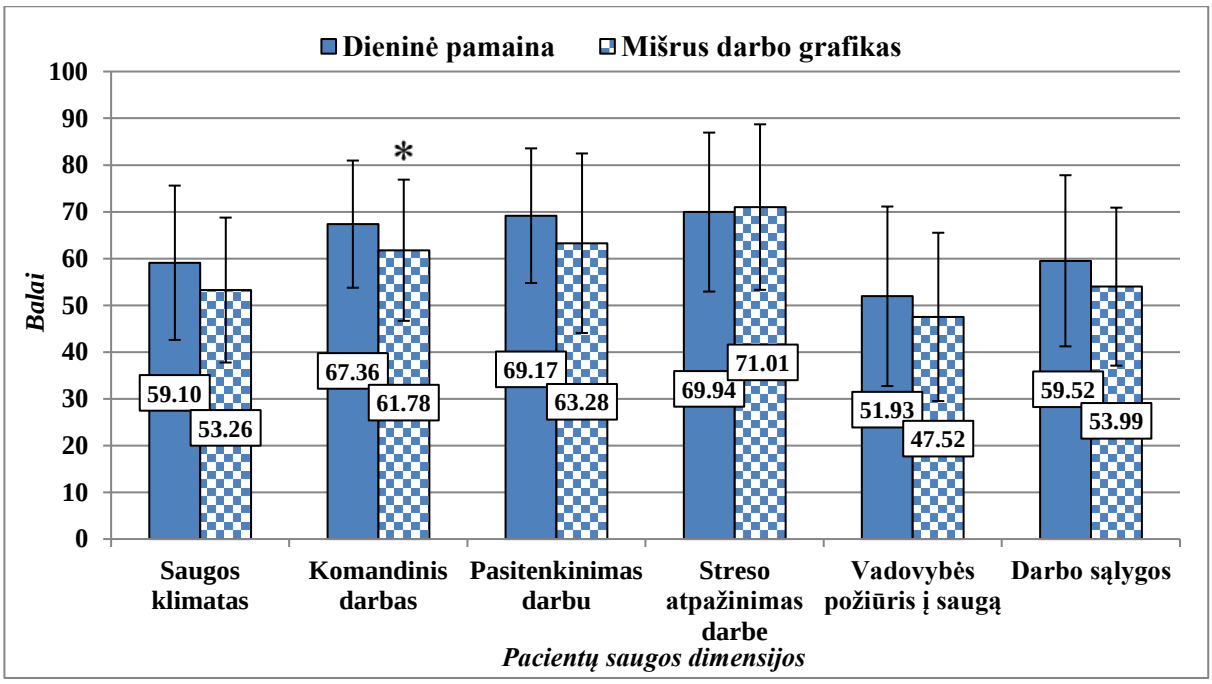
Statistinė analizė rodo, kad didesnę kaip 15 metų patirtį konkrečioje operacinėje turintys gydytojai darbo sąlygas vertino reikšmingai prasčiau palyginus su toje operacinėje pradėjusiais dirbti kolegomis (dirbančiais <1 metus) (p<0,05) (5 lentelė).

5 lentelė. Gydytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo šioje operacinėje patirtį (m±SN)

Dimensijos	**Darbo patirtis šioje operacinėje**				**F (p)**
	<1 metai	**1-5 metai**	**6-14 metų**	**≥15 metų**	
Saugos klimatas	60,10±14,8	54,72±17,1	50,48±13,2	55,00±17,5	1,3 (0,275)
Komandinis darbas	68,53±15,3	61,96±13,4	64,44±11,1	61,50±16,8	1,4 (0,253)
Pasitenkinimas darbu	67,41±17,5	61,61±19,8	68,33±11,4	67,40±17,7	0,8 (0,475)
Streso atpažinimas darbe	73,92±15,2	70,97±15,8	70,42±15,6	66,25±21,9	0,9 (0,453)
Vadovybės požiūris į saugą	53,88±21,0	47,38±16,4	47,50±12,5	47,75±21,0	0,8 (0,496)
Darbo sąlygos	63,79±17,3	55,65±17,2	52,92±14,3	**50,50±18,3***	3,0 (**0,034**)

*-p<0,05, palyginus su dirbančiais pagal specialybę <1 metus (Bonferroni post-hoc)

Analizuojant gydytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje priklausomai nuo darbo grafiko nustatyta, kad mišriu grafiku dirbantys gydytojai komandinį darbą operacinėje vertino statistiškai reikšmingai žemesniais balais nei dieninėje pamainoje dirbantys kolegos (p<0,05) (6 pav.).



*-p<0,05, palyginus su dirbančiais dieninėje pamainoje (Stjudento t-testas)

6 pav. Gydytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo grafiką (m±SN)

Tyrimu buvo siekiama įvertinti gydytojų požiūrio į pacientų saugą ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais sąsajas. Spearman koreliacijos metodu nustatytos 29 statistiškai reikšmingos silpnos teigiamos sąsajos. Gauti rezultatai rodo, kad kuo labiau gydytojai yra patenkinti bendradarbiavimusu gydytojais chirurgais ir anesteziologais, chirurgijos ir anesteziologijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu operacinės personalu, tuo aukštesniais balais vertina komandinį darbą ir darbo sąlygas (p<0,05). Didesnis pasitenkinimas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, anesteziologijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu personalu didina gydytojų pasitenkinimą darbu ir gerina jų nuomonę apie saugos klimatą darbe (p<0,05). Spearman koreliacijos metodu nustatyta, kad kuo labiau gydytojai yra patenkinti bendradarbiavimu su anestezijos ir operacinės slaugytojomis ir pagalbiniu personalu, tuo aukštesniais balais vertina vadovybės požiūrį į pacientų saugą (p<0,05) (6 lentelė).

6 lentelė. Gydytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su kolegomis sąsajos (Spearman koreliacija)

Dimensijos	**Pareigos**						
	Gydytojai chirurgai	Chirurgijos rezidentai	Gydytojai anesteziologai	Anesteziologijos rezidentai	Anestezijos slaugytojos	Operacinės slaugytojos	Pagalbinis personalas
Saugos klimatas	0,283*	0,108	0,301*	0,282*	0,372**	0,339**	0,321**
Komandinis darbas	0,353**	0,210*	0,304*	0,318**	0,447**	0,449**	0,396**
Pasitenkinimas darbu	0,339**	0,166	0,359**	0,283*	0,395**	0,427**	0,338**
Streso atpažinimas darbe	-0,033	0,047	-0,041	-0,022	-0,176	-0,146	-0,153
Vadovybės požiūris į saugą	0,081	0,098	0,133	0,119	0,241*	0,236*	0,288*
Darbo sąlygos	0,389**	0,249*	0,395**	0,310*	0,420**	0,396**	0,338**

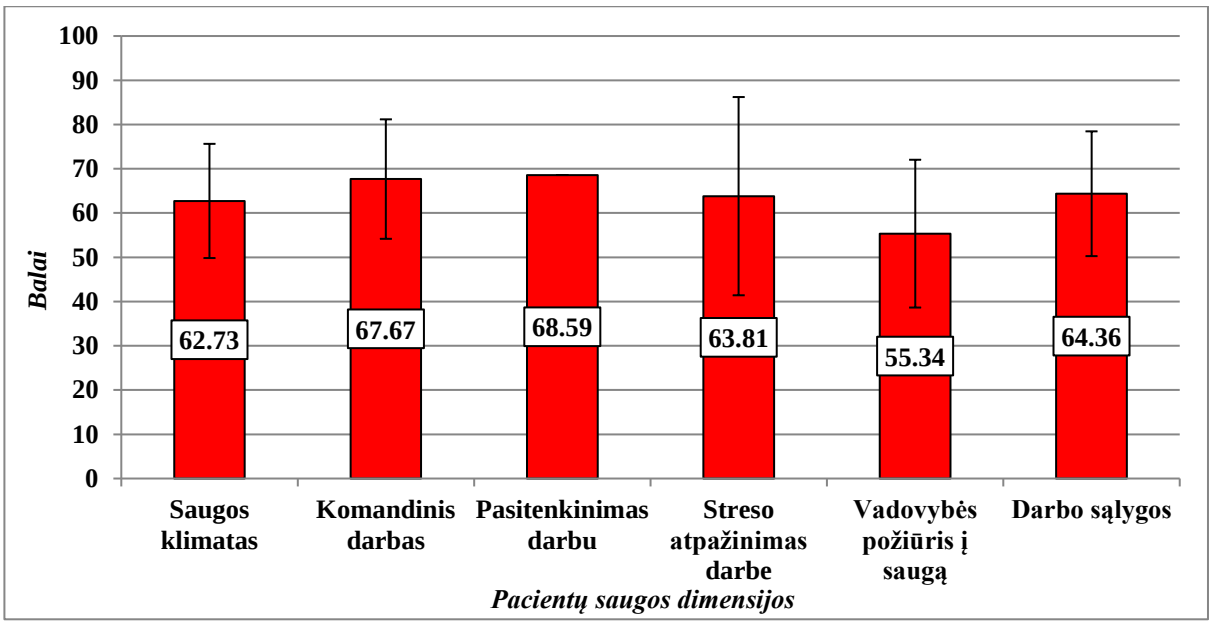
*-p<0,05, **-p<0,001

Apibendrinant operacinėse dirbančių gydytojų požiūrį į paciento saugą galima teigti, kad, gydytojų nuomone, streso atpažinimo lygis darbe yra labai didelis, o vadovybės požiūris į paciento saugą ir saugos klimatas operacinėje nėra pakankamas. Gydytojų požiūriui įtakos turi jų darbo patirtis, darbo grafikas bei pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

3.2 Slaugytojų požiūris į paciento saugą operacinėje

Analizuojant slaugytojų požiūrį į paciento saugą operacinėje respondentų atsakymai buvo verčiami į 100 balų sistemą, kur min=0, max=100 balų. Gerą saugos kultūros suvokimą rodo aukštesnis kaip 75 balų vertinimas. Žemesnis nei 60 balų vertinimas yra įspėjamasis ženklas imtis veiksmų saugos kultūrai įgyvendinti (38).

Gauti rezultatai rodo, kad operacinėse dirbantys slaugytojai beveik visas klausimų skales vertino panašiais balais. Aukščiausiais balais apklausti slaugytojai vertino pasitenkinimą darbu (68,59±16,0 balų) ir komandinį darbą operacinėje (67,67±13,5 balų). Žemiausiais balais anestezijos ir operacinės slaugytojai vertino vadovybės požiūrį į pacientų saugą (55,34±16,7 balų) (7 pav.).



7 pav. Slaugytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčiai (m±SN)

Analizuojant operacinėse dirbančių slaugytojų požiūrį į pacientų saugą priklausomai nuo darbo pagal specialybę patirties nustatyta, kad didesnę kaip 15 metų patirtį turintys slaugytojai reikšmingai dažniau žemesniais balais vertino streso atpažinimą darbe palyginus su neseniai dirbti pradėjusiais kolegomis (<1 metus) (p<0,05) (7 lentelė).

7 lentelė. Slaugytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo pagal specialybę patirtį (m±SN)

Dimensijos	Darbo patirtis pagal specialybę				F (p)
	<1 metai	1-5 metai	6-14 metų	≥15 metų	
Saugos klimatas	73,21±13,8	60,91±10,4	62,30±12,5	62,17±13,2	2,0 (0,120)
Komandinis darbas	75,00±10,4	67,59±13,4	66,20±14,5	67,43±13,4	0,9 (0,445)
Pasitenkinimas darbu	79,38±12,3	68,61±13,4	67,96±16,5	67,61±16,6	1,3 (0,270)
Streso atpažinimas darbe	71,88±18,0	75,69±20,1	64,35±22,3	**59,68±22,5***	3,0 (**0,034**)
Vadovybės požiūris į saugą	67,19±14,8	52,08±17,9	54,17±18,7	55,28±15,5	1,6 (0,183)
Darbo sąlygos	70,31±22,1	63,89±14,8	63,66±13,0	64,08±13,5	0,5 (0,680)

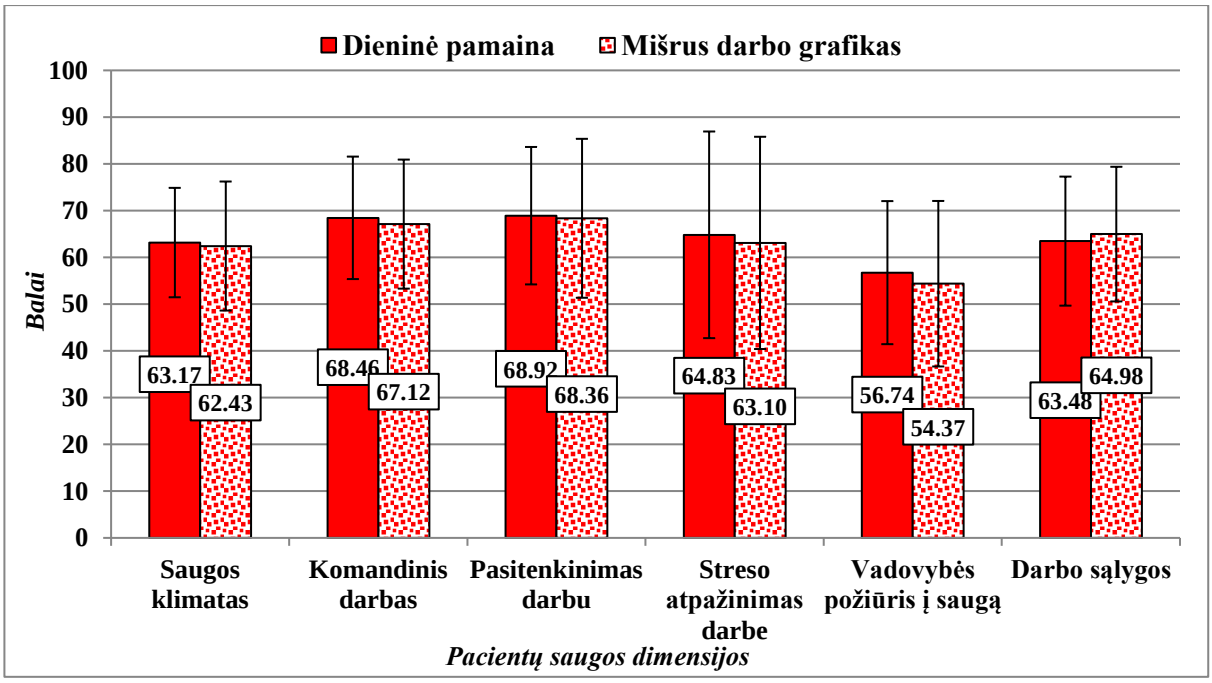
*-p<0,05, palyginus su dirbančiais pagal specialybę <1 metus (Bonferroni post-hoc)

Vertinant apklaustų slaugytojų požiūrį į pacientų saugą priklausomai nuo jų darbo patirties šioje operacinėje statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (8 lentelė). Stebima tendencija, kad šioje operacinėje trumpiausiai dirbantys slaugytojai (<1 metai) streso atpažinimą darbe, komandinį darbą, pasitenkinimą darbu, saugos klimatą ir vadovybės požiūrį į saugą dažniau vertino aukštesniais balais nei ilgesnę darbo patirtį šioje operacinėje turintys kolegos, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (8 lentelė).

8 lentelė. Slaugytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo šioje operacinėje patirtį (m±SN)

Dimensijos	**Darbo patirtis šioje operacinėje**				**F (p)**
	<1 metai	**1-5 metai**	**6-14 metų**	**≥15 metų**	
Saugos klimatas	67,58±9,7	62,65±13,7	62,81±13,8	61,64±12,8	0,7 (0,526)
Komandinis darbas	71,79±9,0	67,88±13,0	66,38±15,5	67,31±13,6	0,5 (0,682)
Pasitenkinimas darbu	72,31±11,1	71,04±14,7	68,10±17,5	66,98±16,6	0,6 (0,604)
Streso atpažinimas darbe	74,52±15,2	69,01±21,8	60,78±25,8	60,78±21,5	2,0 (0,118)
Vadovybės požiūris į saugą	61,54±8,0	53,91±18,4	54,96±18,9	54,74±16,3	0,7 (0,565)
Darbo sąlygos	64,42±16,8	64,84±15,2	65,09±13,5	63,79±13,7	0,1 (0,979)

Statistinė analizė rodo, kad anestezijos ir operacinės slaugytojų požiūris į pacientų saugą priklausomai nuo jų darbo grafiko buvo panašus (8 pav.). Stebima tendencija, kad dieninėje pamainoje dirbantys slaugytojai komandinį darbą operacinėje, pasitenkinimą darbu, streso atpažinimą darbe, saugos klimatą bei vadovybės požiūrį į pacientų saugą dažniau vertino aukštesniais balais nei mišriu grafiku dirbantys kolegos, tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas (8 pav.).



p>0,05 (Stjudento t-testas)

8 pav. Slaugytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo grafiką (m±SN)

Tyrimu buvo siekiama įvertinti operacinėse dirbančių slaugytojų požiūrio į pacientų saugą ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais sąsajas. Spearman koreliacijos metodu nustatytos statistiškai reikšmingos silpnos 28 teigiamos ir 2 neigiamos sąsajos. Gauti rezultatai rodo, kad kuo labiau operacinėse dirbantys slaugytojai yra patenkinti bendradarbiavimu su

gydytojais chirurgais ir anesteziologais, chirurgijos ir anesteziologijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu operacinės personalu, tuo aukštesniais balais vertina saugos klimatą operacinėje, komandinį darbą ir pasitenkinimą darbu (p<0,05) (9 lentelė). Didesnis pasitenkinimas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, chirurgijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu personalu gerina slaugytojų nuomonę apie darbo sąlygas (p<0,05). Spearman koreliacijos metodu nustatyta, kad kuo labiau anestezijos ir operacinės slaugytojai yra patenkinti bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, tuo aukštesniais balais vertina vadovybės požiūrį į pacientų saugą (p<0,05). Neigiamas Spearman koreliacijos koeficientas rodo, kad didesnis slaugytojų pasitenkinimas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir chirurgijos rezidentais mažina streso atpažinimą darbe (p<0,05) (9 lentelė).

9 lentelė. Slaugytojų požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su kolegomis sąsajos (Spearman koreliacija)

Dimensijos	**Pareigos**						
	Gydytojai chirurgai	Chirurgijos rezidentai	Gydytojai anesteziologai	Anesteziologijos rezidentai	Anestezijos slaugytojos	Operacinės slaugytojos	Pagalbinis personalas
Saugos klimatas	0,437**	0,248*	0,281*	0,228*	0,281*	0,314**	0,375**
Komandinis darbas	0,414**	0,243*	0,222*	0,190*	0,260*	0,344**	0,398**
Pasitenkinimas darbu	0,564**	0,299**	0,407**	0,320**	0,267*	0,345**	0,473**
Streso atpažinimas darbe	-0,233*	-0,214*	-0,049	0,030	-0,071	-0,159	-0,143
Vadovybės požiūris į saugą	0,321**	0,120	0,180*	0,166	0,106	0,098	0,168
Darbo sąlygos	0,368**	0,308**	0,248*	0,162	0,223*	0,313**	0,274*

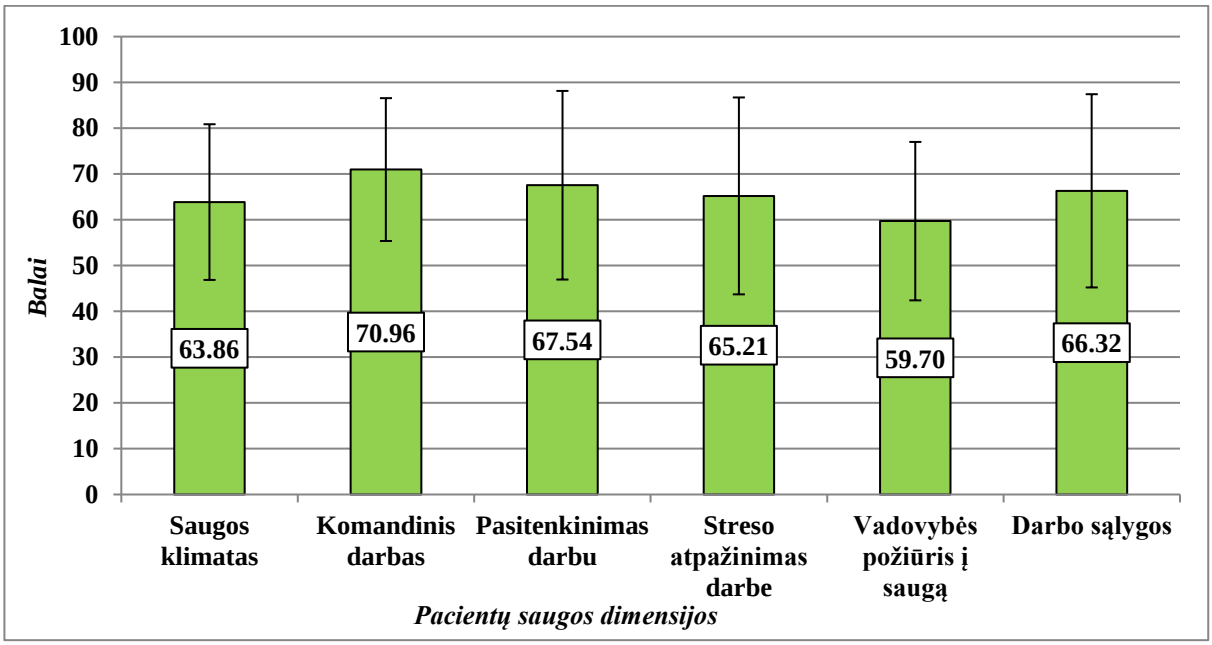
*-p<0,05, **-p<0,001

Apibendrinant operacinėse dirbančių slaugytojų požiūrį į paciento saugą galima teigti, kad slaugytojai yra patenkinti savo ir komandiniu darbu, tačiau jų nuomone, vadovybės požiūris į paciento saugą operacinėje nėra pakankamas. Slaugytojų požiūrį lemia jų darbo pagal specialybę patirtis ir pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

3.3 Pagalbinio personalo požiūris į paciento saugą operacinėje

Analizuojant pagalbinio operacinės personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje respondentų atsakymai buvo verčiami į 100 balų sistemą, kur min=0, max=100 balų. Gerą saugos kultūros suvokimą rodo aukštesnis kaip 75 balų vertinimas. Žemesnis nei 60 balų vertinimas yra įspėjamasis ženklas imtis veiksmų saugos kultūrai įgyvendinti (38).

Gauti rezultatai rodo, kad operacinėse dirbantis pagalbinis personalas aukščiausiais balais vertino komandinį darbą operacinėje (70,96±15,6 balų) ir pasitenkinimą darbu (67,54±20,6 balų). Žemiausiais balais operacinėse dirbantis pagalbinis personalas vertino vadovybės požiūrį į pacientų saugą (59,70±17,3 balų) (9 pav.).



9 pav. Pagalbinio operacinės personalo požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčiai (m±SN)

Analizuojant operacinėse dirbančio pagalbinio personalo požiūrį į pacientų saugą priklausomai nuo darbo pagal specialybę patirties nustatyta, kad didesnę kaip 15 metų patirtį turintis pagalbinis personalas reikšmingai dažniau aukštesniais balais vertino pasitenkinimą darbu palyginus su pagal specialybę 1-5 metus dirbančiais kolegomis (p<0,05) (10 lentelė).

10 lentelė. Pagalbinio operacinės personalo požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo pagal specialybę patirtį (m±SN)

Dimensijos	**Darbo patirtis pagal specialybę**				**F (p)**
	<1 metai	**1-5 metai**	**6-14 metų**	**≥15 metų**	
Saugos klimatas	64,73±23,6	63,94±14,8	63,21±12,3	62,86±18,0	0,1 (0,993)
Komandinis darbas	70,83±20,4	68,15±14,3	75,42±9,7	75,42±16,0	0,9 (0,461)
Pasitenkinimas darbu	67,50±18,8	62,42±20,0	70,50±20,9	**80,50±21,7***	2,9 (**0,045**)
Streso atpažinimas darbe	65,23±24,8	64,72±19,7	60,63±27,3	71,25±16,2	0,4 (0,748)
Vadovybės požiūris į saugą	57,42±21,4	59,68±16,0	60,63±17,7	62,50±15,9	0,2 (0,908)
Darbo sąlygos	65,63±22,5	63,94±14,8	63,21±12,3	62,86±18,0	0,2 (0,8770

*-p<0,05, palyginus su dirbančiais pagal specialybę 1-5 metus (Bonferroni post-hoc)

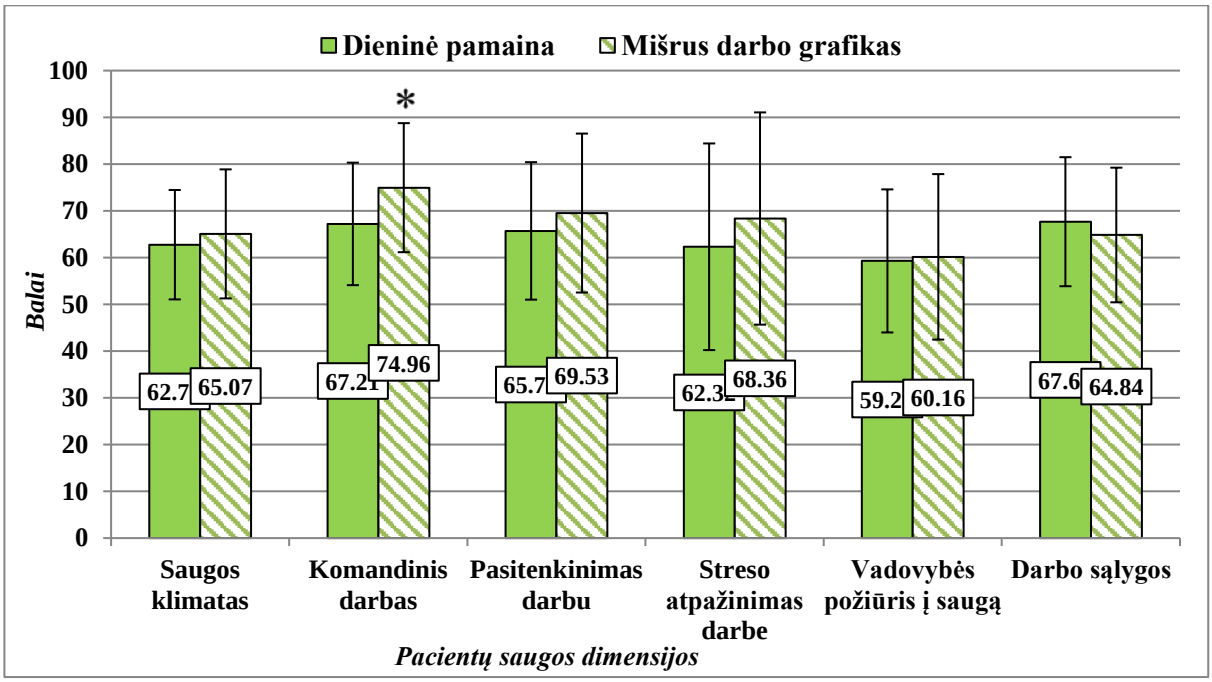
Statistinė analizė rodo, kad didesnę kaip 15 metų patirtį konkrečioje operacinėje turintis pagalbinis personalas pasitenkinimą darbu vertino reikšmingai aukštesniais balais palyginus su toje operacinėje 1-5 metus dirbančiais kolegomis (p<0,05) (11 lentelė).

11 lentelė. Pagalbinio operacinės personalo požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo šioje operacinėje patirtį (m±SN)

Dimensijos	**Darbo patirtis šioje operacinėje**				**F (p)**
	<1 metai	**1-5 metai**	**6-14 metų**	**≥15 metų**	
Saugos klimatas	65,97±22,6	63,25±14,9	63,10±13,0	62,86±18,0	0,1 (0,952)
Komandinis darbas	72,06±19,4	67,34±14,3	76,39±9,8	75,42±16,0	1,2 (0,307)
Pasitenkinimas darbu	69,12±16,8	60,97±20,4	72,78±20,8	**81,52±21,4***	2,8 **(0,047)**
Streso atpažinimas darbe	63,24±23,3	65,52±20,2	61,11±28,9	71,25±16,2	0,4 (0,746)
Vadovybės požiūris į saugą	58,09±20,5	59,07±16,3	61,81±18,3	62,50±15,9	0,2 (0,905)
Darbo sąlygos	65,81±23,4	64,31±21,4	73,61±22,0	66,88±15,9	0,4 (0,720)

*-p<0,05, palyginus su dirbančiais pagal specialybę 1-5 metus (Bonferroni post-hoc)

Analizuojant pagalbinio personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje priklausomai nuo darbo grafiko nustatyta, kad mišriu grafiku operacinėje dirbantis pagalbinis personalas komandinį darbą operacinėje vertino statistiškai reikšmingai aukštesniais balais nei dieninėje pamainoje dirbantys kolegos (p<0,05) (10 pav.).



*-p<0,05, palyginus su dirbančiais dieninėje pamainoje (Stjudento t-testas)

10 pav. Pagalbinio operacinės personalo požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal darbo grafiką (m±SN)

Tyrimu buvo siekiama įvertinti operacinėse dirbančio pagalbinio personalo požiūrio į pacientų saugą ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais sąsajas. Spearman koreliacijos metodu nustatytos statistiškai reikšmingos 20 silpnų ir 11 vidutinio stiprumo teigiamų ir 2 silpnos neigiamos sąsajos. Gauti rezultatai rodo, kad kuo labiau operacinėse dirbantis pagalbinis personalas yra patenkintas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, chirurgijos

ir anesteziologijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu operacinės personalu, tuo aukštesniais balais vertina saugos klimatą operacinėje, komandinį darbą ir pasitenkinimą darbu (p<0,05). Vidutinio stiprumo sąsajos nustatytos tarp komandinio darbo bei pasitenkinimo darbu ir bendradarbiavimo su gydytojais, slaugytojais, anesteziologijos rezidentais bei pagalbiniu personalu (p<0,05) (12 lentelė). Spearman koreliacijos metodu nustatyta, kad kuo labiau pagalbinis personalas yra patenkintas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, anestezijos rezidentais, anestezijos ir operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu personalu tuo aukštesniais balais vertina vadovybės požiūrį į pacientų saugą (p<0,05). Didesnis pasitenkinimas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologais, anestezijos rezidentais, operacinės slaugytojomis bei pagalbiniu personalu gerina pagalbinio personalo nuomonę apie darbo sąlygas (p<0,05). Neigiamas Spearman koreliacijos koeficientas rodo, kad didesnis pagalbinio personalo pasitenkinimas bendradarbiavimu su gydytojais chirurgais ir anesteziologijos rezidentais mažina streso atpažinimą darbe (p<0,05) (12 lentelė).

12 lentelė. Pagalbinio operacinės personalo požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų ir pasitenkinimo bendradarbiavimu su kolegomis sąsajos (Spearman koreliacija)

Dimensijos	**Pareigos**						
	Gydytojai chirurgai	Chirurgijos rezidentai	Gydytojai anesteziologai	Anesteziologijos rezidentai	Anestezijos slaugytojos	Operacinės slaugytojos	Pagalbinis personalas
Saugos klimatas	0,515**	0,307*	0,471**	0,489**	0,410**	0,418**	0,408**
Komandinis darbas	**0,568****	0,446**	**0,599****	**0,564****	**0,519****	**0,557****	**0,582****
Pasitenkinimas darbu	**0,554****	0,422**	**0,605****	**0,502****	**0,517****	**0,537****	0,441**
Streso atpažinimas darbe	-0,283*	-0,162	-0,237	-0,251*	0,070	-0,020	0,039
Vadovybės požiūris į saugą	0,414**	0,196	0,428**	0,436**	0,241*	0,316*	0,344*
Darbo sąlygos	0,405**	0,222	0,363*	0,403**	0,223	0,289*	0,341*

*-p<0,05, **-p<0,001

Apibendrinant operacinėse dirbančio pagalbinio personalo požiūrį į paciento saugą galima teigti, kad pagalbinis personalas yra patenkintas darbu ir komandiniu darbu, tačiau jų nuomone, vadovybės požiūris į paciento saugą operacinėje nėra pakankamas. Pagalbinio personalo požiūrį lemia jų darbo pagal specialybę ir konkrečioje operacinėje patirtis, darbo grafikas ir pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

3.4 Operacinės komandos narių požiūrio į paciento saugą operacinėje palyginimas

Tyrimu buvo siekiama palyginti operacinės komandos narių požiūrį į paciento saugą operacinėje. Statistinė analizė rodo, kad operacinėse dirbantys gydytojai statistiškai reikšmingai dažniau žemesniais balais vertino saugos klimatą darbe, vadovybės požiūrį į saugą bei darbo sąlygas nei slaugytojai ir pagalbinis personalas ($p<0,05$) (13 lentelė). Pagalbinis personalas reikšmingai dažniau nei gydytojai aukštesniais balais vertino komandinį darbą operacinėje ($p<0,05$). Operacinėse dirbantys slaugytojai reikšmingai dažniau nei gydytojai mažesniais balais vertino streso atpažinimą darbe ($p<0,05$) (13 lentelė).

13 lentelė. Tyrimo dalyvių požiūrio į pacientų saugą operacinėje dimensijų įverčių palyginimas pagal pareigas (m±SN)

Dimensijos	Gydytojai	Slaugytojai	Pagalbinis personalas	F (p)
Saugos klimatas	**55,71±16,1***	62,73±12,9	63,86±17,0	8,1 **(<0,001)**
Komandinis darbas	64,13±14,7	67,67±13,5	**70,96±15,6****	4,6 (**0,011**)
Pasitenkinimas darbu	65,75±17,5	68,59±16,0	67,54±20,6	0,7 (0,489)
Streso atpažinimas darbe	70,56±17,3	**63,81±22,4****	65,21±21,5	3,1 (**0,045**)
Vadovybės požiūris į saugą	**49,38±18,5***	55,34±16,7	59,70±17,3	7,4 (**0,001**)
Darbo sąlygos	**56,31±17,6***	64,36±14,1	66,32±21,1	8,8 **(<0,001)**

*-$p<0,05$, palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu; **-$p<0,05$, palyginus su gydytojais (Bonferroni post-hoc)

Nustatyta, kad gydytojai reikšmingai rečiau pritarė pacientų saugos klimato dimensijos teiginiams, kad šioje ligoninėje medicininės klaidos sprendžiamos tinkamai ($\chi^2=10,1$; $p=0,006$), kad žino, kam tiesiogiai išsakyti abejones dėl pacientų saugos šioje operacinėje ($\chi^2=10,4$; $p=0,006$) ir kad šioje operacinėje medicinines klaidas aptarti sudėtinga ($\chi^2=12,5$; $p=0,002$) (14 lentelė).

14 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių pacientų saugos klimato operacinėje teiginiams, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	Gydytojai (n=100)	Slaugytojai (n=124)	Pagalbinis personalas (n=67)	χ^2 (p)
Pacientai šioje operacinėje jaučiasi saugiai	79 (79,0)	96 (77,4)	53 (79,1)	0,1 (0,946)
Šioje ligoninėje medicininės klaidos sprendžiamos tinkamai.	**37 (37,0)***	69 (55,6)	39 (58,2)	10,1 (**0,006**)
Mano darbas pakankamai įvertinamas	23 (23,0)	33 (26,6)	22 (32,80	2,0 (0,371)
Šioje operacinėje medicinines klaidas aptarti sudėtinga	**22 (22,0)***	46 (37,1)	32 (47,8)	12,5 (**0,002**)
Kolegos padrąsina aptarti visus neaiškumus, susijusius su pacientų sauga	37 (37,0)	65 (52,4)	32 (47,8)	5,4 (0,067)
Teigiama atmosfera šioje operacinėje padeda mokytis iš kitų darbuotojų klaidų.	45 (45,0)	63 (50,8)	37 (55,2)	1,8 (0,415)
Žino, kam tiesiogiai išsakyti abejones dėl pacientų saugos šioje operacinėje	**54 (54,0)***	90 (72,6)	49 (73,1)	10,4 (**0,006**)

*-p<0,05, palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Vertinant tyrimo dalyvių pritarimą komandinio darbo dimensijos teiginiams nustatyta, kad gydytojai reikšmingai rečiau pritarė teiginiui, kad nesutarimai šioje operacinėje sprendžiami tinkamai (χ^2=5,4; p=0,048) palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (15 lentelė).

15 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių komandinio darbo operacinėje teiginiams, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	Gydytojai (n=100)	Slaugytojai (n=124)	Pagalbinis personalas (n=67)	χ^2 (p)
Slaugytojos įnašas į operacinės darbą yra svarus	96 (96,0)	120 (96,8)	65 (97,0)	0,2 (0,926)
Šioje operacinėje nelengva „kalbėti“ apie nesklandumus, susijusius su pacientų priežiūra	21 (21,0)	38 (30,6)	21 (31,3)	3,2 (0,199)
Nesutarimai šioje operacinėje sprendžiami tinkamai	**40 (40,0)***	60 (48,4)	39 (58,2)	5,4 (**0,048**)
Šio skyriaus darbuotojai suteikia reikiamą pagalbą rūpinantis pacientais	60 (60,0)	84 (67,7)	49 (73,1)	3,3 (0,193)
Šioje operacinėje nesunku užduoti klausimus, iškilus kokiems nors neaiškumams	57 (57,0)	79 (63,7)	44 (65,7)	1,6 (0,451)
Gydytojai ir slaugytojos dirba kaip gerai koordinuota komanda	64 (64,0)	90 (72,6)	45 (67,2)	1,9 (0,378)

*-p<0,05, palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Gauti rezultatai rodo, kad pagalbinis personalas reikšmingai rečiau pritarė pasitenkinimo darbu skalės teiginiui, kad jiems patinka jų darbas palyginus su gydytojais ir slaugytojais (χ^2=34,7; p=0,001) (16 lentelė).

16 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių pasitenkinimo darbu teiginiams, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	Gydytojai (n=100)	Slaugytojai (n=124)	Pagalbinis personalas (n=67)	χ^2 (p)
Patinka darbas	87 (87,0)	116 (93,5)	**41 (61,2)***	34,7 (**0,001**)
Darbas šioje ligoninėje – tai kaip buvimas didelės šeimos nariu	34 (34,0)	50 (40,3)	30 (44,8)	2,1 (0,354)
Patinka dirbti šioje ligoninėje	69 (69,0)	93 (75,0)	47 (70,1)	1,1 (0,576)
Didžiuojasi galėdami dirbti šioje ligoninėje	52 (52,0)	71 (57,3)	37 (55,2)	0,6 (0,733)
Šioje operacinėje gera darbo atmosfera	61 (61,0)	63 (50,8)	36 (53,7)	2,4 (0,304)

*-p<0,05, palyginus su gydytojais ir slaugytojais (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Nustatyta, kad operacinėse dirbantys slaugytojai statistiškai reikšmingai rečiau nei gydytojai ir pagalbinis personalas pritarė streso atpažinimo darbui skalės teiginiui, kad įtemptose ir sudėtingose situacijose jie daro daugiau klaidų (χ^2=6,2; p=0,004) (17 lentelė).

17 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių streso atpažinimo teiginiams, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	Gydytojai (n=100)	Slaugytojai (n=124)	Pagalbinis personalas (n=67)	χ^2 (p)
Dėl nuovargio darbo kokybė prastėja sudėtingų situacijų metu	65 (65,0)	77 (62,1)	42 (62,7)	0,2 (0,900)
Kai darbo krūvis per didelis darbo kokybė prastėja	79 (79,0)	86 (69,4)	47 (70,1)	2,9 (0,232)
Dėl nuovargio darbo kokybė prastėja	80 (80,0)	86 (69,4)	49 (73,1)	3,3 (0,194)
Įtemptose ir sudėtingose situacijose daro daugiau klaidų	46 (46,0)	**37 (29,8)***	26 (38,8)	6,2 (**0,004**)

*-p<0,05, palyginus su gydytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Vertinant tyrimo dalyvių pritarimą vadovybės požiūrio į saugą skalės teiginiams nustatyta, kad gydytojai reikšmingai rečiau pritarė teiginiams, kad ligoninės vadovybė skiria pakankamą dėmesį pacientų saugumui užtikrinti (χ^2=15,6; p=0,001) ir kad jie yra laiku ir išsamiai supažindinami su visais pakeitimais ligoninėje, kurie gali turėti įtakos darbui (χ^2=8,0; p=0,018) palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu personalu (18 lentelė).

18 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių vadovybės požiūrio į saugą teiginiams, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	**Gydytojai (n=100)**	**Slaugytojai (n=124)**	**Pagalbinis personalas (n=67)**	**χ^2 (p)**
Ligoninės vadovybė skatina kasdienes pastangas	15 (15,0)	25 (20,2)	20 (29,9)	5,4 (0,066)
Ligoninės vadovybė skiria pakankamą dėmesį pacientų saugumui užtikrinti	**31 (31,0)***	60 (48,4)	41 (61,2)	15,6 (**0,001**)
Šioje operacinėje pakanka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą visiems pacientams	42 (42,0)	48 (38,7)	32 (47,8)	1,5 (0,481)
Laiku ir išsamiai supažindinami su visais pakeitimais ligoninėje, kurie gali turėti įtakos darbui	**48 (48,0)***	79 (63,7)	45 (67,2)	8,0 (**0,018**)

*-p<0,05, palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Nustatyta, kad operacinėse dirbantys gydytojai statistiškai reikšmingai rečiau pritarė darbo sąlygų skalės teiginiui, kad šioje ligoninėje nauji darbuotojai yra gerai apmokomi palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu personalu (χ^2=24,8; p=0,001) (19 lentelė).

19 lentelė. Tyrimo dalyvių, pritariančių teiginiams apie darbo sąlygas, pasiskirstymas pagal pareigas (n (proc.))

Teiginiai	**Gydytojai (n=100)**	**Slaugytojai (n=124)**	**Pagalbinis personalas (n=67)**	**χ^2 (p)**
Šioje ligoninėje nauji darbuotojai yra gerai apmokomi	**36 (36,0)***	83 (66,9)	44 (65,7)	24,8 (**0,001**)
Prieinama visa informacija, būtina diagnostikai, gydymui, slaugai, ligonio priežiūrai	62 (62,0)	83 (66,9)	45 (67,2)	0,7 (0,694)
Šioje ligoninėje konstruktyviai bendraujama su problematiškais darbuotojais	20 (20,0)	35 (28,2)	24 (35,8)	5,2 (0,074)
Praktikantai šioje operacinėje tinkamai prižiūrimi	55 (55,0)	84 (67,7)	46 (68,7)	4,9 (0,088)

*-p<0,05, palyginus su slaugytojais ir pagalbiniu operacinės personalu (z testas su Bonferroni korekcija); pritaria teiginiui – pacientų saugos dimensijos įvertis ≥75

Tyrimu buvo siekiama palyginti operacinėse dirbančių sveikatos priežiūros specialistų pasitenkinimą bendravimu ir bendradarbiavimu su kolegomis. Pasitenkinimo bendravimu ir bendradarbiavimu priklausomai nuo pareigų vertinimui patenkintais laikyti respondentai, kurie pasirinko atsakymus: “tenkina”, “labai tenkina” ir “puikus bendravimas”.

Gauti rezultatai rodo, kad daugiau kaip 90 proc. apklaustų sveikatos priežiūros specialistų yra patenkinti tarpusavio bendravimu ir bendradarbiavimu (20 lentelė). Nustatyta, kad operacinėse

dirbantis pagalbinis personalas statistiškai reikšmingai rečiau buvo patenkintas bendravimu ir bendradarbiavimu su anesteziologijos rezidentais palyginus su gydytojais ir slaugytojais (χ^2=8,7; p=0,013) (20 lentelė).

20 lentelė. Tyrimo dalyvių pasitenkinimo bendradarbiavimu su kolegomis priklausomai nuo pareigų (n (proc.))

Komandos nariai	**Gydytojai (n=100)**	**Slaugytojai (n=124)**	**Pagalbinis personalas (n=67)**	**χ^2 (p)**
Gydytojai chirurgai	90 (90,0)	112 (90,3)	60 (89,6)	0,1 (0,986)
Chirurgijos rezidentai	91 (91,0)	116 (93,5)	62 (92,5)	0,5 (0,773)
Gydytojai anesteziologai	96 (96,0)	120 (96,8)	65 (97,0)	0,2 (0,926)
Anesteziologijos rezidentai	98 (98,0)	119 (96,0)	**59 (88,1)***	8,7 (**0,013**)
Anesteziologijos slaugytojos	95 (95,0)	121 (97,6)	66 (98,5)	2,0 (0,373)
Operacinės slaugytojos	91 (91,0)	113 (91,1)	63 (94,0)	0,6 (0,742)
Operacinės pagalbinis personalas	94 (94,0)	117 (94,4)	64 (95,5)	0,2 (0,910)

*-p<0,05, palyginus su gydytojais ir slaugytojais (z testas su Bonferroni korekcija)

Apibendrinant operacinės komandos narių požiūrio į paciento saugą operacinėje palyginimą galima teigti, kad operacinėje dirbantys gydytojai prasčiau vertina saugos klimatą darbe, vadovybės požiūrį į saugą ir darbo sąlygas operacinėje nei slaugytojai ir pagalbinis personalas (p<0,05). Pagalbinis personalas komandinį darbą operacinėje vertina geriau nei gydytojai, o slaugytojai mažesniais balais nei gydytojai vertina streso atpažinimą darbe (p<0,05).

3.5 Medicinos personalo nuomonė apie pacientų saugos gerinimo galimybes operacinėje

Svarbiausią vaidmenį siekiant užtikrinti ir gerinti pacientų saugą operacinėje, vaidina praktikinį darbą dirbantys sveikatos priežiūros specialistai. Siekiant išsiaiškinti operacinės personalo siūlymus, kaip pagerinti saugą operacinėje, klausimyno pabaigoje buvo pateiktas atviro tipo klausimas „Nurodykite, prašau, tris patarimus kaip Jūsų nuomone būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje“. Šio klausimo atsakymams apibendrinti atlikta kokybinė turinio analizė.

Iš viso į atviro tipo klausimą atsakė 104 respondentai, kurie pateikė vieną ar kelis pasiūlymus. Slaugytojų grupėje buvo 35 respondentų pasisakymai. Dažniausiai pasikartojančio turinio citatos pateikiamos 21 lentelėje. Slaugytojos dažnai minėjo komunikaciją kaip veiksnį, kurį užtikrinus pagerėtų pacientų sauga operacinėje. Taip pat slaugytojos dirbančios operacinėje pasigedo mokymų ir įžvelgė darbo planavimo trūkumų, kurie trukdo užtikrinti pacientų saugą. Buvo pasisakymų ir apie protokolų būtinumą operacinėje.

21 lentelė. Slaugytojų nuomonių apie pacientų saugą operacinėje pasiskirstymas

Skalė	Subskalė	Citatos
Komandinis darbas	Bendravimas (komunikacija)	Geresnė komunikacija tarp darbuotojų. Geresnė komunikacija tarp tarnybų (operacinės personalas, anesteziologai, chirurgai). Paciento aptarimas prieš operaciją su operacinės komanda. Artimesnis administracijos bendravimas su visu personalu.
	Komandinis darbas	Turi dalyvauti visas operacinės personalas nuo paciento atvežimo iki išvežimo. Gydytojų anesteziologų dalyvavimas operacijos metu visą laiką. Visų darbuotojų komandinis darbas.
	Mikroklimatas	Padėti vienas kitam. Personalo tarpusavio santykiai: geranoriškumas, supratingumas, nebijojimas paklausti. Puiki dirbančio personalo nuotaika.
	Asmeninės savybės	Geranoriškumas. Personalas kokybiškai ir laiku atliktų jam priklausantį darbą. Atidžiau ir atsakingiau sekti operacijos eigą.
Saugos klimatas	Protokolai	Check-list‘as prieš operaciją. Galimų problemų indentifikavimas priešoperaciniu laikotarpiu. Aiškios personalo kompetencijos ribos. Darbo metodikų, algoritmų sukūrimas ir įforminimas.
Vadovybės požiūris į saugą	Darbo planavimas	Protingas planinių operacijų skaičiaus planavimas. Nakties metu tik skubios operacijos.
	Darbuotojų skaičius	Daugiau darbuotojų. Inžinierius operacinėje.
Darbo sąlygos	Priemonės, įranga	Užtikrinti pakankamą kiekį priemonių Naudoti geros kokybės priemones ir medikamentus. Atnaujinti priemones padėties suteikimui pacientui operacinėje (stalai, laikikliai, pragulų profilaktika). Inovatyvios pozicionavimo priemonės.
	Mokymai	Pakankamas naujų darbuotojų apmokymas. Slaugytojų kompetencijų didinimas. Dalyvavimas relaksacijos užsiėmimuose, mokymai apie streso, konfliktų valdymą. Praktikiniai apmokymai reguliariai.

Tarp gydytojų atsakiusių į atviro tipo klausimą „Nurodykite, prašau, tris patarimus kaip Jūsų nuomone būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje“ buvo 51 respondentas. Gydytojų pasisakymai daugiausiai buvo apie komunikaciją, darbo organizavimą, mokymus susijusius su aparatūros naudojimu operacinėje ir protokolų naudojimu operacinėje (22 lentelė).

22 lentelė. Gydytojų nuomonių apie pacientų saugą operacinėje pasiskirstymas

Skalė	Subskalė	Citatos
Komandinis darbas	Bendravimas (komunikacija)	Personalo bendravimas tarpusavyje sprendžiant problemas. Skatinti aptarimus. Aptarimai – be kaltės. Spręsti komunikacijos problemas. Aptarimai pacientų prieš pradedant operaciją.
	Komandinis darbas	Visų darbuotojų atsakomybės prisiėmimas. Griauti sieną tarp chirurgų ir anesteziologų. Skatinti viso med. personalo komandinį darbą.
	Mikroklimatas	Skatinti administraciją pamilti žmones – darbuotojus. Keisti psichologinę atmosferą. Kreipti dėmesį toksiškam mikroklimatui gerinti.
Saugos klimatas	Protokolai	Prieš kiekvieną operaciją visas operacinės personalas pasako savo vardus, pareigas ir atsakomybes. Rutiniškai naudoti „check listą“. Turėti algoritmus ir archyvavimo sistemą, aiškias taisykles dėl klaidų nagrinėjimo.
Vadovybės požiūris į saugą	Darbo planavimas	Tolygiai paskirstyti pacientų srautus, planines operacijas. Chirurgai neturėtų eiti operuoti po naktinio budėjimo. Operacijos turi prasidėti laiku.
	Darbuotojų skaičius	Operacinėje turėtų dirbti inžinierius, pasiekiamas bet kuriuo metu. Daugiau slaugos personalo. Daugiau pagalbinio slaugos personalo.
Darbo sąlygos	Priemonės, įranga	Daugiau lėšų skirti vienkartinio naudojimo priemonėms. Didinti pacientų monitoravimui skirtų priemonių spektrą. Kompiuterinė sistema rodanti operacinės darbą sinchronizuotai visiems realiu laiku.
	Mokymai	Darbuotojų mokymai, simuliacijos sprendžiant sunkias situacijas. Darbuotojų stažuotės į kitas ligonines. Gerinti apmokymus naudojantis egzistuojančia ir būsima įranga.

Tarp operacinės pagalbinio personalo respondentų buvo 18, kurie išsakė savo pastebėjimus į atvirą klausimą apie pacientų saugos gerinimo priemones operacinėje. Apibendrinus pagalbinio personalo pasisakymus buvo išskirtos dvi potemės: darbo organizavimas ir trūkstama medicininė įranga operacinėje (23 lentelė).

23 lentelė. Operacinės pagalbinio personalo nuomonių apie pacientų saugą operacinėje pasiskirstymas

Skalė	Subskalė	Citatos
Komandinis darbas	Komandinis darbas	Dirbti komandoje. Saugus ligonio transportavimas į operacinę. Saugus perkėlimas nuo lovos ant stalo ir atgal. Saugus transportavimas.
	Mikroklimatas	Pagarba vienas kitam. Geresnė darbinė atmosfera. Užtikrinti psichologinį komfortą operacinėje.

Saugos klimatas	Protokolas	Atnaujinti, sunorminti ir supaprastinti pacientų saugos instrukcijas ir reikalavimus. Pacientų saugos veiksmų dokumentacija. Tuomet kiekvienas turės atsakomybę. Pacientų saugos prevencija.
Vadovybės požiūris į saugą	Darbo organizavimas	Didesnis personalo skaičius arba mažesnis operacijų skaičius. Viena komanda – viena pacientas. Sumažinti darbo tempą. Daugiau laiko ir personalo vienam ligoniui. Sudėtingų operacijų metu daugiau personalo.
	Darbuotojų skaičius	Padidinti darbuotojų skaičių. Daugiau pagalbinio personalo.
Darbo sąlygos	Priemonės, įranga	Turėti perkėlimo įrangą nuo operacinio stalo į lovą. Labiau pritaikyti stalai operacinėje paciento paguldymui ir nukėlimui. Automatiniai keltuvai ligoniams.

Apibendrinant operacinės personalo atsakymus į atviro tipo klausimą „Nurodykite, prašau, tris patarimus kaip Jūsų nuomone būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje“, galima teigti, kad visų specialybių tiriamieji kaip svarbius veiksnius siekiant pagerinti pacientų saugą, išskyrė darbo organizavimo aspektus. Slaugytojos ir gydytojai pabrėžė operacinės personalo komunikacijos svarbą ir mokymų naudą siekiant paciento saugos gerinimo. Slaugytojoms pasirodė svarbus pacientų indentifikavimo veiksnys, gydytojams – „check list‘o“ naudojimas praktikoje, operacinės pagalbinis personalas išskyrė tinkamos medicininės įrangos užtikrinimą operacinėje, kas jų nuomone, padėtų pagerinti pacientų saugą operacinėje.

4 REZULTATŲ APTARIMAS

Sunku nesutikti su C. Chantler teiginiu, kad „seniau medicina buvo paprasta, neefektyvi ir iš dalies saugi. Dabar ji yra sudėtinga, efektyvi ir potencialiai pavojinga“ (54). Remiantis gautais tyrimo rezultatais galima teigti, kad LSMU ligoninės Kauno klinikų medicinos personalo požiūris į pacientų saugą operacinėje yra geras. Ne visi tyrime gauti rezultatai, anot klausimyno autorių yra puikūs. Reikia pastebėti, kad instrumento autoriai yra JAV mokslininkai ir klausimynas buvo kurtas jų kultūrai. Pagal publikacijų kiekį šiame ir kituose darbuose, galima pastebėti, kad JAV mokslininkai yra pirmaujantys pacientų saugos kultūros tyrimų srityje. Pradėjus skaičiuoti pirmuosius tyrimų rezultatus išryškėjo palyginus žemi tiriamųjų balai, lyginant su klausimyno autorių rekomendacijomis. Tyrimo instrumento autoriai teigia, kad gerą saugos kultūros suvokimą rodo aukštesnis kaip 75 balų vertinimas. Žemesnis nei 60 balų vertinimas yra įspėjamasis ženklas imtis veiksmų saugos kultūrai įgyvendinti (38). Šiame tyrime nei viena tiriamųjų grupė, nei vienoje saugos kultūros dimensijoje nesurinko rekomenduojamų 75 (ar daugiau) balų. Aukščiausias įvertinimas siekė 70,96 balo, tai buvo komandinio darbo vertinimas tarp operacinės pagalbinio personalo. Žemiausias balas 49,38 – gydytojų vertinimas apie vadovybės požiūrį į pacientų saugą. Turkijos mokslininkų tyrime su SAQ žemiausias balas siekė 42,12, aukščiausias - 69,07 (55). Respondentų surinkti žemesni, nei rekomenduojama balai, gali būti susiję su klausimyno adaptacija skirtingai kultūrai (Europa ir JAV).

Lietuvoje taip pat panašius balus, nei tarptautinėse rekomendacijose surinko tiriamieji Vilniaus universiteto mokslininkų tyrime, atliktame 2016 m. (61). Tyrėjai taip pat naudojo SAQ klausimyno versiją operacinei. Abiejų tyrimų respondentai aukščiausiais balais vertino komandinio darbo dimensijas. Vilniečių tyrėjų komanda nerado sąsajų tarp požiūrio į komandinį darbą ir saugos klimatą su tiriamųjų darbo stažu operacinėje ir jų amžiumi. Tačiau šiame tyrime nustatyta, kad gydytojų požiūriui turi įtakos jų darbo patirtis.

Mūsų atliktame tyrime ryškiai išsiskyrė viena dimensija – vadovybės požiūris į saugą – kur visos trys tiriamųjų grupės parodė žemiausius rezultatus. Panašius rezultatus išskyrė ir kitų šalių (Ispanijos, Brazilijos) tyrėjai, kurie teigia, kad žemi šios dimensijos balai rodo problemas tarp operacinės personalo ir hierarchinių viršininkų (38, 62). Operacinės personalo vadovybės vertinimas sutampa su kitų SP darbuotojų vertinimu tiek Lietuvoje, tiek užsienyje. Marmienė vertindama viso SP personalo požiūrį nustatė, kad silpniausia pacientų saugos kultūros sritis asmens SP specialistų požiūriu –ligoninės vadovybės veiksmai, susiję su pacientų sauga (17). Klaipėdos miesto ligoninėse atliktas tyrimas taip pat parodė, kad slaugytojai žemiausiais balais įvertino vadovybės požiūrį į saugą (19). Bafalo (JAV) universiteto tyrėjų tyrimo rezultatai rodo, kad slaugos ir kitas sveikatos priežiūros

personalas paprastai yra patenkinti savo darbu, tačiau žemus balus skyrė vadybai ir saugos klimatui (12). Tokius žemus balus, manome, kad galėtų paaiškinti nepakankamas bendravimas tarp vadovybės ir personalo, bei valdymo strategijos neatsižvelgiant į darbuotojus.

Tarp personalo požiūrio į pacientų saugą tyrimų rezultatų nėra vienos tendencijos, kuomet požiūris lyginamas tarp skirtingą darbo patirtį turinčio personalo. Šiame tyrime nustatyta, kad trumpesnę darbo patirtį turintys gydytojai ir slaugytojos pacientų saugą vertina aukštesniais balais, lyginant su didesnę darbo patirtį turinčiais specialistais. Ispanų tyrėjai, atlikę tyrimą išimtinai su slaugytojomis gavo panašius rezultatus (62). Tai būtų galima paaiškinti didesne motyvacija ir entuziazmu karjeros pradžioje ar atvirkščiai, su nepatyrimu. Tačiau esama ir tyrimų kurie gauna kitokius rezultatus, kada didėjant personalo darbo patirčiai metais, kartu gerėja ir požiūris į pacientų saugą (64), Šiame tyrime tai sutampa su operacinės personalo požiūriu, kuomet didėjant darbo patirčiai gerėja keturių (iš šešių) dimensijų balai.

Šis tyrimas turėjo tam tikrus ribotumus: tyrime analizuojamos penkios didžiausios chirurginio profilio klinikos ir anesteziologijos klinika, taip pat tyrėja dirba vienoje iš minėtų klinikų. Dėl didelio duomenų išsibarstymo požiūris į pacientų saugą nebuvo analizuojamas tarp skirtingų klinikų. Kadangi didžiąją dalį respondentų sudarė moteriškos lyties atstovės, tiriamųjų požiūris į pacientų saugą nebuvo vertinamas pagal lytį. Tyrime dalyvavo tik tie asmenys, kurie sutiko ir tikėtina, jog tai galėjo sąlygoti geresnį realios situacijos pateikimą. Kadangi tai vienas iš nedaugelio pacientų saugos tyrimų operacinėje, jis yra platus ir apžvelgia visas šešias pacientų saugos dimensijas. Tęsiant tyrimus pacientų saugos klausimais operacinėje, norėtųsi pasigilinti į kiekvieną dimensiją atskirai, labiau įsigilinti į socialinius ir demografinius veiksnius, panagrinėti (ne)pritarimą pavieniams teiginiams ir tokiu būdu giliau pažvelgti į operacinės personalo požiūrį į pacientų saugą operacinėje. Taip pat būtų naudinga pakartoti personalo požiūrio į saugą tyrimą LSMUL Kauno klinikose su tais pačiais respondentais po kelerių metų, arba išklausius kvalifikacijos kėlimo kursus, ir palyginti rezultatus. Šis tyrimas gali pasitarnauti kaip atskaitos taškas gerinant pacientų saugą ateityje.

IŠVADOS

1. Operacinėse dirbančių gydytojų nuomone, streso atpažinimo lygis darbe yra labai didelis, o vadovybės požiūris į paciento saugą ir saugos klimatas operacinėje nėra pakankamas. Gydytojų požiūriui įtakos turi jų darbo patirtis, darbo grafikas bei pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

2. Slaugytojai yra patenkinti savo ir komandiniu darbu, tačiau jų nuomone, vadovybės požiūris į paciento saugą operacinėje nėra pakankamas. Slaugytojų požiūrį lemia jų darbo pagal specialybę patirtis ir pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

3. Pagalbinis personalas yra patenkintas darbu ir komandiniu darbu, tačiau jų nuomone, vadovybės požiūris į paciento saugą operacinėje nėra pakankamas. Pagalbinio personalo požiūrį lemia jų darbo pagal specialybę ir konkrečioje operacinėje patirtis, darbo grafikas ir pasitenkinimas bendradarbiavimu su operacinės komandos nariais.

4. Operacinėje dirbantys gydytojai prasčiau vertina saugos klimatą darbe, vadovybės požiūrį į saugą ir darbo sąlygas operacinėje nei slaugytojai ir pagalbinis personalas ($p<0,05$). Pagalbinis personalas komandinį darbą operacinėje vertina geriau nei gydytojai, o slaugytojai mažesniais balais nei gydytojai vertina streso atpažinimą darbe ($p<0,05$).

PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Remiantis gautais tyrimo rezultatais, kurie atskleidė LSMUL Kauno klinikų operacinėse dirbančio personalo požiūrį į pacientų saugą, parengėme praktines rekomendacijas darbuotojams ir vadovams.

Klinikų vadovams:

1. Asmeninė lyderystė ir personalo motyvavimas įsitraukiant į pacientų saugos kultūros gerinimą.
2. Organizuoti kas mėnesinius klinikos operacinės personalo susirinkimus, skirtus pokyčiams ir (nuasmenintų) klaidų ar nepageidaujamų įvykių aptarimui. Susirinkimų metu analizuoti kas galėjo lemti klaidų ar NĮ priežastis, kaip galima to išvengti ateityje.
3. Sudaryti galimybę anonimiškai pranešti apie nepageidaujamus įvykius operacinėje.
4. Personalo poreikius atitinkantis žinių gilinimas ir atnaujinimas, su pacientų sauga susijusiomis temomis.
5. Jei operacinės personalas dirba gerai, išvengia klaidų, randa sprendimus sudėtingose situacijose atkreipti į tai dėmesį, pagirti ar paskatinti (mokytis iš gerosios patirties).
6. Aprūpinti operacinės personalą fizinėmis priemonėmis, padedančiomis pagerinti pacientų saugą.

Vyr. slaugytojams – slaugos administratoriams:

7. Operacinės personalo mokymas apie jų operacinėje naudojamą aparatūrą. Prie visų aparatų, matomoje vietoje esančios naudojimosi instrukcijos.
8. Komunikacijos gerinimas tarp operacinės personalo ir skyriaus personalo. Ir tarp personalo operacinėje. Iškilus problemoms tarpininkauti tarp personalo ir skatinti tarpusavio komunikaciją.
9. Analizuoti operacinės personalo pasitenkinimą darbu, nustatyti problemas ir jas spręsti (konfliktai, emocinės problemos), esant poreikiui informuoti vadovybę apie nepasitenkinimą keliančius darbo veiksnius.

Operacinės personalui:

10. Matomoje vietoje esantis ir naudojamas saugios chirurgijos lapas („check-list’as”).
11. Kelti savo profesijos prestižą, pagal kompetencijas rodyti asmeninę lyderystę paciento saugos klausimais.

PUBLIKACIJOS

1. **Pranešimas**

   Rasa Jurevičiūtė „Medicinos personalo požiūrio į paciento saugą operacinėje vertinimas“ LSMU LKK Širdies chirurgijos anesteziologijos ir intensyvios terapijos skyriaus slaugytojų kvalifikacijos kėlimo užsiėmimas, 2020 rugsėjo 16d., Kaunas (6 priedas).

LITERATŪRA

1. Kohn L. To err is human: an interview with the Institute of Medicine's Linda Kohn. The Joint Commission journal on quality improvement, 2000; 26: 227–234.
2. Landrigan G. J., Parry C. B., Hackbarth A. D.,Goldmann D. A., Sharek P, J.. Temporal Trends in Rates of Patient Harm Resulting from Medical Care. N Engl J Med 2010; 363: 2124-2134
3. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2009; 53: 143–151.
4. Valintėlienė R. Visuomenės sveikatos priežiūros kokybės gerinimas, diegiant visuomenės sveikatos technologijų vertinimo sistemą ir nepageidaujamų įvykių registravimo sistemą 2013 [žiūrėta 2018.12.08] Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/vs-prieziuros-kokybes-gerinimas-diegiant-vs-technologiju-vertinimo-sistema-ir-nepageidaujamu-ivykiu-registravimo-sistema.html
5. Kellicut D. C., Kuncir E. J., Williamson H. M., Masella P. C., Nielsen P. E., Surgical Team Assessment Training: improving surgical teams during deployment. Am J Surg. 2014; 208 (2): 275-283.
6. Gutierres L., SantoS J., Menegon F., Sebold L., Erdmann A. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations 2018 [žiūrėta 2020.11.04] Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/329684116_Good_practices_for_patient_safety_in_the_operating_room_nurses'_recommendations
7. Paškevičius L. Kompleksinis pacientų saugos įvykių valdymas Lietuvos ligoninėse. [daktaro disertacija]. [Vilnius]: Mykolo Riomerio universitetas; 2017
8. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos [Internet] [žiūrėta 2018.12.09] http://www.vaspvt.gov.lt/node/585
9. Leonard M , Frankel AF . How can leaders influence a safety culture? The Health Foundation 2012 [žiūrėta 2019.07.08] Prieiga per internetą: https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf
10. Göras C., Unbeck M., Nilsson U., Ehrenberg A. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. BMJ Open 2017; 7:1-7
11. Roeth A., Mille M. What can we learn from other countries-lessons from the CAJC Happiness Report. Innov Surg Sci. 2019; 4(1):25-29
12. Wisniwski A., Erdley W., Singh R., Servoss T., Naughton B., Singh G. Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. Geriat Nurs 2007; 28(2): 123-136

13. Brogienė D. Strateginiai pokyčiai formuojant ir tobulinant pacientų saugos kultūrą asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Seminaras.Vilnius 2015 [žiūrėta 2020.11.04] Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/news/id937/3.pdf

14. Göras C., Wallentin F. Y, Nilsson U., Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). BMC health services research, 2013 [žiūrėta 2020.11.07] Prieiga per internetą: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-104

15. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research.BMC Health Serv Res.2006; 6(44):1–10

16. Profit J, Etchegaray J, Petersen L, Sexton J, Hysong S, Mei M, et al. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. Arch Dis Child Fetal Neonat Ed. 2012; 97:127-132

17. Marmienė L. Asmens sveikatos priežiūros specialistų požiūrio į pacientų saugą bendrojo pobūdžio ligoninėse vertinimas [daktaro disertacija]. [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2015

18. Marmienė L., Kalėdienė R., Kaselienė S., Vladičkienė J. Gydytojų ir slaugytojų požiūris į komandinį darbą Lietuvos bendrojo pobūdžio ligoninėse. Visuomenės sveikata 2015 2 (69): 48 - 55

19. Istomina N., Šakienė L., Bagdonas R., Bakaitė I. Komandinio darbo operacinėje efektyvumo vertinimas operacinės komandos narių požiūriu. Sveikatos mokslai; 2013, 23 (1): 155-160

20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos MN 93:2018 "Operacinės slaugytojas“ patvirtinimo. Nr. V-973, 2018

21. Grade M M, Tamboli M K, Bereknyei Merrell S B, Mueller C, Girod S. Attending Surgeons Differ From Other Team Members in Their Perceptions of Operating Room Communication. Journal of surgical. 2019; 235:105-112.

22. D‘addessi A., Bongiovanni L., Volpe A., Pinto F., Bassi P. Human Factors in Surgery: From Three Mile Island to the Operating Room. Urol Int 2009; 83:249–257

23. Wakemana D, Langham M R. Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. Seminars in Pediatric Surgery. 2018;27(2): 107-113

24. Leach L S, Myrtle R C, Weaver F A. Surgical teams: role perspectives and role dynamics in the operating room. Health Serv Manage Res. 2011;24(2):81-90

25. Rothstein D., Raval M. Operating room efficiency. Seminars in Pediatric Surgery 2018 (27) 79–85

26. Friedman D., Sokal S., Chang Y., Berger D. Increasing operating room efficiency through parallel processing. Ann Surg. 2006;243:10–14.

27. Kvederytė A. Slaugytojų požiūris apie komandos sutelktumą operacinėje slaugoje [magistro baigiamasis darbas]. [Klaipėda]:, Klaipėdos valstybinė kolegija; 2019. 38 p.

28. Jerdiakova N, Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D. Pacientų saugos užtikrinimas sveikatos priežiūros įstaigose. Medicinos teorija ir praktika. 2015; 21 (4.3): 739-745

29. World Health Organization. Patient safety A World Alliance for Safer Health Care. Human Factors in Patient Safety, Review of Topics and Tools 2009 [žiūrėta 2020.11.07] Prieiga per internetą: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

30. Graafland M., Schraagen J. M. C., Boermeester M. A., Bemelman W. A., Schijev M.P. Training situational awareness to reduce surgical errors in the operating room. BJS 2015; 102: 16-23

31. National Patient Safety Goals Effective January 2019 [žiūrėta 2019.02.10] Prieiga per internetą: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/historical/npsg_chapter_hap_jan2019.pdf?db=web&hash=D7E1C2DA08C73CE3F9C8120305A3A8AB

32. The Joint Commission. Sentinel events. 2013 [žiūrėta 2020.04.23] Prieiga per internetą: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/camh_2012_update2_24_sepdf.pdf?db=web&hash=FD320B7BAF3E08EC28B44AA51CB21ABE

33. Hofman J., Lobaton E. “Time-Out” in the Operating Room. Professional Case Management. 2016 21(4): 209-212

34. National Patient Safety Goals Effective July 2020 for the Hospital Program. [žiūrėta 2020.04.24] Prieiga per internetą: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2020/npsg_chapter_hap_jul2020.pdf

35. Jung J. J., Jüni P., Lebovic G., Grantcharov T. First-year Analysis of the Operating Room Black Box Study. Ann Surg. 2020; 271: 122-127

36. Freitas P., Mendes K., Galvão C. Surgical count process: evidence for patient safety. Gavha Enfermas. 2017 [žiūrėta 2019.11.07] Prieiga per internetą: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400418&script=sci_arttext&tlng=en

37. Sevdalis N., Undre S., • McDermott J., Giddie J.,• Diner L., Smith G. Impact of Intraoperative Distractions on Patient Safety: A Prospective Descriptive Study Using Validated Instruments. World J Surg 2014 (38): 751–758

38. Carvalho P, Gottems L, Pires M, Cunha de Oliveira M. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(6): 1041–1048

39. Mikužienė V. Slaugytojų, dirbančių stacionare, darbo motyvacija. Slauga mokslas ir praktika. 2018; 2 (254): 4-8

40. Pociutė L., Zagurskienė D. Operacinės slaugytojų pasitenkinimo darbu įvertinimas. Sveikatos mokslai. 2013; 23(4): 94-98

41. Čalko T. Organų persodinimo operacijose dalyvaujančių operacinės slaugytojų darbo motyvacijos aspektai [magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija; 2014. 78 p.

42. Hassard J, Cox T. The physical work environment and work-related stress: mechanisms and consequence. Birkbeck College, University of London, United Kingdom 2020 [žiūrėta 2019.11.07] Prieiga per internetą: https://oshwiki.eu/wiki/The_physical_work_environment_and_work-related_stress:_mechanisms_and_consequences.

43. Hupke M. Psychosocial risks and workers health, Institute for Occupational Safety and Health of the German Social Accident Insurance, 2013 [žiūrėta 2019.11.07] Prieiga per internetą: https://oshwiki.eu/wiki/Psychosocial_risks_and_workers_health

44. Bagočiūtė A. Darbo stresą sukeliantys veiksniai: Šiaulių miesto paslaugų įmonių darbuotojų nuomonė modernios vadybos iššūkiai ir perspektyvos. Ekonomikos ir vadybos aktualijos; 2010: 358-364.

45. Richard N., Saad Ch., Lanting B, Howard J. Unpacking the Literature on Stress and Resiliency: A Narrative Review Focused on Learners in the Operating Room. Journal of Surgical Education. 2019 76(2): 343-353

46. Bielinienė N. Streso įtaka sveikatai ir slaugytojo vaidmuo jo valdyme; Slauga. Mokslas ir praktika, 2004; 10: 4–7.

47. Kazimėnienė A., Grigaliūnienė V. Operacinės slaugytojų patiriamo streso raiška: streso teorijos ir A ir B tipo asmenybės teorijos teiginiai; Slauga. Mokslas ir praktika, 2015, 1 (217): 4-6

48. Tutkuvienė L. Universiteto ligoninės operacinės slaugytojų darbe patiriamo streso ir komandinio darbo sąsajos [magistro darbas]. [Kaunas]: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2018

49. Carthey J., Leval M., Reason J: The human factor in cardiac surgery: errors and near misses in a high technology medical domain. Ann Thorac Surg 2001;72:300–305.

50. Cuschieri A. Nature of human error. Implications for surgical practice. Ann Surg 2006; 244:642–648.

51. Reason J: Education and debate. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768–770.

52. Reason J: Human Error. Cambridge/MA, Cambridge University Press, 1990.

53. Wiegmann D., Shappell S. A Human Error Approach to Aviation Accident Analysis. The Human Factors Analysis and Classification System. Burlington, Ashgate, 2003 [žiūrėta 2019.11.07] Prieiga per internetą: https://dvikan.no/ntnu-studentserver/reports/A%20Human%20Error%20Approach%20to%20Aviation%20Accident%20Analysis.pdf

54. Chantler, C. The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet, 1990; 353(9159): 1178-1181.

55. Şahin A., Ayhan F., Kurşun Ş. Evaluation of surgical nurses' attitudes concerning patient safety. International Journal of Human Sciences, 2015; 12(1):1537-1546

56. Lourenção D. C. A., Tronchin D. M. Z. Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument. Acta paul. enferm. 2016; 29(1): 1-8

57. Nilsson U., Göras C., Wallentin F. Y, Ehrenberg A., Unbeck M. The Swedish Safety Attitudes Questionnaire - Operating Room Version: Psychometric Properties in the Surgical Team. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 2018; 33(6): 935-945

58. Pinheiro J., Uva A. Safety Climate in the Operating Room – Translation, Validation and Application of the Safety Attitudes Questionnaire. Revista Portuguesa de Saude Publica; 2016; 34(2): 107–116

59. Silva A., Silva J., Santos L., Avelino A., Santos A., Pereira A. Patient safety in the hospital context: an integrative literature review. 2016 [žiūrėta 2020.04.20] Prieiga per internetą: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763/pdf_1

60. Europos Komisijos pranešimas spaudai 2014 [žiūrėta 2020.10.01] Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_14_694

61. Jerdiakova N, Mikaliūkštienė A., Kalibatienė D. Operacinės komandos narių požiūris į komandinį darbą ir saugos klimatą operacinėje. Medicinos teorija ir praktika. 2016; 22 (4): 301-308

62. Rubén J., Pilar M. S., Arencibia-Sánchez C., Mauriz E. Safety Climate Assessment in Operating Room NursesThrough Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Arch Nurs Res. 2017, 2(1): 1-14

63. Higienos institutas. Operacijų skaičius Lietuvoje. 2020. Prieiga per internetą: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=119

64. Committee opinion no. 464: Patient safety in the surgical environment. Obstet Gynecol. 2010; 116(3):786-790

65. Rothschild J. M., Keohane C. A., Rogers S., Gardner R., Lipsitz S. R., Salzberg C. A., ir kt. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. JAMA 2009; 302:1565–1572.

66. Zsifkovits J., Zuba M., Geissler W., Lepuschutz L., Pertl D., Kernstock E., Ostermann H., Costs of unsafe care andcost-effectiveness of patient safety programmes. European Commission, Health and Food Safety, 2016 [žiūrėta 2020.10.01] Prieiga per internetą: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf

67. Higienos instituto Visuomenės sveikatos technologijų centras. Nepageidaujami įvykiai 2019 m. ataskaita 2 versija* [žiūrėta 2020.10.01] Prieiga per internetą: https://www.hi.lt/uploads/pdf/padaliniai/VSTC%20IS/NI/2020-08-27/NI-ataskaita-2019_2020.08.27_v2.pdf

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Chirurgijos saugos kontrolinis lapas

Prieš pradedant nejautrą (patvirtina *slaugytojas ir anesteziologas*)	Prieš odos pjūvį (patvirtina *slaugytojas, anesteziologas ir chirurgas*)	Prieš išvežant iš operacinės (patvirtina *slaugytojas, anesteziologas ir chirurgas*)
□Pacientas patvirtino savo tapatybę, kurioje pusėje ir kokia operacija jam bus atliekama ir kad jis sutinka operuotis Operacijos vieta: □ pažymėta □ netaikytina □ Narkozės aparatas patikrintas ir yra reikalingi vaistai □ Pulso oksimetras uždėtas ir jis veikia Pacientui yra žinoma alergija: □ ne □ taip Gali būti sunkumų intubuojant ar yra aspiracijos pavojus: □ ne □ taip ir yra reikiama įranga/pagalba Ar yra pavojus, kad neteks >500ml kraujo (7ml/kg vaikams)? □ ne □ taip ir yra numatyta adekvati infuzijos vieta ar centrinė vena infuzijai ir skysčiai	□ Visi komandos nariai prisistatė ir žinomi vardu, aiškus jų vaidmuo □ Patvirtinta paciento pavardė, procedūra ir pjūvio vieta Per paskutines 60 min. buvo profilaktiškai suleisti antibiotikai: □ taip □ netaikytina □ Aptarti galimi svarbūs įvykiai Chirurgui: □ kokie bus svarbūs ar neįprasti žingsniai □ kiek truks operacija □ koks numatomas kraujo netekimas Anesteziologui: □ šis pacientas gali turėti kokių nors problemų Slaugytojų komandai: □ medžiagos sterilumas patikrintas □ įranga ar kas nors kitas kelia susirūpinimą Pagrindinės nuotraukos pakabintos □ taip □ netaikytina	Slaugytoja žodžiu patvirtino: □ operacijos pavadinimą □ instrumentų, marlinių skaryčių ir adatų teisingą suskaičiavimą □ medžiagos patologiniam tyrimui pažymėjimą (garsiai perskaityti ir paciento pavardę) □ nustatytas įrangos problemas, kurias reikėtų tvarkyti Chirurgui, anesteziologui ir slaugytojai: □ kokie svarbiausi šio paciento tolimesnės priežiūros plano ypatumai?

Priedas Nr. 2

KLAUSIMYNAS APIE POŽIŪRĮ Į SAUGĄ

Operacinei

Gerbiamas (-a) respondente, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto magistrantė Rasa Jurevičiūtė atlieka tyrimą, kurio tikslas – atskleisti medicinos personalo požiūrį į paciento saugą operacinėje. Anketa yra anoniminė, gauti duomenys bus naudojami tik apibendrinančiai analizei moksliniais tikslais.

Prašyčiau atidžiai perskaityti kiekvieną teiginį ir, priklausomai nuo to, kiek jis atitinka aplinką, kurioje Jūs dirbate, įvertinti 5 balų skale, kai 5 – visiškai sutinku, 1 – visiškai nesutinku. Pasirinktą atsakymo variantą pažymėkite **X**. Jei kuris nors klausimas Jums nėra tinkamas – palikite tuščią langelį.

Atsakydami į klausimus užtruksite 10-15 min.

Dėkoju, kad sutikote dalyvauti tyrime.

- *„Pacientų sauga“ – tai paciento sužalojimų ar nepageidaujamų įvykių, pasitaikančių teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, prevencija ir vengimas*
- *„Medicininė klaida“ – tai bet kokia klaida, padaryta sveikatos priežiūros darbuotojo, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, nepriklausomai nuo to ar ji pakenkė pacientui ar ne.*
- *„Pacientų saugos kultūra“ – individualaus ir organizacinio elgesio modelis, nukreiptas nuolat mažinti žalą pacientui, kuri gali būti padaryta teikiant sveikatos priežiūros paslaugas*

	Apie Jūsų darbo vietą / operacinę	**Visiškai nesutinku** ▼	**Nesutinku** ▼	**Nei sutinku, nei nesutinku** ▼	**Sutinku** ▼	**Visiškai sutinku** ▼
1.	Šioje operacinėje įprasta, kad darbo labai daug	①	②	③	④	⑤
2.	Man patinka mano darbas	①	②	③	④	⑤
3.	Slaugytojos įnašas į operacinės darbą yra svarus	①	②	③	④	⑤
4.	Būdamas pacientu šioje operacinėje jausčiausi saugiai	①	②	③	④	⑤
5.	Šioje ligoninėje medicininės klaidos sprendžiamos tinkamai.	①	②	③	④	⑤
6.	Šioje ligoninėje nauji darbuotojai yra gerai apmokomi.	①	②	③	④	⑤
7.	Man yra prieinama visa informacija, būtina diagnostikai, gydymui, slaugai, ligonio priežiūrai	①	②	③	④	⑤
8.	Darbas šioje ligoninėje – tai kaip buvimas didelės šeimos nariu.	①	②	③	④	⑤
9.	Ligoninės vadovybė tinkamai atlieka savo pareigas.	①	②	③	④	⑤
10.	Ligoninės vadovybė skatina mano kasdienes pastangas.	①	②	③	④	⑤
11.	Mano darbas pakankamai įvertinamas	①	②	③	④	⑤

12. Šioje operacinėje medicinines klaidas aptarti sudėtinga.	①	②	③	④	⑤
13. Trumpi darbuotojų pasitarimai prieš pradedant chirurginę intervenciją yra svarbūs pacientų saugai.	①	②	③	④	⑤
14. Trumpi pasitarimai šioje operacinėje yra įprasti.	①	②	③	④	⑤
15. Man patinka dirbti šioje ligoninėje.	①	②	③	④	⑤
16. Dėl nuovargio mano darbo kokybė prastėja sudėtingų situacijų metu.	①	②	③	④	⑤
17. Ligoninės vadovybė skiria pakankamą dėmesį pacientų saugumui užtikrinti.	①	②	③	④	⑤
18. Šioje operacinėje pakanka darbuotojų užtikrinti tinkamą priežiūrą visiems pacientams.	①	②	③	④	⑤
19. Sprendimai šioje operacinėje priimami atsižvelgiant į susijusių darbuotojų nuomonę	①	②	③	④	⑤
20. Kolegos padrąsina aptarti visus neaiškumus, susijusius su pacientų sauga	①	②	③	④	⑤
21. Teigiama atmosfera šioje operacinėje padeda mokytis iš kitų darbuotojų klaidų.	①	②	③	④	⑤
22. Šioje ligoninėje konstruktyviai bendraujama su problematiškais darbuotojais.	①	②	③	④	⑤
23. Šioje operacinėje turima įranga atitinka poreikius.	①	②	③	④	⑤
24. Šioje operacinėje nelengva „kalbėti“ apie nesklandumus, susijusius su pacientų priežiūra	①	②	③	④	⑤
25. Kai darbo krūvis per didelis mano darbo kokybė prastėja.	①	②	③	④	⑤
26. Laiku ir išsamiai esu supažindinamas su visais pakeitimais ligoninėje, kurie gali turėti įtakos mano darbui.	①	②	③	④	⑤
27. Esu pastebėjęs savo kolegas darant klaidas, kurios galėjo pakenkti pacientams.	①	②	③	④	⑤
28. Žinau, kam tiesiogiai išsakyti abejones dėl pacientų saugos šioje operacinėje	①	②	③	④	⑤
29. Didžiuojuosi galėdamas dirbti šioje ligoninėje.	①	②	③	④	⑤
30. Nesutarimai šioje operacinėje sprendžiami tinkamai (svarbu ne tai kas teisus, o tai, kas geriausia pacientui).	①	②	③	④	⑤
31. Dėl nuovargio mano darbo kokybė prastėja.	①	②	③	④	⑤
32. Įtemptose ir sudėtingose situacijose darau daugiau klaidų.	①	②	③	④	⑤
33. Stresas dėl asmeninių problemų neigiamai veikia mano darbo kokybę.	①	②	③	④	⑤
34. Šio skyriaus darbuotojai suteikia man reikiamą pagalbą rūpinantis pacientais	①	②	③	④	⑤
35. Šioje operacinėje nesunku užduoti klausimus, iškilus kokiems nors neaiškumams.	①	②	③	④	⑤

36. Paciento priežiūros pertraukos (pvz.: perkeliant į kitą skyrių), gali būti pavojingos pacientų saugos požiūriu.	①	②	③	④	⑤
37. Kritinėse situacijose galiu numatyti, kokių veiksmų imsis kiti darbuotojai.	①	②	③	④	⑤
38. Gydytojai ir slaugytojos dirba kaip gerai koordinuota komanda.	①	②	③	④	⑤
39. Dažnai būna sunku paprieštarauti gydytojų nuomonei šiame skyriuje.	①	②	③	④	⑤
40. Profesionaliai dirbama tada, kai asmeninės problemos darbe pamirštamos.	①	②	③	④	⑤
41. Šioje operacinėje gera darbo atmosfera	①	②	③	④	⑤
42. Praktikantai šioje operacinėje tinkamai prižiūrimi.	①	②	③	④	⑤
43. Žinau vardus ir pavardes visų darbuotojų, su kuriais dirbau paskutinėje pamainoje.	①	②	③	④	⑤
44. Esu suklydęs ir tos klaidos galėjo pakenkti pacientams.	①	②	③	④	⑤
45. Gydytojai šioje operacinėje dirba gerai.	①	②	③	④	⑤
46. Visi operacinės darbuotojai jaučia atsakomybę už pacientų saugumą.	①	②	③	④	⑤
47. Jaučiuosi nuvargęs rytais, kai prieš akis darbo diena.	①	②	③	④	⑤
48. Operacinėje nuolat pabrėžiama, kad svarbiausia vertybė – pacientų saugumas	①	②	③	④	⑤
49. Po darbo jaučiuosi išsekęs.	①	②	③	④	⑤
50. Keičiantis pamainoms, išsamiai aptariami svarbūs klausimai.	①	②	③	④	⑤
51. Šioje operacinėje tvirtai laikomasi klinikinių algoritmų ir įrodymais paremtų metodikų.	①	②	③	④	⑤
52. Esu nusivylęs savo darbu.	①	②	③	④	⑤
53. Jaučiu, kad dirbu per daug.	①	②	③	④	⑤
54. Informacija, gaunama analizuojant klaidas, naudojama pacientų saugai šiame skyriuje gerinti.	①	②	③	④	⑤
55. Ypatingų situacijų metu (pvz., gaivinant) mano darbo neapsunkina nepatyrusių ar neišmanančių personalo narių dalyvavimas.	①	②	③	④	⑤
56. Personalas dažnai nepaiso nurodymų (rankų plovimo gydymo rekomendacijų / klinikinių algoritmų, sterilumo), numatytų šioje operacinėje.	①	②	③	④	⑤
57. Gydytojas chirurgas formaliai vadovauja operacinės darbuotojams operacijų metu.	①	②	③	④	⑤
58. Dažnai dėl bendravimo sunkumų pacientų chirurginės procedūros vėluoja.	①	②	③	④	⑤

Ar tenkina bendravimas ir bendradarbiavimas su:	Labai netenkina ▼	Netenkina ▼	Tenkina ▼	Labai tenkina ▼	Puikus ▼
• Chirurgais	①	②	③	④	⑤
• Chirurgijos rezidentais	①	②	③	④	⑤
• Anesteziologais	①	②	③	④	⑤
• Anesteziologijos rezidentais	①	②	③	④	⑤
• Slaugytojomis anestezistėmis	①	②	③	④	⑤
• Operacinės slaugytojomis	①	②	③	④	⑤
• Operacinės pagalbiniu personalu	①	②	③	④	⑤

1. **Kurioje pamainoje dažniausiai dirbate?**
   - Dieninėje
   - Vakarinėje
   - Naktinėje
   - Įvairiai

2. **Kokios Jūsų pareigos šioje ligoninėje?**
   - Gydytojas chirurgas
   - Chirurgijos rezidentas
   - Anesteziologas
   - Anesteziologijos rezidentas
   - Slaugytoja anestezistė
   - Operacinės slaugytoja
   - Operacinės pagalbinis darbuotojas

3. **Darbo pagal specialybę patirtis:**
   - Iki 12 mėn.
   - 1 – 5 metai
   - 6 – 14 metų
   - 15 ir daugiau metų

4. **Darbo patirtis šioje operacinėje:**
   - Iki 12 mėn.
   - 1-5 metai
   - 6-14 metų
   - 15 ir daugiau metų

5. **Jūsų amžius**
   - Mažiau nei 30 metų
   - 30-39
   - 40-49
   - 50 ir daugiau metų

6. **Jūsų lytis**
   - Moteris
   - Vyras

Nurodykite, prašau, tris patarimus, kaip Jūsų nuomone būtų galima pagerinti pacientų saugą operacinėje

1. .....
   .....
2. .....
   .....
3. .....
   .....

Priedas Nr. 3

TIRIAMOJO ASMENS SUTIKIMO FORMA

Aš, , sutinku dalyvauti Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Slaugos fakulteto studentės Rasos Jurevičiūtės atliekamame tyrime, Medicinos personalo požiūrio į paciento saugą operacinėje vertinimas.

Tiriamojo asmens vardas, pavardė

_____

NUPLĖŠTI NUO ANKETOS IR ĮMESTI KARTU Į DĖŽĘ (parašas)

Priedas Nr.4

VALSTYBINĖ AKREDITAVIMO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS VEIKLAI TARNYBA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

Biudžetinė įstaiga, buveinė A. Juozapavičiaus g. 9, LT-09311 Vilnius, tel. (8 5) 261 5177, faks. (8 5) 212 7310, el. paštas vaspvt@vaspvt.gov.lt, interneto svetainė www.vaspvt.gov.lt.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 191352247

Rasai Jurevičiūtei
El.p. rasytia.j@gmail.com

2019-03- 15 Nr. D2- 4416-(7.9.)
Į 2019-03-13 Nr.. El.p.

DĖL INFORMACIJOS PATEIKIMO

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Tarnyba) gavo 2019-03-13 Jūsų prašymą, susipažino ir informuoja, kad Jus dominanti informacija yra skelbiama Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO, angl. WHO – *World Health Organization)* svetainėje.

Neprieštaraujame dėl Tarnybos vyr. specialistės P. Morkūnienės išversto klausimyno – operacinėje naudojimo.

Direktoriaus pavaduotoja Ramunė Vaitkevičienė

Dokumento originalas nebus siunčiamas paštu

J. Sruogienė, (8 5) 2615177, el.p. vaspvt@vaspvt.gov.lt

Priedas Nr.5

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

BIOETIKOS CENTRAS

Kodas 302536989, Tilžės g. 18, LT- 47181, Kaunas,tel.: (8 37) 327233, www.lsmuni.lt., el.p.: bioetika@lsmuni.lt

Medicinos akademijos (MA) 2019-03-18 Nr. BEC-SL(M)-203
Antrosios pakopos studijų programa – Slaugos lyderystė (ištęstinės studijos)
I k. magistrantei Rasai Jurevičiūtei
Darbo vadovė dr. Renata Vimantaitė
LSMU Slaugos ir rūpybos katedra

DĖL PRITARIMO TYRIMUI

LSMU Bioetikos centras, įvertinęs Rasos Jurevičiūtės pateiktus dokumentus, magistrantės tiriamajam darbui tema „Medicinos personalo požiūrio į paciento saugą operacinėje vertinimas“ pritaria*.

Dr. Žydrūnė Lukšienė

* Pastaba: šis pritarimas neatleidžia tiriamąjį mokslinį darbą vykdančių asmenų nuo prievolės laikytis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento nuostatų ir nuo atsakomybės gauti nacionalinio arba regioninio bioetikos komiteto leidimą, jei toks leidimas būtinas pagal LR Biomedicininių tyrimų etikos įstatyme numatytus reikalavimus.

Priedas Nr.6

LSMU LKK

ŠIRDIES CIRURGIJOS ANESTEZIOLOGIJOS IR INTENSYVIOS TERAPIJOS SKYRIUS

2020 rugsėjo 16 d. vykusio slaugytojų kvalifikacijos kėlimo užsiėmimas

PROTOKOLAS

Susirinkime dalyvavo: 43 slaugytojos.
Užsiėmimo tema:"Medicinos personalo požiūrio į paciento saugą operacinėje vertinimas"\
Pranešimą skaitė LSMU Slaugos fakulteto Slaugos ir rūpybos katedros magistrantė (Magistrantūros studijų praograma „Slaugos lyderistė") RASA JUREVIČIŪTĖ

Sekretorius: b.p.s. B.Dumčiuvienė
Pranešėjas: Rasa Jurevičiūtė
Klinikos vadovas: Renata Vimantaitė