

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

Sandra Kutkaitė^{1, 2}, Daiva Brogienė¹

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutas

²Higienos institutas

Santrauka

Gydytojui svarbu turėti teorinių žinių apie klaidas medicinoje (KM) ir praktinių įgūdžių, kaip valdyti riziką, kad šių klaidų būtų išvengta. Tarptautinių mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad galima išvengti daugiau nei pusės KM.

Tyrimo tikslas – ištirti vyresniųjų medicinos kursų studentų ir vyresniųjų gydytojų rezidentų žinias bei nuomonę apie KM.

Medžiaga ir metodai. Tyrimo imtis 250 respondentų: 165 studentai ir 85 rezidentai. Nepriklausomoms imtims palyginti taikytas Mann Whitney testas. Siekiant nustatyti, kokią įtaką turi respondento statusas studentų ir rezidentų žinioms ir nuomonei apie KM, skaičiuotas šansų santykis (OR). Statistinio reikšmingumo lygmuo $p \leq 0,05$.

Rezultatai. Didžioji dauguma respondentų savo teorines žinias apie KM vertino patenkinamai (38,2 proc. studentų ir 43,5 proc. rezidentų). 41,2 proc. studentų ir 27,1 proc. rezidentų nežinojo, ar klaidų registravimo sistema galėtų sumažinti KM skaičių ($p = 0,03$). Daugiau rezidentų nei studentų nesutiko su teiginiu, kad dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistema yra saugi pacientams (atitinkamai 31,8 proc. ir 15,2 proc., $p = 0,002$). Tačiau daugiau rezidentų nei studentų visiškai pritarė teiginiui, kad KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis (atitinkamai 34,1 proc. ir 21,2 proc., $p = 0,03$). Jeigu padarytų klaidą, didžioji dauguma studentų (53,9 proc.) pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą apie įvykusią nesėkmę, o dauguma rezidentų (49,4 proc.) visų pirma apie KM informuotų tiesioginį vadovą ($p = 0,001$). Daugelis respondentų jaustų kaltę padarę KM (96,4 proc. rezidentų ir 96,5 proc. studentų), jaudintųsi dėl šios nesėkmės (atitinkamai 90,9 proc. ir 91,7 proc.) ir bijotų būti nubausti (atitinkamai 78,8 proc. ir 67,1 proc.).

Išvados. Studentai ir rezidentai pripažįsta, kad jiems trūksta teorinių žinių apie KM. Jie norėtų įgyti daugiau su klaidų rizikos valdymu ir jų analize susijusių įgūdžių, nes mano, kad tai svarbi gydytojo darbo dalis.

Reikšminiai žodžiai: klaidos medicinoje, studentų patirtis, gydytojų patirtis, klausimynas, rizikos valdymas.

ĮVADAS

Šiuo metu klaida medicinoje (toliau – KM) yra ne tik diskusijų žiniasklaidoje, bet ir tiriamasis mokslo objektas. Klaidų įvyksta be išimties visuose veiklos sektoriuose: ekonomikoje, politikoje, versle ir pan. Taigi ir sveikatos apsauga nėra išimtis, tačiau klaidų pasekmės šiame sektoriuje yra be galo skaudžios.

Atkreiptinas dėmesys, kad tarptautiniuose moksliniuose tyrimuose analizuojant KM dažnai vartojamos platesnės nepageidaujamo įvykio (toliau – NI) arba pacientų saugos įvykio sąvokos. Tačiau tuo atveju, kai tyrimo tikslas – įvertinti žmogiškojo faktoriaus įtaką nesėkmės atveju, vartojama KM sąvoka. KM laikomas nepageidaujama išėitį (rezultata) pacientui sukėlus įvykis, kurį lėmė daugiau asmens, atlikusio

veiksmus, klaida nei sisteminiai / organizaciniai veiksniai. NI – tai dėl veikos, galėjusios sukelti ar sukėlusios nepageidaujamą išėitį (rezultata) pacientui, įvykęs įvykis, kurį daugiau lėmė medicininės pagalbos teikimo ir organizavimo veiksniai nei paties paciento liga ar būklė. Taigi sąvokos vertinant rezultato prasme yra panašios ir į šią studiją įtraukti tik tie moksliniai NI tyrimai, kuriuose išskirtinis dėmesys teikiamas įvykį lėmusiam žmogiškajam faktoriui.

Tarptautinė KM statistika rodo, kad tai dažnas reiškinys visose be išimties valstybėse. Tikimybė įvykti nelaimingam atsitikimui lėktuve yra 1 iš 3 milijonų, o nelaimingam atsitikimui įvykti ligoninėje – 1 iš 300 [1]. 1991–2006 m. JAV, Australijos, Jungtinės Karalystės, Naujosios Zelandijos ir Kanados ligoninėse NI dažnis siekė 9,2 proc., t. y. vidutiniškai kas dešimtam hospitalizuojamam pacientui [2]. 2008 m. JAV ligoninėse 1 iš 7 pasireiškė NI (13,5 proc.), t. y. 134 tūkst. pacientų patyrė bent po vieną nesėkmę [3]. Kai kurios KM yra neišvengiamos, tačiau tarptautinių

Adresas susirašinėti: Sandra Kutkaitė
Higienos institutas
Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius
El. p. sandrakutkaite@gmail.com

mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad daugiau nei pusės KM galima išvengti. JAV atlikti tyrimai parodė, kad šioje šalyje nuo 44 tūkst. iki 98 tūkst. pacientų kiekvienais metais ligoninėse miršta dėl priežasčių, kurių buvo galima išvengti [4]. Išvengiamos KM JAV kasmet kainuoja $17\text{--}29 \times 10^9$ JAV dolerių, o tai sudaro beveik pusę JAV sveikatos priežiūrai skiriamų lėšų [4].

KM kaina aktuali ir Lietuvoje. Augantis teisminių ieškinių skaičius bei prašomos žalos sveikatai atlyginti sumos gali skaudžiai paveikti nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą. KM prisideda prie neigiamo medikų įvaizdžio kūrimo, kelia grėsmę partneriškiems gydytojo ir paciento santykiams.

Nors Lietuvoje vyksta pokyčių pacientų saugos srityje, pvz., įgyvendinant Pacientų saugos platformą (2010–2014 m.) [5] privalo dalyvauti ne tik praktikuojantys gydytojai, bet ir studentai medikai bei gydytojai rezidentai, tačiau rezultatai nėra džiuginantys. Tarptautiniai moksliniai tyrimai taip pat rodo, kad dauguma rezidentų ir netgi praktikuojančių gydytojų nėra pasirengę konstruktyviai suprasti ir įvertinti nesėkmės medicinoje atvejį. Praktikuojantys ir būsimi gydytojai turėtų ugdyti gebėjimą įvertinti klaidą, ją atskleisti ir mokytis iš savo bei kolegų klaidų.

Šio tyrimo tikslas – ištirti Vilniaus universiteto vyresniųjų medicinos kursų studentų ir vyresniųjų gydytojų rezidentų žinias bei nuomonę apie KM.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Tyrimo imtis. Tyrimas atliktas 2011 m. lapkričio–gruodžio mėnesiais. Tyrimo imtį sudarė 5 ir 6 kurso mediciną Vilniaus universitete studijuojantys studentai. Paskutiniųjų studijų metų studentai pasirinkti darant prielaidą, kad jie jau įgiję tam tikrų teorinių žinių apie KM ir gali šiuo klausimu pareikšti savo nuomonę. Apklausa vykdyta patogiosios atrankos metodu bendrųjų kurso paskaitų metu, t. y. paskaitos vyksta visiems 5 ar 6 kurso studentams. Tyrime dalyvavo tik paskaitose apklaustos metu buvę studentai. Iš viso išdalyta 217 anketų, grąžinta 168, atsakomumas – 77,4 proc. Statistinei analizei naudotos 165 tinkamai užpildytos anketos.

Antrąją respondentų grupę sudarė paskutiniųjų metų gydytojai rezidentai, t. y. 2, 3 ar 4 metų gydytojai rezidentai, darant prielaidą, kad jie jau įgiję praktinių įgūdžių valdant KM riziką ir gali pareikšti savo nuomonę apie KM. Apklausa vykdyta VšĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje (RVUL) ir VšĮ Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikose (VUL SK). Vykdam apklausą anketos

išdalytos visiems apklaustos dienomis dirbusiems šių kursų rezidentams. Iš viso išdalyta 129 anketos. Gauta 90 anketų, atsakomumas – 69,8 proc. Statistinei analizei naudotos 85 tinkamai užpildytos anketos.

Iš 250 respondentų vyrai sudarė 24 proc. (60 respondentų), o moterys – 76 proc. (190 respondentų). Tiriamųjų amžiaus vidurkis buvo 25 m. \pm 3: vyrų amžiaus vidurkis 25,58 m. \pm 3,44, o moterų – 24,72 m. \pm 2,34.

Tyrimo instrumentas. Respondentų apklausai naudotas anoniminis klausimynas, kurį sudarė darbo autoriai, remdamiesi kitų šalių mokslininkų atliktų panašių tyrimų patirtimi: 2007 m. Anestezijos departamento Jungtinėje Karalystėje atliktu tyrimu, 2006 m. Šeimos medicinos departamento JAV (Denverio ir Kolorado valstijos) ir 2005 m. Šeimos medicinos departamento JAV (Niujorkas) tyrimais.

Atlikti bandomieji tyrimai siekiant nustatyti klausimyno stabilumą pakartotiniams tyrimams (*Spearman-Brown Split-Half* koeficientas $> 0,6$) ir reikiams jo korekcijoms atlikti. Klausimyną sudarė uždaro tipo klausimai, sugrupuoti į keturias dalis, kurios atspindėjo medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinias ir nuomonę apie KM (1 pav.).

Anketoje atsakymai į klausimus buvo pateikiami naudojant 5 balų Likerto skalę ir užkoduoti laikantis principo: mažiausia reikšmė priskiriama blogiausiam / neigiamiausiam atsakymui. Duomenys du kartus surašyti į *EpiData* 3.1 versijos pakete sukurtą anketos pildymo formą (duomenų validizacijai patvirtinti) ir vėliau perkelti į SPSS statistinio duomenų paketo programos duomenų bazę.

Statistinė analizė. Bendrasis visas keturias klausimų apie KM grupes apimantis klausimyno Kronbacho (*Cronbach*) alfa koeficientas buvo 0,72 (standartizuotas – 0,75). Teiginių vertinimo homogeniškumui nustatyti panaudotas Friedman'o χ^2 kriterijaus ($p > 0,001$) ir Kendall'o konkordacijos koeficientai ($W = 0,92$). Hipotezėms patikrinti taikytas $p \leq 0,05$ reikšmingumo lygmuo.

Skačiuotas kintamųjų dažnių pasiskirstymas, amžiaus vidurkis. Statistinėms hipotezėms tikrinti tarp nominalių ir ordinalių kintamųjų taikytas Pearson'o χ^2 testas. Atsakymų skirtumams tarp dviejų nepriklausomų grupių, t. y. tarp medicinos studentų ir gydytojų rezidentų, įvertinti naudotas Mann-Whitney (U) testas.

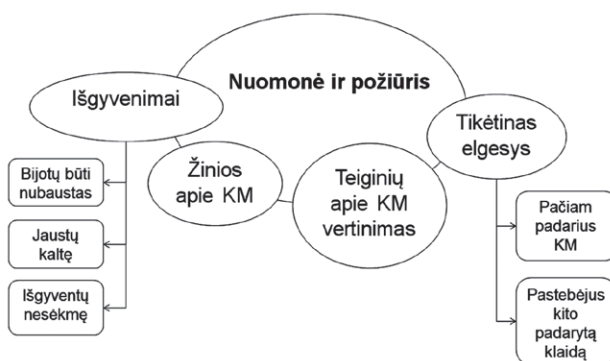
Skačiuoti šansų santykiai (OR), atspindintys statuso (rezidentai / studentai) įtaką jų žinioms ir nuomonei apie KM, ir jų 95 proc. pasikliautinieji intervalai. Statusas su prielaida buvo laikomas kaip tam

tikra respondentų patirtis su KM. Šansų santykis laikytas statistiškai reikšmingu, jeigu vienetas nepateko į 95 proc. pasikliautinąjį intervalą.

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

REZULTATAI

Tyrimo rezultatai vertinti pagal klausimyno struktūrą atspindinčią schemą, nurodytą 1 pav.: bendros respondentų žinios, atsakymai į teiginius apie KM, tikėtinas elgesys susidūrus su KM ir išgyvenimai įvykus klaidai (1 pav.).



1 pav. Duomenų analizės schema

Bendros medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinios apie KM

Didžioji dalis medicinos studentų ir gydytojų rezidentų bendrai savo teorines žinias apie KM ir NĮ vertino panašiai (1 lentelė), t. y. patenkinamai (atitinkamai 38,2 proc. ir 43,5 proc.) arba blogai (atitinkamai 31,5 proc. ir 24,7 proc.). Statistiškai reikšmingų studentų ir rezidentų žinių apie KM skirtumų nenustatyta.

Respondentų žinios apie KM ir NĮ sąvokas, pacientų saugos kultūrą, KM rizikos valdymą, taip pat apie veiksnius, lemiančius klaidas, (1 lentelė) buvo panašiai vienodai prastos. Statistiškai reikšmingų studentų ir rezidentų nuomonių skirtumų nenustatyta.

Nagrinėjant duomenis nustatyta statistiškai reikšmingų žinių apie KM rūšis, statistiką ir kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas skirtumų (1 lentelė). Rezidentai mano išmanantys daugiau nei studentai (U testas, atitinkamai $p = 0,005$, $p = 0,025$ ir $p = 0,001$).

Apie 90 proc. respondentų nori įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodami universitete. Jie taip pat pripažįsta žinių apie KM ir jų rizikos valdymą svarbą kasdieniame darbe. Tačiau respondentai

nesutarė dėl žinių apie KM pakankamumo medicinos praktikai pradėti (U testas, $p = 0,009$). Daugiau studentų nei rezidentų visiškai sutiko, kad jiems nepakaktų turimų žinių (atitinkamai 30,9 proc. ir 16,5 proc.), o nuomonės dėl šio teiginio neturėjo daugiau rezidentų nei studentų (atitinkamai 28,2 proc. ir 20,6 proc.) (1 lentelė).

Teiginių apie KM vertinimas medicinos studentų ir gydytojų rezidentų požiūriu

Abi respondentų grupės labai panašiai vertino veiksnius, lemiančius KM (2 lentelė). Studentų ir rezidentų nuomonės statistiškai reikšmingai skyrėsi tik dėl teisės aktų / protokolų svarbumo klaidai atsirasti (U testas, $p = 0,01$). 53,9 proc. studentų teisės aktus / protokolus vertino kaip svarbius, o 18,2 proc. – kaip labai svarbius, rezidentai atitinkamai 40 proc. (svarbu) ir 37,6 proc. (labai svarbu).

Remdamiesi Pearson'o χ^2 testo rezultatais kitus veiksnius respondentai vertino panašiai (2 lentelė). Statistiškai reikšmingų studentų ir rezidentų atsakymų grupių skirtumų taikant U testą nenustatyta. Daugiausiai respondentų kaip labai svarbius veiksnius, galinčius turėti įtakos klaidai atsirasti, nurodė praktinius įgūdžius, personalo darbo krūvį ir nuovargį. O kitus veiksnius, t. y. komandinį darbą / kolegų bendradarbiavimą, diegiamas naujas gydymo ar diagnostikos technologijas, stresą, personalo bendravimą su pacientais, teorines žinias, vadovavimą / darbo organizavimą, asmenines savybes ir pacientų saugos politiką, abi respondentų grupės vertino kaip ne ką mažiau reikšmingus. Respondentų nuomone, jie yra svarbūs arba net labai svarbūs KM atsirasti.

Studentų ir rezidentų nuomonės dėl paslaugų, kurias teikiant yra didžiausia tikimybė padaryti klaidą, buvo labai panašios. Daugiausia studentų (37,6 proc.) ir rezidentų (30,9 proc.) manė, kad didžiausia klaidos tikimybė yra diagnostinių tyrimų metu, šiek tiek mažiau respondentų – suteikiant chirurgines (atitinkamai 29,4 proc. ir 30,9 proc.) arba terapines paslaugas (atitinkamai 18,8 proc. ir 21,8 proc.).

Lyginant studentų ir rezidentų grupių atsakymus / nuomones dėl efektyviausios priemonės siekiant išvengti KM nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas (U testas, $p = 0,01$). Didžiosios daugumos rezidentų nuomone, efektyviausia priemonė yra medicinos personalo švietimas apie saugią medicinos praktiką ir galimybes mokytis iš klaidų (71,8 proc.). Tam pritarė 55,2 proc. studentų. Penktadalis rezidentų (22,4 proc.) efektyviausia priemone įvardijo medicinos personalo darbo krūvių mažinimą. Tam pritarė

1 lentelė. Teorinių žinių apie KM pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Teiginiai	Labai blogai Abs. skč. (%)		Blogai Abs. skč. (%)		Patenkinamai Abs. skč. (%)		Gerai Abs. skč. (%)		Labai gerai Abs. skč. (%)		χ^2 testas	p
	S*	R**	S	R	S	R	S	R	S	R		
1. Savo teorines žinias apie KM bendrai vertinu	23 (13,9)	11 (12,9)	52 (31,5)	21 (24,7)	63 (38,2)	37 (43,5)	22 (13,3)	15 (17,6)	5 (3,0)	1 (1,2)	2,84	0,59
2. Esu susipažinęs su KM ir NĮ sąvokomis	30 (18,2)	14 (16,5)	73 (44,2)	27 (31,8)	41 (24,8)	24 (28,2)	12 (7,3)	18 (21,2)	9 (5,5)	2 (2,4)	12,79	0,01
3. Žinau KM rūšis	65 (39,4)	21 (24,7)	63 (38,2)	31 (36,5)	25 (15,2)	24 (28,2)	10 (6,1)	9 (10,6)	2 (1,2)	–	11,00	0,03
4. Žinau, kaip turėtų elgtis įvykus KM	53 (32,1)	11 (12,9)	61 (37,0)	36 (42,4)	40 (24,2)	27 (31,8)	10 (6,1)	10 (11,8)	1 (0,6)	1 (1,2)	12,18	0,02
5. Žinau, kas yra pacientų saugos kultūra	39 (23,6)	17 (20,0)	60 (36,4)	24 (28,2)	43 (26,1)	20 (23,5)	13 (7,9)	21 (24,7)	10 (6,1)	3 (3,5)	13,95	0,007
6. Galiu įvardyti veiksnius, lemiančius KM	23 (13,9)	10 (11,8)	38 (23,0)	15 (17,6)	63 (38,2)	38 (44,7)	35 (21,2)	22 (25,9)	6 (3,6)	–	5,19	0,27
7. Esu susipažinęs su KM dažnio statistika	83 (50,3)	31 (36,5)	54 (32,7)	31 (36,5)	20 (12,1)	18 (21,2)	6 (3,6)	5 (5,9)	2 (1,2)	–	7,29	0,12
8. Žinau apie kitų šalių klaidų registravimo ir analizės sistemas	104 (63,0)	35 (41,2)	54 (32,7)	31 (36,5)	4 (2,4)	17 (20,0)	2 (1,2)	2 (2,4)	1 (0,6)	–	26,65	0,001
9. Žinau, kaip valdoma KM rizika	82 (49,7)	32 (37,6)	57 (34,5)	36 (42,4)	20 (12,1)	14 (16,5)	5 (3,0)	3 (3,5)	1 (0,6)	–	4,05	0,40
Studentų (n = 165) ir rezidentų (n = 85) žinių apie KM poreikis												
	Visiškai nesutinku		Nesutinku		NŽN / NTN***		Sutinku		Visiškai sutinku		χ^2 testas	p
	S*	R**	S	R	S	R	S	R	S	R		
1. Norėčiau įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių studijuodamas (-a) universitete	1 (0,6)	1 (1,2)	5 (3,0)	1 (1,2)	14 (8,5)	3 (3,5)	79 (47,9)	44 (51,8)	66 (40,0)	36 (42,4)	3,31	0,51
2. Man nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai medicinos praktikai pradėti	6 (3,6)	2 (2,4)	10 (6,1)	11 (12,9)	34 (20,6)	24 (28,2)	64 (38,8)	34 (40,0)	51 (30,9)	14 (16,5)	9,38	0,05
3. Žinios apie KM ir jų rizikos valdymą man labai svarbios	–	–	4 (2,4)	2 (2,4)	31 (18,8)	16 (18,8)	89 (53,9)	47 (55,3)	41 (24,8)	20 (23,5)	0,06	0,99

* Studentai

** Rezidentai

*** Nežinau / neturiu nuomonės

beveik trečdalis studentų (32,1 proc.). Vos dešimtadalis studentų (9,1 proc.) efektyviausia priemone klaidoms mažinti nurodė paslaugų kokybę kontroliuojančių tarnybų steigimą ir stiprinimą. Šitai manė tik 3,5 proc. rezidentų.

Didžioji dauguma respondentų panašiai vienodai sutinka (3 lentelė) su teiginiu, jog visas KM būtina registruoti, net jei jos nepadarež žalos paciento sveikatai, o žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie klaidą ir kiekvienu atveju privalu atsiprašyti žalą

2 lentelė. Veiksnių, turinčių įtakos KM atsirasti, vertinimo pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Teiginiai	Visiškai nesvarbu Abs. skč. (%)		Nesvarbu Abs. skč. (%)		NŽN / NTN*** Abs. skč. (%)		Svarbu Abs. skč. (%)		Labai svarbu Abs. skč. (%)		χ^2 testas	P
	S*	R**	S	R	S	R	S	R	S	R		
1. Vadovavimas / darbo organizavimas gydymo įstaigoje	3 (1,8)	–	7 (4,2)	–	12 (7,3)	8 (9,4)	101 (61,2)	49 (57,6)	42 (25,5)	28 (32,9)	6,71	0,15
2. Diegiamos naujos gydymo ar diagnostikos technologijos	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	6 (7,1)	16 (9,7)	5 (5,9)	96 (58,2)	51 (60,0)	37 (22,4)	22 (25,9)	1,48	0,83
3. Medicinos personalo darbo krūvis	–	–	1 (0,6)	–	5 (3,0)	3 (3,5)	42 (25,5)	28 (32,9)	117 (70,9)	54 (63,5)	2,13	0,55
4. Personalo bendravimas su pacientais	1 (0,6)	–	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	6 (7,1)	77 (46,7)	39 (45,9)	71 (43,0)	39 (45,9)	0,82	0,94
5. Kolegų bendravimas ir darbas komandoje	–	–	2 (1,2)	1 (1,2)	6 (3,6)	4 (4,7)	60 (36,4)	30 (35,3)	97 (58,8)	50 (58,8)	0,18	0,98
6. Diagnostikos ir gydymo protokolai (teisės aktai)	3 (1,8)	1 (1,2)	8 (4,8)	5 (5,9)	35 (21,2)	13 (15,3)	89 (53,9)	34 (40,0)	30 (18,2)	32 (37,6)	12,07	0,02
7. Teorinės žinios	–	–	5 (3,0)	–	8 (4,8)	5 (5,9)	85 (51,5)	43 (50,6)	67 (40,6)	37 (43,5)	2,82	0,42
8. Praktiniai įgūdžiai	–	–	2 (1,2)	–	4 (2,4)	2 (2,4)	40 (24,2)	25 (29,4)	119 (72,1)	58 (68,2)	1,73	0,63
9. Pacientų saugos politika, įgyvendinama gydymo įstaigoje	2 (1,2)	1 (1,2)	7 (4,2)	1 (1,2)	50 (30,3)	31 (36,5)	84 (50,9)	34 (40,0)	22 (13,3)	18 (21,2)	5,88	0,21
10. Asmeninės gydytojo / slaugytojo savybės	2 (1,2)	–	5 (3,0)	4 (4,7)	20 (12,1)	17 (20,0)	98 (59,4)	38 (44,7)	40 (24,2)	26 (30,6)	6,90	0,14
11. Nuovargis	–	–	–	–	6 (3,6)	8 (9,4)	47 (28,5)	26 (30,6)	112 (67,9)	51 (60,0)	3,96	0,14
12. Stresas	–	–	2 (1,2)	–	7 (4,2)	8 (9,4)	52 (31,5)	31 (36,5)	104 (63,0)	46 (54,1)	4,69	0,20

* Studentai

** Rezidentai

*** Nežinau / neturiu nuomonės

sveikatai patyrusio paciento. Respondentai sutiko, kad KM skaičių galima sumažinti, patikino, kad gydymo įstaigų / skyrių vadovų požiūris turi didelės reikšmės atskleidžiant ir registruojant klaidas, pritarė, kad mokymasis iš savo ar kolegų klaidų padeda išvengti jų ateityje. Lyginant šių teiginių vertinimus tarp studentų ir rezidentų grupių, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta.

Statistiškai reikšmingų rezidentų ir studentų nuomonių skirtumų nenustatyta ir palyginus daugelį kitų (3 lentelė) teiginių. Dauguma respondentų visiškai

sutiko dėl žiniasklaidos neobjektyvumo informuojant visuomenę apie KM ir pritarė, kad KM visiškai išvengti neįmanoma. Apie 40 proc. studentų ir rezidentų nežino, ar šiuo metu KM slepiamos. Panašus skaičius studentų ir rezidentų nežinojo, ar gydytojų baudimo kultūrą turėtų keisti pacientų saugos kultūra (atitinkamai 28,5 proc. ir 31,8 proc.), tačiau sutiko dėl pokyčio (atitinkamai 34,5 proc. ir 34,1 proc.) arba visiškai pritarė tokiam pokyčiui (atitinkamai 30,9 proc. ir 28,2 proc.).

Tačiau studentų ir rezidentų nuomonės išsiskyrė (U testas, p = 0,02) vertinant Lietuvos sveikatos

3 lentelė. Teiginių dėl KM vertinimo pasiskirstymas pagal respondentų statusą jų požiūriu

Teiginiai	Visiškai nesutinku Abs. skč. (%)		Nesutinku Abs. skč. (%)		NŽN / NTN*** Abs. skč. (%)		Sutinku Abs. skč. (%)		Visiškai sutinku Abs. skč. (%)		χ^2 testas	P
	S*	R**	S	R	S	R	S	R	S	R		
1. Būtina registruoti visas KM, netgi jei jos nepadarė žalos paciento sveikatai	6 (3,6)	4 (4,7)	24 (14,5)	11 (12,9)	43 (26,1)	17 (20,0)	71 (43,0)	36 (42,4)	21 (12,7)	17 (20,0)	3,08	0,54
2. Žalą patyręs pacientas turi teisę žinoti apie įvykusių nesėkmę	–	–	13 (7,9)	7 (8,2)	34 (20,6)	11 (12,9)	85 (51,5)	54 (63,5)	33 (20,0)	13 (15,3)	3,97	0,27
3. Kiekvienu atveju privalau atsiprašyti žalą sveikatai patyrusio paciento	1 (0,6)	–	14 (8,5)	5 (5,9)	36 (21,8)	19 (22,4)	65 (39,4)	39 (45,9)	49 (29,7)	22 (25,9)	1,88	0,76
4. Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	7 (4,2)	4 (4,7)	33 (20,0)	29 (34,1)	39 (23,6)	20 (23,5)	70 (42,4)	27 (31,8)	16 (9,7)	5 (5,9)	7,15	0,13
5. Jeigu aš mokysiuos iš savo ir kolegų klaidų, galėsiu jų išvengti ateityje	2 (1,2)	1 (1,2)	3 (1,8)	1 (1,2)	13 (7,9)	12 (14,1)	97 (58,8)	34 (40,0)	50 (30,3)	37 (43,5)	8,93	0,06
6. Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	10 (6,1)	3 (3,5)	29 (17,6)	12 (14,1)	68 (41,2)	23 (27,1)	39 (23,6)	30 (35,3)	19 (11,5)	17 (20,0)	9,76	0,04
7. Žiniasklaida ne visuomet objektyviai informuoja visuomenę apie KM	4 (2,4)	–	4 (2,4)	3 (3,5)	7 (4,2)	1 (1,2)	28 (17,0)	21 (24,7)	122 (73,9)	60 (70,6)	5,75	0,22
8. Visiškai išvengti KM neįmanoma	1 (0,6)	–	1 (0,6)	2 (2,4)	4 (2,4)	3 (3,5)	48 (29,1)	24 (28,2)	111 (67,3)	56 (65,9)	2,22	0,70
9. Daugelis KM šiuo metu yra slepiamos	2 (1,2)	2 (2,4)	22 (13,3)	8 (9,4)	73 (44,2)	33 (38,9)	58 (35,2)	31 (36,5)	10 (6,1)	11 (12,9)	4,75	0,31
10. KM skaičių galima sumažinti	1 (0,6)	–	2 (1,2)	1 (1,2)	21 (12,7)	14 (16,5)	113 (68,5)	54 (63,5)	28 (17,0)	16 (18,8)	1,39	0,85
11. Dabartinė Lietuvos sveikatos apsaugos sistema yra saugi pacientams	9 (5,5)	2 (2,4)	25 (15,2)	27 (31,8)	65 (39,4)	32 (37,6)	60 (36,4)	23 (27,1)	6 (3,6)	1 (1,2)	11,39	0,02
12. Gydytojų įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	5 (3,0)	1 (1,2)	20 (12,1)	6 (7,1)	65 (39,4)	20 (23,5)	59 (35,8)	47 (55,3)	16 (9,7)	11 (12,9)	11,94	0,02
13. Atskleidžiant ir registruojant klaidą didelės įtakos turi gydytojų vadovų požiūris	3 (1,8)	1 (1,2)	7 (4,2)	–	25 (15,2)	10 (11,8)	98 (59,4)	55 (64,7)	32 (19,4)	19 (22,4)	4,71	0,32
14. KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis	2 (1,2)	1 (1,2)	4 (2,4)	–	17 (10,3)	7 (8,2)	107 (64,8)	48 (56,5)	35 (21,2)	29 (34,1)	6,60	0,16
15. Gydytojų baudimo kultūrą turi keisti pacientų saugos kultūra	3 (1,8)	1 (1,2)	7 (4,2)	4 (4,7)	47 (28,5)	27 (31,8)	57 (34,5)	29 (34,1)	51 (30,9)	24 (28,2)	0,51	0,97

* Studentai

** Rezidentai

*** Nežinau / neturiu nuomonės

apsaugos sistemos saugumą pacientams (3 lentelė): 36,4 proc. studentų ir 27,1 proc. rezidentų manė, kad šiandien ji yra saugi, o 15,2 proc. studentų ir 31,8 proc. rezidentų su tuo nesutiko. Skirtinga studentų ir rezidentų dalis sutiko (atitinkamai 64,8 proc. ir 56,5 proc.) arba visiškai sutiko (atitinkamai 21,2 proc. ir 34,1 proc.) su teiginiu, kad KM pripažinimas ir jų analizė yra svarbi medikų darbo dalis (U testas, $p = 0,03$). Daugiau rezidentų nei studentų sutiko arba visiškai sutiko, kad gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą (atitinkamai 55,3 proc. sutiko ir 12,9 proc. visiškai sutiko; atitinkamai 35,8 proc. sutiko ir 9,7 proc. visiškai sutiko, U testas, $p = 0,002$).

Studentų ir rezidentų nuomonės statistiškai reikšmingai išsiskyrė nurodant, ar sunku pranešti apie savo nesėkmę kolegoms (U testas, $p = 0,02$). Daugiau nei trečdaliui (34,1 proc.) rezidentų ir tik penktadaliui (20 proc.) studentų nebūtų sunku pranešti kolegai apie savo nesėkmę. Respondentai taip pat neturėjo bendros nuomonės dėl teiginio, kad klaidų registravimo sistema padeda mažinti klaidų skaičių (U testas, $p = 0,007$). Šiuo klausimu nuomonės neturėjo 41,2 proc. studentų ir 27,1 proc. rezidentų. Daugiau rezidentų nei studentų sutiko (atitinkamai 35,3 proc. ir 23,6 proc.) su teiginiu, kad diegiant registravimo sistemą yra galimybių sumažinti KM skaičių.

Tikėtinas medicinos studentų ir gydytojų rezidentų elgesys įvykus KM

Tyrimas atskleidė, kad rezidentai dažniau (83,5 proc.) nei studentai (74,5 proc.) yra susidūrę su KM, tačiau tai nebuvo statistiškai reikšmingas skirtumas ($\chi^2 = 2,61$; $p = 0,11$).

Tyrimo klausimyne buvo pateiktos dvi situacijos: kaip respondentas elgtųsi pastebėjęs kolegos padarytą klaidą ir ką darytų, jei pats padarytų klaidą. Studentai ir rezidentai, jeigu turėtų teisę savarankiškai verstis medicinos praktika ir pastebėtų kolegos padarytą klaidą, elgtųsi vienodai ($\chi^2 = 0,55$; $ll = 4$; $p = 0,97$). Dauguma jų pirmiausia informuotų klaidą padariusį kolegą apie būtinumą registruoti klaidą (atitinkamai 64,8 proc. ir 62,4 proc.). Mažiau studentų ir rezidentų pirmiausia imtųsi patys aiškintis priežastį ir prevencinių priemonių, kad klaidos būtų išvengta ateityje (atitinkamai 17 proc. ir 17,6 proc.). Dar mažiau studentų ir rezidentų žinotų, kaip tokiu atveju elgtis (atitinkamai 11,5 proc. ir 11,8 proc.), praneštų administracijai / skyriaus vadovui (atitinkamai 5,5 proc. ir 5,9 proc.) ir tik atitinkamai

1,2 proc. ir 2,4 proc. respondentų visai nekreiptų dėmesio.

Dviejų apklausos dalyvių grupių nuomonė skyrėsi nagrinėjant jų elgseną, jeigu patys turėdami teisę savarankiškai verstis medicinos praktika padarytų klaidą ($\chi^2 = 11,78$; $ll = 4$; $p = 0,02$). Didžioji rezidentų dauguma (49,4 proc.) pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą apie savo nesėkmę, 41,2 proc. jų atsiprašytų paciento ir informuotų jį apie įvykusią nesėkmę ir tik 9,4 proc. rezidentų bandytų patys ištaisyti klaidą, niekam neteikdami informacijos. Studentai, priešingai nei rezidentai, pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą apie įvykusią klaidą (53,9 proc.), beveik trečdalis kitų studentų (29,1 proc.) pirmiausia informuotų tiesioginį vadovą. 13,9 proc. studentų, niekam neteikdami informacijos apie įvykį, bandytų patys ją ištaisyti, 1,8 proc. jų stengtųsi nuslėpti klaidą arba apskritai jį tai nekreiptų dėmesio (1,2 proc.).

Medicinos studentų ir gydytojų rezidentų išgyvenimai dėl KM

Beveik visi (apie 90 proc.) respondentai jaustųsi panašiai vienodai patys padarę klaidą: jie jaustų kaltę ($\chi^2 = 1,37$; $ll = 3$; $p = 0,71$), baimę ($\chi^2 = 4,57$; $ll = 4$; $p = 0,33$) ir jaudintųsi dėl savo nesėkmės ($\chi^2 = 5,62$; $ll = 4$; $p = 0,23$). Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp studentų ir rezidentų savo išgyvenimų vertinimo grupių nenustatyta. Didžioji studentų ir rezidentų dauguma jaustų kaltę (atitinkamai 96,4 proc. ir 96,5 proc.), jaudintųsi dėl savo nesėkmės (atitinkamai 90,9 proc. ir 91,7 proc.) ir bijotų būti nubausti (atitinkamai 78,8 proc. ir 67,1 proc.).

Norint įvertinti, kokią įtaką žinioms, nuomonei apie KM ir išgyvenimams susidūrus su KM turėjo respondentų statusas (studentai / rezidentai), skaičiuotas šansų santykis (OR).

Nustatyta, jog studentams labiau nei rezidentams (OR = 1,77) nepakanka turimų žinių apie KM, kad savarankiškai pradėtų medicinos praktiką (4 lentelė). Klaidą padariusiems studentams būtų sunkiau pranešti kolegoms (OR = 1,8) ir jie labiau bijotų būti nubausti nei rezidentai (OR = 1,8).

O rezidentai labiau nei studentai supranta klaidų registravimo sistemos galimybes sumažinti KM skaičių (OR = 2,28) ir labiau nei studentai pripažįsta, kad gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą (OR = 2,59) (4 lentelė).

Studentai apie KM mano žinantys mažiau nei rezidentai (OR = 0,58) ir savo žinias vertina labai prastai.

4 lentelė. Respondento statuso įtaka žinioms ir teiginių apie KM vertinimui

Teiginiai	OR	PI 95 proc.
Bendros žinios apie KM	0,582	0,343–0,987
Man nepakaktų turimų žinių apie KM savarankiškai pradėti medicinos praktiką	1,773	1,031–3,049
Man būtų sunku pranešti kolegoms, kad padariau klaidą	1,803	1,056–3,077
Klaidų registravimo sistema sumažina klaidų skaičių	2,282	1,338–3,891
Gydymo įstaigose per mažai kalbama apie pacientų saugos kultūrą	2,578	1,487–4,468
Bijočiau būti nubaustas (-a)	1,830	1,015–3,280

REZULTATŲ APTARIMAS

Formuojant pacientų saugos kultūrą reikšmingiausias indėlis tenka gydytojui, kuris privalo suteikti ne tik saugias sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir mokėti atpažinti aplinkybes, galinčias sąlygoti KM, emociškai tvirtai bendrauti su pacientais bei artimaisiais nesėkmės atveju. Gydytojui svarbu identifikuoti įvykusią klaidą, atlikti jos analizę, mokytis iš savo bei kolegų klaidų, kad išvengtų panašių KM ateityje. Klaidų atskleidimas pacientui ir jo atsiprašymas yra viena iš moderniosios pacientų saugos kultūros charakteristikų. Deja, Lietuvoje kol kas tokia praktika sunkiai skinasi kelią.

Tarptautiniai moksliniai tyrimai rodo, kad KM mažinimo strategija prasideda nuo medicinos personalo mokymų apie KM ir jos rizikos valdymą. Informacijos apie klaidą atskleidimas pacientui rodo gydytojų kompetencijos ir profesionalumo lygį, bendravimo įgūdžius [6]. Taigi atlikto tyrimo rezultatus visų pirma palyginome respondentų turimų ir siekiamų žinių apie KM aspektu. 2012 m. JAV Bonnema R et al. atliko tyrimą, kaip mokymo programa apie KM keičia rezidentų požiūrį į šią problemą. Beveik visi (94 proc.) tyrime dalyvavę rezidentai nurodė, kad mokymai apie KM atskleidimą jiems buvo ypač svarbūs ir naudingi. Rezidentai patikino, kad baigę mokymų programą jie jautėsi labiau pasirengę ir emociškai stipresni atskleisti informaciją apie įvykusią klaidą pacientams. Panašius tyrimo rezultatus pateikia ir Kolorado valstijos mokslininkai, 2006 m. tyrę su KM susijusių mokymų naudą pacientų saugai [7]. Nors mūsų tyrime dalyvavę respondentai neturėjo

panašių mokymo programų, tačiau, kaip ir Kolorado valstijoje tyrime dalyvavę respondentai, išreiškė norą universitete įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių apie KM ir jos rizikos valdymą.

Daugelyje šios srities mokslinių tyrimų respondentai savo žinias apie KM vertina nepatenkinamai, abejoja turimais saugios praktikos įgūdžiais. 2007 m. Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo duomenimis, 64 proc. studentų nežinojo, ar gebėtų teikti saugias sveikatos priežiūros paslaugas [9]. Remiantis Flin R et al. 2009 m. Jungtinėje Karalystėje atlikto tyrimo duomenimis, dauguma pirmų metų medicinos studentų savo žinias apie KM, pacientų saugą ir sveikatos priežiūros sistemos vaidmenį registruojant KM vertino blogai arba patenkinamai [8]. Didžioji dauguma mūsų tyrime dalyvavusių respondentų savo žinias apie KM vertino patenkinamai arba blogai. Panašiai blogai vertino ir gydytojai rezidentai, 2010 m. dalyvavę mokslinėje Huffman-Dracht studijoje JAV, nors beveik visiems apklausoje dalyvavusiems rezidentams jau buvo tekę patiems susidurti su KM [10]. Mūsų atliktame moksliniame tyrime 77,6 proc. respondentų nurodė, kad taip pat jau buvo susidūrę su KM. Martinez W ir Lo B 2008 m. JAV (Masačiusetse) atliktame tyrime 18 proc. ketvirtų metų medicinos studentų nurodė, kad jie patys yra padarę KM, o 76 proc. apklausos dalyvių buvo KM liudininkai [12].

Remdamiesi specialioju Eurobarometro tyrimu apie pacientų saugą palyginome medicinos studentų ir nemedicininio profilio studentų turimą informaciją ir žinias apie KM. Eurobarometro duomenimis, dauguma ES studentų (43 proc.) yra tik kartais girdėję ar skaitę apie KM, 26 proc. studentų yra dažnai girdėję, 24 proc. – retai, 6 proc. apklausos dalyvių niekada apie tai negirdėję [11]. Taigi apibendrinant įvairių mokslinių tyrimų rezultatus, susijusius su medicinos studentų ir rezidentų žiniomis apie KM, tenka pripažinti, kad jos nėra pakankamos nepriklausomai nuo to, ar respondentai išklause specialią mokymo programą, ar ne. Daugeliui iš jų su KM teko susidurti dar nepradėjus savarankiškos medicinos praktikos.

Aptardami veiksniai, kurie yra reikšmingi ir dažniausiai sąlygoja KM, mūsų mokslinio tyrimo respondentai nurodė praktinius įgūdžius, darbo krūvį, nuovargį, stresą. Labai svarbiu veiksmiu jie įvardijo kolegų bendradarbiavimą, komandinį darbą. Pastarųjų veiksmių svarbą patvirtino ir JAV (Baltimoreje) Dudo et al. 2011 m. atlikto tyrimo rezultatai [13].

Apie galimybes išvengti KM diskutuoja ir medikai, ir visuomenė. Daugiau nei 65 proc. šiame tyrime

dalyvavusių respondentų visiškai sutiko, kad KM absoliučiai išvengti neįmanoma. Panašios nuomonės buvo ir Kolorade Madigosky WM et al. 2006 m. tyrime dalyvavę medicinos studentai [7]. Tačiau visuomenė mano kiek kitaip. Specialaus 2005 m. Eurobarometro tyrimo duomenimis, pusė tyrime dalyvavusių Lietuvos gyventojų nurodė, kad KM galima išvengti, 41 proc. jų teigė priešingai.

Vienas iš būdų, kaip sumažinti NĮ, – identifikuoti juos, registruoti specialioje sistemoje, analizuoti ir mokytis, kad panašios nesėkmės būtų galima išvengti ateityje. Madigosky WM et al. tyrime dalyvavę studentai, kaip ir dauguma šio tyrimo studentų, nežinojo, ar klaidų registravimo sistema gali sumažinti klaidų skaičių ateityje [7]. Galima daryti išvadą, kad šių studijų respondentams trūksta žinių apie galimybes ir būdus, kaip sumažinti KM skaičių.

Visuomenė griežtai vertina kiekvieną KM. Žiniasklaidoje pateikiama informacija ne visuomet objektyviai atspindi nesėkmės atvejo aplinkybes ir taip formuoja neigiamą medikų įvaizdį. Egzistuojanti gydytojų baudimo kultūra ir reali baimė būti nubaustam skatina medikus slėpti KM. Apžvelgta nemažai mokslinių tyrimų, kuriuose nagrinėti respondentų jausmai ir baimė įvykus KM. Garbutt J et al. 2007 m. JAV (Sietle ir Vašingtone) atliktas tyrimas parodė, jog rezidentų daugiau nei gydytojų teigė, kad jiems būtų sunku atskleisti padarytą klaidą [15]. Huffman-Dracht tyrimo duomenimis, daugiau greitosios pagalbos rezidentų nei kitų sričių medicinos studentų apie įvykusią klaidą (net jei ji nepadarė žalos paciento sveikatai) praneštų kokybės tobulinimo ar rizikos valdymo departamentams. Tačiau abiejose grupėse apie 10 proc. rezidentų niekam nepraneštų apie žalos sveikatai neturėjusią klaidą, o apie 70 proc. – atskleistų ją pačiam pacientui. Jei klaida padarytų žalą paciento sveikatai, tai beveik visi (> 95 proc.) rezidentai informuotų apie tai pacientą ir rizikos valdymo departamentą [10]. 2012 m. Irane Ghalandarpoorattar et al. atlikto tyrimo rezultatai parodė, jog rezidentai buvo mažiau linkę atskleisti mažas, žalos sveikatai nepadarusias, klaidas nei tas klaidas, kurios stipriai pa kenkė paciento sveikatai [14]. Apibendrinant galima daryti prielaidą, kad respondentams trūko žinių apie visų be išimties NĮ svarbą juos atpažinti, atskleisti ir analizuoti, nepriklausomai nuo to, ar jie padarė žalą paciento sveikatai, ar tik galėjo padaryti. Mūsų atliktame tyrime didžioji dauguma respondentų pripažino, kad registruotų visas KM, net jeigu jos ir nepadarė žalos paciento sveikatai. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog pusė mūsų tyrimo respondentų ypač akcentavo,

kad svarbu atsiprašyti paciento, patyrusio nesėkmę. Tyrimo rezultatai parodė, kad 53,9 proc. studentų ir 41,2 proc. gydytojų rezidentų įvykus nesėkmei pirmiausiai atsiprašytų paciento ir informuotų jį apie nesėkmės atvejo aplinkybes.

Apibendrinant išgyvenimus, kuriuos patiria KM padaręs asmuo, vienareikšmiškai tenka pripažinti, kad klaidas padarę gydytojai nėra abejingi jos padariniams: absoliuti dauguma jaudintųsi, jaustų liūdesį ir, aišku, baimę prarasti gerą vardą ar būti nubaustam. Jungtinėje Karalystėje 2009 m. Flin R et al. tyrime dalyvavę medicinos studentai teigė, kad padarę klaidą jaustų baimę, gėdą, kaltę ir sielotųsi dėl savo nesėkmės [8]. JAV (Kalifornijoje) 2008 m. tyrimo duomenimis, 16 proc. studentų, patyrusių nesėkmės atvejį savo praktikoje, jaudinosi dėl įvykusios klaidos [12], 2007 m. Jungtinėje Karalystėje, pasak Patey R et al., studentai taip pat jaustų kaltę, baimę, gėdą ir liūdesį padarę klaidą [9]. 2012 m. Irane Ghalandarpoorattar atlikto tyrimo metu studentai ir rezidentai teigė, kad nuslėpti klaidas skatina baimė būti teisiamam dėl aplaidumo, prarasti pacientų pasitikėjimą bei pamatyti pacientų ir jų artimųjų reakcijas [14]. Tokie mokslinių tyrimų rezultatai rodo, kad respondentai jaučia atsakomybę už savo veiksmus, o neužtikrinę saugių sveikatos priežiūros paslaugų jaučia liūdesį, gėdą ir svarbiausia baimę, o tai skatina slėpti KM.

Apibendrinant diskusijas reikėtų atvirai pripažinti, kad ir apžvelgtų, ir mūsų atlikto tyrimo rezultatai rodo, jog būsimų gydytojų praktikų teorinės žinios ir praktiniai įgūdžiai, susiję su KM, yra nepakankami. KM ir jų rizikos valdymo mokymų programos yra labai svarbios formuojant bendrus pacientų saugos kultūros principus, gydytojo ir paciento partnerystę, mažinant KM skaičių ir didelius dvasinius tiek paciento, tiek gydytojo išgyvenimus. Su KM susijusių mokymų programų privalumus patvirtina įvairūs moksliniai tyrimai [6, 7, 16].

IŠVADOS

1. Medicinos studentų ir gydytojų rezidentų žinios apie klaidų rizikos valdymą, apie KM statistiką ir pacientų saugos kultūrą yra prastos. Studentai savo teorines žinias apie KM vertino blogiau nei rezidentai.
2. Didelė dalis respondentų linkę manyti, kad KM yra slepiamos, daugiau nei pusė jų teigė, jog per mažai gydymo įstaigose kalbama apie pacientų saugos kultūrą. Efektyviausia priemonė, padedanti išvengti KM, respondentų nuomone, yra medicinos personalo ugdymas ir darbo krūvių mažinimas.

3. Didžioji dauguma gydytojų rezidentų, padarę KM, pirmiausia apie tai informuotų tiesioginį vadovą, mažesnė jų dalis pirmiausia atsiprašytų paciento ir praneštų jam apie įvykusią nesėkmę, studentai priešingai – pirmiausia atsiprašytų ir informuotų pacientą, o beveik trečdalis studentų pirmiausia praneštų tiesioginiam vadovui.
 4. Daugiau studentų nei rezidentų visiškai sutiko su teiginiu, kad jiems turimų žinių apie KM nepakaktų norint pradėti savarankišką medicinos praktiką. Beveik visi respondentai norėtų įgyti daugiau teorinių ir praktinių žinių apie KM studijuodami universitete.
 5. Beveik visi respondentai padarę klaidą jaustų kaltę, jaudintųsi ir bijotų būti nubausti.
2. Rekomenduoti gydytojų rezidentų vadovams nuolatos diskutuoti su gydytojais rezidentais apie partneriškus gydytojo ir paciento bendravimo principus įvykus nesėkmei, seminarų metu aptarti gerus saugios medicinos praktikos pavyzdžius.
 3. Rengti medicinos studentus ir gydytojus rezidentus diegiant Lietuvoje NĮ registravimo ir analizės sistemą, aiškinant jiems apie tokios sistemos privalumus ir galimybes sumažinti nesėkmės atvejų medicinoje skaičių. Ugdyti sąžiningą ir teisingą požiūrį į KM ir informacijos apie ją teikimą registravimo sistemai.

PADEKA

Straipsnio autoriai nuoširdžiai dėkoja Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto medicinos studentams bei gydytojams rezidentams, sutikusiems dalyvauti apklausoje, ir VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės bei VŠĮ Vilniaus universitetinės ligoninės Santariškių klinikų vadovybėms už leidimą atlikti šį tyrimą.

Straipsnis gautas 2012-10-26, priimtas 2013-01-24

REKOMENDACIJOS

Remiantis šio mokslinio tyrimo rezultatais ir kitų šalių patirtimi Lietuvoje tikslinga:

1. Suteikti vientisųjų studijų medicinos studentams daugiau teorinių žinių apie KM, saugią medicinos praktiką ir klaidų rizikos valdymą. Mokyti gydytojus rezidentus pripažinti klaidą, tinkamai suteikti informaciją pacientui ir mokytis iš savo bei kolegų klaidų.

Literatūra

1. World Health Organization. Eighth futures forum on governance of patient safety. 2005;1-34.
2. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(3):216-223.
3. Levison DR. Adverse events in hospitals: national incidence among medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services Office of inspector general. 2010;15-30.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human – Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine ed., National Academy Press, 2000.
5. Komitetas Nacionalinei pacientų saugos platformai parengti. Nacionalinė pacientų saugos platforma 2010–2014 m. 2009;2-17.
6. Bonnema R, Gonzaga AM, Bost J, Spagnoletti C. Teaching error disclosure: Advanced communication skills training for residents. *J Commun Health*. 2012;5(1):51-55.
7. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR and Anderson T. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Academic Medicine*. 2006;81(1):94-101.
8. Flin R, Patey R, Jackson J, Mearns K, Dissanayaka U. Year 1 medical undergraduates' knowledge of and attitudes to medical error. *Medical Education*. 2009;43:1147-1155.
9. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:256-259.
10. Huffman-Dracht HB, McDonnell WM and Guenther E. Resident Education in Medical Errors. *The Open Emergency Medicine Journal*. 2010;3:36-43.
11. European Commission. Medical Errors. Eurobarometer. 2006;4-26.
12. Martinez W and Lo B. Medical students' experiences with medical errors: an analysis of medical student essays. *Medical Education*. 2008;42:733-741.
13. Dudas RA, Bundy DG, Miller MR, Barone M. Can teaching medical students to investigate medication errors change their attitudes towards patient safety? *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):319-325.
14. Ghalandarpoorattar SM, Kaviani A and Asghari F. Medical error disclosure: the gap between attitude and practice. *Postgrad Med J*. 2012;88:130-133.
15. Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A, Krauss MJ, Marcuse EK et al. Reporting and disclosing medical errors. Pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:179-185.
16. Halbach JL and Sullivan LL. Teaching Medical Students About Medical Errors and Patient Safety: Evaluation of a Required Curriculum. *Academic Medicine*. 2005;80(6):600-606.

Knowledge and opinion about the malpractice among elder medical students and elder residents of Vilnius University

Sandra Kutkaitė^{1,2}, Daiva Brogienė¹

¹Vilnius University, Faculty of Medicine, Institute of Public Health, ²Institute of Hygiene

Summary

There is huge importance to have good knowledge and practical skills on error management for doctors. Because it is emphasized that more than half of malpractice can be avoided.

The aim: to investigate knowledge and opinion about the malpractice among elder medical students and elder residents.

Material and methods: the sample of study was 250 respondents: 165 students and 85 residents. Mann Whitney tests helped to compare independent samples. Odds ratio was used to determine how knowledge and opinion depends from respondent's status (student/resident). The statistical significance level $p \leq 0.05$.

Results. The vast majority of respondents their theoretical knowledge about malpractice evaluated as satisfactory: students (38.2 %) and residents (43.5 %). 41.2 % of students and 27.1% of residents did not know whether the registration system for error can reduce the number of errors ($p = 0.03$). More residents than students did not agree that Lithuanian health care system today is safe for patients (31.8 % and 15.2 %, respectively, $p = 0.002$). If a student made an error, the vast majority of them (53.9 %), first of

all would apologize and inform the patient, and the vast majority of residents (49.4 %) – first of all would inform direct supervisor ($p = 0.001$). Most of students and residents would feel their guilt (96.4 % and 96.5 %, respectively), their failure (90.9 % and 91.7 %, respectively), and fear to be punished (78.8 % and 67.1 %, respectively), if they made an error.

Conclusions. Students and residents recognized their lack of knowledge about malpractice. They would like to obtain more skills on the error risk management and analysis, because they believe that it is important part of medical work.

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

Correspondence to Sandra Kutkaitė
Institute of Hygiene
Didžioji 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: sandrakutkaite@gmail.com

Received 26 October 2012,
accepted 24 January 2013