

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: 614.253.8:616.8-089:614.21(043.2)

DANU SILVIA

CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR
DE PROFIL NEUROCHIRURGICAL ÎN SERVICIUL SPITALICESC

331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:	_____	SPINEI Larisa, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar
Consultant științific:	_____	ZAPUHLÎH Grigore, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar
Autor:	_____	DANU Silvia

CHIȘINĂU, 2023

© DANU Silvia, 2023

CUPRINS

ADNOTARE	5
SUMMARY	6
АННОТАЦИЯ	7
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
1. ANALIZA CULTURII SIGURANȚEI PACIENȚILOR LA NIVEL INTERNAȚIONAL ȘI ÎN REPUBLICA MOLDOVA	15
1.1 Dimensiunea problemei siguranței pacientului la nivel internațional și național	15
1.2 Impactul evenimentelor adverse asociate actului medical asupra serviciilor de sănătate	23
1.3 Cultura siguranței pacientului - subiect prioritar în activitatea lucrătorilor medicali	27
1.4 Sinteza capitolului I	35
2. METODOLOGIA CERCETĂRII	37
2.1 Caracteristica generală a cercetării	37
2.2 Metodele de cercetare	42
2.3 Metodele de prelucrare statistică a rezultatelor	43
2.4 Sinteza capitolului 2	49
3. CARACTERISTICA GENERALĂ A RESPONDENȚILOR	51
Determinarea caracteristicilor generale demografice și de activitate profesională ale respondenților care activează în departamentele de neurochirurgie în serviciul spitalicesc din Republica Moldova	51
3.2 Evaluarea percepției respondenților despre siguranța pacientului, comunicare și procesul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical	56
3.3 Sinteza capitolului 3	67
4. ASPECTELE CULTURII SIGURANȚEI PACIENȚILOR DE PROFIL NEUROCHIRURGICAL	69
4.1 Analiza culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie	69
4.2 Utilizarea scării Harrington pentru estimarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical	81
4.3 Sinteza capitolului 4	86
5. ANALIZA CORELAȚIEI DINTRE CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR ȘI GRADUL DE SIGURANȚĂ A PACIENTULUI ÎN DEPARTAMENTELE DE NEUROCHIRURGIE DIN MOLDOVA	88
5.1 Evaluarea interrelației dintre factorii și dimensiunile culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță a pacienților apreciat de respondenți	88
5.2 Construirea Ierarhiei factorilor și dimensiunilor culturii siguranței pacienților în funcție de puterea legăturii de corelație cu gradul de siguranță a pacienților	101
5.3 Sinteza capitolului 5	106
DISCUȚII	108
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	114

BIBLIOGRAFIE	119
ANEXE	
Anexa 1. ”Chestionarul privind cultura siguranței pacientului”	129
Anexa 2. Matricea rezultatelor de sondaj în format Excel	132
Anexa 3. Matricea rezultatelor de sondaj - calculul coeficientului Cronbach α .	133
Anexa 4. Praguri de semnificație pentru coeficientul de corelație parțială $\tau_{xy.z}$ Kendall	135
Anexa 5. Praguri de semnificație la diferite valori ale coeficientului de corelație a rangurilor τ Kendall pentru loturi de cercetare de diferite dimensiuni	136
Anexa 6. Cuvinte-cheie pentru interpretarea coeficienților de corelație Kendall	138
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	140
CV-ul AUTORULUI	141

ADNOTARE

Danu Silvia

Cultura siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc

Teza de doctor în științe medicale

Chișinău, 2023

Structura tezei: Teza este prezentată pe 145 pagini, cuprinzând introducere, 5 capitole, concluzii generale, recomandări practice, adnotări în limbile română, engleză și rusă, bibliografie cu 131 referințe, 18 figuri, 47 tabele și 6 anexe. Rezultatele sunt publicate în cinci lucrări din reviste naționale și internaționale, inclusiv trei fără coautori.

Cuvinte-cheie: cultura siguranței pacientului, neurochirurgie, siguranța pacientului.

Scopul cercetării: Evaluarea particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova pentru identificarea domeniilor forte și vulnerabile și elaborarea recomandărilor de optimizare.

Obiectivele cercetării: 1) Analiza caracteristicilor generale și ale activității profesionale a respondenților care activează în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova; 2) Estimarea percepției angajaților despre gradul de siguranță a pacienților și fenomenul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical; 3) Evaluarea factorilor și dimensiunilor culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc; 4) Clasificarea rezultatelor utilizând scara Harrington pentru determinarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacienților; 5) Analiza corelației dintre factorii culturii siguranței pacientului și siguranța pacientului în departamentele de neurochirurgie; 6) Elaborarea unui set de recomandări pentru optimizarea nivelului culturii siguranței pacientului în instituțiile medicale din Moldova.

Noutatea și originalitatea științifică: Pentru prima dată în Moldova a fost realizat un studiu privind cultura siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie. A fost constituită caracteristica generală a respondenților cu particularitățile demografice și de activitate profesională. A fost elucidat fenomenul de raportare a evenimentelor adverse și stabilit gradul siguranței pacientului conform percepției angajaților. S-au stabilit trăsăturile caracteristice ale culturii siguranței pacientului și prezentate domeniile forte și vulnerabile care necesită optimizare. Au fost stabilite corelațiile semnificative dintre factorii culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacientului din departamentele de neurochirurgie. A fost realizată ierarhia dimensiunilor și factorilor culturii siguranței pacienților în funcție de puterea de corelație a lor cu gradul de siguranță a pacientului.

Problema științifică soluționată în teză: Rezultatul obținut, care contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante, constă în identificarea și implementarea unui instrument, validat la nivel internațional, pentru evaluarea culturii siguranței pacienților, cu determinarea aspectelor forte și vulnerabile ale acestui domeniu care necesită optimizare, pentru a fi utilizat în viitor în scopul creșterii siguranței pacienților și calității actului medical în instituțiile medicale din țară.

Semnificația teoretică: Teza reprezintă un studiu cuprinzător al particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Moldova, bazat pe evaluarea gradului siguranței pacienților conform percepției angajaților, fenomenului de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical și caracteristicilor culturii siguranței pacientului la nivel de departament și spital. Datele lucrării servesc drept suport științific pentru elaborarea și implementarea programelor de creștere a siguranței pacienților. Totodată, datele cercetării vor contribui la argumentarea măsurilor de optimizare, orientate spre reducerea factorilor de risc ai siguranței pacienților în instituții.

Valoarea aplicativă: Rezultatele studiului pot fi utilizate pentru: creșterea gradului de conștientizare a personalului cu privire la siguranța pacienților, evaluarea culturii siguranței pacientului în instituții; identificarea punctelor forte și domeniilor vulnerabile ale culturii siguranței pacienților, elaborarea măsurilor de optimizare în domeniile cu vulnerabilitate înaltă a culturii siguranței și evaluarea impactului inițiativelor și intervențiilor privind siguranța pacienților, analiza evoluției în timp a tendințelor culturii siguranței pacienților, efectuarea comparațiilor în cadrul și între diferite instituții.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele cercetării au fost implementate pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în patru instituții medicale din țară: IMSP Institutul de Medicină Urgentă, IMSP Spitalul Clinic Republican “Timofei Moșneaga”, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”, IMSP Departamentală Serviciul Medical al Ministerului Afacerilor Interne.

ANNOTATION

Danu Silvia

The culture of patient safety in hospital neurosurgical departments

Thesis of doctor in medical sciences

Chişinău, 2023

Structure of thesis: The thesis is presented on 145 pages, including introduction, 5 chapters, conclusions, practical recommendations, summary in Romanian, English and Russian, bibliography with 131 references, 18 figures, 47 tables and 6 annexes. The results are published in 5 papers in national and international journals, including 3 without co-authors.

Keywords: patient safety culture, neurosurgery, patient safety.

Domain of research: Social Medicine and Management.

Aim of the study: To evaluate the particularities of the patient safety culture in the neurosurgery departments of the Republic of Moldova to identify strong and vulnerable areas and develop recommendations for optimization.

Study's objectives: 1) Analysis of the general characteristics and professional activity of respondents working in neurosurgery departments in the Republic of Moldova; 2) Estimating the employees' perception of patients' safety degree and the phenomenon of reporting adverse events associated with the medical care; 3) Evaluation of the factors and dimensions of the patient safety culture in neurosurgical departments; 4) Ranking results using the Harrington scale for determining patient safety culture strengths and weaknesses; 5) Correlation analysis between factors of patient safety culture and patient safety in neurosurgery departments; 6) Elaboration of a set of recommendations for optimizing the level of patient safety culture in medical institutions in Moldova.

Novelty and scientific originality: For the first time in the Republic of Moldova, a study was conducted on the culture of patient safety in neurosurgery departments. The generalized pattern of the respondent with demographic and professional activity peculiarities was established. The phenomenon of reporting adverse events and the degree of patient safety according to the perception of employees was elucidated. The characteristic features of the patient safety culture were established and the strengths and weaknesses in need of optimization were presented. The significant correlations between factors of patient safety culture and degree of patient safety in neurosurgery departments were established. The hierarchy of patient safety culture dimensions was made according to their correlation with the degree of patient safety.

Scientific problem solved in the thesis: The result obtained, which contributes to the solution of an important scientific problem, consists in the identification and implementation of the validated international instrument for the assessment of patient safety culture, with the determination of the strong and vulnerable aspects of this field that require optimization, to be used in the future in order to increase patient safety and the quality of the healthcare in medical institutions in the country.

Theoretical significance: The thesis represents a comprehensive study of the peculiarities of the patient safety culture in the neurosurgery departments of Moldova, based on the evaluation of the degree of patient safety according to the employees' perception, on the phenomenon of reporting adverse events associated with the medical care and the characteristics of the factors of the patient safety culture at the department and hospital level. The data of the work can serve as scientific support for the development and implementation of programs to increase patient safety. At the same time, the research data will contribute to the argumentation of institutional change measures aimed at reducing the risk factors of patient safety in institutions.

Applicative value: The results of the study can be used to: increase staff awareness of patient safety, assess patient safety culture in institutions; identifying patient safety culture strengths and vulnerable areas, developing optimization measures in areas of high safety culture vulnerability, and evaluating the impact of patient safety initiatives and interventions, examining patient safety culture trends over time, and making comparisons within and between different institutions.

Implementation of scientific results: The results of the research were implemented to evaluate the culture of patient safety in four medical institutions from the country: Institute of Emergency Medicine, IMSP Republican Clinical Hospital "Timofei Moşneaga", Institute of Neurology and Neurosurgery "Diomid Gherman", Departmental Medical Service of the Ministry of Internal Affairs.

АННОТАЦИЯ

Дану Силвия

Культура безопасности пациентов в стационарах с нейрохирургическим профилем Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Кишинев, 2023

Структура диссертации: Диссертация представлена на 145 страницах, включая введение, 5 глав, выводы, практические рекомендации, аннотации на румынском, английском и русском языках, библиографию с 131 ссылкой, 18 рисунков, 47 таблиц и 6 приложений. Результаты опубликованы в 5 статьях в отечественных и зарубежных журналах, в том числе 3 без соавторов.

Ключевые слова: культура безопасности пациентов, нейрохирургия, безопасность пациента.

Цель исследования: Определить особенности культуры безопасности пациентов госпитальных в нейрохирургических отделениях Республики Молдова для выявления сильных и уязвимых областей и разработки рекомендаций по оптимизации.

Задачи исследования: 1) Анализ общих характеристик и профессиональной деятельности респондентов, работающих в нейрохирургических отделениях Республики Молдова; 2) Оценка восприятия сотрудниками степени безопасности пациентов и феномена сообщения о нежелательных явлениях, связанных с медицинской деятельностью; 3) Оценка факторов и измерений культуры безопасности пациентов в нейрохирургических департаментах Республики Молдова; 4) Классификация результатов по шкале Харрингтона для определения сильных и слабых сторон культуры безопасности пациентов; 5) Корреляционный анализ между факторами культуры безопасности пациентов и безопасностью пациентов в нейрохирургических департаментах; 6) Разработка набора рекомендаций по оптимизации уровня культуры безопасности пациентов в медицинских учреждениях Молдовы.

Научная новизна и оригинальность. Впервые в Республике Молдова было проведено исследование культуры безопасности пациентов в департаментах нейрохирургии. Установлена обобщенная картина респондента с демографическими и профессиональными особенностями деятельности. Был выяснен феномен сообщения о нежелательных явлениях и установлена степень безопасности пациентов по мнению сотрудников. Были установлены характерные особенности культуры безопасности пациентов и представлены сильные и слабые стороны, нуждающиеся в оптимизации. Установлены значимые корреляции между факторами культуры безопасности пациентов и степенью безопасности пациентов в департаментах нейрохирургии. Реализована иерархия измерений культуры безопасности пациентов по их соотношению со степенью безопасности пациентов.

Научная проблема, решаемая в диссертации: Полученный результат, способствующий решению важной научной задачи, заключается в выявлении и внедрении валидированного международного инструмента оценки культуры безопасности пациентов, с определением сильных и уязвимых сторон данной области, требующих оптимизации, для использования в будущем с целью повышения безопасности пациентов и качества медицинских услуг в медицинских учреждениях страны.

Теоретическая значимость: Диссертация представляет собой комплексное исследование особенностей культуры безопасности пациентов в департаментах нейрохирургии Молдовы, основанное на оценке степени безопасности пациентов по восприятию сотрудников, феномену сообщения о нежелательных явлениях, связанных с медицинским действием, и характеристика факторов культуры безопасности пациентов на уровне отделения и учреждения. Данные работы служат научной поддержкой для разработки и реализации программ повышения безопасности пациентов. В то же время данные исследования будут способствовать аргументации мер институциональных изменений, направленных на снижение факторов риска безопасности пациентов в учреждениях.

Прикладное значение: Результаты исследования могут быть использованы для: повышения осведомленности персонала о безопасности пациентов, оценки культуры безопасности пациентов в учреждениях; выявлении сильных и уязвимых зон культуры безопасности пациентов, разработки мер по оптимизации в областях с высокой уязвимостью культуры безопасности и оценки воздействия инициатив и вмешательств в области безопасности пациентов, изучении эволюции во времени тенденций культуры безопасности пациентов и проведении сравнений внутри и между различными учреждениями.

Внедрение научных результатов: Результаты исследований внедрены для оценки культуры безопасности пациентов в четырех медицинских учреждениях страны: Институт Скорой Помощи, Республиканская клиническая больница «Тимофей Мошняга», Институт Неврологии и Нейрохирургии „Диомид Герман”, Департаментская Медицинская служба Министерства Внутренних Дел.

LISTA ABREVIERILOR

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (US) - Agenția pentru Cercetare și Calitate în Sănătate
B	bărbați
CISP	Clasificarea Internațională pentru Siguranța Pacientului
ESQH	European Society for Quality in Healthcare - Societatea Europeană pentru Calitate în Sănătate
EUNetPaS	European Network for Patient Safety
F	femei
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IÎ	Intervalul de Încredere
ISAMS	Institutul de Sănătate și Asistență Medico-Socială
JCI	Joint Commision International
M±DS	media aritmetică ± deviația standard
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare
NHS	National Health Service
PRP	Procentul Răspunsurilor Pozitive
PSI	Indicatori de Siguranță a Pacientului
WHA	World Health Assembly

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate

Recunoașterea de către Organizația Mondială a Sănătății a siguranței pacienților, ca unul dintre factorii esențiali ce determină calitatea înaltă a asistenței medicale, a declanșat implementarea sistematică a unor schimbări orientate spre atingerea unui nivel înalt de siguranță, atât la nivel global, cât și la nivel de instituții medicale.

Astfel, a 72-a Adunare Mondială a Sănătății din mai 2019 a recunoscut siguranța pacientului drept prioritate globală a sănătății și a adoptat rezoluția WHA72.6 „Acțiunea globală pentru siguranța pacienților”[1]. La 31 mai 2021 Adunarea Mondială a Sănătății a adoptat rezoluția WHA74.13 „Planul global de acțiune pentru siguranța pacienților 2021-2030”[2]. La 4 august 2021 a fost lansat „Planul global de acțiune pentru siguranța pacienților” care a avut drept obiective strategice elaborarea de politici pentru zero vătămări ale pacientului, crearea de sisteme de siguranță înaltă, asigurarea siguranței proceselor clinice, implicarea pacienților și a familiei, educarea, formarea abilităților în domeniul siguranței pacientului și siguranța lucrătorilor din domeniul sănătății, cercetarea și managementul riscurilor [2-3].

Activitatea Organizației Mondiale a Sănătății privind siguranța pacienților a început odată cu lansarea Alianței Mondiale pentru Siguranța Pacienților în 2004 și a continuat să evolueze de-a lungul timpului [4]. Organizația Mondială a Sănătății a facilitat îmbunătățirea siguranței asistenței medicale în statele membre prin stabilirea provocărilor globale privind siguranța pacienților. Fiecare dintre provocări a identificat o anumită povară pentru siguranța pacientului care prezintă un risc major și semnificativ. Printre provocările stabilite au fost următoarele: „Îngrijirea curată este o îngrijire mai sigură” (2005), care a avut scopul de a reduce infecțiile asociate asistenței medicale, concentrându-se pe îmbunătățirea igienei mâinilor; „Chirurgia sigură salvează vieți” (2008), provocare dedicată reducerii riscurilor asociate intervențiilor chirurgicale; „Medicație fără daune” (2017), care a avut scopul de a reduce nivelul de daune severe, evitabile, legate de administrarea medicamentelor la nivel global cu 50% pe parcursul a cinci ani [5-7]. Aceste activități s-au finalizat cu elaborarea de ghiduri, instrucțiuni, îndrumare pentru siguranța pacientului cum ar fi: „Ghidul curriculum multiprofesional pentru siguranța pacientului”, „Checklistul pentru nașterea în siguranță”, „Checklistul pentru siguranță în chirurgie”, „Cinci momente pentru medicație sigură” [8-11].

Pentru a spori calitatea și a asigura siguranța serviciilor de asistență medicală furnizate, instituțiile medicale din Uniunea Europeană și din întreaga lume se concentrează pe dezvoltarea și implementarea așa-numitei culturi a siguranței pacienților.

Potrivit datelor Organizației Mondiale a Sănătății implementarea unei culturi a siguranței pacientului este fundamentală pentru orice eforturi sustenabile îndreptate spre îmbunătățirea siguranței pacienților. Politicile și intervențiile legislative elaborate și implementate în acest scop pot conduce la creșterea culturii siguranței pacientului și, în rezultat, a siguranței pacientului în instituțiile medicale [2]. Cultura siguranței pacientului e necesar să interfereze cu filosofia și cultura organizațională generală. Cultura siguranței pacientului e binevenit să se regăsească în atitudinile, credințele, valorile, abilitățile și practicile lucrătorilor din domeniul sănătății, managerilor și liderilor organizațiilor de îngrijire a sănătății [12].

Numeroase țări au implementat cultura siguranței pacientului la nivel de instituții medicale [13]. Agenția pentru Cercetare și Calitate în Sănătate (AHRQ) din Statele Unite ale Americii a elaborat un instrument pentru a evalua cultura siguranței pacientului - „Chestionarul pentru evaluarea culturii siguranței pacientului” [14]. După verificarea proprietăților psihometrice ale chestionarului, s-a dovedit că acesta este fiabil pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în instituțiile spitalicești, inclusiv varianta română a chestionarului [14-18]. Au fost efectuate o multitudine de cercetări în domeniul siguranței pacientului în care a fost evaluată cultura siguranței pacientului la nivel de instituții medicale spitalicești, precum și la nivel de unități sau departamente clinice [17, 19-27]. ”Chestionarul pentru evaluarea culturii siguranței pacientului” AHRQ a fost utilizat pentru evaluarea culturii siguranței pacientului și în țările învecinate precum România, Bulgaria, Austria [13, 15, 26, 28-30]. În Republica Moldova cultura siguranței pacientului a fost evaluată în studiul efectuat în cadrul unui proiect european de către Tereanu C., et al. (2018) care a cuprins câteva instituții medicale spitalicești și de ambulator, atât publice, cât și private [31]. Conform datelor literaturii studiate, în neurochirurgie nu au fost efectuate până în prezent asemenea cercetări. Luând în considerare complexitatea acestei specialități și riscul înalt de complicații și evenimente adverse asociate actului medical, a fost considerată oportună studierea acestui aspect în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova.

Scopul cercetării constă în evaluarea particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova pentru identificarea domeniilor forte și vulnerabile și elaborarea recomandărilor de optimizare.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza caracteristicilor generale și ale activității profesionale ale respondenților care activează în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova;
2. Estimarea percepției angajaților despre gradul de siguranță a pacienților și fenomenul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical;

3. Evaluarea factorilor și dimensiunilor culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc al Republicii Moldova;

4. Clasificarea rezultatelor utilizând scara Harrington pentru determinarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacienților;

5. Analiza corelației dintre factorii culturii siguranței pacientului și siguranța pacientului în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova;

6. Elaborarea unui set de recomandări pentru optimizarea nivelului culturii siguranței pacientului în instituțiile medicale din Republica Moldova.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare. A fost realizat studiul descriptiv selectiv pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în instituțiile medicale din Republica Moldova care dețin departamente de neurochirurgie, utilizând în acest scop un instrument validat la nivel internațional, chestionarul elaborat de Agenția pentru Cercetare și Calitate în domeniul Sănătății (AHRQ) din Statele Unite ale Americii și folosit până în septembrie 2022 în o sută șapte țări ale lumii [13]. Protocolul studiului a fost aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu” la data de 19.06.2018. Pentru studiul Culturii Siguranței Pacienților (CSP) în Serviciul spitalicesc a fost selectată specialitatea „Neurochirurgie”. În studiu au participat voluntar 374 de medici, rezidenți și asistente medicale din departamentele de neurochirurgie din șase instituții medicale din țară. Studiul a fost realizat în cinci etape: prima etapă - documentarea științifică în domeniu prin studierea literaturii științifice și metodico-didactice la tema ce vizează cercetarea, determinarea scopului și obiectivelor studiului, determinarea lotului de studiu, elaborarea planului de cercetare. A doua etapă - efectuarea sondajului și acumularea materialului, utilizarea chestionarului standardizat validat la nivel internațional „Chestionar pentru evaluarea culturii siguranței pacientului”, înregistrarea în format electronic a datelor obținute în cadrul sondajului. A treia etapă - analiza și prelucrarea statistică a rezultatelor obținute. A patra etapă - analiza rezultatelor obținute și argumentarea științifică a acestora. A cincea etapă - elaborarea concluziilor și recomandărilor în conformitate cu rezultatele studiului.

Sumarul capitolelor tezei. Teza este scrisă în limba română, expusă pe 145 pagini de text de bază, tehnoredactate la calculator și conține: introducere, adnotări în limbile română, engleză și rusă, lista abrevierilor, revista literaturii (capitolul I), metodologia de cercetare (capitolul II), trei capitole în care sunt descrise rezultatele proprii, concluzii și recomandări practice, bibliografie, anexe, declarația pe propria răspundere și CV-ul autorului. Bibliografia conține 131 referințe, care au contribuit semnificativ la crearea fundamentului științific al cercetării.

În *Introducere* este argumentată actualitatea și importanța problemei cercetate, prin evidențierea principalelor concepte și limitări de cunoaștere, sunt formulate scopul și obiectivele studiului, este reflectată sinteza metodologiei cercetării, rezumatul tezei pe capitole și aprobarea rezultatelor cercetării.

În capitolul 1 intitulat “**Analiza culturii siguranței pacientului la nivel internațional și în Republica Moldova**” este reflectată actualitatea problemei, evoluția activităților legate de siguranța pacienților la nivel internațional și în Republica Moldova, impactul evenimentelor adverse asociate actului medical asupra siguranței pacientului și rezultatelor clinice, situația actuală ce ține de siguranța pacientului și măsurile implementate în acest domeniu în Republica Moldova și la nivel internațional, interrelația dintre o cultură a siguranței pacientului de nivel înalt și rezultatele pentru pacient.

În capitolul 2 „**Metodologia cercetării**” sunt descrise etapele și designul studiului, este prezentată metodologia studiului descriptiv selectat pentru realizarea scopului și atingerea obiectivelor cercetării. În acest capitol sunt descrise principiile de selecție a instrumentului utilizat pentru realizarea studiului, criteriile de includere a respondenților în lotul de studiu. Este descris complexul metodelor de colectare, înregistrare, stocare, procesare statistică a datelor obținute. Este prezentată caracteristica generală a respondenților incluși în studiu.

În capitolul 3 intitulat “**Caracteristica generală a respondenților**” sunt descrise rezultatele cercetării care reflectă particularitățile demografice ale respondenților și particularitățile activității lor profesionale - medici, medici rezidenți și asistente medicale, care au participat voluntar în studiu. Au fost prezentate datele despre caracteristica demografică a respondenților, durata săptămânală a orelor de lucru, durata activității profesionale în specialitate, în departamentul respectiv și comunicarea organizațională în departamentul de neurochirurgie. Au fost descrise datele ce reflectă percepția gradului de siguranță a pacientului de către angajații din departamentele de neurochirurgie și datele despre fenomenul de raportare voluntară scrisă a evenimentelor adverse asociate actului medical din instituțiile în care își desfășoară activitatea. A fost determinat gradul de siguranță a pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc.

În capitolul 4 „**Aspectele culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical**” sunt reproduse datele cercetării ce reflectă caracteristicile culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în Republica Moldova. Inițial a fost calculat coeficientul Alpha Cronbach pentru evaluarea consistenței întrebărilor chestionarului. A fost calculat procentul frecvenței răspunsurilor pozitive la toate întrebările chestionarului și a celor douăsprezece dimensiuni, care reflectă anumiți parametri ai culturii siguranței pacientului, conform „Ghidului de prelucrare a datelor”, elaborat de “Agenția pentru Cercetare și Calitate în domeniul Sănătății” din Statele

Unite ale Americii. A fost alcătuită ierarhia dimensiunilor culturii siguranței pacienților în dependență de valoarea totală a rezultatelor obținute pentru fiecare dimensiune în parte în conformitate cu Scala Harrington, ceea ce a permis evidențierea domeniilor forte și a celor vulnerabile ale culturii siguranței pacientului ce necesită a fi optimizate în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova.

În capitolul 5 intitulat **“Analiza corelației dintre cultura siguranței pacienților și gradul de siguranță a pacientului în departamentele de neurochirurgie din Moldova”** sunt descrise rezultatele analizei de corelație dintre factorii și dimensiunile culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacientului, apreciat de către respondenți ca indicator de rezultat. Au fost identificați factorii și dimensiunile culturii siguranței pacienților care corelează cu gradul de siguranță a pacienților din departamentele de neurochirurgie. A fost utilizat coeficientul de corelație Kendal „ τ ” care a făcut posibilă construirea ierarhiei dimensiunilor culturii siguranței pacienților în funcție de puterea de influență a acestora asupra gradului de siguranță a pacientului.

Concluziile generale au fost expuse conform obiectivelor propuse și rezultatelor obținute.

Recomandările practice au fost elaborate în baza rezultatelor studiului, fiind prezentate sub formă de sugestii către diferite nivele ale sistemului de asistență medicală.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată în Republica Moldova a fost realizat un studiu privind cultura siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie. A fost constituită caracteristica generală a respondenților cu particularitățile demografice și de activitate profesională. A fost elucidat fenomenul de raportare a evenimentelor adverse și stabilit gradul siguranței pacientului conform percepției angajaților. S-au stabilit trăsăturile caracteristice ale culturii siguranței pacientului și prezentate punctele forte și vulnerabile care necesită optimizare. Au fost stabilite corelațiile semnificative dintre factorii culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacientului din departamentele de neurochirurgie. A fost realizată ierarhia dimensiunilor culturii siguranței pacienților în funcție de corelația lor cu gradul de siguranță a pacientului.

Problema științifică soluționată în teză. Rezultatele obținute contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante prin identificarea și implementarea instrumentului internațional validat de evaluare a culturii siguranței pacienților, cu determinarea aspectelor forte și vulnerabile ale acestui domeniu care necesită optimizare, pentru a fi utilizat în viitor în scopul creșterii siguranței pacienților și calității actului medical în instituțiile medicale din țară.

Semnificația teoretică. Teza reprezintă un studiu cuprinzător al particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Moldova, bazat pe evaluarea gradului siguranței pacienților conform percepției angajaților, fenomenului de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical și caracteristicilor factorilor culturii siguranței pacientului la nivel de departament și spital. Datele cercetării servesc drept suport științific pentru elaborarea și implementarea programelor ce vizează creșterea siguranței pacienților. Totodată, rezultatele cercetării vor contribui la argumentarea măsurilor de optimizare axate spre reducerea factorilor de risc ai siguranței pacienților în instituții.

Valoarea aplicativă. Rezultatele studiului pot fi utilizate pentru: creșterea gradului de conștientizare a personalului cu privire la siguranța pacienților, evaluarea culturii siguranței pacientului în instituții, identificarea punctelor forte și a domeniilor vulnerabile ale culturii siguranței pacienților, elaborarea măsurilor de optimizare în domeniile cu vulnerabilitate înaltă a culturii siguranței și evaluarea impactului inițiativelor și intervențiilor privind siguranța pacienților, analiza evoluției în timp a tendințelor culturii siguranței pacienților, și efectuarea comparațiilor în cadrul și între diferite instituții.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetării au fost implementate pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în patru instituții medicale din țară: IMSP Institutul de Medicină Urgentă, IMSP Spitalul Clinic Republican “Timofei Moșneaga”, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”, IMSP Departamentală Serviciul Medical al Ministerului Afacerilor Interne.

1. ANALIZA CULTURII SIGURANȚEI PACIENȚILOR LA NIVEL INTERNAȚIONAL ȘI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

1.1 Dimensiunea problemei siguranței pacienților la nivel internațional și național

Siguranța pacientului a fost recunoscută ca prioritate globală de sănătate la a 72-a Adunare Mondială a Sănătății [1]. Siguranța pacientului este considerată drept componentă cheie a sistemului de calitate a oricărei instituții medicale și este definită ca „lipsa leziunilor accidentale asociate îngrijirilor medicale” [32]. În Vocabularului specializat MeSH - Medical Subject Headings (2011) „Siguranța pacientului” este definită ca „eforturile de reducere a riscurilor, de a aborda și de a reduce incidentele și accidentele care pot avea un impact negativ asupra consumatorilor de servicii medicale” [33]. Pacienții și familiile acestora au așteptări de la personalul medical și instituțiile medicale de a primi servicii medicale calitative și sigure. Siguranța pacientului constituie o provocare serioasă pentru sistemele de sănătate la nivel mondial. Siguranța poate fi compromisă de incidente neintenționate care ar fi putut dăuna sau chiar au dăunat pacientului, provocându-i leziuni și daune. Erorile provoacă suferințe și leziuni nedorite pacienților, familiilor acestora și de asemenea au un impact negativ asupra personalului medical implicat în acordarea asistenței medicale, cât și a instituțiilor medicale în general [34]. Erorile asociate actului medical sunt în mod tradițional rău acceptate, și atunci când sunt descoperite, în general sunt folosite în scopuri punitive [35]. Cultura siguranței pacientului are un impact major asupra experiențelor și rezultatelor clinice ale pacienților, și în acest context, conform opiniei cercetătorului Glenn W. Bodinson (2005), liderii instituțiilor medicale sunt responsabili nu numai pentru crearea culturii siguranței pacientului, ci și pentru susținerea culturii organizației lor la o performanță înaltă. Cultura siguranței pacientului orientată pe prevenție, conform autorului, ar ajuta personalul implicat în acordarea asistenței medicale să identifice riscurile și erorile ce ar putea avea loc [36].

Problema siguranței pacientului pentru prima dată a fost abordată și discutată în anul 1999, odată cu publicarea raportului “To Err is Human” de către Institutul de Medicină din SUA, care a scos în evidență amploarea și consecințele erorilor medicale în asistența medicală. Raportul a subliniat ideea că pentru a construi un sistem de sănătate sigur este necesar de a elabora și proiecta procesele în așa fel, încât să asigure pacienții că nu vor primi sau suferi leziuni accidentale în timpul primirii asistenței medicale [37]. Conform raportului sistemul de asistență medicală trebuie să fie sigur, să prevadă erorile și să creeze condiții favorabile pentru oameni așa încât activitățile medicale să se desfășoare în siguranță și corect [37]. Raportul susține ideea că pentru a îmbunătăți siguranța pacientului în instituțiile medicale este necesar un leadership puternic și vizionar, o cultură organizațională a siguranței pacientului în care este

exclusă blamarea individului și încurajată învățarea din erori, modificarea valorilor și așteptărilor profesionale colective din această organizație. În raport se menționează că pentru a obține un sistem de sănătate sigur e necesar de schimbat cultura siguranței pacientului din una în care oamenii sunt acuzați pentru erori în una în care erorile sunt tratate ca oportunități de învățare și creare a unui sistem în care să se prevină vătămarea pacientului [37].

În mai 2002 a 55-a Adunare a Organizației Mondiale a Sănătății a aprobat Rezoluția WHA55.18, în care a solicitat statelor membre „să acorde cea mai mare atenție posibilă problemei siguranței pacientului, să stabilească și să consolideze sisteme fundamentate științific, necesare îmbunătățirii siguranței pacientului și calității asistenței medicale” [38].

În anul 2003 OMS, în colaborare cu Marea Britanie, a decis să convoace adunarea experților internaționali și a factorilor de decizie în crearea politicilor în sănătate pentru a discuta despre colaborarea ulterioară la nivel internațional în domeniul siguranței pacientului. La această adunare Liam Donaldson a propus crearea Alianței Mondiale pentru Siguranța Pacientului [4].

Astfel, la 27 octombrie 2004 OMS a inaugurat și prezentat oficial Alianța Mondială pentru Siguranța Pacientului, unde au fost stabilite direcțiile și sarcinile principale ale „Programului de activitate pentru Siguranța pacientului” pentru următorii ani. Una dintre principalele activități ale Alianței a fost elaborarea „Clasificării Internaționale în Domeniul Siguranței Pacientului” [4, 39]. În anul 2009 a fost prezentat „Raportul Tehnic Final al cadrului conceptual al Clasificării Internaționale pentru Siguranța Pacientului” (CISP), care armonizează și sistematizează conceptele despre siguranța pacientului într-o clasificare agreată internațional, ce include o expunere grupată pe clase a conceptelor cheie cu scop de a facilita învățarea și îmbunătățirea siguranței pacientului [40]. Astfel, prin crearea „Cadrului Conceptual al Clasificării Internaționale pentru Siguranța Pacientului”, au fost definite principalele noțiuni din domeniul siguranței pacientului, cele mai relevante fiind: „Siguranța pacientului înseamnă reducerea riscului de daune non-necesare asociate cu asistența medicală până la un minim acceptabil” [40]. „Eveniment este ceva ce i s-a întâmplat sau în care a fost implicat pacientul” [40]. „Eroare este considerată situația când o acțiune nu este desfășurată așa cum a fost planificată, acest tip fiind atribuit erorilor de execuție sau situația când a fost aplicat un plan greșit - eroare de planificare” sau „Eroare - deviere într-un proces de îngrijiri de sănătate care poate sau nu să provoace daună pacienților” [39, 41]. „Eroare medicală - eveniment advers sau incident potențial care este prevenibil în stadiul actual al cunoștințelor medicale”. „Eroare prin neglijență - eroarea din lipsa atenției sau a efortului necesar”. „Eveniment advers este un incident soldat cu daună sau leziune pentru pacient”. „Eveniment advers din neglijență este vătămarea cauzată de un management medical substandard” [41, 42]. „Reacție adversă la medicament”, așa cum a fost definită de OMS, reprezintă „orice răspuns la un medicament care este nociv,

neintenționat și are loc la dozele utilizate pentru profilaxie, diagnostic sau terapie” [43]. ”Dauna asociată sănătății este dauna care apare în urma planurilor sau măsurilor adoptate pe durata furnizării asistenței medicale sau care se asociază acestora, mai degrabă decât datorate unei boli sau leziuni de bază”. „Incident în legătură cu siguranța pacientului este un eveniment sau împrejurare care ar fi putut provoca sau a provocat o daună ne-necesară unui pacient” [40]. ”Îmbunătățirea sistemului: rezultatul sau consecința culturii, proceselor și structurilor îndreptate spre prevenirea eșecurilor sistemului și pentru a îmbunătăți siguranța și calitatea” [40]. „Reziliența: gradul în care un sistem previne, detectează, atenuează sau ameliorează continuu pericolele sau incidentele” [39].

În anul 2006 Societatea Europeană pentru Calitate în Sănătate a elaborat definiția „culturii siguranței” ca fiind: “un model integrat de comportament individual și organizațional, bazat pe credințe și valori comune, care caută în mod continuu să minimizeze prejudiciul cauzat pacientului, care poate rezulta din procesele de furnizare a îngrijirilor medicale” [44].

Comitetul Consultativ Britanic pentru Siguranța Instalațiilor Nucleare (ACSNI, 1993) a prezentat definiția ”culturii siguranței unei organizații” drept „produsul valorilor, atitudinilor, percepțiilor, competențelor și modelelor de comportament individuale și colective, care determină angajamentul, stilul și competența față de managementul sănătății și siguranței unei organizații” [40, 45].

Autorii Garrick R., Kliger A., Stefanchik B. (2012) descriu elementele principale ale culturii siguranței pacientului ca fiind următoarele: „recunoașterea riscului înalt al activității, stabilirea siguranței ca obiectiv cheie în politicile și procedurile organizației, aprecierea erorilor ca fiind eșecuri de sistem, dar nu ale unei persoane, alocarea resurselor speciale destinate siguranței, recunoașterea că un mediu sigur nu este lipsit de erori, raportarea incidentelor și evenimentelor fără învinuiri și blamări, dezvoltarea proceselor pentru a putea fi evaluate și analizate după modelul cauză-rădăcină” [46].

”Cadrul Conceptual al Clasificării Internaționale pentru Siguranța Pacientului” (2009) descrie următoarele componente ale culturii siguranței pacientului: „personal responsabil de propria siguranță și de cea a colegilor de muncă, a pacienților și vizitatorilor; siguranța este considerată mai prioritară decât obiectivele financiare și operaționale; încurajarea și aprecierea identificării, comunicării și rezolvării problemelor de siguranță; asigurarea învățării organizaționale din accidente; asigurarea resurselor, structurii și transparenței adecvate pentru menținerea unor sisteme de siguranță eficiente” [39, 46].

AHRQ definește „Cultura siguranței pacientului ca fiind măsura în care cultura unei organizații susține și promovează siguranța pacientului și se referă la valorile, credințele și normele care sunt împărtășite de angajații instituției medicale ce influențează acțiunile și

comportamentele lor”. Conform AHRQ, cultura siguranței pacientului poate fi măsurată prin evaluarea valorilor, credințelor, normelor și comportamentelor legate de siguranța pacientului, care sunt recompensate, susținute, așteptate și acceptate într-o organizație. De asemenea, AHRQ menționează faptul că cultura există la mai multe niveluri, începând cu nivelul celei mai mici unități sau secții, până la niveluri de departament, organizație și sistem [12]. AHRQ a definit domeniile cheie ale culturii siguranței pacientului printre care: „comunicarea despre erori, comunicarea deschisă, învățarea organizațională-îmbunătățirea continuă, răspunsul la erori, asigurarea cu personal, suportul managementului pentru siguranța pacientului, lucrul în echipă, presiunea și ritmul de lucru, evaluarea generală a siguranței pacientului” [14, 47, 48].

În aprilie 2005 a fost adoptată „Declarația de la Luxembourg despre Siguranța Pacientului”, care a recunoscut că “accesul la servicii medicale de calitate înaltă este un drept fundamental al omului, care trebuie luat în considerare de UE, instituțiile sale și cetățenii Europei”. În Declarație se menționează că pentru a atinge acest obiectiv cel mai important pas care trebuie întreprins este „de a implementa și dezvolta cultura siguranței pacientului în întregul sistem de sănătate”. Declarația stipulează că „managementul riscului ar trebui să devină un instrument de rutină în funcționarea sistemului de sănătate cu condiția că în instituție este prezent un mediu deschis bazat pe încredere, cu o cultură a siguranței bazată pe învățare din erori și evenimente adverse, în contrast cu concentrarea pe identificarea vinovatului și pedepsirea ulterioară a acestuia”[49]. În Declarație se subliniază faptul că, asigurând siguranța pacientului, se pot micșora cheltuielile îndreptate pentru tratarea evenimentelor adverse asociate îngrijirilor medicale, și crește calitatea vieții. Conferința Consiliului Europei a venit cu recomandări către autoritățile naționale de a ameliora cultura siguranței pacientului prin diferite căi, de a asigura pacientului accesul deplin și liber la datele personale despre sănătate, astfel încât pacienții să înțeleagă totul despre tratamentul administrat, să ia în considerare beneficiile raportării voluntare confidențiale a evenimentelor adverse și erorilor la nivel național, să implementeze sistemul de management al riscului, să optimizeze utilizarea tehnologiilor noi cum ar fi dosarul electronic al pacientului [49].

În anul 2006 Consiliul UE a recunoscut în concluziile sale privind valorile și principiile comune în sistemele de sănătate din Uniunea Europeană „că pacienții se pot aștepta ca fiecare sistem de sănătate din UE să asigure o abordare sistemică pentru a garanta siguranța pacienților, inclusiv monitorizarea factorilor de risc și formarea corespunzătoare pentru lucrătorii din domeniul asistenței medicale” [50].

La 24 mai 2006 Consiliul Europei a adoptat „Recomandarea Rec(2006)7 a Comitetului de Miniștri cu privire la managementul siguranței pacientului și prevenirea efectelor adverse în sănătate”. Prin acest document s-au trasat cei mai importanți pași necesari de întreprins pentru a

îmbunătăți siguranța pacientului. Documentul a recomandat: a) să se asigure că siguranța pacienților va fi pilonul principal al tuturor politicilor de sănătate, în special a politicilor ce vizează calitatea îngrijirilor medicale; b) să dezvolte și să implementeze politici cu privire la siguranța pacientului care să promoveze cultura siguranței pacienților la toate nivelurile sistemului de sănătate; c) să dezvolte un sistem de raportare a evenimentelor adverse, care să fie nepunitiv și imparțial; d) să revadă și să folosească toate sursele de date și informații existente ce țin de siguranța pacientului; e) să dezvolte programe educaționale ce vizează gestionarea unui incident privind siguranța pacientului pentru tot personalul relevant din domeniul sănătății, inclusiv manageri; f) să elaboreze indicatori relevanți și siguri pentru evaluarea siguranței pacientului, care ar putea fi utilizați pentru identificarea problemelor de siguranță, să evalueze eficacitatea intervențiilor de îmbunătățire a siguranței pacienților care ar permite compararea datelor între diferite țări; g) să participe la schimbul de experiență și informații despre siguranța pacientului la nivel internațional; h) să promoveze cercetările în domeniul siguranței pacientului; i) să monitorizeze activitățile în domeniul siguranței pacientului prin elaborarea de rapoarte la nivel național [50].

În „Recomandarea din 9 iunie 2009 privind siguranța pacienților, inclusiv prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale (2009/C 151/01)” Consiliul Europei propune următoarele măsuri pentru îmbunătățirea siguranței pacientului: să dezvolte politici și programe naționale privind siguranța pacienților prin desemnarea autorității competente responsabile pentru siguranța pacienților; să implice pacienții prin implicarea organizațiilor și reprezentanților pacienților în dezvoltarea politicilor și programelor privind siguranța pacienților la toate nivelurile corespunzătoare; să susțină crearea sau consolidarea de sisteme de raportare și de învățare fără caracter acuzator privind evenimentele adverse; să promoveze educația tuturor lucrătorilor din domeniul asistenței medicale privind siguranța pacienților prin integrarea siguranței pacienților în învățământul universitar și postuniversitar, formarea la locul de muncă, dezvoltarea profesională continuă a cadrelor medicale, dezvoltarea și promovarea cercetării în domeniul siguranței pacienților [51].

Activitatea Organizației Mondiale a Sănătății privind siguranța pacienților a început odată cu lansarea Alianței Mondiale pentru Siguranța Pacienților și a continuat să evolueze de-a lungul timpului [4]. Organizația Mondială a Sănătății a facilitat îmbunătățirea siguranței asistenței medicale în statele membre prin stabilirea provocărilor globale privind siguranța pacienților. Fiecare dintre provocări a identificat o povară pentru siguranța pacientului care prezintă un risc major și semnificativ. Printre provocări pot fi enumerate: ”Îngrijirea curată este o îngrijire mai sigură” (2005) - cu scopul de a reduce infecțiile asociate asistenței medicale, concentrându-se pe igiena îmbunătățită a mâinilor; ”Chirurgia sigură salvează vieți” (2008) - dedicată reducerii

riscurilor asociate intervențiilor chirurgicale; ”Medicația fără daune” (2017) - cu scopul reducerii nivelului de daune severe, evitabile, legate de administrarea medicamentelor la nivel global cu 50% pe parcursul a cinci ani [5-7]. Aceste activități s-au finalizat cu elaborarea de ghiduri, instrucțiuni, îndrumare pentru siguranța pacientului, printre care: ”Ghidul curriculum multiprofesional pentru siguranța pacientului”, ”Checklist pentru nașterea în siguranță”, ”Checklist pentru siguranță în chirurgie”, ”Cinci momente pentru medicație sigură” [2, 8-11].

În anul 2009 Organizația Mondială a Sănătății împreună cu Alianța pentru Siguranța Pacientului au lansat campania ”Chirurgia sigură salvează vieți”, care a asigurat și propus strategii și instrumente pentru reducerea ratei mortalității și complicațiilor din chirurgie [6]. Acestea au cuprins: promovarea siguranței pacientului în chirurgie ca o problemă de sănătate publică, crearea și implementarea ”WHO Surgical Safety Checklist” pentru ridicarea standardelor de siguranță în chirurgie, colectarea datelor statistice. Implementarea acestui Checklist a dus la scăderea ratei complicațiilor postoperatorii și deceselor cu aproximativ o treime [52]. În Moldova ”WHO Surgical Safety Checklist” a fost implementat în anul 2017 de către Baltaga R. în cadrul procedurilor de sedare din gastroenterologie. Rezultatele studiului au demonstrat că Checklist-urile de siguranță și cele de criză sunt elemente importante în prevenirea și tratamentul complicațiilor în chirurgie [53].

Siguranța pacientului a fost recunoscută ca fiind prioritate globală de sănătate la a 72-a Adunare Mondială a Sănătății - World Health Assembly (WHA), care s-a desfășurat în mai 2019. La această adunare a fost adoptată Rezoluția WHA72.6 „Acțiunea globală pentru siguranța pacienților” [1]. La 31 mai 2021 Adunarea Mondială a Sănătății a adoptat rezoluția WHA74.13 – ”Planul global de acțiune pentru siguranța pacienților 2021-2030” [2]. Unul dintre îndemnulurile acestei rezoluții a fost promovarea culturii siguranței pacientului printre toți actorii din sistemul de sănătate, desfășurând instruirii în domeniul siguranței pacientului, dezvoltând un sistem de raportare a incidentelor, în care să se analizeze cauza și factorii declanșatori pentru a învața și a nu repeta erorile, fără căutarea vinovatului și blamarea acestuia, dezvoltarea echipelor eficiente multidisciplinare, care să crească gradul de conștientizare a importanței siguranței pacientului, pentru a îmbunătăți rezultatele pacienților și pentru a reduce povara cheltuielilor cauzate de evenimentele adverse la toate nivelurile asistenței medicale [3].

La 4 august 2021 a fost lansat „Planul global de acțiune pentru siguranța pacienților” care are drept obiective strategice elaborarea de politici pentru zero vătămări ale pacientului, crearea de sisteme de înaltă fiabilitate a îngrijirilor medicale, asigurarea siguranței proceselor clinice, implicarea pacienților și a familiilor acestora în luarea deciziilor, educarea, formarea abilităților lucrătorilor din domeniul sănătății în domeniul siguranței pacientului, asigurarea siguranței lucrătorilor din domeniul sănătății, cercetarea și managementul riscurilor. Principalul obiectiv

strategic al „Planului Global de acțiune pentru siguranța pacienților” a fost „zero vătămări pentru pacienți în timpul îngrijirilor medicale”. Pentru atingerea acestui obiectiv a fost recomandată adoptarea planurilor naționale de acțiune pentru siguranța pacienților, care să includă politici și strategii în domeniul siguranței pacientului la nivel de țară. OMS și-a propus drept scop ca până în anul 2030 în 90% din țări să fie implementat un asemenea instrument în domeniul siguranței pacientului [2, 3].

În Republica Moldova în „Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021” este menționată siguranța pacientului ca element important al calității asistenței medicale și sunt propuse mecanisme de ameliorare a acesteia [54]. „Politica Națională de Sănătate 2007-2021” a stabilit că „securitatea pacienților a fost considerată element esențial de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, iar mecanismele de ameliorare a calității și securității asistenței medicale includeau fortificarea infrastructurii, dotarea cu tehnică medicală performantă, dezvoltarea tehnologiilor informaționale, utilizarea rețelei globale internet și a telemedicinii” [54, 55].

„Strategia națională de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020” a stabilit domeniul siguranței pacientului și respectarea drepturilor pacientului ca fiind domenii dintre cele mai importante ale sănătății publice [56]. Cu toate acestea însă, în Moldova, conform datelor din raportul prezentat de Institutul de Sănătate și Asistență Medico-Socială, publicat în 2011, nu exista elaborat un cadru legislativ-normativ specific în domeniul siguranței pacientului, un document strategic la nivel național conform recomandărilor UE, OMS și Consiliului Europei, nu au fost elaborate programe naționale, politici specifice ținute privind siguranța pacientului, conform recomandărilor Programului OMS în domeniul siguranței pacientului și al Consiliului Europei în domeniul siguranței pacientului [Rec(2006)7]. De asemenea, în raport se menționează că lipsește evidența statistică oficială în domeniul siguranței pacientului, iar datele rapoartelor existente permit de a conchide că problema este subestimată și subraportată [57, 58].

Cu toate acestea în Republica Moldova au fost efectuate anumite acțiuni pentru îmbunătățirea siguranței pacientului în anumite domenii ținute. Prin Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 20 din 12 ianuarie 2006 „cu privire la monitorizarea reacțiilor adverse ale medicamentelor și altor produse farmaceutice în Republica Moldova” a fost creat sistemul de stat de farmacovigilență, care presupunea raportarea obligatorie a reacțiilor adverse la medicamente către Agenția Medicamentului [59]. Autorii Guțanu D. et al. (2020) în studiul despre nivelul de informare și atitudinea medicilor referitor la raportarea reacțiilor adverse la medicamente și impedimentele ce cauzează scăderea ratei raportării reacțiilor adverse la medicamente în Moldova au constatat însă rezultate nesatisfăcătoare pentru nivelul de informare și atitudinea medicilor referitor la raportarea reacțiilor adverse la medicamente în 72,4 % cazuri [60].

Un alt domeniu în care au fost implementate acțiuni privind creșterea siguranței pacientului a fost donarea și transfuzia sângelui, unde au fost stabilite clar prin lege normele de asigurare a calității și securității donării de sânge, prelucrării și utilizării sângelui și componentelor sanguine [61]. O altă acțiune pentru îmbunătățirea siguranței pacientului a fost crearea și implementarea protocoalelor clinice, ghidurilor clinice naționale și instituționale [62, 63].

Tot în acest context a fost elaborat „Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului” din 31.03.2017 în care a fost reflectat modul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical, unde se menționează că ”fiecare lucrător medical și farmacist este obligat, din punct de vedere moral, să raporteze specialiștilor din domeniu comiterea unor greșeli (erori) proprii sau depistarea acestora în lucrul colegilor săi, în cazul în care pot fi afectate viața, sănătatea și binele pacientului” [64]. Totodată, „Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului” a stabilit că conducătorii organelor și unităților medicale, indiferent de forma juridică de organizare, sunt „obligați să asigure în instituția subordonată condiții pentru a raporta sau declara circumstanțele nedorite, acțiunile nepremeditate, accidentele fără urmări negative pentru sănătatea pacientului, situațiile periculoase (metode nesigure de tratament, aparataje medicale nesigure), evenimentele extreme care pot afecta serios sănătatea pacientului” [64].

În raportul tematic al Avocatului Poporului Ombudsman „Evaluarea nivelului de asigurare a dreptului pacientului la siguranță și calitate a echipamentelor medicale” este prezentată analiza despre situația reală în privința siguranței și calității echipamentelor și dispozitivelor medicale din cadrul instituțiilor medicale spitalicești, unde se constată că potențialul tehnologic al dispozitivelor medicale din cadrul unor instituții medico-sanitare publice este depășit moral și fizic, cu deficiențe majore, fapt care prezintă una din cauzele de bază care determină calitatea actului medical. În raport se menționează că, foarte multe erori pot fi prevenite, pentru aceasta fiind necesară introducerea unor schimbări esențiale în modalitatea de furnizare a serviciilor medicale, pentru a răspunde obiectivului major de siguranță a pacientului [65]. Actualmente în țară nu există instituție sau autoritate responsabilă de monitorizarea problemelor privind siguranța pacientului, de asemenea nu este implementat un sistem de raportare și control al evenimentelor adverse asociate actului medical. Lipsa instrumentelor de evaluare obiectivă a factorilor siguranței pacientului fac imposibilă aplicarea, cel puțin a analizelor comparative, care ar permite compararea rezultatelor sau performanțelor actuale cu rezultatele din trecut.

1.2 Impactul evenimentelor adverse asociate actului medical asupra serviciilor medicale

Evenimentele adverse datorate îngrijirilor medicale reprezintă o sursă majoră de morbiditate și mortalitate la nivel global, dar mai ales în țările în curs de dezvoltare. Conform autorilor Jha A. et al. (2013) îngrijirile medicale nesigure ar fi constituit a 14-a cauză de morbiditate și mortalitate din lume, comparabil cu povara tuberculozei sau malariei [66]. Conform cercetătorilor Hoyert D. L. et al. (1999), accidentele și evenimentele adverse constituiau în 1997 a opta cauză a mortalității în SUA [67].

În anul 2000 Chief Medical Officer al Regatului Unit al Marii Britanii a întocmit un raport, intitulat „O organizație cu memorie” [68], în care menționează că nivelul de apariție a evenimentelor adverse în timpul spitalizării a oscilat în jurul la 10%, dintre care jumătate din evenimentele adverse au fost inevitabile, în timp ce cealaltă jumătate ar fi putut fi prevenită. Infecțiile dobândite în spital s-au numărat printre cele mai răspândite evenimente adverse, care au constituit aproximativ 1 din 20 de pacienți internați, dintre care aproximativ 15% puteau fi evitate – și au costat NHS aproape 1 miliard de lire sterline [68]. Autorii menționează că în fiecare an: aproximativ 400 de persoane decedază sau sunt grav rănite în urma unor evenimente adverse care implică dispozitivele medicale; aproape 10.000 de persoane prezintă reacții adverse grave la medicamentele administrate [68].

Brennan T.A., et al., în lucrarea despre incidența evenimentelor adverse și neglijența în cazul pacienților internați (1991), studiu efectuat în New York, SUA au determinat că evenimentele adverse asociate îngrijirilor medicale se produc în 3.7 % cazuri de spitalizări și 27.6 % din acestea constituie evenimente adverse provocate din neglijență [69]. Autorii raportează că 70.5 % din aceste evenimente adverse au provocat pacienților dizabilitate cu durata mai mică de 6 luni, 2.6 % au cauzat dizabilitate permanentă și 13.6 % au provocat decesul, astfel un număr considerabil de leziuni ale pacienților au fost provocate de asistența medicală acordată la standarde de nivel scăzut și managementul defectuos [69].

În 1992 Thomas Eric J. et al. (2000) au efectuat studiul evenimentelor adverse și al evenimentelor adverse din neglijență la 15000 de pacienți spitalizați, externați din spitalele din Utah și Colorado. Rezultatele acestui studiu au demonstrat că evenimentele adverse au avut loc în 2.9% cazuri de spitalizări din fiecare stat, dintre care evenimente adverse din neglijență în Colorado au fost înregistrate 27.4 %, iar în Utah - 32.6 %. Studiul denotă că în $6.6 \pm 1.2\%$ cazuri evenimentele adverse s-au soldat cu decese și în $8.8 \pm 2.5\%$ cazuri evenimentele adverse din neglijență s-au soldat cu deces. Cercetarea arată că cele mai multe evenimente adverse au fost atribuite chirurgilor (46.1%, 22.3% din neglijență) și interniștilor (23.2%, 44.9% din neglijență). Autorii concluzionează faptul că, leziunile adverse asociate îngrijirilor medicale constituie o

problemă majoră a sănătății publice, ce ar putea fi soluționată, dacă ar fi redusă povara leziunilor iatrogene și ameliorat procesul de administrare a medicamentelor [70]. Institutul de Medicină fondat în 1970 sub statutul Academiei Naționale de Științe din SUA pentru abordarea preocupărilor legate de medicină și asistență medicală din SUA a extrapolat rezultatele studiilor din Utah și Colorado la numărul total de spitalizări în toate instituțiile medicale din Statele Unite care au avut loc în 1997, astfel fiind efectuată constatarea că erorile medicale au provocat o cifră impunătoare de 44000 de decese într-un an de zile [37, 70, 71].

Mello M.M., et al. (2011) studiind și analizând care au fost costurile totale suportate de spitale și alți plătitori (venituri pierdute, pierderi de producție casnică, dizabilități și costuri de îngrijire a sănătății) pentru acoperirea cheltuielilor legate de evenimentele adverse prevenibile au constatat că, în mediu, spitalele implicate în studiu au generat costuri suplimentare per pacient externat cauzate de evenimente adverse egale cu 2013 dolari americani și costuri legate de evenimente adverse din neglijență egale cu 1246 dolari americani [72]. Generalizând rezultatele obținute la întreaga țară, Institutul de Medicină din SUA a estimat costurile naționale totale ale cheltuielilor legate de reacțiile adverse prevenibile ca fiind egale cu 17-29 miliarde de dolari americani pentru un an, dintre care jumătate din acestea revenind îngrijirilor de sănătate [37, 72].

În anul 2000 Kyle R. et al. au efectuat studiul incidenței și naturii complicațiilor în chirurgie și au determinat faptul că în 39% de cazuri pacienții au suferit complicații, dintre care 18% au fost atribuite erorilor. Studiul a determinat că 78% din complicații au avut loc în timpul sau după o intervenție chirurgicală și au fost legate direct sau indirect de aceasta. Autorii au constatat că 6% din complicații nu au fost documentate în fișele medicale ale pacienților, 80% nu au fost prezentate la ședințele săptămânale pe morbiditate și mortalitate, astfel evidențiind fenomenul de subraportare a acestora [73].

Stone S. et al. în 2007, analizând erorile și complicațiile în neurochirurgie, au constatat erori în 87.1% cazuri, dintre care cele mai frecvente au fost tehnice, contaminare, deficiențe ale echipamentului medical sau lipsa acestuia, sau legate de întârzieri. Autorii au constatat că 78,5% dintre erori au fost din categoria erorilor prevenibile. Autorii menționează că erorile cele mai frecvente sunt de cele mai dese ori prevenibile și de asemenea au impact asupra evoluției clinice a pacientului. Studiul recomandă înregistrarea și analiza erorilor pentru a fi dezvoltate sisteme de prevenire a repetării acestora [74].

Paolo Ferroli et al. (2012) în studiul despre aplicarea modelului aviatic de raportare a incidentelor în neurochirurgie descriu că cei mai importanți factori care contribuie la producerea erorilor sunt factorul uman, tehnologiile, factorii organizaționali sau procedurali. Autorii relatează despre importanța conștientizării și implementării sistemului de raportare a erorilor și mai ales analiza acestor erori, a circumstanțelor producerii și factorilor contributivi cu scop de a

învăța din ele lecțiile necesare pentru a preveni repetarea acestora. Autorii recomandă schimbarea esențială a culturii cu abordarea filosofiei că a greși este uman [35].

Meyer H. S. et al. (2022) în studiul privind determinarea incidentei, naturii și severității evenimentelor adverse în neurochirurgie și rolul implicării factorului uman la producerea acestora, descriu că 25% din pacienții tratați în secțiile de neurochirurgie experimentează cel puțin un eveniment advers și în 25,9% de cazuri evenimentul advers major a fost asociat cu o eroare umană, cel mai frecvent de execuție (18,3%) sau de planificare (5,6%). Autorii menționează despre existența potențialului de reducere a daunelor evitabile aduse pacientului în neurochirurgie din contul reducerii frecvenței erorilor umane care contribuie la producerea evenimentelor adverse [75].

Catherine M. Tighe et al. (2006), studiind fenomenul de raportare a incidentelor într-un departament de urgență din Marea Britanie, au recomandat să fie introdus un sistem electronic de raportare a incidentelor, să fie folosită o clasificare unică cu definiții clare pentru acestea și să fie creată o bază de date unde ar fi posibil ca incidentele să fie actualizate [76].

Autorul Tereanu C. et al. (2011) constată în cadrul proiectului internațional pentru experimentarea raportării voluntare a incidentelor în sectorul sănătății publice ExpIR-RO, că cele mai frecvente evenimente adverse raportate în București au fost de tip diagnostic (28%), chirurgicale (14%) și căderile pacienților (12%). În 73% cazuri respondenții au informat pacientul despre evenimentele adverse, în 53% cazuri evenimentele adverse au fost înregistrate în fișele medicale ale pacienților [77]. Autorul relevă faptul că erorile legate de sistem (de exemplu, lipsa de personal, pregătirea neadecvată, comunicarea sau coordonarea insuficientă, facilitățile și echipamentele insuficiente sau inadecvate) au fost înregistrate ca fiind cea mai frecventă cauză a evenimentelor adverse raportate. Factorii legați de personal (de exemplu, lipsa de experiență, neatenția, oboseala, controlul și supravegherea neadecvată, coordonarea insuficientă în timpul lucrului în echipă) și cei legați de pacient (de exemplu, barierele lingvistice, starea gravă a pacientului, neconformarea) au contribuit mai puțin la declanșarea evenimentelor adverse, decât carențele legate de sistem [77]. Rezultatele studiului denotă că cele mai importante acțiuni corective îndreptate spre îmbunătățirea situației propuse de respondenți au fost cele legate de sistem - revizuirea și modificarea protocoalelor, procedurilor, efectuarea instruirilor calitative, îmbunătățirea comunicării și aprovizionării cu consumabile și echipamente [77]. Conform datelor raportului Observatorului Român de Sănătate, în anii 2019 și 2020 jumătate dintre evenimentele adverse asociate actului medical în instituțiile medicale din România au fost cauzate de nerespectarea măsurilor de prevenire și combatere a infecțiilor asociate asistenței medicale [78].

În Moldova studiile reflectă situația privind evenimentele adverse asociate actului medical doar în anumite domenii. Prisacari V. et al. (2004) în studiul său privind infecțiile postchirurgicale a determinat că pe parcursul anului 2002 în secțiile de chirurgie abdominală incidența prin infecțiile septico-purulente postchirurgicale a constituit $8,31\% \pm 0,87$ din numărul total de pacienți operați, în secțiile de traumatologie - $7,42\% \pm 1,05$. Autorii menționează că în cazul infecției chirurgicale durata spitalizării pacienților s-a prelungit cu 11-14 zile, în funcție de tipul operației, fiind în mediu egală cu 11,85 zile pat la pacienții fără complicații postoperatorii și 24,45 zile pat la pacienții cu complicații postoperatorii septice [79]. Conform rezultatelor studiului Prisacari V. et al. (2005), infecțiile nosocomiale au cauzat costuri economice suplimentare doar în municipiul Chișinău de aproximativ 16-23 milioane lei, aici nefiind incluse cazurile letale, remunerarea suplimentară a muncii personalului, morbidității prin infecții nosocomiale clasice [80].

În serviciul neurochirurgical incidența infecțiilor a variat de la 1,8% la 22,2% după datele studiului Prisacari V. (2009) [80]. Conform rezultatelor studiului analitic retrospectiv efectuat de Prisacari V., Roic E., (2008) s-a constatat că în serviciul neurochirurgical infecțiile nosocomiale au constituit 44,6 cazuri la 1000 de operații sau 32,2 cazuri la 1000 de spitalizări. Autorii menționează diferența dintre datele raportării oficiale și realitatea constatată conform fișelor de tratament. Conform înregistrării oficiale, incidența prin infecții nosocomiale a constituit 4,4 o/oo, iar conform datelor modului de tratament, incidența printre pacienții tratați conservativ a constituit 7,5 o/oo, pe când pentru cei tratați chirurgical – 44,6 o/oo. Autorii au constatat că incidența reală prin infecții nosocomiale în secțiile de neurochirurgie a fost de aproximativ opt ori mai mare decât cifrele raportate oficial, iar în rândul pacienților tratați chirurgical a fost de aproximativ șase ori mai înaltă comparativ cu incidența semnalată la pacienții tratați conservativ. Datele studiului relatează că letalitatea pacienților tratați în secțiile de neurochirurgie din cauza infecțiilor nosocomiale a constituit 30,17% [81]. Lipsa definițiilor de caz standard a formelor nozologice de infecții nosocomiale, diagnosticarea insuficientă a infecțiilor nosocomiale și neraportarea cazurilor au fost menționate de către autori ca fiind cauzele principale ale neînregistrării infecțiilor nosocomiale. Autorii relatează faptul că clinicienii considerau greșit că pneumoniile, pielonefritele, procesele inflamatorii locale nu sunt patologii infecțioase și din acest motiv nu înregistrau aceste cazuri [80]. Potrivit autorilor Dodița P. și Suveica L. (2014) incidența morbidității prin infecții nosocomiale în municipiul Chișinău la pacienții de profil chirurgical a constituit 2,6 la 1000 de intervenții chirurgicale și pe țară a fost de 1,6. Autorii menționează că nivelul de morbiditate înregistrat nu corespundea situației reale, din cauza diagnosticării, înregistrării și raportării insuficiente a infecțiilor nosocomiale. Autorii descriu drept unul din motive a acestui fenomen evitarea responsabilității pentru complicațiile survenite [82].

Studiul efectuat de Pisarenco et. al. (2020) relatează despre impactul căderilor pacienților în staționar asupra siguranței pacienților, traumelor medicale și riscurile asociate cu acestea și necesitatea implementării măsurilor de prevenire a acestora [83]. De asemenea, autorii Pisarenco C. și Pisarenco S. (2022) au constatat că medicii epuizați au fost mult mai predispuși să comită erori, din care cauză sindromul burnout a reprezentat un risc direct pentru siguranța pacientului. Autorii menționează în lucrare că identificarea și analiza erorilor asociate îngrijirilor medicale pot constitui un pas important spre înțelegerea și corectarea acestora [84]. Datele referitoare la infecțiile nosocomiale și reacțiile adverse la medicamente înregistrate și raportate conform cerințelor legislației în domeniu atestă fenomenul de sub raportare a acestora în ambele cazuri.

Fenomenul de subraportare a evenimentelor adverse ar putea fi explicat prin datele raportului OECD (2022), conform căruia doar doi din cinci lucrători din domeniul sănătății intervievați, din țările membre OECD, consideră că erorile și evenimentele adverse raportate nu vor fi folosite împotriva lor (41%) [85].

În Republica Moldova lipsește un sistem centralizat de raportare a evenimentelor adverse și de asemenea statistica oficială în domeniul raportării evenimentelor adverse asociate actului medical.

1.3. Cultura siguranței pacientului - subiect prioritar în activitatea lucrătorilor medicali

Siguranța pacienților rămâne o prioritate pentru factorii de decizie politică și pentru liderii din domeniul sănătății [2]. Siguranța pacientului, conform autorilor Sorra J, Nieva V. (2004), este un factor cheie al calității serviciilor medicale [14]. De cele mai dese ori evaluarea siguranței pacientului în instituțiile medicale se reduce la determinarea daunelor aduse pacienților în timpul îngrijirilor medicale, exemplu fiind reacțiile adverse la medicamente sau infecțiile intraspitalicești. De facto însă, evaluarea siguranței pacientului implică în sine măsurarea a patru domenii componente ce caracterizează capacitatea și abilitatea unei instituții medicale de a oferi pacienților servicii de asistență medicală sigure. Pentru crearea unei imagini reale și complete a nivelului siguranței pacientului într-o instituție medicală este necesar de a efectua o serie de evaluări care includ măsurări a patru categorii de parametri: 1) indicatorii de siguranță a pacienților; 2) indicatorii de rezultat ai asistenței medicale prestate în instituția dată; 3) nivelul culturii siguranței pacientului și 4) experiențele de siguranță suportate și raportate de către pacienți (Figura 1.1) [86].

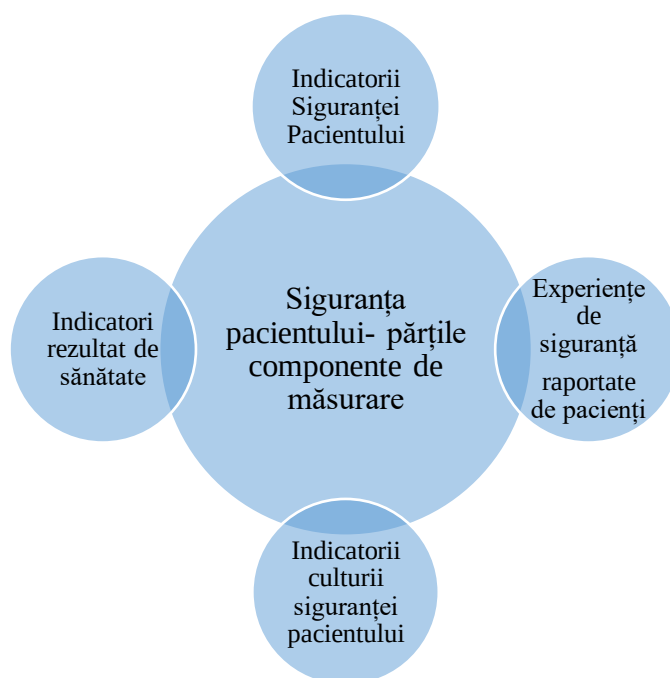


Fig.1.1. Componentele cheie de măsurare a siguranței pacienților în spitale

*(Sursa: De Bienassis K, Klazinga NS. Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. OECD Health Working Papers. 2022, no. 134, p. 14. <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>)

Conștientizarea importanței implementării culturii siguranței pacientului a crescut considerabil în instituțiile medicale care tind să-și îmbunătățească calitatea serviciilor medicale acordate pacienților. Pentru a reuși implementarea culturii siguranței pacientului în instituția medicală este necesar mai întâi de toate de a fi înțelese valorile, credințele, normele despre ceea ce este important într-o organizație și ce atitudini și comportament legat de siguranța pacienților sunt așteptate și relevante pentru angajații acesteia [14, 86]. Cultura siguranței pacientului poate fi măsurată prin determinarea valorilor, credințelor, normelor și comportamentelor care sunt apreciate, susținute, așteptate și acceptate într-o organizație începând cu nivelul cel mai jos cum ar fi secții, departamente și finalizând cu nivelul de instituții și sistem [12].

Azyabi A. (2021) menționează următorii factori care au impact semnificativ asupra siguranței pacienților: lucrul în echipă, învățarea organizațională, raportarea erorilor și conștientizarea siguranței, genul și criteriile demografice, experiența de muncă și nivelurile asigurării cu personal. Vârsta și experiența profesioniștilor medicali au fost, de asemenea, legate de siguranța pacientului [23].

Cultura siguranței pacientului, potrivit Lee S. et al. (2019), cuprinde în sine următoarele douăsprezece domenii componente: sprijinul și acțiunile managerilor pentru siguranța pacientului, angajamentul organizațional față de siguranța pacientului, învățarea organizațională și îmbunătățirea continuă, răspuns nepunitiv la erori, feedback și deschidere la comunicarea despre erori, asigurarea adecvată cu personal, lucrul în echipă în cadrul unităților, lucru în echipă

între unități și departamente, transferurile și tranzițiile la spital, satisfacția în muncă, condițiile de muncă și recunoașterea stresului [14, 86, 87].

Sammer C. et al. (2010) în studiul privind cultura siguranței pacientului identifică și descriu șapte domenii principale ale acesteia: 1) leadership - în care liderii recunosc că mediul de asistență medicală este un mediu cu risc ridicat și asigură resursele necesare de personal și financiare; 2) lucrul în echipă, ceea ce presupune că în colectiv există un spirit de colegialitate, colaborare și cooperare între personal, relațiile sunt deschise, sigure, respectuoase și flexibile; 3) comunicarea - libertatea angajaților, indiferent de poziția ocupată, de a vorbi în mod deschis și liber despre siguranța pacientului și problemele legate de aceasta; 4) instruirea și învățarea permanentă în care personalul apreciază instruirea continuă și învățarea din erori ca un mod de îmbunătățire a performanțelor; 5) autorul menționează că medicina este bazată pe dovezi și standardizarea proceselor ar conduce la reducerea devierilor de la normele stabilite; 6) centrarea îngrijirilor medicale pe pacient; 7) cultura de a recunoaște erorile ca eșecuri ale sistemului mai degrabă decât eșecuri individuale și, în același timp, individul nu se scutește de răspundere pentru acțiunile lui. Autorul menționează că cultura siguranței este un fenomen complex, care este încă neclar pentru managerii instituțiilor medicale și este dificil de implementat [88]. Potrivit AHRQ „cultura siguranței pacientului este măsura în care cultura unei organizații sprijină și promovează siguranța pacientului” [12]. Joint Commision International (JCI) menționează următoarele domenii componente ale culturii siguranței pacientului: leadership și management, colaborarea în echipă și interrelaționarea, comunicarea și calitatea condițiilor de muncă. Din domeniile de bază ale culturii siguranței, conform standardelor de evaluare JCI, fac parte suportul managementului pentru siguranța pacientului, răspunsul nepunitiv la erori, instruirea adecvată a personalului, munca în echipă, calitatea schimbului și transmiterii informației, feedbackul și comunicarea despre erori, mecanismele de raportare a erorilor, incidentelor și evenimentelor adverse, asigurarea cu personal, satisfacția profesională, satisfacția echipei, valabilitatea resurselor și recunoașterea stresului [89].

Rețeaua European Network for Patient Safety (EUNetPaS) a fost un proiect creat și susținut de către Comisia Europeană în 2007 în cadrul Programului de Sănătate Publică care a avut drept obiectiv „Promovarea culturii siguranței pacienților”. Din această rețea au făcut parte 27 state membre ale Uniunii Europene, printre care și România. EUNetPaS a stabilit că măsurarea culturii siguranței pacientului este necesară și este utilizată de către instituțiile medicale pentru a stabili caracteristicile acesteia la un anumit moment, pentru a determina modul în care siguranța pacientului este privilegiată și gestionată în cadrul unei instituții și pentru a interveni dacă este necesar în transformarea sau optimizarea ei. Cu toate acestea, EUNetPaS considera că măsurarea culturii siguranței pacientului în instituție fără implementarea acțiunilor

și intervențiilor conștiente menite să minimizeze riscurile și daunele pentru pacienți nu prezintă nici o valoare [44]. Societatea Europeană pentru Calitate în Asistența Sănătății (ESQH) din Danemarca a coordonat activitatea proiectului numărul D26, care prevedea implementarea unui „chestionar validat pentru măsurarea culturii siguranței pacienților în spitale prin implicarea profesioniștilor din domeniul sănătății la nivelul secției”. Rețeaua EUNetPaS a recomandat drept instrumente pentru evaluarea culturii siguranței pacientului trei instrumente validate internațional – “Hospital Survey on Patient Safety Culture” elaborat de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) elaborat și utilizat în SUA, „Manchester Patient Safety Assessment Framework” al Universității din Manchester, Marea Britanie, „Safety Attitudes Questionnaire” al Universității din Texas, Universitatea Johns Hopkins, SUA [44, 90-92].

Însă, pentru evaluarea culturii siguranței pacientului cel mai mult a fost implementat și utilizat Chestionarul AHRQ „Hospital Survey on Patient Safety Culture”, elaborat în Statele Unite ale Americii de către Agenția pentru Cercetare și Calitate în Sănătate (AHRQ), care pune accent pe evaluarea problemelor ce țin de siguranța pacienților și de fenomenul de raportare a incidentelor, erorilor și evenimentelor adverse asociate actului medical [14]. Evaluarea culturii siguranței pacientului se efectuează la un anumit moment pentru a se stabili tabloul inițial al acesteia într-o anumită unitate, departament, secție clinică, instituție sau chiar la nivel de țară, se efectuează repetat pentru a urmări în dinamică eficacitatea măsurilor de îmbunătățire implementate în urma constatărilor inițiale, pentru a evalua în timp modificările culturii siguranței în aceeași secție, departament, instituție, țară, pentru a compara rezultatele între diverse instituții, servicii, țări. La nivel de secție, departament pot fi evaluate următoarele aspecte ale culturii siguranței pacientului „așteptările managerului și acțiunile ce promovează siguranța pacientului”, „învățarea organizațională-îmbunătățire continuă”, „munca în echipă în aceeași unitate”, „comunicarea deschisă”, „feedback și comunicarea despre erori”, „răspunsul nepunitiv la erori”, „asigurarea cu personal”. La nivel de instituție pot fi evaluate trei domenii: „suportul administrației spitalului pentru siguranța pacientului”, „munca în echipă între compartimente”, „problemele în timpul schimbării turelor și transferurilor pacienților între compartimente, secții/servicii” „percepția siguranței pacientului”, „frecvența evenimentelor notificate”, „gradul siguranței pacientului” și „numărul evenimentelor raportate” [44].

Conform datelor publicate de AHRQ, până în septembrie 2022 chestionarul AHRQ „Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®)” a fost implementat și utilizat pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în 107 țări la nivel internațional și a fost tradus în 56 de limbi, inclusiv în limba română de către Marian Markidanu în cadrul Proiectului European de Siguranță a Pacienților [13, 48, 93]. Raportul «Hospital 2.0 Survey Database» elaborat de AHRQ pentru anul 2022 a inclus datele rezultate din evaluarea culturii siguranței pacientului efectuată în 400

de spitale din Statele Unite ale Americii și prezintă datele despre caracteristicile spitalelor participante la sondaj, caracteristicile demografice și de activitate profesională ale respondenților, precum și particularitățile culturii siguranței pacientului în instituțiile medicale implicate în studii [19].

Numeroase studii internaționale au stabilit dovezi credibile care demonstrează legătura și interrelația dintre nivelul culturii siguranței pacienților în instituțiile de asistență medicală și rezultatele pacientului.

În studiul bazat pe rezultatele chestionării a 67010 de respondenți din Statele Unite ale Americii, utilizând datele prezentate de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Azyabi A. et al. (2022) au constatat că percepțiile despre cultura siguranței pacienților au avut o influență pozitivă asupra percepțiilor generale asupra siguranței pacientului și asupra frecvenței raportării evenimentelor adverse asociate actului medical. De asemenea, autorii menționează că poziția personalului, statutul de pregătire profesională și regiunea geografică s-au dovedit a avea o influență diferită asupra culturii siguranței pacientului, percepțiile generale despre siguranța pacientului și frecvența raportării evenimentelor adverse. Autorii au remarcat că percepțiile generale asupra siguranței pacienților determină o relație semnificativ negativă asupra frecvenței raportării evenimentelor adverse, fenomen explicat prin utilizarea chestionarelor auto-raportate și o cultură a blamării pentru erorile comise. Autorii recomandă crearea culturii de siguranță în care angajații învață din greșelile lor, ceea ce ar putea crește nivelul de raportare a erorilor și în final ar îmbunătăți siguranța pacienților [94].

Această constatare este în concordanță cu cercetările care indică relații negative între cultura generală de siguranță și rezultatele pacienților. În studiul despre relația dintre cultura siguranței pacientului și rezultatele clinice ale pacienților, Mardon R. et al. (2010) constată că o cultură a siguranței pacientului mai înaltă în spital este asociată cu mai puține complicații și evenimente adverse asociate actului medical măsurate prin PSI - indicatori de siguranță a pacientului [95]. Valentin Andreas, et al. (2013) constată că climatul de siguranță contribuie la o reducere a erorilor medicale în cazul personalului din prima linie în timpul proceselor tipice de rutină în secțiile de terapie intensivă [96].

Nwosu A. et al. (2022), Pimentel M. et al., (2021) au evaluat cultura siguranței pacientului în sălile de operații. Domeniile cu cel mai mare scor al frecvenței răspunsurilor pozitive au fost „lucrul în echipă în același compartiment” și „învățarea organizațională-îmbunătățire continuă”. Domeniile vulnerabile ale culturii siguranței în sălile de operații identificate de autori au fost „feedback și comunicarea despre erori” și „transferuri și tranziții”. Autorii constată diferențe semnificative în aprecierea culturii siguranței pacientului perioperatorii, în dependență de rolurile profesionale, secțiile în care activează și nivelurile de

pregătire profesională a personalului implicat în acordarea asistenței medicale [22, 24]. Potrivit datelor Organizației pentru Cooperare Economică și Dezvoltare - Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – doar 46% din lucrătorii din domeniul sănătății intervievați consideră că informațiile importante despre îngrijirile pacienților sunt transferate complet și corect între unitățile spitalicești și în timpul schimbării turelor [85].

Asal Hafezi et al. (2022), analizând relația dintre cultura siguranței pacientului și evenimentele adverse asociate actului medical, au determinat că erorile de medicație au fost asociate în mod semnificativ cu nivelul „frecvenței evenimentelor raportate”, cu „așteptările supervisorului/managerului și acțiunile care promovează siguranța pacienților” și „suportul managerului pentru siguranța pacienților” [97]. Autorii la fel au constatat că nivelul frecvenței căderilor pacienților în instituțiile implicate în studiu a fost asociat semnificativ cu „lucrul în echipă în cadrul unităților”, „feed-backul și comunicarea despre erori” și „transferurile și tranzițiile” pacienților în instituțiile medicale [97].

Conform constatărilor studiului autorilor DeFontes J., Surbida S. (2004), acolo unde membrii echipei colaborează și comunică bine între ei, se pot detecta rapid și evita mai ușor erorile, incidentele și evenimentele adverse asociate îngrijirilor medicale. Dovezile preliminare sugerează că briefing-urile preoperatorii în sala de operații destinate informării întregii echipe chirurgicale despre planul operației, familiarizării cu procedura care urmează să aibă loc, problemele potențiale și numele și rolurile fiecărei persoane din echipă, sunt asociate cu un climat bun de lucru în echipă, cu reducerea numărului de operații chirurgicale efectuate în loc greșit/procedură greșită, cu raportarea timpurie a problemelor echipamentelor și costuri operaționale reduse [98].

Cultura siguranței pacientului a fost evaluată în România, stat membru al rețelei EUNetPaS, de către autorul Tereanu C. et al. (2018), care a studiat pentru prima dată proprietățile psihometrice ale versiunii române a Chestionarului privind Cultura Siguranței Pacientului [15]. De asemenea, expertul Tereanu C. et al. (2017) au efectuat măsurarea culturii siguranței pacientului utilizând Chestionarul privind Siguranța Pacientului în șase spitale din România, studiul fiind parte a proiectului IRIS-1 derulat în 2014. Rata de răspuns la acest sondaj a fost de 84%. În rezultatul acestui studiu autorii au identificat domeniile forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului care au acumulat cel mai mic scor al frecvenței răspunsurilor pozitive, printre care au fost: „asigurarea cu personal”, „frecvența evenimentelor raportate” și „răspunsul nepunitiv la erori” [28].

În 2019 în România s-a extins proiectul IRIS-2 care s-a desfășurat în patru spitale din diferite regiuni ale țării. Datele obținute au fost comparate cu datele colectate în 2014 în cadrul proiectului IRIS-1 de către Tereanu C. et al. (2020). Rata de răspuns a constituit 74% - 94% la

chestionarele administrate în format de hârtie, iar la chestionarele administrate electronic rata de răspuns a constituit 23%. Autorul a constatat o creștere ușoară a „frecvenței raportării evenimentelor adverse” în studiul IRIS-2 comparativ cu IRIS-1 și o scădere a frecvenței răspunsurilor pozitive la dimensiunea „lucrul între compartimente”. Rezultatele studiului au arătat că încă mai este de lucru în ceea ce privește implementarea unei culturi de siguranță a pacienților, în special în domeniul răspunsului nepunitiv la erori [26].

În Moldova autorul Țurcanu T. et al., în studiul efectuat în 2016 privind securitatea și siguranța pacienților, erorile medicale, conceptul culturii învățării din erori a constatat că crearea unui concept nou privind cultura organizațională, cu accent pe securitatea pacientului, ar avea un impact pozitiv, contribuind la diminuarea numărului de erori medicale, ameliorarea abilităților de comunicare ale prestatorilor de servicii medicale și îmbunătățirea relațiilor dintre medic și pacient [99].

Cultura siguranței pacientului a fost evaluată în Republica Moldova de către Tereanu C. et al. (2018) în cadrul proiectului IRIDE, folosindu-se în acest scop „Chestionarul privind Cultura Siguranței Pacientului” elaborat de AHRQ. În studiu au participat voluntar 976 de respondenți din trei instituții medicale: un spital public, o instituție privată și o asociație medicală teritorială care prestează servicii medicale specializate de ambulator și medicină de familie. Autorul a constatat că majoritatea respondenților lucrează mai puțin de 60 de ore pe săptămână, două treimi din respondenți au apreciat gradul siguranței pacientului ca fiind „excelent” sau „foarte bun” și o treime ca fiind „acceptabil”. 68% din respondenți nu au „raportat nici un eveniment advers timp de 12 luni” [31]. Autorul relevă că cele mai înalt apreciate dimensiuni ale culturii siguranței pacientului au fost „munca în echipă în aceeași unitate”, „feedback și comunicarea despre erori”, „învățarea organizațională-îmbunătățire continuă”, „expectativele managerului sau supervisorului și acțiunile ce promovează siguranța pacientului”, „suportul managementului pentru siguranța pacientului”, iar dimensiunile cu cea mai joasă frecvență a răspunsurilor pozitive au fost „frecvența evenimentelor raportate” - (57%), „răspunsul nepunitiv la erori” - (53%), „comunicarea deschisă” - (51%) și „asigurarea cu personal” - (37%) [31]. Conform expertului Tereanu, monitorizarea sistematică a percepției personalului despre cultura siguranței pacientului prezintă o metodă valoroasă de a crește conștientizarea importanței prevenirii daunelor neintenționate de către toți membrii unei instituții medicale [26].

De asemenea, Baltaga R. et al. (2019) în studiul său privind efectul „Checklistului de siguranță chirurgicală” a constatat că acesta contribuie la îmbunătățirea parametrilor de comunicare în sala de operație și respectiv la reducerea pericolelor, complicațiilor în timpul intervențiilor chirurgicale [53, 100].

În anul 2021 Organizația Mondială a Sănătății a elaborat „Planul Global de Acțiune pentru Siguranța Pacienților 2021- 2030”, în care, ca obiectiv principal, este considerată eliminarea daunelor evitabile în sistemul sănătății, cu viziunea „o lume în care nimeni nu este rănit în sistemul sănătății și fiecare pacient primește îngrijire sigură și respectuoasă, de fiecare dată, oriunde”. Scopul final al Planului Global de Acțiune este de a obține reducerea maximă posibilă a daunelor evitabile din cauza îngrijirilor medicale nesigure la nivel global [2]. Unul din cele șapte principii directoare care stau la baza acțiunilor pentru atingerea acestui obiectiv este de „implementarea culturii siguranței pacientului în proiectarea și livrarea asistenței medicale” [2].

„Schimbarea culturii noastre pentru promovarea siguranței pacienților” a servit drept temă a celei de-a 81-a reuniuni anuale a Asociației Americane a Neurochirurgilor. Pentru a îmbunătăți rezultatele pentru pacienți și pentru a preveni erorile chirurgicale care pot fi evitate, a fost recomandat ca „neurochirurgii să schimbe cultura care există în sala de operație, astfel încât preocupările legate de siguranță să fie de cea mai mare importanță și ca fiecare membru al echipei de îngrijire să aibă un sentiment personal de responsabilitate”. În acest sens s-a menționat că este „necesară îmbunătățirea comunicării între toți membrii echipei implicați în acordarea asistenței medicale, înlăturarea gradientelor de autoritate și menținerea unei forțe de muncă bine pregătite și bine odihnute” [101].

Actualmente în Republica Moldova nu există implementat un instrument de măsurare a culturii siguranței pacientului și nici cercetări în acest domeniu. Prin urmare actualitatea cercetării a fost asociată cu riscurile mari ale asistenței medicale în domeniul neurochirurgiei și lipsa cercetărilor privind cultura siguranței pacientului în serviciul spitalicesc.

Scopul cercetării. Evaluarea particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova pentru identificarea domeniilor forte și vulnerabile și elaborarea recomandărilor de optimizare.

Obiectivele cercetării

- 1) Analiza caracteristicilor generale și ale activității profesionale ale respondenților care activează în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova;
- 2) Estimarea percepției angajaților despre gradul de siguranță a pacienților și fenomenul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical;
- 3) Evaluarea factorilor și dimensiunilor culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc;
- 4) Clasificarea rezultatelor utilizând scara Harrington pentru determinarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacienților;
- 5) Analiza corelației dintre factorii culturii siguranței pacientului și siguranța pacientului în departamentele de neurochirurgie;

6) Elaborarea unui set de recomandări pentru optimizarea nivelului culturii siguranței pacientului în instituțiile medicale din Moldova.

1.4. Sinteza capitolului 1

Sinteza surselor bibliografice denotă că problema siguranței pacientului este una actuală și este intens studiată la nivel internațional în ultimele trei decenii. Studiul literaturii din domeniul siguranței pacienților a permis constatarea că siguranța pacientului rămâne o provocare serioasă a tuturor sistemelor de sănătate la nivel mondial. Numeroase organisme internaționale elaborează politici și instrumente în vederea optimizării siguranței pacienților la nivel internațional cu scop de a minimiza nivelul de daună non-necesară cauzată pacientului în timpul îngrijirilor medicale. Siguranța pacientului este în strânsă legătură cu factorii culturii siguranței pacientului la nivel de instituție și sistem. S-a constatat că o cultura de siguranță a pacientului de nivel înalt este asociată cu un impact pozitiv asupra siguranței pacientului, cu mai puține complicații și evenimente adverse asociate actului medical măsurate prin indicatori de siguranță a pacientului. Crearea unui sistem eficient pentru evaluarea, detectarea problemelor de cultură a siguranței pacienților din instituțiile medicale a fost identificată ca una dintre modalitățile principale de a crește siguranța pacienților în sistemul de sănătate. Implementarea instrumentelor de evaluare a culturii siguranței pacientului permite evaluarea culturii siguranței pacientului la un moment dat, urmărirea în dinamică a rezultatelor măsurilor de îmbunătățire implementate după efectuarea chestionării, evaluarea în timp a modificărilor factorilor culturii siguranței pacienților în aceeași instituție. Aceste măsuri de asemenea contribuie la conștientizarea problemei siguranței pacientului în rândurile angajaților sistemului de sănătate și a pacienților. Strategiile de ameliorare a siguranței pacientului se bazează pe necesitatea creării unei organizații responsabile de siguranța pacienților, care să ofere suport instituțiilor în acest domeniu, să monitorizeze activitățile de optimizare și evoluția parametrilor siguranței pacienților în timp.

Evenimentele adverse asociate îngrijirilor medicale reprezintă o sursă majoră de morbiditate și mortalitate la nivel global, dar mai ales în țările în curs de dezvoltare. De asemenea este mare povara costurilor totale suportate de spitale și alți plătitori pentru acoperirea cheltuielilor legate de evenimentele adverse prevenibile din instituțiile medicale. Pentru minimizarea nivelului acestora și a impactului evenimentelor adverse asupra rezultatelor asistenței medicale acordate pacienților este necesară implementarea unui sistem centralizat de raportare a evenimentelor adverse care să monitorizeze situația la nivel național și instituțional. De asemenea este importantă evidența statistică oficială în domeniul rezultatelor evaluării

culturii siguranței pacientului, indicatorilor de siguranță a pacienților în instituții medicale, în domeniul raportării erorilor, incidentelor și evenimentelor adverse asociate actului medical.

În Republica Moldova este puțin studiat domeniul siguranței pacientului și mai ales aspectele ce țin de cultura siguranței pacientului atât la nivel instituțional, cât și național. Până în prezent în țară nu există implementat un instrument pentru evaluarea culturii siguranței pacientului și nu este studiată legătura dintre cultura siguranței pacientului și indicatorii de siguranță, ceea ce a constituit drept cadru teoretic al dezvoltării cercetării în acest domeniu.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. Caracteristica generală a cercetării

Pentru atingerea scopului și obiectivelor propuse a fost realizat un studiu observațional, descriptiv, selectiv, transversal. Studiul a fost efectuat în cadrul Catedrei de medicină socială și management “Nicolae Testemițanu” a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, în perioada 2018-2023. Protocolul studiului a fost aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF “Nicolae Testemițanu” la data de 19.06.2018. Pentru studiul Culturii Siguranței Pacienților în Serviciul spitalicesc a fost selectată specialitatea “Neurochirurgie”. Proiectul de studiu s-a desfășurat în cadrul a șase instituții spitalicești din țară care dețin departamente de neurochirurgie pentru adulți. În cadrul studiului a fost efectuată anchetarea personalului medical: medici, medici rezidenți și asistente medicale, care activează și acordă asistență medicală pacienților de profil neurochirurgical în departamentele de neurochirurgie din instituțiile medicale spitalicești din țară (Tabelul 2.1).

Tabelul 2.1. Bazele clinice unde a fost realizat studiul

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie “Diomid Gherman”, Chișinău
Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, Chișinău
Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău
Spitalul Ministerului Afacerilor Interne, Chișinău
Spitalul Internațional «Medpark», Chișinău
Spitalul Clinic Municipal, Bălți

Chestionarul și anchetarea respondenților

Pentru evaluarea culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie a fost selectat un instrument standardizat, implementat și validat la nivel internațional. Chestionarul original are denumirea „Chestionar privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” [48]. El a fost elaborat de Agenția pentru Cercetare și Calitate în domeniul Sănătății din Statele Unite ale Americii [102]. Chestionarul elaborat în limba engleză a fost tradus și adaptat în română de Marian Markidanu, în cadrul Proiectului European de Siguranță a Pacienților [48].

„Chestionarul privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” include în prima parte întrebări de ordin general, care prezintă caracteristicile demografice ale respondentului și detaliile despre activitatea sa profesională, și partea a doua cu patruzeci și două de întrebări, care sunt sistematizate în douăsprezece dimensiuni ale culturii siguranței pacientului în spital și două întrebări speciale - indicatori de rezultat. În prima întrebare indicator de rezultat angajații apreciază gradul de siguranță a pacientului în unitatea unde își desfășoară activitatea, iar în a doua întrebare respondenții sunt rugați să indice numărul de incidente raportate în scris în ultimul an de activitate, astfel prezentându-se date referitoare la fenomenul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical. Întrebările indicator de rezultat sunt: “Calificați,

vă rugăm, de la zero la zece, gradul de siguranță a pacientului în serviciul/unitatea dumneavoastră” și “În ultimul an, câte incidente ați raportat în scris?”. În studiul nostru a fost utilizată versiunea română a acestui chestionar standardizat, ”Chestionarul privind cultura siguranței pacientului”, prezentată în **Anexa 1.** „Chestionarul AHRQ privind cultura siguranței pacientului” evaluează următoarele componente - dimensiuni ale culturii siguranței pacientului:

I. La nivel de departament sau secție din instituția spitalicească:

1. așteptările managerului și acțiunile ce promovează siguranța pacientului,
2. învățarea organizațională-îmbunătățire continuă,
3. munca în echipă în aceeași unitate, secție,
4. comunicarea deschisă,
5. feedback si comunicarea despre erori,
6. răspunsul nepunitiv la erori,
7. asigurarea cu personal,
8. percepția generală a siguranței pacientului,
9. frecvența evenimentelor notificate.

II. La nivel de instituție se evaluează trei aspecte:

10. suportul administrației spitalului pentru siguranța pacientului,
11. munca în echipă între compartimente,
12. problemele în timpul schimbării turelor și transferurile pacienților între compartimente, secții/servicii.

Chestionarul conține și două variabile de rezultat:

1. gradul siguranței pacientului,
2. numărul evenimentelor raportate.

Chestionarul include întrebări formulate pozitiv și negativ, cu 5 opțiuni de răspuns. În Tabelul 2.2. este prezentată Scara răspunsurilor la întrebările chestionarului, care include 5 opțiuni de răspunsuri conform scalei Likert (Tabelul 2.2.). După cum reflectă Tabelul 2.2., răspunsurile la întrebările formulate pozitiv ale chestionarului includ 5 opțiuni, conform Scalei Likert:

Tabelul 2.2. Scara răspunsurilor pozitive la întrebările formulate pozitiv

<i>Răspunsul</i>	<i>Gradul</i>
1. Foarte de acord	5
2. De acord	4
3. Indiferent	3
4. În dezacord	2
5. Foarte în dezacord	1

Deci, toate răspunsurile la întrebări au fost prezentate într-o scară **ordinală**.

Trebuie remarcat faptul că Chestionarul conține și întrebări formulate negativ, care sunt marcate cu litera „**R**”- revers. Scara răspunsurilor pozitive la întrebările revers sau formulate ***negativ conține cinci opțiuni de răspuns și*** este prezentată în Tabelul 2.3.

Tabelul 2.3. Scara răspunsurilor pozitive la întrebările formulate negativ sau revers

<i>Răspunsul</i>	<i>Gradul</i>
1. Foarte în dezacord	5
2. În dezacord	4
3. Indiferent	3
4. De acord	2
5. Foarte de acord	1

La întrebările formulate revers drept răspunsuri pozitive au fost luate în considerare răspunsurile negative. Din acest motiv a fost necesară recodificarea răspunsurilor respondenților atunci când s-a calculat frecvența răspunsurilor pozitive conform cerințelor „Ghidului de utilizare a chestionarului”, elaborat de AHRQ [103].

În perioada *Ianuarie 2019 - Septembrie 2019* au fost distribuite patru sute de chestionare standardizate ”Chestionar privind Cultura Siguranței Pacienților în Spitale” AHRQ, pe suport de hârtie tuturor angajaților, care constituie personalul medical ce activează în departamentele de neurochirurgie: medici, medici rezidenți și asistente medicale. Numărul colaboratorilor angajați în departamentele de neurochirurgie a fost solicitat și primit de la administrația instituțiilor medicale în care se acordă asistență medicală spitalicească de profil neurochirurgical. Au fost invitați să participe în studiu toți angajații din aceste departamente. Cei care au acceptat să participe în studiu au fost informați preventiv despre tipul studiului și particularitățile acestuia și au semnat în scris acordul de participare voluntară în studiu. Este necesar de menționat că fiecare instituție, în dependență de profil, are specificul său de organizare a departamentelor de neurochirurgie. În total au fost chestionați 374 respondenți, care au participat voluntar în studiu. Rata de răspuns a fost de 93%. Pentru a exclude subiectivitatea răspunsurilor, chestionarele distribuite nu au conținut date de identificare a respondenților, au fost completate în mod anonim de către respondenți și, după completare, chestionarele au fost puse în boxe sigilate special amenajate pentru acestea. Toate chestionarele completate au fost supuse verificării cantitative și calitative conform recomandărilor ”Ghidului de utilizare a chestionarului” elaborat de AHRQ [103]. Drept chestionare nevalide au fost considerate, conform cerințelor „Ghidului de utilizare”, chestionarele care au fost returnate fără a fi completate deloc sau au avut aceeași variantă de răspuns la toate întrebările chestionarului. După o verificare amănunțită a chestionarelor, vizând

complexitatea și nivelul de completare cu răspunsuri la întrebările din chestionar, din studiu au fost excluse ca fiind inadecvate 29 de chestionare (374 anchete total primite “–”, 29 anchete excluse). Chestionarele eligibile s-au prelucrat ulterior, prin codificarea datelor, ceea ce a permis unificarea prelucrării statistice. Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată pe bază rezultatelor a 345 de chestionare. Datele despre eșantionul participanților în studiu repartizați pe instituții medicale în care activează sunt prezentate în Tabelul 2.4.

Tabelul 2.4. Eșantionul participanților în studiu

N/o	Denumirea instituției	Nr. angajați	Chestionați
1	Institutul de Neurologie și Neurochirurgie “Diomid Gherman”, Chișinău	127	122
2	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, Chișinău	29	25
3	Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău	223	214
4	Spitalul Ministerului Afacerilor Interne, Chișinău	12	10
5	Spitalul Internațional «Medpark», Chișinău	3	1
6	Spitalul Clinic Municipal, Bălți	6	2
	TOTAL	400	374

Designul studiului

Elaborarea designului cercetării a presupus următoarele elemente cheie:

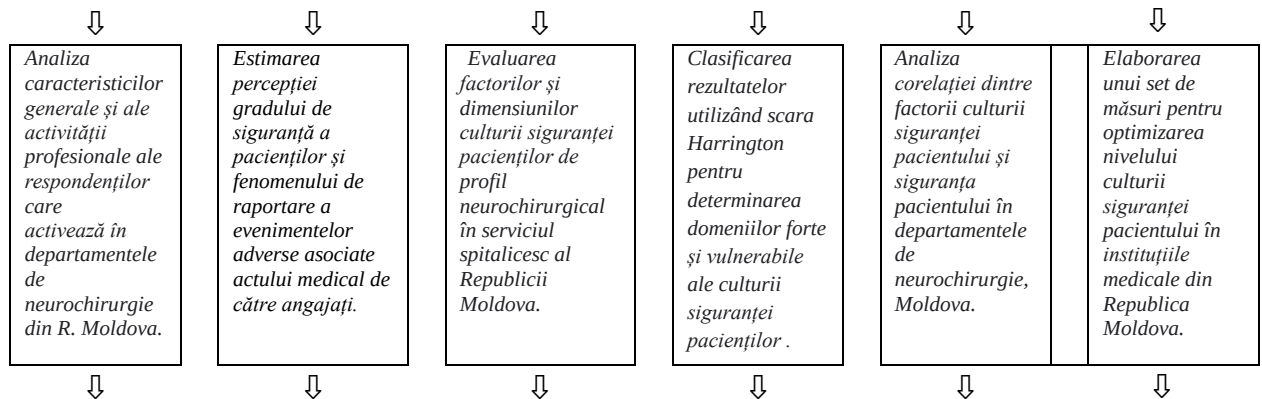
- ⇒ Determinarea scopului studiului
- ⇒ Stabilirea obiectivelor studiului
- ⇒ Identificarea și aprecierea obiectelor - instituțiilor medicale spitalicești
- ⇒ Stabilirea numărului sau cantității respondenților ce pot fi implicați în sondaj
- ⇒ Selectarea și utilizarea metodelor biostatistice pentru analiza datelor
- ⇒ Construirea bazei de date electronice
- ⇒ Prelucrarea automatizată a datelor obținute în softul specializat IBM SPSS Statistics 26
- ⇒ Descrierea rezultatelor țintă
- ⇒ Formularea concluziilor
- ⇒ Elaborarea recomandărilor de optimizare a domeniilor vulnerabile ale culturii

siguranței pacientului din departamentele de neurochirurgie

Designul studiului este prezentat în Figura 2.1.

Scopul : Evaluarea particularităților culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova pentru identificarea domeniilor forte și vulnerabile și elaborarea recomandărilor de optimizare

Objective:



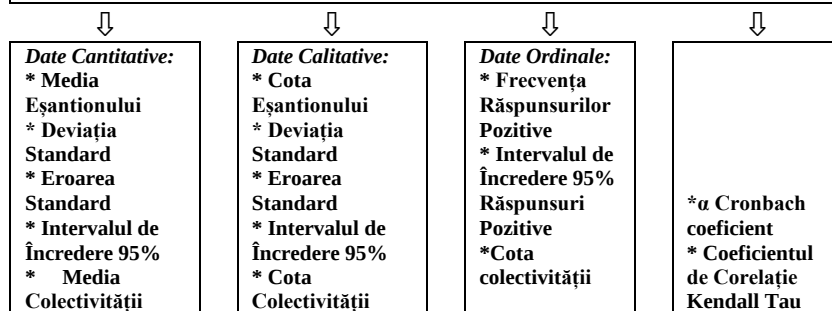
Baze Clinice:

1. Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău
2. Spitalul Clinic Republican «Timofei Moșneaga», Chișinău
3. Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău
4. Spitalul Ministerului Afacerilor Interne, Chișinău
5. Spitalul Internațional «Medpark», Chișinău
6. Spitalul Clinic Municipal, Bălți

Cantitate

345 Medici și Asistente Medicale de Profil Neurochirurgical

Metode Biostatistice



Prelucrarea Automatizată

Rezultate Țintă:

1. Caracteristica Generală a Respondentului de profil neurochirurgical.
2. Nivelul de Siguranță al Pacienților și nivelul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical în departamentele de neurochirurgie.
3. Particularitățile culturii siguranței pacienților din departamentele de neurochirurgie.
4. Domeniile forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului obținute în conformitate cu scala Harrington
5. Corelațiile semnificative dintre Cultura Siguranței și Gradul Siguranței Pacienților
6. Setul de recomandări pentru optimizarea nivelului culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din instituțiile medicale din Republica Moldova.

Fig. 2.1. Designul studiului

Studiul a fost realizat în cinci etape:

Etapa I. Definirea problemei: documentarea științifică în domeniu prin studierea literaturii științifice și metodico-didactice pe tema ce vizează cercetarea, determinarea scopului și obiectivelor studiului, determinarea lotului de studiu, elaborarea planului de cercetare.

Etapa II. Efectuarea sondajului și acumularea materialului: utilizarea chestionarului standardizat, validat la nivel internațional - "Chestionar pentru evaluarea culturii siguranței pacientului" AHRQ, înregistrarea în format electronic a datelor obținute în cadrul sondajului.

Etapa III. Analiza și prelucrarea statistică a rezultatelor obținute.

Etapa IV. Analiza rezultatelor obținute și argumentarea științifică a acestora.

Etapa V. Elaborarea concluziilor și recomandărilor.

2.2. Metodele de cercetare

În cadrul studiului au fost aplicate următoarele **metode de cercetare**: istorică, epidemiologică, sociologică, observațională, descriptivă cu elemente analitice, biostatistică. În calitate de **instrument de cercetare** a fost folosit chestionarul standardizat, **tehnicile de colectare a datelor** fiind reprezentate de:

- *tehnici directe*: consultare de rapoarte, studii și sinteze, date oficiale
- *tehnici indirecte*: îndeplinirea chestionarului
- în funcție de elementele studiate: studiu selectiv bazat pe eșantion
- în funcție de data culegerii: transversală

Metodele de tratare și analiză a datelor au cuprins:

- Analiza calitativă: bibliografică, a conținutului, comparativă
- Analiza cantitativă: analiza frecvențelor, a tendințelor, tabele, reprezentarea grafică, determinarea semnificației datelor, analiza corelațională.

Metodologia de cercetare în cadrul studiului a inclus următoarele etape:

1. Elaborarea designului studiului
2. Chestionarul și anchetarea
3. Construirea *matricei* rezultatelor de sondaj
4. Evaluarea coeficientului " α " *Cronbach*
5. Prelucrarea statistică a datelor *cantitative și de ordine*, inclusiv:
 - * valoarea medie;
 - * deviația standard;
 - * dispersia;
 - * eroarea standard.
6. Prelucrarea datelor *calitative*, inclusiv

* indicatorul de frecvență (cota);

* eroarea standard.

7. Analiza de corelație Kendall.

2.3. Metodele de prelucrare statistică a rezultatelor

Cu scopul prelucrării statistice a răspunsurilor obținute în rezultatul sondajului, datele au fost digitalizate și a fost elaborată *Matricea rezultatelor de sondaj în format Excel (Anexa 2)*. Matricea rezultatelor de sondaj a fost alcătuită și prezentată în 2 limbi: română și engleză. Acest lucru a fost efectuat cu scopul verificării corespunderii întrebărilor din limba originală (engleză) cu întrebările din limba română în care a fost efectuat acest studiu. Matricea întreagă a rezultatelor sondajului este prezentată în **Anexa 2**.

Calcularea coeficientului Cronbach “ α ”.

Coeficientul “ α ” Cronbach a fost necesar de calculat pentru a măsura nivelul *consistenței interne* a răspunsurilor respondenților implicați în studiu. Coeficientul “ α ” elaborat de cercetătorul american Cronbach în anul 1952, arată cât de strâns sunt legate răspunsurile respondenților în studiul unde a fost aplicat sondajul [104]. Coeficientul are o interpretare și semnificație calitativă conform căreia nu se admite o valoare mai mică de 0,6, cea optimă fiind considerată între 0,7 și 0,8 și foarte bună între 0,8 și 0,9. Prin intermediul calculării coeficientului “ α ” a fost argumentat nivelul de *fiabilitate* al răspunsurilor prezentate de medici, medici rezidenți și asistentele medicale din departamentele de profil neurochirurgical la întrebările chestionarului. Coeficientul Cronbach “ α ” a fost calculat din matricea răspunsurilor la 42 întrebări (**Anexa 3**).

Aprecierea rezultatului obținut al Coeficientului **Cronbach “ α ”** a fost efectuată în conformitate cu datele din tabelul 2.5. [104].

Tabelul 2.5. Aprecierea valorilor coeficientului Cronbach “ α ”

Coeficient Cronbach “ α ”	Fiabilitatea răspunsurilor respondenților
> 0,90	Excelentă
0,80 - 0,89	Bună
0,70 - 0,79	Acceptabilă
0,60 - 0,69	Discutabilă
0,50 - 0,59	Slabă

Rezultatele studiului au arătat că nivelul consistenței interne a răspunsurilor oferite de medici, rezidenți și asistente medicale a fost excelentă (“ α ” = 0,906).

Acest rezultat se argumentează prin faptul că sondajul a fost realizat de autorul studiului și pentru cercetare a fost selectat lotul de studiu de un singur profil, și anume neurochirurgical. Așadar, a fost constatat că instrumentul propus pentru evaluarea Culturii siguranței Pacienților în departamentele de neurochirurgie a fost unul adecvat și întrebările incluse în chestionar au corespuns în totalitate obiectivelor sondajului și a cercetării.

Prelucrarea parametrilor *cantitativi și de ordine*

Deoarece în studiul nostru avem scale ordinale, conform Covaci M. (2020), scalele ordinale permit ordonarea observațiilor, persoanelor, situațiilor de la mic la mare, de la simplu la complex, de la puțin la mult etc. Scalele ordinale, sunt răspândite în psihologie, deoarece valorile din acest domeniu în majoritatea lor sunt continue și simplu ordonate, ceea ce permite ca elementele să fie aranjate în ordine crescătoare, sau invers, astfel existând posibilitatea ca mai multe elemente să ocupe același loc. Numerele asociate obiectelor și fenomenelor în măsurarea de tip ordinal au doar semnificația unui rang, adică nu indică mărimi absolute. Autorul menționează că „deoarece scala ordinală nu are o unitate de măsură constantă, ea nu permite adunarea și scăderea (nu are proprietatea aditivității). În acest caz este corectă calcularea frecvențelor brute și a celor relative (a procentelor) și aplicarea procedurilor statistice non-parametrice (adică exprimate calitativ, nu prin numere): coeficientul de corelație al rangurilor Spearman, coeficientul de corelație Kendall, testele de semnificație Mann-Whitney, Wilcoxon, Kolmogorov-Smirnov etc. [105].

Respectând cerințele și instrucțiunile „Ghidului de analiză și prelucrare a datelor sondajului AHRQ”, în studiul nostru a fost calculată frecvența absolută și relativă a răspunsurilor respondenților pentru fiecare întrebare-item, procentajul răspunsurilor pozitive (PRP) ale respondenților pentru fiecare întrebare-factor și media pentru fiecare din cele douăsprezece dimensiuni. PRP reprezintă procentul respondenților care au răspuns cu „Foarte de acord”, „De acord” sau „Întotdeauna”, „Aproape întotdeauna” la întrebările formulate pozitiv sau „Foarte în dezacord” și „În dezacord” sau „Niciodată” și „Aproape Niciodată” la întrebările formulate negativ.

Pentru a putea determina domeniile forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului, rezultatele obținute au fost clasificate conform scării de dezirabilitate Harrington. Pentru noi a fost interesant de a efectua analiza de corelație dintre factorii culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță al pacientului - indicator de rezultat, apreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie. Pentru aceasta a fost utilizat coeficientul de corelație Kendall, specific utilizat în cazul variabilelor scalelor ordinale [105].

Prelucrarea matricei de răspuns, a parametrilor cantitativi și de ordine, Intervalului de Încredere 95%, calculul Coeficientului Alfa Cronbach și al Coeficientului de Rang Kendall a fost realizată cu ajutorul softul specializat IBM SPSS Statistics 26 și „Excel Microsoft 365”. Fragmentul prelucrării electronice a parametrului “Vârsta” este prezentat în tabelul 2.6.

Tabelul 2.6. Prelucrarea electronică a parametrului “Vârsta”

<i>Denumire</i>	<i>Vârsta</i>
Numărul de Respondenți N)	345
Minimum (Min)	22
Maximum (Max)	76
M e d i e	38,7
Dispersia (s^2)	154,9
Deviația standard (s)	12,4
Eroarea standard (m)	0,7

Trebuie subliniat faptul că toți parametrii *cantitativi* și *ordinali* în cercetare au fost prelucrați în același mod.

Prelucrarea rezultatelor *calitative*

Fiecare parametru *calitativ* a fost prelucrat analizând următoarele caracteristici statistice:

1. Numărul de Observații (n)
2. Frecvența parametrului – Categoria 1 (P_1) (%)
3. Frecvența parametrului – Categoria 2 (P_2) (%)
4. Eroarea standard – Categoria 1 (m_1)
5. Eroarea standard – Categoria 2 (m_2).

În rezultatul prelucrării statistice a rezultatelor obținute, frecvența respondenților de sex masculin a constituit $P_1 = 40,0 \% \pm 3,0\%$ din toți respondenții. Frecvența pacienților de sex feminin a constituit $P_2 = 60,0\% \pm 3,0\%$ din toți respondenții chestionați. *Intervalul de siguranță sau de încredere statistică* - intervalul valoric, determinat cu ajutorul erorii standard, în care s-a estimat a se afla media absolută [106].

În scopul clasificării și evaluării rezultatelor obținute a fost necesară o scara universală de apreciere a răspunsurilor pozitive. Una dintre scările universale pentru acest scop a fost elaborată și descrisă de Harrington. La baza construirii acestei funcții stă transformarea valorilor naturale ale indicatorilor specifici de diversă natura fizică și dimensiune într-o singură scară adimensională de dezirabilitate (preferință). Scala de dezirabilitate Harrington este o scară universală psihofizică verbal-numerică, care este utilizată în principal în cazurile în care evaluările de către respondenți ai parametrilor sunt subiective, în special, în timpul evaluării expertului și permite oficializarea sistemului de preferințe pe care un expert îl are. Această scară

este dată de funcția de dezirabilitate (curba dezirabilitate) Harrington, care stabilește corespunderea dintre valorile naturale ale indicatorilor la scări fizice și parametri psihofizici – evaluări lingvistice subiective ale „preferinței” ale acestor parametri pentru o funcție, obiect, sistem sau persoană [107]. Scara Harrington a fost aprobată în *activitățile practice* [108]. Rezultatele cercetării au identificat că pentru scara *verbală a răspunsurilor* (în studiul actual „răspunsurile” medicilor și asistentelor medicale) este *optimal* de utilizat *minimum 3 – maximum 6 gradații*. Folosind metode matematico-statistice, Harrington a concluzionat că pentru scara universală sunt optimele *5 gradații* (Tabelul 2.7)

Tabelul 2.7. Scara universală Harrington pentru gradații verbale

Gradații	Frecvența răspunsurilor pozitive	Caracteristica
1	0-19%	Foarte insuficientă
2	20-36%	Insuficientă
3	37-62%	Medie
4	63-79%	Înaltă
5	80-100%	Foarte înaltă

Analiza de corelație

Analiza de corelație permite stabilirea existenței unei interrelații între răspunsurile oferite de medici, rezidenți și asistentele medicale și Gradul de Siguranță a Pacienților apreciat de către respondenți, ultimul fiind considerat un indicator de rezultat.

Coeficientul de corelație are trei particularități științifice:

1. Coeficientul de corelație permite de a aprecia *puterea relației* dintre 2 fenomene .
2. Nivelul puterii coeficientului de corelație variază de la “-” 1 (minus 1) până la “+” 1 (plus 1). Interpretarea. Cu cât coeficientul de corelație este mai apropiat de “ $\pm$ ” 1, cu atât *relația* dintre fenomene este *mai puternică*. Invers, cu cât rezultatul coeficientului de corelație este *mai aproape* de «0», cu atât relația între fenomene este *mai slabă*.
3. Rezultatul coeficientului de corelație poate fi *mai mare decât* «0» și *mai mic de* «0». Dacă rezultatul coeficientului de corelație este *mai mare de* «0», atunci relația dintre aceste fenomene poate fi apreciată ca corelație *pozitivă* , dacă este *mai mică de* “0” - corelație *negativă*.

În așa mod, coeficientul de corelație:

- stabilește *legătura* dintre 2 variabile
- arată *puterea* relației (“0” - $\pm$ “1”)
- indică *direcția* relației între fenomene (*pozitivă* “+” sau *negativă* „-“).

Coeficientul de corelație poate avea valori între „-”1 și „+”1, inclusiv, cu semnificația de asociere pozitivă/negativă după semnul coeficientului și de lipsă de asociere pentru $r_{xy} = 0$.

Când valoarea coeficientului de corelație se apropie de (+1), înseamnă că între cele două fenomene ce se corelează există o legătură foarte puternică. Semnul (+) al coeficientului de corelație denotă că legătura de dependență dintre fenomene este directă. Deci, ambele fenomene evoluează în același sens: când crește un fenomen, atunci crește și fenomenul cu care se corelează.

Când valoarea coeficientului de corelație se apropie de (-1), înseamnă că între cele două fenomene există o legătură foarte puternică, dar cu direcție inversă, în sens opus: când crește un fenomen, atunci scade fenomenul cu care se corelează.

Având în vedere faptul că răspunsurile respondenților se referă la scara *ordinală*, pentru efectuarea analizei de corelație dintre factorii culturii siguranței pacienților și gradul siguranței pacienților apreciat de către angajați s-a ales coeficientul de corelație de rang Kendall [105, 109, 110]. Coeficientul de corelație pentru date neparametrice, dezvoltat de statisticianul englez Maurice Kendall în anul 1938, este considerat mai precis decât ρ Spearman în cazul variabilelor ce se situează într-un mod real la un nivel pur ordinal [109]. Coeficientul de corelație al rangurilor τ Kendall se bazează pe calculul inversiunilor și al proversiunilor și se folosește pentru variabile aflate natural la un nivel de măsură ordinal sau pentru variabile cantitative care nu îndeplinesc condițiile de aplicare a statisticilor parametrice [109]. Pragurile de semnificație statistică pentru coeficientul de corelație parțială Kendall și pragul de semnificație la diferite valori ale coeficientului de corelație a rangurilor Kendall pentru loturi de cercetare de diferite dimensiuni sunt reflectate în **Anexa 4** și **Anexa 5** [109]. Conform Gilpin Andrew (1993) este important de menționat că coeficientul de corelație Kendall Tau, care este deseori considerat ca fiind un echivalent al coeficientului Spearman Rho, ambele instrumente fiind destinate măsurării corelațiilor cu mărimi ordinale, de facto are valori metrice diferite. Autorul a elaborat un tabel de convertire a valorilor Coeficientului Kendall Tau în Spearman- Rho, Pearson- r și alți indicatori de corelație [111]. De asemenea, David Walker (2003) prezintă un program de conversie de la coeficientul Kendal Tau la alți indici de mărime a efectului, atunci când se efectuează analize corelaționale sau meta-analitice [112]. Autorul Botsch, Robert E (2009) propune următoarea clasificare pentru interpretarea puterii legăturii de corelație:

Pentru Cramer V și Kendall Tau B, C:

- mai mic de + sau - 0.10: foarte slabă
- + sau -0.10 până la 0.19: slabă
- + sau - 0.20 până la 0.29: moderată
- + sau - 0.30 sau mai mare: puternică

Pentru Corelații:

- Mai mic de + sau - 0.25: foarte slabă

- + sau -0.25 până la 0.34: slabă
- + sau - 0.35 până la 0.39: moderată
- + sau - 0.40 sau mai mare: puternică [113].

Un test al ipotezei H_0 presupune independența variabilelor studiate. Datele pentru calcularea coeficientului de corelație între factorul culturii siguranței pacientului- „Lucrul Unităților Spitalului în Mod Coordonat” (parametrul «x») și „Gradul de Siguranță al Pacientului (parametrul «y») sunt prezentate în tabelul 2.8.

Tabelul 2.8. Datele pentru calcularea coeficientului de corelație Kendall între „Lucrul Unităților în Mod Coordonat” (parametrul «x») și „Gradul de Siguranță al Pacienților (parametrul «y»)

Română: Codul Respondentului	Compartimentele lucrează în mod coordonat între ele pentru a presta cele mai bune îngrijiri pacienților	Calificați de la 1 la 10 gradul de siguranța a pacientului în unitatea Dumneavoastră
	F10	
Engleză:	Hospital units work well together to provide the best care for patients	Please give your work area/unit in this hospital an overall grade on patient safety\
Module →	9. Lucrul Unităților în Mod Coordonat. Gradul. “x”	Gradul de Siguranță al Pacientului. Gradul “y”
1	4	8
2	4	8
3	4	9
4	4	9
5	4	9
6	4	9
7	4	9
8	4	9
9	4	10
10	4	6
*** **		
340	4	9
341	2	7
342	3	4
343	4	8
344	4	7
345	4	7

Din tabelul 2.8. observăm:

«x» – este fenomenul care caracterizează „Lucrul Unităților în Mod Coordonat” (min = 1, max = 5).

«y» – este fenomenul care caracterizează „Gradul de Siguranță al Pacientului” din răspunsurile prezentate de Medici, Rezidenți și Asistente Medicale.

Presupunem că între fenomenul «x» și fenomenul «y» nu există o relație științifică (o vom numi ipoteza «0»). Pentru a dovedi ipoteza «0» este necesar de a realiza algoritmul care include 5 etape: calcularea coeficientului de corelație Kendall, determinarea tipului de corelație (pozitivă sau negativă), determinarea Semnificației coeficientului de corelație, determinarea Intervalului de Încredere de 95% pentru coeficientul de corelație Kendall, analiza rezultatului obținut. Datele obținute la calcularea coeficientului de corelație Kendall între parametrii „Lucrul Unităților Spitalului în Mod Coordonat” (parametrul «x») și „Gradul de Siguranță al Pacientului” (parametrul «y») apreciate de respondenți: Coeficientul de corelație Kendall, calculat a alcătuit $Tau = 0,309$. Coeficientul de corelație între „Lucrul Unităților în Mod Coordonat” și „Gradul de Siguranță a Pacienților” a arătat un rezultat pozitiv – «+». Semnificația coeficientului de corelație Kendall a constituit $P < 0,001$. Intervalul de încredere de 95% pentru coeficientul de corelație Kendall a fost $t_{min} = 0,219$ și $t_{max} = 0,373$. Analiza rezultatului a arătat că: a fost descoperită corelația între fenomenul „Lucrul Unităților în Mod Coordonat,” și fenomenul „Gradul de Siguranță al Pacienților”, coeficientul de corelație a fost $t = «+» 0,309$, coeficientul de corelație a fost semnificativ cu probabilitate 99,9% ($p < 0,001$), corelația obținută a arătat, că cu cât mai mult Lucrează Unitățile în Mod Coordonat cu atât mai înalt este gradul de Siguranță al Pacienților. Rezultatul studiului poate fi extrapolat la colectivitatea generală, adică la toți respondenții de profil neurochirurgical din Republica Moldova. Menționăm, că rezultatul extrapolat la colectivitatea generală va fi corect cu probabilitatea de 99,9 ori din 100 ($p < 0,001$).

2.4. Sinteza capitolului 2

Pentru studierea culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie ale instituțiilor spitalicești din Republica Moldova a fost aleasă metoda studiului observațional, descriptiv, selectiv, transversal, care a inclus 345 de angajați ai departamentelor de neurochirurgie din instituțiile medicale participante la studiu.

Protocolul cercetării a fost aprobat de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF ”Nicolae Testemițanu”. Toți participanții în studiu au aprobat participarea în studiu prin consemnare în acord informat. Pentru efectuarea cercetării a fost utilizat instrumentul de cercetare standardizat “Chestionar privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” AHRQ, elaborat în SUA și validat la nivel internațional.

Metodologia de cercetare, descrisă în capitolul 2, a permis de a proiecta „Caracteristica generală a respondenților” din mediul lucrătorilor medicali din departamentele de neurochirurgie, care include descrierea particularităților demografice și de activitate profesională

ale respondenților. Metodele de cercetare selectate au permis determinarea particularităților culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie cu identificarea domeniilor forte și vulnerabile, ce necesită elaborarea de măsuri prompte pentru a fi optimizate. Analiza de corelație între cultura siguranței pacientului și gradul de siguranță a pacientului din departamentele de neurochirurgie apreciat de către angajați, a permis identificarea legăturilor semnificative între acestea, direcției și puterii corelației. Luând în considerare obiectivele proiectate și centrate pe realizarea sarcinilor propuse, pentru analiza rezultatelor cercetării au fost aplicate instrumente moderne de prelucrare statistică a datelor obținute. A fost utilizat softul IBM SPSS, versiunea 26 pentru stocarea și analiza datelor obținute. Metodele de cercetare și prelucrare statistică selectate au permis obținerea unor rezultate argumentate, care caracterizează particularitățile culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie cu extrapolarea lor la colectivitatea generală.

3. CARACTERISTICA GENERALĂ A RESPONDENȚILOR

3.1. Determinarea caracteristicilor generale demografice și de activitate profesională ale respondenților care activează în departamentele de neurochirurgie în serviciul spitalicesc din Republica Moldova

Caracteristica generală a respondentului din departamentele de neurochirurgie ale instituțiilor medicale spitalicești implicate în studiu a fost proiectată pe baza a 19 variabile ale „Chestionarului privind cultura siguranței pacientului în spitale” AHRQ.

Rezultatele cercetării au arătat că cota-parte a respondenților de sex feminin a constituit 60,0% (ÎI 95% [54,8-64,9]), iar a celor de sex masculin 40,0% (ÎI 95% [35,1-45,2]) (Figura 3.1). Analiza rezultatelor a relevat faptul că în secțiile spitalicești de profil neurochirurgical, în mod tradițional, activează mai multe femei în comparație cu numărul de bărbați. În general, printre angajații din departamentele de anesteziologie și reanimare, precum și neurochirurgie prevalează asistentele medicale de sex feminin. Toate acestea explică faptul că majoritatea respondenților din studiu au fost femei.

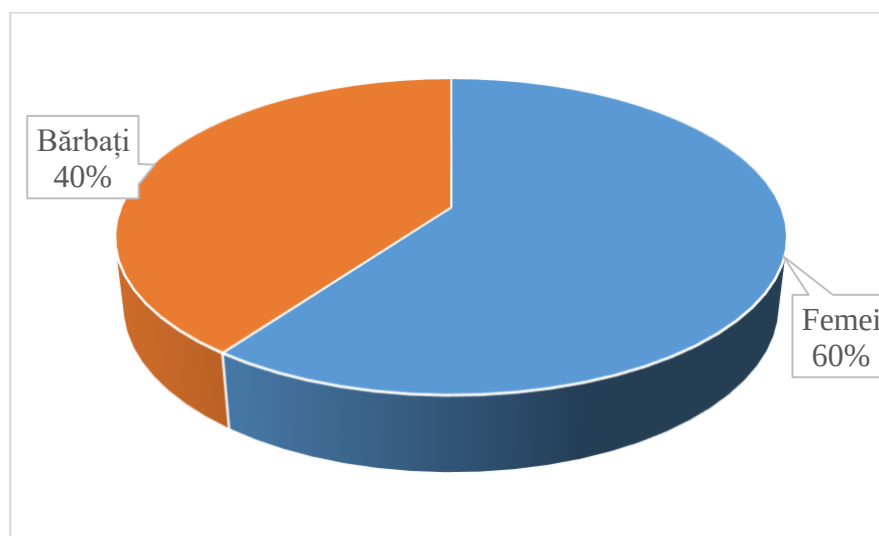


Fig. 3.1. Structura respondenților în funcție de sex, %

Vârsta medie a respondenților participanți la studiu este de $38,7 \pm 0,67$ (ÎI 95% [37,4-40,1]) ani cu valoarea minimă de 22 de ani și valoarea maximă de 76 de ani.

Rezultatele cercetării au arătat că cel mai extins grup de vârstă este de 20-29 de ani – 107 (31,0%; ÎI 95% [26,1-35,7]) respondenți. Pe locul al doilea s-au aflat respondenții cu vârsta cuprinsă între 30 și 39 de ani - 92 (26,7%; ÎI 95% [21,5-31,3]) persoane. De la 40 la 49 ani au fost 70 (20,3%; ÎI 95% [15,9-24,6]) de respondenți (Figura 3.2).

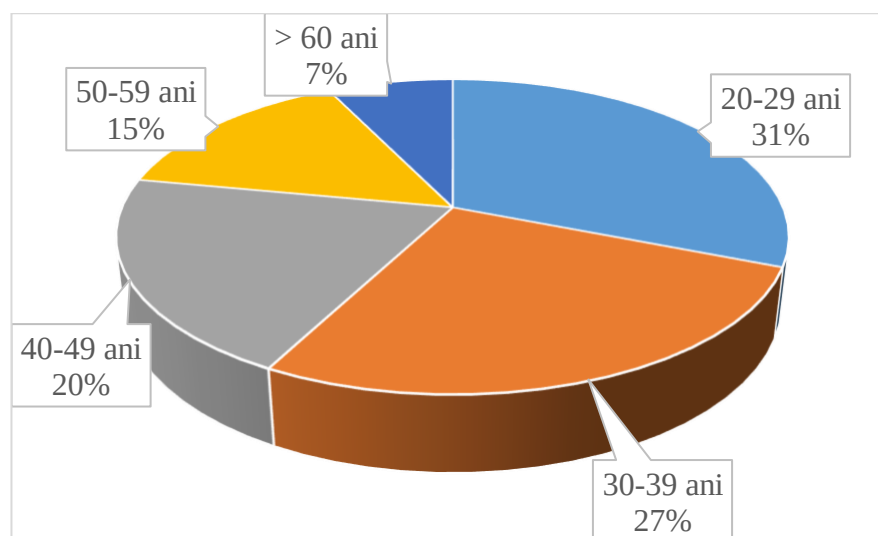


Fig. 3.2. Structura respondenților în funcție de grupul de vârstă, %

După cum au arătat rezultatele cercetării, 95,4% (ÎI 95% [93,1-97,6]) dintre respondenți aveau vârsta activă, adică vârsta aptă de muncă. De vârstă pensionară au fost mai puțini respondenți - 4,6% (ÎI 95% [2,4-6,9]).

Rezultatele cercetării au arătat că 332 (96,2%; ÎI 95% [94,2-98,2]) dintre respondenți își desfășoară activitatea în instituții medicale spitalicești de nivel național (Tabelul. 3.1).

Tabelul 3.1. Repartizarea respondenților în funcție de locul de muncă

Nr d/o	Denumire	Nivelul prestării serviciilor	Abs.	P, %	ÎI 95%
1.	Institutul de Medicină Urgentă	Național	189	54,8	49,3-60,3
2.	Institutul de Neurologie și Neurochirurgie	Național	118	34,2	29,3-40,0
3.	Spitalul Clinic Republican	Național	25	7,2	4,6-10,1
4.	Spitalul Ministerului Afacerilor Interne	Specializat	10	2,9	1,2-4,6
5.	Spitalul Clinic din Bălți	Municipal	2	0,6	0,0-1,4
6.	Spitalul „MEDPARK”	Internațional	1	0,3	0,0-0,9

Rezultatele studiului au arătat că 173 (50,1%; ÎI 95% [44,6-55,1]) de respondenți activează în secțiile de neurochirurgie, iar 172 (49,9%; ÎI 95% [44,9-55,4]) activează în secțiile de reanimare și anesteziologie.

Vechimea medie de muncă a participanților la studiu este de $16,0 \pm 0,70$ (ÎI 95% [14,8-17,4]) ani, cu valoarea minimă de 1 an și maximă de 51 de ani.

În cadrul repartizării respondenților pe intervale de ani de vechime de muncă în spital, s-a dovedit că o treime dintre aceștia au vechimea de muncă în acest spital de 1-5 ani - 109 (31,6%; ÎI 95% [27,0-36,5]) persoane, iar altă treime are 21 și mai mulți ani de vechime de muncă - 122 (35,4%; ÎI 95% [30,1-40,6]) persoane (Figura 3.3).

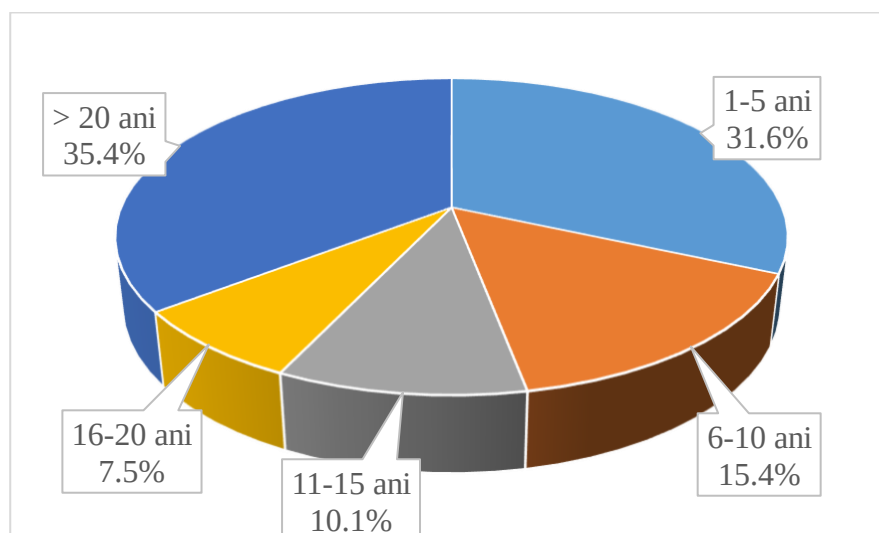


Fig. 3.3. Structura respondenților în funcție de vechimea în muncă în spital, %

Valoarea medie a vechimii în muncă pe specialitate constituie $13,3 \pm 0,6$ (ÎI 95% [12,1-14,6]) ani, fiind atestată o diferență statistic semnificativă față de valoarea medie a vechimii în muncă ($t=7,014$; $gl=344$; $p<0,001$). O treime dintre participanții la studiu au vechimea pe specialitate de la 1 la 5 ani – 129 (37,4%; ÎI 95% [32,8-42,3]) respondenți, frecvența următoare revenind lucrătorilor medicali cu peste 20 de ani de vechime pe specialitate – 90 (26,1%; ÎI 95% [21,7-31,0]) persoane (Figura 3.4).

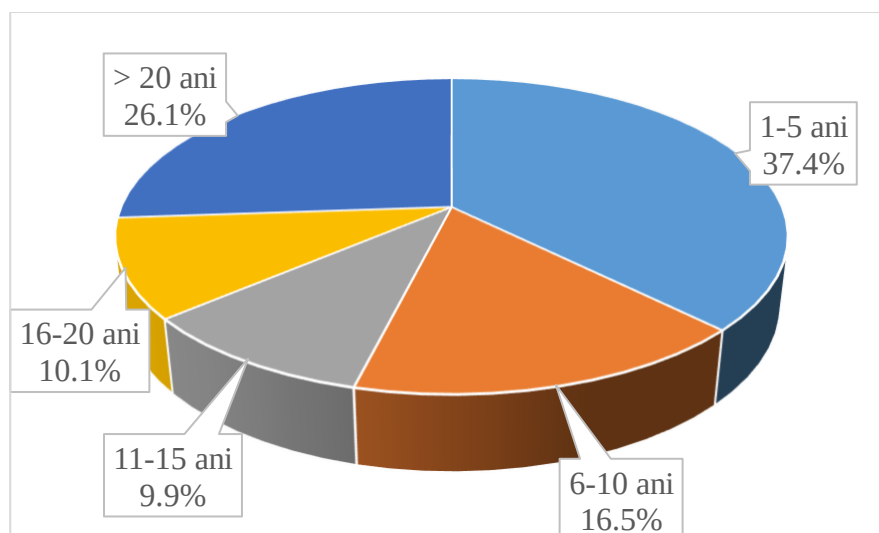


Fig. 3.4. Structura respondenților în funcție de vechimea în muncă pe specialitate, %

S-a stabilit că 73,9% (ÎI 95% [69,3-78,5]) dintre respondenți au avut vechimea în specialitate de la 1 la 20 ani. 26,1 % de respondenți au avut vechimea în muncă pe specialitate 21 ani și mai mult.

Valoarea medie a vechimii în muncă în secția spitalului, în care activează în prezent, a respondenților din studiu este egală cu $12,5 \pm 0,59$ (ÎI 95% [11,3-13,7]) ani, fiind observată o diferență statistic semnificativă cu vechimea în specialitate ($t=3,788$; $gl=344$; $p<0,001$). În cadrul analizei vechimii în muncă în secția actuală, la fel ca și variabilele precedente, s-a stabilit că cea mai mare cotă dintre respondenți lucrează de la 1 la 5 ani în secția sau departamentul curent – 133 (38,6%; ÎI 95% [33,3-43,8]) (Figura 3.5).

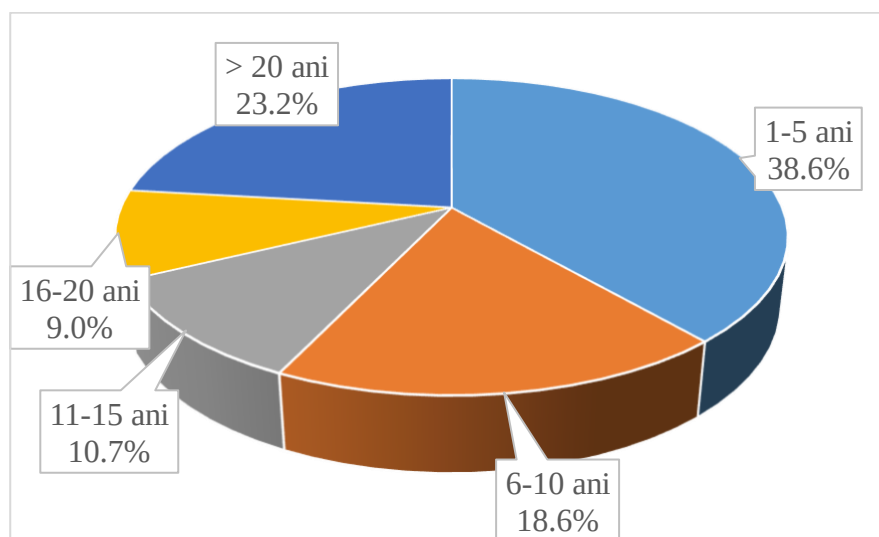


Fig. 3.5. Structura respondenților în funcție de vechimea în muncă în secția actuală, %

A fost stabilit că 76,8% (ÎI 95% [72,4-81,3]) dintre respondenți au avut vechimea în secția în care activează în prezent de la 1 la 20 ani.

Conform Codului Muncii al Republicii Moldova săptămână de muncă a medicilor și a asistentelor medicale este de 35 de ore. Rezultatele studiului au arătat că doar fiecare al cincilea respondent (20,9%; ÎI 95% [16,8-25,5]) lucrează în conformitate cu normele prevăzute de Codul Muncii. Majoritatea dintre respondenți lucrează mai mult de 39 de ore pe săptămână – 270 (78,3%; ÎI 95% [73,9-82,6]) persoane. Motivul principal pentru suprasolicitarea orelor de muncă a fost creșterea veniturilor salariale din orele suplimentar lucrate. Medicii și asistentele medicale lucrează de 1,5 sau 1,75 ori mai mult decât postul prevăzut în spital sau departamentul clinic. Majoritatea respondenților lucrează între 40 și 76 de ore pe săptămână. Participanții la studiu lucrează în mediu $49,7 \pm 0,76$ (ÎI 95% [48,2-51,1]) ore cu valoarea minimă de 12 ore și maximă de 100 de ore, ce depășește cu mult normativele în vigoare. Aproximativ jumătate dintre respondenți lucrează între 40-59 de ore pe săptămână – 172 (49,9%; ÎI 95% [44,6-55,4]) persoane.

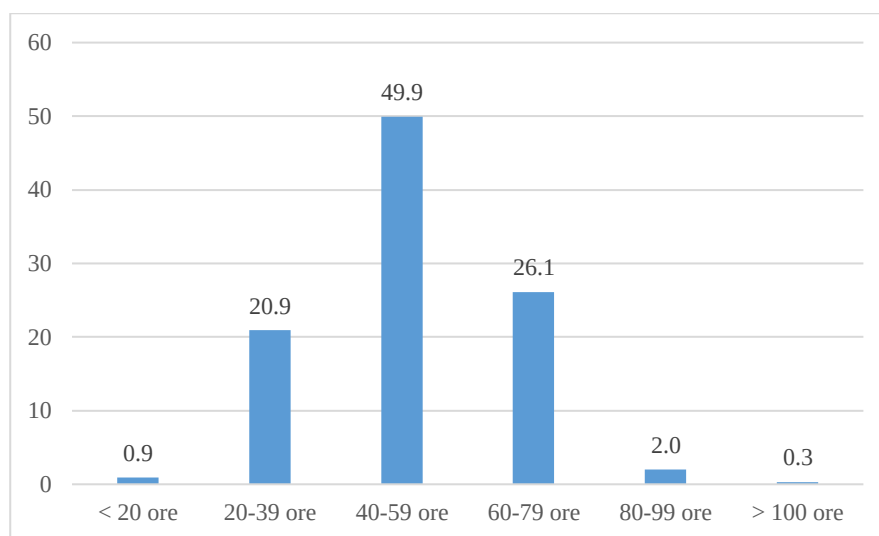


Fig. 3.6. Repartizarea respondenților în funcție de orele lucrate pe săptămână, %

Pentru a evalua dacă există o legătură între numărul exagerat de ore lucrate de către angajați și gradul de siguranță al pacientului a fost efectuată analiza de corelație dintre cantitatea orelor lucrate timp de o săptămână și gradul de siguranță al pacienților. Analiza de corelație nu a evidențiat o relație semnificativă, aceasta fiind inversă și statistic nesemnificativă ($r_{xy}=-0,019$, $p=0,722$). Acest lucru ne permite să concluzionăm că numărul exagerat de ore lucrate de către angajații departamentelor de neurochirurgie timp de o săptămână și durata săptămânii de lucru a medicilor și a asistenților medicali nu are un impact semnificativ asupra siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc. Prin urmare, intensitatea muncii personalului medical nu influențează gradul de siguranță al pacienților.

Rezultatele studiului au arătat că absolut toți 100% de respondenți au avut contact direct cu pacienții, ceea ce semnifică că toți respondenții participa direct în acordarea asistenței medicale pacienților de profil neurochirurgical. Acest rezultat demonstrează faptul că răspunsurile care au fost obținute sunt de la practicieni care lucrează nemijlocit cu bolnavii în fiecare zi.

Rezultatele cercetării au arătat, că nu există diferență între vechimea în muncă a respondenților în funcție de secția în care își desfășoară activitatea profesională. Participanții activează în secția de neurochirurgie $13,4 \pm 0,8$ (ÎI 95% [11,8-15,11]) ani, iar în secția de anesteziologie și reanimare $11,6 \pm 0,8$ (ÎI 95% [9,9-13,3]) ani, ($F=0,243$, $p=0,117$). Astfel, s-a dovedit științific că vechimea de muncă a neurochirurgilor nu este semnificativ mai mare decât vechimea de muncă a anesteziologilor-reanimatologilor (Figura 3.7).

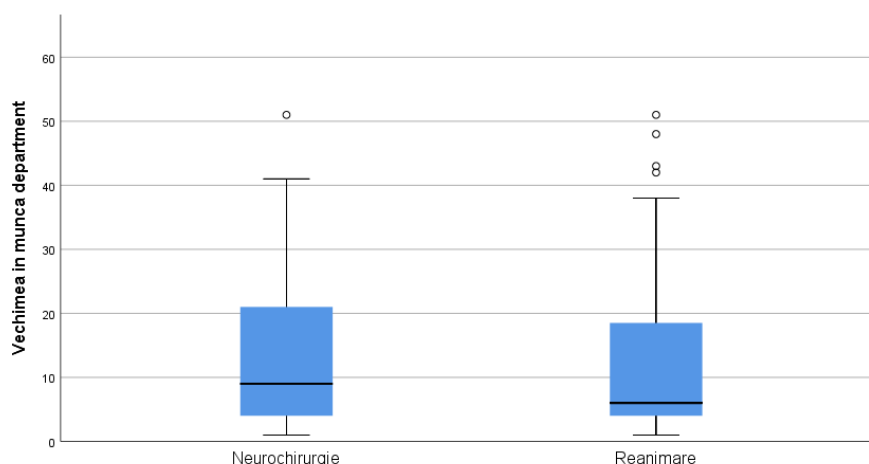


Fig. 3.7. Vechimea în muncă a respondenților în funcție de secție, ani

Studiind apartenența respondenților în funcție de postul ocupat, rezultatele cercetării au arătat că jumătate dintre participanții la studiu sunt asistente medicale 49,9% (ÎI 95% [44,6-55,4]) (Tabelul. 3.2). Fiecare al treilea respondent (35,9%; ÎI 95% [30,7-40,9]) este pe post de medic. Unul din șapte respondenți (14,2%; ÎI 95% [10,7-17,7]) este medic rezident.

Tabelul 3.2. Repartizarea respondenților în funcție de postul ocupat în secție

Nr.	Funcție	Abs.	P, %	ÎI 95%
1.	Asistent medical	172	49,9	44,6-55,4
2.	Medic	124	35,9	30,7-40,9
3.	Medic rezident	49	14,2	10,7-17,7

Astfel, din numărul total de respondenți, 49,9% (ÎI 95% [44,6-55,4]) ocupă postul de asistent medical.

3.2. Evaluarea percepției respondenților despre siguranța pacientului, comunicare și procesul de raportare a evenimentelor adverse asociate actului medical

Pentru o comunicare eficientă este foarte important ca mesajul sau informația emisă de către vorbitor să fie înțeleasă corect de cel căruia i-a fost adresată. În cazul când vorbitorul mesajului nu primește feedback care să confirme înțelegerea mesajului de către receptor, atunci comunicarea ori nu a avut loc, ori mesajul nu a fost înțeles. Cu toate acestea în multe instituții medicale se practică transmiterea de mesaje către personalul medical sau către pacienți fără primirea nici unui feedback, care să indice că cel ce recepționează mesajul l-a și înțeles.

În cadrul cercetării au fost studiate particularitățile culturii siguranței pacientului ce țin de comunicarea, transmiterea și percepția de către personalul medical și al pacienților a informațiilor verbale și scrise cu privire la tratamentul ce urmează a fi administrat, examinări, investigații diagnostice și alte tipuri de asistență medicală necesare de efectuat, îngrijiri medicale sau proceduri de realizat. Printre întrebările acestui compartiment a fost întrebarea: „Când se primesc ordine verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat personalul care le primește, repetă cu voce tare celui care le emite, pentru a se asigura că au fost bine înțelese”.

Autorii chestionarului au recomandat combinarea răspunsurilor în 3 clase: pozitiv, negativ și neutru. Răspunsurile „pozitive” au inclus 2 opțiuni de răspuns: „Întotdeauna” și „Aproape întotdeauna”. Răspunsurile „negative” au inclus de asemenea două opțiuni de răspuns: „Niciodată” și „Aproape niciodată”. Răspunsurile „neutre” nu au fost incluse de autori pentru analiza rezultatelor studiului (Tabelul. 3.3).

Tabelul 3.3. Transmiterea și înțelegerea ordinelor verbale privind tratamentul și îngrijirile medicale între personalul medical

Gradul	Răspunsul	Abs.	Tip răspunsului	Abs.	%	ÎI 95%
„5”	Întotdeauna	70	Pozitiv	163	47,2	42,0-52,5
„4”	Aproape întotdeauna	93				
„3”	Uneori	96	Neutru	Nu este recomandat pentru analiză		
„2”	Aproape niciodată	31	Negativ	89	24,9	21,2-30,4
„1”	Niciodată	55				
Total		345		252	72,2	68,4-77,7

Din toate categoriile de răspunsuri, au fost selectate doar răspunsurile pozitive cu gradul „5” (Întotdeauna) și cu gradul „4” (Aproape întotdeauna), care constituie 47,2% (ÎI 95% [42,0-52,5]). Așadar, rezultă că 47,2 % de respondenți „repetă cu voce tare celui care le emite ordinele verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat pentru a se asigura ca au fost bine înțelese”.

În studiul actual au fost analizate și informații adiționale specifice siguranței pacientului privind circuitul informației în secția/departamentul în care activează participanții (Tabelul. 3.4.).

Tabelul 3.4. Informații despre siguranța pacientului în departamentul de neurochirurgie

Nr.	Întrebare	Frecvența răspunsurilor pozitive		
		Abs.	%	ÎI 95 %
13	Când se primesc ordine verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat, personalul care le primește, repetă cu voce tare celui care le emite, pentru a se asigura că au fost bine înțelese.	163	47,3	42,9-52,6
14.	Se elaborează informări sau rezumate de istorii clinice din memorie, fără a avea în față toată documentația (analize, investigații imagistice, medicația administrată, etc.).	210	60,9	55,7-66,0
15.	Când se primesc ordine verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat, personalul care le primește, le notează în documentul clinic corespunzător.	271	78,6	74,2-82,9
16.	Înainte de realiza o nouă prescriere, se revizuieste lista cu medicamentele pe care le ia pacientul.	320	92,8	90,0-95,5
17.	Toate schimbările de medicație sunt comunicate în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați în îngrijirile pacientului.	309	89,6	86,3-92,8
18.	Orice informație care ar putea afecta diagnosticul pacientului este comunicată în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați în îngrijirile acordate pacientului.	286	82,9	78,9-86,9
19.	Înainte de a se semna consimțământul informat, se cere pacientului sau reprezentantului acestuia să repete ce a înțeles din explicațiile primite asupra posibilelor riscuri și complicații ale intervenției, explorării sau tratamentului implicat.	125	36,2	31,2-41,3

În cadrul studiului a fost analizată experiența elaborării de către respondenți a rezumatelor de istorii clinice din memorie, fără a avea în față toată informația despre îngrijirile medicale primite de către acesta. Frecvența rezultatelor pozitive, care poate fi considerată în termenii „Nu au fost elaborate istorii clinice din memorie de către Respondenți ” a fost de 60,9% (ÎI 95% [55,7-60,9]).

În rezultatul cercetării a fost constatat ca frecvența de notare a ordinelor verbale primite în documentul clinic corespunzător de către personalul medical implicat în acordarea asistenței medicale pacientului a constituit 78,6% (ÎI 95% [74,2-82,9]).

Rezultatele studiului au evidențiat faptul că 93 de respondenți din 100 efectuează revizuirea listei cu medicamente pe care le administrează pacientul înainte de realiza o nouă prescriere de tratament (ÎI 95% [90,0-95,5]).

Analiza răspunsurilor primite în cadrul sondajului a arătat că 89,6% (ÎI 95% [86,3-92,8]) dintre respondenți comunică eficient în mod clar și rapid despre toate schimbările de medicație tuturor profesioniștilor implicați în acordarea îngrijirilor medicale pacientului.

Rezultatele cercetării au arătat că 83 respondenți din 100 comunică orice informație care ar putea afecta diagnosticul pacientului în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați în îngrijirile acordate pacientului (ÎI 95% [78,9-86,9]) ceea ce constituie un element forte pentru siguranța pacienților.

Studiul a elucidat faptul că 36,2% (ÎI 95% [31,2-41,3]) dintre respondenți înainte de a semna consimțământul informat solicită pacientului sau reprezentantului acestuia să repete cu voce tare ce a înțeles din explicațiile primite asupra posibilelor riscuri și complicații ale intervenției, investigației sau tratamentului implicat.

Pentru a da apreciere rezultatelor descrise mai sus a fost utilizată clasificarea conform scării Harrington.

Pentru o mai bună înțelegere a fiecărei variabile de la 13 la 19, au fost atribuite *cuvinte cheie*, inclusiv:

- ✓ variabilă 13 „Comunicarea ordinelor verbale”
- ✓ variabilă 14 „Nu elaborează rezumate din memorie”
- ✓ variabilă 15 „Înregistrarea scrisă a ordinelor verbale”
- ✓ variabilă 16 „Revizuirea prescripțiilor medicamentelor”
- ✓ variabilă 17 „Comunicarea schimbărilor de medicație”
- ✓ variabilă 18 „Comunicarea informației ce ar afecta diagnosticul”
- ✓ variabilă 19 „Consimțământul informat al pacientului”.

Rezultatele aprecierii variabilelor sunt prezentate în tabelul 3.5.

Tabelul 3.5. Ierarhia variabilelor în conformitate cu scara Harrington

Nr. d/o	Denumire	Cuvântul-cheie	Rezultate le studiului, %	Nivelul siguranței pacientului conform scarii Harrington
1.	Variabila 16	„Revizuirea prescripțiilor medicamentelor”	92,8	Foarte înalt
2.	Variabila 17	„Comunicarea schimbărilor de medicație”	89,6	Foarte înalt
3.	Variabila 18	„Comunicarea informației ce ar afecta diagnosticul ”	82,9	Foarte înalt
4.	Variabila 15	„Înregistrarea scrisă a ordinelor verbale”	78,6	Înalt
5.	Variabila 14	„Nu elaborează rezumate din memorie”	60,9	Înalt
6.	Variabila 13	„Comunicarea ordinelor verbale”	47,2	Mediu
7.	Variabila 19	„Consimțământul informat al pacientului”	36,5	Mediu

Este important de menționat că două variabile ale acestui compartiment merită atenție specială: „Comunicarea ordinelor verbale” (variabila 13) și „Consimțământul informat al Pacientului” (variabilă 9).

După cum au arătat rezultatele studiului, din 10 respondenți doar 5 (47,3%) repetă cu voce tare celui care le emite ordinele verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat pacientului, pentru a se asigura că au fost bine înțelese.

În același timp, din 10 doar 4 Pacienți (36,4%) repetă ce a înțeles din explicațiile primite asupra posibilelor riscuri și complicații ale intervenției, investigației sau tratamentului implicat înainte de a semna consimțământul informat.

În conformitate cu scara Harrington variabilele „Comunicarea ordinelor verbale” și „Acordul informat al pacientului” au obținut nivelul „Mediu”. În același timp, trebuie menționat faptul ca aceștia sunt indicatorii cu cele mai mici estimări care caracterizează activitatea respondenților. În esență, aceste două rezultate obținute sunt cele mai slabe verigi în activitatea personalului medical implicat în acordarea asistenței medicale pacienților de profil neurochirurgical în staționar.

Studiul prezent a făcut posibilă calificarea globală a Gradului de siguranță al pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc. În acest sens, ne-am ghidat de standardul internațional pentru evaluarea gradului de siguranță a pacienților utilizând Scara gradațiilor standardului internațional conform căreia gradul minim de siguranță este apreciat cu 1 punct, iar gradul maxim cu 10 puncte. Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul 3.6.

Tabelul 3.6. Gradul/ nivelul de siguranță al pacienților conform standardului internațional aprobat de AHRQ

Gradul Siguranței Pacienților	Frecvența răspunsurilor			Nivelul siguranței pacienților
	Abs.	%	ÎI 95%	
10-9	135	39,1	33,9-44,1	Excelent
8-7	151	43,8	38,6-48,0	Foarte bun
6-5	44	12,8	9,3-16,5	Acceptabil
4-3	11	3,2	1,4-5,2	Scăzut
2-1	4	1,2	0,3-2,3	Extrem de scăzut

Gradul minim de siguranță al pacientului este de 1 punct. Cel mai mare scor constituie 10 puncte. Cel mai frecvent participanții la studiu au apreciat gradul de siguranță al pacientului cu 7 sau 8 puncte – 151 (43,8%; ÎI 95% [38,6-48,0]) cazuri, ceea ce corespunde nivelului „foarte bun” de siguranță al pacientului. Pe locul doi se afla aprecierea cu 9 sau 10 puncte – 135 (39,1%; ÎI 95% [33,9-44,1]) cazuri, ceea ce corespunde nivelului „excelent” al siguranței pacientului. 12,8% (ÎI 95% [9,3-16,5]) din respondenți au apreciat gradul de siguranță al pacientului cu 5 și 6 puncte, ceea ce corespunde nivelului „acceptabil” al siguranței pacientului.

În cadrul chestionării a fost apreciat și gradul de siguranță al pacientului în dependență de postul ocupat în secție de către respondent. Rezultatele obținute au arătat că cel mai mare rating pentru siguranța pacienților a fost acordat de către medicii rezidenți. Aceștia au acordat 8,2 puncte din 10 pentru siguranța pacienților, ceea ce corespunde unui nivel „foarte bun”. Scorul medicilor a fost ceva mai mic (7,8 puncte din 10), dar care, la fel, corespunde unui nivel „foarte bun”. Cel mai mic scor pentru siguranța pacienților a fost acordat de asistentele medicale (7,7 din 10 puncte), ceea ce se încadrează într-un nivel „foarte bun” (Tabelul 3.7.).

Tabelul 3.7. Gradul siguranței pacienților în dependență de postul respondentului

Nr d/o	Postul	Numărul respondenți	Gradul siguranței pacienților		Nivelul siguranței pacienților
			Scorul	ÎI 95%	
1	Rezidenți	49	8,2	7,9-8,5	Foarte bun
2	Medici	124	7,8	7,6-8,0	Foarte bun
3	Asistente medicale	172	7,7	7,5-7,9	Foarte bun
	Total	345	7,8	7,6-8,0	Foarte bun

Scorul general pentru siguranța pacienților a fost de 7,8 din 10 puncte, din care putem concluziona că este un nivel „foarte bun”. Astfel, conform standardului internațional, evaluarea generală a siguranței pacienților de profil neurochirurgical în instituțiile medicale spitalicești a fost apreciată ca fiind „foarte bună”. În ce privește evaluarea gradului de siguranță a pacientului de către respondenți în funcție de postul ocupat în cadrul instituției medicale, rezidenții și medicii au avut o evaluare mai înaltă a gradului de siguranță decât asistentele medicale (Figura 3.8.). Diferențele în calificativul acordat au determinat o diferență statistic semnificativă în funcție de poziția participanților ($\chi^2=20,056$; $gl=8$; $p=0,010$).

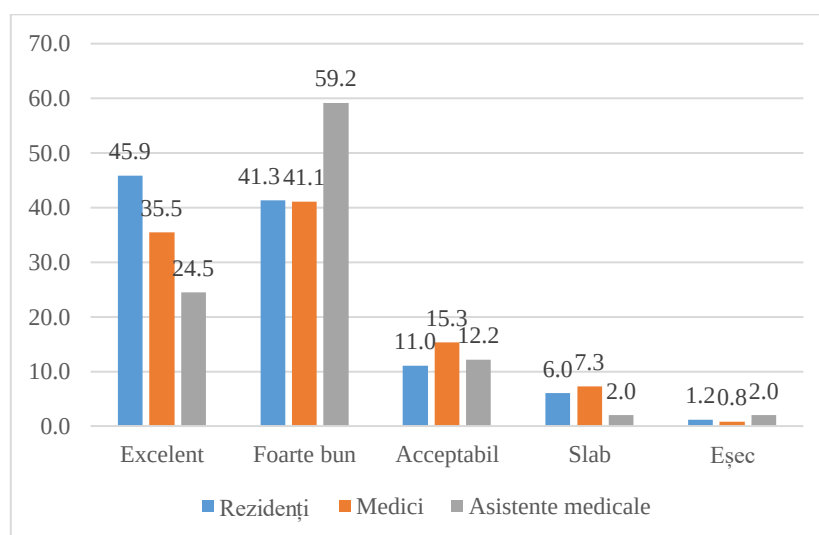


Fig. 3.8. Calificativele privind gradul de siguranță a pacienților în funcție de postul respondenților, %

În cadrul studiului a fost determinat nivelul de siguranță a pacienților și în funcție de specialitatea respondenților (Tabelul 3.8.).

Tabelul 3.8. Gradul siguranței pacienților în funcție de specialitatea respondenților

Nr d/o	Specialitatea	Numărul de respondenți	Gradul siguranței pacienților		Nivelul siguranței pacienților
			Scorul	ÎI 95%	
1	Neurochirurgie	172	8,0	7,8-8,2	Foarte bun
2	Anesteziologie-reanimare	173	7,7	7,4-7,9	Foarte bun
	Total	345	7,8	7,6-8,0	Foarte bun

Conform rezultatelor obținute, s-a constatat că personalul ce activează în secțiile de neurochirurgie au dat o apreciere mai înaltă siguranței pacienților (8,0 puncte din 10). Acest rezultat, conform standardului internațional, semnifică un nivel „foarte bun” de siguranță a pacienților. Toate calificativele atribuite de personalul medical ce activează în secțiile de neurochirurgie și anestezie-reanimare sunt prezentate în Figura 3.9.

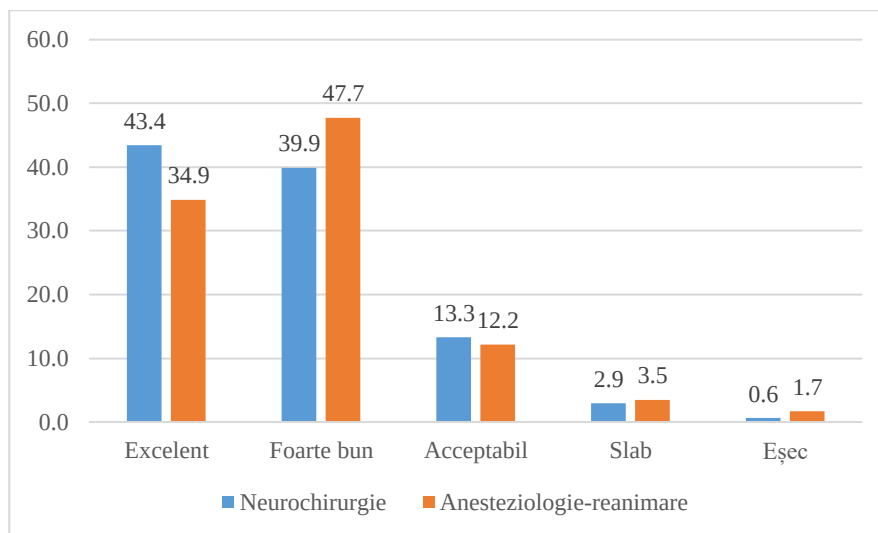


Fig. 3.9. Calificativele privind gradul de siguranță a pacienților în funcție de specialitatea respondenților, %

Specialiștii în anestezie și reanimare au evaluat siguranța pacienților puțin mai scăzută (7,8 din 10 puncte). Și acest rezultat conform clasificării internaționale poate fi apreciat ca fiind „foarte bun”. Astfel, conform standardului internațional, siguranța pacienților de profil neurochirurgical a fost aprecierea de către specialiștii în domeniul neurochirurgiei și anesteziei-reanimare ca fiind „foarte bună”. Între calificativele acordate gradului de siguranță a pacienților în funcție de specialitatea practică de respondenți diferență statistic semnificativă nu se atestă ($\chi^2=3,965$; $gl=4$; $p=0,411$).

Un alt aspect al culturii siguranței pacientului de profil neurochirurgical care a fost investigat cu ajutorul sondajului a fost fenomenul de raportare a incidentelor și evenimentelor adverse asociate actului medical- acesta constituind un indicator de rezultat. Analizând datele obținute la indicatorul de rezultat și anume la întrebarea “În ultimul an, câte incidente ați raportat în scris?”, marea majoritate a respondenților au răspuns că nu au raportat în scris nici un incident pe parcursul ultimului an de activitate— 313 (90,7%; ÎI 95% [87,5-93,6]) persoane (Figura 3.10).

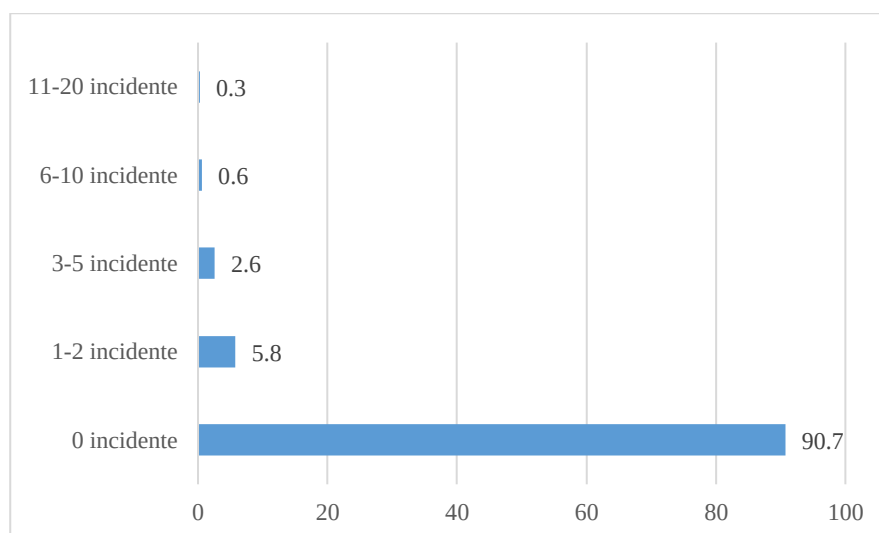


Figura 3.10. Frecvența incidentelor raportate în scris în ultimul an de către participanții la studiu, %

Așadar, 90,7% dintre respondenții implicați în studiu nu au raportat în scris incidente asociate actului medical în ultimele douăsprezece luni de activitate. Analiza a arătat că neurochirurgii și asistente medicale preferă să soluționeze problemele de sine-stătător, rapid și fără a elabora rapoarte oficiale în formă scrisă către managementul superior ierarhic. Acest lucru se datorează faptului că personal medical acordă mai multă atenție acțiunilor prompte, decât rapoartelor scrise care necesită mai mult timp. Pe de altă parte acest indicator denotă fenomenul de sub raportare a evenimentelor asociate actului medical în departamentele de neurochirurgie implicate în studiu din motiv că nu există un sistem centralizat confidențial de raportare a evenimentelor adverse, personalul nu posedă cunoștințe suficiente în acest domeniu și există frica de a nu fi blamat.

În rezultatul sondajului a 345 de medici, rezidenți și asistenți medicali ce acordă asistență medicală pacientului de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc a fost proiectată „Caracteristica generală a respondentului” ce prezintă particularitățile demografice și ale activității profesionale ale acestuia (Tabelul. 3.9.).

Caracteristica generală a respondentului a fost proiectată pe bază de 3 criterii:

1. A fost elaborată pe baza *Chestionarului Internațional Standardizat*
2. A inclus prelucrarea *științifică cu pronosticul exact pentru colectivitatea generală*
3. A fost extrapolată prin intervalul de încredere la colectivitatea generală.

Tabelul 3.9. Caracteristica generală a respondentului de profil neurochirurgical

Nr.	Variabila	Rezultatul studiului	Probabilitatea pronosticului exact în raport cu colectivitatea generală „p”	IÎ 95%	Caracteristică verbală
1.	Genul	60,0	$p_{0,001} = 3,1130$	54,8-64,9	femeie
2.	Poziția	49,9	$p_{0,01} = 2,3368$	44,6-55,4	asistentă medicală
3.	Vârsta, ani	38,7	$p_{0,05} = 1,6491$	37,4-40,1	apt pentru muncă
4.	Nivelul de acordare a serviciilor	96,2	$p_{0,025} = 1,9666$	94,2-98,2	național
5.	Specialitate	50,1	$p_{0,005} = 2,5896$	44,6-55,1	neurochirurgie
6.	Vechimea generală în muncă	16,0	$p_{0,0025} = 2,8244$	14,8-17,4	până la 20 ani
7.	Vechimea în muncă pe specialitate	13,3	$p_{0,0025} = 2,8244$	12,1-14,6	până la 15 ani
8.	Vechimea în muncă în secție	12,5	$p_{0,01} = 2,3368$	11,3-13,7	până la 15 ani
9.	Tipul serviciului în care angajatul a lucrat cel mai mult timp	50,7	$p_{0,0005} = 3,3178$	44,9-55,4	neurochirurgie
10.	Contact direct cu Pacientul	100,0% $\pm 0,0\%$			100%
11.	Durata de lucru pe săptămână, ore	49,7	$p_{0,025} = 1,9666$	48,2-51,1	mai mare decât prevede legea (35 ore pe săptămână)
12.	Numărul de Incidente raportate în scris timp de un an	0,7	$p_{0,05} = 1,6491$	0,16-0,41	nivel foarte scăzut
13.	Revizuirea listei medicamentelor administrate pacientului înainte de a realiza o nouă prescriere	92,8	$p_{0,01} = 2,3368$	90,0-95,5	Nivel foarte înalt. Scara Harrington
14.	Comunicarea schimbărilor de medicație în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați	89,6	$p_{0,025} = 1,9666$	86,3-92,8	Nivel foarte înalt. Scara Harrington
15.	Orice informație care ar putea afecta diagnosticul se comunică în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor	82,9	$p_{0,05} = 1,6491$	78,9-86,9	Nivel înalt. Scara Harrington
16.	Înregistrarea ordinelor verbale în documentul clinic formă scrisă	78,6	$p_{0,01} = 2,3368$	75,3-82,1	Nivel înalt. Scara Harrington
17.	Nu au fost elaborate rezumate de istorii clinice din memorie	60,9	$p_{0,05} = 1,6491$	55,7-66,0	Nivel mediu. Scara Harrington
18.	Repetarea ordinelor verbale primite de către personal pentru a se asigura dacă a înțeles corect sarcinile ce trebuie efectuate	47,2	$p_{0,05} = 1,6491$	42,0-52,5	Nivel mediu. Scara Harrington
19.	Repetarea de către pacient a explicațiilor primite despre posibilele riscuri și complicații ale intervenției, explorării sau tratamentului administrat înainte de a semna consimțământul informat.	36,2	$p_{0,05} = 1,6491$	31,2-41,3	Nivel mediu. Scara Harrington

Respondentul din departamentul de neurochirurgie se caracterizează prin următoarele trăsături distinctive:

- aceasta este o *femeie* în vârstă de *39 de ani* care lucrează în poziția de *asistentă medicală*;

- ea lucrează într-un *spital de nivel național*;
- specialitatea ei este *neurochirurgie*;
- *experiența profesională* constituie *16,0 ani*;
- asistenta medicală este ocupată *100% cu pacienții*;
- *durata muncii* ei constituie *49,7 ore pe săptămână*.

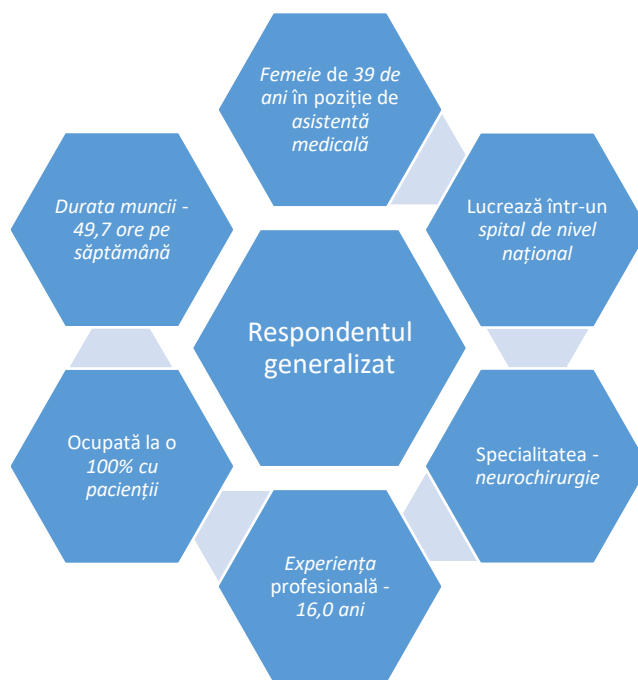


Fig. 3.11. Caracteristicile de bază ale respondentului din departamentele de neurochirurgie

Caracteristicile de bază ale comunicării și circuitului de informații sunt prezentate în Figura 3.12:

- *numărul de incidente raportate în scris* în ultimul an de activitate a fost *foarte scăzut*;
- *revizuirea listei medicamentelor administrate* pacientului înainte de realiza o nouă prescriere a constituit 92,8% (nivel „foarte înalt” conform scării Harrington);
- *schimbarea de medicație a fost comunicată în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați în acordarea asistenței medicale* pacientului- 89,6% (nivel „foarte înalt” conform scării Harrington);
- *transmiterea oricărei informații care ar putea afecta diagnosticul* pacientului în mod clar și rapid tuturor profesioniștilor implicați în acordarea asistenței medicale a alcătuit 82,9% (nivel „înalt” conform scării Harrington);
- *înregistrarea în documentele clinice a ordinelor verbale* primite a constituit 78,6% (nivel „înalt” conform scării Harrington);

- nu au fost elaborate rezumate din istorii clinice din memorie în 60,9% de cazuri (nivel „înalt” conform scării Harrington).

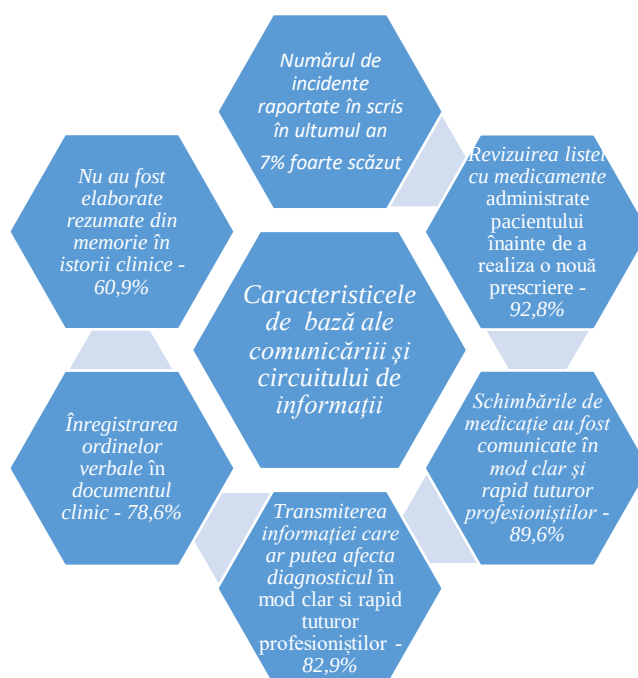


Fig. 3.12. Caracteristicile de bază ale comunicării și circuitului de informații

Analizând rezultatele obținute ce caracterizează aspectele circuitului de informații despre tratamente, investigații, intervenții și alte proceduri ce urmează a fi acordate pacientului observăm că există loc de optimizare la doua capitole:

1. ordinele verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat, nu se repetă cu voce tare de către personalul medical care le primește, celui care le emite, pentru a se asigura că au fost bine înțelese. Această cerință a fost respectată doar în 47,2% de cazuri (nivel „mediu” conform scării Harrington), ceea ce constituie un risc pentru siguranța pacientului;
2. nu se cere pacientului sau reprezentantului acestuia înainte de a se semna consimțământul informat, să repete ce a înțeles din explicațiile primite asupra posibilelor riscuri și complicații ale intervenției, investigației sau tratamentului ce urmează a fi acordat. Doar în 36,2% cazuri acest lucru are loc (nivel „mediu” conform scării Harrington).

În general, comunicarea între personalul medical și circuitul informației în departamentele de neurochirurgie a fost evaluată pozitiv de către angajați, deoarece toate caracteristicile de bază ale comunicării și circuitului de informații au obținut aprecieri cu valori „înalte” și „foarte înalte” conform scării Harrington.

3.3 Sinteza capitolului 3

În cadrul studiului efectuat a fost elaborată Metodologia de Proiectare a Caracteristicilor Generale ale Respondentului din departamentele de neurochirurgie». «Caracteristica Generală a Respondentului» a fost elaborată pe baza valorilor obținute a 19 variabile din chestionarul internațional standardizat “Chestionar privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” AHRQ, utilizându-se în acest scop răspunsurile oferite de 345 de respondenți, care activează în departamentele de neurochirurgie. Au fost obținute rezultate argumentate care au fost prognozate pentru colectivitatea generală a Medicilor și Asistentelor Medicale ce acordă asistență medicală de profil Neurochirurgical. Elaborarea Caracteristicilor generale a permis cunoașterea particularităților demografice ale respondenților, trăsăturilor caracteristice care reflectă date despre activitatea profesională a respondentului în domeniul neurochirurgiei, specificul comunicării organizaționale și fenomenului de raportare a incidentelor și evenimentelor adverse asociate actului medical, precum și particularitățile siguranței pacienților din acest domeniu. Rezultatele studiului au remarcat faptul că doar fiecare al cincilea respondent (20,9%; ÎI 95% [16,8-25,5]) lucrează numărul de ore săptămânal în conformitate cu normele prevăzute de Codul Muncii - 35 ore. Majoritatea dintre respondenți 270 (78,3%; ÎI 95% [73,9-82,6]) lucrează mai mult de 39 de ore pe săptămână, motivul principal pentru suprasolicitarea orelor de muncă fiind sporirea veniturilor salariale. Însă, analiza de corelație dintre numărul orelor de muncă pe săptămână și gradul de siguranță a pacienților nu a evidențiat o legătură semnificativă, aceasta fiind inversă și statistic nesemnificativă ($r_{xy}=-0,019$, $p=0,722$), ceea ce a permis să concluzionăm că numărul excesiv de ore lucrate timp de o săptămână și durata săptămânii de lucru a medicilor și a asistenților medicali nu are un impact semnificativ asupra gradului de siguranță a pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc.

Studiul conturează faptul că comunicarea și circuitul informațiilor în departamentele de neurochirurgie este la un nivel foarte înalt conform scării Harrington, carențe înregistrându-se la capitolul repetării ordinelor sau informațiilor verbale de către angajatul sau pacientul care le-a primit, acestea implicând riscuri pentru siguranța pacienților. Studiul a constatat că ordinele verbale despre tratamente, îngrijiri sau proceduri de realizat, nu se repetă cu voce tare de către personalul medical care le primește, celui care le emite, pentru a se asigura că au fost bine înțelese în 52.8% de cazuri și în 63.2 % cazuri pacienții sau reprezentanții acestora nu repetă înainte de a se semna consimțământul informat, ceea ce au înțeles din explicațiile primite asupra posibilelor riscuri și complicații ale intervenției, investigației sau tratamentului ce urmează a fi acordat.

Studiul reflectă atitudinea pozitivă a personalului medical față de siguranța pacientului din departamentele de neurochirurgie aceasta fiind apreciată la nivel „foarte înalt” conform scării Harrington. Pe primul loc se află aprecierea gradului de siguranță a pacienților cu 7 sau 8 puncte – 151 (43,8%; ÎI 95% [38,6-48,0]) cazuri, ceea ce corespunde nivelului „foarte bun” de siguranță a pacientului. Pe locul doi se afla aprecierea cu 9 sau 10 puncte – 135 (39,1%; ÎI 95% [33,9-44,1]) cazuri, ceea ce corespunde nivelului „excelent” al siguranței pacientului. Scorul general pentru siguranța pacienților a fost de 7,8 din 10 puncte, din care putem concluziona că este un nivel „foarte bun”. Astfel, conform standardului internațional, evaluarea generală a siguranței pacienților de profil neurochirurgical în instituțiile medicale spitalicești a fost apreciată ca fiind „foarte bună”.

Cercetarea evidențiază fenomenul de raportare scăzută a incidentelor și a evenimentelor adverse asociate actului medical în departamentele de neurochirurgie. Acest domeniu necesită a fi optimizat, prin instruirea angajaților în domeniul culturii siguranței pacientului, prin explicarea importanței și necesității raportării incidentelor și evenimentelor adverse asociate actului medical, prin implementarea unui sistem de raportare confidențial, anonim și prin dezvoltarea culturii învățării din erori care ar însemna că vinovatul nu trebuie să fie identificat și blamat.

4. ASPECTELE CULTURII SIGURANȚEI PACIENȚILOR DE PROFIL NEUROCHIRURGICAL DIN REPUBLICA MOLDOVA

4.1. Analiza culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie

Particularitățile Culturii Siguranței Pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc au fost analizate prin evaluarea frecvenței răspunsurilor pozitive la cele patruzeci și două de întrebări-factori ale chestionarului internațional standardizat "Chestionar privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale" AHRQ, care sunt sistematizate în douăsprezece dimensiuni ce reflectă anumite domenii componente ale culturii siguranței pacientului. Unele dimensiuni ale chestionarului reflectă situația culturii siguranței pacientului la nivel de unitate, secție sau departament, altele caracterizează starea lucrurilor la nivel de spital sau instituție.

Chestionarul evaluează următoarele dimensiuni ale culturii siguranței pacientului:

I. La nivel de departament sau secție din instituția medicală spitalicească:

1. așteptările managerului și acțiunile ce promovează siguranța pacientului,
2. învățarea organizațională -îmbunătățire continuă,
3. munca în echipă în aceeași unitate,
4. comunicarea deschisă,
5. feedback și comunicarea despre erori,
6. răspunsul nepunitiv la erori,
7. asigurarea cu personal,
8. percepția generală a siguranței pacientului,
9. frecvența evenimentelor notificate.

II La nivel de instituție se evaluează trei aspecte:

10. suportul administrației spitalului pentru siguranța pacientului,
11. munca în echipă între compartimente,
12. problemele în timpul schimbării turelor și transferurile pacienților între compartimente, secții/servicii.

Prima dimensiune analizată în cadrul studiului a fost „Munca în echipă”, care evaluează dacă în aceasta unitate personalul medical se sprijină reciproc, se respectă și lucrează împreună ca o echipă. În cadrul acestei dimensiuni procentul răspunsurilor pozitive oferite de către respondenți a fost de 85,0% (ÎI 95% [83,1-86,9]) (Tabelul 4.1). Primul loc în această dimensiune l-a ocupat colaborarea medicilor și asistentelor medicale în caz de volum mare de lucru, unde frecvența răspunsurilor pozitive a constituit 310 respondenți, ce a alcătuit 89,9% (ÎI 95% [86,7-92,8]), iar cea mai mică frecvență a răspunsurilor pozitive a fost obținută pentru

itemul privind ajutorul acordat colegilor în timpul supraîncărcării cu sarcini –270 răspunsuri ce a constituit 78,3% (ÎI 95% [73,6-88,1]). Rezultatele sondajului au conturat faptul că personalul medical în departamentele de neurochirurgie se sprijină reciproc, procentul răspunsurilor pozitive (PRP) fiind egal cu 87,2%(ÎI 95% [83,8-90,7]) și se respectă unii pe alții PRP- 84,6 % (ÎI 95% [80,9-88,1]). Valoarea medie a PRP pentru dimensiunea ”Munca în echipă” a fost de 85,0% (ÎI 95% [83,1-86,9]).

Tabelul 4.1. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii I „Munca în echipă”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
A1	Personalul se sprijină reciproc	301	87,2	83,8-90,7
A3	Când avem mult de lucru, colaborăm ca o echipă pentru a putea să-l terminăm	310	89,9	86,7-92,8
A4	În această unitate ne respectăm unii pe alții	292	84,6	80,9-88,1
A11	Când cineva este supraîncărcat cu sarcini, de obicei este ajutat de colegi să le îndeplinească	270	78,3	73,6-82,9
	TOTAL	1173	85,0	83,1-86,9

În urma evaluării datelor obținute în cadrul studiului a fost stabilit că valoarea medie a PRP pentru dimensiunea ”Munca în echipă” s-a încadrat conform gradației scării universale Harrington în nivelul „Foarte înalt” (80-100%), (Tabelul 4.2). Acest rezultat poate fi atribuit energiei extraordinare a personalului medical pentru scopul lor comun - pacientul, trăsăturilor caracteristice a cetățenilor Republicii Moldova care sunt foarte prietenoși și altruști. Adeseori între angajați se leagă legături prietenești mai mult decât cele colegiale.

Tabelul 4.2. Scara universală Harrington pentru gradații verbale

Gradații	Frecvența răspunsurilor pozitive	Caracteristica	Rezultatul Dimensiunii 1 „Muncă în Echipă”
1	0-19%	Foarte insuficientă	
2	20-36%	Insuficientă	
3	37-62%	Media	
4	63-79%	Înaltă	
5	80-100%	Foarte înaltă	*

În cadrul dimensiunii II „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”, a fost evaluat dacă Conducerea/ managerii departamentului medical sau secției iau în considerare sugestiile personalului medical pentru îmbunătățirea siguranței pacienților, apreciază corespunzător angajații pentru respectarea procedurilor de siguranță a pacientului și nu

trec cu vederea problemele legate de siguranța pacientului. Conform opiniei respondenților, angajați în departamentele de neurochirurgie, managerii departamentelor sau secțiilor își exprimă satisfacția atunci când subalternii „încearcă să evite riscurile privind siguranța pacientului”, PRP – 90,1% (ÎI 95% [87,0-93,0]). Acest fapt este confirmat și de itemul revers conform căruia șefii „nu ignoră problemele de siguranță a pacientului”, PRP fiind de 87,2% (ÎI 95% [83,8-90,7]). Totodată, participanții la studiu menționează că șefii lor „țin cont de propunerile făcute de personal pentru îmbunătățirea siguranței pacientului” în PRP- 82,6% (ÎI 95% [78,8-86,7]) cazuri, însă în 63,8% (ÎI 95% [58,8-68,7]) răspunsuri la itemul revers este indicat că „șefii nu pretind ca personalul medical să lucreze mai rapid chiar dacă apare risc pentru siguranța pacientului” (Tabelul 4.3).

Tabelul 4.3. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii II „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
B1	Șeful meu își exprimă satisfacția când încercăm să evităm riscurile privind siguranța pacientului	311	90,1	87,0-93,0
B2	Șeful meu ține cont de propunerile făcute de personal pentru îmbunătățirea siguranței pacientului	285	82,6	78,8-86,7
B3r	Când crește presiunea la lucru, șeful meu pretinde să lucrăm mai rapid chiar dacă se pune în risc siguranța pacientului	220	63,8	58,8-68,7
B4r	Șeful meu ignoră problemele de siguranță a pacientului care apar în mod obișnuit.	301	87,2	83,8-90,7
	TOTAL	1117	80,9	78,9-83,0

Evaluarea totală a dimensiunii 2 „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului” a constituit 80,9% (ÎI 95% [78,9-83,0]). În conformitate cu scara Harrington acest rezultat se încadrează în nivelul „foarte înalt”. Acest rezultat se explică prin faptul că șeful secției, departamentelor, a instituției medicale sunt primele persoane responsabile pentru siguranța pacienților.

„Învățare organizațională - îmbunătățire continuă” este dimensiunea III a ”Chestionarului privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” AHRQ, care evaluează dacă procesele de lucru sunt revizuite în mod regulat, dacă se fac modificări pentru îmbunătățire continuă așa încât să se evite repetarea erorilor, dacă analiza erorilor raportate au condus la schimbări pozitive în domeniul siguranței și la implementarea unor măsuri corective de optimizare în acest sens. Totodată, aici se apreciază dacă schimbările și măsurile corective implementate sunt evaluate la capitolul eficacitate. Așadar, activitățile și procedurile, măsurile implementate și evaluarea schimbărilor pentru siguranța pacientului depind de dimensiunea „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”. După cum au arătat rezultatele cercetării, când se detectează un eșec al

îngrijirilor pacientului se duc la bun sfârșit măsurile potrivite pentru a evita repetarea acestora, PRP- 83,5% (ÎI 95% [79,4-87,2]) cazuri. Totodată, a fost stabilit că schimbările care se efectuează pentru îmbunătățirea siguranței pacientului se evaluează pentru a fi verificată eficacitatea lor, PRP- 79,7% (ÎI 95% [75,7-83,8]) cazuri (Tabelul 4.4).

Tabelul 4.4. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii III „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
A6	Avem activități destinate îmbunătățirii siguranței pacientului	276	80,0	75,7-84,3
A9	Când se detectează un eșec al îngrijirilor pacientului se duc la capăt măsurile potrivite pentru a evita să se întâmple din nou	288	83,5	79,4-87,2
A13	Schimbările pe care le facem pentru îmbunătățirea siguranței pacientului se evaluează pentru a se verifica efectivitatea lor	275	79,7	75,7-83,8
	TOTAL	839	81,1	78,7-83,4

În rezultatul evaluării răspunsurilor pozitive, dimensiunea III „Învățarea organizațională-îmbunătățire continuă” a fost apreciată la nivel „foarte înalt” pe scara Harrington - 81,1% (ÎI 95% [78,7-83,4]). Aceasta dovedește faptul, că personalul medical este interesat să cunoască detaliile despre implementarea măsurilor de îmbunătățire a siguranței pacientului și manifestă interes în a fi instruiți și informați despre schimbările efectuate după raportarea incidentelor, erorilor sau evenimentelor adverse asociate actului medical, care constituie un proces de *învățare permanentă și continuă* a personalului medical.

Dimensiunea IV „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” a explorat dacă managementul spitalului arată prin acțiuni concrete că siguranța pacienților în instituție este o prioritate de top, dacă managementul oferă personalului medical un climat de lucru favorabil ce promovează siguranța pacienților și dacă alocă resurse financiare adecvate necesare pentru îmbunătățirea siguranței pacientului. Implementarea măsurilor pentru siguranța pacientului în practică necesită suport real din partea administrației, acestea fiind cazurile specifice care includ investiții financiare și nu numai. Analiza rezultatelor obținute în cadrul acestei dimensiuni a arătat că conducerea spitalului promovează un climat de muncă care favorizează siguranța pacientului, PRP- 66,1% (ÎI 95% [60,9-71,3]). Cu aceeași frecvență, conducerea arată prin fapte că siguranța pacientului este una din prioritățile sale, PRP - 66,1% (ÎI 95% [60,9-71,3]). Fiecare al 2-lea respondent a spus că *conducerea pare interesată* de siguranța pacientului doar atunci *când se întâmplă un eveniment advers* unui pacient - 45,5% (ÎI 95% [40,3-50,8]). Rezultatul obținut este alarmant, fiind evident faptul că în instituții se întreprind măsuri de îmbunătățire a siguranței pacientului post factum, după ce incidentele,

erorile sau evenimentele adverse asociate actului medical au avut loc deja și mai puțin se întreprind măsuri de prevenire a acestora, ceea ce ar fi mult mai eficient și mai binevenit. Este necesar de evaluat sistematic riscurile de orice nivel în instituție sau departament și de prevăzut erorile prevenibile. Conform scării Harrington, nivelul răspunsurilor pozitive a fost „mediu” (37-62%). Evaluarea „medie” ne demonstrează faptul că există un decalaj între cuvintele și faptele reale ale conducătorilor instituțiilor medico-sanitare. Studiul a arătat că diferența constă în aceea că „Așteptările șefilor” au fost apreciate la nivel „foarte înalt” - 80,9% (ÎI 95% [78,9-83,0]) cazuri. În același timp conducerea pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când se întâmplă un eveniment advers unui pacient în 45,5% (ÎI 95% [78,9-83,0]) cazuri (Tabelul 4.5).

**Tabelul 4.5. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii IV
„Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului”**

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
F1	Conducerea sau managementul spitalului promovează un climat de muncă care favorizează siguranța pacientului	228	66,1	60,9-71,3
F8	Conducerea spitalului arată prin fapte că siguranța pacientului este una din prioritățile sale	228	66,1	60,9-71,3
F9r	Conducerea spitalului pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când s-a întâmplat un eveniment advers unui pacient	157	45,5	40,3-50,8
	TOTAL	613	59,2	56,2-62,2

În rezultatul analizei tabelului de contingență 2 x 2 a fost evidențiată o *diferență semnificativă* între „Așteptările șefilor” și „Faptul real” ($45,5\% \pm 2,7\%$). Cu o probabilitate de 95,0% a fost stabilit faptul că „Așteptările șefilor” au fost *semnificativ mai mari* decât „Faptele reale întreprinse pentru siguranța pacientului” ($\chi^2=137,252$; $gl=1$; $p < 0,001$). În concluzie: în rezultatul studiului a fost identificată o diferență semnificativă între grupa de itemi „Așteptările Șefilor” și grupa de itemi „Faptele reale în suportul siguranței pacienților”. Rezultatul „Suportului siguranței pacienților” a fost *veridic mai mic* decât rezultatul „Așteptărilor șefilor”. Noi am constatat că divergența între *cuvintele și faptele reale* ale conducătorilor instituțiilor este semnificativă cu probabilitatea $p < 0,001$. Analiza profundă a arătat că instituțiile medicale, unde au fost colectate datele, nu au avut suficiente investiții financiare (articole financiare speciale) destinate pentru siguranța pacienților. De aceea *faptele reale* ale conducătorilor instituțiilor medicale îndreptate suportului siguranței pacienților au fost semnificativ mai mici decât așteptările acestor conducători.

În cadrul dimensiunii V „Percepția siguranței pacientului” a fost evaluat dacă procedurile și sistemele sunt bune pentru prevenirea incidentelor, erorilor și evenimentelor adverse asociate actului medical și nu există probleme legate de siguranța pacientului în instituția medicală.

Cercetările efectuate ne-au permis să obținem un rezultat foarte valoros și anume pentru prima dată în Republica Moldova a fost determinat nivelul percepției generale despre siguranța pacienților în departamentele cu profil neurochirurgical. Rezultatele studiului au arătat că procedurile clinice și mediul de muncă au fost bune pentru a evita erorile în îngrijirile medicale, PRP 67,2% (ÎI 95% [41,7-46,9]). Fiecare al 2-lea respondent a relevat însă faptul că *există probleme privind siguranța pacientului în departamentul în care activează*, PRP - 51,6% (ÎI 95% [46,4-56,8]) cazuri. Fiecare al 3-lea respondent a constatat faptul că în secția în care activează *nu se mai produc eșecuri din întâmplare* – 30,4% (ÎI 95% [25,8-35,1]) cazuri. Fiecare al 4-lea respondent a remarcat faptul că niciodată nu se mărește ritmul de lucru, dacă aceasta ar duce la sacrificarea siguranței pacientului – 27,8% (ÎI 95% [22,9-32,8]) cazuri. Particularitățile percepției generale a siguranței pacientului evidențiate în rezultatul studiului relevă faptul că există loc de optimizare la acest capitol în departamentele de neurochirurgie (Tabelul 4.6).

**Tabelul 4.6. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii V
„Percepția siguranței pacientului”**

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
A10r	Nu se mai produc eșecuri din întâmplare	105	30,4	25,8-35,1
A15	Niciodată nu se mărește ritmul de lucru dacă aceasta implică sacrificarea siguranței pacientului	96	27,8	22,9-32,8
A17r	În această unitate există probleme privind siguranța pacientului	178	51,6	46,4-56,8
A18	Procedurile noastre și mediul de muncă sunt bune pentru a evita erorile în îngrijirile medicale	232	67,2	62,0-72,2
	TOTAL	611	44,3	41,7-46,9

Rezultatele cercetării au arătat că *Percepția generală despre siguranța pacientului* a fost apreciată pozitiv în 44,3% (ÎI 95% [41,7-46,9]) cazuri. În conformitate cu scara Harrington rezultatul a fost apreciat ca fiind de nivel „mediu” (37-62%). Trebuie de remarcat că acest rezultat reflectă *percepția totală a dimensiunii 5*. Totodată, a fost identificat și un rezultat *insuficient* când *niciodată nu se mărește ritmul de lucru dacă aceasta implică sacrificarea siguranței pacientului* PRP- 27,8% (ÎI 95% [22,9-32,8]) cazuri. Rezultatele cercetării au arătat că frecvența eșecurilor din întâmplare se observă în 30,4% (ÎI 95% [25,8-35,1]) cazuri. Deci, fiecare al 3-lea respondent a fixat că *există eșecuri din întâmplare* legate de *siguranța pacientului*. În contrariu, lipsa eșecurilor din întâmplare a constituit 56,2% (ÎI 95% [51,3-61,2]) cazuri (Tabelul 4.7).

Tabelul 4.7. Frecvența răspunsurilor la întrebarea „Nu se mai produc eșecuri din întâmplare?”

Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
Foarte în dezacord	105	30,4	25,8-35,1
În dezacord			
Indiferent	46	13,3	9,9-17,1
De acord	194	56,2	51,3-61,2
Foarte de acord			

Percepția *medie* privind siguranța pacientului a constituit 44,3% (ÎI 95% [41,7-46,9]). Conform scării Harrington percepția a fost apreciată ca nivel „mediu” (37-62%).

Este cunoscut faptul că feedbackul și comunicarea despre *erori* personalului medical *permite o îmbunătățire* a siguranței pacienților. În studiul nostru a fost evaluat dacă personalul este informat despre erorile care s-au întâmplat în departamentele în care activează, dacă a primit feedback despre modificările implementate în urma producerii erorilor și dacă discută despre modalitățile de prevenire a erorilor. La aceste întrebări a răspuns Dimensiunea VI- „Feedback și comunicarea erorilor”. Rezultatele cercetării au arătat că 87,0% (ÎI 95% [83,2-90,1]) respondenți au subliniat existența comunicării și feedbackului după producerea unui incident. Totodată, angajații au menționat că în departamentele unde activează au loc *discuții despre modalitățile de evitare a erorilor*, PRP- 78,8% (ÎI 95% [74,2-82,9]). Mai puțini au fost respondenții care au fost de acord că are loc *informarea personalului medical despre erorile comise în această unitate*, PRP - 63,8% (ÎI 95% [74,2-82,9]) cazuri (Tabelul 4.8).

Tabelul 4.8. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii VI „Feedback și comunicarea erorilor”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
C1	Când raportăm un incident, ne informam despre ce tip de acțiuni au fost duse la capăt	300	87,0	83,2-90,1
C3	Suntem informați despre erorile comise în această unitate	220	63,8	58,6-68,7
C5	În compartimentul meu discutăm despre: în ce mod se poate evita ca o eroare să se repete	272	78,8	74,2-82,9
	TOTAL	792	76,5	73,9-79,1

Valoarea *totală* a dimensiunii 6 „Feedback și comunicarea erorilor” a alcătuit 76,5% (ÎI 95% [73,9-79,1]), ceea ce corespunde nivelului „înalt” al scării Harrington (63-79%).

Comunicarea deschisă între angajați în cadrul unei instituții medicale este strâns legată de procesul de îmbunătățire a calității și siguranței pacientului, dar cu toate acestea mulți manageri sau șefi de departamente au dificultăți în a comunica cu subalternii într-un mod în care să fie bine înțeleși. Abilitatea de a comunica este o calitate extrem de valoroasă pe care trebuie să o

posede managerii la toate nivelurile ierarhiei organizaționale. Este important de a putea transmite un mesaj coerent bine structurat, dar mult mai important este ceea ce a înțeles din mesajul emis cel căruia i-a fost adresat. Este salutar și apreciat faptul că în instituții medicale personalul să poată vorbi în mod liber despre lucrurile care par a fi nesigure și care ar putea afecta negativ pacienții. Angajații trebuie să se simtă confortabil să adreseze întrebări sau propuneri la cei care au mai multă autoritate și sunt pe scară ierarhică mai superiori. Aceste aspecte ale culturii de comunicare pentru siguranța pacienților în departamentele de neurochirurgie au fost evaluate prin răspunsurile participanților la întrebările dimensiunii VII „Comunicarea deschisă”. În rezultatul evaluării răspunsurilor participanților au fost identificate următoarele tendințe de comunicare a personalului medical ce țin de siguranța pacientului: *discuțiile libere* despre lucrurile ce pot *afecta negativ* îngrijirile primite de către pacient se întâmplă în 65,2% (ÎI 95% [60,3-70,4]) cazuri. Un rezultat mai scăzut a fost obținut în cazul când personalul medical poate chestiona cu totală libertate deciziile sau acțiunile superiorilor PRP- 41,7% (ÎI 95% [36,5-47,0]). Conform datelor obținute, doar 4 din 10 lucrători medicali pot chestiona deciziile sau acțiunile superiorilor. Personalul se teme să adreseze întrebări despre ceea ce pare că s-a realizat în mod incorect, PRP- 35,4% (ÎI 95% [30,7-40,3]) cazuri. Așadar, din 3 lucrători medicali două persoane au frică să adreseze întrebări în cazul desfășurării lucrului în mod incorect, PRP- 36,5% (ÎI 95% [30,7-40,3]) (Tabelul 4.9).

Tabelul 4.9. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii VII „Comunicarea deschisă”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
C2	Când personalul observă ceva ce poate afecta negativ îngrijirile primite de pacient, discută despre aceasta cu totală libertate	225	65,2	60,3-70,4
C4	Personalul poate chestiona cu totală libertate deciziile sau acțiunile superiorilor	144	41,7	36,5-47,0
C6r	Personalul se teme să pună întrebări despre ceea ce pare că s-a realizat în mod incorect	122	35,4	30,7-40,3
	TOTAL	491	47,4	44,4-50,5

Rezultatele cercetării au arătat că *valoarea totală* a dimensiunii 7 „Comunicarea deschisă” a constituit 47,4% (ÎI 95% [44,4-50,5]). În conformitate cu scara Harrington rezultatul a fost apreciat la nivel „mediu” (37-62%). În cadrul acestei dimensiuni a fost identificat și un rezultat *inferior* când personalul se teme să pună întrebări despre acțiunile personalului medical realizate incorect - 35,4% (ÎI 95% [30,7-40,3]), acesta a fost apreciat conform scării Harrington drept „*insuficient*” (20-36%).

În instituții medicale este important ca să fie implementat un sistem și proces de raportare a incidentelor, erorilor și evenimentelor adverse ce țin de siguranța pacientului. Acestea pot fi sistematizate în trei categorii: prima categorie sunt erorile depistate și corectate înainte ca acestea să afecteze pacientul, a doua categorie o constituie erorile care nu au potențial de a dăuna pacientului și a treia categorie sunt erorile care ar fi putut cauza daune pacientului, dar nu au făcut-o. Toate aceste trei tipuri de erori este necesar de a fi notificate și transmise conducerii în formă scrisă pentru a putea fi analizate, elaborate și implementate măsuri preventive și corective, din care personalul să poată învăța, astfel încât aceste erori să nu se producă sau să nu se repete. Acest aspect al culturii siguranței pacientului a fost evaluat și reflectat în răspunsurile la întrebările dimensiunii VIII „Frecvența evenimentelor raportate”. Analiza răspunsurilor la itemii dimensiunii „Frecvența evenimentelor raportate” a scos în evidență faptul că procesul de notificare a erorilor depistate și corectate înainte ca acestea să dăuneze pacientului au ocupat primul loc, PRP- 62,3% (ÎI 95% [57,1-67,2]). Pe locul doi se poziționează raportarea erorilor care în mod previzibil nu vor dăuna pacientului, PRP - 60,9% (ÎI 95% [55,9-66,1]). Ultimul loc l-a ocupat procesul de raportare a erorilor care ar fi putut dăuna pacientului, dar nu au făcut-o, PRP- 56,8% (ÎI 95% [51,3-62,0]) (Tabelul 4.10).

Tabelul 4.10. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii VIII „Frecvența evenimentelor raportate”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
D1	Se notifică erorile care sunt descoperite și corectate înainte de a afecta pacientul	215	62,3	57,1-67,2
D2	Se notifică erorile care în mod previzibil nu vor dăuna pacientului	210	60,9	55,9-66,1
D3	Se notifică erorile care nu au avut consecințe adverse deși, previzibil, puteau să dăuneze pacientului	196	56,8	51,3-62,0
	TOTAL	621	60,0	57,0-63,0

Rezultatele obținute denotă faptul că în departamentele de neurochirurgie se raportează erorile ce țin de siguranța pacientului în aproximativ două treimi de cazuri. Rezultatul total al itemilor din cadrul dimensiunii „Frecvența evenimentelor raportate” a constituit 60,0% (ÎI 95% [55,9-66,1]).

Colaborarea armonioasă între diferite compartimente ale unei instituții medicale este un element important al reușitei actului medical și siguranței pacientului. Despre această latură a culturii siguranței pacientului am putut afla analizând rezultatele respondenților la întrebările dimensiunii IX „Munca în echipă între compartimente”. Rezultatele chestionării au identificat că diferite compartimente sau servicii ale spitalului lucrează în mod coordonat între ele pentru a presta cele mai bune îngrijiri pacientului, PRP 71,0% (ÎI 95% [55,9-66,1]). Există o bună

cooperare între compartimentele instituției care au de realizat activități împreună PRP- 61,4% (ÎI 95% [56,2-66,9]). Conform rezultatelor sondajului s-a constatat că personalului din departamentele de neurochirurgie i-a fost incomod să lucreze cu personal venit din alte secții clinice, PRP 40,6% (ÎI 95% [35,1-46,1]). Totodată a fost evidențiat faptul că între diferite compartimente clinice ale instituției medicale nu se lucrează în mod coordonat, PRP- 35,4% (ÎI 95% [30,4-40,9]) (Tabelul 4.11).

**Tabelul 4.11. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii IX
„Munca în echipă între compartimente”**

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
F2r	Diferite departamente ale spitalului nu se coordonează bine între ele	122	35,4	30,4-40,9
F4	Există o bună cooperare între compartimente, servicii care au de realizat activități împreună	212	61,4	56,2-66,9
F6r	De obicei, este incomod să trebuiască să lucrezi cu personalul din alte servicii, departamente	140	40,6	35,1-46,1
F10	Departamentele clinice lucrează în mod coordonat între ele pentru a presta cele mai bune îngrijiri pacienților	245	71,0	66,1-75,9
	TOTAL	719	52,1	49,5-54,7

Valoarea totală a dimensiunii ce reflectă munca în echipă și coordonarea între compartimentele instituției medicale a constituit 52,1% (ÎI 95% [49,5-54,7]). Pe scara Harrington rezultatul obținut se poziționează la nivel „mediu” (37-62%).

Un alt aspect deosebit de important al culturii siguranței pacientului este asigurarea cu personal al departamentelor și instituției în ansamblu. Aname dimensiunea „Asigurarea cu personal” evaluează dacă există suficient personal pentru a face față volumului de muncă și complexității sarcinilor ce stau în fața angajaților, dacă personalul lucrează numărul de ore corespunzător reglementarilor codului muncii, dacă personalul nu se simte suprasolicitat la locul de muncă, și dacă nu există dependență considerabilă de munca prestată de către personalul angajat temporar sau cumulant. Analiza răspunsurilor oferite de respondenți pentru factorii dimensiunii „Asigurarea cu personal” au relevat că din cauza că există multe substituii sau personalul este angajat temporar, ocazional nu se prestează cele mai bune îngrijiri pacientului, PRP- 42,6% (ÎI 95% [37,1-47,8]). Pentru îndeplinirea sarcinilor și volumului de muncă, doar 39,1% (ÎI 95% [33,9-44,6]) dintre respondenți au considerat că numărul personalului angajat în departamentele clinice este suficient pentru a face față volumului și sarcinilor de muncă. În același timp, 37,7% (ÎI 95% [32,5-42,9]) de respondenți nu sunt de acord că lucrează prea rapid și sub presiune pentru a realiza cât mai multe sarcini și cât mai rapid. Practic două treimi dintre respondenți consideră că nu pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece ziua de

muncă este epuizantă, doar 29,9% au răspuns ca nu sunt de acord (ÎI 95% [25,5-35,1]) (Tabelul 4.12).

**Tabelul 4.12. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii X
„Asigurarea cu personal”**

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
A2	Este suficient personal pentru a îndeplini sarcina de muncă	135	39,1	33,9-44,6
A5r	Uneori nu se pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece ziua de muncă este epuizantă	103	29,9	25,5-35,1
A7r	Ocazional nu se prestează cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece avem multe substituiiri sau personalul este angajat temporar	147	42,6	37,1-47,8
A14r	Lucrăm sub presiune pentru a realiza prea multe lucruri, prea repede	130	37,7	32,5-42,9
	TOTAL	515	37,3	34,8-39,9

Evaluarea totală a dimensiunii 10 „Asigurarea cu personal” a constituit 37,3% (ÎI 95% [34,8-39,9]), ce corespunde nivelului „mediu” (37-62%) al scarii universale Harrington. Trebuie de menționat că *cel mai mic* rezultat în cadrul dimensiunii „Asigurarea cu personal” (29,9%; ÎI 95% [25,5-35,1]) a fost imposibilitatea de a presta cele mai bune îngrijiri pacientului din cauza epuizării fizice a personalului medical, lucru care necesită deosebită atenție.

În instituțiile medicale informațiile importante despre îngrijirea pacientului, tratament, rezultatele investigațiilor diagnostice și de laborator e necesar sa fie transferate peste tot în instituție acolo unde pacientul urmează să primească asistență medicală și în aceeași secție, unitate sau departament în timpul schimbărilor de tură. Acest aspect al culturii siguranței a fost evaluat prin intermediul întrebărilor din cadrul dimensiunii XI „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii, compartimente”. Evaluarea răspunsurilor la întrebările incluse în dimensiunea 11 a arătat că în 69,0% (ÎI 95% [63,5-73,9]) de cazuri respondenții nu sunt de acord că informația despre pacient se pierde în timpul schimbării turelor. Respondenții nu sunt de acord că apar probleme în acordarea îngrijirilor medicale ca o consecință a schimbării turelor- PRP 64,3% (ÎI 95% [59,4-69,3]). În 58,6% (ÎI 95% [53,3-63,2]) de cazuri angajații nu sunt de acord că atunci când pacienții sunt transferați de la o unitate la alta, se pierde în bună parte informația despre pacienți. Aproximativ jumătate din participanții la sondaj sunt de acord că interschimbul de informație între diferite servicii, unități sau departamente este, de obicei, problematic, PRP= 55,7% (ÎI 95% [50,4-60,9]) (Tabelul 4.13). Deci, analizând în ansamblu factorii dimensiunii ce reflectă circuitul informațiilor despre pacient în cadrul instituției medicale concluzionăm că este loc de optimizare la capitolul transmiterii și

circuitului informației în cadrul transferurilor de la o unitate la alta și în timpul schimbării turelor în departamentele de neurochirurgie.

Tabelul 4.13. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii XI „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
F3r	Informația despre pacienți se pierde în bună parte atunci când aceștia sunt transferați de la o unitate la alta	202	58,6	53,3-63,2
F5r	La schimbarea turelor se pierde frecvent informație importantă despre îngrijirile primite de către pacient	238	69,0	63,5-73,9
F7r	Interschimbul de informație între diferite servicii este, de obicei, problematic	192	55,7	50,4-60,9
F11r	Apar probleme în acordarea îngrijirilor ca o consecință a schimbării turelor	222	64,3	59,4-69,3
	TOTAL	854	61,9	59,3-64,4

Valoarea totală a dimensiunii 11 „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii” a constituit 61,9% (ÎI 95% [59,3-64,4]). Rezultatul obținut s-a încadrat în nivelul „mediu” (37-62%) conform scării Harrington.

În instituțiile medicale cu o cultură a siguranței pacientului de nivel înalt personalul trebuie să fie sigur că incidentele, erorile și rapoartele despre evenimentele adverse asociate actului medical nu vor fi utilizate de către management sau superiori împotriva celor care le-au comis sau le-au raportat și că greșelile comise nu sunt înregistrate și păstrate în dosarul personal. Aspectul ce ține de răspunsul la comiterea erorilor a fost evaluat prin intermediul întrebărilor din cadrul dimensiunii XII „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”. Astfel, a fost stabilit că în 60,0% (ÎI 95% [54,8-65,5]) cazuri respondenții nu sunt de acord ca *comiterea erorilor poate fi folosită de către superiori împotriva personalului care le-a comis*. Este îngrijorător că doar în 43,5% (ÎI 95% [38,0-48,7]) cazuri angajații nu sunt de acord că *se caută un vinovat, înainte de a se identifica cauza* în cazul când se detectează un eșec. Cel mai negativ rezultat obținut în cadrul acestei dimensiuni a fost că două treimi dintre angajați departamentelor de neurochirurgie au frică că comiterea unei erori va rămâne consemnată în dosarul personal, PRP- 26,1% (ÎI 95% [21,7-30,7]) (Tabelul 4.14).

Tabelul 4.14. Frecvența răspunsurilor pozitive în cadrul dimensiunii XII „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”

Codul	Dimensiunea	Abs.	%	ÎI 95%
A8r	Dacă colegii sau superiori își dau seama că ai comis o eroare o vor folosi împotriva ta	207	60,0	54,8-65,5
A12r	Când se detectează un eșec, înainte de a se căuta cauza, se caută un vinovat	150	43,5	38,0-48,7
A16r	Când se comite o eroare, personalul se teme că acest lucru va rămâne consemnat în dosarul personal	90	26,1	21,7-30,7
	TOTAL	447	43,2	40,2-46,2

Analiza răspunsurilor a arătat că *valoarea totală* a dimensiunii „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor” a constituit 43,2% (ÎI 95% [21,7-30,7]), ceea ce se încadrează în nivelul „mediu” (37-62%) în conformitate cu scara Harrington.

4.2. Utilizarea scării Harrington pentru estimarea domeniilor forte si vulnerabile ale culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical

Rezultatele susnumite au permis de a determina valoarea totală a culturii siguranței pacienților cu profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc care a constituit 60,7% (ÎI 95% [59,9-61,5]). În figura 4.1 este reprezentată ierarhizarea dimensiunilor culturii siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie incluse în studiu în funcție de rezultatul valorii totale a fiecărei dimensiuni în conformitate cu Chestionarul AHRQ.

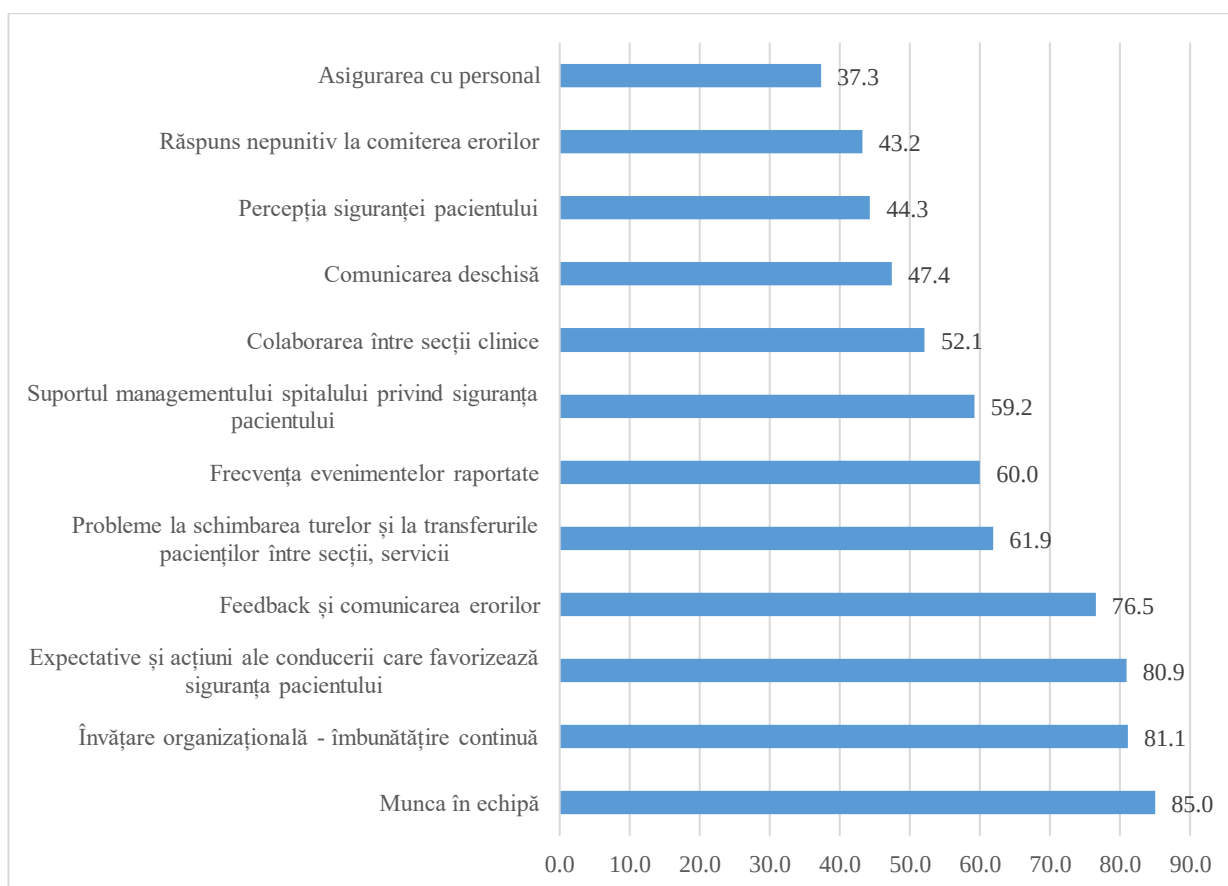


Fig. 4.1. Ierarhizarea dimensiunilor culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în funcție de valoarea totală a fiecărei dimensiuni, %

Liderul în clasamentul culturii siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc a fost dimensiunea „Munca în echipă” cu 85,0% răspunsuri pozitive. Caracteristicile principale din acest grup au fost:

- colaborarea,
- sprijinul reciproc,
- respectul unul față de celălalt,
- ajutorul în caz de volum mare a sarcinilor de muncă.

Locul 2 a revenit dimensiunii „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă” cu rezultatul 81,1% a răspunsurilor pozitive. Caracteristicile principale din acest grup au fost:

- acțiunile efectuate pentru a evita erorile,
- acțiuni de îmbunătățire a siguranței îngrijirilor pacientului,
- aprecierea eficacității acțiunilor de optimizare implementate.

Locul 3 a fost ocupat de dimensiunea „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului” cu rezultatul 80,9% a răspunsurilor pozitive. Caracteristicile principale din acest grup au fost:

- exprimarea satisfacției din partea superiorilor atunci când personalul evită erorile,
- nu se ignoră problemele care apar frecvent în aceste departamente,
- susținerea propunerilor de optimizare a siguranței îngrijirilor pacienților.

Locul 4 a fost ocupat de dimensiunea „Feedback și comunicarea erorilor” cu rezultatul de 76,5% a răspunsurilor pozitive. Caracteristicile principale a acestui grup au fost:

- existența măsurilor corective după comiterea unui incident,
- discutarea modalităților despre prevenirea și evitarea erorilor,
- informarea personalului despre erorile comise și raportate.

Locul 5 a fost ocupat de dimensiunea „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii” cu rezultatul de 61,9% a răspunsurilor pozitive. În această dimensiune au fost identificate și apreciate patru particularități, inclusiv:

- pierderea informației despre pacienți atunci când aceștia sunt transferați de la o unitate la alta
- apariția problemelor în acordarea îngrijirilor pacienților, ca consecință a schimbării turelor,
- pierderea informației importante despre îngrijirile primite de către pacient la schimbarea turelor,
- interschimbul de informație între diferite tipuri de servicii este problematic.

Locul 6 a fost ocupat de „Frecvența evenimentelor raportate” acumulând un rezultat de 60,0% a răspunsurilor pozitive. Principalele particularități ale acestei dimensiuni au fost:

- notificarea erorilor care pot corectate înainte de a afecta pacienții,
- raportarea erorilor care previzibil nu vor dăuna pacientului,
- notificarea erorilor care puteau dauna pacientului, dar nu au dăunat.

Locul 7 a fost ocupat de dimensiunea „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” cu rezultatul de 59,2% a răspunsurilor pozitive cu următoarele caracteristici:

- promovarea climatului de muncă care favorizează siguranța pacientului,
- faptele concrete ale administrației ce au demonstrat că siguranța pacientului este prioritate,
- interesul față de siguranța pacientului a conducerii spitalului doar în cazurile când s-a întâmplat un eveniment advers unui pacient.

Locul 8 a fost ocupat de dimensiunea „Munca în echipă între compartimente” cu rezultatul de 52,1% a răspunsurilor pozitive. Problemele care au fost elucidate în cadrul acestei dimensiuni au fost:

- lucrul în mod coordonat între departamente,
- lucrul incomod cu personalul din alte secții.

Locul 9 a fost ocupat de dimensiunea „Comunicarea deschisă” cu rezultatul 47,4% a răspunsurilor pozitive ce au reflectat:

- posibilitatea discuțiilor libere despre lucrurile ce pot afecta negativ siguranța pacientului,
- chestionarea fără constrângeri a deciziilor și acțiunilor superiorilor,
- lipsa temerilor de a adresa întrebări despre acțiunile realizate incorect.

Locul 10 a fost ocupat de dimensiunea „Percepția siguranței pacientului” cu rezultat de 44,3% a răspunsurilor pozitive ce a relevat:

- prezența procedurilor și mediului de muncă favorabil pentru siguranța pacientului,
- existența problemelor ce țin de siguranța pacientului,
- lipsa producerii eșecurilor din întâmplare,
- inexistența creșterii volumului de muncă în cazul când aceasta ar provoca afectarea siguranței pacientului

Locul 11 a fost ocupat de dimensiunea „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor” cu rezultatul de 43,2% a răspunsurilor pozitive. Probleme care au fost evaluate în dimensiunea aceasta au inclus:

- folosirea erorilor comise împotriva personalului,
- căutarea persoanelor vinovate, dar nu a cauzelor erorilor,

- frica personalului că comiterea erorilor va rămâne înscrisă în dosarul personal.

Locul 12 a revenit dimensiunii „Asigurarea cu personal” cu rezultatul de 37,3% a răspunsurilor pozitive ce a constatat:

- existența problemei în cazul substituirii și angajării personalului temporar,
- insuficiența personalului necesar pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă,
- lucrul sub presiune și în grabă pentru a îndeplini tot volumul de sarcini ce stau în fața personalului,
- ziua de munca a personalului medical din departamentele de neurochirurgie este epuizantă.

Rezultatele obținute indică că grupa întâi a inclus patru dimensiuni ale culturii siguranței pacientului:

- ✓ Munca în echipa,
- ✓ Învățare organizațională - îmbunătățire continuă,
- ✓ Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului,
- ✓ Feedback și comunicarea erorilor.

Grupa aceasta este principală pentru evaluarea și monitorizarea fiabilității serviciilor pentru pacienții cu profil neurochirurgical. Valoarea medie a răspunsurilor pozitive la această grupă a constituit 81,2% (ÎI 95% [80,1-82,3]).

Grupa a 2-a inclus:

- ✓ Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii,
- ✓ Frecvența evenimentelor raportate,
- ✓ Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului,
- ✓ Colaborarea între secții clinice.

Valoarea medie a răspunsurilor pozitive la dimensiunile grupei 2 a constituit 58,1% (ÎI 95% [56,7-59,5]).

Grupa a 3-a inclus:

- ✓ Comunicarea deschisă,
- ✓ Percepția generală a siguranței pacientului,
- ✓ Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor,
- ✓ Asigurarea cu personal.

Valoarea medie a răspunsurilor pozitive la itemii din dimensiunile acestei grupe a constituit 42,7% (ÎI 95% [41,3-44,1]).

Rezultatele obținute în cadrul studiului au permis să clasificăm dimensiunile culturii siguranței pacientului conform scării Harrington de dezirabilitate pentru aprecierea nivelului culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie (Tabelul 4.15).

Tabelul 4.15. Clasificarea Dimensiunilor Culturii Siguranței Pacienților conform scării Harrington

Gra dația	Frecvența răspunsurilor pozitive	Nivelul culturii siguranței pacienților	Dimensiunea	Valoarea totală a dimensiunii, %
5.	80-100%	Foarte înalt	Munca în echipă	85,0
			Învățare organizațională - îmbunătățire continuă	81,1
			Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului	80,9
4.	63-79%	Înalt	Feedback și comunicarea erorilor	76,5
3.	37-62%	Mediu	Probleme la schimbarea turelor și transferurile pacienților între secții, servicii	61,9
			Frecvența evenimentelor raportate	60,0
			Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului	59,2
			Colaborarea între secții clinice	52,1
			Comunicarea deschisă	47,4
			Percepția siguranței pacientului	44,3
			Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor	43,2
			Asigurarea cu personal	37,3
2.	20-36%	Insuficient	Nu a fost identificat	-
1.	0-19%	Foarte insuficient	Nu a fost identificat	-

Rezultate cu nivel „foarte înalt” al culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie conform scării Harrington au obținut dimensiunile:

- ✓ Munca în echipă - 85,0%;
- ✓ Învățare organizațională - îmbunătățire continuă - 81,1%;
- ✓ Expectative și acțiuni ale conducerii ce favorizează siguranța pacientului- 80,9%;

Rezultat cu nivel „înalt” a obținut:

- ✓ Feedback și comunicarea erorilor - 76,5%.

Aceste două grupuri de rezultate au fost apreciate ca fiind domeniile forte ale culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie.

Rezultate cu nivel „mediu” în conformitate cu scara Harrington au obținut dimensiunile:

- ✓ Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii - 61,9%;
- ✓ Frecvența evenimentelor raportate - 60,0%;
- ✓ Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului - 59,2%;
- ✓ Colaborarea între secții clinice - 52,1%;
- ✓ Comunicarea deschisă - 47,4%;
- ✓ Percepția siguranței pacientului - 44,3%;
- ✓ Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor - 43,2%;

✓ Asigurarea cu personal - 37,3%.

Dimensiuni cu valoarea totală de nivel „insuficient” și „foarte insuficient” nu au fost identificate. Aceste dimensiuni au fost apreciate ca fiind domeniile vulnerabile ale culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie, care necesită elaborarea și implementarea unor măsuri de optimizare pentru a crește siguranța pacienților de profil neurochirurgical în aceste instituții.

Valoarea Coeficientului Alpha Cronbach calculat pentru întreg chestionarul a constituit 0,906.

Rezultatele obținute au fost reflectate și în alte studii [114-118].

4.3 Sinteza capitolului 4

Rezultatele prezentate în acest capitol confirmă faptul că există loc de îmbunătățire a culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din Moldova. Rezultatele studiului au determinat nivelul fiecărui factor în parte și integral al tuturor dimensiunilor culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova. Studiul a permis identificarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului, care influențează pozitiv sau negativ siguranța pacientului în departamentele de neurochirurgie. Acest fapt a făcut posibilă determinarea domeniilor care necesită intervenții prompte de optimizare atât din partea personalului implicat direct în acordarea asistenței medicale pacienților, cât și din partea managementului instituțiilor medicale și a organelor conducerii de vârf prin implementarea unor noi proceduri, instrumente, instruirii, optimizări, dotări ce țin de domeniul siguranței pacientului. Drept domenii forte ale culturii siguranței pacientului au fost determinate următoarele: „Munca în echipă” - 85,0%, „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă” 81,1%, „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului” 80,9%, „Feedback și comunicarea erorilor” - 76,5%. Drept domenii vulnerabile ale culturii siguranței pacientului au fost identificate următoarele: „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii” - 61,9%, „Frecvența evenimentelor raportate” 60,0%, „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” 59,2%, „Colaborarea între secții clinice” - 52,1%, „Comunicarea deschisă” - 47,4%, „Percepția siguranței pacientului” - 44,3%, „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor” - 43,2%, „Asigurarea cu personal” - 37,3%. Domeniul critic al culturii siguranței pacientului care a fost determinat și care necesită cea mai rapidă și radicală intervenție este domeniul asigurării cu personal al departamentelor de neurochirurgie—valoarea totală a PRP constituind 37,3 %.

Rezultatele studiului au scos în evidență mai multe aspecte ale culturii siguranței pacientului care necesită a fi redresate pentru a obține creșterea culturii siguranței pacientului și

ca rezultat final al indicatorilor de siguranță a pacientului și calității asistenței medicale. Deosebit de important este de a spori interesul managerilor față de siguranța pacienților în general și nu doar atunci când au loc evenimente adverse, incidente și erori, astfel vom obține schimbarea accentelor acțiunilor orientându-le pe măsurile preventive și nu pe cele de redresare post incident, fapt determinat prin răspunsurile respondenților la întrebarea „*conducerea pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când se întâmplă un eveniment advers unui pacient*” - 45,5% (ÎI 95% [40,3-50,8]). Aceasta ar contribui la îmbunătățirea indicatorului de a *nu se mai produce eșecuri din întâmplare* – 30,4% (ÎI 95% [25,8-35,1]).

Este oportun de a întreprinde acțiuni și progrese în domeniul comunicării deschise între management și angajați, astfel încât personalul să poată chestiona cu totală libertate deciziile sau acțiunile superiorilor, PRP 41,7%(ÎI 95% [36,5-47,0]). Studiul relevă existența fricii personalului de a adresa întrebări managementului despre lucruri realizate incorect- PRP 35,4%(ÎI 95% [30,7-40,3]). Este necesar de a schimba paradigma acțiunilor în cazul comiterii și raportării erorilor, incidentelor și evenimentelor adverse prin depistarea cauzelor producerii acestora, evitarea identificării vinovaților PRP 43,5% (ÎI 95% [38,0-48,7]) și eliminarea fricii angajaților că erorile comise vor rămâne consemnate în dosarele personale, PRP- 26,1% (ÎI 95% [21,7-30,7]).

Rezultatele sondajului au permis să se constate că numărul personalului angajat în departamentele clinice de neurochirurgie nu este suficient pentru a face față volumului și sarcinilor de muncă PRP 39,1% (ÎI 95% [33,9-44,6]). De asemenea studiul a stabilit că nu se pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului din cauza zilei de muncă epuizante, PRP– 29,9% (ÎI 95% [25,5-35,1]), multor substituiți sau personal angajat temporar, PRP- 42,6% (ÎI 95% [37,1-47,8]) și din cauza incomodității de a lucra cu personal din alte secții, PRP 40,6% (ÎI 95% [35,1-46,1]). Totodată a fost constatat faptul că diferite compartimente clinice ale instituției medicale nu lucrează în mod coordonat, PRP- 35,4% (ÎI 95% [30,4-40,9]).

Rezultatele semnificative ce caracterizează cultura siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie pot servi drept repere pentru factorii de decizie politică, managerii de spitale și nemijlocit personalul medical pentru întreprinderea măsurilor de consolidare a culturii siguranței și creșterea indicatorilor de siguranță a pacienților.

V. ANALIZA CORELAȚIEI DINTRE CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR ȘI GRADUL DE SIGURANȚĂ A PACIENTULUI ÎN DEPARTAMENTELE DE NEUROCHIRURGIE DIN MOLDOVA

5.1. Evaluarea interrelației dintre factorii și dimensiunile culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță a pacienților apreciat de respondenți

Utilizând analiza de corelație Kendall, am evaluat existența legăturii de asociere dintre factorii și dimensiunile culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacienților apreciat de către respondenți în departamentele de neurochirurgie. În analiza corelației avem 2 tipuri de variabile:

1. independente,
2. dependente.

În studiul nostru, răspunsurile respondenților la cele 42 de întrebări ale „Chestionarului privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” AHRQ au fost atribuite variabilelor *independente* care s-au numit *factori*. Întrebarea specială indicator de rezultat din chestionar: „Evaluati gradul de siguranță al pacienților în departamentul dumneavoastră de la 1 până la 10” a fost atribuită variabilei *dependente*.

Obiectivul principal a fost să explorăm care este legătura sau interrelația dintre cele 42 de variabile- factori ai culturii siguranței pacientului din Chestionarul AHRQ și variabila dependentă în cazul nostru „gradul de siguranță al pacientului” apreciat de către respondenți.

Pentru argumentare, au fost luate 4 criterii:

1. numărul de corelații asociate (345)
2. *numărul de grade de libertate* $345-2 = 343$.
3. *pronosticul exact* la colectivitatea generală cu probabilitate de 95% - 99% - 99,9%
4. trei coeficienți de corelații *tabelare* în funcție de pronosticul exact, inclusiv:

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,05}$ cu $p < 0,05$ (95%)

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,01}$ cu $p < 0,01$ (99%)

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,001}$ cu $p < 0,001$ (99,9%).

Rezultatele prezentate au arătat următorii parametri ai tabelului:

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,05} = 0,195$

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,01} = 0,254$

⇒ $R_{xy_tabelar\ 0,001} = 0,321$.

Pentru a interpreta coeficienții de corelație, întrebărilor- factori din chestionar li s-au atribuit cuvintele cheie după cum sunt prezentate în **Anexa 6**.

Rezultatele analizei de corelație dintre factorii dimensiunii „Munca în echipă” și gradul siguranței pacientului apreciat de către angajați este prezentat în Tabelul 5.1.

Tabelul 5.1. I. ”Muncă în echipă”. Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Întrebarea	Coeficientul de corelație cu gradul de siguranță al pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar\ 0,05}$ = 0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar\ 0,01}$ = 0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar\ 0,001}$ = 0,321 < 0,001
A1	„SPRIJIN”	$\tau = „+”0,207$	*		
A3	„ECHIPĂ”	$\tau = „+”0,241$	*		
A4	„RESPECT”	$\tau = „+”0,277$		*	
A11	„AJUTOR”	$\tau = „+”0,309$		*	

„**Sprijin**”. În rezultatul studiului a fost determinată legătura de corelație moderată, cu direcție pozitivă dintre „Sprijin” și Gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație obținut reflectă o legătura pozitivă, directă și de intensitate scăzută, $\tau_{xy} = +0,207$. S-a constatat că, cu cât personalul din departament se sprijină mai mult unul pe altul, cu atât îngrijirile pacienților sunt mai sigure. Coeficientul de corelație calculat este *semnificativ* la nivel de probabilitate cu 95%. De aici, coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$. Rezultatul obținut poate fi extrapolat la colectivitatea generală, și anume la toți medicii și asistenții medicali din departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova. Menționăm, că rezultatul va fi exact același în 95 cazuri din 100 ($p < 0,05$).

„**Echipă**”. Analiza de corelație dintre factorul „ echipă” și gradul siguranței pacientului a identificat o legătură de corelație pozitivă directă, de putere moderată. Cu cât mai mult angajații colaborează ca o echipă pentru a putea finaliza tot volumul de muncă, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație a fost $\tau = +0,241$. Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$.

„**Respect**”. După cum au arătat rezultatele studiului, cu cât este mai mare respectul reciproc în departament, cu atât serviciul medical oferit pacientului este mai sigur. Coeficientul de corelație pozitiv, a fost egal cu $\tau = +0,277$, puterea corelației s-a dovedit a fi moderată. Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,01$.

„**Ajutor**”. Studiul a determinat că cu cât mai mare este ajutorul colegilor când cineva are un volum mare de muncă cu atât este mai înaltă siguranța pacienților. Coeficientul de corelație identificat a avut direcție pozitivă, legătura de corelare s-a dovedit a fi puternică și valoric a fost egal cu $\tau = +0,309$ Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,01$.

Totalizare 1. Rezultatele studiului au demonstrat că există legătură de corelație între factorii dimensiunii „Munca în echipă” și gradul de siguranță al pacienților apreciat de către respondenți. Rezultatele au evidențiat faptul că gradul siguranței va crește odată cu fortificarea lucrului în echipă, cu sprijinirea și ajutorarea colegilor în îndeplinirea volumului de sarcini și cu creșterea respectului între colegi.

Tabelul 5.2. II „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”. Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul de siguranță al pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul de siguranță al pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar\ 0,05} = 0,195 < 0,05$	$R_{xy_tabelar\ 0,01} = 0,254 < 0,01$	$R_{xy_tabelar\ 0,001} = 0,321 < 0,001$	
B1	„EXPRIMARE”	$\tau = „+”0,212$	*			
B2	„PROPUNERI”	$\tau = „+”0,245$	*			
B3R	„RAPIDITATE”	$\tau = „-”0,188$				*
B4R	„IGNORARE”	$\tau = „-”0,234$	*			

„**Exprimare**”. Rezultatele studiului au arătat că, cu cât superiorii își exprimă satisfacția când personalul încearcă să evite riscurile privind siguranța pacientului, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație a fost egal cu $\tau = +0,212$, determinând o legătură de putere moderată, directă, pozitivă. Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$.

„**Propuneri**”. După cum au arătat rezultatele studiului, cu cât mai mult managementul ține cont de **propunerile** angajaților pentru îmbunătățirea siguranței pacientului, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație identificat exprimă o legătură de corelație moderată, directă, pozitivă cu $\tau = +0,245$. Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$.

„**Rapiditate**”. Coeficientul selectiv de corelație între creșterea presiunii de lucru asupra personalului și dorința managerului de a lucra mai rapid a fost egal cu $\tau = -0,188$. Coeficientul de corelație a fost nesemnificativ cu $p > 0,05$. Acest rezultat a făcut posibilă concluzia că nu există legătură de corelație între creșterea presiunii de lucru asupra personalului și dorința managerului de a se lucra mai rapid.

„**Ignorare**”. Rezultatele studiului au arătat că cu cât superiorii sau managementul mai puțin ignoră problemele de siguranță ale pacienților, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților ($\tau = -0,234$). Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$, indică o legătură de corelație moderată, cu direcție negativă a relației.

Totalizare 2. Rezultatele studiului au arătat că „Expectativele și acțiunile conducerii care favorizează siguranța pacientului” sunt în legătură de corelație moderată, directă, pozitivă cu gradul de siguranță a pacienților atunci când personalul evită riscurile siguranței pacientului ($\tau = + 0,212$, $p < 0,05$), când managementul ia în considerare propunerile pentru îmbunătățirea siguranței pacientului ($\tau = + 0,245$, $p < 0,05$) și legătură moderată inversă negativă, în cazul când superiorii sau managementul ignoră problemele de siguranță a pacienților ($\tau = - 0,234$, $p < 0,05$). Nu a existat nici o legătură de corelație între creșterea presiunii cu sarcini de lucru asupra personalului și dorința managerilor de a accelera activitatea acestuia ($p > 0,05$). Rezultatele analizei de corelație dintre factorii dimensiunii II „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”. și gradul siguranței pacientului apreciat de către angajați este prezentat în Tabelul 5.2.

Tabelul 5.3. III. „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”
Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul de siguranță al pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul de siguranță al pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar\ 0,05} =$ 0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar\ 0,01} =$ 0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar\ 0,001} =$ 0,321 < 0,001
A6	„ACTIVITĂȚI”	$\tau = \text{”+”}0,253$	*		
A9	„MĂSURI”	$\tau = \text{”+”}0,267$		*	
A13	„EVALUARE”	$\tau = \text{”+”}0,264$		*	

„Activități”. După cum au arătat rezultatele studiului, cu cât este mai mare numărul de *activități*, ce abordează siguranța îngrijirii pacienților, cu atât este mai mare *gradul de siguranță al pacienților* ($\tau = + 0,253$, $p < 0,05$). Analiza de corelație a identificat o legătura moderată pozitivă între acești doi parametri.

„Măsuri”. În rezultatul studiului a fost descoperită corelația directă pozitivă de intensitate moderată dintre „Măsuri” și „Gradul de siguranță al pacienților”. Coeficientul de corelație a fost egal cu $\tau = + 0,267$. S-a constatat că, cu cât sunt *mai bine implementate măsurile* pentru a evita repetarea eșecurilor îngrijirilor pacienților, cu atât este mai mare *gradul de siguranță al pacienților*. Coeficientul de corelație a fost *semnificativ* la nivel de probabilitate cu 99% ($p < 0,01$).

„Evaluare”. *Evaluarea* eficacității schimbărilor implementate pentru îmbunătățirea siguranței pacienților și gradul de siguranță al pacienților sunt legate prin legătura de corelație moderată, pozitivă ($\tau = \text{”+”} 0,264$). Cu cât mai mult se evaluează eficacitatea măsurilor

implementate, cu atât este mai înalt gradul siguranței pacienților. Coeficientul de corelație a fost *semnificativ* la nivel de probabilitate cu 99% ($p < 0,01$).

Totalizare 3. Rezultatele studiului au determinat că factorii dimensiunii „Învățarea organizațională-îmbunătățire continuă” corelează cu gradul siguranței pacienților prin sporirea numărului de activități destinate creșterii siguranței pacientului ($\tau = + 0,253$; $p < 0,05$), prin implementarea măsurilor de evitare a incidentelor ($\tau = + 0,267$; $p < 0,01$) și evaluării eficienței măsurilor implementate ($\tau = + 0,264$, $p < 0,01$).

Tabelul 5.4. IV. „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” .
Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Cod ul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul de siguranță al pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar}$ $0,05 = 0,195$ $< 0,05$	$R_{xy_tabelar}$ $0,01 = 0,254$ $< 0,01$	$R_{xy_tabelar}$ $0,001 = 0,321$ $< 0,001$
F 1	„CLIMAT”	$\tau = „+”0,268$		*	
F 8	„FAPTE”	$\tau = „+”0,278$		*	
F9R	„ADVERSITATE”	$\tau = „-”0,312$		*	

„Climat”. Rezultatele studiului au arătat că, cu cât este mai favorabil *climatul* de lucru pentru îngrijirea în siguranță a pacienților, cu atât este mai mare *gradul siguranței îngrijirilor acordate pacienților* ($\tau = + 0,268$; $p < 0,01$). Legătura de corelație identificată s-a dovedit a fi directă pozitivă, de intensitate moderată.

„Fapte”. Potrivit rezultatelor cercetării a fost stabilită legătura de corelație de intensitate medie, cu direcție pozitivă, ce arată că, cu cât mai frecvent managementul arată prin fapte concrete că siguranța îngrijirilor pacienților prezintă o prioritate, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,278$; $p < 0,01$).

„Adversitate”. Rezultatele studiului au constatat că, în cazul când managementul arată interes față de siguranța pacientului doar atunci când apare un episod negativ la un pacient, atunci gradul siguranței pacientului scade (Figura 5.1.). Coeficientul de corelație Kendall a fost puternic, cu direcție negativă $\tau = - 0,312$. Probabilitatea pronosticului exact la colectivitatea generală a constituit $p < 0,01$.

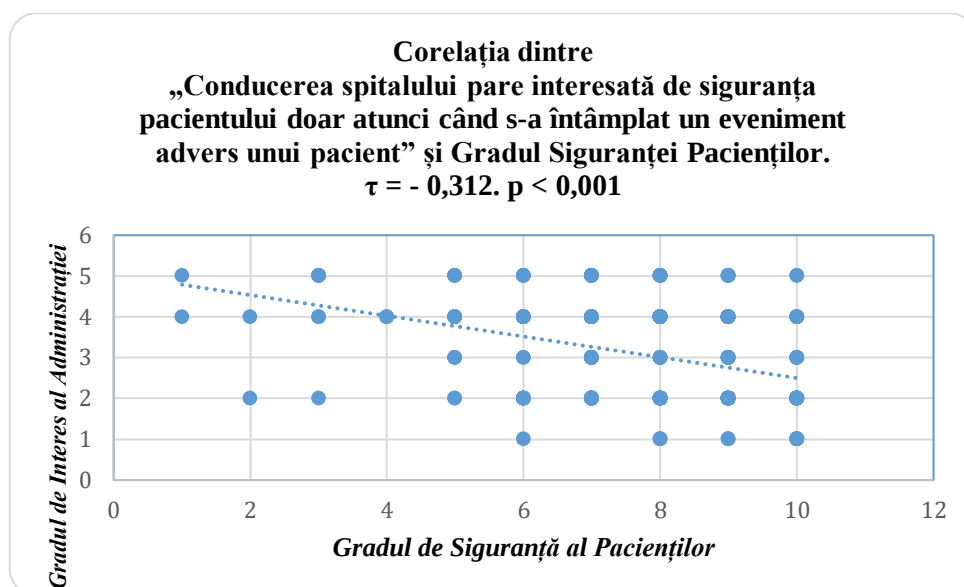


Fig. 5.1. Corelația dintre „Conducerea spitalului pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când s-a întâmplat un eveniment advers unui pacient” și gradul siguranței pacienților

Totalizare 4. Suportul administrației instituțiilor medicale are un efect diferit asupra gradului siguranței pacientului: pozitiv și negativ. Pozitiv în cazul când se creează climatul de lucru care favorizează siguranța pacientului ($\tau = + 0,268$; $p < 0,01$) și se prezintă fapte concrete ce dovedesc că siguranța Pacienților este o prioritate ($\tau = + 0,278$; $p < 0,01$). Un efect negativ este detectat atunci când administrația prezintă interes față de siguranța pacienților doar atunci când se întâmplă un incident negativ pacienților ($\tau = - 0,312$; $p < 0,01$).

Tabelul 5.5. V. „Percepția siguranței pacientului” . Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar}$ $0,05=0,195$ $< 0,05$	$R_{xy_tabelar}$ $0,01=0,254$ $< 0,01$	$R_{xy_tabelar}$ $0,001=0,321$ $< 0,001$	
A15	„SACRIFICARE”	$\tau = "-0,003$				*
A18	„PROCEDURI”	$\tau = "+0,289$		*		
A10R	„EȘECURI”	$\tau = "+0,196$	*			
A17R	„PROBLEME”	$\tau = "-0,285$		*		

„Sacrificare”. Studiul a determinat că nu există o legătură de corelație semnificativă între creșterea ritmului de lucru al angajaților și gradul siguranței pacienților ($\tau = - 0,003$, $p > 0,05$).

„Proceduri”. În rezultatul analizei de corelație a fost determinată legătură moderată cu orientare pozitivă între existența unor proceduri bune și a mediului favorabil pentru evitarea erorilor și gradul siguranței pacienților. Cu cât sunt mai bune procedurile și mediul de muncă în departament pentru a evita erorile în îngrijirile medicale, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,289$; $p < 0,01$).

„Eșecuri”. Rezultatele studiului au arătat că cu cât au loc mai puține eșecuri din întâmplare în îngrijirea pacienților, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,196$; $p < 0,05$). Legătura de corelație s-a dovedit a fi slabă, cu direcție pozitivă.

„Probleme”. După cum a arătat studiul, cu cât există mai multe probleme ce țin de siguranța pacienților în departament, cu atât gradul de siguranță a pacienților este mai mic ($\tau = - 0,285$; $p < 0,01$). A fost determinată o legătură de corelație moderată, cu orientare pozitivă.

Totalizare 5. Un impact *pozitiv* asupra gradului de siguranță al îngrijirii pacienților este cauzat de existența procedurilor bune și mediului favorabil de muncă în spital ($\tau = + 0,289$; $p < 0,01$) și de numărul mic al eșecurilor din întâmplare în timpul îngrijirilor pacienților ($\tau = + 0,196$; $p < 0,05$). Un impact *negativ* asupra siguranței pacienților este determinat de prezența unui număr mare de probleme în ceea ce privește siguranța pacienților în departament ($\tau = - 0,285$; $p < 0,01$). Analiza de corelație a determinat că nu există o corelație semnificativă între creșterea ritmului de lucru al angajaților și gradul de siguranță al pacienților ($\tau = - 0,003$; $p > 0,05$).

Tabelul 5.6. VI. ”Feedback și Comunicarea Erorilor”. Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar\ 0,05} = 0,195 < 0,05$	$R_{xy_tabelar\ 0,01} = 0,254 < 0,01$	$R_{xy_tabelar\ 0,001} = 0,321 < 0,001$
C1	„INCIDENT”	$\tau = ”+”0,262$		*	
C3	„ERORI”	$\tau = ”+”0,335$			*
C5	„DISCUȚII”	$\tau = ”+”0,343$			*

„Incident”. Ca urmare a studiului, s-a constatat o legătură de corelație moderată cu direcție pozitivă între nivelul de informare despre acțiunile implementate ca urmare a producerii unui incident și gradul de siguranță al pacientului. Rezultatele relevă că cu cât mai multe acțiuni corective au fost implementate după producerea și raportarea unui incident, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,262$; $p < 0,01$).

„Erori”. Studiul a arătat că, cu cât personalul medical este mai bine informat despre erorile produse în secțiile unde activează, cu atât este mai mare gradul siguranței îngrijirilor medicale ($\tau = + 0,335$; $p < 0,01$). Relația legăturii de corelație evidențiată s-a dovedit a fi orientată pozitiv și puternică ca intensitate.

„Discuții”. Rezultatele studiului a identificat prezența unei relații puternice orientate pozitiv între discuțiile angajaților despre evitarea repetării sau producerii erorilor și gradul de siguranță al pacienților. Rezultatele au arătat că, cu cât sunt mai frecvente discuțiile din departament despre modalitățile de evitare a repetării erorilor, cu atât este mai mare gradul de siguranță a pacienților ($\tau = + 0,343$; $p < 0,01$).

Totalizare 6. Între toate cele trei componente ale dimensiunii „Feedback și comunicarea despre erori” există o legătura pozitivă moderată spre puternică cu gradul de siguranță al pacienților. Cea mai puternică corelație obținută este la compartimentul „discuții” ($\tau = + 0,343$; $p < 0,01$), mai puțin puternică a fost corelația obținută la parametrul „erori” ($\tau = + 0,335$; $p < 0,01$). Corelație moderată a fost obținută la factorul „incidente” ($\tau = + 0,262$; $p < 0,01$).

Tabelul 5.7. VII. ”Comunicarea deschisă”. Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar}$ $0,05 = 0,195$ $< 0,05$	$R_{xy_tabelar} 0,01 =$ 0,254 $< 0,01$	$R_{xy_tabelar}$ $0,001=0,321$ $< 0,001$
C2	„LIBERTATE”	$\tau = „+”0,302$		*	
C4	„CHESTIONARE”	$\tau = „+”0,254$		*	
C6.R	„TEAMĂ”	$\tau = „-”0,257$		*	

„Libertate”. În rezultatul studiului a fost descoperită corelația puternică, orientată pozitiv dintre discuțiile cu totală libertate privind practicile ce pot influența negativ îngrijirile pacientului și gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație a fost egal cu $\tau = + 0,302$. S-a constatat faptul că, cu cât mai mult au loc discuțiile libere și deschise despre ceea ce ar putea afecta negativ siguranța pacienților, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților. Coeficientul de corelație a fost *semnificativ* la nivel de probabilitate cu 99% ($p < 0,01$).

„Chestionar”. Rezultatele studiului au arătat că, cu cât personalul medical are mai multe oportunități de a cere în mod deschis informații despre deciziile și acțiunile managerilor superiori, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,254$). Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,01$, de intensitate medie și cu direcție pozitivă.

„Teamă”. După cum a arătat studiul, cu cât mai mult personalul medical se teme să adreseze întrebări despre lucrurile care par că s-au realizat în mod incorect, cu atât gradul de siguranță a pacienților este mai mic ($\tau = - 0,257$). Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,01$. Relația dintre aceste fenomene s-a dovedit a fi moderată și cu direcție inversă-negativă.

Totalizare 7. În rezultatul studiului s-a argumentat științific că factorii dimensiunii culturii siguranței pacientului „Comunicarea deschisă”, inclusiv discuțiile libere ($\tau = + 0,302$; $p < 0,01$) și oportunitățile de a cere în mod deschis informații despre deciziile și acțiunile managerilor superiori ($\tau = + 0,254$; $p < 0,01$) corelează pozitiv cu gradul de siguranță al îngrijirilor pacientului. În același timp, frica de a adresa întrebări ($\tau = - 0,257$; $p < 0,01$) are o legătură de corelație mai slabă cu gradul siguranței pacientului.

Tabelul 5.8. VIII. „Frecvența evenimentelor raportate”
Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Co dul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar}$ 0,05=0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar}$ 0,01 = 0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar}$ 0,001 = 0,321 < 0,001	
D1	„ÎNAINTE”	$\tau= „+”0,306$		*		
D2	„PREVIZIUNE”	$\tau= „+”0,156$				*
D3	„DĂUNĂTOR”	$\tau = „+”0,227$		*		

„Înainte”. Analiza de corelație a determinat că, cu cât mai frecvent are loc notificarea erorilor descoperite și corectate înainte ca acestea să afecteze pacientul, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Între aceste două fenomene a fost identificată o legătură de corelație puternică, orientată pozitiv. Coeficientul de corelație a fost egal cu $\tau = + 0,306$; $p < 0,01$.

„Dăunător”. După cum au arătat rezultatele studiului, cu cât mai frecvent se notifică erorile care nu avut consecințe adverse, deși puteau să dăuneze pacientului, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație a fost egal cu $\tau = + 0,227$, $p < 0,05$. Legătura de asociere dintre fenomenul de raportare a erorilor care nu au avut efecte adverse asupra pacientului și gradul de siguranță este de intensitate moderată, cu direcție pozitivă.

„Previziune”. Studiul nu a identificat existența unei corelații semnificative între creșterea notificării erorilor care în mod previzibil nu vor dăuna pacientului și gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,156$; $p > 0,05$).

Totalizare 8. S-a stabilit că evenimentele raportate corelează cu gradul siguranței pacienților atunci când notificarea erorilor se efectuează înainte ca un incident să producă un efect negativ asupra pacientului ($\tau = + 0,360$; $p < 0,001$) și când are loc notificarea erorilor care nu au consecințe dăunătoare pentru pacient ($\tau = + 0,227$; $p < 0,01$).

Tabelul 5.9. IX. "Munca în echipă între compartimente". Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Cod ul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar}$ $_{0,05} = 0,195$ $< 0,05$	$R_{xy_tabelar}$ $_{0,01} = 0,254$ $< 0,01$	$R_{xy_tabelar}$ $_{0,001}$ $= 0,321$ $< 0,001$	
F4	„COOPERARE”	$\tau = „+”0,317$		*		
F10	„COORDONARE”	$\tau = „+”0,309$		*		
F2.R	„NECOORDONARE”	$\tau = „-”0,250$	*			
F6.R	„INCOMODITATE”	$\tau = „-”0,179$				*

„Cooperare”. S-a constatat că cu cât este mai mare nivelul de cooperare între compartimentele, serviciile spitalului, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților. Coeficientul de corelație Kendall a fost egal cu $\tau = + 0,317$; $p < 0,01$, ce indică prezența unei legături de asociere puternice cu direcție pozitivă între aceste două fenomene. Reprezentarea grafică a acestei legături de corelație este arătată în Figura 5.2.

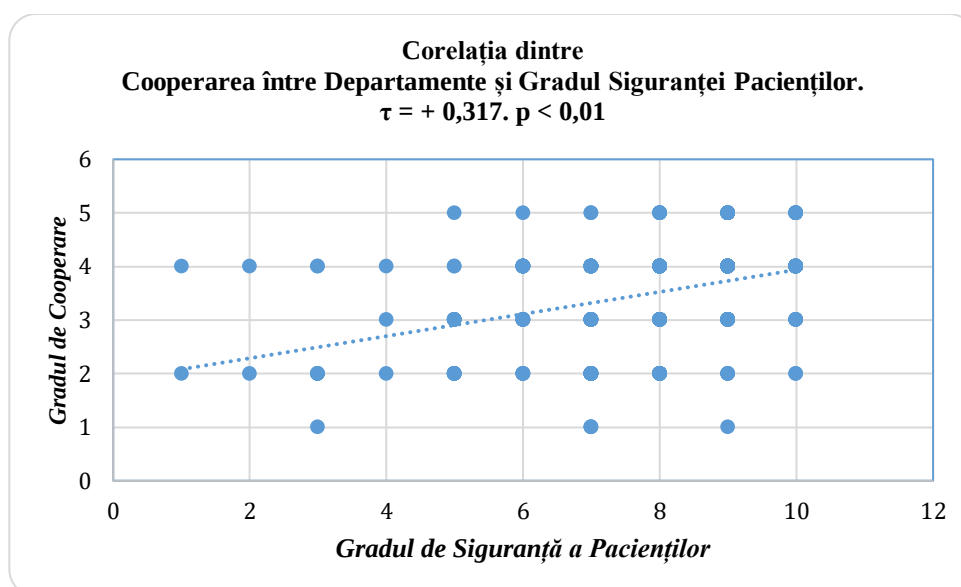


Fig. 5.2. Corelația dintre cooperarea între departamente și gradul siguranței pacienților

„Coordonare”. Potrivit rezultatelor studiului, cu cât mai bine coordonează între ele departamentele clinice pentru prestarea celor mai bune îngrijiri pacientului, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație Kendall a fost egal cu $\tau = + 0,309$; $p < 0,01$ ce determină o legătură de corelație cu direcție pozitivă, de intensitate puternică între aceste două fenomene.

„Ne-coordonare”. Conform rezultatelor analizei de corelație efectuate cu cât mai mult compartimentele spitalului nu se coordonează între ele, cu atât este mai mic gradul de siguranță al pacienților ($\tau = - 0,250$; $p < 0,05$). Legătura de corelație dintre aceste fenomene s-a dovedit că are direcție inversă negativă și intensitate moderată.

„Incomoditate”. Rezultatele obținute au demonstrat că Nu există o legătură de corelație semnificativă între incomoditatea de a lucra cu personalul din alte servicii și gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,179$; $p > 0,05$).

Totalizare 9. „Cooperarea” și „Coordonarea” între compartimentele, serviciile spitalului are un efect pozitiv asupra siguranței pacienților. „Ne-coordonarea” în activitatea dintre departamente, secții, servicii reduce semnificativ gradul de siguranță al îngrijirilor acordate pacienților de profil neurochirurgical.

Tabelul 5.10. X. „Asigurarea cu personal”
Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar}$ 0,05 = 0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar}$ 0,01 = 0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar}$ 0,001 = 0,321 < 0,001	
A2.	“SARCINĂ”	$\tau = „+”0,174$				*
A5.R	“EPUIZARE”	$\tau = „-”0,175$				*
A7.R	“TEMPORAR”	$\tau = „-”0,201$	*			
A14R	“PRESIUNE”	$\tau = „-”0,214$	*			

„Sarcină”. Studiul a determinat că Nu există o corelație semnificativă între existența personalului suficient pentru a face față sarcinilor de muncă și gradul de siguranță al pacienților din departamentele de neurochirurgie ($\tau = + 0,174$; $p > 0,05$).

„Epuizare”. De asemenea s-a constatat că nu există o corelație semnificativă între incapacitatea de a oferi servicii calitative și sigure din motiv ca ziua de muncă este epuizantă și gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,175$; $p > 0,05$).

„Temporar”. Rezultatele studiului au arătat că, cu cât este mai mare numărul angajaților pe durată temporară de muncă, cu atât este mai mic *gradul de fiabilitate al îngrijirilor pacienților* ($\tau = -0,201$; $p < 0,05$). Relația dintre fenomene este inversă și de intensitate scăzută.

„Presiune”. În rezultatul studiului a fost descoperită corelația dintre activitatea sub presiune a personalului pentru a realiza prea multe sarcini și prea rapid și gradul de siguranță al pacienților. Coeficientul de corelație Kendall a fost egal cu $\tau = -0,214$, $p < 0,05$. S-a stabilit faptul că, cu cât sunt mai multe activități de efectuat sub presiune de timp, cu atât este mai mic gradul de siguranță a pacienților. Coeficientul de corelație a fost *semnificativ* la nivel de probabilitate cu 95% ($p < 0,05$), de intensitate moderată și direcție inversă negativă.

Totalizare 10. S-a constatat că angajarea personalului temporar și lucrul sub presiune al personalului reduc semnificativ gradul de siguranță al îngrijirilor pacienților în departamentele de neurochirurgie.

Tabelul 5.11. XI. „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”. Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P		
			$R_{xy_tabelar}$ 0,05=0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar}$ 0,01=0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar}$ 0,001=0,321 < 0,001
F3.R	„TRANSFERARE”	$\tau = „-”0,280$		*	
F5.R	„PIERDERE”	$\tau = „-”0,244$	*		
F7.R	„INTERSCHIMB”	$\tau = „-”0,314$		*	
F11.R	„CONSECINȚE”	$\tau = „-”0,288$		*	

„Transferare”. Analiza de corelație a stabilit prezența legăturii de asociere inverse-negative, de intensitate medie între pierderea informației despre pacienți odată cu transferul lor între diferite secții și gradul siguranței pacientului. Cu cât mai frecvent se pierd informațiile despre pacient atunci când aceștia sunt transferați de la o unitate la alta, cu atât este mai jos gradul siguranței pacientului ($\tau = -0,280$; $p < 0,01$).

„Pierdere”. Rezultatele cercetării au determinat că cu cât mai frecvent se pierde informația importantă despre îngrijirile primite de către pacient în timpul schimbării turelor, cu atât mai mic este gradul de siguranță al pacientului ($\tau = -0,244$; $p < 0,05$). Relația dintre aceste două fenomene este una inversă negativă, de intensitate moderată.

„Interschimb”. Potrivit rezultatelor studiului cu cât intervin mai multe probleme în cadrul interschimbului de informații dintre diferite servicii, cu atât este mai scăzut gradul de

siguranță al pacientului ($\tau = -0,314$; $p < 0,01$). Corelația dintre fenomene este puternică, cu direcție negativă și este reprezentată grafic în Figura 5.3.

„Consecințe”. Rezultatele studiului au arătat că cu cât mai frecvent apar probleme în acordarea îngrijirilor medicale ca urmare a schimbării turelor, cu atât gradul siguranței pacientului este mai scăzut ($\tau = -0,288$; $p < 0,01$). Interrelația dintre aceste două fenomene este cu direcție inversă- negativă și are intensitate moderată.

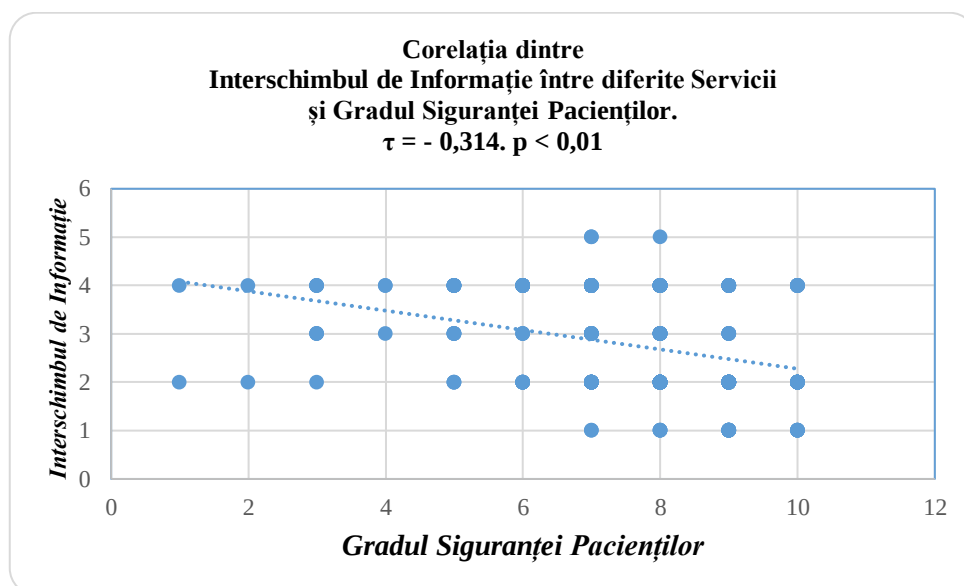


Fig. 5.3. Corelația dintre interschimbul de informație între diferite servicii și gradul siguranței pacienților

Totalizare 11. Analiza de corelație efectuată a stabilit că un impact *negativ* asupra gradului siguranței pacienților este condiționat de pierderea informațiilor în timpul transferurilor pacienților între unități, secții, servicii, departamente ($\tau = -0,280$; $p < 0,01$), pierderea informațiilor în timpul schimbării turelor ($\tau = -0,244$; $p < 0,05$), interschimbului problematic de informații între servicii ($\tau = -0,314$; $p < 0,01$) și existența problemelor de îngrijiri ale pacienților ca consecințe a schimbării turelor ($\tau = -0,288$; $p < 0,01$).

Tabelul 5.12. XII. „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”
Coeficientul de corelație al rangului Kendall cu gradul siguranței pacienților

Codul	Cuvântul-cheie	Coeficientul de corelație cu gradul siguranței pacienților	Probabilitatea pronosticului exact, P			P
			$R_{xy_tabelar}$ 0,05 = 0,195 < 0,05	$R_{xy_tabelar}$ 0,01 = 0,254 < 0,01	$R_{xy_tabelar}$ 0,001 = 0,321 < 0,001	
A8.R	“ÎMPOTRIVĂ”	$\tau = \text{”-”}$ 0,197	*			
A12.R	“VINO VAT”	$\tau = \text{”-”}$ 0,278		*		
A16.R	“DOSAR”	$\tau = \text{”-”}$ 0,163				*

„Împotriva”. Rezultatele studiului au identificat o legătură de corelație slabă cu direcție negativă între folosirea de către colegi a erorii produse împotriva celui care a comis-o și gradul siguranței pacientului. Cu cât greșelile comise de angajați sunt folosite mai des împotriva lor, cu atât este mai mic gradul siguranței pacientului ($\tau = - 0,197$). Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,05$.

„Vinovat”. Analiza de corelație a stabilit existența unei legături moderate, cu direcție inversă- negativă între gradul siguranței pacientului și identificarea vinovatului de producerea unei erori, dar nu a cauzei acesteia. După cum au arătat rezultatele studiului, cu cât mai frecvent se caută persoana vinovată și nu adevărata cauză a erorii, cu atât gradul de siguranță al pacienților este mai mic ($\tau = - 0,278$). Coeficientul de corelație a fost semnificativ cu $p < 0,01$.

„Dosar”. Studiul a elucidat că nu există o legătură de corelație semnificativă între frica că greșeală comisă va rămâne înscrisă în dosarul personal al angajaților și gradul de siguranță al pacienților ($\tau = - 0,163$). Coeficientul de corelație a fost nesemnificativ cu $p > 0,05$.

Totalizare 12. Analiza de corelație dintre factorii dimensiunii **XII. „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”** a stabilit că un impact *negativ* asupra gradului siguranței pacienților este cauzat de utilizarea greșelilor comise de angajați împotriva lor ($\tau = + 0,197$; $p < 0,05$) și de căutarea persoanei vinovate de comiterea erorii, dar nu a cauzei acesteia ($\tau = - 0,278$; $p < 0,01$).

5.2. Construirea Ierarhiei factorilor și dimensiunilor culturii siguranței pacienților în funcție de puterea legăturii de corelație cu gradul de siguranță al pacienților.

Principala întrebare a cercetării a fost de a afla care variabile independente (factori) ale culturii siguranței pacientului corelează cu variabila dependentă- indicator de rezultat și anume, „gradul de siguranță al pacienților” apreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie și care este puterea legăturii de asociere dintre aceste fenomene. Pentru a atinge acest obiectiv, a fost construită ierarhia tuturor 42 de coeficienți de corelație în funcție de valoarea absolută a coeficientului de corelație Kendall obținută în rezultatul cercetării (Tabelul 5.13).

Tabelul 5.13. Ierarhia coeficienților de corelație ai rangului Kendall semnificativi cu gradul siguranței pacienților

<i>Rangul</i>	<i>Cuvântul-cheie</i>	<i>Coeficientul de corelație cu gradul de siguranța a pacienților</i>
1.	„DISCUȚII”	0,343 p < 0,001
2.	„ERORI”	0,335 p < 0,001
3.	„COOPERARE”	0,317 p < 0,01
4.	„INTERSCHIMB”	0,314 p < 0,01
5.	„ADVERSITATE”	0,312 p < 0,01
6.	„AJUTOR”	0,309 p < 0,01
7.	„COORDONARE”	0,309 p < 0,01
8.	„ÎNAINTE”	0,306 p < 0,01
9.	„LIBERTATE”	0,302 p < 0,01
10.	„PROCEDURI”	0,289 p < 0,01
11.	„CONSECINȚE”	0,288 p < 0,01
12.	„PROBLEME”	0,285 p < 0,01
13.	„TRANSFERARE”	0,280 p < 0,01
14.	„FAPTE”	0,278 p < 0,01
15.	„VINOVAȚ”	0,278 p < 0,01
16.	„RESPECT”	0,277 p < 0,01
17.	„CLIMĂ”	0,268 p < 0,01
18.	„MĂSURI”	0,267 p < 0,01
19.	„EVALUARE”	0,264 p < 0,01
20.	„INCIDENT”	0,262 p < 0,01
21.	„TEAMĂ”	0,257 p < 0,01
22.	„CHESTIUNE”	0,254 p < 0,01
23.	„ACTIVITĂȚI”	0,253 p < 0,05
24.	„NE-COORDONARE	0,250 p < 0,05
25.	„PROPUNERI”	0,245 p < 0,05
26.	„PIERDERE”	0,244 p < 0,05
27.	„ECHIPĂ”	0,241 p < 0,05
28.	„IGNORARE”	0,234 p < 0,05
29.	„DĂUNĂTOR”	0,227 p < 0,05
30.	„PRESIUNE”	0,214 p < 0,05
31.	„EXPRIMARE”	0,212 p < 0,05
32.	„SPRIJIN”	0,207 p < 0,05
33.	„TEMPORAR”	0,201 p < 0,05
34.	„ÎMPOTRIVĂ”	0,197 p < 0,05
35.	„EȘECURI”	0,196 p < 0,05

Cea mai puternică corelație a fost obținută cu factorul „**Discuțiile**”. Cu cât sunt mai frecvente discuțiile din departament despre evitarea repetării greșelilor, cu atât este mai mare gradul de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,343$; $p < 0,001$). „**Erorile**” au venit pe locul doi. Cu cât personalul medical este mai des informat cu privire la erorile produse, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,335$; $p < 0,001$). Printre primele trei, este situat și factorul „**Cooperare**”- cu cât este mai mare cooperarea între departamentele spitalului, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,317$; $p < 0,01$). Factorul „**Interschimb**” a ocupat locul patru. Cu cât mai frecvent au loc probleme în cadrul schimbului de informații între diferite

servicii, unități departamente, cu atât gradul siguranței pacientului este mai scăzut ($\tau = - 0,314$; $p < 0,01$). Locul cinci este ocupat de „**Adversitate**” și arată că gradul siguranței scade în cazul când administrația arată interes față de siguranța pacientului numai atunci când se produc incidente, erori sau evenimente adverse asociate actului medical ($\tau = - 0,312$; $p < 0,01$). „**Ajutor**” a ocupat locul șase, exprimă că acordarea ajutorului colegilor are un efect pozitiv asupra fiabilității îngrijirii pacienților, ($\tau = + 0,309$; $p < 0,01$). Locul șapte este ocupat de „**Coordonare**”- cu cât este mai bună coordonarea între departamentele clinice, cu atât este mai mare gradul siguranței pacienților, ($\tau = + 0,309$; $p < 0,01$). „**Înainte**” a ocupat locul opt și indică că notificarea mai frecventă a erorilor înainte ca acestea să afecteze pacientul, induce creșterea gradului siguranței pacienților ($\tau = + 0,306$; $p < 0,01$). Locul nouă este ocupat de „**Libertate**”- cu cât sunt mai libere și deschise discuțiile despre factorii ce ar putea afecta negativ siguranța pacienților, cu atât este mai înalt gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,302$; $p < 0,01$). „**Proceduri**” a ocupat locul zece. Factorul acesta indică că cu cât sunt mai bune procedurile și mediul de muncă în spital, cu atât este mai înalt gradul siguranței pacienților ($\tau = + 0,289$; $p < 0,01$). Locul 11 este ocupat de „**Consecințe**” ce indică că gradul siguranței pacientului scade odată cu creșterea frecvenței problemelor în acordarea îngrijirilor medicale ca consecință a schimbării turelor ($\tau = - 0,288$; $p < 0,01$). „**Probleme**” a ocupat locul 12 - cu cât există mai multe probleme în departament în ceea ce privește îngrijirea pacienților, cu atât gradul de siguranță al pacienților este mai mic ($\tau = - 0,285$; $p < 0,01$). Locul 13 este ocupat de „**Transferare**” ce indică că gradul siguranței pacientului scade odată cu creșterea frecvenței pierderii informațiilor despre pacienți, în timpul transferurilor între diferite unități, servicii, departamente ($\tau = - 0,280$; $p < 0,01$). „**Fapte**” au venit pe locul 14, cu cât mai des administrația demonstrează prin fapte concrete că siguranța pacienților este o prioritate, cu atât este mai mare gradul de siguranță a pacienților ($\tau = + 0,278$; $p < 0,01$). Locul 15 este ocupat de „**Vinovat**” ce arată că gradul de siguranță a pacienților scade odată cu creșterea frecvenței de identificare a persoanei vinovate ($\tau = - 0,278$; $p < 0,01$). „**Respect**” a venit pe locul 16- cu cât este mai mare respectul reciproc în departament, cu atât asistența medicală este mai sigură ($\tau = + 0,277$; $p < 0,01$). Locul 17 este ocupat de „**Climă**” și arată că climatul de lucru mai favorabil conduce la creșterea siguranței pacienților ($\tau = + 0,268$; $p < 0,01$). „**Măsuri**” au ocupat locul 18 și indică că odată cu creșterea numărului de măsuri destinate evitării producerii erorilor și evenimentelor adverse pacienților, are loc creșterea gradului de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,267$; $p < 0,01$). Locul 19 este ocupat de „**Evaluare**” și arată că gradul de siguranță al pacienților crește în cazul când crește frecvența evaluării eficienței măsurilor implementate pentru sporirea siguranței pacienților ($\tau = + 0,264$; $p < 0,01$). „**Incident**” s-a situat pe locul 20 ($\tau = + 0,264$; $p < 0,01$), cu cât mai multe acțiuni au fost duse la capăt după producerea și notificarea unui incident, cu atât este mai mare gradul siguranței

pacienților ($\tau = + 0,262$; $p < 0,01$). Locul 21 este ocupat de „**Teamă**” care relatează că gradul siguranței pacienților scade odată cu creșterea fricii personalului de a adresa întrebări despre ceea ce se pare că s-a realizat în mod incorect ($\tau = - 0,257$; $p < 0,01$). „**Chestionar**” s-a clasat pe locul 22 și ne indică ca creșterea numărului de oportunități pentru personalul medical de a chestiona deschis deciziile și acțiunile managerilor superiori este asociată cu creșterea gradului de siguranță al pacienților ($\tau = + 0,254$; $p < 0,01$). „**Activități**” au ocupat locul 23, arată că numărul mai mare de activități, legate cu fiabilitatea îngrijirii pacienților, este în legătură directă cu creșterea gradului siguranței pacienților ($\tau = + 0,253$, $p < 0,05$). Locul 24 este ocupat de „**Ne-coordonare**” cu cât este mai mare gradul de ne-coordonare între diferite departamentele ale spitalului, cu atât este mai mic gradul siguranței pacienților ($\tau = - 0,250$; $p < 0,05$). „**Propuneri**” s-a clasat pe locul 25 și indică legătura directă pozitivă dintre creșterea acceptării de către management a propunerilor angajaților privind siguranța pacienților și gradul de siguranță ($\tau = + 0,245$; $p < 0,05$). „**Pierdere**” au ocupat locul 26 și exprimă că în timpul schimbării turelor cu cât mai des se pierde informația importantă despre asistența medicală acordată pacientului, cu atât mai mic este gradul siguranței pacientului ($\tau = - 0,244$; $p < 0,05$). „**Echipa**” s-a situat pe locul 27 și arată că creșterea nivelului de colaborare a angajaților este asociată direct cu creșterea siguranței pacientului ($\tau = + 0,241$; $p < 0,05$). „**Ignorare**” a ocupat locul 28 și determină prezența legăturii de corelație cu direcție inversă negativă între nivelul de ignorare a problemelor de siguranță ale pacienților de către management și gradul siguranței pacientului ($\tau = - 0,234$; $p < 0,05$). „**Dăunător**” s-a clasat pe locul 29 și indică prezența legăturii de corelație pozitive dintre creșterea nivelului de notificare a erorilor care nu avut consecințe adverse, deși puteau să dăuneze pacientului și creșterea gradului siguranței pacienților ($\tau = + 0,227$; $p < 0,05$). „**Presiune**” a ocupat locul 30- cu cât este mai mare presiunea asupra personalului de a efectua mai multe activități, cu atât este mai mic gradul siguranței pacienților ($\tau = - 0,214$; $p < 0,05$). Locul 31 este ocupat de „**Exprimare**” ce arată prezența legăturii de corelație pozitivă între exprimarea satisfacției managementului și aprecierea încercărilor personalului de a evita riscurile legate de siguranța pacientului și gradul siguranței pacientului ($\tau = + 0,212$; $p < 0,05$). Factorul „**Sprijin**” a ocupat locul 32 din ierarhie și arată o legătură de corelație slabă cu direcție pozitivă între creșterea sprijinului reciproc al colegilor din departament și gradul siguranței pacienților. Cu cât personalul din departament se sprijină mai mult unul pe altul, cu atât îngrijirea pacienților este mai sigură ($\tau = + 0,207$; $p < 0,05$). „**Temporar**” s-a clasat pe locul 33 și indică prezența legăturii slabe de corelație cu direcție inversă între creșterea numărului de angajați temporar și gradul de siguranță a pacienților. Cu cât este mai mare numărul de angajați temporar, cu atât este mai mic gradul de fiabilitate a îngrijirilor pacienților ($\tau = - 0,201$; $p < 0,05$). „**Împotrivă**” a ocupat locul 34, arată legătura de corelație inversă negativă cu putere joasă. Cu cât greșelile

comise sunt folosite mai des împotriva persoanei vinovate, cu atât este mai mic gradul siguranței pacientului ($\tau = -0,197$; $p < 0,05$). „Eșecuri” au ocupat locul 35, cu cât se produc mai puține eșecuri întâmplătoare în îngrijirile pacienților, cu atât este mai înalt gradul siguranței pacienților ($\tau = +0,196$; $p < 0,05$).

În rezultatul studiului de corelație nu a fost identificată existența legăturii de corelație dintre gradul siguranței pacienților și următoarele variabile-factori ai culturii siguranței pacientului: „Rapiditate”, „Incomoditate”, „Epuizare”, „Sarcină”, „Dosar”, „Previziune”, „Sacrificare”. Coeficienții de corelație Kendall determinați pentru aceste variabile au fost nesemnificativi cu $p > 0,05$ (Tabelul 5.14).

Tabelul 5.14. Coeficienții de corelație ai rangului Kendall nesemnificativi cu gradul de siguranță a pacienților

1.	„RAPIDITATE”	0,188 $p > 0,05$
2.	„INCOMODITATE”	0,179 $p > 0,05$
3.	„EPUIZARE”	0,175 $p > 0,05$
4.	„SARCINĂ”	0,174 $p > 0,05$
5.	„DOSAR”	0,163 $p > 0,05$
6.	„PREVIZIUNE”	0,156 $p > 0,05$
7.	„SACRIFICARE”	0,003 $p > 0,05$

Rezultatele analizei de corelație dintre fiecare factor al culturii siguranței pacientului și gradul siguranței analizați în parte și descrise mai sus au făcut posibilă determinarea *ratingului dimensiunii* culturii siguranței pacientului în funcție de puterea legăturii de corelație a acestora cu gradul de siguranță al pacienților apreciat de către angajați (Tabelul 5.15).

Tabelul 5.15. Ratingul Dimensiunilor culturii siguranței pacientului în funcție de puterea legăturii de corelație cu Gradul Siguranței Pacientului

<i>Codul Dimensiunii</i>	<i>Denumirea Dimensiunii</i>	<i>Coeficientul Corelației cu gradul Siguranței Pacienților</i>	<i>Ratingul dimensiunii</i>
VI	”Feedback și Comunicarea Erorilor”	0,313	1
IX	”Munca în echipă între compartimente”.	0,292	2
IV	”Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului”	0,286	3
XI	”Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”	0,282	4
VII	”Comunicarea deschisă”.	0,271	5
VIII	”Frecvența evenimentelor raportate”	0,267	6
III	”Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”	0,261	7
I	”Munca în Echipă”	0,259	8
V	”Percepția siguranței pacientului”	0,257	9
XII	”Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”	0,238	10
II	”Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”	0,230	11
X	”Asigurarea cu personal”	0,208	12

După cum arată rezultatele analizei de corelație Kendall între toate componentele culturii siguranței pacientului există legătură de corelație cu gradul siguranței pacientului apreciat de către angajații departamentelor de neurochirurgie. Toate rezultatele obținute au fost statistic semnificative cu $p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.001$. Corelația medie compusă a tuturor coeficienților de corelație Kendall pentru fiecare dimensiune cu gradul siguranței pacientului a fost egală cu 0.264 (interval: 0.208-0.313). Dacă abordăm rezultatele obținute din punct de vedere al puterii legăturii de corelație Kendall observăm că în majoritatea cazurilor avem legătură de intensitate moderată între domeniile componente ale culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță al pacienților autoapreciat de către angajații departamentelor de neurochirurgie. Cea mai puternică legătura de corelație Kendall s-a atestat între gradul siguranței pacientului și „Feedback și Comunicarea Erorilor” unde $\tau = 0.313$, precum și „Munca în echipă între compartimente” unde $\tau = 0.292$. Aceasta înseamnă că cu cât mai mult este oferit feedback și comunicare despre erorile care se produc în departamentele de neurochirurgie cu atât crește gradul siguranței pacientului. Același lucru se referă și la domeniul muncii în echipă când gradul siguranței crește atunci când lucrul în echipă este mai intens. Cea mai slabă legătură de corelație s-a dovedit a fi între domeniul „Asigurarea cu personal” și gradul siguranței pacientului unde $\tau = 0.208$.

Rezultatele analizei de corelație Kendall dintre gradul siguranței pacientului autoapreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie și factorii individuali, precum și domeniile culturii siguranței pacientului în ansamblu au fost reflectate și în alte publicații [116][119] (116) (119).

5.3. Sinteza capitolului 5

Pentru prima dată în Republica Moldova prin efectuarea analizei de corelație Kendall au fost determinați factorii individuali și dimensiunile-domeniile culturii siguranței pacientului care posedă legătură de corelație cu Gradul Siguranței Pacienților apreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie. Utilizând coeficienții de corelație obținuți, a fost posibilă construirea ierarhiei factorilor culturii siguranței pacienților în funcție de puterea legăturii de corelație cu gradul de siguranță al pacienților. A fost apreciat ratingul dimensiunilor culturii siguranței în funcție de valoarea medie compusă a coeficientului de corelație Kendall. Rezultatele sus-numite au făcut posibilă determinarea factorilor culturii siguranței pacientului la nivel de departament de neurochirurgie din spital care se asociază pozitiv sau negativ cu gradul siguranței pacienților. De asemenea s-a realizat determinarea coeficienților de corelație semnificativi și nesemnificativi, și s-a construit ierarhia factorilor obținuți conform puterii de corelație cu gradul de siguranță a pacientului. Unul dintre obiectivele importante care a fost atins

a fost clasificarea dimensiunilor culturii siguranței pacienților în dependență de puterea legăturii de asociere cu gradul siguranței pacientului apreciat de către angajații din departamentele de neurochirurgie. Rezultatele obținute au permis determinarea pronosticului exact la colectivitatea generală cu probabilitate de 95% - 99% - 99,9%.

Printre factorii culturii siguranței pacientului între care există legătură de corelație puternică cu gradul siguranței pacientului au fost identificați următorii: „DISCUȚII” $\tau = 0,343$, $p < 0,001$, „ERORI” $\tau = 0,335$, $p < 0,001$, „COOPERARE” $\tau = 0,317$, $p < 0,01$, „INTERSCHIMB” $\tau = 0,314$, $p < 0,01$, „ADVERSITATE” $\tau = 0,312$, $p < 0,01$, „AJUTOR” $\tau = 0,309$, $p < 0,01$, „COORDONARE” $\tau = 0,309$, $p < 0,01$, „ÎNAINTE” $\tau = 0,306$, $p < 0,01$, „LIBERTATE” $\tau = 0,302$, $p < 0,01$.

Rezultatele studiului de corelație Kendall au stabilit existența unei legături slabe de corelație între gradul siguranței pacientului și următorii factori ai culturii siguranței din departamentele de neurochirurgie: „SPRIJIN” $\tau = 0,207$, $p < 0,05$, „TEMPORAR” $\tau = 0,201$, $p < 0,05$, „ÎMPOTRIVĂ” $\tau = 0,197$, $p < 0,05$, „EȘECURI” $\tau = 0,196$, $p < 0,05$.

În rezultatul studiului de corelație nu a fost identificată existența legăturii de corelație dintre gradul siguranței pacienților și următorii factori ai culturii siguranței pacientului: **„Rapiditate”, „Incomoditate”, „Epuizare”, „Sarcina”, „Dosar”, „Previziune”, „Sacrificare”**. Coeficienții de corelație Kendall în aceste cazuri au fost nesemnificativi.

Studiul a determinat că între toate domeniile culturii siguranței pacientului există legătură de corelație semnificativă cu gradul siguranței pacientului. Corelația medie compusă a tuturor coeficienților de corelație Kendall a fost egală cu 0.264 (interval: 0.208- 0.313). Ierarhia coeficienților de corelație a tuturor dimensiunilor cu gradul siguranței pacientului reflectă că cea mai puternică legătura de corelație Kendall s-a atestat între gradul siguranței pacientului și „Feedback și Comunicarea Erorilor”- $\tau = 0.313$, precum și între „Munca în echipă între compartimente”- $\tau = 0.292$. Legături de corelație medii s-au determinat între „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” $\tau = 0,286$, „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii” $\tau = 0,282$, „Comunicarea deschisă” $\tau = 0,271$, „Frecvența evenimentelor raportate” $\tau = 0,267$, „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă” $\tau = 0,261$, „Munca în Echipa” $\tau = 0,259$, „Percepția siguranței pacientului” $\tau = 0,257$, „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor” $\tau = 0.238$, „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului” $\tau = 0,230$, „Asigurarea cu personal” $\tau = 0.208$.

Determinarea coeficienților de corelație Kendall nu a permis identificarea unei direcții de cauzalitate între aceste fenomene, însă acest fapt nu exclude interdependența dintre factorii culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță al pacienților apreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie. În rezultat putem constata că modificarea unui factor sau

domeniu al culturii siguranței pacientului atrage după sine modificarea gradului siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din Moldova.

DISCUȚII

Scopul final al „Planului de acțiune global pentru siguranța pacienților” este de a obține reducerea maxim posibilă a vătămărilor inevitabile din cauza îngrijirilor medicale nesigure la nivel mondial [2]. Unul din cele șapte principii directoare ale „Planului global de acțiune” este insuflarea unei culturi a siguranței în proiectarea și furnizarea asistenței medicale [2]. Datorită nivelului său ridicat de complexitate, neurochirurgia este o specialitate cu risc sporit, iar îmbunătățirea rezultatelor pacienților a rămas centrală în spectrul său de activități academice [120]. Pentru prima dată a fost explorată percepția personalului medical din departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova despre cultura siguranței pacientului. Potrivit rezultatelor studiului personalul medical din departamentele de neurochirurgie a demonstrat o deschidere amplă pentru a participa la acest studiu, iar rata de răspuns a fost ridicată și a constituit 93 %. Rezultatele studiului exprimă atitudinea pozitivă a personalului medical față de cultura siguranței pacientului. Studiul reflectă particularitățile culturii siguranței pacienților din departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova cu elucidarea domeniilor forte și vulnerabile ale acestora. Valoarea frecvenței răspunsurilor pozitive la dimensiunile culturii siguranței pacientului variază între 37,3% - „asigurarea cu personal” și 85,0%- „munca în echipă în cadrul unităților”. Russell E. Mardon et al (2010) au reflectat rezultate similare în studiul lor, unde scorurile HSOPS medii au variat de la 42% răspunsuri pozitive (răspuns nepunitiv la erori) la 79% răspunsuri pozitive (munca în echipă în cadrul unităților) [95]. Valoarea medie a gradului de siguranță a pacientului apreciat de angajați a fost de 7,8 puncte (Î 95% [7,6-8,0]) din 10, care corespunde unui nivel „foarte bun” a siguranței pacientului. Potrivit rezultatelor studiului, nivelul siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie a fost apreciat mai înalt- 39,1%- „excelent”, 43,8% – „foarte bine”, 12,8% – „acceptabil”, 3,2% – „slab” și 1,2% – „eșec” comparativ cu rezultatele studiului Tereanu C. et al. (2018) desfășurat în instituții medicale din Moldova, în care respondenți au apreciat gradul siguranței pacientului ca fiind „excelent” sau „foarte bun” în 59% cazuri și „acceptabil” în 37% cazuri [31]. Rezultatele studiului culturii siguranței pacienților efectuat în România, Tereanu C. et al. (2017) denotă că respondenții au apreciat siguranța pacienților la nivel „excelent” în 21% cazuri, „foarte bună”- 50% și „acceptabil,, - 27% [13][15]. Explicațiile rezultatului obținut în studiul nostru pot fi că personalul medical din departamentele de neurochirurgie poartă un puternic simț al responsabilității personale pentru pacienții lor, fapt menționat de Han S.J. (2015) [120].

Neurochirurgia este departe de a avea imunitate la producerea erorilor. Complexitatea pacienților cu patologie neurochirurgicală impun necesitatea implicării echipelor multidisciplinare pentru asigurarea îngrijirilor medicale necesare din care motiv acești pacienți sunt deseori expuși la aceleași erori întâlnite în alte specialități medicale chirurgicale, împreună cu erori unice specifice pentru neurochirurgie [121]. Studiul nostru reflectă nivelul de raportare scăzută a incidentelor, erorilor și evenimentelor adverse asociate actului medical- aproximativ 90 % dintre respondenți au indicat că nu au raportat nici un eveniment advers în ultimul an de activitate. Tereanu C. et. al. (2018), de asemenea au descris fenomenul de raportare scăzută a incidentelor în studiul efectuat în Moldova, unde 68% dintre respondenți nu au raportat niciun eveniment advers în ultimele 12 luni [31] și 73 % în România [28]. În comparație cu țările înalt dezvoltate precum Japonia unde “Zero evenimente raportate” a fost în doar 34,9 %, Taiwan 48.8% și Statele Unite ale Americii 50.8% cazuri [122]. Conform rezultatelor „Raportului comparativ al bazei de date” elaborat de AHRQ pentru anul 2016, 55% din respondenți nu au raportat nici un eveniment advers timp de douăsprezece luni de activitate [123]. Înțelegerea frecvenței și pericolului reprezentat de erorile medicale și oferirea de strategii pentru prevenirea acestora formează baza mișcării moderne pentru siguranța pacientului [121]. Raportarea voluntară a evenimentelor adverse este adesea descrisă ca o metodă inadecvată de a detecta evenimentele legate de siguranța pacienților și este marcată de rate de subraportare [124]. În Moldova, nu există un sistem centralizat de raportare anonimă obligatorie a evenimentelor adverse. Nivelul de raportare scăzută a incidentelor, evenimentelor adverse poate fi explicat prin sistemul de raportare voluntară. Russell E. Mardon a menționat în 2010 că tinde să existe o subraportare considerabilă a evenimentelor din spitale, ceea ce este problematic, deoarece potențialele probleme de siguranță nu pot fi recunoscute sau identificate și, prin urmare, ar putea să nu fie abordate [95, 123]. Maureen L. Falcone (2022) în studiul de revizie integrată a constatat carența literaturii despre raportarea evenimentelor adverse în cadrul spitalelor de îngrijiri acute. Autorul a stabilit că frica de a fi învinuit și frica de răzbunare sunt motivele cele mai frecvente din care personalul medical nu raportează erorile și evenimentele adverse. De asemenea drept bariere în raportarea evenimentelor adverse au fost menționate de către autor barierele culturale, lipsa de cunoștințe despre erori și lipsa comunicării feedbackului despre erorile raportate, volumul de muncă crescut. O barieră importantă descrisă de autor a fost că personalul medical consideră că problemele care pot fi ușor soluționate de sine stătător nu merită să fie raportate [125]. Hiromi J. et al. (2018) constată în studiul de revizie sistematică și metaanaliză că cultura culpabilității este omniprezentă în majoritatea spitalelor, ceea ce ar contribui la reducerea raportării erorilor și respectiv la scăderea probabilității de a fi implementate careva măsuri corective post raportare. Autorii consideră că comunicarea eficientă, feedback-ul despre erori, un

leadership puternic și cultura orientată pe învățarea din erori sunt factorii care pot duce la îmbunătățiri ai acestui fenomen [126]. Printre principalii factori care ar contribui la creșterea nivelului de raportare a evenimentelor adverse se numără creșterea culturii siguranței pacienților în instituțiile medicale [123, 125].

Rezultatele studiului prin determinarea scorurilor răspunsurilor pozitive ale tuturor factorilor și dimensiunilor culturii siguranței cu intervale de încredere de 95% au permis identificarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din Republica Moldova. Aprecierea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacientului a fost posibilă datorită utilizării scalei universale verbal-numerice Harrington, care este utilizată în cazurile în care răspunsurile respondenților pot avea un caracter subiectiv [107]. Folosirea scării verbal-numerice de dezirabilitate Harrington a dat posibilitatea ca evaluările subiective ale parametrilor culturii siguranței pacienților efectuate de către respondenți, să fie oficializate conform sistemului de preferințe pe care îl are un expert, stabilind corespunderea dintre valorile naturale ale indicatorilor la scări fizice și parametri psihofizici – evaluări lingvistice subiective ale „preferinței” acestor parametri pentru o funcție, obiect, sistem sau persoană. Astfel au fost determinate domeniile forte ale culturii siguranței pacientului care s-au plasat la nivelul „foarte înalt” al scării Harrington: „Munca în echipă în cadrul unui departament”- 85,0%, „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”- 81,1%; „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”- 80,9% obținând cele mai mari frecvențe ale răspunsurilor pozitive și nivelul „înalt”- „Feedback și comunicarea erorilor”- 76.5%. Rezultate similare au fost determinate de Tereanu C. et al. (2018) în Moldova și în România (2017). În raportul OECD privind referințele internaționale despre cultura siguranței pacienților se menționează că în mediu, lucrătorii din domeniul sănătății din țările OECD au apreciat cel mai înalt următoarele domenii ale culturii siguranței pacienților: „munca în echipă în cadrul unităților”- 68%, „învățarea organizațională – îmbunătățire continuă”-65 % și „așteptările și acțiunile supervizorilor/managerului pentru promovarea siguranței pacienților”- 64%. În mediu, mai mult de 60% dintre lucrătorii din domeniul sănătății din țările OCDE au considerat că mediul lor de lucru este favorabil pentru siguranța pacienților [85].

De asemenea, au fost stabilite domeniile vulnerabile ale culturii siguranței pacientului care necesită atenție sporită și implementarea măsurilor de îmbunătățire și anume: „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”- 61,9%, „Frecvența evenimentelor raportate”- 60,0%, „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului” 59,2% , „Colaborarea între secții clinice”- 52,1%, „Comunicarea deschisă”- 47,4%, „Percepția siguranței pacientului”- 44,3%, „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”- 43,2%, „Asigurarea cu personal”- 37.3%, acestea fiind apreciate la nivelul „mediu” în conformitate cu

scara Harrington. Rezultate similare prezintă raportul despre evaluarea culturii siguranței în țările OECD, în care următoarele domenii ale culturii siguranței pacienților au obținut scorurile cele mai reduse ale frecvenței răspunsurilor pozitive: „Asigurarea cu personal” a fost apreciată pozitiv în 40 % cazuri, „Răspunsul nepunitiv la comiterea erorilor” în 41 % cazuri, „Colaborarea între secții clinice”- 46 % și „Problemele la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”- 47 % [85].

Rezultatele studiului nostru au reflectat faptul că domeniul „Asigurarea cu personal” a fost evaluat cu cel mai mic scor al frecvenței răspunsurilor pozitive. Aceleași rezultate sunt reflectate în baza de date AHRQ, unde domeniul asigurării cu personal a fost evaluat cu cel mai mic scor al frecvenței răspunsurilor pozitive [19]. Factorii critici la acest compartiment au fost asigurarea insuficientă cu personal necesar pentru a asigura volumul crescut de lucru și siguranța pacientului, precum și numărul exagerat de ore lucrate timp de o săptămână de muncă de către personalul angajat în departamentele de neurochirurgie. Procesul de angajare, poziționare și supraveghere a angajaților într-o organizație, prezintă o provocare binecunoscută și importantă pentru atingerea unei culturi favorabile de siguranță a pacientului, conform Danielsson, M. et al., (2019) [18]. C. Tartaglia Reis a explicat că angajații sunt supraîncărcați cu volum exagerat de sarcini din cauza asigurării neadecvate cu personal pentru volumul lor de muncă, ceea ce poate prejudicia calitatea îngrijirilor medicale acordate pacienților [127]. Un alt motiv al scorului scăzut al acestei domenii în departamentele de neurochirurgie din Moldova ar putea fi insuficiența de personal medical atât al medicilor, cât și al asistentelor medicale, motiv pentru care se lucrează mai intens și mai multe ore pe săptămână, după cum a fost constatat în mediu $49,7 \pm 0,76$ (ÎI 95% [48,2-51,1]) ore.

Frecvența scăzută a raportării evenimentelor adverse, „Răspunsul nepunitiv la erori” și „Comunicarea deschisă” sunt alte domenii cu vulnerabilitate înaltă ale culturii siguranței pacientului în departamentele de neurochirurgie din Moldova. Maureen L. Falcone et al. (2022) au remarcat în studiul lor, că teama de a fi considerat vinovat și frica de răzbunare sunt motive comune pentru care asistentele medicale și medicii nu raportează erorile, incidentele și evenimentele adverse asociate actului medical [125]. „Îngrijorarea personalului că greșelile comise ar putea fi păstrate în dosarul personal” a avut cea mai scăzută frecvență a răspunsurilor pozitive și a influențat scorul compus al dimensiunii „Răspunsul nepunitiv la comiterea erorilor”. Rezultatele pot fi explicate prin existența unei așa-zise culturi a blamării, din care motiv personalul nu raportează erorile, fapt menționat de Draganović Š. și Offermanns G. în spitalele din Bosnia și Herțegovina, România, (2022) [21] Tereanu C et al., în România și Moldova [28, 31], AHRQ (2016) [123], Bulgaria (2019) [18], Croația [128], raportul OECD [85].

Courtney S. C. et al. (2020), sugerează în studiul său, că pentru creșterea frecvenței raportării voluntare a evenimentelor adverse este necesară prioritizarea eforturilor pentru îmbunătățirea mecanismelor de feedback despre erorile raportate, comunicării despre schimbările la nivel de sistem și proces ce au fost întreprinse ca răspuns la raportarea erorilor și vociferarea suportului pentru siguranță din partea liderilor de top ai spitalului [129].

Burlison J.D. et al. (2020) menționează în studiul său că pentru a crește probabilitatea ca un eveniment advers privind siguranța pacientului să fie raportat voluntar, e necesar să se acorde prioritate îmbunătățirii mecanismelor de feed back despre eveniment și comunicării măsurilor de îmbunătățire legate de acest eveniment. Concentrarea eforturilor asupra acestor aspecte poate fi mai eficientă decât alte forme de schimbare ale culturii siguranței pacientului [124].

Explorarea asocierii sau relației dintre factorii și dimensiunile privind cultura siguranței pacienților și indicatorul de rezultat gradul de siguranță al pacienților nu este întâlnită frecvent în literatură, acesta fiind unul dintre puținele studii care a explorat o astfel de asociere.

Analiza de corelație Kendall a stabilit existența legăturii de corelație semnificative dintre fiecare factor și dimensiune compusă ale culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacienților apreciat de către angajați, cu determinarea pronosticului la colectivitatea generală. Corelația medie compusă a tuturor coeficienților de corelație Kendall a fost egală cu 0.264 (interval: 0.208- 0.313). Construirea ierarhiei coeficienților de corelație Kendall în funcție de puterea legăturii de asociere cu gradul siguranței pacientului a permis evidențierea domeniilor culturii siguranței pacientului care au impact asupra gradului siguranței pacienților. Așadar, cea mai puternică legătura de corelație Kendall s-a atestat între gradul siguranței pacientului și „Feedback și Comunicarea Erorilor”, $\tau = 0.313$, precum și „Munca în echipă între compartimente”, $\tau = 0.292$. Aceasta înseamnă că abordarea prin comunicare deschisă, constructivă a erorilor și evenimentelor adverse produse în colectiv, precum și instruirea despre modul și metodele de evitare a acestora sunt elementele de bază ce influențează cel mai puternic gradul de siguranță al pacientului. Este esențial în acest sens ca colectivul să fie informat despre erorile produse în departamente, astfel încât să fie conștientizate cauzele producerii acestora și înțelese acțiunile ce trebuie întreprinse ca acestea să nu se mai repete. De asemenea fortificarea și optimizarea muncii între diferite compartimente ale spitalului ar avea un impact pozitiv asupra siguranței pacienților.

Legături de corelație de intensitate medie s-au determinat între gradul siguranței pacientului și următoarele domenii ale culturii siguranței pacienților: „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului”, $\tau = 0,286$, „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”, $\tau = 0,282$, „Comunicarea deschisă”, $\tau = 0,271$, „Frecvența evenimentelor raportate”, $\tau = 0,267$, „Învățare organizațională - îmbunătățire

continuă”, $\tau = 0,261$, „Munca în Echipa”, $\tau = 0,259$, „Percepția siguranței pacientului”, $\tau = 0,257$, „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”, $\tau = 0,238$, „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”, $\tau = 0,230$, „Asigurarea cu personal”, $\tau = 0,208$. Trebuie remarcat faptul că acești factori ai culturii siguranței pacientului influențează semnificativ gradul siguranței pacientului, dar puterea legăturii lor s-a dovedit a fi mai joasă decât factorii descriși mai sus.

El-Jardali F. et al. (2011) determină legătura de asociere pozitivă între scorurile mari al „muncii în echipă în unitățile spitalicești” și creșterea frecvenței evenimentelor raportate. De asemenea, autorul constată că scorurile mai mari la „transferurile și tranzițiile spitalicești” determină probabilitatea de a avea o mai bună percepție despre siguranța pacienților în rândul respondenților și probabilitatea ca respondenții să raporteze un grad mai ridicat de siguranță a pacientului [130].

Ito Shinya et al. (2011) în studiul efectuat în Japonia pe un lot de 6395 respondenți din spitale de îngrijiri acute a determinat legături de corelație medii sau puternice dintre gradul siguranței pacientului și toate dimensiunile culturii siguranței pacientului ($r = 0.23-0.58$) în comparație cu legăturile de corelație slabe determinate în raport cu „Numărul evenimentelor raportate” unde toți coeficienții de corelație au fost mici ($r = -0.12-0.17$) [16].

Autorul Tereanu C. et al. (2018) în studiul său a explorat intercorelația Spearman între dimensiunile culturii siguranței pacientului și întrebarea indicator de rezultat „Gradul de siguranță al pacientului” apreciat de către respondenți la nivel individual pentru a determina dacă dimensiunile au fost legate de rezultatul autoraportat și a constatat că toate rezultatele au fost semnificative statistic ($p < 0,01$); corelația medie compusă a fost de 0,26 (interval:0,14–0,50), cea mai puternică legătură de corelație fiind între gradul siguranței pacientului și dimensiunile „Răspunsul nepunitiv la erori” și „Comunicarea deschisă” [15].

În prezent, măsurarea culturii siguranței pacientului în instituții medicale este privită ca un indicator principal al siguranței pacientului, în contrast cu evenimentele adverse raportate și ratele de erori și vătămări, care sunt indicatori de performanță în siguranță. Informațiile semnificative despre cultura siguranței pacientului pot ghida și orienta corect factorii de decizie politică, managerii de spitale și personalul medical în selectarea argumentată a măsurilor de îmbunătățire și consolidare a culturii siguranței pacientului și drept rezultat final îmbunătățirea rezultatelor indicatorilor obiectivi ai siguranței pacienților [86].

Luând în considerație potențialul și amploarea inițiativelor de îmbunătățire a siguranței pacienților, neurochirurgia se află într-o poziție optimă pentru a fi lider și a conduce această mișcare de inițiative în ceea ce privește siguranța pacienților. Neurochirurgia a fost întotdeauna un domeniu al inovatorilor, în fruntea progreselor clinice și tehnologice și ar trebui să continue

să conducă în calitatea clinică și siguranța pacienților. Ca domeniu cu risc ridicat, neurochirurgia poate avea cel mai mare impact și avantaje semnificative în îmbunătățirea siguranței pacienților, a inițiativelor de calitate și a eficienței costurilor [131].

Studiul nu a evaluat relațiile dintre cultura siguranței pacientului și indicatorii obiectivi ai siguranței pacientului, precum ar fi rata incidentelor, evenimentelor adverse din departamentele de neurochirurgie, sau un anumit tip de erori. Sunt necesare studii suplimentare pentru evalua relația dintre indicatorii culturii siguranței pacientului și indicatori obiectivi ai siguranței pacientului.

CONCLUZII GENERALE

Studiul reprezintă o nouă direcție de cercetare în domeniul siguranței pacientului în instituțiile medicale din Republica Moldova prin investigarea factorilor culturii siguranței pacientului la nivel de departament sau instituții medicale, luând în considerare datele evaluării situației inițiale în acest domeniu. În concordanță cu obiectivele stabilite, au fost obținute următoarele rezultate:

1. Studiul caracteristicilor generale a stabilit particularitățile demografice ale respondenților și specificul activității profesionale a respondentului din neurochirurgie, efectuat pe baza Chestionarului Internațional Standardizat „Chestionar privind Cultura Siguranței pacientului în Spitale” AHRQ, cu evaluarea prognosticului exact la colectivitatea generală, fiind extrapolat la colectivitatea generală prin intervalul de încredere. Rezultatele cercetării au arătat că, 95,4% (ÎI 95% [93,1-97,6]) dintre respondenți aveau vârsta aptă de muncă, de vârstă pensionară fiind doar 4,6% (ÎI 95% [2,4-6,9]). Cea mai mare parte a respondenților lucrează în secția dată de la unu la cinci ani 133 (38,6%; ÎI 95% [33,3-43,8]), urmată de cei care activează mai mult de 20 ani, ce constituie 23,2%. În cadrul repartizării respondenților pe intervale de ani de vechime de muncă în spital, s-a dovedit că o treime dintre aceștia au vechimea de muncă în acest spital de 1-5 ani - 109 (31,6%; ÎI 95% [27,0-36,5]) persoane, iar altă treime are 21 și mai mulți ani de vechime de muncă - 122 (35,4%; ÎI 95% [30,1-40,6]) persoane, ceea ce denotă fidelitatea angajaților față de instituțiile în care activează. Studiul a evidențiat criza de personal medical în sistemul de sănătate prin numărul exagerat de ore lucrate, dintre care 172 (49,9%; ÎI 95% [44,6-55,4]) persoane, activează în mediu $49,7 \pm 0,76$ (ÎI 95% [48,2-51,1]) timp de o săptămână, ceea ce depășește cu mult normativele în vigoare, care constituie 35 ore pe săptămână conform Codului Muncii al RM.

2. Lipsa unui sistem de raportare centralizat, cunoștințele insuficiente în domeniul culturii siguranței pacientului și frica de a nu fi blamat marchează fenomenul de subraportare a incidentelor, erorilor, evenimentelor adverse asociate actului medical din departamentele de

neurochirurgie și întreg sistemul de sănătate. Studiul a determinat că marea majoritatea a respondenților nu au raportat incidente, erori, evenimente adverse în ultimul an de activitate – 313 (90,7%; ÎI 95% [87,5-93,6]) persoane.

3. Gradul de siguranță al pacienților în departamentele de neurochirurgie a fost apreciat pozitiv: cu 9 sau 10 puncte – 135 (39,1%; ÎI 95% [33,9-44,1]) cazuri, ceea ce a corespuns nivelului „excelent” al siguranței pacientului și cu 7 sau 8 puncte – 151 (43,8%; ÎI 95% [38,6-48,0]) cazuri, ceea ce corespunde nivelului „foarte bun”. În dependență de poziția ocupată în secție de către respondent, cel mai mare rating pentru siguranța pacienților a fost acordat de către medicii rezidenți 8,2 puncte din 10, ceea ce corespunde unui nivel „foarte bun”. Scorul medicilor a fost 7,8 puncte și al asistentelor medicale 7,7 din 10 puncte care, la fel, a corespuns nivelului „foarte bun”. Această apreciere poate fi explicată prin faptul că personalul se implică și dorește ca în unitatea în care activează să fie asigurată siguranța pacientului la nivel înalt și să minimizeze riscurile legate de siguranță pentru pacient. Studiul a constatat că personalul ce activează în secțiile de neurochirurgie au dat o apreciere mai înaltă siguranței pacienților (8,0 puncte din 10) (ÎI 95% [7,8-8,2]), decât cei din secțiile anesteziologie-reanimare (7,7 puncte din 10),(ÎI 95% [7,4-7,9]).

4. Promovarea și asigurarea siguranței pacientului prin implementarea unei culturi de siguranță a pacientului pozitive constituie o provocare cheie pentru instituțiile medicale. Studiul a constatat atitudinea pozitivă a personalului față de majoritatea factorilor investigați ai culturii siguranței pacientului. Cu toate acestea au fost constatați factori ai culturii siguranței cu apreciere foarte joasă, care constituie o problemă pentru siguranța pacientului și care cer o atenție sporită, printre care: „Când se comite o eroare, personalul se teme că acest lucru va rămâne consemnat în dosarul personal ”- 26,1%,(ÎI 95% [21,7-30,7]), „Niciodată nu se mărește ritmul de lucru dacă aceasta implică sacrificarea siguranței pacientului”- 27,8 % (ÎI 95% [22,9-32,8]), „Uneori nu se pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului, deoarece ziua de muncă este epuizantă” - 29,9% (ÎI 95% [25,5-35,1]), „Nu se mai produc eșecuri din întâmplare” -30,4%, (ÎI 95% [25,8-35,1]), „Personalul se teme să pună întrebări despre ceea ce pare că s-a realizat în mod incorect”- 35,4 % (ÎI 95% [30,7-40,3]), „Diferite departamente ale spitalului nu se coordonează bine între ele”- 35,4% (ÎI 95% [30,4-40,9]), „Lucrăm sub presiune pentru a realiza prea multe lucruri, prea repede”- 37,7% (ÎI 95% [32,5-42,9]), „Este suficient personal pentru a îndeplini sarcina de muncă” - 39,1% (ÎI 95% [33,9-44,6]). Aceste domenii necesită a fi optimizate prin implementarea măsurilor de îmbunătățire.

5. Folosirea scării verbal-numerice de dezirabilitate Harrington a permis ca evaluările subiective ale parametrilor efectuate de către respondenți, să fie oficializate conform sistemului de preferințe pe care îl are un expert, stabilind corespunderea dintre valorile naturale ale

indicatorilor la scări fizice și parametri psihofizici – evaluări lingvistice subiective ale „preferinței” acestor parametri pentru o funcție, obiect, sistem sau persoană. Astfel au fost determinate domeniile forte ale culturii siguranței pacientului, care au obținut un nivel „foarte înalt” conform scării Harrington: „Munca în echipă în cadrul unui departament”- 85,0%, „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”- 81,1%; „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”- 80,9% obținând cele mai mari frecvențe ale răspunsurilor pozitive.

6. Utilizarea scării de dezirabilitate Harrington a dat posibilitate de a fi elucidate domeniile vulnerabile ale culturii siguranței pacientului care necesită atenție sporită și implementarea măsurilor de îmbunătățire și anume: „Asigurarea cu personal”- 37,3%, „Răspunsul nepunitiv la comiterea erorilor”- 43,2%, „Percepția siguranței pacientului” - 44,3%, „Comunicarea deschisă”- 47,4%, „Colaborarea între secțiile clinice”- 52,1%, „Frecvența erorilor raportate”- 60,0%, „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”- 61,9%, „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului”- 59,2%, acestea fiind apreciate cu nivelul „mediu” în conformitate cu scara Harrington. Cel mai scăzut scor a fost obținut pentru domeniul asigurării insuficiente cu personal necesar pentru a asigura volumul crescut de lucru și siguranța pacientului și numărul exagerat de ore lucrate timp de o săptămână de muncă de către personalul angajat în departamentele de neurochirurgie .

7. Rezultatele studiului de corelație între dimensiunile culturii siguranței pacientului și gradul siguranței pacientului apreciat de către angajați ca indicator de rezultat a elucidat factorii culturii siguranței pacientului la nivel de spital, care corelează pozitiv sau negativ cu gradul siguranței pacienților în departamentele de neurochirurgie. Analiza de corelație arată că cele 12 subdimensiuni ale culturii siguranței ar putea estima gradul de siguranță a pacientului. Coeficientul de corelație nu a permis identificarea unei direcții de cauzalitate, fapt ce nu exclude însă interdependența dintre factorii culturii siguranței pacientului și gradul de siguranță a pacienților apreciat de angajații departamentelor de neurochirurgie. Determinarea ierarhiei factorilor obținuți conform puterii de corelație cu gradul de siguranță al pacientului oferă posibilitate de a interveni cu recomandări de îmbunătățire acolo unde este cea mai stringentă necesitate pentru a obține drept rezultat final creșterea siguranței pacientului.

8. Studiul contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante prin identificarea și implementarea unui instrument internațional validat de evaluare a culturii siguranței pacienților, ce permite determinarea aspectelor forte și vulnerabile care necesită a fi optimizate, cu scopul creșterii siguranței pacienților și calității actului medical în instituțiile medicale din țară. Rezultatele studiului servesc drept suport științific pentru elaborarea și implementarea programelor de creștere a siguranței pacienților. Totodată, datele cercetării vor

contribui la argumentarea măsurilor axate spre reducerea factorilor de risc ai siguranței pacienților în instituții. Rezultatele studiului pot fi utilizate pentru: creșterea gradului de conștientizare a personalului cu privire la siguranța pacienților, evaluarea culturii siguranței pacientului pentru identificarea domeniilor forte și vulnerabile ale culturii siguranței pacienților, elaborarea măsurilor de optimizare în domeniile cu vulnerabilitate înaltă a culturii siguranței și evaluarea impactului inițiativelor și intervențiilor privind siguranța pacienților, examinarea evoluției în timp a tendințelor culturii siguranței pacienților, și efectuarea comparațiilor în cadrul și între diferite instituții.

RECOMANDĂRI PRACTICE

Pentru îmbunătățirea siguranței pacienților în instituțiile medicale din țară înaintăm următoarele recomandări:

Pentru Ministerul Sănătății:

1. Să integreze cultura siguranței pacientului ca factor cheie al siguranței pacientului și calității serviciilor medicale prin elaborarea de politici cu privire la siguranța pacientului la toate nivelurile sistemului de sănătate;
2. Să implementeze instrumentul internațional standardizat de măsurare a culturii siguranței pacientului „Chestionar privind Cultura Siguranței Pacientului în Spitale” elaborat de AHRQ și să se evalueze cultura siguranței pacientului la nivel național pentru a determina domeniile vulnerabile ce necesită a fi optimizate. E oportun să fie creat un sistem național de bază de date care să conțină rezultatele evaluărilor culturii siguranței pacienților pe instituții pentru a putea fi urmărite eficiența măsurilor de optimizare implementate în domeniile vulnerabile stabilite în timpul evaluărilor culturii siguranței pacientului.
3. Să implementeze un sistem unic centralizat de raportare a erorilor, incidentelor, evenimentelor adverse asociate actului medical care să fie neputiv și imparțial, și care să primească informațiile despre toate tipurile de evenimente adverse, erori și incidente raportate.
4. Să elaboreze politici pentru a redresa situația ce ține de asigurarea cu personal a instituțiilor medicale pentru a reduce și evita presiunea asupra personalului din cauza insuficienței acestuia și a facilita respectarea numărului săptămânal de ore lucrate de angajați conform prevederilor Codului Muncii al Republicii Moldova.
5. Să dezvolte politici și programe naționale privind siguranța pacienților prin desemnarea unei autorități competente responsabile pentru siguranța pacienților conform recomandărilor Consiliului Europei din 2009;
6. Să elaboreze și să implementeze un sistem informațional de înregistrare și circuit al datelor, inclusiv dosarul electronic al pacientului, fapt care ar contribui la eficientizarea

transferului de date despre pacient între unități, servicii, specialiști și ar asigura continuitatea și siguranța îngrijirilor medicale acordate pacientului.

Pentru Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”:

1. Să promoveze educația tuturor actorilor din domeniul sănătății privind cultura siguranței pacienților prin integrarea cursului educațional „Cultura Siguranței Pacienților” în învățământul universitar și postuniversitar, formarea la locul de muncă, dezvoltarea profesională continuă a cadrelor medicale,

2. Să dezvolte și să promoveze cercetările în domeniul culturii siguranței pacienților considerat drept element esențial al siguranței pacienților din instituțiile medicale.

Pentru Instituțiile medicale spitalicești cu departamente de neurochirurgie:

1. Să implementeze și să evalueze cultura siguranței pacienților în instituțiile medicale pentru a identifica domeniile vulnerabile ce necesită implementarea unor măsuri de îmbunătățire.

2. Să implementeze în instituții o cultură de siguranță a pacientului în care din raportarea evenimentelor adverse să se învețe, cu evitarea identificării, blamării sau pedepsirii vinovatului.

3. Să implementeze un sistem de management al riscurilor pentru a depista factorii care ar putea provoca evenimente adverse asociate actului medical. Să se raporteze și să se discute deschis despre posibilele *erori care se pot întâmpla înainte de a afecta pacientul* și despre măsurile corective întreprinse în urma raportării erorilor și evenimentelor adverse.

4. Să elaboreze și să implementeze un sistem de înregistrare și transmitere a informației despre asistența medicală acordată pacientului între departamente, secții clinice, servicii sau în timpul schimbării turelor- ceea ce ar contribui la îmbunătățirea *cooperării* între secții clinice și servicii. Să reducă înregistrarea și transferul de informații în format de *hârtie* și să se introducă circuitul și *transferul electronic* de date, inclusiv dosarul electronic al pacientului.

BIBLIOGRAFIE

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global action on patient safety [Resolution WHA72.6]. In: *Seventy-second World Health Assembly*. Geneva: WHO, 2019.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm e health care* [online]. Geneva: WHO, 2021 [citat 20.10.2021]. Disponibil: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
3. DHINGRA, Neelam. *WHO Patient safety flagship - A decade of patient safety 2021-2030. Implementing WHA72.6 - Global action on patient safety, and WHA74.13 - Global patient safety action plan 2021-2030*. Geneva: WHO, 2023.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World alliance for patient safety* [online]. Geneva: WHO, ©2023 [citat 30.03.2023]. Disponibil: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
5. PITTET, D., ALLEGRANZI, B., STORR, J. The WHO Clean Care is Safer Care programme: field-testing to enhance sustainability and spread of hand hygiene improvements. *J Infect Public Health*. 2008, no. 1, pp. 4-10. doi: 10.1016/j.jiph.2008.08.006.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe surgery saves lives: the second global patient safety challenge. *Int J Risk Saf Med*. 2008, vol. 20, no. 3, pp. 181-182. doi: 10.3233/JRS-2008-0442
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Medication without harm - Global patient safety challenge on medication safety*. Geneva: WHO, 2017.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: WHO, 2011.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns*. Geneva: WHO, 2015. 62 p.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives*. Geneva: WHO, 2009.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *5 moments for medication safety*. Geneva: WHO, 2019. 16 p.
12. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *What Is Patient Safety Culture?* [online]. Rockville: AHRQ, 2022- [citat 17.10.2022]. Disponibil: <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
13. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Surveys on Patient Safety Culture. International use: countries where SOPS ® has been administered*. Rockville: AHRQ, 2022. 6 p.
14. SORRA, J., NIEVA, V. *Hospital survey on patient safety culture* [online]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. [citat 17.10.2022]. Disponibil: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/hospcult.pdf>
15. TEREANU, C., SMITH, S. A., GHELASE, S., SAMPIETRO, G., MOLNAR, A.,

- MORARU, D., et al. Psychometric properties of the Romanian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS). *Maedica (Bucharest)*. 2018, vol. 13, no. 1, pp. 34-43. <https://doi.org/10.26574/maedica.2018.13.1.34>.
16. ITO, S., SETO, K., KIGAWA, M., FUJITA, S., HASAGAWA, T., HASEGAWA, T. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. *BMC Health Serv Res*. 2011, vol. 11, p. 28. doi: 10.1186/1472-6963-11-28.
 17. STOYANOVA, R., DIMOVA, R., TORNYOVA, B., MAVROV, M., ELKOVA, H. Perception of patient safety culture among hospital staff. *Slov J Public Health*. 2021, vol. 60, no. 2, pp. 97-104. doi: 10.2478/sjph-2021-0015.
 18. DANIELSSON, M., NILSEN, P., RUTBERG, H., ÅRESTEDT, K. A national study of patient safety culture in hospitals in Sweden. *J Patient Saf*. 2019, vol. 15, no. 4, pp. 328-33. doi: 10.1097/PTS.0000000000000369.
 19. HARE, R., TAPIA, A., TYLER, E. R., FAN, L., et al. *Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0: 2022 User Database Report* [online]. Rockville: AHRQ, 2022 [citat 16.01.2023]. Disponibil: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
 20. SEGURA-GARCÍA, M. T., CASTRO VIDA, M. A., GARCÍA-MARTIN, M., ÁLVAREZ-OSSORIO-GARCÍA DE SORIA, R., CORTÉS-RODRÍGUEZ, A. E., et al. Patient safety culture in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023, vol. 20, nr. 3, p. 2329. doi: 10.3390/ijerph20032329.
 21. DRAGANOVIĆ, Š., OFFERMANN, G. Overview of patient safety culture in Bosnia and Herzegovina with improvement recommendations for hospitals. *J Patient Saf*. 2022, vol. 18, no. 8, pp. 760-769. doi: 10.1097/PTS.0000000000000990.
 22. NWOSU, A. D., OSSAI, E., AHAOTU, F., ONWUASOIGWE, O., AMUCHEAZI, A., AKHIDENO, I. Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Serv Res*. 2022, vol. 22, no. 1, p. 1445. doi: 10.1186/s12913-022-08756-y.
 23. AZYABI, A., KARWOWSKI, W., DAVAHLI, M. R. Assessing patient safety culture in hospital settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, vol. 18, no. 5, p. 2466. doi: 10.3390/ijerph18052466.
 24. PIMENTEL, M. P., CHOI, S., FIUMARA, K., KACHALIA, A., URMAN, R. D. Safety culture in the operating room: variability among perioperative healthcare workers. *J Patient Saf*. 2021, vol. 17, no. 6, pp. 412-416. doi: 10.1097/PTS.0000000000000385.
 25. OLSEN, E., LEONARDESEN, A. L. Use of the hospital survey of patient safety culture in Norwegian hospitals: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021, vol. 18, no. 12, pp. 6518. doi: 10.3390/ijerph18126518.
 26. TEREANU, C., NOLL, A., HERGHEA, D., MALANCEA, R. I., TINCA, A., ECLEMEA, I., et al. Trends in the staff's perception of patient safety culture in Romanian hospitals. *Curr Heal Sci J*. 2020, vol. 46, no. 3, pp. 236-243. doi: 10.12865/CHSJ.46.03.04.
 27. *The NHS Patient Safety Strategy Safer culture: safer systems, safer patients*. Redditch: NHS England and NHS Improvement, 2019. 84 p.

28. TEREANU, C., GHELASE, M., FURTUNESCU, F., DRAGOESCU, A., MOLNAR, A., MORARU, D., et al. Measuring patient safety culture in Romania using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *Curr Heal Sci J*. 201, vol. 43, no 1, pp. 31-40. doi: 10.12865/CHSJ.43.01.05.
29. KESKINOVA, D., DIMOVA, R., STOYANOVA, R. Psychometric properties of the Bulgarian version of Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Int J Qual Heal Care*. 2020, vol. 32, no. 6, pp. 396-404.
30. DRAGANOVIC, S., OFFERMANN, G., BRANDL, J. Patient safety culture in Austrian hospitals - a qualitative study. *Eur J Public Health*. 2019, vol. 29, suppl. 4, p. 379. doi: 10.1093/eurpub/ckz187.218.
31. TEREANU, C., SAMPIETRO, G., SARNATARO, F., SISCANU, D., PALARIA, R., SAVIN, V., et al. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. *Med Pharm Reports* [Internet]. 2018, vol. 91, no. 1, pp. 65-74. doi: 10.15386/cjmed-869.
32. EXPERT GROUP ON SAFE MEDICATION PRACTICES. *Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices* [online]. Strasbourg: Council of Europe, 2006. 275 p. [citat 16.01.2023]. Disponibil: https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Report_2006.pdf
33. National Library of Medicine. *Patient Safety MeSH Descriptor Data* [online]. Rockville: NLM, 2023- [citat 31.03.2023]. Disponibil: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D061214>
34. COMMISSION OF EUROPEAN COMMUNITIES. *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on patient safety, including prevention and control of healthcare-associated infections, 2008* [online]. Brussels: CEC, 2008. 9 p. [citat 31.03.2023]. Disponibil: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_en.pdf
35. FERROLI, P., CALDIROLI, D., ACERBI, F., SCHOLTZE, M., PIRO A., SCHIARITI, M., et al. Application of an aviation model of incident reporting and investigation to the neurosurgical scenario: method and preliminary data. *Neurosurg Focus*. 2012, vol. 33, no. 5. doi: 10.3171/2012.9.FOCUS12252.
36. BODINSON, G. W. Change healthcare organizations from good to great. *Qual Prog*. 2005, pp. 25-29.
37. KOHN, L. T., CORRIGAN, J. M., DONALDSON, M. S., editors. *To err is human: building a safer health system* [online]. Washington: National Academies Press, 2000 [citat 31.03.2023]. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> doi: 10.17226/9728
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of care: patient safety: [Resolution WHA55.18]. In: *Fifty-five World Health Assembly*. Geneva: WHO, 2002. [citat 31.03.2023]. Disponibil: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf
39. *Cadrul Conceptual al Clasificării Internaționale pentru Siguranța Pacientului Versiunea 1.1*. Organizația Mondială a Sănătății, 2018. Traducere în limba română.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual Framework for the International

Classification for Patient Safety. Version 1.1 [online]. Geneva: WHO, 2009 [citat 24.03.2023]. Disponibil:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1

41. GROBER, E. D., BOHNEN, J. M. Defining medical error. *Can J Surg.* 2005, vol. 48, no. 1, pp. 39-44.
42. LEAPE, L. L., BRENNAN, T. A., LAIRD, N., LAWTHERS, A. G., LOCALIO, A. R., BARNES, B. A., et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1991, vol. 324, no. 6, pp. 377-384.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International drug monitoring: the role of the hospital, report of a WHO meeting. Geneva: WHO, 1969. 24 p. (WHO Technical report series ; no. 425)
44. EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE. Use of patient safety culture instruments and recommendations [online]. Aarhus: ESQH, 2010 [citat 24.03.2023]. Disponibil: http://ns208606.ovh.net/~extranet/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf
45. WILPERT, B., FAHLBRUCH, B. Safety culture: analysis and intervention. *Probabilistic Saf Assess Manag.* 2004, pp. 843-849.
46. GARRICK, R., KLIGER, A., STEFANCHIK, B. Patient and facility safety in hemodialysis: opportunities and strategies to develop a culture of safety. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012, vol. 7, no. 4, pp. 680-688.
47. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions.* Rockville: AHRO, 2004.
48. AGENȚIA PENTRU CERCETĂRI ȘI CALITATE ÎN SĂNĂTATE (AHRQ). *Chestionar privind siguranța pacienților.* Traducere în limba română.
49. European Commission, DG Health and Consumer Protection. *Patient Safety - Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety* [online]. Luxemburg: EC, 2005 [citat 4.03.2023]. Disponibil: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
50. COUNCIL OF EUROPE, COMMITTEE OF MINISTERS. *Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care* [online]. Strasbourg: CE, 2006 [citat 31.03.2023]. Disponibil: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5
51. CONSILIUL UNIUNII EUROPENE. Recomandarea Consiliului din 9 iunie 2009, privind siguranța pacienților, inclusiv prevenirea și controlul infecțiilor asociate asistenței medicale. *Jurnalul Of al Un Eur.* 2009, nr. 1982, pp. 1-6.
52. HAYNES, A. B., WEISER, T. G., BERRY, W. R., LIPSITZ, S. R., BREIZAT, A. H., DELLINGER, E. P., et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009, vol. 360, no. 5, pp. 491-500. doi: 10.1056/NEJMsa0810119.
53. BALTAGA, R. Siguranța pacientului în timpul sedării procedurale în gastroenterologie.

- Sanatate Publica, Economie si Management in Medicina*. 2017, nr. 74(7), pp. 33-37.
54. GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021*. Chișinău, 2007. 64 p.
 55. REPUBLICA MOLDOVA, GUVERNUL. Hotărârea nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate. *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*. 2007, nr. 127-130, art. 931.
 56. REPUBLICA MOLDOVA, GUVERNUL. Hotărârea nr. 1032 din 20.12.2013 cu privire la aprobarea Strategiei Naționale de Sănătate Publică pentru anii 2014-2020. *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*. 2013, nr. 304-310, art. 1139.
 57. INSTITUTUL DE SĂNĂTATE ȘI ASISTENȚĂ MEDICO-SOCIALĂ (ISAMS). Monitor în sănătate publică: Politicile de siguranță a pacientului. *ISAMS: Buletin Electronic*. 2011, nr. 4, pp. 1-17.
 58. COUNCIL OF EUROPE, COMMITTEE OF MINISTERS. *Recommendation of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care* [online]. Strasbourg: CE, 2006 [citat 31.03.2023]. Disponibil:
https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5
 59. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA. *Ordin nr. 20 din 12.01.2006, cu privire la monitorizarea reacțiilor adverse ale medicamentelor și altor produse farmaceutice în Republica Moldova*. Chișinău, 2006.
 60. GUȚANU, D., COREȚCHI, I., ȚURCANU, L. Nivelul de informare și atitudinea față de raportarea reacțiilor adverse la medicamente. In: *Congresul consacrat aniversării a 75-a de la fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău: Medicina, 2020. p. 52.
 61. REPUBLICA MOLDOVA, PARLAMENTUL. Legea nr. 241 din 20.11.2008 privind donarea de sânge și transfuzia sanguină. *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*. 2009, nr. 1-2, art. 2.
 62. CIOCANU, M., MACAROVA, T., ROTARU, M., et al. Aspecte conceptuale privind asigurarea și managementul calității asistenței medicale. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2009, nr. 4, pp. 6-28.
 63. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA. *Analiza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 în Republica Moldova: Raport final* [online]. Chișinău, 2017 [citat 31.03.2023]. Disponibil:
<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Analiza-Strategiei-de-dezvoltare-a-sistemului-de-sănătate-în-perioada-2008-2017-în-Republica-Moldova-Raport-Final-.pdf>
 64. REPUBLICA MOLDOVA, GUVERNUL. Hotărârea nr. 192 din 24.03.2017 cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*. 2017, nr. 92-102, art. 265.
 65. AVOCATUL POPORULUI OMBUDSMAN. Evaluarea nivelului de asigurare a dreptului pacientului la siguranța și calitatea echipamentelor medicale: Raport tematic [online]. Chișinău, 2019 [citat 03.03.2023]. Disponibil: <http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2019/04/RAPORT-MEDICINA-RED.pdf>

66. JHA, A. K., LARIZGOITIA, I., AUDERA-LOPEZ, C., PRASOPA-PLAIZIER, N., WATERS, H., BATES, D. W. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf.* 2013, vol. 22, no. 10, pp. 809-815. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748.
67. HOYERT, D. L., KOCHANNEK, K. D., MURPHY, S. L. Deaths: final data for 1997. *Natl Vital Stat Rep.* 1999, vol. 47, nr. 19, pp. 1-104.
68. DEPARTMENT OF HEALTH, UK. *An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS, Chaired by the Chief Medical Officer.* London: The Stationery Office, 2000.
69. BRENNAN, T. A., HIATT, H. H., LEAPE, L. L., HEBERT, L., LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the harvard medical practice study I. *N Engl J Med.* 1991, vol. 324, no. 6, pp. 370-376.
70. THOMAS, E. J., STUDDERT, D. M., BURSTIN, H. R., et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000, vol. 38, no. 3, pp. 261-271. doi: 10.1097/00005650-200003000-00003.
71. FALLON, H. J. The Institute of Medicine and its quality of healthcare in America reports. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2002, vol. 113, p. 119-124.
72. MELLO, M. M., STUDDERT, D. M., THOMAS, E. J., YOON, C., BRENNAN, T. A. Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system, and incentives for patient safety improvement. *J Empir Leg Stud.* 2011, vol. 4, no. 4, pp. 835-860.
73. WANZEL, K. R., JAMIESON, C. G., BOHNEN, J. M. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg.* 2000, vol. 43, no. 2, pp. 113-117.
74. STONE, S., BERNSTEIN, M. Prospective error recording in surgery: an analysis of 1108 elective neurosurgical cases. *Neurosurgery.* 2007, vol. 60, no. 6, pp. 1075-1082. doi: 10.1227/01.NEU.0000255466.22387.15.
75. MEYER, H. S., WAGNER, A., OBERMUELLER, T., NEGWER, C., WOSTRACK, M., KRIEG, S., et al. Assessment of the incidence and nature of adverse events and their association with human error in neurosurgery. A prospective observation. *Brain Spine.* 2022, vol. 2, p. 100853. doi: 10.1016/j.bas.2021.100853.
76. TIGHE, C. M., WOLOSHYNOWYCH, M., BROWN, R., WEARS, B., VINCENT, C. Incident reporting in one UK accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2006, vol. 14, no. 1, pp. 27-37. doi: 10.1016/j.aaen.2005.10.001.
77. TEREANU, C., MINCA, D. G., COSTEA, R., JANTA, D., GREGO, S., RAVERA, L., et al. ExpIR-RO: a collaborative international project for experimenting voluntary incident reporting in the public healthcare sector in Romania. *Iran J Public Health.* 2011, vol. 40, no. 1, pp. 22-31.
78. OBSERVATORUL ROMÂN DE SĂNĂTATE. *Siguranța pacientului în actul medical.* București, 2021. 67 p.
79. PRISACARI V., PARASCHIV, A., JUCOVSCI, C. Evaluarea epidemiologica a factorilor de risc în infecțiile septico-purulente nosocomiale. *Buletinul Academiei de Stiinte*

- a Moldovei. *Științe medicale*. 2005, nr. 2, pp. 73-85.
80. PRISACARI V., et al., editor. *Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale*. Ed. a 2-a. Chișinău: T-PAR, 2009. 312 p.
 81. PRISACARI V, ROIC, E. Particularități epidemiologice în infecțiile neurochirurgicale. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2008, nr. 2, pp. 13-22.
 82. DODIȚĂ, P., SUVEICĂ, L. Particularități epidemiologice ale infecțiilor nosocomiale la pacienții de profil chirurgical în municipiul Chișinău. *Sanatate Publica, Economie și Management în Medicină*. 2014, nr. 6(57), pp. 91-94.
 83. PISARENCO, S., PISARENCO, C., MARTÎNIUC, C., MANEA, M., CRASNOVA, O., NEPOLIUC, L., et al. Aspectele medicale și legale ale căderilor pacienților în staționar. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2020, nr. 3, pp. 124-127.
 84. PISARENCO, C., PISARENCO, S. Problema erorilor medicale în contextul sindromului Burnout. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2022, nr. 3, pp. 47-51.
 85. DE BIENASSIS, K., KLAZINGA, N. S. Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work [online]. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2022 [citată 03.03.2023]. Disponibil: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
 86. DE BIENASSIS, K., KRISTENSEN, S., BURTSCHER, M., BROWNWOOD, I., KLAZINGA, N. S. Culture as a cure: assessments of patient safety culture in OECD countries. *OECD Heal Work Pap*. 2020, vol. 119. doi: 10.1787/6ee1aeae-en.
 87. LEE, S. E., SCOTT, L. D., DAHINTEN, V. S., VINCENT, C., DUNN LOPEZ, K., PARK, C. G. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res*. 2019, vol. 41, no. 2, pp. 279-304. doi: 10.1177/0193945917747416.
 88. SAMMER, C. E., LYKENS, K., SINGH, K. P., MAINS, D. A., LACKAN, N. A. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010, vol. 42, no. 2, pp. 156-65.
 89. JOINT COMMISSION RESOURCES; DEMASE, Kathy, editor. *Strategies for creating , sustaining , and improving a culture of safety in health care*. 2nd ed. Oak Brook, IL: Joint Commission, 2017. 284 p.
 90. UNIVERSITY OF MANCHESTER. *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Acute* [online]. Manchester: University of Manchester, 2006 [citată 03.03.2023]. Disponibil: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
 91. PARKER, D. Managing risk in healthcare: understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF). *J Nurs Manag*. 2009, vol. 17, no. 2, pp. 218-222. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00993.x.
 92. SEXTON, J. B., HELMREICH, R. L., NEILANDS, T. B., ROWAN, K., VELLA, K., BOYDEN, J., et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006, vol. 6, pp. 1-10.
 93. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Surveys on Patient Safety Culture. International Use: Languages That SOPS ® Has Been Translated Into*. Rockville:

AHRQ, 2022. 3 p.

94. AZYABI, A., KARWOWSKI, W., HANCOCK, P., WAN, T., ELSHENNAWY, A. Assessing patient safety culture in united states hospitals. *Int J Environ Res Public Health*. 2022, vol. 19, no. 4. doi: 10.3390/ijerph19042353.
95. MARDON, R. E., KHANNA, K., SORRA, J., DYER, N., FAMOLARO, T. Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *J Patient Saf*. 2010, vol. 6, no. 4, pp. 226-232.
96. VALENTIN, A., SCHIFFINGER, M., STEYRER, J., HUBER, C., STRUNK, G. Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care practice. *Intensive Care Med*. 2013, vol. 39, no. 3, pp. 391-398. doi: 10.1007/s00134-012-2764-0.
97. HAFEZI, A., BABAI, A., AGHAIE, B., ABBASINIA, M. The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events: a multicenter cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2022, vol. 21, no. 1.
98. DEFONTES, J., SURBIDA, S. Preoperative safety briefing project. *Perm J*. 2004, vol. 8, no. 2, p. 21-27. doi: 10.7812/TPP/04.968.
99. TURCANU, T., BUTA, G. Siguranța pacientului : ce este de făcut în Republica Moldova ? *Sanatate Publica, Economie si Management în Medicină*. 2018, nr. 83(478), p. 614.
100. BALTAGA, R., CHESOV, I., SANDRU, S., ARNAUT, O. Impactul checklistului oms de siguranță chirurgicală asupra comunicării sistematice în sala de operație. *Arta Medica*. 2019, nr. 3(3), p. 11.
101. BERGER, M. S., WACHTER, R. M., GREYSEN, S. R., LAU, C. Y. Changing our culture to advance patient safety: the 2013 AANS Presidential Address. *J Neurosurg*. 2013, vol. 119, no. 6, pp. 1359-1369. doi: 10.3171/2013.10.JNS132034.
102. SORRA, J., YOUNT, N., FAMOLARO, T., GRAY, L. *AHRQ Hospital survey on patient safety culture. Version 2.0: User's guide* [online]. Rockville: AHRQ, 2021 [citat 24.10.2022]. Disponibil: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>
103. SORRA, J., GRAY, L., STREAGLE, S., FAMOLARO, T., YOUNT, N., BEHM, J. *Hospital survey on patient safety culture: User's guide* [online]. Rockville: AHRQ, 2018. 50 p. [citat 24.10.2022]. Disponibil: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
104. CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951, vol. 16, no. 3, pp. 297-334.
105. COVACI, M. *Computerized data processing*. Vienna, 2020. 131 p.
106. SPINEI, L., LOZAN, O., BADAN, V. *Biostatistica*. Chisinau, 2014. 115 p.
107. САМОХВАЛОВ, Ю., БУРБА, О. Оценка эффективности научных и научно-технических проектов на основе обобщенной функции харрингтона. *Системы управління, навігації та зв'язку*. 2018, no. 4, pp. 77-85. doi: 10.26906/SUNZ.2018.4.077
108. OLEINIUC, M. Analiza și evaluarea soluțiilor de formulare a obiectivelor întreprinderii. In: *Asigurarea viabilității economico-manageriale pentru dezvoltarea durabilă a*

economiei regionale în condițiile integrării în UE: Materialele conferinței științifice internaționale. Bălți, 2018. p. 26–8.

109. OPARIUC-DAN, C. *Statistică aplicată în științele socio-umane: Analiza relațiilor și a diferențelor statistice*. Constanța, 2011. 373 p.
110. TINTIUC, D., BADAN, V., RAEVSCHI E., et al. *Biostatistica. metodologia cercetării științifice*. Chișinău: Medicina, 2011. 344 p.
111. GILPIN, A. Table for conversion of Kendalls Tau to Spearmans Rho within the context of measures of magnitude of effect for meta-analysis. *Educ Psychol Meas.* 1993, vol. 53, no. 1, pp. 87-92.
112. WALKER, D. A. JMASM9: Converting Kendall's tau for correlational or meta-analytic analyses. *J Mod Appl Stat Methods.* 2003, vol. 2, no. 2, pp. 525-530.
113. BOTSCH, R. E. *Chapter 12. Significance and Measures of Association* [online]. 2009 [citat 24.10.2022]. Disponibil: [https://polisci.usca.edu/apls301/Text/Chapter 12. Significance and Measures of Association.htm](https://polisci.usca.edu/apls301/Text/Chapter%2012.%20Significance%20and%20Measures%20of%20Association.htm)
114. **DANU, S.** Hospital survey on patient safety culture in neurosurgical departments from Republic of Moldova. *Brain Spine.* 2021, no.1, p. 100842.
115. **DANU, S.** The challenges and opportunities of patient safety culture in neurosurgical departments from the Republic of Moldova. *Rom Neurosurg.* 2023, vol. 37, no. 1, pp. 15-23. <https://doi.org/10.33962/roneuro-2023-002>.
116. **DANU, S.** The relationship between patient safety grade and adverse events reporting in neurosurgical departments from Moldova. *Brain Spine.* 2022, vol. 2, suppl. 2, 101658. <https://doi.org/10.1016/j.bas.2022.101658>
117. **DANU, S., SPINEI, L., ZAPUHLIH, G.** Cultura siguranței pacienților de profil neurochirurgical. *Sanatate Publica, Economie si Management în Medicină.* 2019, nr. 4, pp. 32-36.
118. **DANU, S.** Evaluarea cooperării personalului medical-factor contributiv al siguranței pacientului. *Sanatate Publica, Economie si Management în Medicină.* 2019, nr. 4, pp.69-70.
119. **DANU, S.** Awareness of the culture of patient safety among medical staff in neurosurgery departments from Moldova. *Mold J Health Sci.* 2023, vol. 10, no. 1, pp. 50-57. <https://doi.org/10.52645/MJHS.2023.1.08>.
120. HAN, S. J., ROLSTON, J. D., LAU, C. Y., BERGER, M. S. Improving patient safety in neurologic surgery. *Neurosurg Clin N Am.* 2015, vol. 26, no. 2, pp. 143-147. doi: 10.1016/j.nec.2014.11.007.
121. ROLSTON, J.D., BERNSTEIN, M. Errors in neurosurgery. *Neurosurg Clin N Am.* 2015, vol. 26, no. 2, pp. 149-55. doi: 10.1016/j.nec.2014.11.011.
122. FUJITA, S., SETO, K., ITO, S., WU, Y., HUANG, C. C., HASEGAWA, T. The characteristics of patient safety culture in Japan, Taiwan and the United States. *BMC Health Serv Res.* 2013, vol. 13, p. 20. doi: 10.1186/1472-6963-13-20.
123. FAMOLARO, T., YOUNT, N., WILLOW, B., SORRA, J. *Hospital survey on patient safety culture: 2016 User Comparative Database Report* [online]. Rockville: AHRQ, 2016. 88 p. [citat 24.10.2022]. Disponibil:

https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf

124. BURLISON, J. D., QUILLIVAN, R. R., KATH, L. M., ZHOU, Y., COURTNEY, S. C., CHENG, C., et al. A multilevel analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships with Perceptions of Voluntary Event Reporting HHS Public Access. *J Patient Saf.* 2020, vol. 16, no. 3, pp. 187-193.
125. FALCONE, M. L., VAN STEE, S. K., TOKAC, U., FISH, A. F. Adverse event reporting priorities: an integrative review. *J Patient Saf.* 2022, vol. 18, no. 4, pp. e727-740. doi: 10.1097/PTS.0000000000000945.
126. OKUYAMA, J. H., GALVAO, T. F., SILVA M. T. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *Sci World J.* 2018, vol. 2018, pp. 1-12. doi: 10.1155/2018/9156301.
127. REIS, C. T., PAIVA, S. G., SOUSA, P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care.* 2018, vol. 30, no. 9, pp. 660-677. doi: 10.1093/intqhc/mzy080.
128. EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE. *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations* [online]. Aarhus: European Network for Patient Safety (EUNetPaS), 2010 [citat 24.10.2022]. Disponibil: https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf
129. BURLISON, J. D., QUILLIVAN, R. R., KATH, L. M., ZHOU, Y., COURTNEY, S. C., CHENG, C., et al. A multilevel analysis of U.S. hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *J Patient Saf.* 2020, vol. 16, no. 3, pp. 187-193. doi: 10.1097/PTS.0000000000000336.
130. EL-JARDALI, F., DIMASSI, H., JAMAL, D., JAAFAR, M., HEMADEH, N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2011, vol. 11, no. 1, pp. 45. doi: 10.1186/1472-6963-11-45.
131. YANG, I., UNG, N., NAGASAWA, D. T., PELARGOS, P., CHOY, W., CHUNG, L. K., et al. Recent advances in the patient safety and quality initiatives movement: Implications for neurosurgery. *Neurosurg Clin N Am.* 2015, vol. 26, no. 2, pp. 301-315. doi: 10.1016/j.nec.2014.11.017.

“Chestionarul privind Cultura Siguranței Pacienților în Spital”**Dimensiunea 1. Munca în Echipă în cadrul compartimentului**

<i>Întrebare codul</i>	<i>Denumirea</i>	<i>Foarte de Acord. Gradul 5</i>	<i>de Acord. Gradul 4.</i>	<i>Indiferen t. Gradul 3.</i>	<i>În Dezacord Gradul 2.</i>	<i>Foarte în Dezacord Gradul 1.</i>
A3.	Când avem mult de lucru colaborăm ca o echipă pentru a putea să-l terminăm					
A1.	Personalul se sprijină reciproc					
A4.	În această unitate ne respectăm unii pe alții					
A11.	Când cineva este supraîncărcat cu sarcini, de obicei este ajutat de colegi să le îndeplinească					

Dimensiunea 2. Așteptările Șefului

B1.	Șeful meu își exprimă satisfacția când încercăm să evităm riscurile privind siguranța pacientului					
B4.R.	Șeful meu ignora problemele de siguranță a pacientului care apar în mod obișnuit.					
B2.	Șeful meu ține cont de propunerile făcute de personal pentru îmbunătățirea siguranței pacientului					
B3.R.	Când crește presiunea la lucru, șeful meu pretinde să lucrăm mai rapid chiar dacă se pune în risc siguranța pacientului					

Dimensiunea 3. Învățarea Organizațională

A9.	Când se detectează un eșec al îngrijirilor pacientului se duc la capăt măsurile potrivite pentru a evita să se întâmple din nou					
A6.	Avem activități destinate îmbunătățirii siguranței pacientului					
A13.	Schimbările pe care le facem pentru îmbunătățirea siguranței pacientului se evaluează pentru a se verifica efectivitatea lor					

Dimensiunea 4.**Suportul din Administrației**

F1.	Conducerea sau managementul spitalului promovează un climat de muncă care favorizează siguranța pacientului					
F8.	Conducerea spitalului arată prin fapte că siguranța pacientului este una din prioritățile sale					
F9.R.	Conducerea spitalului pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când s-a întâmplat un eveniment advers unui pacient					

Dimensiunea 5.

Percepții Generale despre Siguranța Pacientului

A18.	Procedurile noastre și mediul de muncă sunt bune pentru a evita erorile în îngrijirile medicale					
A17.R.	În aceasta unitate există probleme privind siguranța pacientului					
A10.R.	Nu se mai produc eșecuri din întâmplare					
A15.	Niciodată nu se mărește ritmul de lucru și această implică sacrificarea siguranței pacientului					

Dimensiunea 6.

Feedbackul și Comunicarea despre Eroare

C1.	Când raportăm un incident, ne informăm despre ce tip de acțiuni au fost duse la capăt					
C5.	În compartimentul meu discutăm despre: în ce mod se poate evita repetarea unei erori					
C3.	Suntem informați despre erorile comise în această unitate					

Dimensiunea 7.

Comunicarea deschisă

C2.	Când personalul observă ceva ce poate afecta negativ îngrijirile primite de pacient, discută despre aceasta cu totală libertate					
C4.	Personalul poate chestiona cu totală libertate deciziile sau acțiunile superiorilor					
C6.R.	Personalul se teme să pună întrebări despre ceea ce pare că s-a realizat în mod incorect					

Dimensiunea 8.

Evenimente Raportate

D1.	Se notifică erorile care sunt descoperite și corectate înainte de a afecta pacientul					
D2.	Se notifică erorile care, în mod previzibil, nu vor dăuna pacientului.					
D3.	Se notifică erorile care nu au avut consecințe adverse deși, previzibil, puteau să dăuneze pacientului					

Dimensiunea 9.

Lucrări între Departamente Clinice

F10.	Compartamentele clinice lucrează în mod coordonat între ele pentru a presta cele mai bune îngrijiri pacienților.					
F4.	Există o bună cooperare între compartimente/servicii care trebuie să lucreze împreună.					
F6.R.	De obicei, este incomod să trebuiască să lucrezi cu personalul din alte servicii/ unități.					
F2.R.	Diferitele compartimente ale spitalului nu se coordonează bine între ele					

Dimensiunea 10.

Personalul

A7.R.	Ocazional nu se prestează cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece avem multe substituiți sau personal angajat temporar					
A2.	Este suficient personal pentru a îndeplini sarcina de muncă					
A14.R.	Lucrăm sub presiune pentru a realiza prea multe lucruri, prea repede					
A5.R.	Uneori nu se pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece ziua de muncă este epuizantă					

Dimensiunea 11.**Informația și Tratatamentul: Interschimbul**

F5.R.	La schimbarea turelor se pierde frecvent informația importantă despre îngrijirile primite de către pacient					
F11.R.	Apar probleme în acordarea îngrijirilor ca o consecință a schimbării turelor					
F3.R.	Informația despre pacienți se pierde în bună parte atunci când aceștia sunt transferați de la o unitate/serviciu la alta					
F7.R.	Interschimbul de informație între diferite servicii, de obicei, este problematic					

Dimensiunea 12.**Răspunsul Nesancționat la Comiterea Erorilor**

A8.R.	Dacă colegii sau superiorii își dau seama ca ai comis o eroare o vor folosi împotriva ta					
A12.R.	Când se detectează un eșec, înainte de a se căuta cauza, se caută un vinovat					
A16.R.	Când se comite o eroare, personalul se teme că acest lucru va rămâne consemnat în dosarul personal					

ANEXA 2

Romanian: Codul Respondentului	Vîrsta, Ani.	Gender. Masculin - 1. Femenin - 2	Spital unde Va lucrati acum	Secția unde Voi lucrati acum	Personalul se sprigină reciproc	Cînd avem mult de lucru colaborăm ca o echipă pentru a putea să-l terminăm	În aceasta unitate ne respectăm unii pe alții	Cînd cineva este supraîncărcat cu sarcini de obicei este ajutat de colegi sa le îndeplineasca
English:	Age. Years.	Gender: Masculine - 1. Feminine - 2	Hospital where do you work now	Unit where do you work now	A1 People support one another in this unit	A3 When a lot of work needs to be done quickly, we work together as a team to get the work done	A4 In this unit, people treat each other with respect	A11 When one area in this unit gets really busy, others help out
Module →					1. Munca în Echipa			
1	34	2	INN	Neurochirurgie	4	5	5	5
2	48	2	INN	Neurochirurgie	5	4	4	4
3	34	2	SCR	Neurochirurgie	5	4	5	4
4	42	2	SCR	Neurochirurgie	5	4	5	4
5	29	1	SCR	Neurochirurgie	5	4	5	4
6	47	2	SCR	Neurochirurgie	5	4	5	4
7	27	2	SCR	Neurochirurgie	5	4	5	4

Matricea Rezultatelor de Sondaj. Fragment.

*** **

339	32	1	IMU	Reanimare	4	2	4	2
340	28	1	IMU	Reanimare	4	4	4	5
341	26	2	IMU	Reanimare	4	4	4	2
342	29	2	IMU	Reanimare	4	3	3	3
343	28	2	IMU	Reanimare	4	4	4	5
344	27	2	IMU	Reanimare	4	4	4	4
345	30	2	IMU	Reanimare	4	4	4	4

ANEXA 3

Matricea rezultatelor de sondaj- calculul coeficientului Cronbach α . 42 de întrebări. (N = 345).

Cod Întrebări	A 1	A 3	A 4	A 1 1	B 1	B 2	B 3 r	B 4 r	A 6	A 9	A 13	F1	F 8	F 9r	A1 5	A 1 8	A 10 r	A 17 r	C1	C 3	C5	
Cod respondent ului	1. Munca în Echipa			2. Așteptările Managerului				3. Învațare Organizatională				4. Suport de Administrare			5. Percepții generale despre Siguranța Pacientului.				6. Feedback și Comunicare despre Eroare			
1	4	5	5	5	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	1	4	4	4	
2	5	4	4	4	5	4	2	2	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	3	4	
3	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	5	5	5	
4	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	5	2	2	4	2	2	5	5	5	
5	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	5	5	5	
6	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	5	5	5	
7	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	5	5	5	
8	5	4	5	4	5	5	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	5	5	5	
9	5	5	4	4	4	4	2	2	4	4	3	4	4	2	4	2	2	4	5	4	1	

... ..

Tabelul 2.3. (continuare)

Matricea Rezultatelor de Sondaj 42 de întrebări (N = 345).

C 2	C 4	C6 r	D1	D2	D3	F 4	F1 0	F2 r	F6 r	A 2	A5 r	A7 r	A14 r	F3 r	F5 r	F7 r	F11 r	A8r	A12 r	A16 r	s ² _x
7. Deschiderea Comunicării			8. Frecvența Evenimentelor Raportate			9. Lucrul între Unități				10. Personal				11. Transmiteri și Tranziții				12. Răspuns nonpunitiv la erori			
5	4	3	5	5	3	4	4	2	2	2	5	2	2	2	2	2	2	5	4		1,424
2	4	2	4	5	5	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	4		1,328
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,573
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,621
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,573
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,573
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,573
5	3	3	5	5	4	5	4	2	4	2	4	4	2	2	2	2	1	3	4		1,573
5	4	3	5	5	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	3	4	2		1,314

... ..

Tabelul 2.3. (continuare)

Matricea rezultatelor de sondaj. 42 de întrebări. (N = 345)

337	3	4	4	2	4	5	1	1	4	4	3	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4
338	2	4	4	4	5	5	2	1	4	4	4	4	3	3	2	4	4	2	5	5	4
339	4	2	4	2	4	4	2	2	4	4	4	3	4	4	2	2	4	4	4	3	4

340	4	4	4	5	5	5	2	1	5	4	4	4	4	3	2	4	3	2	5	3	5
341	4	4	4	2	5	4	2	1	4	4	4	2	2	4	1	2	3	4	4	4	4
342	4	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	2	2	4	3	2	4	2	4	4	4
343	4	4	4	5	4	4	2	2	4	4	4	3	4	3	3	4	4	2	3	3	3
344	4	4	4	4	4	5	2	2	4	5	4	4	4	3	2	2	3	2	4	3	4
345	4	4	4	4	4	5	2	1	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	5	4	4

s_y^2	0,68	0,46	0,68	0,77	0,52	0,59	0,91	0,67	0,86	0,73	0,65	1,05	1,05	1,36	1,16	1,09	1,06	1,35	0,63	1,07	0,95
$\Sigma =$	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345	345

... ..

Tabelul 2.3. (sfârșitul)

Matricea răspunsurilor. 42 de întrebări. (N = 345).

4	4	2	3	3	3	4	4	2	2	2	4	2	4	2	1	2	2	2	2	5	1,26 59
5	4	2	3	2	2	4	4	2	2	1	2	2	4	2	2	1	1	2	2	5	1,67 77
3	2	3	3	4	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	0,68 06
3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	5	4	3	2	2	2	2	3	3	2	1,13 18
4	3	3	4	4	3	1	2	5	4	2	4	4	5	4	4	4	4	2	4	4	1,21 71
3	4	3	4	4	2	2	3	4	2	1	4	2	4	2	2	4	2	2	2	4	0,82 92
3	3	2	3	2	3	4	4	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	4	2	4	0,77 12
4	4	2	4	4	4	4	4	2	3	4	2	2	2	1	5	3	2	1	3	3	1,16 14
5	3	3	4	3	4	4	4	2	2	4	4	3	3	2	2	3	2	3	3	4	0,82 69
																				Σ =	447, 11
1,3 4	1,1 5	1,3 6	1,0 3	1,0 6	0,9 5	0,9 0	0,9 0	1,2 7	0,9 6	1,5 0	1,4 4	1,2 4	1,4 0	1,1 7	1,0 4	1,0 4	1,0 3	1,1 4	1,4 2	0,9 8	42,6 0
34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	34 5	

Cronbach $\alpha =$	0,92 68
---------------------	--------------------

Praguri de semnificație pentru coeficientul de corelație parțială $\tau_{xy.z}$ Kendall

N	0,05	0,025	0,01	0,005
3	1	1	1	1
4	0,707	1	1	1
5	0,667	0,802	0,816	1
6	0,600	0,667	0,764	0,866
7	0,527	0,617	0,712	0,761
8	0,484	0,565	0,648	0,713
9	0,443	0,515	0,602	0,660
10	0,413	0,480	0,562	0,614
11	0,387	0,453	0,530	0,581
12	0,365	0,430	0,505	0,548
13	0,346	0,410	0,481	0,527
14	0,331	0,391	0,458	0,503
15	0,317	0,375	0,439	0,482
16	0,305	0,361	0,423	0,466
17	0,294	0,348	0,410	0,450
18	0,284	0,336	0,395	0,434
19	0,275	0,326	0,382	0,421
20	0,267	0,317	0,372	0,410
25	0,235	0,278	0,328	0,362
30	0,211	0,251	0,297	0,328

Mod de utilizare:

Căutați rândul din tabel ce conține în prima coloana (n) numărul de subiecți.

Pe rândul selectat, alegeți pragul de semnificație dorit. În cazul în care coeficientul dumneavoastră de corelație este mai mare decât valoarea înscrisă, atunci este semnificativ la pragul ales. De exemplu, dacă pe un lot de cercetare de 13 subiecți am obținut o valoare de 0,481, atunci este semnificativ la un prag de semnificație mai mic de 0,01.

ANEXA 5

Praguri de semnificație la diferite valori ale coeficientului de corelație a rangurilor τ Kendall pentru loturi de cercetare de diferite dimensiuni.

N	Pragul de semnificație		
	Pentru ipoteze unidirectionale		
	0,025	0,01	0,005
	Pentru ipoteze bidirecționale		
	0,05	0,02	0,01
5	1	1	-
6	0,87	0,89	1
7	0,71	0,81	0,91
8	0,64	0,72	0,79
9	0,56	0,67	0,72
10	0,51	0,60	0,64
11	0,46	0,54	0,60
12	0,43	0,52	0,57
13	0,41	0,49	0,54
14	0,39	0,47	0,52
15	0,38	0,45	0,50
16	0,36	0,43	0,47
17	0,35	0,42	0,46
18	0,34	0,40	0,45
19	0,33	0,39	0,43
20	0,32	0,38	0,42
21	0,31	0,37	0,41
22	0,30	0,36	0,40
23	0,29	0,35	0,39
24	0,29	0,34	0,38
25	0,28	0,33	0,37
26	0,27	0,33	0,36
27	0,27	0,32	0,35
28	0,26	0,31	0,35
29	0,26	0,30	0,34
30	0,25	0,30	0,33
31	0,25	0,29	0,33
32	0,25	0,29	0,33
33	0,24	0,29	0,32
34	0,24	0,28	0,32
35	0,23	0,28	0,32
36	0,23	0,27	0,31

37	0,23	0,27	0,31
38	0,22	0,26	0,30
39	0,22	0,26	0,30
40	0,22	0,26	0,30

Mod de utilizare:

Căutați rândul din tabel ce conține în prima coloana (N) numărul de subiecți din lotul dumneavoastră de cercetare.

Pe rândul selectat, alegeți pragul de semnificație dorit, în funcție de tipul intervalului, unilateral sau bilateral. În cazul în care coeficientul dumneavoastră de corelație este mai mare decât valoarea înscrisă, atunci este semnificativ la pragul ales. De exemplu, dacă pe un lot de cercetare de 31 de subiecți am obținut un coeficient de corelație de 0,68, atunci este semnificativ la un prag de semnificație mai mic de 0,01 (0,68 este mai mare de 0,33, valoarea de referință pentru acest prag).

Cuvinte-cheie pentru interpretarea coeficienților de corelație Kendall

Codul	Întrebare	Cuvântul-cheie
	<i>I. Munca în Echipă</i>	
A3	Când avem mult de lucru noi colaborăm ca o echipă pentru a putea să-l finisăm	„ECHIPĂ”
A1	Personalul se sprijină reciproc	„SPRIJIN”
A4	În această unitate ne respectăm unii față de alții	„RESPECT”
A11	Când cineva este supraîncărcat cu sarcini, de obicei este ajutat de colegi să le îndeplinească	„AJUTOR”
	<i>II. „Expectative și acțiuni ale conducerii care favorizează siguranța pacientului”</i>	
B1	Șeful meu își exprimă satisfacția când încercăm să evităm riscurile privind siguranța pacientului	„EXPRIMARE”
B4.R	Șeful meu ignorează problemele de siguranță a pacientului care apar în mod obișnuit.	„IGNORARE”
B2	Șeful meu ține cont de propunerile făcute de personal pentru îmbunătățirea siguranței pacientului	„PROPUNERI”
B3.R	Când crește presiunea la lucru, superiorul/șeful meu pretinde să lucrăm rapid chiar dacă se pune în risc siguranța pacientului	„RAPIDITATE”
	<i>III. „Învățare organizațională - îmbunătățire continuă”</i>	
A6	Avem activități destinate îmbunătățirii siguranței pacientului	„ACTIVITĂȚI”
A9	Când se detectează un eșec al îngrijirilor pacientului se duc la capăt măsurile potrivite pentru a evita întâmplarea lor din nou	„MĂSURI”
A13	Schimbările pe care le facem pentru îmbunătățirea siguranței pacientului se evaluează pentru a se verifica efectivitatea lor	„EVALUARE”
	<i>IV. „Suportul managementului spitalului privind siguranța pacientului”</i>	
F1	Conducerea spitalului promovează un climat de muncă care favorizează siguranța pacientului	„CLIMĂ”
F8	Conducerea spitalului arată prin fapte că siguranța pacientului este una din prioritățile sale	„FAPTE”
F9.R	Conducerea spitalului pare interesată de siguranța pacientului doar atunci când s-a întâmplat un eveniment advers unui pacient	„ADVERSITATE”
	<i>V. „Percepția siguranței pacientului”</i>	
A15	Niciodată nu se mărește ritmul de lucru și această implică sacrificarea siguranței pacientului	„SACRIFICARE”
A18	Procedurile noastre și mediul de muncă sunt bune pentru a evita erorile în îngrijirile medicale	„PROCEDURI”
A10	Nu se mai produc eșecuri din întâmplare	„EȘECURI”
A17.R	În aceasta unitate există probleme privind siguranța pacientului	„PROBLEME”
	<i>VI. Feedback și Comunicarea Erorilor</i>	
C1	Când raportăm un incident , ne informăm despre ce tip de acțiuni au fost duse la capăt	„INCIDENT”
C3	Suntem informați despre erorile comise în această unitate	„ERORI”
C5	În compartimentul meu discutăm despre: în ce mod se poate evita ca o eroare să se repete	„DISCUȚII”
	<i>VII. Comunicarea Deschisă</i>	
C2	Când personalul observă ceva ce poate afecta negativ îngrijirile	„LIBERTATE”

Codul	Întrebare	Cuvântul-cheie
	primite de pacient, discută despre aceasta cu totală libertate	
C4	Personalul poate chestiona cu totală libertate deciziile sau acțiunile superiorilor	„CHESTIONARE”
C6.R.	Personalul se teme sa pună întrebări despre ceea ce pare că s-a realizat în mod incorect	„TEAMĂ”
	VIII. „Frecvența evenimentelor raportate”	
D1	Se notifică erorile care sunt descoperite și corectate înainte de a afecta pacientul	„ÎNAINTE”
D2	Se notifică erorile care în mod previzibil nu vor dăuna pacientului	„PREVIZIUNE”
D3	Se notifică erorile care nu au avut consecințe adverse deși, previzibil, puteau să dăuneze pacientului	„DĂUNĂTOR”
	IX. Munca în echipă între compartimente	
F4	Există o bună cooperare între compartimente, servicii care au de realizat activități împreună	„COOPERARE”
F10	Departamentele clinice lucrează în mod coordonat între ele pentru a presta cele mai bune îngrijiri pacienților	„COORDONARE”
F2.R	Diferitele compartimente ale spitalului nu se coordonează bine între ele	„NECOORDONARE”
F6.R	De obicei, este incomod sa trebuiască sa lucrezi cu personalul din alte servicii, departamente X. „Asigurarea cu personal”	„INCOMODITATE”
A2	Este suficient personal pentru a îndeplini sarcina de muncă	„SARCINĂ”
A5.R	Uneori nu se pot presta cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece ziua de muncă este epuizantă	„EPUIZARE”
A7.R	Ocazional nu se prestează cele mai bune îngrijiri pacientului deoarece avem multe substituii sau personalul este angajat temporar	„TEMPORAR”
A14.R.	Lucrăm sub presiune pentru a realiza prea multe lucruri, prea repede XI. „Probleme la schimbarea turelor și la transferurile pacienților între secții, servicii”	„PRESIUNE”
F3.R	Informația despre pacienți se pierde în bună parte atunci când aceștia sunt transferați de la o unitate la alta	„TRANSFERARE”
F5.R	La schimbarea turelor se pierde frecvent informație importantă despre îngrijirile primite de către pacient	„PIERDERE”
F7.R	Interschimbul de informație între diferite servicii este, de obicei, problematic	„INTERSCHIMB”
F11.R	Apar probleme în acordarea îngrijirilor ca o consecință a schimbării turelor XII. „Răspuns nepunitiv la comiterea erorilor”	„CONSECINȚE”
A8.R	Daca colegii sau superiorii își dau seama că ai comis o eroare o vor folosi împotriva ta	„ÎMPOTRIVĂ”
A12.R.	Când se detectează un eșec, înainte de a se căuta cauza, se caută un vinovat	„VINOVAȚ”
A16.R.	Când se comite o eroare, personalul se teme că acest lucru va rămâne consemnat în dosarul personal	„DOSAR”

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Danu Silvia, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Silvia Danu

Semnătura _____

Data _____

SILVIA DANU



INFORMAȚII PERSONALE

- Data & Locul nașterii: 21. 01. 1976 , R. Moldova, r-nul Glodeni, satul Ciuciulea
- Cetățenia: Republica Moldova

STUDII

- 2010-2012 masterat în sănătate publică , Scoala de Management în Sănătate Publică, USMF „N. Testemițanu”, Diploma de master în Sănătate Publică
- 2010 studii postuniversitare prin doctorat, specialitatea Medicină socială și management, USMF „N. Testemițanu”
- 1999 – 2004 Studii postuniversitare prin rezidențiat USMF „N. Testemițanu”, Catedra de Neurochirurgie , Institutul Neurologie Neurochirurgie „Diomid Gherman”, Chișinău, specialitatea – neurochirurgie.
- 1993 – 1999 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N. Testemițanu” R. Moldova. Facultatea- Medicină Generală. Diploma în Medicină. Specialitatea - Medic de profil general.
- 1983 – 1993 Școala Medie din satul Ciuciulea, r-l Glodeni.
- 2010: Medic licențiat în Spania, Ministerio de Educacion, Spania
- 2013: Medic licențiat în Marea Britanie, General Medical Council, Marea Britanie

EXPERIENȚA DE LUCRU

- 2009 – prezent Centrul de Diagnostic German, Director Medical, medic neurochirurg
- 2019 - prezent Institutul Neurologie Neurochirurgie” D. Gherman”, medic neurochirurg
- 2013- prezent - Expert evaluator extern în domeniul evaluării și acreditării în sănătate, Agenția Națională pentru Sănătate Publică
- 2016 iunie - 2018 septembrie Expert în Managementul Calității Proiectul GIZ ”Quality and Efficiency Improvement of Health Services in the Republic of Moldova ”
- 2003-2017 Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Secția de Neurochirurgie, medic Neurochirurg.

- 1999-2004 Institutul Neurologie Neurochirurgie, Chisinau, Secția de Neurochirurgie, medic resident neurochirurg
- 1997-2000 Institutul Oncologic, Secția Radioterapie nr. I, Asistenta medicală

CONGRESE, SEMINARE, CONFERINȚE MEDICALE

- Primul Curs Moldo-Greman de Neurochirurgie Esențială (21-26. VIII. 2000 Chișinău)
- Al II-lea Curs de Microchirurgie și Neuroendoscopie (23-30. X. 2000 Chișinău)
- Conferința Științifică Anuală a Colaboratorilor și Studenților consacrată zilei
- USMF “N. Testemițanu” (16 Octombrie 2000 Chișinău)
- Cursul Moldo-German de Microneurochirurgie Vasculară 13-15. X. 2001
- Al II-lea Curs Româno-German de Neurotraumă 18-19 X. 2001 Iași România
- Al VI-lea Curs Francofon de Neurochirurgie (20-21 Octombrie Iași România)
- Conferința Științifică Anuală a Colaboratorilor și Studenților consacrată zilei
- USMF “N. Testemițanu” 15 Octombrie 2001 Chișinău
- Conferința Practico-Științifică “Urgențe Traumatologice, Actualități și Perspective” 26 Decembrie 2001 Chișinău
- Al II-lea Simpozion Moldo-German de Neurochirurgie 13-14 IV. 2002 Chișinău
- Al III-lea Congress al Neurochirurgilor din Russia 4-8 VI. 2002 Sanct-Peterburg
- Conferința Științifică Anuală a Colaboratorilor și Studenților consacrată zilei
- USMF “N. Testemițanu” 14 Octombrie 2002 Chișinău
- Workshop în Neuroendoscopia Cerebrală 7-10 August 2003 Chișinău
- Conferința Științifică Anuală a Colaboratorilor și Studenților consacrată zilei USMF (16 Octombrie 2003 Chișinău)
- Al VI-lea Congress al Neurochirurgilor Țărilor Riverane Bazinului Mării Negre
- (11-14 Iunie 2003 Chișinău)
- A II-a Conferință Moldo-Britanică de Neurorecuperare (11 Martie 2004 Chișinău)
- Seminarul Republican al Neurologilor și Neurochirurgilor din RM (2 Aprilie 2004 Chișinău)
- Al III-lea Simpozion Moldo-German în Neurochirurgie (17 – 20 Iunie 2004 Chișinău)
- Conferința “Strategii noi în neurofarmacoterapie” (1 octombrie 2004 Chișinău)
- Conferința Științifică Anuală a Colaboratorilor și Studenților consacrată zilei
- USMF “N. Testemițanu” (14 Octombrie 2004 Chișinău)
- Conferința “Strategii noi în tratamentul miopatiilor și neuropatiilor inflamatorii” (26 martie 2008 Chișinău)
- Simpozionul IV moldo-german în neurochirurgie (18.05.2006-21.05.2006 Chișinău)
- Seminar metodic „Actualități în profilaxia, diagnosticul precoce și tratamentul bolilor sistemului nervos” (22 noiembrie 2007)
- Seminarul “Tehnologii digitale în imagistica medicală” (12 septembrie 2007 Chișinău)
- Seminarul “Comunicare excelentă cu pacienții” (12 noiembrie 2009 Chișinău)
- Seminar “Power of selling” (20 Aprilie 2006)
- The XIV World Congress of Neurological Surgery AANS and WFNS (30 august- 4

septembrie 2009, Boston, SUA)

- Salzburg Weill Cornell Seminar in Neurosurgery (14 februarie- 19 februarie 2010, Salzburg, Austria)
- Formation in Management of Public Health, Groupe Hospitalier Saint Augustin, 10-16 june, 2012 , France
- Seminars in Neurosurgery, september 30-october 6, 2012, Salzburg, Austria
- Formare auditor intern în domeniul calității. Conform ISO 19011 și referențialului: ISO 9001:2008- Sisteme de Management al Calității. Cerințe. 25 februarie- 1 martie 2013 Chișinău
- Salzburg Weill Cornell Seminar Spinal Neurosurgery 6- 10 mai 2013, Salzburg, Austria
- Curs de instruire in managementul deseurilor rezultate din activitatea medicala Chisinau august 2013
- Curs de instruire “Experienta internationala si standardele pentru programele de acreditare”7-9.07.2014 Chisinau
- Curs de instruire “Sisteme de management pentru laboratoarele de analize medicale-auditori sisteme de management”15-17.12.2014
- Primul Simpozion International Moldo-Britanic de Neurochirurgie, Chișinău, Moldova 2013
- Primul simpozion moldo-roman de neurochirurgie decembrie 2014
- Simpozion și Curs Practic de Neuronavigatie și Neuroendoscopie, Iași, Romania 2014
- 15-th Interim Meeting of World Federation of Neurosurgical Societies, Roma, Italia 2015
- Conferinta Internationala “realizari si provocari in fortificarea resurselor umane in managementul sanatatii publice”29-30.05.2015 Chisinau
- International Basic Neurosurgery Course, Antalya, Turcia 2016
- Management medical modern Calitate in managementul ssanitar din Romania12-15.05.2016 Romania
- XVI World Congress of Neurosurgery (WFNS), Istanbul, Turcia,2017
- European Associations of Neurological Surgeons Congress, Venetia, Italia 2017
- Simpozionul Moldo-Turc de neurochirurgie spinala 25-26 mai 2018 Chișinău, Moldova
- Conferinta stiintifica “Managementul Sanatatii Publice: realizari, provocari si perspective” 17-19.09.2018 Chisinau
- Conferinta Stiintifica “Actualitati in tratamentul maladiilor sistemului nervos”, 14.09.2018, Chisinau
- EANS European Associations of Neurological Surgeons Congress, 21-25 october 2018 Brussels
- Congresul al VIII al specialistilor din domeniul sanatatii publice si managementului sanitar “O singura sanatate” 24-25 octombrie 2019 Chisinau
- Conferinta nationala cu participare internationala “Priority actions for policies against stroke in the republic of Moldova” 18.09.2019
- Conferinta stiintifica “Structura de Management al Calitatii: prezent si perspective” 22-23.12.2020 Chisinau
- Maastricht University Ominar “Public Health Law” 16-17.12.2020 Salzburg, Austria
- EANS European Associations of Neurological Surgeons Congress, 3-7 october 2021, Hamburg, Germany
- Conferinta stiintifica anuala. Cercetarea în biomedicină și sănătate “Calitate , excelență și performanță”20-22.10.2021

- Conferința “Rolul spitalelor Municipale, Orașenești, Mono-Specialitate în îmbunătățirea calității actului medical, prezent și perspective” Buhusi, Bacău, România 2-3 septembrie 2022
- 47 th Congress of the Romanian Society of Neurosurgery 28.09-1.10.2022 Iasi, Romania
- 7th Annual Meeting of Serbian Neurosurgical Society “Vita Brevis, ars longa: Refining the art of neurosurgery” 24-25.11.21
- 26 th French Course in neurosurgery 28.09.2022 Iasi , Romania
- Conferința științifică internațională „Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare” editia V, Chișinău , Moldova 7-8 octombrie 2022
- Conferinta Nationala “Managementul calitatii în sănătate la interfața între reziliență și performanță” octombrie 2022 Iasi România
- EANS 2022 congress “Trends, insights, innovations. Neurosurgery beyond technology.” 16-20.10.2022 Belgrade Serbia

PUBLICAȚII

- DANU, S. The challenges and opportunities of patient safety culture in neurosurgical departments from Republic of Moldova. *Romanian Neurosurgery*. 2023, XXXVII (1): pp. 15-23. DOI:10.33962/roneuro-2023-002
www.journals.lapub.co.uk/index.php/roneurosurgery
- DANU, Silvia, SPINEI, Larisa, ZAPUHLIH, Grigore. Cultura siguranței pacienților de profil neurochirurgical. In: Sănătate Publica, Economie și Management în Medicina. Chișinău, 2019, nr. 4(82), p. 32-36. ISSN 1729- 8687.
- DANU, S. Awareness of the culture of patient safety among medical staff in neurosurgery departments from Moldova. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2023, pp. 50-57. ISSN 2345-1467. <https://doi.org/10.52645/MJHS.2023.1.08>
- DANU, S. Analiza corelației dintre factori culturii siguranței pacientului și siguranța pacientului în departamentele de neurochirurgie. In: Sănătate Publica, Economie și Management în Medicina. Chișinău, 2023, ISSN 1729-8687.
- DANU, Silvia, DANU, A., ȘEVCENCO, Sabina. Experiența în managementul anevrismelor intracraniene. In: *Anale Științifice ale USMF „Nicolae Testemitanu”*. Probleme clinic-chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului. Ed. a 4-a. Chișinău: CEP „Medicina”, 2003, vol. 3, p. 162-166. ISSN 1857-1719. ISBN 978-9975-4134-5-9.
- DANU, S. Hospital survey on patient safety culture in neurosurgical departments from Republic of Moldova. In: *Brain and Spine*, 2021, vol. 1, sup. 2, 100842.
○ <https://doi.org/10.1016/J.BAS.2021.100842>
- DANU, S. The relationship between patient safety grade and adverse events reporting in neurosurgical departments from Moldova. In: *Brain and Spine*, 2022, vol. 2, 101658.
○ <https://doi.org/10.1016/j.bas.2022.101658>
- TOFÂNICĂ, E. et al. Modificările oaselor craniene depistate prin examenul radiologic, al pacientii cu tumori de diversa structura histologica ale unghiului ponto-cerebelos. In: Probleme actuale ale imagisticii medicale și terapiei cu radiatit ionizate: Materialele Primului Congres al Imagistilor și Radioterapeutilor din Republica Moldova. 5-6 octombrie 2000. Chișinău, 2000, p. 38.
- TOFÂNICA, E et al. Modificările radiologice ale oaselor craniului ni tumorile de diversa structura histologica ale emisferelor cerebrale In: Problem actuale ale imagistic medicale și terapiei cu radiatii ionizate: Materialele Primului Congres al Imagistilor și Radioterapeutilor din Republica Moldova. 5-6 octombrie 2000. Chișinău, 2000, p. 39.

- MANEA, S. et al. Surgical management and prognostic factors of multiple brain metastases. In: Fourth Black Sea Neurosurgical Congress. 11-14 June 2003. Chisinau, 2003, pp. 86-87.
- DANU, A., DANU, S., ZAPUHLI, Gr. Intracerebral frontal tumors: comprehensive study on 50 cases. In: Fourth Black Sea Neurosurgical Congress. 11-14 June 2003. Chisinau, 2003, pp. 71-72.
- DANU, S., DANU, A., ZAPUHLI, Gr., ESTONILO, R. Our experience in management and treatment of aneurysmal sah. In: Fourth Black Sea Neurosurgical Congress. 11-14 June 2003. Chisinau, 2003, pp. 26-27.
- DANU, Silvia. Al III-lea simpozion moldo-german de neurochirurgie spinala. In: Curierul Medical. 2004, nr. 4(280), p. 8. ISSN 0130-1535.
- DANU, Silvia. Evaluarea cooperării personalului medical - factor contributiv al siguranței pacientului. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2019, nr. 4(82), pp. 69-70. ISSN 1729-8687.
- DANU, Silvia. Particularitățile siguranței pacientului de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc/Patient safety particularities of neurosurgical profile in hospital service. In: Culegere de rezumate științifice ale studenților, rezidenților și tinerilor cercetători. Chisinau: CEP „Medicina”, 2019, p. 236. ISBN 978-9975-82-148-3.
- DANU, Silvia. The strengths and weaknesses of Patient Safety Culture in neurosurgical departments, Republic of Moldova/Punctele forte și lacunele culturii siguranței pacienților în secțiile de neurochirurgie din Republica Moldova. In: Conferința științifică anuală, Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță”. 20-22 octombrie 2021: abstract book. Chisinau: (S. n.), 2021, p. 61. ISBN 978-9975-82-223-7.

PREMII, MENȚIUNI, DISTINCȚII, TITLURI ONORIFICE

Diploma de gradul I a Guvernului Republicii Moldova
Diploma Ministerului Sănătății Republicii Moldova
Diploma Primăriei Municipiului Chișinău

LIMBI VORBITE

- | | | |
|--------------------|-----------------|----------------|
| ▪ Română – maternă | Rusă – excelent | Engleza – bine |
|--------------------|-----------------|----------------|

APARTENENȚĂ LA SOCIETĂȚI/ASOCIAȚII NAȚIONALE ȘI INTERNAȚIONALE

- Asociația Neurochirurgilor din Moldova (ANM)
- Federația Mondială a Neurochirurgilor (WFNS)
- Asociația Europeană a Neurochirurgilor (EANS)