

SAFETY CULTURE ASSESSMENT IN NATIONAL HEALTHCARE: A TRIANGULATION APPROACH

Yavorovskyi O.P., Naumenko O.M., Skaletskyi Y.M., Brukhno R.P., Ryhan M.M.,
Ivanko O.M., Mykhaylenko P.M., Zinchenko T.O., Bankovska N.V.

ОЦІНКА КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я: ТРИАНГУЛЯЦІЙНИЙ ПІДХІД

**¹ЯВОРОВСЬКИЙ О.П.,
¹НАУМЕНКО О.М.,
²СКАЛЕЦЬКИЙ Ю.М.,
¹БРУХНО Р.П.,
³РИГАН М.М.,
⁴ІВАНЬКО О.В.,
²МИХАЙЛЕНКО П.М.,
¹ЗІНЧЕНКО Т.О.,
⁵БАНКОВСЬКА Н.В.**

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

²ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», Київ

³Національний університет фізичного виховання і спорту України Київ

⁴КНП «Київська міська клінічна лікарня №1 виконавчого органу Київської міської ради (КМДА)», Київ,

⁵Національний інститут раку, Київ, Україна

Видатний американський антрополог, культуролог та етнолог Альфред Кробер визначав культуру як сукупність матеріальних та духовних цінностей, створених людством протягом його історії, історично набутий набір правил серед соціуму для його збереження і гармонізації.

Отже, культура є невід'ємною складовою буття і забезпечує розвиток людського суспільства, несучи у собі, крім інших, захисний (безпековий) потенціал.

Нині, коли традиційні (організаційні, технічні, санітарно-гігієнічні та інші) методи забезпечення безпеки значною мірою вичерпали свій захисний потенціал, культура безпеки вважається головним інструментом подальшого зниження ризику небезпек практично в усіх сферах людської діяльності [1].

Якщо у першому виданні щодо культури безпеки МАГАТЕ дає визначення досконалої культури безпеки, то більш практичним, на нашу думку, буде визначення культури безпеки як набору

стійких цінностей, поведінки та ставлення до безпеки, які поділяють усі члени на кожному рівні організації. Така дефініція передбачає, що ці цінності можуть мати різні ступені досконалості, а подальше підвищення культури безпеки має на увазі її періодичне оцінювання, передусім для виявлення сторін (характеристик), що потребують покращання. В окремих галузях, зокрема в атомній енергетиці, періодичне само- і незалежне оцінювання культури безпеки від 2016 року вже є обов'язковим [2].

Культура безпеки є багатовимірним поняттям і складається з низки характеристик (тем), за якими і здійснюється її оцінка. В авіації та атомній енергетиці культура безпеки оцінюється за такими характеристиками як командна робота, задоволеність роботою, сприйняття керівництва, безпечне виробниче середовище, умови праці, оцінка стресу.

Відома низка публікацій і монографічних видань з огляду інструментів оціню-

ОЦІНКА КУЛЬТУРИ БЕЗПЕКИ
У ВІТЧИЗНЯНІЙ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я:
ТРИАНГУЛЯЦІЙНИЙ ПІДХІД

**Яворовський О.П., Науменко О.М.,
Скалецький Ю.М., Брухно Р.П.,
Риган М.М., Іванько О.М.,
Михайленко П.М., Зінченко Т.О.,
Банковська Н.В.**

Мета дослідження. Оцінка культури безпеки у вітчизняній охороні здоров'я з використанням змішаного підходу (анкетного опитування, аналізу

документів, стану безпеки пацієнтів і медичного персоналу).

Матеріали і методи. Оцінка культури безпеки в охороні здоров'я України здійснювалася загалом за методологією МАГАТЕ, тобто з триангуляційним підходом (з використанням анкетного опитування, аналізом документів та стану безпеки пацієнтів і медичного персоналу). Як матеріал використовували дані наших попередніх публікацій, присвячених аналізу й оцінці нормативного підґрунтя забезпечення безпеки у лікар-

© Яворовський О.П., Науменко О.М., Скалецький Ю.М., Брухно Р.П., Риган М.М., Іванько О.В., Михайленко П.М., Зінченко Т.О., Банковська Н.В. СТАТТЯ, 2023.

вання культури безпеки з метою пошуку універсальної методології її вимірювання [3].

У цих оглядах виділяється три групи методів оцінювання культури безпеки: аналітичний (кількісний), прагматичний (нормативний) та академічний (описовий, чи якісний), а також змішаний, (триангуляційний), який передбачає одночасне застосування аналітичного, прагматичного, академічного підходів, або різних комбінацій їх.

Аналітичний метод – це анкети опитування, аналіз яких дозволяє кількісно оцінити окремі характеристики культури безпеки, тобто зробити знімок поточного стану культури безпеки для його порівняння з результатами попередніх оцінок з метою оцінки змін або оцінки ефективності корегуючих заходів. Цей метод переважає в оцінці культури безпеки пацієнтів. Аналітичний метод продовжує удосконалюватися [4].

Сутність **прагматичного підходу** полягає у визначенні стадії прогресування організації шляхом порівняння її стану зі шкалою зрілості культури безпеки. При цьому виділяють п'ять рівнів зрілості культури безпеки, розвиваючись від патологічного (коли фокус робиться на тому, щоб не бути спійманим на порушеннях та про значну кількість інцидентів і травм не доповідаються, а працівники неусвідомлено



ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

некомпетентні) до реактивного, обачного (розважливого), ініціативного та найдосконалішого – генеративного рівня, за якого всі співробітники неусвідомлено компетентні, цілком залучені і зацікавлені у постійному поліпшенні безпеки діяльності [5].

В авіаційній галузі прагматичний підхід до оцінки культури безпеки використовує три рівні її досконалості: реактивний, розважливий (бюрократичний) та проактивний. Так, наприклад на реактивному рівні, система забезпечення безпеки розглядається як тягар, що нав'язується керівництвом, а дії з покращання безпеки вживаються лише для виконання правил або після нещасного випадку і часто полягають у виявленні та покаранні причетних осіб. Небезпечна поведінка на реактивному рівні культури безпеки вважається прийнятною для виконання роботи.

Органи регулювання ядерної безпеки і в авіації в окремих країнах і досі пропонують як оціночний еталон використовувати триступе-

неву модель розвитку культури безпеки:

1 – безпека, заснована на правилах і регулюванні;

2 – безпека стає організаційною метою;

3 – безпека завжди може поліпшуватися [6].

Така градація відповідає вже згаданих, тобто реактивній, розважливій та проактивній культурі безпеки.

Академічний підхід більше зосереджується на речах минулого, тобто на статистиці нещасних випадків, політиці у безпековій сфері, аналізі документів, твердженнях тощо. Це описовий підхід, спрямований скоріше на те, щоб описати та зрозуміти культуру безпеки, ніж оцінювати її, прагнучи сприяти змінам і вдосконаленню. Для цього використовуються спеціальні методи збору даних, такі як спостереження, аналіз документів та інтерв'ю для виявлення конкретних культурних шарів: артефактів, визнаних цінностей, основних припущень.

Методологія оцінки культури безпеки МАГАТЕ складається з п'яти одночасних і самостійних способів зби-

няному середовищі у 1994-2020 роках; стану безпеки пацієнтів (2003-2020) та медичного персоналу (2002-2018), а також оцінки культури безпеки за результатами анкетного опитування 199 медичних працівників із різних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ).

Результати дослідження. У ході дослідження встановлено, що культура безпеки у вітчизняних ЗОЗ перебуває на початковому рівні формування і потребує системного подальшого удосконалення. Опрацювання більш досконалої методології оцінки культури безпеки у медичній галузі є актуальним і перспективним напрямом наукового дослідження.

Результати проведених нами досліджень підтвердили доцільність використання для оцінки рівня досконалості культури безпеки у ЗОЗ триангуляційного підходу.

Висновок. Посилення ідентифікованих слабких сторін культури безпеки у вітчизняній медичній галузі може стати метою і основою майбутньої стратегії формування безпечного лікарняного середовища на засадах удосконалення і підвищення культури безпеки.

Ключові слова: охорона здоров'я, культура безпеки, безпека пацієнтів, заклади охорони здоров'я.

рання даних: інтерв'ю, спостереження, фокус-групи (групові інтерв'ю), огляд документів та опитувальник сприйняття. Початковий аналіз кожного з отриманих наборів даних здійснюється самостійно, обмежуючи вплив результатів аналізу одного на інші. Після того, як усі доступні набори даних проаналізовано, а культурні прояви виділено, ідентифікуються проблемні характеристики (теми) та визначається загальний культурний статус організації порівняно з відповідним еталоном культури безпеки МАГАТЕ [7].

Кабінет Міністрів України 2018 року в охороні праці визнав реактивний рівень культури безпеки загалом та заклав формувати культуру профілактики (проактивну стадію) нещасних випадків і професійних захворювань [8].

Оцінка культури безпеки є актуальною і для вітчизняної системи охорони здоров'я, оскільки МОЗ України задекларувало програму формування у ЗОЗ культури безпеки загалом, зокрема через дотримання культури гігієни рук.

Оглядом дослідження щодо методів оцінки культури безпеки в охороні здоров'я, як і у згаданих галузях, показали, що переважними у медичній сфері є аналітичні методи, друге місце посідають прагматичні, в окремих випадках зустрічаються академічні (якісні) та змішані підходи.

Прагматичні підходи для вимірювання культури безпеки пацієнтів як стандарти для порівняння теж використовують різні шкали її досконалості. Так, манчестерська система оцінки культури безпеки пацієнтів (MaPSaF), що набула широкого використання у національній системі охорони здоров'я Великої Британії, ґрунтується на п'ятирівневій оціночній шкалі. Прагматичний підхід до оцінки культури

безпеки у системі охорони здоров'я США використовує чотирирівневий стандарт для порівняння [9].

Мета дослідження. Оцінити культуру безпеки у вітчизняній охороні здоров'я з використанням змішаного підходу (анкетне опитування, аналіз документів та стану безпеки пацієнтів і медичного персоналу).

Матеріал і методи досліджень. Матеріалом послужили дані наших попередніх публікацій, присвячених аналізу й оцінці (певною мірою аудиту) нормативного підґрунтя забезпечення безпеки у лікарняному середовищі у 1994-2020 роках; стану безпеки пацієнтів за 2003-2020 роки, медичного персоналу за 2002-2018 роки, а також оцінки культури безпеки за результатами анкетного опитування 167 медичних працівників трьох медичних закладів і 32 фахівців переважно із патологоанатомічних бюро [10-15]. До аналізу долучено також матеріали, що вийшли у світ вже після наших попередніх публікацій.

Методи досліджень. У ході досліджень використовувався бібліографічний метод і методи описової статистики. Оцінка культури безпеки в охороні здоров'я України здійснювалася загалом за методологією МАГАТЕ, тобто з триангуляційним підходом. Із попередньо отриманих даних виокремлювалися ознаки низки характеристик культури безпеки в охороні здоров'я. Зокрема, це були характеристики лідерства з культури безпеки, культури інформованості, культури звітності, культури справедливості та культури навчання.

Культура лідерства – це зобов'язання керівництва щодо безпеки, особиста його прихильність і необхідні інвестиції у безпеку. Чітка заява про бажану культуру безпеки є одним з важливих проявів такого лідерства.

Культура поінформованості – це культура, за якої організація збирає та аналізує потрібні дані, щоб тримати її у курсі стану безпеки у закладі.

Культура звітності – це культура, за якої співробітників заохочують повідомляти про проблеми безпеки. Вони мають бути впевненими, що не будуть покарані чи висміяні за повідомлення. Такої довіри можна найкраще досягти, якщо існує письмова політика про відсутність репресій.

Культура справедливості існує, якщо працівники усвідомлюють, що до них ставитимуться справедливо. Організації з такою культурою не каратимуть тих, хто помилково вчинив небезпечні дії, якщо помилка була ненавмисною. Однак усім зрозуміло, що за необачні дії або створений навмисний і невиправданий ризик буде покарання.

Культура навчання передбачає, що організація здатна вчитися на своїх попередніх помилках, нещасних випадках, у тому числі й на майже подіях (near-accidents), та змінюватися.

Еталоном порівняння у наших дослідженнях слугувала триступенева шкала досконалості культури безпеки: реактивна, розважлива, проактивна.

Результати досліджень. Виділені ознаки культури безпеки групувалися нами за її окремими характеристиками.

Лідерство для культури безпеки. Встановлено, що забезпечення безпеки пацієнтів і персоналу у закладах охорони здоров'я не є пріоритетним завданням. Відсутня заява чи інші документи, що визначають політику МОЗ у сфері безпеки медичної допомоги. Збіг термін чинності документа, що визначає політику у сфері забезпечення якості медичної допомоги. Всупереч рекомендаціям Ради ЄС від 2009 року відсутня галу-

**SAFETY CULTURE ASSESSMENT
IN NATIONAL HEALTHCARE:
A TRIANGULATION APPROACH**
**Yavorovskiy O.P., Naumenko O.M.,
Skaletskiy Y.M., Brukhno R.P.,
Ryhan M.M., Ivanko O.M.,
Mykhaylenko P.M., Zinchenko T.O.,
Bankovska N.V.**

The aim of the study: To evaluate the safety culture in domestic health care using a mixed approach, that is, using a questionnaire survey, document analysis, as well as an analysis of the state of safety of patients and medical personnel.

Materials and methods: The evaluation of safety culture in Ukrainian healthcare has been carried out based on the methodology of the IAEA (International Atomic Energy Agency), specifically employing a triangulation approach involving questionnaire surveys, document analysis, as well as an analysis of patient and medical personnel safety conditions. Our analysis and assessment of the regulatory framework for safety provision in the hospital environment from 1994 to 2020, as well as the safety status of patients from 2003 to 2020 and medical per-

sonnel from 2002 to 2018, formed the basis of the material used in this study. Additionally, the evaluation of safety culture was conducted through a questionnaire survey involving 199 healthcare professionals from various healthcare facilities.

Research results: The study revealed that safety culture in domestic healthcare facilities is at an early stage of formation and requires systematic improvement. Developing a more comprehensive methodology for assessing safety culture in the medical field is an important and promising direction for future research. The results of our study confirmed the effectiveness of employing a triangulation approach to assess the level of safety culture excellence in healthcare facilities.

Conclusions: Strengthening the identified weaknesses in safety culture within the domestic medical industry can become the goal and foundation of a future strategy to create a safe hospital environment based on improving and enhancing safety culture.

Keywords: healthcare, safety culture, patient safety, healthcare institutions.

зева стратегія забезпечення безпеки пацієнтів. Відсутнє нормативне підґрунтя з формування безпеки пацієнтів. У структурі МОЗ відсутній підрозділ з охорони праці і незалежний орган контролю безпеки та якості медичної допомоги. Заходи радіаційного захисту онкохворих під час терапевтичного опромінення живляються повільно і то лише під натиском Держатомрегулювання та її територіальних органів шляхом видачі приписів та встановлення ліцензійних умов.

Організаційні, фінансові, інформаційні, кадрові, технічні, технологічні та інші ресурси системи охорони здоров'я недостатні для задоволення потреб населення в якійсій та безпечній медичній допомозі. У МОЗ України є окремі спроби розвивати культуру безпеки лише за окремим напрямом (культура дотримання гігієни рук). Нормативну базу охорони здоров'я орієнтовано на реагування на прояви небезпеки щодо пацієнтів, а не на попередження небезпек.

Незважаючи на безпрецедентне зростання у медичній сфері на фоні пандемії COVID-19 виробничого травматизму, у тому числі зі смертельними наслідками, систему управління охороною праці у галузі так і не запроваджено.

Таким чином, можна зробити висновок, що характеристика «лідерство у культурі безпеки» у медичній галузі має всі ознаки реактивної.

Культура інформування. Виявлено, що навіть дані офіційної статистики не використовуються для інформування працівників медичної галузі про стан і динаміку показників безпеки пацієнтів та безпеки і гігієни праці медичних працівників у лікарняному середовищі. У щорічних доповідях про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України загалом питання безпеки не відображаються. МОЗ України не розглядає покращання безпеки пацієнтів як резерв підвищення

тривалості та якості життя населення, а також покращання демографічної ситуації. Про катастрофічні наслідки інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги у вітчизняних ЗОЗ, Центр громадського здоров'я МОЗ України поінформував лише 2021 року попри те, що ЄС ще 2009 року запропонувало програму мінімізації цієї проблеми.

Випадки значного погіршення показників безпеки і причини цих проблем в окремих лікарняних закладах і загалом у галузі залишаються поза увагою МОЗ та регіональних органів управління охороною здоров'я. Відсутній доступ до звітів Комісій з клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Реальні економічні та демографічні втрати через проблеми безпеки пацієнтів усе ще не доведено до відома медичних працівників. Отже, наведені ознаки характеристики культури інформування теж вказують на її приналежність до стану

(етапу) реактивної культури безпеки.

Культура звітності. Слід констатувати, що система добровільної реєстрації інцидентів безпеки пацієнтів досі відсутня всупереч рекомендації Ради ЄС 2009 року і зобов'язання МОЗ України від 2018 р. Не функціонує система обліку та аналізу випадків неналежного надання медичної допомоги для попередження медичних помилок на окремих етапах лікувально-діагностичних процесів. Співробітники не впевнені, що не будуть покараними чи висміяними за повідомлення про помилково вчинені небезпечні дії. У середньому, за результатами анкетного опитування, український медичний працівник щорічно добровільно повідомляє менше ніж про одну несприятливу подію. Однак навіть ці випадки не реєструються і не аналізуються. У вітчизняній охороні здоров'я офіційно реєструється лише 1 із 140 випадків інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, і лише 1 із 45 випадків професійного травматизму. Кількість променевих уражень та інших проблем в онкохворих, пов'язаних з терапевтичним опроміненням, значно знижується. Враховуючи вище вказані прояви характеристики культури звітності, є підстави віднести її також до першого, реактивного рівня.

Культура справедливості. Не визначено чітко межі між прийнятною та непринятною поведінкою у ході виконання професійних обов'язків медичного персоналу. Відсутня методика ідентифікації корінних причин несприятливих подій в охороні здоров'я. В охороні здоров'я поширена практика реагування керівництва на помилки медичного персоналу, заснована на принципі «спіймати та покарати». Майже 80% медичних працівників відчувають, що їхні помилки і звіти про неспри-

ятливі події можуть мати негативний вплив на них. Фахівці патологоанатомічних бюро, що функціонують автономно від ЗОЗ, у 4 рази частіше реєструють випадки розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагнозів порівняно з їхніми колегами із патологоанатомічних відділень, підпорядкованих адміністрації лікарень. За таких обставин слід визнати відсутність справедливої культури у вітчизняній охороні здоров'я, що також дозволяє віднести її до реактивного рівня.

Культура навчання. Щодо освітнього аспекта формування культури безпеки у медичних працівників слід зазначити, що концепція підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань безпеки пацієнтів відсутня. У навчальних планах та програмах підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників питання безпеки пацієнтів окремо не розглядається. Нині обговорення лікарських помилок у діагностиці та лікуванні на патолого-анатомічних конференціях багато у чому втратило свою колишню навчальну та моральну роль. Якщо воно і проводиться, то досить формально, без глибокого аналізу. Відсутнє інформаційне підґрунтя (дані офіційної статистики та добровільної реєстрації інцидентів безпеки пацієнтів та медичного персоналу) для навчання на помилках [10-15]. Про переопромінення 23 пацієнтів в онкоурологічній клініці міста Епіналь у Франції (2004) через помилку у плануванні відділення променевої терапії було поінформовано не лише медичну громадськість Франції, але й усього світу через МАГАТЕ та вжито відповідних заходів для уникнення подібних ситуацій у майбутньому. В Україні ж від 1998 року фіксуються аналогічні проблеми у про-

меневій терапії у значно більших масштабах. Лише за офіційними даними, наслідком цього є понад 10 випадків уражень онкопацієнтів щорічно, однак не вживалося радикальних заходів з попередження таких радіаційних інцидентів до 2018 року. Залишаються не реалізованими у вітчизняній охороні здоров'я також напрацювання проекту 1.4.1: Розробка національного Плану дій у галузі безпеки пацієнтів, Плану дій Ради Європи для України на 2011-2014 роки, як і інші наукові напрацювання у цій сфері. Таким чином, і за характеристикою «культура навчання» є всі підстави віднести її до реактивної.

Оцінка результатів анкетного опитування щодо культури безпеки з урахуванням нових даних. Наданий вище аналіз культури безпеки за окремими її характеристиками дозволяє дещо по-іншому оцінити результати анкетного опитування щодо культури безпеки, представлені нами раніше у двох опублікованих роботах.

По-перше, значно вища частота позитивних відповідей вітчизняних медичних працівників на питання анкети за такими важливими характеристиками культури безпеки, як «дії керівництва з питань безпеки пацієнтів» (78%), «організаційне навчання» (91%), «підтримка керівництвом безпеки пацієнтів» (80%), «повідомлення про помилки і зворотній зв'язок» (84%) порівняно з аналогічними показниками анкетного опитування їхніх закордонних колег (окремих країн СНД, США, Швеції) може свідчити про упередженість цих відповідей через те, що рівень позитивних відповідей вітчизняних фахівців за характеристикою «реакція на помилки» становить лише 23%. Тобто переважна більшість медичних працівників (77%) відчуває, що їхні помилки і звіти про ці помилки можуть мати нега-

тивний дисциплінарний чи адміністративний наслідок для них, тому вважають за краще або мовчати про проблеми безпеки, або оцінювати безпеку у ЗОЗ лише позитивно. Зрештою відзначено схильність до прикрашання ситуації з безпекою у медичних фахівців інших країн з радянським минулим. Зі збільшенням стажу кількість фахівців, готових відкрито заявляти про проблеми небезпеки, зменшується. Зі стажем роботи до 10 років таких фахівців налічується (38,0 ± 10,9)%, понад 20 років – лише (22,1 ± 9,0)%.

Таким чином, аналіз нормативного підґрунтя забезпечення безпеки, а також оцінка справжнього стану безпеки пацієнтів та медичного персоналу в охороні здоров'я з позицій культури на додаток до анкетного опитування, по-перше, дозволили більш ґрунтовно оцінити культуру безпеки та її сильні і слабкі сторони, по-друге, засвідчили доцільність використання при вимірюванні культури безпеки з триангуляційним підходом.

Виходячи з аналізу та корекції раніше проведених оцінок культури безпеки з використанням анкетного опитування (кількісної оцінки) нами запропоновано мо-

дель культури безпеки у вітчизняній охороні здоров'я (рис. 1).

Проведений аналіз з використанням триангуляційного підходу і сформована відповідна модель свідчать, що культура безпеки у вітчизняній системі охорони здоров'я перебуває на початку першого рівня її формування (реактивний рівень культури безпеки, або культура безпеки, заснована на правилах і регулюванні).

Представлена описова модель свідчить, що посилення слабких сторін культури безпеки у вітчизняній медичній галузі, яка характеризується початковим рівнем формування, має стати основою майбутньої стратегії забезпечення безпечного лікарняного середовища. Вона визначила чіткі вектори вирішення цієї складної, багатовекторної проблеми.

Висновки

1. Традиційні (організаційні, технічні, санітарно-гігієнічні та інші) методи забезпечення безпеки значною мірою вичерпали свій захисний потенціал. Головним інструментом подальшого зниження ризику небезпек практично в усіх сферах людської діяльності (у тому числі й у вітчизняній системі охорони здоров'я) вважається культура безпеки.

2. Вимірювання (дослідження і оцінка) культури безпеки є обов'язковим заходом в її формуванні та підтриманні. Для цього використовується низка методів зі збору й аналізу інформації, які вимагають свого удосконалення та мають бути вибудованими у відповідний уніфікований алгоритм.

3. Використанням анкетного опитування у поєднанні з аналізом документів та оцінкою стану безпеки пацієнтів і медичного персоналу встановлено, що культура безпеки у вітчизняних ЗОЗ перебуває на початковому рівні її формування (реактивний рівень культури безпеки, або культура безпеки, що заснована на правилах і регулюванні) і потребує системного подальшого удосконалення.

4. Опрацювання більш досконалої методології оцінки культури безпеки у медичній галузі є актуальним і перспективним напрямом наукового дослідження.

Результати проведених нами досліджень підтвердили доцільність використання для оцінки рівня досконалості культури безпеки у ЗОЗ, поряд з іншими, хоч і більш складного, проте значно інформативнішого триангуляційного підходу.

Лідерство у культурі безпеки

Забезпечення безпеки пацієнтів і персоналу в охороні здоров'я не є пріоритетним завданням. Письмово не задекларовано політику МОЗ у сфері безпеки медичної допомоги. Відсутнє належне нормативне підґрунтя і ресурсні структурні підрозділи з забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу. Заходи з безпеки пацієнтів окремо не забезпечені та реалізуються повільно і переважно під тиском державних органів регулювання безпеки.

Рисунок

Описова модель стану культури безпеки у вітчизняній системі охорони здоров'я (станом на 2023 рік)

<p style="text-align: center;">Культура інформованості</p> <p>Правдива інформація про джерела небезпек лікарняного середовища та масштаби і наслідки інцидентів безпеки пацієнтів і виробничого травматизму у галузі відсутня.</p>	<p style="text-align: center;">Культура безпеки</p> <p>у вітчизняних ЗОЗ заснована на реагуванні на несприятливі події (реактивна).</p>	<p style="text-align: center;">Культура звітності</p> <p>Добровільна реєстрація несприятливих подій відсутня. Офіційно реєструється 1 із 100 випадків неналежного надання медичної допомоги та 1 із 45 випадків виробничого травматизму.</p>
<p style="text-align: center;">Культура справедливості</p> <p>У галузі превалює культура реагування на помилкові дії медичного персоналу, заснована на принципі «спіймати та покарати». Близько 80% медичних працівників відчувають, що їхні звіти про несприятливі події можуть мати негативний вплив на них.</p>	<p style="text-align: center;">Культура навчання</p> <p>Питання безпеки пацієнтів не представлені у навчальних програмах підготовки медичних працівників. Нині обговорення лікарських помилок у діагностиці та лікуванні багато в чому втратило свою колишню навчальну та моральну роль. Відсутнє інформаційне підґрунтя навчання на помилках.</p>	

5. Посилення ідентифікованих слабких сторін культури безпеки у вітчизняній медичній галузі може стати метою і основою майбутньої стратегії формування безпечного лікарняного середовища на засадах удосконалення і підвищення культури безпеки.

Джерела фінансування досліджень. Дослідження проведені у рамках роботи над НДР «Наукове обґрунтування методологічного підґрунтя та розробка алгоритму з оцінки культури безпеки у медичних закладах в умовах надзвичайних ситуацій» (державний реєстраційний номер: 0123U101056), яка виконується на кафедрі гігієни та екології № 2 НМУ імені О.О. Богомольця на замовлення МОЗ України.

REFERENCES

1. Arslan V, Kurt RE, Turan O, De Wolff L. Safety culture assessment and implementation framework to enhance maritime safety. *Transportation Research Procedia*. 2016 ; 14 : 3895-904. <https://doi.org/10.1016/j.trpro.2016.05.477>
2. IAEA. Leadership and management for safety: general safety requirements. Part 2. Vienna ; 2016. 47 p. IAEA L16-01048.
3. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*. 2011 Feb 8 ; 20 (4) : 338-43. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
4. IAEA safety culture perception questionnaire for license holders : working document; 2017. 26 p.
5. Hudson P. Implementing a safety culture in a major multi-national. *Safety Science*. 2007 Jul ; 45 (6): 697-722. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2007.04.005>
6. Kultura bezopasnosti na yadernikh ustanovkakh [Safety culture in nuclear installations]. Vienna: IAEA; 2002. 98 p. TECDOC-1329. Russian
7. OSART independent safety culture assessment (ISCA) guidelines. Vienna: International Atomic Energy Agency; 2016. 50 p. IAEA Services Series № 32.
8. Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia systemy upravlinnia okhoronoiu pratsi v Ukraini ta zatverdzhennia planu zakhodiv shchodo yii realizatsii : Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy [On the approval of the Concept of reforming the labour protection management system in Ukraine and the approval of the plan of measures for its implementation : Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine № 989, 2018 Dec 1]. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2018-p#Text>. Ukrainian
9. Granel-Giménez N, Palmieri PA, Watson-Badia CE, Gómez-Ibáñez R, Leyva-Moral JM, Bernabeu-Tamayo MD. Patient safety culture in european hospitals: a comparative mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Jan 14;19(2):939. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020939>
10. Skaletskyi YuM, Yavorovskiy OP, Hychka SH, Ryhan MM, Didkovskiy VL, Brukhno RP. [Trends in inpatient and postoperative mortality as indicators of patient safety in Ukraine]. *Ukrainskyi medycynyi chasopys [Ukrainian Medical Journal]*. 2020 Jul 3. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.137.182411>. Ukrainian
11. Skaletskyi YuM, Yavorovskiy OP, Hychka SH, Ryhan MM, Gorval AK., Didkovskiy VL, Brukhno RP, Ivanko AV [Trends in inpatient and postoperative mortality as indicators of patient safety at the level of individual healthcare facilities (message 2)]. *Ukrainskyi medycynychasopys [Ukrainian Medical Journal]*. 2020 Dec 29;140. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.140.196368>. Ukrainian
12. Naumenko AN, Skaletskyi YN, Regan MM, Didkovskiy VL. [The scope of inpatient mortality due to safety incidents in domestic hospitals]. *Svit medicyny ta biologii [World of Medicine and Biology]*. 2020 ; 16 (73) : 074. <https://doi.org/10.26724/2079-8334-2020-3-73-74-77>. Ukrainian
13. Yavorovskiy OP, Ryhan MM, Ivanko AV, Skaletskyi YM, Brukhno RP, Mikhailenko PM, Zinchenko TA, Badiuk MI. [The system of ensuring the safety of personnel and patients in hospitals: a strategy for improvement]. *Ukrainskyi zhurnal viiskovoi medicyny [Ukrainian Journal of Military Medicine]*. 2021 Jun 30 ; 2 (2) : 23-33. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2\(2\)-023](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2(2)-023). Ukrainian
14. Yavorovskiy AP, Ryhan MM, Naumenko AN, Skaletskyi YN, Gichka SG, Ivanko AV, Brukhno RP, Gorval AK. [Patient safety culture in health care facilities in Ukraine (message 1)]. *Medicni Perspektivi (Medical Perspectives)*. 2021 Sep 30 ; 26 (3) : 179-87. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.3.242257>. Ukrainian
15. Yavorovskiy AP, Ryhan MM, Naumenko AN, Skaletskyi YN, Gichka SG, Ivanko AV, Varyvonchik DV, Shkurba AV et al. [A comparative analysis on safety culture in domestic and foreign health care facilities and enterprises of other activities (message 2)]. *Medicni perspektivi (Medical Perspectives)*. 2021 Dec 20 ; 26 (4) : 153-60. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.4.248210>. Ukrainian

Надійшло до редакції
14.05.2023