

Система інцидент-звітування і культура безпеки в медицині та перспективи їх запровадження в Україні за результатами соціологічного дослідження

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерство охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

²ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Мета – визначити основні атрибути сучасної системи інцидент-звітування і концептуальні підходи до формування некаральної культури професійних взаємовідносин в медицині та оцінити перспективи їх впровадження у вітчизняній системі охорони здоров'я на прикладі служби анестезіології України.

Матеріали та методи. Конвент-аналіз наукової медичної і методичної літератури та міжнародної рекомендаційної бази, що стосуються систем інцидент-звітування і культури безпеки. Соціологічне дослідження в когорті 282 лікарів-анестезіологів, розділених на групи за типами закладів охорони здоров'я, в яких вони працюють, та професійними контингентами, до яких вони належать.

Результати. Визначено сім основних атрибутів сучасної системи інцидент-звітування та низку умов, необхідних для їх реалізації на практиці. Сформульовано концептуальні підходи до формування позитивної культури безпеки у закладах охорони здоров'я. Шляхом анонімного анкетування лікарів-анестезіологів продемонстровано, що 97,2% із них зацікавлені в отриманні додаткових знань про безпеку пацієнтів, 91,14% вважають необхідним впровадження інструментів підвищення рівня безпеки пацієнтів у службі анестезіології України, 70,21% готові повідомляти про свої помилки, у тому числі фатальні, через не-анонімну і 89,36% – через анонімну систему інцидент-звітування, 62,77% вважають адміністрації своїх лікарень готовими до підтримки нової, некаральної культури професійних взаємовідносин в інтерфейсі лікар / адміністратор.

Висновки. Впровадження систем інцидент-звітування та формування позитивної культури безпеки є сьогодні наріжним каменем систем безпеки пацієнтів у цивілізованому світі. Лікарський персонал служби анестезіології України ментально готовий до впровадження у своїх відділеннях власної системи інцидент-звітування та позитивно оцінює рівень готовності адміністративної ланки до підтримки нової, некаральної культури безпеки.

Ключові слова: безпека пацієнта, система інцидент-звітування, культура безпеки, служба анестезіології та інтенсивної терапії, соціологічне дослідження.

ВСТУП

Науково-технічний прогрес та новітні технології перетворили сучасну медицину в майже чудодійну, але вкрай небезпечну територію. Нерідко несприятливі наслідки вимушеного контакту пацієнта з лікарняним середовищем значно перевищують небезпеки, що очікували б його від самої хвороби. Статистика свідчить про значну питому вагу медичних помилок у структурі госпітальної летальності [14, 20]. На думку деяких авторів, медичні помилки сьогодні посіли третю сходинку в ієрархії основних причин смертності в США [16].

Одним із важливих джерел інформації про медичні помилки є системи інцидент-звітування. За визначенням ВООЗ, впровадження систем звітності про несприятливі медичні події має на меті не просто накопичення даних, а отримання інформації, необхідної для налагодження зворотного зв'язку й ефективного управління ризиками [23]. В Україні систем інцидент-звітування та відповідної інцидент-статистики, за виключенням ініційованої МОЗ України системи повідомлення про випадки побічних реакцій або відсутності ефективності лікарських засобів [1, 2], не існує, однак не викликає сумніву, що число медичних помилок та інших несприятливих подій у вітчизняній системі охорони здоров'я не поступається показникам розвинених країн.

Важливою детермінантою ефективного функціонування систем інцидент-звітування є так звана культура безпеки – поняття, що у найбільш спрощеній інтерпретації означає таку психологічно сприятливу робочу атмосферу, таку форму професійних взаємовідносин між колегами (особливо між керівниками та підлеглими), що дозволяє їм вільно, без боязні бути покараними, повідомляти про свої помилки з метою їх аналізу, зворотного зв'язку та попередження у майбутньому [3, 8, 19]. Концепція культури безпеки пройшла довгий шлях від культури звинувачення конкретних виконавців (*англ. Culture of blame*) до культури справедливості (*англ. Just culture*), в якій розумно збалансовані позиції відповідальності системи й окремих її індивідуумів [5]. Згідно з сучасними уявленнями, культура безпеки в медицині – це інтегративна модель поведінки як окремих індивідуумів, так і організації в цілому, побудована на переконаннях, що життя і здоров'я окремої людини є найвищою суспільною цінністю, та постійному прагненні мінімізувати для пацієнтів ризики завдання шкоди, що походять від самого процесу надання медичної допомоги. Сьогодні в цивілізованому світі впровадження в лікувальних закладах саме такої культури професійних взаємовідносин стало одним зі стовпів фундаменту безпеки пацієнтів [18].

Мета роботи – визначити основні атрибути сучасної системи інцидент-звітування і концептуальні підходи до формування некаральної культури професійних взаємовідносин в медицині та оцінити перспективи їх впровадження у вітчизняній системі охорони здоров'я на прикладі служби анестезіології України.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети проведено:

I. Контент-аналіз наукової медичної і методичної літератури та міжнародної рекомендаційної бази, що стосуються систем інцидент-звітування і культури безпеки в охороні здоров'я, спрямований на ідентифікацію ключових характеристик сучасних систем інцидент-звітування та основних етапів еволюції культури професійних взаємовідносин в аспекті безпеки у високо-небезпечних галузях індустрії та медицині.

II. Соціологічне дослідження серед спеціалістів, які представляють одну з найбільш ризикованих з точки зору ймовірності допущення медичних помилок спеціальність – анестезіологію. Опитування спеціалістів проводилось шляхом анонімного анкетування, що здійснювалось під час всеукраїнських анестезіологічних наукових форумів та передатестаційних циклів лікарів-анестезіологів на базі кафедри анестезіології НМАПО імені П. Л. Шупика. Анкети містили шість запитань щодо перспектив запровадження згаданих вище технологій підвищення рівня безпеки пацієнтів (системи інцидент-звітування та культури безпеки) в службі анестезіології України, а саме:

1. «Чи хотіли б Ви отримати більше інформації про безпеку пацієнтів, принципи побудови відділення високої надійності, системи моніторингу медичних помилок, несприятливих подій та критичних інцидентів в медицині?».

2. «Чи вважаєте Ви необхідним поступове запровадження інструментів підвищення безпеки пацієнтів в службі анестезіології та ІТ України, враховуючи неминуче збільшення при цьому об'єму рутинної роботи і документообігу?».

3. «Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде анонімною?».

4. «Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде анонімною?».

5. «Чи готові, на Вашу думку, співробітники Вашого відділення до запровадження заходів з безпеки пацієнтів та системи моніторингу медичних помилок?».

6. «Чи готове, на Вашу думку, Ваше безпосереднє керівництво до підтримання в закладі «безпекової» культури, що передбачає розуміння, толерантність і відмову від практики пошуку винуватців як необхідну умову успіху в області безпеки пацієнтів?».

Соціологічне дослідження охопило когорту лікарів-анестезіологів з 282 осіб. Респондентами стали

представники різних типів ЗОЗ та різних професійних (за займаною посадою), вікових (за стажем роботи в анестезіології) і кваліфікаційних (за категорією зі спеціальності «Анестезіологія») груп спеціалістів:

- 53,5% (n=151) респондентів були представниками ЗОЗ II (центральні районні та міські лікарні) рівня, 31,2% (n=88) – ЗОЗ III–IV (обласні лікарні та науково-дослідні інститути) рівнів та 15,3% (n=43) – інших, вузькопрофільних, ЗОЗ (спеціалізовані диспансери, акушерсько-гінекологічні стаціонари тощо);

- 63,8% (n=180) респондентів виявились лікарями-ординаторами, 15,6% (n=44) – завідувачами відділень, 6,7% (n=19) – представниками кафедр (11 – викладачами, 8 – клінічними ординаторами й аспірантами) та 13,9% (n=39) – лікарями-інтернами;

- 29,1% (n=82) респондентів на момент опитування працювали у службі анестезіології від 0 до 5 років, 17,3% (n=49) – від 6 до 10 років, 32,3% (n=91) – від 11 до 20 років та решта 21,3% (n=60) – понад 20 років;

- 32,6% (n=92) респондентів були не атестованими, 11,7% (n=33) мали другу, 17,4% (n=49) – першу та 38,3% (n=108) – вищу кваліфікаційну категорію.

Оцінка відповідей респондентів на запитання анкети проведена у трьох розрізах:

1) кількісний розподіл варіантів відповідей на кожне запитання у загальній, не стратифікованій на групи за будь-яким критерієм когорти опитаних спеціалістів (n=282);

2) порівняння відповідей трьох груп респондентів, які представляють різні типи ЗОЗ – заклади II (n=151) і III–IV (n=43) рівнів та вузькопрофільні заклади (n=43);

3) порівняння відповідей трьох груп респондентів, які представляють різні професійні контингенти лікарів-анестезіологів – ординаторів (n=180), завідувачів (n=44) та представників кафедр (n=19) (без лікарів-інтернів – n=39).

Статистична обробка отриманих результатів проведена за допомогою пакета прикладних програм EXCEL-2003® і STATA версія 11 для Windows (Stata Corp, Техас, США). Результати аналізу представлені у вигляді таблиць абсолютних та відносних (%) цифрових даних. Порівняння відносних, або виражених у відсотках, величин здійснене за допомогою критерію χ^2 . Різницю між групами вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

I. За даними контент-аналізу друкованих матеріалів та електронних Інтернет-ресурсів встановлено, що до системи інцидент-звітування сьогодні висуваються вимоги, котрі вперше системно були окреслені в настановах ВООЗ 2005 року [23]. Згідно із зазначеними настановами, система інцидент-звітування повинна бути:

1) некаральною: ті, хто звітують, не повинні боятися, що за результатами звітування вони самі або інші особи будуть покарані;

2) конфіденційною: особистості пацієнта та медичного працівника, а також відомості про медичну установу не повинні розкриватися;

3) незалежною: система звітності не повинна залежати від жодного посадовця, наділеного владою карати особу чи організацію;

4) експертною: звіти повинні оцінюватися експертами, які розуміють клінічні обставини і навчені виявляти недоліки системи, що призвели до несприятливої події;

5) своєчасною: аналіз звітів та поширення рекомендацій серед тих, кому вони потрібні, повинні здійснюватися швидко, особливо коли встановлено наявність серйозної небезпеки;

6) орієнтованою на систему: рекомендації, що надаються, повинні бути спрямовані на зміни в системі, процесів або продуктах, а не на окремого індивідуума;

7) готовою до змін: агентство, що отримує звіти, повинно бути здатним поширювати рекомендації, а організації, що звітують, повинні бути зобов'язаними впроваджувати їх, коли це можливо.

Подібні вимоги до системи інцидент-звітування сформульовані і в програмному документі Комітету Міністрів Ради Європи «Рекомендація Res (2006)7 Комітету Міністрів державам-членам про управління безпекою пацієнтів та попередження несприятливих подій в охороні здоров'я», прийнятому на засіданні заступників міністрів у 2006 р. [6]. Згідно із зазначеною рекомендацією, система інцидент-звітування у сфері безпеки пацієнтів повинна відповідати наступним критеріям:

1) бути некаральною і справедливою;

2) не залежати від зовнішніх механізмів контролю;

3) заохочувати медичних працівників до звітування на засадах добровільності, анонімності та конфіденційності;

4) дозволяти узагальнювати інформацію на місцевому, регіональному та національному рівнях;

5) залучати державний та приватний сектори;

6) сприяти участі пацієнтів і їх родин, а також інших постачальників медичних послуг у різних видах діяльності у сфері безпеки пацієнтів.

Подальший розвиток зазначені вимоги отримали у настановах Робочої групи з безпеки пацієнтів Європейської Комісії (виконавчого органу Європейського Союзу) «Ключові факти і рекомендації щодо систем звітування і здобування уроків з інцидентів з безпекою пацієнтів у Європі» (2014 р.) [7]. У документі цієї авторитетної міжурядової організації зазначається, що:

1) у країнах-членах Європейського Союзу існують системи як примусового, так і добровільного інцидент-звітування, і кожний тип має свої переваги і недоліки;

2) системи примусового інцидент-звітування повинні супроводжуватись нормативними документами, що виключають можливість санкцій проти тих, хто звітують, і чіткими правилами щодо конфіденційності;

3) типи інцидентів, про які звітують, можуть різнитися, але широкий підхід до визначення поняття повинен дозволити звітувати про будь-які випадки загрози безпеці пацієнтів, включаючи реєстрацію так званих незавершених, тобто своєчасно відвернутих несприятливих подій (*англ. Near misses* – потенційно-небезпечні дії або ситуації, що не досягли пацієнта) та завершених, але без завдання пацієнту шкоди, несприятливих подій (*англ. No harm events*), що, в доповнення до звітування про завершені несприятливі події зі шкодою або навіть смертю пацієнтів (*англ. Harm*

events), є багатим джерелом інформації для здобуття уроків і вдосконалення системи;

4) можливість звітувати про інциденти з безпекою пацієнтів повинні мати усі без виключення працівники системи охорони здоров'я, а не лише медичний персонал;

5) до повідомлення про випадки виникнення загрози безпеці повинні заохочуватись самі пацієнтів та члени їх родин;

6) системи інцидент-звітування повинні бути відокремлені від систем подання офіційних скарг, вжиття заходів дисциплінарного впливу та розгляду судових справ, а працівники, котрі подали звіти, – захищені від дисциплінарних стягнень та судових позовів, для чого повинні бути забезпечені конфіденційність осіб, які звітують, та повна анонімізація даних, що повідомляються;

7) анонімізовані зведені звіти з аналізом отриманих даних повинні регулярно оприлюднюватись, а здобути уроки активно поширюватись з метою підтримки ініціатив у сфері безпеки пацієнтів та запобігання новим інцидентам у Європі.

З описання атрибутів сучасної системи інцидент-звітування ясно видно, що необхідною умовою їх успішного функціонування є впровадження в організаціях специфічного виробничого клімату, що в сучасній термінології отримав назву культури безпеки. У згаданому вище документі Ради Європи також наголошується, що одним із зобов'язань, котре серед інших завдань щодо розвитку національних систем безпеки пацієнтів необхідно взяти на себе урядам держав-членів, є розробка «послідовної і всеосяжної основи політики у сфері безпеки пацієнтів, що має сприяти формуванню культури безпеки на всіх рівнях системи надання медичної допомоги» [6].

Аналіз літератури показав, що концепція культури безпеки зародилась поза межами систем охорони здоров'я – при дослідженні так званих організацій високої надійності, тобто структур, що постійно працюють над мінімізацією вірогідності помилок і несприятливих подій у зв'язку з виконанням робіт підвищеної складності та небезпечності (атомна енергетика, авіація, громадський транспорт, нафтогазова промисловість). Вперше термін «культура безпеки» з'явився у міжнародному лексиконі у публікаціях Міжнародного агентства з атомної енергії (МАГАТЕ) – першому Підсумковому звіті учасників засідання щодо причин та наслідків Чорнобильської катастрофи (1986 р.) [13] та «Базових принципах безпеки на атомних електростанціях» (1988 р.) [12]. Визнано, що саме відсутність «культури безпеки» стала однією з причин Чорнобильської трагедії.

На основі дослідження історії розвитку культури безпеки у згаданих вище високо-небезпечних індустріях, у першу чергу – комерційній авіації, фахівці виділили п'ять стадій, через які еволюціонує («дозріває») культура взаємовідносин і, відповідно, системи безпеки, в організаціях, де існує висока ймовірність і є високою ціна помилки, – стадії патологічної, реактивної, бюрократичної, проактивної і, на кінець, продуктивної культури (рис. 1) [9–11, 21, 22]:

1. *Патологічна культура або культура заперечення* (*англ. Pathological culture або Denial culture*) – «У нас не буває інцидентів такого роду». Це

позиція страуса (голова в пісок), стратегія відмови від визнання проблеми; культура домінування бізнес-інтересів над усіма іншими інтересами; сприйняття помилки як особистої проблеми працівника, для якого основне – не бути пійманим «на гарячому».

2. *Реактивна культура* (англ. *Reactive culture*) – «Коли щось трапиться, тоді і будемо реагувати». Це визнання організацією важливості проблеми і певна діяльність у цьому напрямку, але стратегія вичікування щодо реагування на інциденти.

3. *Обчислювальна або бюрократична культура* (англ. *Calculative culture* або *Bureaucratic culture*) – «До тих пір, поки кожен дотримуватиметься процедури, нічого не трапиться». Це позиція організації, побудованої на принципах командно-адміністративної системи; намагання її менеджменту «прорахувати» проблему; розрахунок на правила, інструкції та накази, що нав'язуються працівникам «зверху»; відсутність ініціативи «знизу».

4. *Проактивна культура* (англ. *Proactive culture*) – «Давайте подумаймо, де щось може піти не так, і поставимо перепони заздалегідь». Це випереджувальна

позиція; стратегія вжиття превентивних заходів ще до того, коли щось трапилось; активне залучення персоналу до подолання проблеми і зміна вектору безпеки з напрямку «виключно зверху вниз» на двосторонню ініціативу.

5. *Продуктивна культура* (англ. *Generative culture*) – «Наша організація не ідеальна, і ми постійно інвестуємо наші зусилля і ресурси в її вдосконалення». Управління ризиками як інтегральна частина системи поглядів, корпоративного менталітету всього колективу професіоналів і менеджерів; повне інтегрування політики безпеки в усі виробничі процеси.

Окрім наведеної градації стадій еволюції культури безпеки, сьогодні існує тенденція до її категоризації на позитивну і негативну [15], хоча на практиці жорстке дихотомічне розмежування («або така, або така») часто провести не вдається: у конкретній організації досягнутий рівень культури, зазвичай, знаходиться десь посередині на умовній шкалі між двома категоріями. Незаперечним є те, що позитивна культура безпеки асоціюється з проактивною і продуктивною, а негативна – з патологічною, реактивною і бюрократичною системами безпеки.

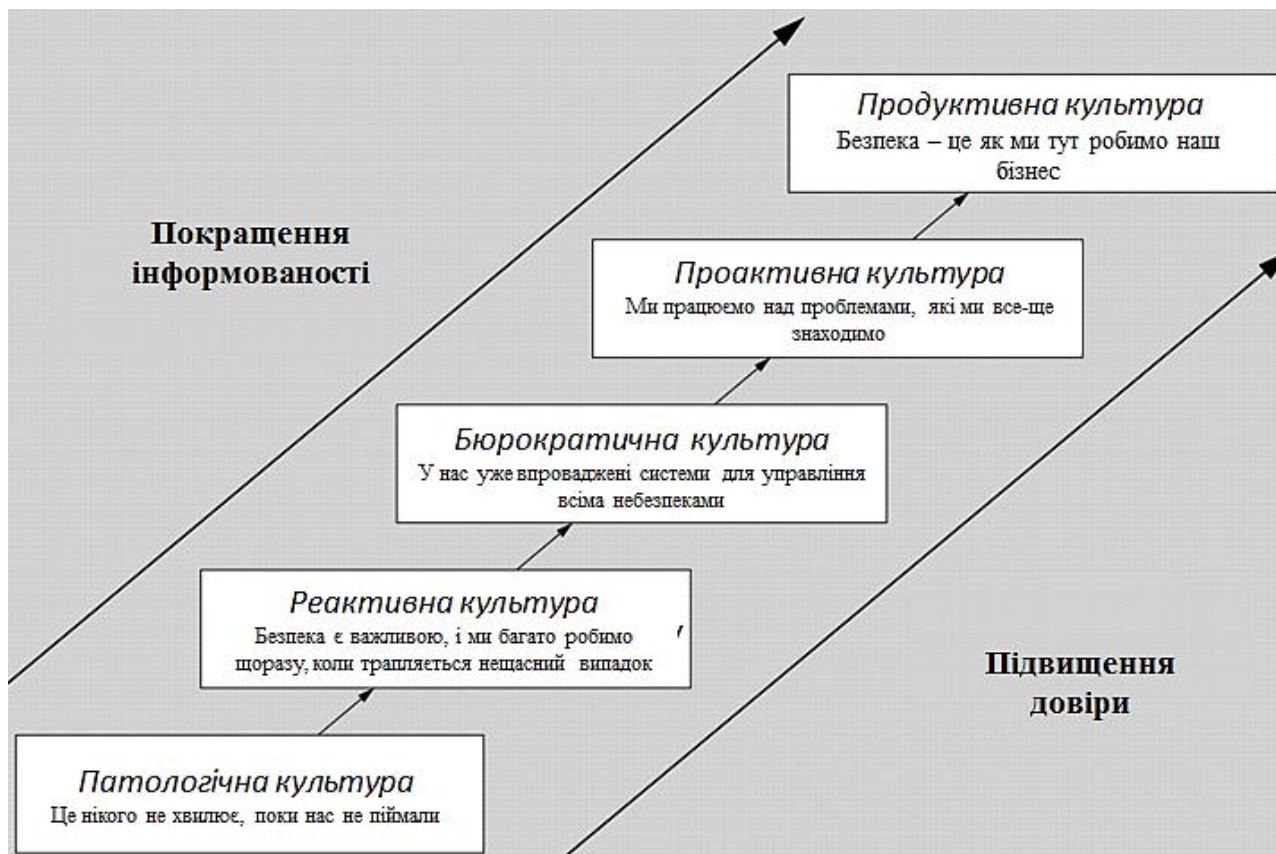


Рис. 1. Модель зрілості культури безпеки за Р. Hudson

Фахівці з безпеки пацієнтів виділяють п'ять найвищих атрибутів культури безпеки, досягнення яких необхідно прагнути професіоналам в усіх системах охорони здоров'я:

1) культура, що визнає безпеку пацієнтів найголовнішим пріоритетом – вищим за фінансові та операційні цілі;

2) культура, в якій усі працівники (від керівників до фронт-лайнєрів) готові взяти на себе відповідальність за власну безпеку, безпеку співробітників, пацієнтів та відвідувачів;

3) культура, що заохочує і винагороджує осіб, які не приховують медичні помилки, а звітують про них і вирішують конкретні питання безпеки;

4) культура, що забезпечує організацію навчання з питань безпеки, попередження несприятливих подій та нещасних випадків у медичній практиці;

5) культура, що забезпечує відповідні структуру і ресурси для підтримання безпекової ефективності системи [17].

Порівняно зі згаданими вище високо небезпечними індустріями, охорона здоров'я в контексті культури безпеки все ще знаходиться на достатньо низькому рівні розвитку [9]. Практика звинувачення за допущені помилки в значній мірі продовжує домінувати і перешкоджає прогресу у сфері безпеки пацієнтів. Однак є певне застереження: в той час як для багатьох медичних помилок некаральна установка є доречною, певні помилки все ж виглядають такими, що заслуговують на покарання і вимагають відповідальності. У спробах «примирити» ці дві суперечливі позиції (щодо необхідності некарального підходу до проблеми менеджменту медичних помилок, з одного боку, і забезпечення високого рівня відповідальності медичних працівників, з іншого боку) народилася концепція культури справедливості (*англ. Just culture*) [4]. Культура справедливості фокусує основні зусилля організації на ідентифікації та виправленні слабких місць у системі, у тому числі тих, що спонукали її працівників до ненавмисних небезпечних дій або бездіяльності, але у той же час підтримує у співробітників високий рівень відповідальності за результати своєї роботи, встановлюючи нульовий рівень толерантності до необачної, а тим більше халатної професійної поведінки. Впровадження такої моделі культури безпеки в охороні здоров'я вимагає від медичної організації [4]:

- визнання високо-ризикового характеру її діяльності та рішучості у досягненні постійно безпечного рівня її функціонування;

- створення вільного від звинувачень робочого середовища, в якому працівники можуть повідомляти про свої помилки або прогалини без страху отримати догану чи інше покарання;

- заохочення до співпраці працівників різних рівнів та дисциплін у пошуку шляхів вирішення проблем безпеки пацієнтів;

- зобов'язання щодо виділення достатнього обсягу ресурсів, необхідних для вирішення проблем безпеки пацієнтів.

Отже, культура безпеки – це нова парадигма професійних взаємовідносин у медицині, що базується не на пошуку і покаранні винуватців, а на ідентифікації та корекції «слабких місць» у системах та процесах. Ненавмисна медична помилка в такій системі взаємовідносин сприймається не як привід для покарання, а як сприятлива можливість, зручна нагода для вдосконалення системи.

II. Наше соціологічне дослідження можна розділити на три міні-блоки, кожен з яких включає два запитання

Першим міні-блоком запитань (табл. 1 і 2) ми хотіли з'ясувати ступінь зацікавленості лікарів-анестезіологів України у здобутті знань з питань безпеки медичної допомоги та запровадженні заходів з безпеки пацієнтів у практику вітчизняної служби анестезіології та інтенсивної терапії. За даними анкетування, із загальної когорти опитаних спеціалістів (n=282) майже всі вони (97,2±0,98%) виказали бажання дізнатися більше про безпеку пацієнтів, принципи побудови відділення високої надійності та системи інцидент-моніторингу в медицині (табл. 1). Переважна більшість респондентів (91,14±1,67%) вважали за необхідне поступове запровадження інструментів підвищення рівня безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України, незважаючи на неминуче збільшення при цьому об'єму рутинної роботи і документообігу, і лише 8,86±1,69% не бачили необхідності в таких ініціативах. З числа перших однозначно згідними поступово запроваджувати сучасні безпекові інструменти у своїй спеціальності були 69,9±2,73%, а скоріше згідними, ніж ні – 21,3±2,44% лікарів.

Між трьома групами спеціалістів, які представляли різні типи ЗОЗ (заклади II і III–IV рівнів та заклади вузького профілю), достовірних відмінностей у структурі відповідей на перші два запитання анкети не знайдено (табл. 1). Не встановлено достовірних відмінностей у структурі відповідей на перші два запитання і між групами спеціалістів, які належать до різних професійних контингентів – ординаторів, завідувачів відділень та представників кафедр (табл. 2).

Таблиця 1

Кількісний розподіл респондентів закладів охорони здоров'я різних типів за їх бажанням дізнатися більше про безпеку пацієнтів та їх оцінкою доцільності запровадження інструментів з безпеки пацієнтів у службі анестезіології України

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т. ч. лікарів:			P ¹⁻² P ¹⁻³ P ²⁻³
		ЗОЗ II рівня ¹ (n=151)	ЗОЗ III–IV рівнів ² (n=88)	Інших закладів ³ (n=43)	
ЗАПИТАННЯ 1. Чи хотіли б Ви отримати більше інформації про безпеку пацієнтів, принципи побудови відділення високої надійності, системи моніторингу медичних помилок, несприятливих подій та критичних інцидентів в медицині?					
так	274 97,2±0,98	146 96,7±1,45	86 97,7±1,6	42 97,7±2,29	0,646 0,742 0,985
ні	8 2,8±0,98	5 3,31,45	2 2,3±1,6	1 2,3±2,29	

ЗАПИТАННЯ 2. Чи вважаєте Ви необхідним поступове запровадження інструментів підвищення безпеки пацієнтів в службі анестезіології та ІТ України, враховуючи неминуче збільшення при цьому об'єму рутинної роботи і документообігу?					
так	197 69,8±2,73	105 69,5±3,75	61 69,3±4,92	31 72,1±6,84	0,201 0,548 0,101
ні	9 3,2±1,05	4 2,7±1,30	4 4,6±2,21	1 2,3±2,29	
скоріше так, ніж ні	60 21,3±2,44	35 23,2±3,44	14 15,9±3,90	11 25,6±6,66	
скоріше ні, ніж так	16 5,7±1,38	7 4,6±1,70	9 10,2±3,23	0	

Таблиця 2

Кількісний розподіл респондентів різних професійних контингентів за їх бажанням дізнатися більше про безпеку пацієнтів та їх оцінкою доцільності запровадження інструментів з безпеки пацієнтів у службі анестезіології України

Варіанти відповідей	Усього (n=243)	у т. ч.:			p ¹⁻² p ¹⁻³ p ²⁻³
		ординаторів ¹ (n=180)	завідувачів відділень ² (n=44)	співробітників кафедр ³ (n=19)	
ЗАПИТАННЯ 1. Чи хотіли б Ви отримати більше інформації про безпеку пацієнтів, принципи побудови відділення високої надійності, системи моніторингу медичних помилок, несприятливих подій та критичних інцидентів в медицині?					
так	237 97,5±1,0	174 96,7±1,33	44 100,0	19 100,0	0,220 0,419
ні	6 2,5±1,0	6 3,3±1,33	0	0	
ЗАПИТАННЯ 2. Чи вважаєте Ви необхідним поступове запровадження інструментів підвищення безпеки пацієнтів в службі анестезіології та ІТ України, враховуючи неминуче збільшення при цьому об'єму рутинної роботи і документообігу?					
так	170 70,0±2,94	127 70,6±3,4	30 68,2±7,02	13 68,4±10,67	0,128 0,882 0,892
ні	9 3,7±1,21	4 2,2±1,09	4 9,1±4,34	1 5,3±5,14	
скоріше так, ніж ні	51 21,0±2,61	38 21,1±3,04	9 20,4±6,09	4 21,0±9,36	
скоріше ні, ніж так	13 5,3±1,44	11 6,1±1,78	1 2,3±2,26	1 5,3±5,14	

Метою другого міні-блоку запитань (табл. 3 і 4) було визначення рівня готовності лікарів-анестезіологів України, котрі все своє життя працюють в умовах існуючої адміністративно-командної і в значній мірі каральної системи управління, повідомляти про свої медичні помилки у випадках впровадження не-анонімних або анонімних систем звітування. Результати анкетування показали, що несподівано значний відсоток загальної когорти опитаних спеціалістів (70,21±2,72%) погодиться особисто повідомляти про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, включаючи смерть пацієнтів, якщо система інцидент-звітування буде не-анонімною; з них однозначно готовими до такого звітування оцінили себе 42,2±2,94% і скоріше готовими, ніж ні – 28,0±2,67% спеціалістів (табл. 3).

Цікаво, що у групах респондентів ЗОЗ II рівня та ЗОЗ III–IV рівнів готовність повідомляти про свої помилки через не-анонімну систему інцидент-звітування виявилась достовірно нижчою за аналогічну готовність групи лікарів вузькопрофільних ЗОЗ (табл. 3). В останній групі однозначно готовими до не-анонімного інцидент-звітування (відповідь «так») виявилися 39,5±7,45%, а «скоріше так, ніж ні» – 46,5±7,61% (разом – 86,0±5,29%) спеціалістів, в той час як у групі ЗОЗ II рівня, відповідно, – 39,7±3,98% і 27,2±3,62% (разом – лише 66,9±3,04%) спеціалістів, а в групі ЗОЗ III–IV рівнів, відповідно, – 47,7±5,32% і 20,5±4,3% (разом – лише 68,2±3,01%) спеціалістів. На нашу думку, поясненням може служити те, що значна частина лікарів вузькопрофільної групи є співробітниками приватних клінік, де керівництво

ефективніше дбає про створення відповідного професійного клімату. Між групами респондентів, які належать до різних професійних контингентів (ординаторів, завідувачів та представників кафедр), достовірних відмінностей між частотою окремих варіантів відповідей на запитання щодо готовності повідомляти про свої помилки через не-анонімну систему інцидент-звітності не виявлено (табл. 4).

У випадку впровадження анонімної системи інцидент-звітування повідомляти про свої помилки й обумовлені ними несприятливі події і навіть смерть пацієнтів особисто готовою виявилася вже значно більша

частка респондентів – 89,36±1,83%. (табл. 3). Достовірної різниці в самооцінці (розподілі відповідей) респондентів щодо готовності до звітування про власні помилки через анонімні механізми не встановлено ні між групами спеціалістів, які представляють ЗОЗ різних типів, ні між групами спеціалістів, які представляють різні професійні контингенти працівників (позитивні відповіді дали 62,3±3,94% лікарів ЗОЗ II рівня, 65,9±4,87% лікарів ЗОЗ III–IV рівня та 65,1±7,27% лікарів вузькопрофільних ЗОЗ, а також 63,3±3,59% лікарів-ординаторів, 68,2±7,02% завідувачів відділень та 63,2±11,06% співробітників кафедр), (табл. 3 і 4).

Таблиця 3

Кількісний розподіл респондентів закладів охорони здоров'я різних типів за їх готовністю звітувати про свої помилки через не-анонімну та анонімну системи інцидент-звітування

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т. ч. лікарів:			P ¹⁻² P ¹⁻³ P ²⁻³
		ЗОЗ II рівня ¹ (n=151)	ЗОЗ III–IV рівнів ² (n=88)	інших закладів ³ (n=43)	
ЗАПИТАННЯ 3. Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде не анонімною ?					
так	119 42,2±2,94	60 39,7±3,98	42 47,7±5,32	17 39,5±7,45	0,377 0,027 0,005
ні	39 13,8±2,05	22 14,6±2,87	16 18,2±4,11	1 2,3±2,29	
скоріше так, ніж ні	79 28,0±2,67	41 27,2±3,62	18 20,5±4,3	20 46,6±7,61	
скоріше ні, ніж так	45 16,0±2,18	28 18,5±3,16	12 13,6±3,65	5 11,6±4,88	
ЗАПИТАННЯ 4. Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде анонімною ?					
так	180 63,8±2,86	94 62,3±3,94	58 65,9±4,87	28 65,1±7,27	0,282 0,553 0,152
ні	14 5,0±1,3	7 4,6±1,70	7 8,0±2,89	0	
скоріше так, ніж ні	72 25,5±2,66	39 25,8±3,56	21 23,9±4,55	12 27,9±6,84	
скоріше ні, ніж так	16 5,7±1,38	11 7,3±2,12	2 2,2±1,6	3 7,0±3,89	

Таблиця 4

Кількісний розподіл респондентів різних професійних контингентів за їх готовністю звітувати про свої помилки через не-анонімну та анонімну системи інцидент-звітування

Варіанти відповідей	Усього (n=243)	у т. ч.:			P ¹⁻² P ¹⁻³ P ²⁻³
		ординаторів ¹ (n=180)	завідувачів відділень ² (n=44)	співробітників кафедр ³ (n=19)	
ЗАПИТАННЯ 3. Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде не анонімною ?					
так	105 43,2±2,28	75 41,7±3,68	22 50,0±7,54	8 42,1±11,33	0,695 0,531
ні	36 14,8±2,28	26 14,4±2,62	5 11,4±4,79	5 26,3±10,10	0,522

скоріше так, ніж ні	65 26,8±2,84	49 27,2±3,32	12 27,3±6,72	4 21,1±9,36		
скоріше ні, ніж так	37 15,2±2,3	30 16,7±2,78	5 11,3±4,79	2 10,5±7,03		
ЗАПИТАННЯ 4. Чи готові Ви особисто звітувати про свої ненавмисні помилки та обумовлені ними несприятливі події, критичні інциденти і навіть смерть пацієнтів, якщо система моніторингу і реєстрації таких подій буде анонімною						
так	156 64,2±3,08	114 63,3±3,59	30 68,2±7,02	12 63,2±11,06		0,849 0,497 0,361
ні	12 4,9±1,38	9 5,0±1,62	1 2,3±2,26	2 10,5±7,03		
скоріше так, ніж ні	61 25,1±2,78	47 26,1±3,27	11 25,0±6,53	3 15,8±8,37		
скоріше ні, ніж так	14 5,8±1,5	10 5,6±1,71	2 4,5±3,13	2 10,5±7,03		

Завданням третього, останнього, міні-блоку запитань (табл. 5 і 6) була оцінка респондентами готовності їх колег-лікарів за місцем роботи та адміністрацій їх лікарень до впровадження таких інноваційних для України інструментів підвищення рівня безпеки пацієнтів, як система інцидент-звітування та культура безпеки. На думку більшості респондентів (72,34±2,66%), співробітники їх відділень готові до запровадження заходів з безпеки пацієнтів та системи

моніторингу медичних помилок і несприятливих подій на своїх робочих місцях (табл. 5). Слід відмітити достовірно нижчий відсоток респондентів, які дали позитивну відповідь на це запитання, серед лікарів закладів II рівня, ніж серед лікарів закладів III–IV рівнів та вузько-профільних закладів (31,8±3,79% проти 50,0±5,33%, $p=0,043$ та 31,8±3,79% проти 41,9±7,52%, $p=0,045$) (табл. 5).

Таблиця 5

Кількісний розподіл респондентів закладів охорони здоров'я різних типів за їх оцінкою готовності колег та керівництва за місцем роботи до запровадження системи інцидент-звітування та некаральної культури безпеки

Варіанти відповідей	Усього (n=282)	у т. ч. лікарів:			P ¹⁻² P ¹⁻³ P ²⁻³
		ЗОЗ II рівня ¹ (n=151)	ЗОЗ III–IV рівнів ² (n=88)	інших закладів ³ (n=43)	
ЗАПИТАННЯ 5. Чи готові, на Вашу думку, співробітники Вашого відділення до запровадження заходів з безпеки пацієнтів та системи моніторингу медичних помилок?					
так	110 39,0±2,90	48 31,8±3,79	44 50,0±5,33	18 41,9±7,52	0,043 0,045 0,069
ні	42 14,9±2,12	26 17,2±3,07	13 14,8±3,79	3 7,0±3,89	
скоріше так, ніж ні	94 33,3±2,81	52 34,4±3,87	22 25,0±4,62	20 46,5±7,61	
скоріше ні, ніж так	36 12,8±1,99	25 16,6±3,03	9 10,2±3,23	2 4,6±3,23	
ЗАПИТАННЯ 6. Чи готове, на Вашу думку, Ваше безпосереднє керівництво до підтримання в закладі «безпекової» культури, що передбачає розуміння, толерантність і відмову від практики пошуку винуватців як необхідну умову успіху в області безпеки пацієнтів?					
так	177 62,8±2,88	83 55,0±4,05	64 72,7±4,75	30 69,8±4,42	0,06 0,083 0,724
ні	105 37,2±2,88	68 45,0±4,05	24 27,3±4,75	13 30,2±4,42	

Дещо менша частка респондентів (62,77±2,88%) вважає, що адміністрації їх лікарень готові до підтримки нової, некаральної і толерантної до медичних помилок культури безпеки як необхідної умови успіху в

запровадженні системи інцидент-звітування в повсякденну клінічну практику їх лікувальних закладів (табл. 6).

Між групами респондентів, які належать до різних професійних контингентів (ординаторів, завідувачів та представників кафедр), достовірної різниці в частоті

окремих варіантів відповідей щодо передбачуваної позиції їх адміністрацій в питанні культури безпеки не виявлено (табл. 6).

Таблиця 6

Кількісний розподіл респондентів різних професійних контингентів за їх оцінкою готовності колег та керівництва за місцем роботи до запровадження системи інцидент-звітування та некаральної культури безпеки

Варіанти відповідей	Усього (n=243)	у т. ч.:			P ¹⁻² P ¹⁻³ P ²⁻³
		ординаторів ¹ (n=180)	завідувачів відділень ² (n=44)	співробітників кафедр ³ (n=19)	
ЗАПИТАННЯ 5. Чи готові, на Вашу думку, співробітники Вашого відділення до запровадження заходів з безпеки пацієнтів та системи моніторингу медичних помилок?					
так	95 39,1±3,13	71 39,5±3,64	17 38,6±7,34	7 36,8±11,06	0,854 0,910 0,989
ні	39 16,0±2,35	27 15,0±2,66	8 18,2±5,82	4 21,1±9,36	
скоріше так, ніж ні	79 32,5±3,0	58 32,2±3,48	15 34,1±7,15	6 31,6±10,67	
скоріше ні, ніж так	30 12,4±2,11	24 13,3±2,53	4 9,1±4,34	2 10,5±7,03	
ЗАПИТАННЯ 6. Чи готове, на Вашу думку, Ваше безпосереднє керівництво до підтримання в закладі «безпекової» культури, що передбачає розуміння, толерантність і відмову від практики пошуку винуватців як необхідну умову успіху в області безпеки пацієнтів?					
так	150 61,7±3,12	108 60,0±3,65	30 68,2±7,02	12 63,2±11,06	0,511 0,789 0,698
ні	93 38,3±3,12	72 40,0±3,65	14 31,8±7,02	7 36,8±11,06	

ВИСНОВКИ

Останні світові тенденції в організації надання медичної допомоги, а саме акцент на безпеці пацієнтів, вимагають нових підходів до вирішення проблеми медичних помилок та несприятливих подій в охороні здоров'я. Впровадження систем інцидент-звітування та вкрай необхідної для їх успішного функціонування культури безпеки, коли працівники усіх рівнів заохочуються до звітування про свої помилки, вільного їх обговорення та участі у пошуку шляхів їх попередження у майбутньому, вважається сьогодні наріжним каменем усіх систем безпеки пацієнтів. Культура безпеки повинна стати новою парадигмою взаємовідносин у медицині на шляху досягнення успіху у такій чутливій сфері, як елімінація людських помилок.

Соціологічне дослідження серед лікарів-анестезіологів України засвідчило високий рівень їх

готовності до запровадження у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії системи інцидент-звітування та до особистої участі в її наповненні релевантною інформацією, а тому питання розробки та практичної реалізації такого проекту в службі анестезіології України є нагальним завданням сьогодення.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Соціологічне дослідження продемонструвало достатньо високу оцінку лікарями-анестезіологами рівня готовності адміністрацій їх лікарень до підтримки нової, толерантної до медичних помилок культури взаємовідносин в інтерфейсі лікар / адміністратор, однак позиція самих керівників закладів охорони здоров'я в цьому питанні залишається невідомою і потребує окремого дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування : наказ МОЗ України від 27.12.2006 № 898 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0073-07>. – Назва з екрана.
2. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 27.12.2006 р. № 898 : наказ МОЗ України від 29.12.2011 р. № 1005 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0402-12>. – Назва з екрана.
3. A multilevel analysis of U. S. hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting [Electronic resource] / J. D. Burlison, R. R. Quillivan, L. M. Kath [et al.] // J. Patient Saf (Epub ahead of print). – 2016. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820722>. – Title from screen.
4. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety primer. Culture of safety. [Electronic resource]. – Access mode : <https://psnet.ahrq.gov/primer/5>. – Title from screen.
5. Assessing patient safety culture in hospitals across countries / C. Wagner , M. Smits, J. Sorra [et al.] // Int. J. Qual. Health Care. – 2013. – Vol. 25 (3). – P. 213–221.
6. Council of Europe. Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on Management of Patient Safety and Prevention of Adverse Events in Health Care [Electronic resource]. – Access mode : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>. – Title from screen.
7. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe [Electronic resource]. – 2014. – 55 p. – Access mode : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_en.pdf. – Title from screen.
8. Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment [Electronic resource] / N. C. Zwiijnenberg, M. Hendriks, J. Hoogervorst-Schilp [et al.] // BMC Health Serv Res. – 2016. – Vol. 16 (199). – Access mode : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4912740/pdf/12913_2016_Article_1404.pdf. – Title from screen.
9. Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care / P. Hudson // BMJ Quality & Safety. – 2003. – Vol. 12. – P. 7–12.
10. Hudson P. T. W. Aviation safety culture / P. T. W. Hudson // Journal of Aviation Management. – 2003. – Vol. 3. – P. 27–48.
11. Hudson P. T. W. Safety management and safety culture: the long, hard and winding road / P. T. W. Hudson // In: Pearce W., Gallagher C., Bluff L. (eds.). Occupational health and safety management systems. – Melbourne : Crown Content, 2001. – P. 3–32.
12. IAEA. Basic Safety Principles for Nuclear Power Plants. – 1988. – Safety Series No.75-INSAG-3.
13. IAEA. Summary Report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. – 1986. – Safety Series No.75-INSAG-I.
14. James J. T. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care / J. T. James // J. Patient. Saf. – 2013. – Vol. 9. – P. 122–128.
15. Lauriski D. Seven characteristics of a positive safety culture (2016) [Electronic resource] / D. Lauriski. – Access mode : <https://www.linkedin.com/pulse/seven-characteristics-positive-safety-culture-david-lauriski>. – Title from screen.
16. Makary M. A. Medical error – the third leading cause of death in the US / M. A. Makary, M. Daniel // BMJ. – 2016. – Vol. 353. – P. 2139.
17. National Patient Safety Foundation: Patient safety Dictionary [Electronic resource]. – Access mode : <https://npsf.site-ym.com/?page=dictionarynz>. – Title from screen.
18. Nieva V. F. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations / V. F. Nieva, J. Sorra // Quality and Safety in Health Care. – 2003. – Vol. 12 (Suppl. 2). – P. 17–23.
19. Richter J. P. Evaluating the effect of safety culture on error reporting: a comparison of managerial and staff perspectives [Electronic resource] / J. P. Richter, A. S. McAlearney, M. L. Pennell // Am J Med Qual (Epub ahead of print). – 2014. – Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25070214>. – Title from screen.
20. To Err is Human: Building a Safer Health System / I. T. Kohn, J. M. Corrigan, M. S. Donaldson and Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. – Washington : National Academy Press; 2000. – 8 p.
21. Westrum R. Cultures with requisite imagination / R. Westrum // In: Wise J., Stager P., Hopkin J. (eds.). Verification and validation in complex man-machine systems. – New York : Springer, 1991.
22. Westrum R. Organizational Factors associated with safety and mission success in aviation environments / R. Westrum., A. J. Adamski // In: Garland D. J., Wise J. A., Hopkin V. D. (eds.). Handbook of Aviation Human Factors. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1999.
23. World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems – from information to action (2005) [Electronic resource]. – Access mode : https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/lit/further/Reporting_Guidelines.pdf. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.10.2017 р.

Система инцидент-отчетности и культура безопасности в медицине и перспективы их внедрения в Украине по результатам социологического исследования

Р.Н. Федосюк¹, Е.М. Ковалёва²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

²ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Цель – определить основные атрибуты современной системы инцидент-отчетности и концептуальные подходы к формированию некарательной культуры профессиональных взаимоотношений в медицине и оценить перспективы их внедрения в отечественной системе здравоохранения на примере службы анестезиологии Украины.

Материалы и методы. Контент-анализ научной медицинской и методической литературы и международной рекомендательной базы, касающихся систем инцидент-отчетности и культуры безопасности. Социологическое исследование в когорте 282 врачей-анестезиологов, разделенных на группы по типам учреждений здравоохранения, в которых они работают, и профессиональным контингентам, к которым они принадлежат.

Результаты. Определены семь основных атрибутов современной системы инцидент-отчетности и ряд условий, необходимых для их реализации на практике. Сформулированы концептуальные подходы к формированию позитивной культуры безопасности в учреждениях здравоохранения. Путем анонимного анкетирования врачей-анестезиологов продемонстрировано, что 97,2% из них заинтересованы в получении дополнительных знаний о безопасности пациентов, 91,14% считают необходимым внедрение инструментов повышения уровня безопасности пациентов в службе анестезиологии Украины, 70,21% готовы сообщать о своих ошибках, в том числе фатальных, через не-анонимную и 89,36% – через анонимную систему инцидент-отчетности, 62,77% считают администрации своих больниц готовыми к поддержке новой, некарательной культуры профессиональных взаимоотношений в интерфейсе врач/ администратор.

Выводы. Внедрение систем инцидент-отчетности и формирование позитивной культуры безопасности является сегодня краеугольным камнем систем безопасности пациентов в цивилизованном мире. Врачебный персонал службы анестезиологии Украины ментально готов к внедрению в своих отделениях собственной системы инцидент-отчетности и положительно оценивает уровень готовности административного звена к поддержке новой, некарательной культуры безопасности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: безопасность пациента, система инцидент-отчетности, культура безопасности, служба анестезиологии и интенсивной терапии, социологическое исследование.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Федосюк Роман Миколайович – к.мед.н., доц., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні № 3; вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, 02125, Україна.

Ковальова Олена Михайлівна – д.мед.н., проф., професор кафедри педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»; вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011, Україна.

Incident reporting system and safety culture in medicine and prospects for their implementation in Ukraine according to the results of a sociological study

R.M. Fedosiuk¹, O.M. Kovaleva²

¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

²HSEEU "Ukrainian Medical Dental Academy", Poltava, Ukraine

Purpose – to determine the main attributes of the modern incident-reporting system and conceptual approaches to the formation of a non-punitive culture of professional relationships in medicine and evaluate the prospects of their implementation in the national health care system on the example of the anesthesiology service of Ukraine.

Materials and methods. Content analysis of scientific medical and methodological literature as well as international recommendations on incident reporting systems and safety culture. A sociological study in a cohort of 282 anesthesiologists, divided into groups according to the types of health care institution in which they work, and the professional contingents to which they belong.

Results. Seven main attributes of the modern incident reporting system and a number of conditions necessary for their implementation in practice are determined. Conceptual approaches to the formation of a positive safety culture in health care institutions are formulated. An anonymous survey of anesthesiologists showed that 97.2% of them are interested in obtaining additional knowledge about patient safety, 91.14% consider it necessary to introduce patient safety improvement tools in the anesthesiology service of Ukraine, 70.21% are ready to report their errors, including fatal ones, through a non-anonymous and 89.36% through an anonymous incident reporting system, 62.77% consider the administrations of their hospitals ready to support a new, non-punitive culture of professional relationships in the interface the doctor/ the administrator.

Conclusions. The introduction of incident reporting systems and the formation of a positive safety culture is presently the cornerstone of patient safety systems in the civilized world. The medical staff of the anesthesiology service of Ukraine are mentally ready to introduce an incident reporting system in their departments and positively assess the level of readiness of the administrative link to support a new, non-punitive safety culture.

KEY WORDS: patient safety, incident-reporting system, safety culture, anesthesiology and intensive care service, sociological study.