



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.Θ. ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

του

ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥ

Επιβλέπων Καθηγητής

Κατίκη Πιβεροπούλου Τάνια

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2020



Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- **Μοιραστείτε:** αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- **Προσαρμόστε:** αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- **Αναφορά Δημιουργού:** Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- **Μη Εμπορική Χρήση:** Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- **Παρόμοια Διανομή:** Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commonsόπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα, κ.λπ.).

Θεσσαλονίκη, 25 Φεβρουαρίου, 2020

Ο Δηλών: Χατζηβασιλείου Χαράλαμπος

Ευχαριστίες

Για τη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας πέραν των προσωπικών μου προσπαθειών και μελέτης, συνέβαλαν αρκετοί άνθρωποι χωρίς τους οποίους η πραγματοποίησή της θα ήταν αδύνατη, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει ειδική μνεία στο όνομά τους.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα Καθηγήτρια κυρία Τάνια Καπίκη, της οποίας οι συμβουλές, η καθοδήγηση, και η ηθική συμπαράσταση συνέβαλαν τα μέγιστα στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την προϊσταμένη μου στο χώρο εργασίας την κυρία Ντότση Πασχαλίνα για την ηθική συμπαράσταση καθώς και όλους τους συναδέλφους- εργαζόμενους στο νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος που αφιέρωσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και τη διεξαγωγή της έρευνας

Τέλος δεν θα μπορούσα να μην κάνω ειδική μνεία στην αγαπημένη μου σύζυγο Βάσω και στα παιδιά μου Κωνσταντίνο, Αγάπιο και Αγγελική που χάρη στην υπομονή, την αγάπη και τη συμπαράστασή τους δεν θα μπορούσα να ολοκληρώσω αυτό το ταξίδι των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τους ευχαριστώ θερμά όλους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο πρωταρχικός σκοπός των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι προσφορά υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και με ικανοποιητικό επίπεδο ασφάλειας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τους οργανισμούς αυτούς, προκειμένου να επιτύχουν υψηλής ποιότητας παρεχόμενες υπηρεσίες καθώς και ασφαλή περίθαλψη στους ασθενείς είναι η ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφαλείας στα μέλη του οργανισμού.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η διερεύνηση για το πώς αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο ο Άγιος Δημήτριος Θεσσαλονίκης τη θετική κουλτούρα ασφαλείας, τις γνώσεις τους πάνω στους παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς και τον τρόπο διαχείρισης των ανεπιθύμητων συμβάντων, προκειμένου να αξιολογηθεί το κλίμα ασφαλείας των ασθενών και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που το επηρεάζουν

Υλικό και Μέθοδος: Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος Θεσσαλονίκης μεταξύ της 13/12/2019 και 15/12 2019, στην οποία χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC). Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας ήταν γιατροί, νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό (παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό, λοιπό επιστημονικό) του νοσοκομείου. Συμπληρώθηκαν 170 ερωτηματολόγια και συμμετοχή των εργαζομένων σε αυτή ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τις απαντήσεις των εργαζομένων στα ερωτηματολόγια, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων (frequencies). Επιπρόσθετα, για την εξέταση των μέσων όρων εκτελέστηκε η εντολή descriptives.

Αποτελέσματα: Από την έρευνα φάνηκε ότι είναι αναγκαίο να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της κουλτούρας ασφαλείας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για θέματα ασφαλείας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι αν και αναφέρουν λάθη που δεν οδηγούν σε βλάβη του ασθενούς, θεωρούν ότι τα λάθη μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος τους. Από την άλλη υπάρχει υποστήριξη, αλληλοσεβασμός και ομαδική συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η διοίκηση και οι προϊστάμενοι λαμβάνουν σοβαρά την άποψη των

εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας και ότι καταβάλλονται προσπάθειες για τη συνεχή βελτίωση της ασφάλειας

Λέξεις-κλειδιά: Ποιότητα, Οργανωσιακή κουλτούρα, Κουλτούρα ασφαλείας, κλίμα ασφαλείας, ερωτηματολόγιο HSOPSC

ABSTRACT

Introduction: The main objective of medical providing services organizations is to provide high quality services at a satisfying level of safety. An essential condition for these organizations to succeed high quality providing services as well as safe patient's care is to develop positive safety culture to the members of the organization.

Purpose: The specific survey has as a goal to investigate the perceptions of healthcare professionals in the Secondary Hospital of St. Dimitrios of Thessaloniki with regards to the positive safety culture, their knowledge over the factors that it is influenced by, as well as the way they deal with adverse events, in order to assess the safety culture of patients and define the factors which affect it.

Material and Method: The survey was conducted in St. Dimitrios Hospital in Thessaloniki, from 13/12/2019 to 15/12/2019, during which, the questionnaire The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) was used as a tool. The population and the sample of the survey included doctors, nurses and the rest of the staff (paramedical, technical and general scientific staff) of the hospital. 170 questionnaires were completed while participants being voluntary and anonymous. The results were reached by using the staff's responses and analyzing them with the statistics tool of frequencies analysis. Moreover, to reach averages, the method of descriptives was implemented on the sample.

Result: According to the survey, it is concluded that it is essential to acknowledge the importance of Safety Culture as well as the aspects of medical professionals on safety issues, as the later pose the main and direct providing factors of treatment. More specifically, although the staff refers to mistakes, which do not lead to a patient's harm, they consider that they can be used against themselves. On the other hand, there is support, respect and team work among the members of the staff. Also, it has been noticed that the managers and supervisors alike, take the staff's opinions highly into consideration, on issues of safety, and, there is constant effort on improving it.

Key- Words: Quality, Organizational Culture, Safety Culture, Safety Climate, HSOPSC Questionnaire

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.5
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	σελ.12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας.....	σελ.15
1.1 Περιεχόμενο της ποιότητας στο χώρο της υγείας.....	σελ.15
1.2 Ορισμοί και διαστάσεις της ποιότητας.....	σελ.17
1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υγείας.....	σελ.23
1.4 Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	σελ.24
1.5 Οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	σελ.24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΘΕΝΩΝ.....	σελ.27
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ασφάλειας ασθενών.....	σελ.27
2.2 Έννοιες και ορισμοί που σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών.....	σελ.30
2.3 Η έννοια της ασφάλειας ασθενών.....	σελ.32
2.4 Παράγοντες που επιδρούν στην ασφάλεια των ασθενών.....	σελ.33
2.5 Ιατρικά σφάλματα.....	σελ.39
2.5.1 Επιπτώσεις των ιατρικών λαθών.....	σελ.39
2.5.2.Παράγοντες εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων.....	σελ.41
2.5.3.Παραγοντες που σχετίζονται με τη φύση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.....	σελ.42
2.5.4.Παράγοντες που σχετίζονται με τον ανθρώπινο χαρακτήρα των επαγγελματιών του τομέα υγείας.....	σελ.43
2.5.5.Παραγοντες που σχετίζονται με τη φύση της ιατρικής επιστήμης.....	σελ.43
2.6 Κατηγοριοποίηση ιατρικών σφαλμάτων.....	σελ.44
2.7 Πρόληψη ιατρικών σφαλμάτων.....	σελ.47
2.8.Η συμβολή της τεχνολογίας των πληροφοριών υγείας την ασφάλεια των ασθενών και στην μείωση των ιατρικών σφαλμάτων.....	σελ.49

2.9 Βελτίωση της ασφάλειας.....σελ.51	σελ.51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.....σελ.52	σελ.52
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση της οργανώσιμης κουλτούρας.....σελ.52	σελ.52
3.2 Εννοιολογική προσέγγιση της κουλτούρας και του κλίματος ασφάλειας ασθενώνσελ.55	σελ.55
3.3 Χαρακτηριστικά και ιδιότητες της κουλτούρας ασφάλειας.....σελ.62	σελ.62
3.4 Επίδραση της κουλτούρας ασφάλειας στην έκβαση των ασθενών.....σελ.66	σελ.66
3.5 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.....σελ.67	σελ.67
3.6 Οφέλη από την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.....σελ.68	σελ.68
3.7 Τα ερευνητικά εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς.....σελ.69	σελ.69
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ –ΕΡΕΥΝΑ.....σελ.72	σελ.72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....σελ.72	σελ.72
4.1 Σκοπός.....σελ.72	σελ.72
4.2. Υλικό και μέθοδος.....σελ.73	σελ.73
4.2.1. Ερωτηματολόγιο.....σελ.73	σελ.73
4.2.2.Δείγμα.....σελ.77	σελ.77
4.2.3.Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....σελ.77	σελ.77
4.2.4.Στατιστική ανάλυση.....σελ.78	σελ.78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.79	σελ.79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....σελ.95	σελ.95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.99	σελ.99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.109	σελ.109

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Επίσημοι ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....σελ.17	σελ.17
Πίνακας 2: Οι διαστάσεις της ποιότητας.....σελ.22	σελ.22
Πίνακας 3: Διαφορές Ατομικών και Οργανωτικών Λαθών.....σελ.45	σελ.45
Πίνακας 4: Οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας που αξιολογεί το HSOPSC.....σελ.76	σελ.76
Πίνακας 5: Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....σελ.81	σελ.81
Πίνακας 6: Βασικός εργασιακός χώρος.....σελ.82	σελ.82
Πίνακας 7: Ασφάλεια ασθενή.....σελ.82	σελ.82
Πίνακας 8: Αριθμός συμβάντων.....σελ.83	σελ.83
Πίνακας 9: Χρόνος εργασίας στο νοσοκομείο.....σελ.83	σελ.83
Πίνακας 10: Χρόνος εργασίας στη μονάδα.....σελ.84	σελ.84
Πίνακας 11: Ώρες εργασίας την εβδομάδα.....σελ.84	σελ.84
Πίνακας 12: Θέση στο νοσοκομείο.....σελ.85	σελ.85
Πίνακας 13: Άμεση επαφή με ασθενείς.....σελ.85	σελ.85
Πίνακας 14: Χρόνος εργασίας στην ειδικότητα.....σελ.86	σελ.86
Πίνακας 15: Κανονικότητα δείγματος.....σελ.86	σελ.86
Πίνακας 16: Υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων.....σελ.87	σελ.87
Πίνακας 17: Ύπαρξη ομαδικής εργασίας.....σελ.87	σελ.87
Πίνακας 18: Σεβασμός μεταξύ των εργαζομένων.....σελ.88	σελ.88
Πίνακας 19: Παροχή βοήθειας μεταξύ των εργαζομένων.....σελ.88	σελ.88
Πίνακας 20: Ανάπτυξη δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ασφάλειας του Ασθενή.....σελ.89	σελ.89
Πίνακας 21: Ύπαρξη θετικών αλλαγών λόγω λαθών.....σελ.89	σελ.89
Πίνακας 22. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή.....σελ.90	σελ.90
Πίνακας 23: Αναφορά λαθών προτού επηρεάσουν τον ασθενή.....σελ.90	σελ.90
Πίνακας 24: Αναφορά λαθών που δε θα βλάψουν τον ασθενή.....σελ.91	σελ.91
Πίνακας 25: Αναφορά λαθών που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή και τελικά δεν τον έβλαψαν.....σελ.91	σελ.91
Πίνακας 26: Αναφορά καλών λόγων από τον προϊστάμενο.....σελ.92	σελ.92

Πίνακας 27: Ο προϊστάμενος λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση ασφάλειας του ασθενή.....σελ.93	σελ.93
Πίνακας 28: Παράβλεψη από τον προϊστάμενο προβλημάτων ασφάλειας του Ασθενή.....σελ.93	σελ.93
Πίνακας 29: Αίσθηση του προσωπικού ότι τα λάθη του μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του.....σελ.94	σελ.94
Πίνακας 30: Εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το συμβάν καθαυτό.....σελ.94	σελ.94
Πίνακας 31: Ανησυχία του προσωπικού για καταγραφή λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο.....σελ.95	σελ.95
Πίνακας 32. Καλλιέργεια από τη διοίκηση κλίματος εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών.....σελ.95	σελ.95
Πίνακας 33. Προτεραιότητα της διοίκησης ως προς την ασφάλεια των Ασθενών.....σελ.96	σελ.96
Πίνακας 34. Ενδιαφέρον της διοίκησης για την ασφάλεια των ασθενών μόνο σε περίπτωση δυσάρεστου συμβάντος.....σελ.96	σελ.96

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί αντικείμενο μελέτης σε παγκόσμιο επίπεδο, διότι επηρεάζει τα συστήματα υγείας καθώς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε όλες τις χώρες, ανεξάρτητα από το αν είναι ανεπτυγμένες ή όχι. Αν και το μέγεθος του προβλήματος της ασφάλειας των ασθενών δεν έχει αξιολογηθεί και υπολογιστεί με επαρκή τρόπο, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι εκατομμύρια ασθενείς έχουν υποστεί τραύματα ή χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο λόγω μη επαρκούς ασφάλειας κατά την παροχή της φροντίδας υγείας. Συνηθέστερες αιτίες, οι οποίες δύνανται να αποφευχθούν, είναι οι λοιμώξεις και κυρίως οι ενδονοσοκομειακές που οφείλονται στην πλημμελή φροντίδα, η μη σωστή διάγνωση, η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπείας, η εμφάνιση ανεπιθύμητων περιστατικών λόγω λαθών στη φαρμακευτική αγωγή, καθώς λάθη και παραλείψεις κατά τη χειρουργική διαδικασία. Η μείωση της εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη φροντίδα των ασθενών είναι ένα θέμα που πρέπει να απασχολεί όλους όσους εμπλέκονται στην υγειονομική περίθαλψη και είναι μεγάλο το πεδίο της γνώσης που θα πρέπει να μοιραστούν οι αναπτυγμένες χώρες και οι χώρες που βρίσκονται σε μεταβατικό στάδιο (W.H.O., 2009).

Το θέμα της ασφάλειας των ασθενών δεν έγινε αντικείμενο μελέτης μόνο στις μέρες μας. Ο Aventis Donabedian πριν τέσσερις δεκαετίες εξέφρασε την έννοια της αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τη συνέδεσε με την ασφάλεια των ασθενών. Επίσης εξέφρασε την άποψη η αξιολόγηση να γίνεται με βάση τρεις κύριες διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας υγείας: Τις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα (Donabedian, 1988).

Βασική αρχή και ευθύνη των Συστημάτων Υγειονομικής περίθαλψης καθώς και των παροχών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το «ωφελείειν ή μη βλάπτειν» και θα πρέπει η παροχίς να κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να διασφαλιστεί ότι τα οφέλη μιας παρέμβασης υπερτερούν των κινδύνων και των παρενεργειών (Slawomirski et al., 2017).

Αρκετά χρόνια αργότερα οι διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας επηρεάστηκαν από τον Deming ο οποίος κλήθηκε στην Ιαπωνία προκειμένου να βοηθήσει στην ανοικοδόμηση της ιαπωνικής οικονομίας και βιομηχανίας μεταπολεμικά, ο οποίος μαζί με άλλους θεμελιωτές της ποιότητας εισήγαγαν την έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Αυτή αποτελεί μία φιλοσοφία διοίκησης, στην οποία κυριαρχούν τα εξής χαρακτηριστικά: δέσμευση ,επιστημονική γνώση, και συμμετοχή όλων στις διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μέρος των διαδικασιών διασφάλισης της ποιότητας θεωρήθηκε και εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης κινδύνων και λαθών (Πετρίδης & συν, 2013).

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο ιατρικής το 1999 σε έκθεση του με τίτλο «To Err is Human» με θέμα την ποιότητα περίθαλψης των ασθενών, ευαισθητοποίησε την προσοχή του επιστημονικού κόσμου σχετικά με το κόστος και τις επιπτώσεις των ανεπιθύμητων ενεργειών στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με την έκθεση αυτή το κόστος υπολογίζεται σε δύο δισεκατομμύρια δολάρια και έως 98.000 θανάτους κάθε έτος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Page and McKinney το 2007 σε έκθεσή τους ανέφεραν ότι η επιτροπή ελέγχου του υπουργείου υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου διαπίστωσε ότι τα ιατρικά λάθη αποτελούν περίπου το 20% των θανάτων οφειλόμενα σε όλους τους τύπους των ανεπιθύμητων ενεργειών και το κόστος τους υπολογίζεται 500 εκατομμύρια στερλίνες ετησίως και οδηγούν σε αύξηση των ημερών νοσηλείας ανά ασθενή κατά 8,5 ημέρες. (Burke, 2008). Οι ιατρογενείς τραυματισμοί και τα ιατρικά λάθη είναι μία σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας η οποία θα μπορούσε να αποφευχθεί και που επηρεάζει ένα μεγάλο αριθμό ασθενών τόσο στα νοσοκομεία όσο και στην κοινότητα. Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών αυτών είναι δυνατόν να υποστούν μόνιμη αναπηρία και ενδεχομένως να πεθάνουν. Οι ιατρογενείς τραυματισμοί θα μπορούσαν να οριστούν ως «*Μία ακούσια και περιττή βλάβη ή ταλαιπωρία που προκύπτει από οποιαδήποτε πτυχή στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης*». Εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων και είναι αποτέλεσμα είτε συστημάτων είτε ανθρώπινου παράγοντα ή συνδυασμό και των δύο. Διαφέρουν από τις παρενέργειες, οι οποίες είναι μη προβλέψιμες και συχνά αναπόφευκτες και συμβαίνουν κατά την εφαρμογή της κατάλληλης και βέλτιστης ιατρικής πρακτικής. Αποτελούν αποτέλεσμα μη σωστής διάγνωσης ή μη εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας, και είναι δυνατόν να αποφευχθούν (Rigby& Litt, 2000).

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής επισήμανε επίσης ότι η αλλαγή της κουλτούρας ασφαλείας αποτελεί τη μεγαλύτερη πρόκληση προκειμένου να πετύχουμε τη μετάβαση προς ένα ασφαλέστερο σύστημα φροντίδας υγείας. Προτείνει μάλιστα η αλλαγή να γίνει προς την κατεύθυνση κατά την οποία τα σφάλματα θα αντιμετωπίζονται ως ευκαιρίες βελτίωσης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόληψης λαθών και όχι προς την κατεύθυνση όπου οι άνθρωποι θα κατηγορούνται για τα σφάλματα που κάνουν. Η κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών ως ερευνητικό πεδίο έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και εξετάζει με ποιον τρόπο οι ατομικές αξίες οι στάσεις οι αντιλήψεις οι ικανότητες και οι συμπεριφορές των ανθρώπων αλλά και των ομάδων καθορίζουν τη δέσμευση και την δυνατότητα του οργανισμού στην διαχείριση της υγείας και της ασφάλειας (Handler at al,2006)Τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι έννοιες ασφάλεια ασθενών και ιατρικά λάθη είναι συνυφασμένη με το κλίμα ασφαλείας ενός οργανισμού. Η ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφαλείας θεωρείται σημαντικός παράγοντας στην προσπάθεια για αποφυγή των λαθών και τη βελτίωση της της ασφαλείας των ασθενών. Αυτό οδήγησε στην διεξαγωγή πολλών ερευνών κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων (Πετρίδης & συν, 2013).

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι διαρθρωμένη σε δύο μέρη εκ των οποίων το πρώτο μέρος αποτελεί τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η οποία θα οδηγήσει στο δεύτερο μέρος το οποίο είναι και ερευνητικό. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης γίνεται εκτενής αναφορά στην ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, στους ορισμούς, τις διαστάσεις, τους παράγοντες που την επηρεάζουν και στα οφέλη που απορρέουν από αυτήν. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην ασφάλεια των ασθενών, στις έννοιες και στους παράγοντες που επιδρούν σε αυτή, τα ιατρικά σφάλματα και τους παράγοντες εμφάνισής τους, τις επιπτώσεις τους καθώς και τους τρόπους πρόληψής τους. Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών, την οργανωσιακή κουλτούρα ως ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται η κουλτούρα ασφαλείας. Τις διαφορές μεταξύ κουλτούρας και κλίματος ασφαλείας. Τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες, τα οφέλη και τους τρόπους αξιολόγησής της.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας το οποίο αποτελεί και το ερευνητικό μέρος διαρθρώνεται σε τρία κεφάλαια. Το πρώτο αναφέρεται στη μεθοδολογία και το

σκοπό της έρευνας, το υλικό τη μέθοδο και το ερευνητικό εργαλείο καθώς και την στατιστική ανάλυση. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια της ποιότητας είναι επίσημα γνωστή από το 1950. Έκτοτε έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί από διάφορους υποστηρικτές. Ο Deming εξέφρασε την άποψη ότι: Καλή ποιότητα είναι ένας προβλέψιμος βαθμός αξιοπιστίας με χαμηλό κόστος και σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς ο Crosby το 1980 ανέφερε ότι: *«ποιότητα είναι η συμμόρφωση στις απαιτήσεις»*. Ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός είναι αυτός που εξέφρασαν οι Evans και Lindsay το 2011: *«η Ποιότητα ικανοποιεί και υπερβαίνει τις προσδοκίες των πελατών»* (Μαλάμου, 2016).

Ο όρος ποιότητα λόγω των διαφορετικών προσεγγίσεων ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο με αποτέλεσμα να προκαλεί συχνά σύγχυση ανάλογα με τη σκοπιά με την οποία αντιμετωπίζεται. Παρακάτω παρουσιάζονται ορισμένοι από τους πιο γνωστούς και αποδεκτούς ορισμούς της έννοιας ποιότητας. Όπως τους εξέφρασαν κάποιοι από τους αποκαλούμενους γκουρού δηλαδή τους διακεκριμένους ειδικούς πάνω στην ποιότητα:

- **Juran:** *«Η ποιότητα για ένα προϊόν ή υπηρεσία είναι η καταλληλότητα του προς χρήση»* (Δερβιτσιώτης, 2001).
- **Deming:** *«Η ποιότητα για ένα είδος προϊόν ή υπηρεσία είναι η προβλέψιμη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε χαμηλό κόστος και η καταλληλότητά του για την αγορά»* (James, 1998).
- **Crosby:** *«ποιότητα για ένα είδος προϊόν ή υπηρεσία είναι η συμμόρφωση του με τις απαιτήσεις ή τις προδιαγραφές του»* (Παπανικολάου, 2007).

- **Taguchi:** *«ποιότητα είναι το μέγεθος της ζημιάς που υφίσταται η κοινωνία από τη στιγμή που το προϊόν φεύγει από τον τόπο παραγωγής» (Λογοθέτης, 1992).*
- **Feigenbaum:** *«ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος και των υπηρεσιών που έχουν σχέση με το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, την κατασκευή, και τη συντήρηση μέσω των οποίων το προϊόν ή υπηρεσία ικανοποιεί τις προσδοκίες του πελάτη» (Ζαλβανός, 2002).*

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι μία περισσότερο πολύπλευρη υπόθεση και πιο δύσκολα να οριστεί σε σχέση με την ποιότητα στον τομέα της βιομηχανίας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μεθοδολογία και τα εργαλεία ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας τα οποία χρησιμοποιούνται για τις ανάγκες της βιομηχανίας, θα πρέπει να υποστούν τροποποιήσεις προκειμένου να εφαρμοστούν στην υγεία. Ο τομέας της υγείας διαφέρει σε σύγκριση με τον τομέα της βιομηχανίας τόσο στον προσδιορισμό της ποιότητας όσο και στον τρόπο με τον οποίον θα επιτευχθεί. Στο βιομηχανικό τομέα η ποιότητα είναι συνυφασμένη με την αυστηρή τήρηση των προδιαγραφών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Αντικειμενικός σκοπός είναι η εξάλειψη των αποκλίσεων ή των ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα. Στην περίπτωση της υγείας όμως, οι ασθενείς μεταξύ τους διαφέρουν και παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την θεραπεία είναι διαφορετικοί για κάθε ασθενή με αποτέλεσμα στατιστική ανάλυση να εμφανίζει σημαντικές διαφορές στην αντιμετώπιση τους. Έτσι η έννοια του μηδενικού ελαττώματος που επιδιώκεται στη βιομηχανία, στην υγεία είναι ταυτόσημη με την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας με βάση τις ανάγκες και τις επιθυμίες του κάθε ασθενή-πελάτη. Η εξάλειψη των αποκλίσεων/ ελαττωμάτων στον τομέα της υγείας συνεπάγεται βελτίωση ή αποφυγή της «κακής» πρακτικής και εφαρμογή της «βέλτιστης». Η επιλογή και η εφαρμογή της βέλτιστης και ενδεδειγμένης θεραπευτικής αγωγής αποτελεί δυσκολότερη πρόκληση σε σχέση με την επίτευξη μηδενικών ελαττωμάτων και αποκλίσεων στο βιομηχανικό τομέα. Επιπλέον στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εμφανίζουν πολλές ιδιαιτερότητες για κάθε ασθενή, ο αποδέκτης τους έχει πολύ περισσότερες απαιτήσεις και αναμένει περισσότερα αποτελέσματα σε σχέση με άλλα είδη υπηρεσιών. Έτσι εκτός από την ανταποκρισιμότητα, την πρόσβαση, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, οι οποίες αποτελούν κάποιες από τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών, πρέπει

να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση και προτεραιότητα στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση, στην υψηλή τεχνολογία, την αμεσότητα αλλά και την αποτελεσματικότητα των ιατρικών παρεμβάσεων, τον επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του πελάτη-ασθενή (Τούντας, 2013), (Μαλάμου, 2016).

1.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι μία έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και αυτό γιατί η βιβλιογραφία η οποία πραγματεύεται την ποιότητα στον τομέα της περίθαλψης είναι πολύ εκτεταμένη και συγχρόνως δύσκολη στο να συστηματοποιηθεί. Ανάλογα με την επιστημονική προσέγγιση η ποιότητα γίνεται αντιληπτή με διάφορους τρόπους χρησιμοποιώντας διαφορετικούς όρους επίπεδα και μοντέλα. Εκεί που συμφωνούν όλοι είναι ότι δεν υπάρχει κοινός τρόπος καθορισμού της ποιότητας στην υγεία και η μη ύπαρξη ενός κοινού τρόπου προσέγγισης οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ποικιλομορφία της γλώσσας που χρησιμοποιείται για να περιγράψει αυτή την έννοια (Legido-Quigley et al., 2008).

Στον παρακάτω **πίνακα 1** παρουσιάζονται ορισμένοι επίσημοι ορισμοί για τη ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Χώρα	Επίσημος ορισμός της ποιότητας
Αυστρία	<i>Στο Νόμο για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (BGBl Nr.801/1993, §5b) ορίζεται η ποιότητα ως προς τις διαστάσεις: Επιστημονική/ Τεχνική (επίπεδο της επιστημονικής γνώσης στην Ιατρική, τη Νοσηλευτική και την Τεχνολογία). Διαπροσωπική (συμμόρφωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών με τις αξίες, τα δικαιώματα και τις ανάγκες των ασθενών). Οικονομική (επίτευξη στόχων με αποδοτική χρήση των πόρων).</i>
Βέλγιο	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των αναγκαίων χαρακτηριστικών στην παροχή υπηρεσιών ώστε να ικανοποιούνται οι εκφρασμένες ανάγκες υγείας του χρήστη</i>
Γαλλία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος/υπηρεσίας που το καθιστούν ικανό να ικανοποιεί εκφρασμένες ανάγκες.</i>
Δανία	<i>Ο ορισμός της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας στην Δανία εμπεριέχεται στην «Εθνική Στρατηγική για τη βελτίωση ποιότητας στον τομέα υγείας» (National Strategy for Quality Improvement in the Health Sector) και δημοσιεύτηκε από το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health) το 1993. Η στρατηγική προβλέπει την Επιτροπή για τη βελτίωση της ποιότητας</i>

	<i>(Committee for Quality Improvement), που αντιπροσωπεύει το Υπουργείο Υγείας (Health Department), το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας (National Board of Health), το Σύνδεσμο των Περιφερειακών Συμβουλίων (Association of County Councils), την Ένωση νοσοκομείων Κοπεγχάγης (Copenhagen Hospital Co-operation), τον Εθνικό Σύνδεσμο Τοπικών Αρχών (National Association of Local Authorities) και άλλες ιατρικές οργανώσεις και συνδέσμους καθώς και ερευνητικά κέντρα.</i>
Ελβετία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας δομής, μιας διαδικασίας, ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που το/την καθιστούν κατάλληλο/η για την εκπλήρωση των παρόντων απαιτήσεων (Manual for Quality Management in Swiss Hospitals (Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Schweizerischen Krankenhaus) VESKA Training Centre, Aarau).</i>
Ιρλανδία	<i>Ο καθορισμός της πολιτικής που αφορά στη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ιρλανδία αποτελεί τμήμα των εργασιών του Υπουργείου Υγείας (Department of Health) και των οκτώ τοπικών Συμβουλίων Υγείας (Regional Health Boards) που έχουν ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας.</i>
Ισπανία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως η εγγύηση ότι όλες οι πλευρές της δραστηριότητας ενός νοσοκομείου εκτελούνται επαρκώς, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των προσδοκιών του χρήστη και της επίτευξης υψηλού επιπέδου ικανοποίησής του.</i>
Λουξεμβούργο	<i>Δεν υπάρχει προς το παρόν επίσημος ορισμός της ποιότητας στο Λουξεμβούργο. Ωστόσο ο σύνδεσμος νοσοκομείων (Hospital Association) στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ορίζει την ποιότητα ως «το σύνολο των χαρακτηριστικών των υπηρεσιών του νοσοκομείου που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν εκφρασμένες ανάγκες των χρηστών και να επιτυγχάνουν ένα προσδιορισμένο επίπεδο αριστείας».</i>
Μεγάλη Βρετανία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως η αδιάλειπτη ολική διεργασία φροντίδας η οποία αναπτύχθηκε με ασθενοκεντρική οπτική και παρέχει μετρήσιμα αποτελέσματα σύμφωνα με τις εφαρμοζόμενες τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές.</i>
Ολλανδία	<i>Η ποιότητα της φροντίδας μπορεί να οριστεί ως η φροντίδα ή η υπηρεσία με χαρακτηριστικά που ικανοποιούν ειδικές απαιτήσεις σύμφωνα με το τρέχον επίπεδο γνώσης και τους διαθέσιμους πόρους, καλύπτει τις προσδοκίες των ασθενών για οφέλη, μεγιστοποιώντας την ελαχιστοποίηση των κινδύνων υγείας και της ποιότητας ζωής.</i>
Πορτογαλία	<i>Δεν υπάρχει επίσημος ορισμός της ποιότητας της φροντίδας υγείας αλλά χρησιμοποιείται ο ορισμός του Donabedian.</i>
Γερμανία	<i>Η ποιότητα και η αποδοτικότητα υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρέπει να συναντούν το γενικό επίπεδο ιατρικής γνώσης και ανάπτυξης (SGB V §2 (1) sentence 3 + §70 (1) + § 137 sentences 1&2).</i>
Σουηδία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων αναγκών (ISO 8402:1994).</i>
Φιλανδία	<i>Η ποιότητα ορίζεται ως το σύνολο των ιδιοτήτων και των χαρακτηριστικών</i>

<i>μιας οντότητας που σχετίζεται με την ικανότητα ικανοποίησης των εκφρασμένων αναγκών (ISO 8402:1994).</i>

Πηγή: (Κωσταγιόλας & συν, 2008).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως: «*Το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση*» (Πολύζος, 2014). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, «*η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανό να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία θα πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με το ελάχιστο ιατρογενές κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής*» (WHO, 1993).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας ένας μεταγενέστερος ορισμός της ποιότητας στην υγεία είναι ο εξής: «*Ποιότητα στην υγεία είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα αλλά και πληθυσμούς ασθενών βελτιώνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία*». Για να συμβεί αυτό υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, έγκαιρη, αποδοτική, δίκαιη και ανθρωποκεντρική

Ασφαλής. Η φροντίδα που παρέχεται θα πρέπει να απαλλαγμένη από κινδύνους και βλάβες για τους χρήστες υπηρεσιών. Καθώς επίσης να αποφεύγονται οι προβλέψιμοι τραυματισμοί καθώς και να μειώνονται τα ιατρικά σφάλματα

Αποτελεσματική. Οι υπηρεσίες που παρέχονται θα πρέπει να είναι βασισμένες στην επιστημονική γνώση, καθώς και στην εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών

Έγκαιρη. Μείωση των καθυστερήσεων κατά την παροχή και λήψη υπηρεσιών υγείας

Αποδοτική. Παροχή φροντίδας υγείας με τέτοιο τρόπο που μεγιστοποιεί τη χρήση των πόρων και μειώνει τις σπατάλες

Δίκαιη. παροχή φροντίδας υγείας η οποία δεν διαφέρει σε ποιότητα σε σχέση με τα προσωπικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, φυλή, εθνικότητα, γεωγραφική θέση ή κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Ανθρωποκεντρική. προσφερόμενη φροντίδα να λαμβάνει υπόψη τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των χρηστών καθώς και την κουλτούρα της κοινότητάς τους (WHO, 2017).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς φαίνεται ότι η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την προσφορά των απαραίτητων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και τον έλεγχο του κόστους. Ο Donabedian ένας από τους θεμελιωτές και πρωτοπόρους στην ποιότητα της υγείας, όρισε την ποιότητα ως: « Το είδος της φροντίδας που αναμένεται να μεγιστοποιήσει το όφελος του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλειες αλλά και τις απώλειες που περιέχει η διαδικασία της περίθαλψης.» σύμφωνα με τον Donabedian η παροχή των υπηρεσιών υγείας έχει τρεις διαστάσεις, τη δομή "structure", τη διαδικασία "process" και το αποτέλεσμα "outcome." (Legido-Quigley et al., 2008), (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015), (Τούντας, 2003).

Συγκεκριμένα:

Δομή. Αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του ιδρύματος στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας. Περιλαμβάνει τους υλικούς πόρους όπως εγκαταστάσεις εξοπλισμό χρήματα, τους ανθρώπινους πόρους(αριθμό εργαζομένων και τα προσόντα τους) καθώς και της οργανωτικής δομής(ιατρικό προσωπικό, μέθοδοι αξιολόγησης, μεθόδους αποζημίωσης)

Διαδικασία. Υποδηλώνει τι πραγματικά γίνεται κατά την προσφορά και λήψη ιατρικής φροντίδας. εμπεριέχει τις δραστηριότητες ενέργειες του ασθενούς κατά την αναζήτηση φροντίδας, καθώς και την εκτέλεσή της καθώς και τον τρόπο διάγνωσης και εφαρμογής των θεραπευτικών παρεμβάσεων

Αποτέλεσμα. Υποδηλώνει την έκβαση της φροντίδας σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών αλλά και των πληθυσμών βελτίωση της γνώσης των ασθενών αλλά και τις ευεργετικές αλλαγές στην υγεία και στη συμπεριφορά καθώς και στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την προσλαμβανόμενη φροντίδα (Donabedian, 1988).

Λίγα χρόνια αργότερα ο Donabedian εξέφρασε την άποψη ότι η παρεχόμενη

φροντίδα βαθμολογείται όχι μόνο για το τεχνικό της μέρος αλλά και γενικότερα περιλαμβάνοντας και τις προτιμήσεις του χρήστη υπηρεσιών υγείας. Αργότερα με το άρθρο του «The Seven Pillars of Quality» υπογράμμισε τις διαστάσεις τις φροντίδας που συμβάλουν διατύπωση ενός πιο ακριβούς ορισμού για την ποιότητα που χαρακτηρίζεται από: «κλινική αποτελεσματικότητα (*efficacy*), αποτελεσματικότητα (*efficiency*), βελτιστότητα (*optimality*), αποδεκτικότητα (*acceptability*), νομιμότητα (*legitimacy*), και δίκαιη κατανομή ωφελειών (*equity*)» (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015), (Καλογερόπουλος & Χαραλάμπους, 2019).

Αρκετοί συγγραφείς ή οργανισμοί έχουν δώσει τον ορισμό της ποιότητας περιγράφοντας την έννοια της ποιότητας με βάση ένα σύνολο διαστάσεων. Οι πλέον χρησιμοποιούμενες διαστάσεις για τον ορισμό της ποιότητας κατά φθίνουσα σειρά είναι: αποτελεσματικότητα” *effectiveness*”, αποδοτικότητα ”*efficiency*”, πρόσβαση ”*access*”, ασφάλεια “*safety*”, ισότητα-δίκαιη κατανομή “*equity*”, καταλληλότητα ”*appropriateness*”, επικαιρότητα ”*timeliness*”, αποδοχή” *acceptability*”, ανταποκρισιμότητα ή επικέντρωση στον ασθενή” *responsiveness or patient-centredness*”, ικανοποίηση ”*satisfaction*”, βελτίωση της υγείας” *health improvement* “ και συνέχεια ”*continuity of care*”. Οι διαστάσεις αυτές ωστόσο δεν είναι ούτε πλήρης ούτε αλληλοαποκλειόμενες (Legido-Quigley et al., 2008), (World Health Organization, 2004), (Maxwell, 1992), (WHO, 2000).

Στον παρακάτω **πίνακα 2** απεικονίζονται οι διαστάσεις της ποιότητας με βάση τους ορισμούς που δόθηκαν από ερευνητές ή οργανισμούς

	<i>Donabedian</i> (1988)	<i>Maxwell</i> (1992)	<i>Department of Health</i> (UK) (1997)	<i>Council of Europe</i> (1998)	<i>IoM</i> (2001)	<i>JCAHO</i> (2006)
<i>effectiveness</i>	X	X	X	X	X	X
<i>efficiency</i>	X	X	X	X	X	X
<i>access</i>	X	X	X	X		X
<i>safety</i>	X			X	X	X
<i>equity</i>	X	X	(X)		X	
<i>appropriateness</i>	X	X		X		X
<i>timeliness</i>			X		X	X
<i>acceptability</i>		X		X		
<i>responsiveness</i>		<i>Respect Choice Informatio n</i>			<i>Respect Patient- centredness</i>	
<i>satisfaction</i>			(X)	X		
<i>health improvement</i>	X		X			
<i>continuity</i>					X	
<i>other</i>		<i>Technical competenc e Relevance</i>		<i>Efficac y</i>		<i>Availabiliy Prevention / early detection</i>

IOM: Institute of Medicine, JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

(Πηγή: (Legido-Quigley et al., 2008).

1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαντικότεροι των οποίων είναι:

1. Η **ταχύτητα εξυπηρέτησης** των ασθενών στο νοσοκομείο. Είναι σημαντικό η παροχή φροντίδας στους ασθενείς να γίνεται σε εύλογο χρονικό διάστημα ανάλογα με την κρισιμότητα της κατάστασης. Σε επείγοντα περιστατικά υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν αντανακλαστικά για άμεση δράση ανεβάζοντας έτσι το επίπεδο ποιότητας.
2. Η μετά την παροχή φροντίδα υγείας **υποστήριξη** προς τους ασθενείς, αυτό γίνεται με τις οδηγίες που δίνει το ιατρικό προσωπικό για την αποκατάσταση των ασθενών.
3. Ο **τεχνολογικός εξοπλισμός**. Ένας πεπαλαιωμένος εξοπλισμός έχει σαν αποτέλεσμα την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ,αντίθετα μία μονάδα υγείας η οποία είναι εξοπλισμένη με τεχνολογία αιχμής παρέχει πιο σωστή και έγκαιρη διάγνωση αναβαθμίζοντας έτσι την ποιότητα φροντίδας υγείας
4. **Επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής**. Ο σχεδιασμός των μονάδων υγείας θα πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η πρόσβαση των ασθενών και η εύκολη μετακίνησή τους εντός του νοσοκομείου καθώς και η μετακίνηση και μεταφορά υλικών και εξοπλισμού
5. Η **εμπειρία και οι γνώσεις** των επαγγελματιών που εργάζονται μέσα στον οργανισμό
6. Η **εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων**. Όσον αφορά την αποφυγή ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων καθώς και των σχεδίων αντιμετώπισης τους αφού εκδηλωθούν
7. **Το κόστος**. Είναι κεφαλαιώδες ζήτημα το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών να είναι όσο το δυνατόν χαμηλό χωρίς αυτό να έχει επίπτωση στην ποιότητα τους (Σιαλάκης, 2018), (Αδαμαντίδου, 2004).

1.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι μέθοδοι βελτίωσης που χρησιμοποιούν και εφαρμόζουν οι οργανισμοί προκειμένου να πετύχουν βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορούν να καταταχθούν στις παρακάτω κατηγορίες

- Ποιοτικός έλεγχος
- Διασφάλιση ποιότητας
- Κύκλοι ποιότητας
- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)
- Ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής (QALYs), (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999), (Παπακωστίδης & Τσουκαλάς, 2012), (Al-Assaf & Sheikh, 2004), (Weinstein et al., 2009), (Howren, 2013).

1.5 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κύριοι αποδέκτες της ποιότητας και της βελτίωσης της είναι οι ασθενείς χρήστες των υπηρεσιών υγείας και οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές, το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία που επιφορτίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και τέλος το ίδιο το κοινωνικό σύνολο (Καπάκη, 2015).

Οφέλη για τον ασθενή

- **Υγειονομικά οφέλη:** έχουν να κάνουν με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας καθώς και την αποφυγή λαθών και επιπλοκών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
- **Ψυχολογικά οφέλη:** αφορούν το περιβάλλον και τις συνθήκες μέσα στις οποίες αντιμετωπίζεται η ασθένεια. Ασθενείς με καλή ψυχολογία επηρεάζουν θετικά την έκβαση και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Οι βιοτικές συνθήκες διαμονής, το φιλικό περιβάλλον του νοσηλευτικού Ιδρύματος που παρέχει τις υπηρεσίες συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Αυτό συνεπάγεται μείωση του χρόνου νοσηλείας και έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

- **Οικονομικά οφέλη.** Η Οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς και της οικογένειάς του είναι σημαντική κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση και κατ' επέκταση σε μικρότερο κόστος.

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας είναι τα ακόλουθα:

- Αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- Αποδοχή, ο σεβασμός και εκτίμηση από τους ασθενείς και του περιβάλλοντός τους καθώς και η ανάπτυξη του αισθήματος εμπιστοσύνης μεταξύ τους
- Αυτοϊκανοποίηση από το προσφερόμενο έργο τους.
- Μείωση του άγχους και του εκνευρισμού κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους.
- Νομική κατοχύρωση και ασφάλεια της εργασίας τους
- Κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη που εμφανίζονται, η οποία είναι απότοκη της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Οφέλη για τις υπηρεσίες και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών

- **Οικονομικά οφέλη** καθώς τα λειτουργικά έξοδα μειώνονται από την έγκαιρη διάγνωση, την επιλογή της σωστής θεραπείας και της πρόληψης επιπλοκών και λαθών
- **Λειτουργικά οφέλη** με τη σωστή χρήση των πόρων του κάθε οργανισμού, ανθρώπινων και υλικών(υλικοτεχνική υποδομή).
- **Αναγνώριση και καταξίωση** του οργανισμού καθώς και η βελτίωση της φήμης του από την ποιοτική χρήση των υπηρεσιών και πόρων αυξάνοντας έτσι το κύρος του

Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.

- **Οικονομικά οφέλη** καθώς μειώνεται το ύψος των αποζημιώσεων για τις υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων, κυρίως λόγω μείωση του χρόνου νοσηλείας καθώς και μείωσης των επιδομάτων ασθενοείας.
- **Υγειονομικά οφέλη** λόγω αποτελεσματικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων και βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

- **Κοινωνικά οφέλη.** αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασφαλισμένων καθώς τους παρέχονται υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.
- Αίσθημα εκπλήρωσης του κοινωνικού ρόλου των ασφαλιστικών οργανισμών

Οφέλη για το κράτος και την κοινωνία

- **Οικονομικά οφέλη.** Μείωση των δαπανών και κυρίως των μη απαραίτητων, τόσο των ιδιωτικών όσο και των δημόσιων, με τεράστια οφέλη για το κράτος. Επιπλέον η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας και αποκατάστασης συμβάλλει στην αύξηση της παραγωγικότητας των πολιτών
- **Υγειονομικά οφέλη.** Παρατηρείται αύξηση της αποδοτικότητας των οργανισμών παροχής φροντίδας και μείωση του χρόνου νοσηλείας με αποτέλεσμα να προάγεται η παραγωγικότητα.
- **Ενίσχυση** του αισθήματος ασφάλειας και της κοινωνικής συνοχής.
- **Εικόνα του Κράτους.** Η αύξηση της ικανοποίησης και της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στο σύστημα υγείας συμβάλλει στη βελτίωση της εικόνας της χώρας τόσο στο εσωτερικό όσο και διεθνώς (Ρίκος, 2015), (Καπάκη, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΘΕΝΩΝ

2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μία από τις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν την παροχή φροντίδας υγείας είναι η ασφάλεια των ασθενών. Στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι είναι μεγάλος ο αριθμός των ασθενών που έχουν υποστεί βλάβες κατά τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες οδηγούν σε μόνιμη αναπηρία, παράταση της διάρκειας νοσηλείας ή ακόμα και θάνατο. Σε πρόσφατη μελέτη, τα ιατρικά λάθη αποτελούν την τρίτη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στη Μεγάλη Βρετανία έχει εκτιμηθεί ότι κατά μέσο όρο αναφέρεται ένα περιστατικό βλάβης σε ασθενή κάθε 35 δευτερόλεπτα. Σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, όπου επικρατούν διάφοροι παράγοντες όπως υποστελέχωση των οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας, οι ανεπαρκείς δομές, ο υπερπληθυσμός, η έλλειψη υγειονομικού υλικού και εξοπλισμού, οι κακές συνθήκες υγιεινής, οδηγούν στη μη παροχή ασφαλούς φροντίδας υγείας. Μία αδύναμη κουλτούρα ασφάλειας και ποιότητας, οι ελλιπείς διαδικασίες φροντίδας, και οι αδιάφορες ηγεσίες αποδυναμώνουν την ικανότητα των συστημάτων και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας να παράσχουν ασφαλή υγειονομική περίθαλψη.

Η εγκαθίδρυση της ασφάλειας των ασθενών είναι ζήτημα υψηλής προτεραιότητας για όσους παρέχουν φροντίδα υγείας όχι μόνο σε μία χώρα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο (World Health Organization, 2017).

Η ασφάλεια των ασθενών έχει σαν στόχο στην ελάττωση των κινδύνων από ακούσιες αλλά αποτρέψιμες βλάβες που έχουν σχέση με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε ένα ελάχιστο αποδεκτό όριο. Αποτελεί επίσης το κύριο χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης και έχει σχέση επίσης με τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Για την ανάπτυξη ενός προγράμματος ασφαλείας ασθενών, θα πρέπει να εξεταστεί η πολυπλοκότητα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και το γεγονός της συμμετοχής πολλών επαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας υγείας. Σήμερα η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται ως ένα πεδίο εφαρμογής μέτρων ασφαλείας το οποίο αυξάνει την αποτελεσματικότητα των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας (El Araby et.al, 2018). Ένας απλός ορισμός

της Ασφάλειας των ασθενών είναι: “η πρόληψη των σφαλμάτων και των δυσμενών επιδράσεων στους ασθενείς που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη”. Τα τελευταία χρόνια υγειονομική περίθαλψη έχει γίνει πιο αποτελεσματική ενώ ταυτόχρονα έχει γίνει και πιο πολύπλοκη, με την ευρεία χρήση νέων τεχνολογιών φαρμάκων και θεραπειών. Οι υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν σημαντικές συννοσηρότητες που απαιτούν όλο και πιο δύσκολες αποφάσεις ως προς τις προτεραιότητες στη φροντίδα υγείας. Η αύξηση της οικονομικής πίεσης και οι όλο και πιο περιορισμένοι πόροι που διατίθενται στα συστήματα υγείας οδηγεί συχνά στην υπερφόρτωση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης.

Τα απροσδόκητα και ανεπιθύμητα συμβάντα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε βαθμίδα υγειονομικής περίθαλψης(πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, και τριτοβάθμια φροντίδα, καθώς και σε φροντίδα της κοινότητας. δημόσια ή ιδιωτική, οξεία ή χρόνια φροντίδα).Ένας στους δέκα ασθενείς στην Ευρώπη αντιμετωπίζει οι βλάβες ή ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες μπορούσαν να αποφευχθούν, και οι οποίες αποτελούν πηγή ταλαιπωρίας και απώλειας για τον ασθενή τις οικογένειες και τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επωμίζονται υψηλό οικονομικό κόστος. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μία σημαντική διάσταση της ποιότητας της φροντίδας υγείας η οποία απαιτεί ευρεία δέσμευση τόσο από τον οργανισμό όσο και από την κοινότητα (WHO,2019). Τη δεκαετία του 90 η επιστημονική κοινότητα συνειδητοποίησε ότι παρά τις τεράστιες δυνατότητες της σύγχρονης ιατρικής στο να θεραπεύει και να βελτιώνει την ασθένεια, τα νοσοκομεία δεν ήταν ασφαλείς χώροι για τη θεραπεία των ασθενών. Αντιθέτως ήταν χώροι στους οποίους υπήρξε κίνδυνος βλάβης των ασθενών. Μία σημαντική απάντηση σε αυτή τη συνειδητοποίηση υπήρξε η αύξηση του ενδιαφέροντος για την ασφάλεια των ασθενών. Έχει καταστεί σαφές ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα πεδίο επιστημονικό με ένα ολοκληρωμένο σύνολο γνώσεων και εξειδίκευσης το οποίο μπορεί να επιφέρει επανάσταση στην υγειονομική περίθαλψη παρόμοια με αυτή της μοριακής βιολογίας η οποία αύξησε ριζικά τη θεραπευτική ισχύ στην Ιατρική.

Η σπουδαιότητα της Ασφάλειας των ασθενών αναγνωρίζεται πλέον από πολλές χώρες. Με μία παγκόσμια ενημέρωση η οποία ενισχύεται από την World Alliance for Patient Safety (Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών ΠΣΑΑ) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Παρόλα αυτά οι προκλήσεις για την εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών εξακολουθούν να

παραμένουν. Μία βασική προϋπόθεση για την υιοθέτηση οποιασδήποτε νέας προσέγγισης είναι η σαφή συσχέτιση των χώρων και των εκδηλώσεων της ασφάλειας ασθενών. Ενώ τα συστατικά της ασφάλειας των ασθενών έχουν εκφραστεί από διάφορους διανοητές και έχουν παρουσιαστεί και αντίστοιχα μοντέλα, δεν υπάρχει μία ενιαία ερμηνεία η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στην πλήρη υιοθέτηση της έννοιας της ασφάλειας των ασθενών σε όλο το φάσμα της υγειονομικής περίθαλψης (Emanuel et al., 2008).

Σε όλο τον κόσμο τα συστήματα υγείας έχουν τη δυνατότητα να κάνουν τη φροντίδα για τους ασθενείς τους ασφαλέστερη. Πρωτίστως θα πρέπει σε κάθε χώρα να εξασφαλιστεί η δέσμευση της πολιτικής ηγεσίας, των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής στον τομέα υγείας και των επαγγελματιών οργανώσεων, προκειμένου να διασφαλιστεί η ασφαλής φροντίδα των ασθενών. Με την υιοθέτηση υψηλής τεχνολογίας και υποστήριξης, με επιδέξια ηγεσία στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και την εισροή ασθενών και καταναλωτών θα υπάρξει ένα συνεχές σε παγκόσμιο επίπεδο κίνημα για την ασφάλεια των ασθενών το οποίο θα συμβάλει στη διάσωση πολλών ζώων και στην πρόληψη πολλών σοβαρών βλαβών στους ασθενείς. Αυτό που ισχύει σήμερα είναι ότι οι κίνδυνοι στην υγειονομική περίθαλψη είναι αρκετά υψηλοί σε σύγκριση με άλλες βιομηχανίες υψηλού κινδύνου οι οποίες έχουν καλύτερες επιδόσεις βελτιώσεις σε σχέση με την ασφάλεια. Η δέσμευση για την ασφάλεια ασθενών η οποία θα σώσει ζωές και θα αποτρέψει το κακό σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί το αυριανό όραμα όλων (Donaldson & Phillip, 2004).

2.2 ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Προκειμένου να γίνει κατανοητή η έννοια της ασφάλειας των ασθενών παρατίθενται οι παρακάτω χρήσιμες έννοιες και ορισμοί:

- Η **ασφάλεια των ασθενών** αποτελεί την μείωση του κινδύνου λόγω περιττής βλάβης η οποία σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη σε ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο.
- **Κίνδυνος (hazard)**: μια κατάσταση, παράγοντας ή ενέργεια που μπορεί να προκαλέσει βλάβη.
- **Σφάλμα (Error)**: Αποτελεί την αδυναμία εφαρμογής μιας προγραμματισμένης ενέργειας όπως αυτή προβλέπεται η εκτέλεση ενός λανθασμένου σχέδιο

- **Ασθενής:** ένα άτομο που λαμβάνει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- **Υγειονομική περίθαλψη:** οι υπηρεσίες που παρέχονται σε άτομα ή σε κοινότητες, προκειμένου να επιτευχθεί προώθηση συντήρηση και παρακολούθηση η αποκατάσταση της υγείας
- **Υγεία:** μια κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας
- **Κίνδυνος (Risk):** η πιθανότητα να συμβεί κάποιο περιστατικό.
- **Κάκωση (Injury):** βλάβη στους ιστούς που προκαλείται από έναν παράγοντα ή ένα γεγονός.
- **Παρ' Ολίγον αστοχία (Near Miss):** Ένα περιστατικό του οποίου τα αποτελέσματα δεν έφτασαν στον ασθενή (Runciman et al., 2009).
- **Ανεπιθύμητα συμβάντα (adverse events)** είναι μη σκόπιμοι τραυματισμοί ή επιπλοκές που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο, την μόνιμη αναπηρία, η την παρατεταμένη νοσηλεία στο νοσοκομείο τα οποία προκύπτουν από τη διαχείριση της Υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization, 2009).
- **Ενεργό σφάλμα (Active error)** αφορά λειτουργίες και πράξεις προσωπικού “πρώτης γραμμής” (frontline) ενός συστήματος υγείας. Τα αποτελέσματα ενός ενεργού σφάλματος είναι συνήθως ορατά λίγο με την εμφάνιση του.
- **Σφάλμα ενέργειας (Error of commission):** είναι το σφάλμα το οποίο προκαλείται ως αποτέλεσμα μιας διαπραχθεί σας ενέργειας
- **Σφάλμα παράλειψης (Error of omission):** είναι το σφάλμα που προκαλείται ως αποτέλεσμα μιας δράσης η οποία δεν έχει ληφθεί
- **Αίτιο (Cause):** αποτελεί τον παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση ενός γεγονότος, κλινικό αποτέλεσμα η έκβαση
- **Ηλεκτρονικά εισηγμένες Ιατρικές εντολές, (Computerized physician order entry - CPOE):** Αποτελεί μέρος του πληροφοριακού συστήματος το οποίο αναπαράγει δεδομένα και εντολές που μπορούν να εφαρμοστούν από το προσωπικό υγείας (π.χ. ιατρούς νοσηλευτές και λοιπά) σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου όπως εργαστήριο απεικονιστικό τμήμα μεταφορά ασθενών και λοιπά
- **Κουλτούρα ασφάλειας (culture of safety):** «ένα ολοκληρωμένο πρότυπο οργανωτικής και ατομικής συμπεριφοράς. Μια κουλτούρα ασφάλειας βασίζεται

σε κοινές πεποιθήσεις και αξίες, με επίκεντρο την ελαχιστοποίηση της βλάβης του ασθενούς στη διαδικασία παροχής φροντίδας».

- **Βλάβη (Harm):** Μόνιμη ή προσωρινή έκπτωση σωματικής ή ψυχολογικής λειτουργίας, αλλοίωση της δομής του σώματος, εμφάνιση πόνου η οποία είναι αποτέλεσμα μιας παρέμβασης (Stawicki & Firstenberg, 2017).

Κλίμακα Βλάβης

- Θάνατος κατά τη στιγμή της αξιολόγησης
- Σοβαρή βλάβη: σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα(πόνος η παραμόρφωση που συμβάλλει σημαντικά στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς
- Μέτρια βλάβη: Ιατρικό ή ψυχολογικό τραύμα σε μικρότερη κλίμακα από τη σοβαρή βλάβη η οποία επηρεάζει λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς
- Ήπια βλάβη: Λίγα συμπτώματα ή μικρή απώλεια της λειτουργικότητας ή τραυματισμός ο οποίος αποκαθίσταται με πρόσθετη θεραπεία ή με περαιτέρω παραμονή στο νοσοκομείο
- Δεν υπάρχει βλάβη: Το συμβάν “έφτασε” στον ασθενή αλλά δεν του προκάλεσε κανένα τραυματισμό
- Άγνωστο

Κλίμακα διάρκειας Βλάβης

- Μόνιμη (ένα έτος ή και περισσότερο)
- Προσωρινή (λιγότερο από έτος)
- Άγνωστο (Hoppes, 2013).

2.3 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τους Emanuel και συν. (2008): «η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα πεδίο έρευνας στον τομέα της Υγειονομικής περίθαλψης που εφαρμόζει επιστημονικές μεθόδους για την επίτευξη ενός αξιόπιστου συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί επίσης χαρακτηριστικό των Συστημάτων Υγειονομικής περίθαλψης το οποίο ελαχιστοποιεί την επίπτωση και τον αντίκτυπο των ανεπιθύμητων ενεργειών και μεγιστοποιεί την αποκατάσταση από αυτές.»

Ο ορισμός αυτός δηλώνει ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι τόσο ένας τρόπος δράσης όσο και ένα πεδίο επιστημονικής γνώσης ο οποίος επιδιώκει να εντοπίσει τα βασικά χαρακτηριστικά της ασφάλειας στον ασθενή (Emanuel et al., 2008).

Ένας ορισμός που ήταν αποτέλεσμα του κινήματος βελτίωσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εισήχθη από το Institute of Medicine (IOM) και αναφέρει ότι: «η ασφάλεια είναι η πρόληψη από βλάβη (*harm*) στους ασθενείς. Δίνοντας έμφαση στο σύστημα παροχής φροντίδας που αποτρέπει τα λάθη, μαθαίνει από τα σφάλματα που προκύπτουν και βασίζεται στην κουλτούρα ασφάλειας που περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας, οργανισμούς παροχής φροντίδας και τους ασθενείς» (Mitchell, 2008).

Το γλωσσάρι του διαδικτυακού τόπου του AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) επεκτείνεται πέρα από τον ορισμό της πρόληψης των βλαβών και αναφέρεται στην ελευθερία από τυχαίους ή προβλέψιμους τραυματισμούς που παράγονται κατά την ιατρική περίθαλψη σε ένα ελάχιστο αποδεκτό όριο. Έτσι πρακτικές οι παρεμβάσεις που βελτιώνουν την ασφάλεια των ασθενών είναι αυτές που μειώνουν την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων που μπορούν να αποφευχθούν (AHRQ, 2007).

Καθώς τα υψηλά επίπεδα κινδύνων (και βλαβών) θεωρήθηκαν αποδεκτά κατά το παρελθόν, υποστηρίζεται ότι για να συμπεριληφθεί ο όρος “ελάχιστο αποδεκτό σημείο” στον ορισμό της ασφάλειας των ασθενών θα πρέπει να προλειανθεί το έδαφος για την “ομαλοποίηση” όσων πολλοί θεωρούν ως “θεμελιωδώς απαράδεκτο σημείο”. Αυτό το θέμα είναι πολύπλοκο, καθώς η αποδοχή του κινδύνου στη φροντίδα υγείας(από την άποψη των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας), σχετίζεται με την ισορροπία ανάμεσα στην αναμονή πιθανής βλάβης, την επιθυμία για την προσφορά αποτελεσματικής φροντίδας και βελτίωσης της υγείας του ασθενή και των διαθέσιμων επιλογών που υπάρχουν τη στιγμή της νοσηλείας.

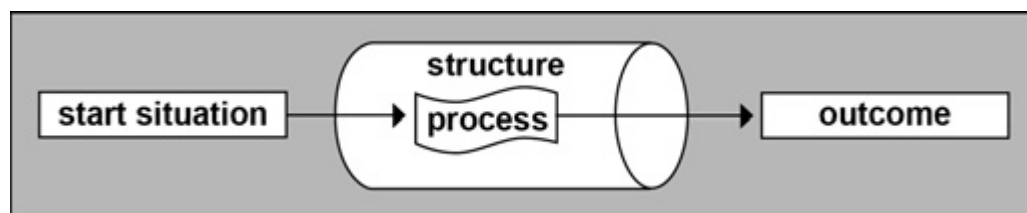
Το ιδανικό για “ελευθερία από τραυματισμό” (ή βλάβη) παραμένει αλλά υπάρχουν πολλές περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της περίθαλψης στις οποίες οι διαθέσιμες επιλογές περιορίζονται από περιστάσεις ή γεγονότα πέρα από τον έλεγχο εκείνων που παρέχουν ή και εκείνων που λαμβάνουν την υπηρεσία υγείας. Για παράδειγμα μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα για χρήση μόνιτορ, ενώ είναι διαθέσιμο σε φυσιολογικές συνθήκες, σε περιπτώσεις που χρειάζεται να γίνει παρέμβαση για να σωθεί μία ζωή μετά από μία φυσική καταστροφή παρόλο που το περιβάλλον ασφαλείας έχει μειωθεί (Runciman et al., 2010).

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα στη φροντίδα υγείας

Ο Donabedian πριν 40 χρόνια, πρότεινε ένα μοντέλο για την περιγραφή των στοιχείων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εισηγήθηκε την έννοια της Τριάδας που αποτελείται από τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα (structure, process, outcome) με την ιδέα μιας υπηρεσίας υγείας η οποία ενσωματώνεται μέσα σε ένα σύστημα (Όπως φαίνεται στην εικόνα).

Εικόνα 1: Το μοντέλο δομή, διαδικασία, αποτέλεσμα του Donabedian



(Πηγή: Battles et al., 2003).

Η “δομή” περιλαμβάνει τις φυσικές εγκαταστάσεις, την βιοϊατρική τεχνολογία, τα συστήματα υποστήριξης, καθώς και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το προσωπικό, τη στελέχωση και τη διαθεσιμότητα του απαραίτητου εξοπλισμού και υλικών. Η “διαδικασία” αναφέρεται στην προσήλωση με την οποία εφαρμόζονται τα πρωτόκολλα και οι παρεμβάσεις και το πώς χρησιμοποιείται η “δομή” μέσα στο σύστημα. Το “αποτέλεσμα” περιλαμβάνει τις επιπτώσεις των διαδικασιών στους ασθενείς και στον οργανισμό. Ο Donabedian αρχικά δεν προσδιόρισε ειδικά την έννοια της ασφάλειας των ασθενών αλλά τη συμπεριέλαβε σε όλα τα σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και αποτελέσματα κάτω από την ομπρέλα της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Ο Donabedian ενδιαφέρονταν για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς εμπλουτίζοντας σιωπηρά την έννοια της ασφάλειας των ασθενών (Runciman et al., 2010).

Ο Vincent το 2012 στη συνέχεια εισήγαγε επτά βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών:

- **Οργανωτικοί και παράγοντες διαχείρισης.** Αφορούν κυρίως τις δράσεις της διοίκησης και τις αποφάσεις που λαμβάνονται στα υψηλά διοικητικά επίπεδα. Περιλαμβάνουν πολιτικές για τη χρήση των ανθρώπινων πόρων, εκπαίδευση και κατάρτιση και τέλος επίβλεψη και διαθεσιμότητα εξοπλισμού και υλικών
- **Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας.** Αυτά αποτελούνται από το φυσικό περιβάλλον τον διαθέσιμο εξοπλισμό και τα υλικά οι συνθήκες εργασίας (φωτισμός, θέρμανση κ.λπ.) καθώς τις διακοπές και τους περισπασμούς που υπομένει το προσωπικό.
- **Παράγοντες που σχετίζονται με την ομάδα εργασίας.** Κάθε εργαζόμενος ως μέρος μιας ομάδας επηρεάζεται στο στον τρόπο με τον οποίο παρέχει φροντίδα στους ασθενείς από τα άλλα μέλη της ομάδας καθώς και από τον τρόπο επικοινωνίας και υποστήριξης μεταξύ τους.
- **Παράγοντες έργου και στόχων.** Ο προγραμματισμός του έργου και η διαθεσιμότητα και η χρήση πρωτοκόλλων καθώς και ο έλεγχος των αποτελεσμάτων επηρεάζει την παροχή φροντίδας και επιδρά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών
- **Ατομικοί παράγοντες.** Οι γνώσεις, οι εμπειρίες και οι δεξιότητες προσωπικού αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην κλινική πρακτική
- **Χαρακτηριστικά των ασθενών.** Τα χαρακτηριστικά και η κατάσταση του ασθενούς ασκούν τη μεγαλύτερη επιρροή τόσο στον τρόπο όσο και στο αποτέλεσμα των παρεμβάσεων. Άλλοι παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον ασθενή είναι: η προσωπικότητα, η ψυχολογική κατάσταση, η γλώσσα και το κοινωνικοοικονομικό στάτους τα οποία ασκούν σημαντική επιρροή στην επικοινωνία του ασθενούς με το προσωπικό.
- **Παράγοντες που σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον.** Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται από το ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο και ειδικότερα τον περιορισμό των διαθέσιμων οικονομικών πόρων, και του ευρύτερου πολιτικού και οικονομικού κλίματος (Vincent, 2012).

Αυτοί οι παράγοντες είναι μοιρασμένοι σε τρεις τομείς: τα συστήματα θεραπευτικής δράσης, το προσωπικό των οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, και στους ασθενείς που λαμβάνουν υπηρεσίες ή τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (Emanuel et al., 2008).

Η ασφάλεια των ασθενών είναι συνυφασμένη με τη φύση της ασθένειας. Η ανάπτυξη συστημάτων υψηλής αξιοπιστίας για την επίτευξη και διατήρηση της ασφάλειας ήταν

ιδέες που δεν αναπτύχθηκαν αρχικά στο χώρο της υγείας. Παρόλα αυτά υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά στην ανάπτυξη σχεδίων ασφάλειας και υψηλής αξιοπιστίας. Τα οποία παρά την πολυπλοκότητα τους και το χαρακτήρα του απρόβλεπτου έχουν σαν τελικό στόχο τη διατήρηση της ζωής.

Οι ατομικές ιδιαιτερότητες αποτελούν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της φροντίδας των ασθενών. Η φροντίδα των ασθενών επιβάλλει συχνά στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να ξεπερνούν τα προσωπικά όρια τόσο τα ψυχολογικά όσο και τα σωματικά. Στην προσπάθεια να προστατευτεί η ζωή και ακεραιότητα των ασθενών, κάθε επάγγελμα υγείας έχει υιοθετήσει δεοντολογικούς κώδικες προκειμένου να καθοδηγηθούν οι επαγγελματίες για την παροχή όσο το δυνατόν καλύτερων υπηρεσιών υγείας χωρίς να βλάψουν τον ασθενή.

Τα σχέδια ασφάλειας των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη σημαντικούς περιορισμούς όπως η εμπιστευτικότητα και προστασία της ιδιωτικής ζωής των ασθενών. Συχνά όμως οι ανάγκες αυτές έρχονται σε αντιπαράθεση με τη διαφάνεια και την επαγρύπνηση που απαιτούνται και την ποιοτική φροντίδα υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της ασφάλειας. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό είναι η φύση και η πορεία της ασθένειας. Είναι αποδεκτό ότι όταν η ασθένεια εμφανίζεται κάτι δεν πάει καλά με την κατάσταση του ασθενούς. Έτσι σε πολλά ιατρικά συμβάντα η αποτυχία της παροχής σωστής και έγκαιρης θεραπείας μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή. Για παράδειγμα η αποτυχία διάγνωση της μηνιγγίτιδας μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή. Το πεδίο της ασφάλειας των ασθενών συμπεριλαμβάνει τόσο τις βλάβες που προέρχονται από παράλειψη όσο και τις βλάβες που οφείλονται σε παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν (Emanuel et al., 2008). Σφάλματα συμβαίνουν κατά την παροχή φροντίδας υγείας καθώς και σε οποιοδήποτε άλλο πολύπλοκο σύστημα στο οποίο υπεισέρχεται ο ανθρώπινος παράγοντας. Το μήνυμα της αναφοράς του Institute of Medicine (IOM) το *Er is Human* ήταν: *“ότι η πρόληψη του θανάτου και των τραυματισμών από ιατρικά λάθη απαιτεί δραματικές αλλαγές σε όλο το σύστημα”*. Μεταξύ των τριών στρατηγικών που προτείνει η αναφορά (πρόληψη, αναγνώριση και άμβλυση των βλαβών από τραύματα) η πρώτη στρατηγική έχει το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η επιτροπή αναγνωρίζει την αναγκαιότητα του σχεδιασμού και της ανάπτυξης ενός νέου πεδίου έρευνας στον τομέα της υγείας, μιας νέας ταξινόμησης σφαλμάτων καθώς και νέες μεθόδους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Επίσης εξέφρασε την άποψη ότι η ευθύνη για τη λήψη μέτρων δεν θα πρέπει να αναπτύσσεται μόνο σε άτομα ή ομάδες αλλά να

αναληφθεί από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας και τους οργανισμούς ή τους φορείς που επηρεάζουν τους κανονισμούς, τις αποζημιώσεις, την κοινωνική ευθύνη, την εκπαίδευση και κατάρτιση. Επίσης μέρος της ευθύνης πρέπει να ανατίθεται και στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η αναφορά κάλεσε το αμερικανικό κογκρέσο να δημιουργήσει το Εθνικό Κέντρο για την Ασφάλεια των Ασθενών (National Center for Patient Safety) στα πλαίσια του Πρακτορείου για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (AHRQ) προκειμένου να αναπτυχθούν εργαλεία και μέθοδοι στο να επιτελείται η παροχή φροντίδας ποιοτικότερα και ασφαλέστερα (Donaldson, 2008).

Η επικοινωνία ως παράγοντας ασφάλεια των ασθενών

Το καλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων στους οργανισμούς παροχής υγείας και των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην προσπάθεια για την επίτευξη του μέγιστου θετικού αποτελέσματος για την υγεία των ασθενών. Αντίθετα, σύμφωνα με το Καναδικό Ινστιτούτο ασφάλειας Ασθενών (Canadian Patient Institute) η μη αποτελεσματική επικοινωνία έχει αντίθετο αποτέλεσμα και μπορεί να βλάψει τους ασθενείς. Η υψηλής ποιότητας και ασφαλής φροντίδα εξαρτάται από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να επικοινωνούν ικανοποιητικά με τους ασθενείς καθώς και με άλλους επαγγελματίες. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι μία δυναμική και συνεχής διαδικασία που σαν κύριο στόχο έχει οι διαδικασίες με τις οποίες οι εργαζόμενοι μεταφέρουν και λαμβάνουν πληροφορίες για την προώθηση διαπροσωπικών σχέσεων εντός του χώρου εργασίας αλλά και εντός του συνόλου του οργανισμού να επιτυγχάνουν ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα για τους ασθενείς καθώς και αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων.

Ο σημαντικότερος στόχος της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Τα στοιχεία επικοινωνίας που έχουν σχέση με την ασφάλεια των ασθενών μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: την πρόληψη των ανεπιθύμητων συμβάντων, την ανταπόκριση και αντιμετώπιση όταν αυτά εμφανιστούν. Η επικοινωνία που έχει σαν σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών θα πρέπει να περιλαμβάνει αποτελεσματικές γραπτές, προφορικές ή μη λεκτικές νόρμες. Επίσης είναι απαραίτητη χρυσή το κατάλληλων ηλεκτρονικών μέσων και καναλιών επικοινωνίας. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ευεργετική για τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, διότι καθιστούν την εμπιστοσύνη

και συμβάλλουν σε συγκατάθεση του ασθενούς. Η σαφής, ξεκάθαρη και κατανοητή πληροφόρηση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους, τα οφέλη και τα αποτελέσματα των θεραπειών συμβάλλουν στην καλύτερη συνεργασία και στην πιο ενεργό συμμετοχή τους στη διαδικασία της φροντίδας τους (Frank & Brien, 2008).

Η σαφής, ακριβής, πλήρης και έγκαιρη επικοινωνία συμβάλλει στη βελτίωση της Ασφάλειας των ασθενών. Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) σε έναν από τους εθνικούς στόχους για την ασφάλεια των ασθενών (National Patient Safety Goals) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη σημαντικότητα της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας τονίζοντας ότι: *«να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητά της επικοινωνίας μεταξύ αυτών που παρέχουν τη φροντίδα»* (JCAHO, 2019).

Και επειδή τα σφάλματα κατά την είσοδο του ασθενή στο σύστημα παροχής φροντίδας είναι συχνά η Joint Commission προτείνει ότι τα ιδρύματα παροχής φροντίδας που πρέπει να εφαρμόσουν τυποποιημένες μεθόδους μετάδοσης πληροφοριών και να δίνουν την δυνατότητα έκφρασης ερωτήσεων και απόκρισης σε αυτές (Durham & Alden, 2008).

Η αποτελεσματική επικοινωνία επιτάσσει από τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τους ρόλους και τις ευθύνες κάθε μέλους της ομάδας υγείας καθώς και τα μοντέλα αποτελεσματικής επικοινωνίας και κυρίως αυτά που έχουν σαν επίκεντρο τον ασθενή. Επιπλέον θα πρέπει να έχουν εκτεταμένες γνώσεις πάνω στο επαγγελματικό τους αντικείμενο και να κατανοούν την πολιτισμική διαφορετικότητα και ικανότητα των ασθενών. Θα πρέπει επίσης να αντιλαμβάνονται το βαθμό ικανότητας αντίληψης των ασθενών καθώς και την ικανότητα λήψης αποφάσεων και της παροχής συγκατάθεσης. Όσο αφορά τις δεξιότητες οι επαγγελματίες θα πρέπει να μπορούν να προστατεύουν την ιδιωτικότητα των ασθενών τηρώντας εχεμύθεια, να παρέχουν τις σωστές πληροφορίες χωρίς υπερβολές, να κατανοούν τις ανάγκες των ασθενών και να μετέχουν στη λήψη αποφάσεων μαζί με τους ασθενείς και τους οικείους τους. Επιπλέον θα πρέπει να χρησιμοποιούν κατανοητή γλώσσα χωρίς χρήση σύνθετων και δυσνόητων όρων, να υποστηρίζουν τη γραπτή ή προφορική επικοινωνία με κατάλληλες τεχνικές και κυρίως σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Θα πρέπει επίσης να επικοινωνούν ικανοποιητικά με άλλους επαγγελματίες για την ομαλή εφαρμογή της φροντίδας. Επίσης θα πρέπει να είναι άριστοι χρήστες των εργαλείων και των τεχνολογιών επικοινωνίας προκειμένου να γνωστοποιούν και να αναφέρουν ανεπιθύμητα συμβάντα. Τέλος όσον αφορά τη στάση τους, οι

επαγγελματίες θα πρέπει να επιδείξουν ασθενοκεντρική προσέγγιση στη επικοινωνία καθώς σεβασμό και ενσυναίσθηση (Frank & Brien, 2008).

Κουλτούρα ασφαλείας

Σε άλλους βιομηχανικούς κλάδους πολύ συχνά συμβαίνει να κατηγορείται κάποιος ή κάποιοι όταν υπάρξει ένα σφάλμα. αυτό οφείλεται στη λεγόμενη κουλτούρα ευθύνης (blame culture) όπου σε αυτή το πιο σημαντικό είναι το ποιος και όχι το γιατί ή το πώς εμφανίστηκε το λάθος. Αντίθετα η κουλτούρα Δικαιοσύνης (just culture) ασχολείται με την κατανόηση και τη διερεύνηση των αιτιών ενός λάθους παρά με το ποιος ευθύνεται για αυτό (Marx, 2001).

Η κουλτούρα της υγειονομικής περιθάλψης αποτελεί συχνά εμπόδιο στην προσπάθεια για βελτίωση της ασφάλειας στην υγεία. Υπάρχει η τάση στο υψηλού κινδύνου περιβάλλον της ιατρικής για χρησιμοποίηση “κουλτούρας ευθύνης” αντί για κουλτούρα δικαίου (just culture) ή μία άλλη πιο συνεργατική προσέγγιση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αρκετοί επαγγελματίες να εκφράζουν ανησυχία για πιθανή εφαρμογή τιμωρητικών ή πειθαρχικών μέτρων λόγω ενεργειών που σχετίζονται με λάθη. Ο φόβος αυτός έχει σαν συνέπεια, τη μη επαρκή αναφορά των ιατρικών σφαλμάτων με αποτέλεσμα την αδυναμία πρόληψης ή αποκατάστασης των λαθών από τους επαγγελματίες υγείας. Το λάθος δεν θα πρέπει να θεωρείται ως ατομική αποτυχία αλλά μία “συλλογική ευθύνη” προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης και της βελτίωσης (Tolentino et al., 2018).

2.5 ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ

Τελευταίες δεκαετίες τα ιατρικά σφάλματα θεωρούνται ως μία από τις σημαντικές αιτίες πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας και θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπάρχει έντονη ανησυχία μεταξύ των πολιτών τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως σχετικά με την πιθανότητα να συμβεί ιατρικό σφάλμα, ενώ οι υπηρεσίες ή οι οργανισμοί που μπορεί να απευθυνθεί κάποιος για ενημέρωση ή προστασία είναι λίγοι και χωρίς δυνατότητα παρεμβάσεις (Πολλάλης και συν, 2012).

Στη δεκαετία του 1950 τα ιατρικά λάθη, σύμφωνα με αρκετές μελέτες θεωρούνταν ως “αναπόφευκτες ασθένειες της Ιατρικής προόδου”. Η συνεχόμενη αύξηση της

θνητότητας και νοσηρότητας που οφείλεται σε ιατρικά λάθη, κυρίως σε χώρες με χαμηλό επίπεδο επιστημονικής και Κοινωνικής ανάπτυξης, έχει εντείνει την ανασφάλεια των πολιτών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους 10 ασθενείς είχαν την εμπειρία ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ενώ τα γεγονότα αυτά θα μπορούσα να είχαν αποφευχθεί. Επιπλέον στις αναπτυσσόμενες χώρες ο βαθμός επικινδυνότητας για την εμφάνιση ιατρικού σφάλματος είναι 20 πλούσιος σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες (Karaki & Souliotis, 2018).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών ως Ιατρικό σφάλμα ορίζεται: *“η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να συμπληρωθεί όπως αναμένεται ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού για να επιτευχθεί ένας στόχος”* (Dovey et al., 2002). Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να σχετίζονται με την κακή εφαρμογή της επιστήμης, τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, τις χειρουργικές επεμβάσεις και τον για τον τεχνολογικό εξοπλισμό.

2.5.1 Επιπτώσεις των ιατρικών λαθών

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο ιατρικής το 1999 σε έκθεση του με τίτλο «To Err is Human» με θέμα την ποιότητα περίθαλψης των ασθενών, ευαισθητοποίησε την προσοχή του επιστημονικού κόσμου σχετικά με το κόστος και τις επιπτώσεις των ανεπιθύμητων ενεργειών στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με την έκθεση αυτή το κόστος υπολογίζεται σε δύο δισεκατομμύρια δολάρια και έως 98.000 θανάτους κάθε έτος στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Page and McKinney το 2007 Σε έκθεσή τους ανέφεραν ότι η επιτροπή ελέγχου του υπουργείου υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου διαπίστωσε ότι τα ιατρικά λάθη αποτελούν περίπου το 20% των θανάτων οφειλόμενα σε όλους τους τύπους των ανεπιθύμητων ενεργειών και το κόστος τους υπολογίζεται 500 εκατομμύρια στερλίνες ετησίως και οδηγούν σε αύξηση των ημερών νοσηλείας ανά ασθενή κατά 8,5 ημέρες (Burke, 2008).

Ο αριθμός των νεκρών που οφείλεται σε ιατρικά σφάλματα ανέρχεται στους 30.000 ετησίως στη Γερμανία (Πολλάλης και συν, 2012) ενώ στη Νέα Ζηλανδία ο αριθμός των ασθενών που αντιμετώπισαν ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα ξεπέρασε τους 50.000 το έτος 2006 (Bismark et al., 2006).

Σύμφωνα με το ευρωβαρόμετρο στην Ελλάδα:

- Οι πολίτες σε ποσοστό 86% θεωρούν ότι το πρόβλημα των ιατρικών λαθών και της ασφάλειας των ασθενών είναι σημαντικό
- Το 70% των Ελλήνων ανησυχεί μήπως του συμβεί κάποιο σοβαρό Ιατρικό σφάλμα
- Το 75% των Ελλήνων θεωρούν ότι οι ασθενείς πρέπει να ανησυχούν μήπως του συμβεί κάποιο Ιατρικό σφάλμα στο νοσοκομείο
- Το 61% έχει διαβάσει ή έχει ακούσει για ιατρικά σφάλματα στη χώρα
- Το 13% των Ελλήνων έχει αναφέρει ότι έχει υποστεί αυτός ή μέλος της οικογένειάς του κάποιο ιατρικό σφάλμα
- Το 75% των Ελλήνων θεωρεί ότι μπορεί πιθανόν να του συμβεί κάποιο ιατρικό σφάλμα μέσα στο νοσοκομείο (European Commission, 2006).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, βιομηχανίες με υψηλότερους παράγοντες κινδύνου όπως οι αερομεταφορές και τα πυρηνικά εργοστάσια έχουν δείξει καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα της ασφάλειας και των ασθενών από ότι ο τομέας της υγείας.

Στον τομέα της υγείας παρουσιάζονται τα εξής γεγονότα:

- Γεγονός 1: Το 10% των ασθενών θα υποστούν βλάβη κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης
- Γεγονός 2: Μία από τις δέκα κυριότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας σε όλο τον κόσμο αποτελεί η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων λόγω μη ασφαλούς παροχή υγειονομικής φροντίδας.
- Γεγονός 3: Το 40% των ασθενών υπόκειται σε βλάβες στην πρωτοβάθμια και εξωνοσοκομειακή φροντίδα.
- Γεγονός 4: Στον Καναδά ένα στα επτά δολάρια διατίθεται για την αντιμετώπιση επιπτώσεων των ιατρικών σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Γεγονός 5: Η διάθεση πόρων για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων
- Γεγονός 6: Η μη ασφαλής χορήγηση των φαρμάκων έχει βλαπτικές συνέπειες σε εκατομμύρια ασθενείς και κοστίζουν δισεκατομμύρια δολάρια Ηνωμένων Πολιτειών κατ' έτος
- Γεγονός 7: Η μη σωστή έγκαιρη διάγνωση είναι μία από τις πιο συχνές αιτίες βλάβης των ασθενών έχει αντίκτυπο σε εκατομμύρια ασθενείς
- Γεγονός 8: 10% των ασθενών επηρεάζονται από νοσοκομειακές λοιμώξεις.

- Γεγονός 9: ένα εκατομμύριο και πλέον ασθενείς χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από επιπλοκές κατά τη χειρουργική επέμβαση
- Γεγονός 10: Μεγάλη ανησυχία για τη δημόσια υγεία προκαλεί η έκθεση σε ακτινοβολία για ιατρικούς σκοπούς (WHO, 2019).

2.5.2. Παράγοντες εμφάνισης ιατρικών σφαλμάτων

Πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι κυριότερες αιτίες που ευθύνονται για την εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων είναι: η υποστελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η μη εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης των εργαζομένων, η πολυπλοκότητα της κατάστασης των ασθενών, η επαγγελματική εξουθένωση καθώς και άλλα προβλήματα του προσωπικού όπως η μη καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, η κακή επικοινωνία, η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού, η μη εφαρμογή πρωτοκόλλων και κατευθυντηρίων οδηγιών και τα ακατάλληλα ωράρια (Μήτσης και συν, 2012), (Dovey et al., 2002).

Αυστραλοί ερευνητές μετά από μελέτες οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι τα κύρια αίτια των σφαλμάτων ήταν: Αποτυχία στην τεχνική απόδοση (35%), αδυναμία για κατάλληλη δράση με βάση τις διαθέσιμες πληροφορίες (16%), αδυναμία εφαρμογής έρευνας ή συμβουλής 12% και ελλιπής φροντίδα και προσοχή προς τον ασθενή 11%. Τα σφάλματα που οφείλονται σε έλλειψη γνώσεων θεωρούνται ότι συμβάλλουν στο 57% των ανεπιθύμητων ενεργειών (Neale et al., 2001).

Σύμφωνα με τους Πολλάλη και συν (2012) οι αιτίες των ιατρικών σφαλμάτων είναι:

- Η πολυπλοκότητα των Συστημάτων υγείας καθώς και της παροχής φροντίδας
- Η έλλειψη χρόνου και ο φόρτος εργασίας
- Η όχι καλή πληροφόρηση από τους ασθενείς για συνυπάρχουσες ασθένειες ύπαρξη αλλεργιών και λοιπά
- Έλλειψη ενημέρωσης για πρόσφατες παρενέργειες φαρμάκων
- Όχι σωστή χρήση των ιατρικών σκευασμάτων
- Μη καλή επικοινωνία και συνεννόηση για τη φαρμακευτική αγωγή, λόγω της ανάγνωσης των οδηγιών, παρόμοια ονοματολογία φαρμάκων, μη καλό υπολογισμό δοσολογίας και μη χρήση σωστού μετρικού συστήματος.
- Μη σωστή σήμανση των ιατρικών σκευασμάτων και
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως θόρυβοι, φωτισμός, ζέστη και οι διακοπές που συμβάλλουν στη μειωμένη προσοχή του προσωπικού

Οι πιο συχνοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση σφαλμάτων οφείλονται στη φύση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης κυριότερο χαρακτηριστικό του οποίου είναι η πολύπλοκη οργανωτική δομή καθώς και πολύπλοκη λειτουργία, στην πολυπλοκότητα της ιατρικής επιστήμης καθώς και στα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης.

2.5.3. Παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης

Το 1984 ο κοινωνιολόγος Charles Perrow διατύπωσε για πρώτη φορά τη θεωρία των φυσικών ατυχημάτων σύμφωνα με την οποία τα ατυχήματα είναι αναπόφευκτα και επομένως είναι φυσική η εμφάνισή τους διότι αποτελούν χαρακτηριστικά των πολύπλοκων συστημάτων. Όσο πιο περίπλοκο είναι ένα σύστημα και όσο η δέσμη των επιμέρους στοιχείων του συστήματος είναι ισχυρή τόσο πιο απρόβλεπτες είναι οι συνέπειες για κάποιο πιθανό σφάλμα. Η θεωρία του Perrow υποστηρίχθηκε επίσης από τον Reason το 1990 ο οποίος ισχυρίστηκε ότι τα πολύπλοκα συστήματα εγκυμονούν δυσμενείς εξελίξεις. Για αυτό το λόγο και τα πολύπλοκα συστήματα εμφανίζουν πολλαπλές μεθόδους ανίχνευσης και καταγραφής σφαλμάτων. Ένας Επίσης καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση λαθών στον τομέα της φροντίδας υγείας είναι η χρήση της τεχνολογίας. Πολύ συχνά προκύπτουν προβλήματα από την αλληλεπίδραση ανθρώπου και τεχνολογίας, την ανεπάρκεια και την κακή συντήρηση του τεχνολογικού εξοπλισμού καθώς τις ελλειπείς γνώσεις και εμπειρία του προσωπικού σχετικά με αυτή.

2.5.4. Παράγοντες που σχετίζονται με τον ανθρώπινο χαρακτήρα των επαγγελματιών του τομέα υγείας

Τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη είναι ανθρώπινα σφάλματα τα οποία διαπράττονται κυρίως από γιατρούς και νοσηλευτές μέσα στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Επειδή η νοημοσύνη του ανθρώπου δεν είναι αλάνθαστη έτσι και οι ενέργειες και οι πράξεις του πολλές φορές συνοδεύονται από λάθη. Οι αιτίες που σχετίζονται με τον ανθρώπινο παράγοντα και που συμβάλλουν στην εμφάνιση σφαλμάτων στις υπηρεσίες υγείας είναι οι εξής:

- *Επαγγελματική εξουθένωση*
- *Φόρτος εργασίας*

- Έλλειψη γνώσης και εμπειρίας
- Δυσκολίες επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας

2.5.5. Παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση της ιατρικής επιστήμης

Πέρα από τους παράγοντες σφαλμάτων που έχουν σχέση με το σύστημα περίθαλψης και αυτές που έχουν να κάνουν με την ανθρώπινη υπόσταση υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζονται από την πολυπλοκότητα των επιστημών υγείας. Κάθε παρέμβαση επιδρά στη σωματική ακεραιότητα και λειτουργία ενώ ταυτόχρονα επενεργεί στην προσωπικότητα και την ιδιωτικότητα του ασθενούς. Κάθε ιατρική ή νοσηλευτική παρέμβαση δυνητικά μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς με την εμφάνιση σφαλμάτων τα οποία μπορεί να συμβούν με βάση το νόμο των πιθανοτήτων. Ως εμπειρικές επιστήμες η Ιατρική και Νοσηλευτική ενέχουν τον παράγοντα της αβεβαιότητας σε κάθε στάδιο της εφαρμογής τους(πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και έρευνα). Οι ελλείψεις γνώσεις και η εκπαίδευση των ασθενών και των οικείων τους σχετικά με τα όρια και τις δυνατότητες της επιστήμης, κυρίως σε απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή τους, ευνοεί την εμφάνιση σφαλμάτων (Karaki & Souliotis, 2018).

2.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Τα ιατρικά σφάλματα είναι δυνατόν να εμφανιστούν τόσο στη διάγνωση όσο στη θεραπεία και στις ενέργειες πρόληψης. Όσον αφορά τη διάγνωση το ιατρικό σφάλμα μπορεί να συμβεί λόγω λανθασμένης ή μη έγκαιρης διάγνωσης, αποτυχία εφαρμογής του ενδεδειγμένου εργαστηριακού ελέγχου, χρήση παρωχημένων εργαστηριακών τεχνικών και θεραπειών, αδυναμία δράσης πάνω στα αποτελέσματα του εργαστηριακών ελέγχων ή του monitoring. Στη φάση της θεραπείας παρουσιάζονται λάθη κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης, μιας παρέμβασης ή στις διαγνωστικές εξετάσεις, στη δοσολογία ή στον τρόπο χορήγησης ενός φαρμάκου, αποφυγή ή καθυστέρηση έναρξης μιας θεραπείας ή απάντησης σε μη φυσιολογικά αποτελέσματα εξετάσεων, τέλος εφαρμογή μη ενδεδειγμένης θεραπείας. Στη διαδικασία της πρόληψης σφάλματα παρουσιάζονται κατά τη μη παροχή κατάλληλης

προληπτικής θεραπείας καθώς κατά την μη σωστή παρακολούθηση τόσο προληπτικά όσο και μετά τη νοσηλεία του ασθενούς. Επίσης σφάλματα εμφανίζονται κατά την κακή επικοινωνία την ύπαρξη μη επαρκούς εξοπλισμού καθώς και σε αποτυχίες του συστήματος (Leape et al.,1993), (Raveendra, 2017).

Το Ιατρικό σφάλμα μπορεί επίσης να κατηγοριοποιηθεί με βάση τις συνέπειες και τη βαρύτητα τους για τον ασθενή κατά την εφαρμογή της φροντίδας υγείας

- Κατηγορία A: ενέργειες ή γεγονότα τα οποία δυνητικά μπορεί να προκαλέσουν Ιατρικό σφάλμα
- Κατηγορία B: ένα ιατρικό σφάλμα του οποίου η εμφάνιση δεν προκάλεσε ζημιά στον ασθενή
- Κατηγορία C: το Ιατρικό σφάλμα το οποίο υπέστη ο ασθενής αλλά τελικά δεν προκάλεσε ζημιά Στην υγεία του
- Κατηγορία D: το Ιατρικό σφάλμα το οποίο προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι δεν προκάλεσε κάποια βλάβη στον ασθενή χρειάστηκε παράταση νοσηλείας, παρακολούθηση ή παρέμβαση
- Κατηγορία E: Ιατρικό σφάλμα το οποίο προκάλεσε σχετικά μικρής έκτασης βλάβη στον ασθενή και χρειάστηκε ιατρική παρέμβαση.
- Κατηγορία F: σπάνιο που προκάλεσε προσωρινή βλάβη και οδήγησε σε νοσηλεία ή παράταση της νοσηλείας.
- Κατηγορία G: Ιατρικό σφάλμα το οποίο προκάλεσε μόνιμη αναπηρία στον ασθενή (Πολλάλης και συν, 2012).

Ο καθηγητής James Reason χώρισέ τα λάθη σε δύο κατηγορίες τα ατομικά λάθη και τα οργανωτικά .Οι διαφορές τους φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Τα ατομικά σφάλματα προκαλούνται από ένα συγκεκριμένο άτομο ή μία μικρή ομάδα ατόμων. Η ζημιά για τα άτομα που αφορούν δηλαδή τους ασθενείς μπορεί να είναι μεγάλη αλλά η διάδοση τους είναι μικρή. Αντίθετα τα οργανωτικά σφάλματα συμβαίνουν σε συστήματα ή υποσυστήματα. οι αιτίες τους είναι πολλές εμπλέκονται πολλά άτομα μέσα στα διάφορα επίπεδα του οργανισμού. Παρόλο που τα οργανωτικά λάθη είναι σχετικά σπάνια μπορεί να έχουν δυσμενείς συνέπειες ακόμα και σε μη εμπλεκόμενους πληθυσμούς, περιουσιακά στοιχεία και στο περιβάλλον.

Πίνακας 3: Διαφορές Ατομικών και Οργανωτικών Λαθών

Ατομικά Ατυχήματα	Οργανωσιακά Ατυχήματα
Συχνά	Σπάνια
Περιορισμένες συνέπειες	Ευρύτερες συνέπειες
Λίγες ή καθόλου άμυνες	Πολλές άμυνες
Περιορισμένα αίτια	Πολλαπλά αίτια
Λάθη και παραλείψεις	Προϊόντα της νέας τεχνολογίας
Μικρό ιστορικό	Μεγάλο ιστορικό

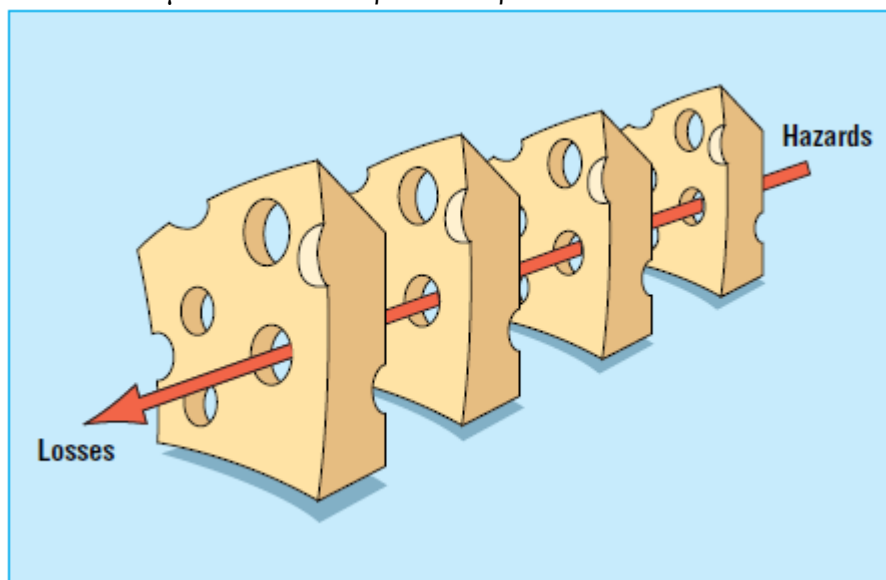
Πηγή: (Reason, 1998).

Ενώ ο χαρακτήρας (όχι όμως η συχνότητα) των ατομικών ατυχημάτων παρέμεινε σταθερή με την πάροδο των χρόνων, τα οργανωτικά ατυχήματα είναι αποτέλεσμα της τεχνολογικής εξέλιξης που έχουν μεταλλάξει σημαντικά τη σχέση μεταξύ συστημάτων κι ανθρώπων. Η πιο σημαντική διαφορά μεταξύ ατομικών και οργανωτικών ατυχημάτων εντοπίζεται στην ποιότητα και στην πληθώρα των αμυντικών μέσων των φραγμών και των διασφαλίσεων που προστατεύουν τους ανθρώπους τις υποδομές από διάφορους κινδύνους. Ατομικά ατυχήματα είναι δυνατόν να συμβούν σε περιπτώσεις όπου οι κίνδυνοι βρίσκονται πλησίον των ανθρώπων και οι άμυνες είναι αδύναμες οι ανύπαρκτες. Τα οργανωτικά ατυχήματα από την άλλη πλευρά εμφανίζονται σε πολύπλοκα συστήματα με εκτενή αμυντικά μέσα και προστατευτικά μέτρα με μεγάλη ποικιλομορφία (Reason, 1998).

Ένας τρόπος εξήγησης της εμφάνισης ατυχήματος ατομικού και κυρίως οργανωτικού ατυχήματος είναι η θεωρία του «Ελβετικού τυριού». Κάθε φέτα τυριού συμβολίζει και ένα στρώμα άμυνας μεταξύ των τοπικών κινδύνων και των πιθανών απωλειών (Reason, 1998). Σε ιδανικές συνθήκες κάθε στρώμα άμυνας θα πρέπει να είναι άθικτο και συμπαγές. Σε πραγματικές συνθήκες όμως τα στρώματα άμυνας προσομοιάζουν με φέτες ελβετικού τυριού, τα οποία έχουν πολλές τρύπες. Η διαφορά με το ελβετικό Τυρί όμως είναι ότι τρύπες ανοιγοκλείνουν και αλλάζουν συνεχώς θέση. Οι οπές σε κάθε φέτα από μόνες τους δεν προκαλούν κάποιο ατύχημα ή κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν. Για να συμβεί αυτό θα πρέπει οι τρύπες που βρίσκονται σε διάφορα στρώματα άμυνας να ευθυγραμμιστούν και να επιτρέψουν την εμφάνισή του

κινδύνου όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα όπου απεικονίζεται το μοντέλο ελβετικού τυριού σχετικά με το πως γραμμές άμυνας, εμπόδια και περιφρούρηση διαπερνούνται από την τροχιά ατυχήματος (Reason , 2000).

Εικόνα 2 το μοντέλο του «ελβετικού τυριού»



(Πηγή: Reason, 2000).

Οι οπές που εμφανίζονται στις γραμμές άμυνας είναι αποτέλεσμα δύο συνθηκών: ενεργείς αποτυχίες και οι λανθάνουσες συνθήκες.

Οι ενεργείς αποτυχίες είναι μη ασφαλής παρεμβάσεις που γίνονται από άτομα που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή φροντίδας του ασθενή ή βρίσκονται σε άμεση επαφή με το σύστημα. Εμφανίζονται με τη μορφή σφαλμάτων, παραλείψεων, ανατροπών, λαθών και παραβίασης των συστημάτων ασφαλείας. Η επίδραση των ενεργών αποτυχιών είναι άμεσες και έχουν συνήθως βραχείες επιπτώσεις στα συστήματα άμυνας

Οι λανθάνουσες συνθήκες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «παθογόνοι κάτοικοι» στο σύστημα. Είναι αποτέλεσμα αποφάσεων της διοίκησης, των σχεδιαστών των συστημάτων ασφαλείας και των διαδικασιών. Οι λανθάνουσες συνθήκες μπορούν να εμφανιστούν με δύο μορφές: πρώτον με τη μορφή συνθηκών που προκαλούν λάθη και παραβλέψεις σε τοπικό επίπεδο παραδείγματος χάρη μεγάλος φόρτος εργασίας, η απειρία, μη επαρκής εξοπλισμός, και δεύτερον μπορεί να προκαλέσουν μακροχρόνιες οπές ή αδυναμίες στις άμυνες, παραδείγματος χάρη, μη κατάλληλοι συναγερμοί, οι μη σωστές διαδικασίες και σχεδιαστικές ή κατασκευαστικές ελλείψεις (Reason, 2000).

2.7 ΠΡΟΛΗΨΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με το Ieare το 2002: “τα λάθη δεν είναι ασθένεια είναι το σύμπτωμα της νόσου” και θα πρέπει να προσδιορίζονται οι ρίζες του προβλήματος. Σε πολλές περιπτώσεις τα βαθύτερα αίτια του προβλήματος μπορεί να εντοπιστούν τα συστήματα διαχείρισης ή σε λειτουργίες όπου η οργάνωση του συστήματος, η εκπαίδευση και τοποθέτηση των εργαζομένων στο σύστημα είναι εσφαλμένη και ανεπαρκής. Οι Deming (1984) και Juran(1989)εξέφρασαν την άποψη ότι το 85% όλων των σφαλμάτων που εμφανίζονται στους οργανισμούς αποτελούν “σύστημα” ή σφάλμα διαχείρισης και το υπόλοιπο 15% μπορεί να αποφευχθεί αν το σύστημα οργανωθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να προλαμβάνεται η εμφάνιση αυτών των λαθών. Συνεπώς η ανθρώπινη συμβολή στη πρόληψη σφαλμάτων είναι πολύ σημαντική αν τα άτομα έχουν εκπαιδευτεί σωστά και κατάλληλα και τοποθετούνται σε κατάλληλο περιβάλλον ανάλογα με τις ικανότητες και τις δυνατότητές τους (Al-Assaf et al., 2003).

Έτσι για την πρόληψη των Ιατρικών σφαλμάτων προτείνεται:

- Δημιουργία εθνικής ατζέντας με επικέντρωση στην ενίσχυση της ασφάλειας της Ιατρικής πρακτικής μέσω της ηγεσίας με τη χρήση πρωτοκόλλων, εργαλείων και έρευνας
- Εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος αναφοράς σφαλμάτων τόσο σε εθελοντικό επίπεδο όσο και υποχρεωτικά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
- Εφαρμογή ασφαλών πρακτικών κατά την παροχή φροντίδας
- Αύξηση των προτύπων και των προσωπικών όσον αφορά την απόδοση για βελτίωση της ασφάλειας
- Αποφυγή απόδοσης ευθυνών και ντροπής και ενθάρρυνση του προσωπικού για εθελοντική αναφορά σφαλμάτων
- Παροχή επαρκούς νομικής προστασίας στους επαγγελματίες υγείας και αποφυγή αμυντικής άσκησης της ιατρικής και νοσηλευτικής
- Αναφορά των παρ ολίγον λαθών “near misses” των οποίων η συχνότητα είναι 300 φορές μεγαλύτερη από δυσμενή συμβάντα τα οποία μπορούν να προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες όσον αφορά την πρόληψη σφαλμάτων

- Ένταξη ηθικών ζητημάτων αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων στα προγράμματα σπουδών
- Υιοθέτηση ανώνυμου συστήματος αναφορών και ανατροφοδότησης για προστασία των επαγγελματιών από νομικούς κινδύνους και προστασίας της καριέρας τους
- Ενθάρρυνση ενδομηματικών ιατρικών περιοδικών ελέγχων, όσον αφορά τη νοσηρότητα και τη θνητότητα καθώς και ενθάρρυνση της ανωνυμίας και του επαγγελματισμού
- Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα θα πρέπει σχηματίζουν επιτροπές οι οποίες θα παίρνουν αποφάσεις σχετικά με τα ιατρικά λάθη καθώς και τον τρόπο διόρθωσής τους εντός του εργασιακού περιβάλλοντος
- Ανάπτυξη επιστημονικών επιτροπών με σκοπό το σχεδιασμό της περίθαλψης ασθενών υψηλού κινδύνου
- Ενεργό συμμετοχή όλων των επαγγελματιών σε προγράμματα κατάρτισης και σπουδών πάνω στην ασφάλεια των ασθενών
- Οι επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής δεν θα πρέπει να επιφορτίζονται με Καθημερινές και διοικητικές υποθέσεις ποιο νοσοκομείο όπως διαχείριση κρεβατιών προμήθεια υλικών και φαρμάκων (Leape et al.,1998), (Raveendra, 2017), (Barach & Small, 2000).

2.8.Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Το Ινστιτούτο ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών (IOM) στην αναφορά “The err is Human” κάλεσε τον επιστημονικό κόσμο να δοκιμάσει και να αναπτύξει νέες τεχνολογίες για την μείωση του ιατρικού σφάλματος. Και σε επόμενη έκθεση του το 2001 με τίτλο “crossing the quality chiasm” Κάλεσε για χρήση της πληροφορικής ως μέσο για τη μετατροπή της Υγειονομικής περίθαλψης σε ένα περιβάλλον ποιοτικότερο και ασφαλέστερο

Η τεχνολογία πληροφορικής της υγείας ορίζεται ως «η εφαρμογή και επεξεργασία πληροφοριών που αφορούν τόσο το *hardware* όσο και το *software* του υπολογιστή που ασχολείται με τη αποθήκευση, ανάκτηση, διαμοιρασμό και χρήση των πληροφοριών για την υγεία των δεδομένων γνώσεων για επικοινωνία και λήψη αποφάσεων» (Brailer, 2004).

Η χρήση της τεχνολογίας των πληροφοριών στην στον τομέα της υγείας παρέχει τη δυνατότητα βελτίωσης της υγειονομικής περίθαλψης αφού συμβάλλει στη μείωση των ανθρώπινων λαθών στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων καθώς διευκολύνει το συντονισμό της φροντίδας υγείας. Από την αρχική έκθεση του Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) υπήρξε ραγδαία ανάπτυξη και υιοθέτηση της τεχνολογίας των πληροφοριών για την υγεία, η οποία βελτίωσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια σε πολλά επίπεδα (Alotaibi & Federico, 2017).

Οι κυριότερες εφαρμογές που χρησιμοποιούνται τη χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών είναι οι ακόλουθες

- Ηλεκτρονικά εισηγμένες ιατρικές εντολές (Computerized physician order entry) (CPOE). Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το σύστημα υποστήριξης κλινικής απόφασης και λειτουργούν ως εργαλεία πρόληψης σφαλμάτων μέσω καθοδήγησης των ιατρών σχετικά με την δοσολογία την οδό χορήγησης και τη συχνότητα
- Σύστημα υποστήριξης κλινικής απόφασης (Clinical decision support) Συμβάλλει στην βελτίωση της τήρησης των διαδικασιών Στις παραγγελίες φαρμάκων στους εμβολιασμούς στην παραγγελία παρακλινικών εξετάσεων καθώς και στα αποτελέσματα
- Ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- Σύστημα γραμμωτού κώδικα διαχείρισης φαρμακευτικής αγωγής (Barcode medication administration). Συντελεί στη μείωση των σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και των ανεπιθύμητων ενεργειών καθώς και στη μείωση λανθασμένων δειγμάτων προς το εργαστήριο
- Έξυπνες ηλεκτρονικές αντλίες. Ενδέχεται να μειώσουν τα σφάλματα προγραμματισμού αλλά δεν τα εξαλείφουν
- Τεχνολογία αυτόματης διανομής φαρμακευτικής αγωγής (Automated medication dispensing technology). Συντελούν στη μείωση των σφαλμάτων της φαρμακευτικής αγωγής κυρίως σε μονάδες εντατικής θεραπείας

- Radiofrequency Identification systems (RFID). Βοηθούν στην καταμέτρηση και το εντοπισμό χειρουργικών εργαλείων και συσκευών για την αποφυγή λαθών
- Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς (Patient electronic portals). Συμβάλλει στη μείωση των λαθών κατά τη φαρμακευτική αγωγή καθώς και στην εμφάνιση ανεπιθύμητων αντιδράσεων στα φάρμακα, βελτιώνουν την εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών δεν έχουν σημαντική συμβολή στην θνητότητα
- Τηλεϊατρική (Telemedicine-Telemonitoring). Βελτιώνουν τα κλινικά αποτελέσματα για ασθενείς με σοβαρές χρόνιες ασθένειες, δεν υπάρχουν στοιχεία σχετικά με τη συμβολή τους στην ασφάλεια των ασθενών
- Ηλεκτρονική αναφορά συμβάντων Electronic incident reporting. Συμβάλλουν στη σημαντική αύξηση της συχνότητας αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Alotaibi & Federico, 2017), (Institute of Medicine, 2007).

2.9 ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η αναφορά “To Err is Human” του IOM εισήγαγε προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με αυτή κεφαλαιώδους σημασίας πραγματοποίηση βελτιώσεων αποτελούν κατάλληλη και εμπνευσμένη ηγεσία, προτεραιότητα σε θέματα ασφάλειας τελικά θέση των απαραίτητων πόρων.

Το Ινστιτούτο ιατρικής (IOM) των Ηνωμένων Πολιτειών έχει εκπονήσει σχέδιο δράσης για την ασφάλεια των ασθενών. Κύριοι άξονες του συγκεκριμένου σχεδίου ήταν η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών για τη μείωση των σφαλμάτων, η διενέργεια προγραμμάτων αναφοράς σφαλμάτων και ελέγχου ασφαλείας, η σύσταση επιτροπών από ερευνητές διαφόρων ειδικοτήτων που θα εντοπίζουν αιτίες σφαλμάτων και θα συμβάλλουν στη βελτίωση της γνώσης (Μοιρασγεντή και συν, 2018). Συγκεκριμένα οι συστάσεις που περιέχονται σε αυτή την αναφορά παρουσιάζονται σε μία τετραπλή προσέγγιση:

- Καθορισμός Εθνικού στόχου για τη δημιουργία κατάλληλης ηγεσίας, έρευνας, εργαλείων και μεθόδων, πρωτόκολλο για την ενίσχυση των γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια
- Προσπάθεια δημιουργίας υποχρεωτικών συστημάτων αναφορών και εκθέσεων σχετικά με τα λάθη καθώς και ενθάρρυνση εθελοντικών αναφορών

με σκοπό τον εντοπισμό αλλά και τη μάθηση από τα λάθη ούτως ώστε να διασφαλιστεί ότι το σύστημα θα γίνει ασφαλέστερο για τις ασθένειες.

- Ανάπτυξη προτύπων αλλά και προσδοκιών για βελτιώσεις στην ασφάλεια μέσω δράσεων των εποπτευόντων οργανισμών, των ασφαλιστικών ταμείων, και των επαγγελματικών οργανώσεων
- Δημιουργία και ανάπτυξη συστημάτων ασφαλείας εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μέσω εφαρμογής πρακτικών ασφαλείας στην πρώτη γραμμή. Αυτό αποτελεί και τον τελικό στόχο όλων των παραπάνω συστάσεων (Kohn et al.,1999).

Το υπουργείο υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου έδωσε προτεραιότητα στην ασφάλεια του ασθενούς εκδίδοντας αναφορά με τίτλο πρότυπα για τη βελτίωση της ασφάλειας. στόχος αυτών των προτύπων είναι η βελτίωση της επιθεώρησης και ο έλεγχος των υπηρεσιών του Εθνικού συστήματος υγείας δίνοντας έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών. Η Εθνική Εταιρεία ασφαλείας ασθενών του Ηνωμένου Βασιλείου (National Patient Safety Agency) NPSA εξέδωσε συμβουλές προς το προσωπικό οι οποίες συνοψίζονται σε επτά βήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. τα βήματα αυτά είναι: δημιουργία κουλτούρας ασφαλείας, καθοδήγηση και στήριξη του προσωπικού, ενσωμάτωση δραστηριοτήτων διαχείρισης κινδύνου, προώθηση και ενθάρρυνση αναφορών, συμμετοχή των ασθενών και καλή επικοινωνία μαζί τους, εκπαίδευση και διαμοιρασμό γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια, και εφαρμογή λύσεων για την πρόληψη της βλάβης (NPSA, 2005a), (Milligan, 2007), (Berwick, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Ποια η σημασία της λέξης «κουλτούρα»; Ο MacLachlan το 2006 ανέφερε ότι η λέξη αυτή έχει τύχει ευρείας χρήσης ώστε η έννοια της να έχει διαφορετική σημασία από μία κατάσταση σε άλλη. Οι Kroeber και Kluckhohn το 1952 ανακάλυψαν τουλάχιστον 150 ορισμούς της λέξης «κουλτούρα». Από τότε έχει επιτευχθεί μικρή συναίνεση για το τι σημαίνει αυτός ο όρος. Ενώ ο MacLachlan εξέφρασε την άποψη ότι η «κουλτούρα» αναφέρεται σε ένα σύνολο οδηγιών και κατευθύνσεων για τη ζωή (Carney, 2011).

Ο όρος κουλτούρα έλκει την καταγωγή του από τη λατινική γλώσσα, αρχικά αναφερόταν στην καλλιέργεια της γης και σημαίνει από ετυμολογική σκοπιά την παραγωγή και την ανάπτυξη. Ο αναγνωρισμένος κοινωνιολόγος Raymond Williams, όπως αναφέρεται στον Παπαγεωργίου (2011), εξέφρασε την άποψη ότι η έννοια «κουλτούρα» προήλθε από τον πρωτογενή τομέα από τη διαδικασία καλλιέργειας και φροντίδας της αγροτικής και κτηνοτροφικής παραγωγής από τους γεωργούς και κτηνοτρόφους. Έτσι μεταφορικά η κουλτούρα έχει την έννοια: «επικοινωνία που διαμορφώνει τους ανθρώπους μέσα από την οικογένεια, την κοινότητα, τα εκπαιδευτικά συστήματα και τη θρησκεία, όπως ακριβώς οι αγρότες και κτηνοτρόφοι φροντίζουν τις σοδειές και τα ζώα μέσα το όργωμα, τη σπορά, το κλάδεμα, το τάισμα, και τη βοσκή» (Hatch, 1997).

Ένας ορισμός της κουλτούρας δόθηκε από τον Hofstede το 1991 ο οποίος αναφέρει ότι: «Η κουλτούρα μπορεί να οριστεί ως ο συλλογικός προγραμματισμός του νου που διακρίνει το μέλος μιας κατηγορίας ανθρώπων από τους άλλους»

Οργανωσιακή κουλτούρα υιοθετήθηκε με συστηματικό τρόπο στα τέλη της δεκαετίας του 1970 στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Στις επόμενες δεκαετίες πολλοί υποστήριξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ίσως ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία για την οργανωτική επιτυχία (Alvesson & Sveningsson, 2007). Την ίδια περίοδο εκδόθηκε σημαντικός αριθμός βιβλίων, σχετικά με τη διοίκηση ο οποίος

είχε σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη και στη μετάδοση της ιδέας ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα θεμελιώδη παράγοντα που επηρεάζει την εργασιακή απόδοση και πιο συγκεκριμένα την χρηματοοικονομική απόδοση, την εργασιακή ικανοποίηση των υπαλλήλων των πελατών καθώς συμβάλλει στην ανάπτυξη και στην καινοτομία (Καστανιώτης και συν, 2011).

Η οργανωσιακή- εταιρική κουλτούρα είναι οι αξίες, τα πιστεύω, σημασίες και έννοιες, αρχές, άγραφοι κανόνες τους οποίους έχουν ενστερνιστεί οι άνθρωποι, και καθορίζουν τον τρόπο που σκέφτονται, τους κανόνες συμπεριφοράς ως προς τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους, τους πελάτες, τους μετόχους μιας επιχείρησης, τους ανταγωνιστές, τα προϊόντα, την ποιότητα και ότι άλλο σχετίζεται με την επιχείρηση, το περιβάλλον και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις. Η εταιρική κουλτούρα μπορεί να καθορίσει ακόμα και τον ενδυματολογικό κώδικα των ανθρώπων, τον τρόπο διαμόρφωσης των κτιρίων, την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων, το ποιοι έχουν προτεραιότητα στο ασανσέρ κλπ. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ένα κοινωνικό πλαίσιο αναφοράς, που αφορά όλους τους ανθρώπους στις επιχειρήσεις σχετικά με τις αποφάσεις που λαμβάνονται από άτομα ή ομάδες. Θα μπορούσαμε λοιπόν να την παρομοιάσουμε με το λογισμικό - software ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η λειτουργία του ηλεκτρονικού υπολογιστή δεν είναι αποτέλεσμα μόνο των μηχανικών μερών του (Hardware) αλλά και του λογισμικού του το software. Έτσι και οργανωσιακή κουλτούρα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν ένα κοινό νοητικό προγραμματισμό(λογισμικό - software) για τα μέλη ενός οργανισμού. Βασικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας στην General Electric είναι η διαρκής βελτίωση και μάθηση, η ταχύτητα, η εύκολη επικοινωνία μεταξύ των οργανωτικών μονάδων και ιεραρχικών επιπέδων και λοιπά. Στην αεροπορική εταιρεία southwest Airlines βασικά στοιχεία της κουλτούρας είναι η έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα, η χαλαρή και ευχάριστη ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας, το χαμηλό κόστος σε συνδυασμό με ποιότητα εξυπηρέτησης. Στην 3M, κύριο συστατικό της κουλτούρας είναι η καινοτομία και ανάπτυξη νέων λύσεων. Εδώ πρέπει να επισημανθεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα δεν σχετίζεται με τα ατομικά και προσωπικά βιωματικά στοιχεία όπως αξίες, θρησκευτικά και πολιτικά πιστεύω αλλά αξίες και αρχές που έχουν να κάνουν με τον οργανισμό που υπηρετεί κάποιος τη λειτουργία του και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του (Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2016).

Ο Schein το 1980 ανέπτυξε ένα περιεκτικό ορισμό για την οργανωσιακή κουλτούρα. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό οργανωσιακή κουλτούρα είναι « ένα σχέδιο των βασικών υποθέσεων στις οποίες μία ομάδα έχει εφεύρει, ανακαλύψει ή αναπτύξει, για να μάθει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της εξωτερικής προσαρμογής και της εσωτερικής ολοκλήρωσης και έχουν λειτουργήσει αρκετά καλά ώστε να θεωρούνται έγκυρες και, επομένως , να διδαχθούν στα νέα μέλη ως σωστός τρόπος να αντιλαμβάνονται να σκέφτονται την αισθάνονται σε σχέση με εκείνα τα προβλήματα» (Schein, 1990).

Οι Blake και Mouton 1969 καθόρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως «τους συνηθισμένους τρόπους με τους οποίους γίνονται τα πράγματα και οι άνθρωποι τους δέχονται και ζουν με αυτούς» Οι τρόποι αυτοί μπορούν να ενθαρρύνουν ή να αποθαρρύνουν τα μέλη ενός οργανισμού από την εφαρμογή μιας μεγάλης προσπάθειας προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι. Από αυτά συμπεραίνουμε ότι ορισμοί της κουλτούρας αποτελούν ένα σύστημα κοινών αξιών και πεποιθήσεων, από το οποίο προέρχονται οι κανόνες συμπεριφοράς οι οποίοι επιβάλλουν έναν οργανωτικό τρόπο ζωής (Πολύζος, 2014).

3.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η ρήση “primum non nocere” πρωτίστως να μη βλάψουμε καθώς και το “ωφελείειν μη βλάπτειν” είναι η βασική επιδίωξη της Ιατρικής επιστήμης. Οι Έλληνες ανέφεραν «το σφάλλιν ανθρώπινον» χιλιετίες πριν από την αναφορά του Ινστιτούτου ιατρικής ΙΟΜ των Ηνωμένων Πολιτειών, “ to Err is human”: Building Safer Health Systems (Kohn et al., 2000).

Τα ιατρικά σφάλματα επιφέρουν σοβαρές βλάβες στους ασθενείς, ως αποτέλεσμα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία δεν παρέχουν επαρκή προστασία στους ασθενείς. Αυτά τα μη αξιόπιστα συστήματα, εμφανίζουν φτωχά αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας, και τα οποία αποτελούν μία πρόκληση για τη βιομηχανία παροχής υπηρεσιών υγείας, σε σχέση με τη βελτίωση τους (Page, 2004).

Σύμφωνα με μελέτες υπάρχει μία ανησυχία σε παγκόσμιο επίπεδο για αυτή την κατάσταση καθώς πολλές αναφορές καταδεικνύουν τη λήψη κακής ποιότητας φροντίδας από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της περίθαλψής τους. Επίσης στοιχεία από μελέτες έχουν δείξει ότι τα ανεπαρκή συστήματα παροχής φροντίδας, οι όχι σωστές διαδικασίες, τα ανεπαρκή και ακατάλληλα σχεδιασμένα περιβάλλοντα εργασίας, η έλλειψη κατάρτισης, και οι μη σωστοί τρόποι διαχείρισης οδηγούν σε φτωχά αποτελέσματα όσον αφορά την έκβαση των ασθενών (Palmieri et al., 2010).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής ΙΟΜ συνιστά στους οργανισμούς παροχής φροντίδας να υιοθετήσουν κουλτούρες ασφαλείας, με σκοπό τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας και οι διαδικασίες να εναρμονίζονται με τις απαιτήσεις του ανθρώπινου δυναμικού “ για βελτίωση της αξιοπιστίας και της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών” (Kohn et al., 2000).

Η Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHOs) έθεσε στις ηγεσίες των νοσοκομείων τα πρότυπα ενθαρρύνοντας τους να υιοθετήσουν κουλτούρα τέτοια που να ενθαρρύνει τους εργαζομένους να εντοπίζουν τα λάθη πριν αυτά προκύψουν (Mustard, 2002).

Η πρώτη αναφορά του όρου «κουλτούρα ασφαλείας» έγινε από τους ερευνητές της Διεθνούς Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας (ΙΑΕΑ), μετά το καταστροφικό ατύχημα στο Τσερνομπίλ, προκειμένου να ταξινομηθούν τα πολλαπλής φύσεως οργανωτικά ελλείμματα που οδήγησαν την εμφάνιση του σοβαρότερου πυρηνικού ατυχήματος της ιστορίας. Ο όρος «Κακή κουλτούρα ασφαλείας» σηματοδότησε την προσοχή της διοίκησης σε θέματα ασφαλείας καθώς και τις ανεπαρκείς συμπεριφορές στην προώθηση και εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας (ΙΑΕΑ, 1986). Πέραν του συμβάντος αυτού στο χώρο της πυρηνικής βιομηχανίας, και ο χώρος της βιομηχανίας αερομεταφορών, κατέβαλε και καταβάλει προσπάθειες για την επίτευξη καλύτερων επιδόσεων των πληρωμάτων των αεροπλάνων, λόγω ανησυχιών που σχετίζονται με την κουλτούρα ασφαλείας, και κυρίως σε θέματα που αφορούν στάσεις και συμπεριφορές ως πεδίο διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (Palmieri et al, 2010), (Feng et al, 2008).

Η έννοια της κουλτούρας αναπτύσσεται λεπτομερώς στην έκθεση της Διεθνούς Συμβουλευτικής Ομάδας για την Πυρηνική Ασφάλεια (INSAG-4) του Διεθνούς Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας (ΙΑΕΑ). Στην οποία η κουλτούρα ασφαλείας ορίζεται ως: «*Η σύνθεση των χαρακτηριστικών και των στάσεων σε οργανισμούς και άτομα, η οποία καθιερώνει ως υπέρτατη προτεραιότητα, τα ζητήματα ασφαλείας των*

πυρηνικών εργοστασίων τα οποία πρέπει να λαμβάνουν προσοχή αντάξια της σημαντικότητας τους» Ο ορισμός αυτός επικεντρώνεται σε δύο σημαντικά ζητήματα:

1) Η κουλτούρα ασφαλείας αφορά τόσο τις καλές αντιλήψεις όσον αφορά την ασφάλεια όσο και τη σωστή διαχείριση των θεμάτων ασφαλείας που έχει θεσπίσει ο οργανισμός και 2) Η θετική κουλτούρα ασφαλείας αποτελεί την αναγνώριση της ασφάλειας ως υψηλή προτεραιότητα (Choudhry et al., 2007).

Η εφαρμογή, στον τομέα της υγείας, της κουλτούρας ασφαλείας είναι υψίστης σημασίας καθώς η ασφάλεια δεν ισχύει μόνο για το προσωπικό αλλά και τους ασθενείς επειδή μπορούν να υποστούν βλάβες από τις παρεμβάσεις του υγειονομικού προσωπικού. Η κουλτούρα ασφαλείας ασθενών η οποία στηρίζεται στο «φταίξιμο και στην ντροπή» αποτελεί εμπόδιο στο ενδεχόμενο να «μάθουμε από τα λάθη μας» και είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό για την εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων (Feng et al, 2008). Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας ασφαλείας και των αποτελεσμάτων όσο αφορά την ασφάλεια ασθενών και επίσης αναφέρουν ότι η αλλαγή της κουλτούρας ασφαλείας ασθενών συμβάλλει στην βελτίωση της έκβασής τους. Το Ινστιτούτο Ιατρικής ΙΟΜ των Ηνωμένων Πολιτειών σε μία από τις συστάσεις του ανέφερε ότι η δημιουργία κουλτούρας ασφαλείας, καθώς και η διατήρηση της, συμβάλλει στη μετατροπή των εργασιακών συνθηκών προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση της ασφάλειας. Η σύγχρονη βιβλιογραφία στον τομέα της νοσηλευτικής αλλά και σε άλλες επιστήμες καταδεικνύει ότι η κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών είναι μία σχετικά νέα αλλά ταυτόχρονα πολύτιμη έννοια, της οποίας ορισμός δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς και απαιτείται επιπλέον διευκρίνιση και καθορισμό (Kohn et al., 2000).

Ο πιο ευρύτατα διαδεδομένος ορισμός της κουλτούρας ασφαλείας είναι ο ακόλουθος: *«Η κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού είναι το αποτέλεσμα των ατομικών και ομαδικών, αξιών, στάσεων, αντιλήψεων, των ικανοτήτων και των προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζουν τη δέσμευση, τη διαμόρφωση και την επάρκεια της διαχείρισης της υγιεινής και της ασφάλειας ενός οργανισμού. Οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφαλείας χαρακτηρίζονται από επικοινωνίες οι οποίες βασίζονται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, από κοινές αντιλήψεις για τη σημασία της ασφάλειας και την εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων»* (Human Engineering for the Health and Safety Executive, 2005). Ο παραπάνω ορισμός θα μπορούσε κάλλιστα να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (Nieva & Sorra, 2003). Ενώ ο Kizer

όρισε την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών ως: «ένα ολοκληρωμένο πρότυπο ατομικής και οργανωτικής συμπεριφοράς το οποίο βασίζεται σε κοινές πεποιθήσεις και αξίες και το οποίο επιδιώκει συνεχώς την ελαχιστοποίηση της εμφάνισης βλαβών στους ασθενείς οι οποίες μπορούν να προκύψουν από τη διαδικασία παροχής φροντίδας» (Hellings et al., 2010).

Από αυτό εξάγεται το συμπέρασμα ότι η επιτυχία όσον αφορά την επίτευξη ασφαλείας δεν είναι δυνατόν να συμβεί αν ο κάθε εργαζόμενος ατομικά δεν επωμιστεί την ευθύνη για την ασφάλεια και επίσης αν οι αξίες και οι συμπεριφορές δεν γίνουν κομμάτι του οργανισμού και δεν μεταδοθούν στις επόμενες γενιές εργαζομένων (Lee, 1998).

Μέρος της οργανωσιακής κουλτούρας, κυρίως στις βιομηχανίες υψηλού κινδύνου όπως πυρηνικά εργοστάσια αεροπορικές εταιρείες και η βιομηχανία υπηρεσιών υγείας, είναι η κουλτούρα ασφαλείας την οποία ο Reason το 2000 όρισε ως: «*Την ικανότητα των ατόμων ή των οργανισμών να αντιμετωπίζουν απειλές και κινδύνους με σκοπό να αποφευχθούν ζημιές ή απώλειες και να επιτευχθούν οι στόχοι της επιχείρησης*». Ενώ σε έναν άλλον ορισμό οι αξίες και οι πεποιθήσεις οι οποίες αφορούν την υγεία και την ασφάλεια αποτελούν μία υποκουλτούρα της οργανωσιακής κουλτούρας (Parker et al., 2006).

Η Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου πρότεινε στις διοικήσεις των νοσοκομείων και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας να προχωρήσουν στην ανάπτυξη και υιοθέτηση μιας “θετικής κουλτούρας ασφαλείας”, προκειμένου να μπορούν να επιτύχουν ένα καλό επίπεδο ασφαλείας και να μειώσουν την εμφάνιση ατυχημάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων. Η κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού περιλαμβάνει τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις που έχουν ενστερνιστεί τα μέλη ενός οργανισμού πάνω σε θέματα ασφαλείας, αποτυπώνεται στα πιστεύω της αξίες και τα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών της διοίκησης και των υπαλλήλων της και εκδηλώνεται στις πολιτικές ασφαλείας των οργανισμών τους κανόνες και τις διαδικασίες (Clarke, 2003). Παρόλο που δεν έχει υιοθετηθεί ένας σαφής και αποδεκτός από όλους ορισμός της θετικής κουλτούρας ασφαλείας οι περισσότεροι ορισμοί υιοθετούν την άποψη ότι η ασφάλεια είναι παράγοντας υψίστης προτεραιότητας. Μία θετική κουλτούρα ασφαλείας απεικονίζεται στη θετική αντίληψη, τη στάση που υιοθετούν οι εργαζόμενοι σχετικά με την ασφάλεια. Επικρατεί η άποψη ότι οι θέσεις και οι αντιλήψεις των εργαζομένων είναι η σημαντικότερη παράμετρος μιας θετικής κουλτούρας ασφαλείας και οι μετρήσεις για

την αξιολόγηση της εταιρικής κουλτούρας ασφαλείας εστιάζονται κυρίως συνεκτίμηση αυτών των παραμέτρων. Πολλές εμπειρικές μελέτες έχουν συσχετίσει τις συμπεριφορές των εργαζομένων ως προς την ασφάλεια με τους παρακάτω κυρίως τομείς: Τις στάσεις και τις ενέργειες της διοίκησης πάνω σε θέματα ασφαλείας, το περιβάλλον εργασίας(φόρτος εργασίας και επίπεδο κινδύνου), την ατομική ευθύνη και ικανότητα. Τα αποτελέσματα των εμπειρικών μελετών δείχνουν μεγάλο βαθμό συσχέτισης μεταξύ θετικής κουλτούρας ασφαλείας και επιπέδου ασφαλείας (Clarke, 2003).

Η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας και έχει γίνει αντικείμενο μελέτης αλλά και ζητούμενο για όλους τους οργανισμούς παγκοσμίως. Η κουλτούρα ασφαλείας ασθενών έχει σαν σκοπό την πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων και τη διατήρηση της ασφάλειας των ασθενών και θεωρείται ως μία έννοια που εξελίσσεται συνεχώς .Ωστόσο η ασφάλεια των ασθενών είναι μία πολυπαραγοντική έννοια που έχει σαν σκοπό να οδηγήσει στην πρόληψη και μείωση των βλαβών με συστημικό τρόπο. Η δημιουργία της κουλτούρας ασφαλείας ασθενών απαιτεί την παρουσία πολλών παραγόντων όπως αποτελεσματική επικοινωνία, κατάλληλη στελέχωση, ασφαλές περιβάλλον συμμόρφωση με τις διαδικασίες, κουλτούρα, υποστηρικτική ηγεσία και τέλος προσανατολισμό στην κατάρτιση και στην ανοικτή επικοινωνία σε σχέση με τα ιατρικά λάθη (Ammouri et al.,2015). Από την άλλη αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η επίτευξη της ασφάλειας των ασθενών δυσχεραίνεται από παράγοντες όπως η κακή επικοινωνία, η ανεπαρκής ηγεσία, η έλλειψη ομαδικής εργασίας, η μη ύπαρξη συστημάτων αναφοράς , η ανεπαρκής ανάλυση των ανεπιθύμητων συμβάντων, και η ελλιπής γνώση του προσωπικού σε θέματα ασφαλείας (Department of Health and Children, 2008).

Καθώς τα συστήματα υγείας γίνονται όλο και πιο σύνθετα και πολύπλοκα, ο παραδοσιακός τρόπος ελέγχου της ασφάλειας και της εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων, μέσω δημιουργίας επιτροπών ελέγχου της θνητότητας η διερεύνησης ατυχημάτων έχει πάψει να είναι αποτελεσματικός. Σημαντικοί οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το Εθνικό Ίδρυμα Ασφάλειας Ασθενών (NPSF) των ΗΠΑ και η Joint Commission International συνιστούν στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να εγκαθιδρύσουν μία κουλτούρα ασφαλείας ως μέρος μιας αποτελεσματικής στρατηγικής για τη βελτίωση και παγίωση της ασφάλειας. Πολλές

μελέτες και έρευνες έχουν δείξει ότι ο ρυθμός εμφάνισης ιατρικών λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων επηρεάζονται από συμπεριφορές και νοοτροπίες των εργαζομένων στους οργανισμούς σε σχέση με την ασφάλεια. Έτσι η κουλτούρα ασφαλείας ως υποκουλτούρα της οργανωσιακής κουλτούρας εμπεριέχει κοινά πιστεύω, στάσεις, κανόνες και συμπεριφορές των επαγγελματιών, διαμορφώνοντας έτσι τον τρόπο δράσης πάνω στις διαδικασίες βελτίωση της ασφάλειας (Elmontsri et al., 2017).

Στο βιομηχανικό τομέα και κυρίως στις βιομηχανίες υψηλού κινδύνου έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό και η έννοια του κλίματος ασφαλείας, προκειμένου να μελετηθούν συμπεριφορές που δυσχεραίνουν την επίτευξη ασφαλείας καθώς και το ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων και τραυματισμών. Στον τομέα της υγείας οι έννοιες κουλτούρα και κλίμα ασφαλείας χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, το κλίμα ασφαλείας όμως αποτελεί τη σύνθεση των αντιλήψεων πάνω στα πρότυπα και τις συμπεριφορές ασφαλείας και κυρίως των εργαζομένων που δουλεύουν κοντά στον ασθενή σε συγκεκριμένο εργασιακό χώρο. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση μεταξύ κλίματος ασφαλείας και της κλινικής και επιχειρησιακής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Sexton et al., 2011).

Παρόλο που στη βιβλιογραφία οι έννοιες “κουλτούρα ασφαλείας” και “κλίμα ασφαλείας” χρησιμοποιούνται εναλλακτικά και εκφράζουν κυρίως τις πολιτικές, τις πρακτικές και τις διαδικασίες που σχετίζονται με την ασφάλεια, εντούτοις παρατηρήθηκαν δυσχέρειες στον καθορισμό των διαφορών των δύο αυτών εννοιών. Επίσης υπήρξε εκτενής διάλογος σχετικά με τον προσδιορισμό των δύο αυτών εννοιών με αποτέλεσμα να υπάρξουν πολλοί ορισμοί που τους καθορίζουν. Γενικά το «κλίμα» θεωρείται εκείνο το κομμάτι της κουλτούρας το οποίο μπορεί να μετρηθεί και να παρατηρηθεί, ενώ η «κουλτούρα» θεωρείται μία έννοια ευρύτερη και πιο πολύπλοκη (Nicolaidis & Dimova, 2015).

Ο Guldenmund (2000) παραθέτει τον ορισμό του Niskanen σύμφωνα με τον οποίο *«το κλίμα ασφαλείας αναφέρεται σε ένα σύνολο χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και αντιλήψεων σε ένα οργανισμό τα οποία επιβάλλονται από τον ίδιο τον οργανισμό στους εργαζόμενους και τους επιβλέποντες»*. Ενώ στον ορισμό του Williamson το κλίμα ασφαλείας ορίζεται: *«ως η κεντρική ιδέα που περιγράφει την ηθική της ασφάλειας σε έναν οργανισμό ή σε ένα χώρο εργασίας η οποία αντανακλά στις πεποιθήσεις των εργαζομένων»* (Guldenmund, 2000).

Σύμφωνα με τον Zohar (1980) το κλίμα ασφαλείας αποτελεί μία σύνοψη όλων των αντιλήψεων οι οποίες κατανέμονται σε όλους τους εργαζόμενους σχετικά με το εργασιακό τους περιβάλλον. Η χρησιμότητα αυτών των αντιλήψεων έχει ψυχολογική διάσταση καθώς οι αντιλήψεις αυτές συμβάλλουν στην καθοδήγηση και στην υιοθέτηση κατάλληλων προσαρμοστικών συμπεριφορών σε θέματα ασφάλειας στην εργασία. Βασισμένη σε μία ποικιλία παραγόντων που επικρατούν στα περιβάλλοντα εργασίας τους, οι εργαζόμενοι υιοθετούν και ενστερνίζονται αντιλήψεις και προσδοκίες που σχετίζονται με αποτελέσματα και συνέπειες συμπεριφορών και προσαρμόζουν τις συμπεριφορές τους ανάλογα. Το σύνολο όλων αυτών των αντιλήψεων όταν μοιράζεται και υιοθετείται από τους εργαζόμενους ατομικά αποτελεί το οργανωσιακό κλίμα ασφαλείας (Zohar, 1980).

Η κουλτούρα ασφαλείας έχει να κάνει με δραστηριότητες και συμπεριφορές (π.χ. δραστηριότητες που σχετίζονται με την ασφάλεια, συμπεριφορές και τις ενέργειες των εργαζομένων) καθώς επίσης με το περιβάλλον της επιχείρησης (π.χ. τις πολιτικές της, τα συστήματα ελέγχου, τη διοίκηση λειτουργιών, την επικοινωνία μεταξύ των μελών και τη ροή των εργασιών). Από την άλλη το κλίμα αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της συμπεριφοράς των εργαζομένων, όπως οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις, και ο αξιακός προσανατολισμός σχετικά με θέματα ασφαλείας μέσα στον οργανισμό. Παρόλο που και οι δύο όροι περιέχουν κοινά χαρακτηριστικά, το κλίμα ασφαλείας φαίνεται να αντιπροσωπεύει τα υποκειμενικά στοιχεία της κουλτούρας των εργαζομένων σε ένα οργανισμό. πράγμα που σημαίνει ότι οι δύο αυτές έννοιες φαίνεται να λειτουργούν σε διαφορετικά επίπεδα. Το κλίμα ασφαλείας αποτελείται από συγκεκριμένα στοιχεία της κουλτούρας τα οποία παρατηρούνται και μετριοούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και για αυτό το κλίμα ασφαλείας και χαρακτηρίζεται συχνά πώς «στιγμιότυπο» της κουλτούρας (Nicolaidis & Dimona, 2015).

Η κουλτούρα ασφαλείας διαφοροποιείται όσον αφορά τους ορισμούς στο γεγονός ότι χαρακτηρίζεται από κοινές αρχές, αντιλήψεις που έχουν να κάνουν με την εργασία την οργάνωση και τη διοίκηση, το κλίμα ασφαλείας από την άλλη βρίσκεται πιο κοντά στο επιχειρηματικό πεδίο και έχει να κάνει με τις καθημερινές πεποιθήσεις και προσδοκίες που αφορούν το περιβάλλον εργασίας, τις πολιτικές του οργανισμού, και το μάνατζμεντ.

Καθώς πολλοί από τους ορισμούς της κουλτούρας και του κλίματος ασφαλείας εμφανίζουν κοινά στοιχεία, το κλίμα ασφαλείας ενδεχομένως να αντιπροσωπεύει τη

βασική νοοτροπία μιας ομάδας εργαζομένων ή ενός οργανισμού, αν και ο προσανατολισμός του είναι λιγότερο ευρύς από αυτό της κουλτούρας ασφαλείας. Η κουλτούρα ασφαλείας, ειδικότερα, θεωρείται υποκουλτούρα της οργανωσιακής κουλτούρας και αποτελεί μία σαφώς ευρύτερη έννοια από αυτήν το κλίματος ασφαλείας. Από αυτά εξάγεται το συμπέρασμα ότι η κουλτούρα και το κλίμα ασφαλείας δεν είναι ταυτόσημες αλλά συμπληρωματικές και ανεξάρτητες έννοιες (Yule, 2003).

3.3 Χαρακτηριστικά και ιδιότητες της κουλτούρας ασφαλείας

Πολλοί ερευνητές έχουν θέσει το ερώτημα για το ποιά είναι τα χαρακτηριστικά που έχει μία οργανωσιακή κουλτούρα η οποία δίνει προτεραιότητα στην ασφάλεια.

Σύμφωνα με το Reason η κουλτούρα ασφαλείας αποτελεί την κινητήριο δύναμη του όσον αφορά την επίτευξη υψηλού επιπέδου ασφάλειας, η οποία περιλαμβάνει κάποια βασικά στοιχεία. Βασικός πυλώνας αυτής της δύναμης είναι ο συνεχής σεβασμός απέναντι στους ενδεχόμενους κινδύνους που έχουν να κάνουν με τη λειτουργία του οργανισμού. Χαρακτηριστικά ανέφερε: «Να μην ξεχνάμε να φοβόμαστε» αναφερόμενος στη χρόνια ανησυχία για την ασφάλεια. Ο Reason πρότεινε ότι ένας οργανισμός για να έχει αποτελεσματική κουλτούρα ασφαλείας θα πρέπει να:

- Αναπτύξει σύστημα συλλογής, ανάλυσης και διάδοσης πληροφοριών σχετικά με ανεπιθύμητα συμβάντα, ή παρ' ολίγον ατυχήματα καθώς και σύστημα τακτικών ελέγχων
- Υπάρχει κουλτούρα αναφοράς όπου οι εργαζόμενοι να είναι πρόθυμοι να αναφέρουν λάθη, σφάλματα και παραβιάσεις
- Υπάρχει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης όπου οι εργαζόμενοι δεν θα αποθαρρύνονται, αντιθέτως θα ανταμείβονται προκειμένου να αναφέρουν συμβάντα που σχετίζονται με την ασφάλεια αλλά θα πρέπει να ταυτόχρονα να υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ αποδεκτής και απαράδεκτης συμπεριφοράς
- Έχει την απαραίτητη ευελιξία όσον αφορά ικανότητα αλλαγών στην οργανωτική δομή, προκειμένου να αντιμετωπίσει και να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του απαιτητικού περιβάλλοντος εργασίας

- Υπάρχει ικανότητα και προθυμία για την εξαγωγή σωστών συμπερασμάτων όσον αφορά το σύστημα ασφαλείας και επίσης να υπάρχει προθυμία να εφαρμόζονται οι απαραίτητες αλλαγές (Parker et al., 2006), (Hudson, 1999).

Υπάρχει μία μεγάλη διχογνωμία και ποικιλία όσον αφορά την έκφραση του ορισμού της κουλτούρας ασφαλείας, η οποία επεκτείνεται και στις διαστάσεις της. Υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί σχετικά με τις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας γεγονός που οφείλεται στο ότι δεν έχει υπάρξει μία συναίνεση στο θέμα αυτό. Μετά από πολλές έρευνες και αναλύσεις της κουλτούρας ασφαλείας, όπου μελετήθηκαν παράγοντες διαφόρων ποσοτικών ερωτηματολογίων, Καθώς επίσης και ένας μετά από ανασκόπηση πάρα πολλών άρθρων οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας σύμφωνα με τους Halligan και Zecevic (2011) περιλαμβάνουν τα εξής:

- Δέσμευση της ηγεσίας όσον αφορά την ασφάλεια
- Ελεύθερη επικοινωνία η οποία στηρίζεται στην εμπιστοσύνη
- Οργανωσιακή μάθηση
- Μη τιμωρητική διάθεση σχετικά με την αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων
- Ομαδικότητα
- Η σπουδαιότητα της ασφάλειας θα πρέπει να γίνει κοινό μέλημα όλων των εργαζομένων (Halligan & Zecevic, 2011).

Οι αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις των εργαζομένων σχετικά με την μέγιστη προτεραιότητα που αποδίδεται στην ασφάλεια, αποτελούν μία κοινή διάσταση της κουλτούρας ασφαλείας η οποία εντοπίζεται στη βιβλιογραφία της φροντίδας υγείας. Παρά τη συνεχιζόμενη συζήτηση σχετικά με τα συστατικά και τις διαστάσεις της θετικής κουλτούρας ασφαλείας σε ένα οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι Singer και συν μετά από έρευνα εισήγαγαν έξι βασικά συστατικά της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών:

- Περιβάλλον φροντίδας και ασφάλειας ελεύθερο επίρριψης ευθυνών. Ηγεσία πρέπει να έχει ευήκοα ώτα και να φροντίζει για ζητήματα ασφάλειας ασθενών. Κύριο μέλημα θα πρέπει να είναι η βελτίωση και η απόδοση του συστήματος και όχι η κατηγορία ατόμων.

- Δέσμευση και προσπάθεια ώστε η ασφάλεια να μπει στο επίκεντρο του οργανισμού. Θα πρέπει ο οργανισμός προκειμένου να το πετύχει αυτό να παρέχει τους απαραίτητους πόρους και τα κίνητρα
- Επικοινωνία: θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι συστάσεις και οι προτάσεις των εργαζομένων και να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα.
- Συναδελφικότητα και ειλικρίνεια σχετικά με τα λάθη. Θα πρέπει να ενθαρρύνει ο ένας τον άλλον να αναφέρει ανησυχίες και θέματα ασφάλειας και θα πρέπει να υπάρχει μία ειλικρινή διάθεση πάνω στα προβλήματα και στα σφάλματα που εμφανίζονται.
- Η ασφάλεια ως πρωταρχικό μέλημα. Θα πρέπει η ασφάλεια των ασθενών να αναδεικνύεται ως υψίστης προτεραιότητας ζήτημα μέσα στον οργανισμό.
- Ασφάλεια. Η διοίκηση των νοσοκομείων δεν θα πρέπει να κάνει συμβιβασμούς σε θέματα ασφάλειας προκειμένου να πετύχει καλύτερους δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας (Singer et al., 2003), (McFadden et al., 2009).

Σύμφωνα με τους Sammer και συν και τον Stavrianopoulos ένα μεγάλο φάσμα από ιδιότητες της κουλτούρας ασφαλείας μπορεί να οργανωθεί σε 7 υποκουλτούρες οι οποίες ορίζονται ως εξής:

- **Ηγεσία:** Ηγεσία του θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι το νοσοκομείο αποτελεί περιβάλλον υψηλού κινδύνου και θα πρέπει το όραμα και η αποστολή μαζί με τους οικονομικούς, τους ανθρώπινους πόρους και τις ικανότητες του προσωπικού να τα μεταδώσει από την αίθουσα συνεδριάσεων στην πρώτη γραμμή. Η αναποτελεσματική ηγεσία θεωρείται εμπόδιο για την επίτευξη κουλτούρας ασφαλείας. Αντίθετα η αποτελεσματική και ισχυρή ηγεσία θεωρείται θετικός παράγοντας για την κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού. Η δέσμευση της ανώτερης ηγεσίας είναι θεμελιώδους σημασίας προκειμένου ο οργανισμός να αναπτύξει μία θετική κουλτούρα ασφαλείας. Οι δεσμευμένοι ηγέτες μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία κουλτούρας ασφαλείας σχεδιάζοντας στρατηγικές και χτίζοντας δομές οι οποίες θα οδηγούν σε ασφαλείς διαδικασίες και αποτελέσματα. Οι ηγέτες θα πρέπει να γνωρίζουν τα προβλήματα της ασφαλείας να εστιάζουν στην ασφάλεια των ασθενών και να εκπαιδεύονται συνεχώς την επιστήμη της ασφαλείας

- **Ομαδική εργασία:** Επικρατεί πνεύμα συναδελφικότητας και συνεργασίας μεταξύ διοίκησης προσωπικού και ανεξάρτητων επαγγελματιών. Οι σχέσεις πρέπει να διακατέχονται από σεβασμό, ευελιξία, ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη και ασφάλεια. Οι οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας περιθάλπτουν ασθενείς με όλο και πιο πολύπλοκες νόσους, εφαρμόζοντας συνεχώς όλο και πιο σύνθετες θεραπευτικές μεθόδους καθώς και χρήση υψηλής τεχνολογίας. Όλα αυτά απαιτούν όλο και μεγαλύτερες προσπάθειες και συνεργασία μεταξύ του προσωπικού προκειμένου να επιτευχθεί μία κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε όλο το εύρος του συστήματος
- **Τεκμηρίωση:** Η περίθαλψη των ασθενών θα πρέπει βασίζεται σε ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα. Οι πρακτικές και οι αποφάσεις είναι συνήθως τυποποιημένες και βασισμένες σε πρωτόκολλα κατευθυντήριες οδηγίες και λίστες ελέγχου για να μην υπάρχουν διακυμάνσεις στην ασφάλεια. Οι διαδικασίες είναι από πριν σχεδιασμένες προκειμένου να επιτευχθεί μεγάλος βαθμός αξιοπιστίας.
- **Επικοινωνία:** Θα πρέπει στο περιβάλλον εργασίας, κάθε εργαζόμενος ανεξαρτήτου θέσης να δικαιούται και να έχει την ευθύνη να μιλήσει και να υπερασπιστεί τα συμφέροντα του ασθενή. Το προσωπικό που ασχολείται με τη φροντίδα των ασθενών έχει το δικαίωμα να γνωρίζει ότι κατά την επικοινωνία του με τη διοίκηση ακούγεται. Η ανατροφοδότηση συμβάλλει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας τα οποία είναι πολύ σημαντικά για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας ασθενών
- **Εκμάθηση:** Τα νοσοκομεία διδάσκονται από τα λάθη τους και οι διοικήσεις τους προσπαθούν να βρουν τρόπους βελτίωσης της απόδοσης. Μία κουλτούρα μάθησης βοηθάει τα μέλη του οργανισμού να συνειδητοποιήσουν τη σπουδαιότητα της ασφάλειας και ταυτόχρονα δημιουργείται ένα περιβάλλον μάθησης και εκπαιδευτικών ευκαιριών. Κατά τη διαδικασία μάθησης θα πρέπει το προσωπικό να αποκτήσει βασικές γνώσεις πάνω σε θέματα ασφάλειας να γνωρίζει τι είναι ο οργανισμός υψηλής αξιοπιστίας, τη σπουδαιότητα της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας καθώς και στους τρόπους βελτίωσης της απόδοσης.
- **Δίκαιο:** Η κουλτούρα δικαίου θεωρεί ότι τα σφάλματα και τα λάθη οφείλονται σε αδυναμίες και αποτυχίες του συστήματος και όχι σε ατομικές αποτυχίες και δεν αναλύεται στο να θεωρεί υπεύθυνα πάντοτε τα

άτομα για αδυναμίες και λάθη. Ο φόρτος εργασίας αποτελεί γενεσιουργό παράγοντα εμφάνισης λαθών και σφαλμάτων. Συγκεκριμένα ο υψηλός φόρτος εργασίας και η χρονική πίεση προκαλεί μειωμένη προσοχή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε εργασίες υψηλής επικινδυνότητας, δημιουργώντας έτσι πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση σφαλμάτων και τη μη παροχή ασφαλούς φροντίδας προς τους ασθενείς

- **Περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή:** Η κουλτούρα με επίκεντρο τον ασθενή αποτελεί την έβδομη υποκουλτούρα της κουλτούρας ασφαλείας. Μία κουλτούρα με επίκεντρο τον ασθενή θεωρεί ότι ο ασθενής και η οικογένειά του αποτελούν την πεμπτούσια της λειτουργίας των νοσοκομείων. Πρωταρχικός σκοπός είναι η παροχή κατά την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος καθώς και η προαγωγή της υγείας και της ευημερίας του. Η ηγεσία πρέπει να κινητοποιεί στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να καταβληθούν όλες οι προσπάθειες μία εμπειρία βασισμένη στη φροντίδα και την ενσυναίσθηση. Η φροντίδα που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή ενθαρρύνει τον ασθενή και τους οικείους του να συμμετέχουν πιο ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους (Sammer et al.,2010), (Stavrianopoulos, 2012).

3.4 Επίδραση της κουλτούρας ασφαλείας στην έκβαση των ασθενών

Έχουν διενεργηθεί πολλές μελέτες προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση της κουλτούρας ασφαλείας στην έκβαση των ασθενών. Οι μελέτες αυτές έχουν επικεντρωθεί κυρίως τον αριθμό εμφάνισης επανεισαγωγών, στο χρόνο παραμονής, στη θνητότητα, σε επιπλοκές όπως έλκη κατάκλισης ή πτώσεις, ανεπιθύμητες ενέργειες, και λάθη κατά την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Σε μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες εξετάστηκε η επίδραση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών με τα ποσοστά επανεισαγωγής σε διάστημα 30 ημερών από το εξιτήριο. Ερωτήθηκαν 36.675 άτομα σε 67 νοσοκομεία και διαπιστώθηκε ότι η φτωχή κουλτούρα ασφαλείας σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά επανεισαγωγής. Αυτό ήταν εμφανέστερο της αντίληψης κυρίως του προσωπικού πρώτης γραμμής (γιατροί, νοσηλευτές κλπ.) και λιγότερο στο προσωπικό της διοίκησης (Hansen et al., 2011). Η επίδραση του κλίματος και της κουλτούρας ασφαλείας στη διάρκεια

παραμονής των ασθενών κυρίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας εξετάστηκε από ερευνητές. Μετά από μελέτη δεδομένων 65.000 περίπου ασθενών σε 30 μονάδες εντατικής θεραπείας και ανάλυση των απόψεων 2000 περίπου εργαζομένων διαπιστώθηκε ότι η κουλτούρα ασφαλείας σχετίζονταν με τη διάρκεια παραμονής των ασθενών. Μείωση της κουλτούρας ασφαλείας κατά 10% οδηγούσε σε αύξηση της διάρκειας παραμονής κατά 15% (Huang et al., 2010).

Από την άλλη το κλίμα ομαδικής εργασίας, η κουλτούρα ασφαλείας, οι εργασιακές συνθήκες, το στρες, η εργασιακή ικανοποίηση, και η επαγγελματική εξουθένωση δεν φαίνεται να επιδρούν στον κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας. Αντίθετα το κλίμα επικοινωνίας μεταξύ ειδικευομένων και μόνιμων ιατρών φαίνεται να έχει σχέση με τον κίνδυνο νοσηρότητας (Davenport et al., 2007).

Η σχέση μεταξύ του κλίματος και της κουλτούρας ασφαλείας και των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή έχει εξεταστεί καθώς πολλοί ερευνητές στις Ηνωμένες Πολιτείες αξιολόγησαν τις επιπτώσεις της κουλτούρας ασφαλείας στην εμφάνιση λαθών. Διαπιστώθηκε σε έρευνα ότι το θετικό κλίμα ασφαλείας ασθενών συνέβαλε στην πρόληψη των λαθών στη φαρμακευτική αγωγή, στους τραυματισμούς, στη μείωση των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, στην αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την απόδοση και την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και στην εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Βρέθηκε επίσης ότι το κλίμα ασφαλείας είχε μεγαλύτερη επίδραση όταν το νοσοκομείο αντιμετώπιζε βαρέως πάσχοντες ασθενείς (Hofmann et al., 2006). Επιπλέον μετά από ανάλυση δεδομένων από 170 νοσοκομεία παρατηρήθηκε ότι θετική κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών συνδέθηκε με την εμφάνιση λιγότερων ανεπιθύμητων συμβάντων (Mardon et al., 2010).

3.5 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας των ασθενών

Τις τελευταίες δεκαετίες καταβάλλεται, σε πολλές χώρες μία τεράστια προσπάθεια προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο ασφαλείας των ασθενών, ως αποτέλεσμα πρωτοβουλιών σε παγκόσμιο επίπεδο υπό την αιγίδα πρωτίστως του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας. Συνέπεια αυτής της πρωτοβουλίας ήταν η υιοθέτηση από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας μεθόδων διαχείρισης της ασφάλειας των ασθενών. Μία από τις πιο βασικές ιδέες και πρωτοβουλίες προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η υιοθέτηση και η ανάπτυξη της ιδέας της κουλτούρας ασφαλείας (Flin, 2007). Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας αποτελεί ένα από τα πρώτα βήματα δράσης της ηγεσίας ενός νοσοκομείου προκειμένου να προσδιοριστεί το επίπεδο ασφαλείας, να αυξήσει την ευαισθητοποίηση και την ανησυχία του προσωπικού σχετικά με την κουλτούρα ασφαλείας και να δημιουργήσει ένα περιβάλλον στο οποίο θα παρέχεται ασφαλής νοσηλευτική φροντίδα (Hellings et al., 2010). Ηγεσία των νοσοκομείων και οι ερευνητές πραγματοποιούν έρευνες προκειμένου να αξιολογήσουν την κουλτούρα ασφαλείας υποκινούμενοι από την επιθυμία για ανάπτυξη κουλτούρας ασφαλείας μεταξύ του προσωπικού με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου ασφαλείας (Singla et al., 2006).

3.6 Οφέλη από την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας των ασθενών

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας απαιτεί σπατάλη χρόνου και ανθρώπινων πόρων. Οπότε τίθεται το ερώτημα για ποιο λόγο θα πρέπει οι οργανισμοί υγείας να πραγματοποιούν αξιολογήσεις στην κουλτούρα ασφαλείας, καθώς με ποιον τρόπο αξιοποιούνται τα δεδομένα. Οι οργανισμοί υγείας εκτελούν μετρήσεις της κουλτούρας ασφαλείας για πολλούς λόγους οι οποίοι μπορεί να είναι μεμονωμένοι ή να συνυπάρχουν συνδυαστικά. Έτσι οι λόγοι για τους οποίους διενεργούνται αξιολογήσεις κουλτούρας ασφαλείας είναι:

1. Μέτρηση της κουλτούρας ασφαλείας προκειμένου να εντοπιστούν τομείς όπου απαιτούνται βελτιώσεις καθώς και να αυξήσει το επίπεδο ευαισθητοποίησης πάνω σε θέματα ασφαλείας
2. Αξιολόγηση των διαδικασιών και των πρωτοβουλιών που έχουν υιοθετηθεί πάνω σε θέματα ασφαλείας και παρακολούθηση των αποδόσεων τους με τη πάροδο του χρόνου.
3. Διενέργεια συγκριτικής αξιολόγησης τόσο εσωτερική μεταξύ των τομέων του οργανισμού όσο και εξωτερική.

4. Εκτιμήσεις το κατά πόσο τηρούνται οι κανονισμοί και οι κατευθυντήριες οδηγίες (Nieva & Sorra, 2003).

3.7 Τα ερευνητικά εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας του ασθενούς

Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας στους οργανισμούς υγείας γίνεται συνήθως με τη χρήση ποσοτικών ερωτηματολογίων τα οποία περιλαμβάνουν ποικιλία αριθμού και συνδυασμού διαστάσεων. Έχουν γίνει αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν αξιολογήσει τις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας. Τα ερωτηματολόγια αυτά ποικίλουν όσον αφορά τον αριθμό των διαστάσεων (οι οποίες κυμαίνονται μεταξύ τρεις έως δώδεκα), την έκταση τους δηλαδή τον αριθμό των ερωτήσεων (από 30 έως 70 μεταβλητές), καθώς και την αξιοπιστία τους (ο δείκτης Alpha κυμαίνεται μεταξύ 0,63 έως 0,86) (Halligan & Zecevic, 2011).

Από τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα, δεν είναι εύκολο να επιλεγεί ένα ερευνητικό εργαλείο σαν το πιο κατάλληλο και πιο αποτελεσματικό, για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας σε κάποιο νοσοκομείο. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι κάποια ερωτηματολόγια όπως το Hospital Survey on Patients Safety Culture έχουν χρησιμοποιηθεί και έχουν ελεγχθεί περισσότερο από κάποια άλλα. Για να είναι πρακτικό ένα εργαλείο στην εφαρμογή του, θα πρέπει να είναι σύντομο, να μπορεί να επαναληφθεί εύκολα και σε σύντομο χρονικό διάστημα, και να είναι ευπροσάρμοστο προκειμένου να εφαρμόζεται σε διάφορους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Για αυτό το λόγο θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στην επιλογή του ερευνητικού ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας. Πολλές ερευνητικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα ερευνητικά εργαλεία δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλα τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα, έτσι παραδείγματος χάρη ένα ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, ενδεχομένως να μην μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών ή σε έναν οργανισμό

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης ερωτηματολόγια που έχουν εφαρμοστεί σε μία χώρα έχει βρεθεί ότι κατά την εφαρμογή τους σε κάποια άλλη να παρουσιάζονται προβλήματα. Για αυτό το λόγο θεωρείται απαραίτητη η δοκιμή των ερωτηματολογίων πριν την εφαρμογή τους (The Health Foundation, 2011).

Τα ερευνητικά εργαλεία τα οποία είναι διαθέσιμα για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφαλείας είναι πολλά, ενώ οι βιβλιογραφικές πηγές οι οποίες θα παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την καταλληλότητα και τον τρόπο διεξαγωγής των μετρήσεων για τη βελτίωση της ασφάλειας είναι περιορισμένες (Sexton et al., 2006).

Σύμφωνα με το The European Network for Patient Safety (EUNetPaS) υπάρχουν 24 ερευνητικά εργαλεία αξιολόγησης και μέτρησης της κουλτούρας ασφαλείας. Τα ερωτηματολόγια αυτά χρησιμοποιήθηκαν εκτεταμένα τόσο σε χώρες εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και παγκοσμίως, τα οποία είναι (EUNetPaS, 2010):

- Checklist for Assessing Institutional Resilience
- Culture of Safety Survey
- Danish Patient Safety Culture Questionnaire
- Error Orientation Questionnaire
- Hospital Culture Questionnaire
- Hospital Survey on Patient Safety
- Hospital Survey on Patient Safety Culture
- Manchester Patient Safety Assessment Framework
- Nursing Unit Cultural Assessment Instrument
- Patient Safety Climate in Aesthesia
- Patient Safety Culture Questionnaire
- Patient Safety Culture in Healthcare Organisations Survey
- Safety Attitudes Questionnaire
- Safety Climate Assessment Tool
- Safety Climate Scale
- Safety Climate Survey
- Stanford Safety Culture Instrument
- Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire
- Trainee Supplemental Survey
- TUKU – Safety Culture in Health Care Survey
- Veteran Affairs Palo Alto / Stanford Patient Safety Center for Inquiry
- Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnaire

- Vienna Safety Culture Questionnaire
- World Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Campaigns Healthcare - Units Survey on Patient Safety Culture.

Οι Singla και συν (2006) σε ανασκόπηση μεγάλου αριθμού άρθρων εξέτασαν τα διαθέσιμα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφαλείας, προσπάθησαν να εντοπίσουν τις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και να αξιολογήσουν την το επίπεδο αξιοπιστίας και εγκυρότητάς τους. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι 13 ερωτηματολόγια θεωρούνται αξιόπιστα και έγκυρα για τη μέτρηση του κλίματος και της κουλτούρας ασφαλείας. Ο αριθμός των ερωτήσεων τους κυμαίνονται από 10 έως 112 με μέσο όρο τις 51 ερωτήσεις οι οποίες είναι οι ερωτήσεις κλειστού τύπου και οι απαντήσεις τους γινόταν με την χρήση της κλίμακας Likert. Κάποια από αυτά τα εργαλεία είχαν ορισμένες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Από αυτά τα εννιά ήταν γενικής χρήσεως όπου εφαρμόζονταν σε όλο το εύρος του οργανισμού όπως διοικητικοί υπάλληλοι, Ιατρικό, Νοσηλευτικό προσωπικό κλπ. ενώ τα τέσσερα ήταν ειδικού σκοπού που απευθύνονταν σε συγκεκριμένους επαγγελματίες.

Ο αριθμός των ερωτήσεων το παραπάνω ερευνητικών εργαλείων φτάνουν σε 657 οι οποίες αντιπροσωπεύουν και τις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας οι οποίες φτάνουν τις είκοσι τρεις συνολικά. Αυτές σύμφωνα με τους Flynn και συν (2000) και τον Guldenmund (2000) ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες και είναι (Singla et al., 2006):

Διοίκηση/Εποπτεία

- Η διοίκηση και η στάση του οργανισμού σε σχέση με την ασφάλεια
- Η επάρκεια κατάρτισης και επιτήρηση
- Η ανταπόκριση του οργανισμού σε ζητήματα ασφαλείας
- Η μη τιμωρητική διάθεση απέναντι στο λάθος

Συστήματα ασφαλείας

- Υποδομή ανίχνευσης και πρόληψης
- Η μεταβίβαση και ο συντονισμός της φροντίδας
- Ο σχεδιασμός της ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς
- Επαρκής στελέχωση, εξοπλισμός και διαδικασία
- Σύστημα αναφορών

Κίνδυνος

- Η ανάληψη του κινδύνου
- Η προθυμία αναζήτησης βοήθειας

Φόρτος εργασίας

- Ο βαθμός του φόρτου εργασίας σε ένα τμήμα ή μία μονάδα

Ικανότητα

- Διαχείριση κρίσεων

Διαδικασίες/ κανόνες

- Τι πρέπει να αναφέρεται και σε ποιον
- Η συμμόρφωση στους κανόνες και τις διαδικασίες

Επιμέρους παράμετροι

Η ομαδική εργασία

- Η επικοινωνία
- Η οργανωσιακή μάθηση
- Η ανάδραση και η επικοινωνία
- Οι αντιλήψεις σε σχέση με τα αίτια των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων
- Η εργασιακή ικανοποίηση
- Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια

Παρά τη μεγάλη ποικιλία των διαθέσιμων ερευνητικών εργαλείων πολλοί οργανισμοί προτείνουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας τη χρήση τεσσάρων ερευνητικών εργαλείων ως τα πιο κατάλληλα, τα πιο δοκιμασμένα και τα πιο έγκυρα. Και αυτά είναι τα ακόλουθα (Fleming, 2005), (Halligan, & Zecevic, 2011):

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)'s Hospital Survey on Patient Safety Culture
- Safety Attitudes Questionnaire
- Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey (PSCHO)
- Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument (MSI)
- Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή και επεξεργασία της υποκειμενικής αντίληψης των ιατρών, των νοσηλευτών, και του λοιπού προσωπικού (παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό, λοιπό επιστημονικό) σχετικά με θέματα που αφορούν στην ασφάλεια του ασθενή, τα ιατρικά λάθη και την αναφορά συμβάντων σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο.

Παρά την έμφαση που έχει δοθεί διεθνώς στα θέματα που αφορούν στην ασφάλεια του ασθενή, λίγοι οργανισμοί έχουν αποτιμήσει το βαθμό, στον οποίο η ασφάλεια είναι στρατηγική προτεραιότητα ή το βαθμό, στον οποίο η κουλτούρα τους υποστηρίζει την ασφάλεια του ασθενή. Επιπρόσθετα, στη χώρα μας, ο αριθμός σχετικών με το εν λόγω θέμα μελετών είναι πολύ περιορισμένος.

Η πραγματοποίηση της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας απαιτεί σπατάλη χρόνου και ανθρώπινων πόρων. Οπότε τίθεται το ερώτημα για ποιο λόγο θα πρέπει οι οργανισμοί υγείας να πραγματοποιούν αξιολογήσεις στην κουλτούρα ασφαλείας, καθώς με ποιον τρόπο αξιοποιούνται τα δεδομένα. Οι οργανισμοί υγείας εκτελούν μετρήσεις της κουλτούρας ασφαλείας για πολλούς λόγους οι οποίοι μπορεί να είναι μεμονωμένοι ή να συνυπάρχουν συνδυαστικά. Έτσι οι λόγοι για τους οποίους διενεργούνται αξιολογήσεις κουλτούρας ασφαλείας είναι:

5. Μέτρηση της κουλτούρας ασφαλείας προκειμένου να εντοπιστούν τομείς όπου απαιτούνται βελτιώσεις καθώς και να αυξηθεί το επίπεδο ευαισθητοποίησης πάνω σε θέματα ασφαλείας
6. Αξιολόγηση των διαδικασιών και των πρωτοβουλιών που έχουν υιοθετηθεί πάνω σε θέματα ασφαλείας και παρακολούθηση των αποδόσεων τους με τη πάροδο του χρόνου.
7. Διενέργεια συγκριτικής αξιολόγησης τόσο εσωτερική μεταξύ των τομέων του οργανισμού όσο και εξωτερική.
8. Εκτιμήσεις το κατά πόσο τηρούνται οι κανονισμοί και οι κατευθυντήριες οδηγίες (Nieva & Sorra, 2003).

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν για την περαίωση της παρούσας έρευνας είναι:

1. Ποιες οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών απέναντι στα θέματα ασφάλειας;
2. Ποιες οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τον βαθμό τιμωρητικής διάθεσης στα λάθη που επικρατεί στο νοσοκομείο;
3. Σε ποιο βαθμό η στάση της διοίκησης εκπληρώνει τις προσδοκίες των εργαζομένων πάνω σε θέματα ασφάλειας των ασθενών;
4. Πόσο συχνά αναφέρονται τα λάθη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προς τους προϊστάμενους και τη διοίκηση;
5. Σε ποιο βαθμό οι εργαζόμενοι ενός τμήματος συνεργάζονται μεταξύ τους;
6. Κατά πόσο αναπτύσσονται προσπάθειες για συνεχή βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών;

4.2. Υλικό και Μέθοδος

4.2.1 Ερωτηματολόγιο

Στην εν λόγω έρευνα, για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο The Hospital Survey on Patient Safety Culture. Ο αντικειμενικός σκοπός του συγκεκριμένου εργαλείου είναι να βοηθήσει τα νοσοκομεία να αποτιμήσουν το βαθμό, κατά τον οποίο η κουλτούρα τους πρώτον: δίνει έμφαση στην ασφάλεια του ασθενή, δεύτερον: διευκολύνει την ανοιχτή συζήτηση για τα λάθη και τρίτον: δημιουργεί ατμόσφαιρα συνεχούς μάθησης και βελτίωσης και όχι κλίμα συγκάλυψης των λαθών και τιμωρίας.

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Joann Sorra και Veronica Nieva και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην πολυκεντρική μελέτη των εν λόγω ερευνητών, σε 12 νοσοκομεία των ΗΠΑ που δημοσιεύτηκε το 2004. Έκτοτε, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη (Ολλανδία, Δανία,

Ελβετία κ.λπ.), καθώς θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστερα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων (Madsen, 2006). Σκοπός του είναι η μέτρηση των απόψεων και αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο τμήματος και σε επίπεδο οργανισμού (AL. Lawati et al., 2018). Εφαρμόστηκε πιλοτικά στις Ηνωμένες Πολιτείες σε χίλιους τετρακόσιους επαγγελματίες υγείας σε 21 νοσοκομεία. Το εργαλείο ήταν αποτέλεσμα μιας ευρείας βιβλιογραφικής ανασκόπησης πάνω στην ασφάλεια ασθενών, στα ιατρικά λάθη, στην εμφάνιση ατυχημάτων, στο κλίμα και στην κουλτούρα ασφαλείας καθώς και στο οργανωσιακό κλίμα και κουλτούρα. Το εργαλείο έχει ευρεία φάσμα εφαρμογής καθώς μπορεί να εφαρμοστεί σε όλο το προσωπικό ενός οργανισμού υγείας από τους φύλακες το νοσηλευτικό προσωπικό, το παραϊατρικό και ιατρικό προσωπικό (Sorra & Dyer, 2010). Η ελληνική μετάφραση και ο προέλεγχος του ερωτηματολογίου έγινε από το Βασίλη Αλετρά και τη Δέσποινα Κάκαλου στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ).

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 12 διαστάσεις (κουλτούρας ασφαλείας), οι οποίες είναι οι εξής: Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου, συχνότητα αναφοράς λαθών, μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία, ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη, οργανωσιακή μάθηση - συνεχής βελτίωση, προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή, υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας του ασθενή, στελέχωση, συνολική αντίληψη της ασφαλείας. Το HSOPSC είναι ερωτηματολόγιο 42 ερωτήσεων με κλίμακα τύπου Likert που μετρά την

κουλτούρα ασφαλείας. Έχει 12 διαστάσεις οι οποίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (Sorra & Dyer, 2010):

Πίνακας 4. Οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας που αξιολογεί το HSOPSC

Διάσταση	Ορισμός	Αριθμός ερωτήσεων
Ειλικρίνεια και επικοινωνία	Το προσωπικό μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα αν διαπιστώσει κάτι που επηρεάζει την ασφάλεια του ασθενούς χωρίς να φοβάται να απευθυνθεί στους επιβλέποντες	3
Ανατροφοδότηση & επικοινωνία σχετικά με σφάλματα	Ενημέρωση του προσωπικού για την εμφάνιση σφαλμάτων, των αλλαγών που έχουν τεθεί σε εφαρμογή και συζήτηση τρόπων για την πρόβλεψη λαθών και σφαλμάτων	3
Συχνότητα των αναφερόμενων περιστατικών	Αναφέρονται λάθη που:1) εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν πριν επηρεάσουν τον ασθενή,2) δεν πρόκειται να βλάψουν τον ασθενή,3)θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή αλλά δεν τον έβλαψαν	3
Μετακινήσεις και αλλαγές	Πληροφορίες που μεταφέρονται από τμήμα σε τμήμα κατά τη διάρκεια μετακινήσεων και αλλαγών των ασθενών	4
Η διοίκηση υποστηρίζει την ασφάλεια των ασθενών	Η διοίκηση δημιουργεί κλίμα εργασίας τέτοιο που να προάγεται η ασφάλεια του ασθενή δίνοντας προτεραιότητα στην ασφάλεια του ασθενή	3
Μη τιμωρητική διάθεση στα λάθη	Το προσωπικό δεν ανησυχεί ότι τα λάθη στρέφονται εναντίον τους και ότι δεν καταχωρούνται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	3
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	Τα λάθη οδηγούν σε θετικές αλλαγές και οι αλλαγές αυτές ελέγχονται για την αποτελεσματικότητά τους	3
Γενικές αντιλήψεις για την ασφάλεια των ασθενών	Τα συστήματα και οι διαδικασίες είναι κατάλληλα με την πρόληψη εμφάνισης λαθών	4
Στελέχωση	Υπάρχει αρκετό προσωπικό για να επωμιστεί το φόρτο εργασίας Και οι ώρες εργασίας είναι οι ιδανικές για την παροχή επαρκούς φροντίδας για τον ασθενή	4
Προσδοκίες του επόπτη / διευθυντή και δράσεις που προάγουν την ασφάλεια	Οι διευθυντές λαμβάνουν υπόψη τις θέσεις του προσωπικού σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, δεν παραβλέπουν τα προβλήματα ασφαλείας ασθενών και ενθαρρύνει το προσωπικό να εφαρμόζουν τους κανόνες ασφαλείας	4
Συνεργασία μεταξύ μονάδων	Οι Μονάδες του νοσοκομείου βρίσκονται σε αμοιβαία συνεργασία προκειμένου να παρασχεθεί η καλύτερη φροντίδα για τον ασθενή	4
Ομαδική εργασία μέσα στις μονάδες	Υπάρχει αλληλοϋποστήριξη μεταξύ του προσωπικού και αλληλοσεβασμός	4

(Πηγή: Sorra & Dyer, 2010).

Ένα πλεονέκτημα του εργαλείου είναι το γεγονός ότι παρέχει τη δυνατότητα αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε πρώτο χρόνο. Καθώς επίσης και την αξιολόγηση του αποτελέσματος των παρεμβάσεων που γίνονται και την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον όπως αναφέρθηκε το HSOPSC Βοηθάει στην αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας σε όλα τα επίπεδα ατομικό, τμήματος, και σε ολόκληρο τον οργανισμό. Το AHRQ Έχει δημιουργήσει ιστότοπο μέσω του οποίου παρέχεται η δυνατότητα στα νοσοκομεία που διενεργούν τις έρευνες να κάνουν συγκρίσεις με άλλα νοσοκομεία μέσω της μεγάλης βάσης δεδομένων που διαθέτει.

Το εργαλείο μπορεί να συνδυαστεί και με άλλα ερευνητικά εργαλεία σε μεγάλες μελέτες και επίσης χρησιμοποιείται για να γίνει σύγκριση μεταξύ διαφόρων βιομηχανικών κλάδων ,πράγμα που δείχνει μεγάλο βαθμό αξιοπιστίας (The Health Foundation, 2011).

Εκτός από το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο, υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν στα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, π.χ. φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, έτη προϋπηρεσίας κλπ

4.2.2 Δείγμα

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη. Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας ήταν ιατροί, νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό (παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό, λοιπό επιστημονικό) του νοσοκομείου «Ο Άγιος Δημήτριος» στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Το συγκεκριμένο δείγμα αποτελεί δείγμα ευκολίας.

Το νοσοκομείο «Ο Άγιος Δημήτριος», είναι ένα νοσοκομείο στην Θεσσαλονίκη 175 κλινών, που έχει σαν σκοπό την παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.ΠΕ. Απαρτίζεται από την ιατρική υπηρεσία, την νοσηλευτική, την διοικητική-οικονομική, το αυτοτελές τμήμα οργάνωσης και πληροφορικής και το ειδικό γραφείο υποστήριξης του πολίτη. Οι θέσεις των ειδικών γιατρών είναι 74, των λοιπών επιστημόνων του κλάδου υγείας 59 και του νοσηλευτικού προσωπικού και των τριών βαθμίδων 206 με τους 7 να είναι ΠΕ, τους 94 ΤΕ και τους 105 ΔΕ (ΦΕΚ Β 3280/10/12/2012).Το νοσοκομείο απαρτίζουν η παθολογική κλινική, η χειρουργική κλινική, η ουρολογική, η γυναικολογική, η οφθαλμολογική, το καρδιολογικό τμήμα, τα Α και Β χειρουργεία,

το αναισθησιολογικό τμήμα, η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και συμμετέχει στο σύστημα γενικών εφημεριών της 3ης Υ.ΠΕ (<http://www.oagiosdimitrios.gr>).

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει των κριτηρίων εισαγωγής στη μελέτη, τα οποία είναι τα κάτωθι:

- Η συναίνεση του προσωπικού
- Ηλικία άνω των δέκα οχτώ ετών
- Δυνατότητα επικοινωνίας στην Ελληνική γλώσσα

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενημερώθηκαν γραπτά και προφορικά και υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης. Της συλλογής του δείγματος προηγήθηκε γραπτή έγκριση από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου, κατόπιν σχετικής αίτησης του ερευνητή.

4.2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διεξαγωγή της συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο μεταξύ της 13/11/2019 και 15/12/2019, αφού χορηγήθηκε η απαιτούμενη άδεια από το Επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και την 3^η Υγειονομική περιφέρεια. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων τοποθετημένων σε φακέλους με την οδηγία προς τον συμμετέχοντα πως μετά την συμπλήρωσή του να το εσωκλείει, να σφραγίζει το φάκελο και να τον παραδίδει σε συγκεκριμένο σημείο παράδοσης, που είχε οριστεί από τον ερευνητή. Ο τρόπος αυτός εξασφάλιζε την πλήρη ανωνυμία των συμμετεχόντων και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα με την άδεια συγκατάθεσης είχαν και τη διαβεβαίωση της διαθεσιμότητας των αποτελεσμάτων σε περίπτωση που το αιτούνταν.

Οι λόγοι που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο νοσοκομείο για την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας, είναι γιατί ο συγγραφέας εργάζεται σε αυτό και υπήρχε μεγαλύτερη διευκόλυνση στην περαίωση των διαδικασιών πρόσβασης και ανταποκρισιμότητας του δείγματος, αλλά και γιατί τα αποτελέσματα της έρευνας θα

μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στον οργανισμό για την απόφαση βελτιωτικών κινήσεων σχετικών βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

4.2.3 Στατιστική ανάλυση

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με τις απαντήσεις των ασθενών στα ερωτηματολόγια, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συχνοτήτων (frequencies). Επιπρόσθετα, για την εξέταση των μέσων όρων εκτελέσθηκε η εντολή *descriptives*. Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (\pm τυπική απόκλιση) ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές ως συχνότητα (%). Επίσης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος με τη χρήση του Kolmogorov Smirnov test. Προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού και κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών παραγόντων πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικά και παραμετρικά τεστ (Mann-Whitney test/Independent samples t test, Kruskal Wallis test/One-Way anova).

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην εν λόγω έρευνα έδειξε πολύ καλή αξιοπιστία (Cronbach α), που κυμαίνεται στο 0,847.

Η στατιστική ανάλυση διενεργήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 23. Τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε ότι υποδεικνύει στατιστική σημαντικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα συμμετείχαν 170 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό) (47 άνδρες και 120 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 46,70 έτη ζωής ($\pm 8,06$). Η πλειοψηφία επίσης ήταν έγγαμοι (127 άτομα, 74,7%), το 2,4% (4 άτομα) χήροι, το 12,9% (22 άτομα) άγαμοι ενώ το 8,2% (14 άτομα) ήταν διαζευγμένοι.

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, 75 είχαν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (ανώτατη εκπαίδευση) (44,1%). Μόλις 31 νοσηλευτές ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών / διδακτορικών τίτλων σπουδών (18,3%).

Αναφορικά με την εργασιακή σχέση, η πλειοψηφία (153 άτομα, 90%) δήλωσαν ότι είναι μόνιμοι υπάλληλοι και μόλις 15 νοσηλευτές (8,8%) ήταν συμβασιούχοι.

Αναλυτικά, όλα τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία του δείγματος					
οικογενειακή κατάσταση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	έγγαμος/η	127	74,7	75,1	75,1
	άγαμος/η	22	12,9	13,0	88,2
	διαζευγμένο ς/η	14	8,2	8,3	96,4
	Συμβίωση	2	1,2	1,2	97,6
	Χηρεία	4	2,4	2,4	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

φύλο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	47	27,6	28,1	28,1
	Γυναίκα	120	70,6	71,9	100,0
	Total	167	98,2	100,0	
Missing	System	3	1,8		
Total		170	100,0		

εργασιακή σχέση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	μόνιμος υπάλληλος	153	90,0	91,1	91,1
	συμβασιούχος	15	8,8	8,9	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

εκπαιδευτικό επίπεδο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TEI	50	29,4	30,1	30,1
	AEI	25	14,7	15,1	45,2
	2ετούς φοίτησης	60	35,3	36,1	81,3
	μεταπτυχιακό	27	15,9	16,3	97,6
	Διδακτορικό	4	2,4	2,4	100,0
	Total	166	97,6	100,0	
Missing	System	4	2,4		
Total		170	100,0		

Πίνακας 6. Βασικός εργασιακός χώρος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	πολλές διαφορετικές μονάδες/όχι συγκεκριμένη μονάδα	2	1,2	1,3	1,3
	Παθολογική	20	11,8	12,7	13,9
	Χειρουργική	16	9,4	10,1	24,1
	γυναικολογική	11	6,5	7,0	31,0
	Χειρουργεία	20	11,8	12,7	43,7
	ΤΕΠ	13	7,6	8,2	51,9
	ΜΕΘ	22	12,9	13,9	65,8
	Ουρολογική	12	7,1	7,6	73,4
	Οφθαλμολογική	6	3,5	3,8	77,2
	Φαρμακείο	4	2,4	2,5	79,7
	Εργαστήρια	12	7,1	7,6	87,3
	Ακτινολογικό	11	6,5	7,0	94,3
	Αναισθησιολογικό	9	5,3	5,7	100,0
	Total	158	92,9	100,0	
Missing	System	12	7,1		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 6, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα εργάζονταν στην ΜΕΘ (22 άτομα, 12,9%) και ακολουθούν τα χειρουργεία και το παθολογικό τμήμα (20 άτομα έκαστο, 11,8%). Δεκαέξι άτομα εργάζονταν στο χειρουργικό τμήμα (16 άτομα, 9,4%).

Πίνακας 7. Ασφάλεια ασθενή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άριστη	22	12,9	14,4	14,4
	πολύ καλή	76	44,7	49,7	64,1
	καλή	44	25,9	28,8	92,8
	μέτρια	9	5,3	5,9	98,7
	κακή	2	1,2	1,3	100,0
	Total	153	90,0	100,0	
Missing	System	17	10,0		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 7, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (76 άτομα, 44,7%) απάντησε ότι θεωρεί την ασφάλεια του ασθενή στο νοσοκομείο πολύ καλή. Σαράντα τέσσερα άτομα (25,9%) την αξιολόγησαν ως καλή ενώ 22 άτομα (12,9%) άριστη.

Πίνακας 8. Αριθμός συμβάντων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	καμία αναφορά	129	75,9	76,8	76,8
	1-2 αναφορές	25	14,7	14,9	91,7
	3-5 αναφορές	10	5,9	6,0	97,6
	6-10 αναφορές	4	2,4	2,4	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 8, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (129 άτομα, 75,9%) υποστήριξε ότι δεν υπάρχει αναφορά σχετικά με τον αριθμό των συμβάντων ενώ 25 άτομα (14,7%) απάντησαν 1-2 αναφορές.

Πίνακας 9. Χρόνος εργασίας στο νοσοκομείο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	λιγότερο από 1 χρόνο	9	5,3	5,4	5,4
	1-5 χρόνια	29	17,1	17,3	22,6
	6-10 χρόνια	36	21,2	21,4	44,0
	11-15 χρόνια	27	15,9	16,1	60,1
	16-20 χρόνια	15	8,8	8,9	69,0
	21 ή περισσότερα χρόνια	52	30,6	31,0	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 9, 52 άτομα (30,6%) εργάζονταν 21 ή περισσότερα χρόνια, 36 άτομα (21,2%) εργάζονταν 6-10 χρόνια ενώ 29 άτομα (17,1%) εργάζονταν 1-5 χρόνια.

Πίνακας 10. Χρόνος εργασίας στη μονάδα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	λιγότερο από 1 χρόνο	13	7,6	7,8	7,8
	1-5 χρόνια	50	29,4	30,1	38,0
	6-10 χρόνια	39	22,9	23,5	61,4
	11-15 χρόνια	25	14,7	15,1	76,5
	16-20 χρόνια	12	7,1	7,2	83,7
	21 ή περισσότερα χρόνια	27	15,9	16,3	100,0
	Total	166	97,6	100,0	
Missing	System	4	2,4		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 10, 50 άτομα (29,4%) εργάζονταν 1-5 χρόνια, 39 άτομα (22,9%) εργάζονταν 6-10 χρόνια ενώ 27 άτομα (15,9%) εργάζονταν 21 ή περισσότερα χρόνια.

Πίνακας 11. Ώρες εργασίας την εβδομάδα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	λιγότερο από 20 ώρες	1	,6	,6	,6
	20-39 ώρες	26	15,3	15,4	16,0
	40-59 ώρες	126	74,1	74,6	90,5
	60-79 ώρες	12	7,1	7,1	97,6
	80-99 ώρες	3	1,8	1,8	99,4
	100 ή περισσότερες ώρες	1	,6	,6	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 11, 126 άτομα (74,1%) εργάζονταν 40-59 ώρες, 26 άτομα (15,3%) εργάζονταν 20-39 ώρες ενώ 12 άτομα (7,1%) εργάζονταν 60-79 ώρες.

Πίνακας 12. Θέση στο νοσοκομείο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΕ Νοσηλευτής	3	1,8	1,8	1,8
	ΤΕ Νοσηλευτής	60	35,3	35,9	37,7
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλευτή	41	24,1	24,6	62,3
	ΥΕ Βοηθός Θαλάμου	4	2,4	2,4	64,7
	ΥΕ	3	1,8	1,8	66,5
	Νοσοκόμος/Τραυματιο φορέας				
	Ειδικός ιατρός	25	14,7	15,0	81,4
	Ειδικευόμενος ιατρός	6	3,5	3,6	85,0
	Φαρμακοποιός	2	1,2	1,2	86,2
	Βοηθός	1	,6	,6	86,8
	Μονάδας/Υπάλληλος/Γραμματέας				
	Φυσιοθεραπευτής ειδικευμένος στην αναπνευστική αποκατάσταση	1	,6	,6	87,4
	Φυσικοθεραπευτής/Εργοθεραπευτής/Λογοθεραπευτής	2	1,2	1,2	88,6
	Τεχνικό προσωπικό	18	10,6	10,8	99,4
	Άλλο	1	,6	,6	100,0
Total	167	98,2	100,0		
Missing	System	3	1,8		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 12, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (60 άτομα, 35,3%) ανήκαν στον κλάδο ΤΕ Νοσηλευτών, 41 άτομα (24,1%) ανήκαν στον κλάδο ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών, 25 άτομα (14,7%) ήταν ειδικό ιατρικό προσωπικό ενώ 18 άτομα (10,6%) ήταν τεχνικό προσωπικό.

Πίνακας 13. Άμεση επαφή με ασθενείς					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναι	152	89,4	91,0	91,0
	όχι	15	8,8	9,0	100,0
	Total	167	98,2	100,0	
Missing	System	3	1,8		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 13, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (152 άτομα, 89,4%) απάντησαν ότι είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς ενώ μόλις 15 άτομα (8,8%) απάντησαν ότι δεν είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	λιγότερο από 1 χρόνο	4	2,4	2,4	2,4
	1-5 χρόνια	19	11,2	11,4	13,8
	6-10 χρόνια	33	19,4	19,8	33,5
	11-15 χρόνια	17	10,0	10,2	43,7
	16-20 χρόνια	39	22,9	23,4	67,1
	21 ή περισσότερα χρόνια	55	32,4	32,9	100,0
	Total	167	98,2	100,0	
Missing	System	3	1,8		
Total		170	100,0		

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 14, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα (55 άτομα, 32,4%) απάντησαν ότι είχαν 21 ή περισσότερα χρόνια εργασίας στην ειδικότητα, 39 άτομα (22,9%) είχαν 16-20 χρόνια ενώ 33 άτομα (19,4%) είχαν 6-10 χρόνια.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Συνεργασία εντός των τμημάτων	,167	151	,000	,945	151	,000
Προσδοκίες των προϊσταμένων	,130	151	,000	,958	151	,000
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	,164	151	,000	,936	151	,000
Υποστήριξη διοίκησης στην ασφάλεια	,116	151	,000	,970	151	,002
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	,145	151	,000	,966	151	,001
Ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη	,143	151	,000	,949	151	,000
Ανοιχτή επικοινωνία	,165	151	,000	,966	151	,001
Συχνότητα αναφοράς λαθών	,144	151	,000	,952	151	,000
Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων	,119	151	,000	,977	151	,013
στελέχωση	,127	151	,000	,971	151	,003
μεταφορές και διακομιδές ασθενών	,096	151	,002	,981	151	,036
μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	,086	151	,008	,981	151	,037
a. Lilliefors Significance Correction						

Στον παραπάνω πίνακα 15, αποτυπώνονται οι τιμές του τεστ Kolmogorov-Smirnov αναφορικά με την κανονικότητα του δείγματος. Δεν υπήρξε κανονικότητα σε καμία από τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου ($p < 0,05$).

Πίνακας 16. Υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ	11	6,5	6,5	6,5
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43	25,3	25,3	31,8
	Συμφωνώ	88	51,8	51,8	83,5
	συμφωνώ απόλυτα	28	16,5	16,5	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε τα ποσοστά υποστήριξης μεταξύ των εργαζομένων. Η πλειοψηφία αυτών (88 άτομα, 51,8%) συμφώνησαν ότι υπάρχει υποστήριξη μεταξύ τους. Σαράντα τρία άτομα (25,3%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 17. Ύπαρξη ομαδικής εργασίας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ	8	4,7	4,7	4,7
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	21	12,4	12,4	17,1
	Συμφωνώ	100	58,8	58,8	75,9
	συμφωνώ απόλυτα	41	24,1	24,1	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 17, βλέπουμε τα ποσοστά ύπαρξης ομαδικής εργασίας. Η πλειοψηφία αυτών (100 άτομα, 58,8%) συμφώνησαν ότι υπάρχει ομαδική εργασία. Σαράντα ένα άτομα (24,1%) συμφώνησαν απόλυτα.

Πίνακας 18. Σεβασμός μεταξύ των εργαζομένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαφωνώ	11	6,5	6,5	6,5
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	52	30,6	30,8	37,3
	Συμφωνώ	89	52,4	52,7	89,9
	συμφωνώ απόλυτα	17	10,0	10,1	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 18, βλέπουμε τα ποσοστά σεβασμού μεταξύ των εργαζομένων. Η πλειοψηφία αυτών (89 άτομα, 52,4%) συμφώνησαν ότι υπάρχει σεβασμός. Πενήντα δύο άτομα (30,6%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 19. Παροχή βοήθειας μεταξύ των εργαζομένων					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	1	,6	,6	,6
	Διαφωνώ	10	5,9	5,9	6,5
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	31	18,2	18,3	24,9
	Συμφωνώ	98	57,6	58,0	82,8
	συμφωνώ απόλυτα	29	17,1	17,2	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 19, βλέπουμε τα ποσοστά παροχής βοήθειας μεταξύ των εργαζομένων. Η πλειοψηφία αυτών (98 άτομα, 57,6%) συμφώνησαν ότι υπάρχει παροχή βοήθειας. Τριάντα ένα άτομα (18,2%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 20. Ανάπτυξη δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	2	1,2	1,2	1,2
	Διαφωνώ	16	9,4	9,4	10,6
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	40	23,5	23,5	34,1
	Συμφωνώ	85	50,0	50,0	84,1
	συμφωνώ απόλυτα	27	15,9	15,9	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 20, βλέπουμε τα ποσοστά ανάπτυξης δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Η πλειοψηφία αυτών (85 άτομα, 50%) συμφώνησαν ως προς αυτό το σημείο. Σαράντα άτομα (23,5%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 21. Ύπαρξη θετικών αλλαγών λόγω λαθών					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	11	6,5	6,5	6,5
	Διαφωνώ	27	15,9	16,1	22,6
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	71	41,8	42,3	64,9
	Συμφωνώ	52	30,6	31,0	95,8
	συμφωνώ απόλυτα	7	4,1	4,2	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 21, βλέπουμε τα ποσοστά ύπαρξης θετικών αλλαγών λόγω λαθών. Η πλειοψηφία αυτών (71 άτομα, 41,8%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν. Πενήντα δύο άτομα (30,6%) συμφώνησαν.

Πίνακας 22. Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	1	,6	,6	,6
	Διαφωνώ	12	7,1	7,1	7,6
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43	25,3	25,3	32,9
	Συμφωνώ	98	57,6	57,6	90,6
	συμφωνώ απόλυτα	16	9,4	9,4	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 22, βλέπουμε τα ποσοστά αναφορικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Η πλειοψηφία αυτών (98 άτομα, 57,6%) συμφώνησαν ως προς αυτό το σημείο. Σαράντα τρία άτομα (25,3%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 23. Αναφορά λαθών προτού επηρεάσουν τον ασθενή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ποτέ	6	3,5	3,5	3,5
	σπάνια	19	11,2	11,2	14,7
	μερικές φορές	44	25,9	25,9	40,6
	συνήθως	58	34,1	34,1	74,7
	πάντοτε	43	25,3	25,3	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 23, βλέπουμε τα ποσοστά συχνότητας αναφοράς λαθών προτού επηρεάσουν τον ασθενή. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (58 άτομα, 34,1%) απάντησαν συνήθως, 44 άτομα (25,9%) απάντησαν μερικές φορές ενώ 43 άτομα (25,3%) απάντησαν πάντοτε.

Πίνακας 24. Αναφορά λαθών που δε θα βλάψουν τον ασθενή					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ποτέ	4	2,4	2,4	2,4
	σπάνια	39	22,9	23,1	25,4
	μερικές φορές	30	17,6	17,8	43,2
	συνήθως	59	34,7	34,9	78,1
	πάντοτε	37	21,8	21,9	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 24, βλέπουμε τα ποσοστά συχνότητας αναφοράς λαθών που δε θα βλάψουν τον ασθενή. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (59 άτομα, 34,7%) απάντησαν συνήθως, 39 άτομα (22,9%) απάντησαν σπάνια ενώ 37 άτομα (21,8%) απάντησαν πάντοτε.

Πίνακας 25. Αναφορά λαθών που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή και τελικά δεν τον έβλαψαν

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ποτέ	12	7,1	7,1	7,1
	σπάνια	36	21,2	21,4	28,6
	μερικές φορές	35	20,6	20,8	49,4
	συνήθως	51	30,0	30,4	79,8
	πάντοτε	34	20,0	20,2	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 25, βλέπουμε τα ποσοστά συχνότητας αναφοράς λαθών που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή και τελικά δεν τον έβλαψαν. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (51 άτομα, 30%) απάντησαν συνήθως, 36 άτομα (21,2%) απάντησαν σπάνια ενώ 35 άτομα (20,6%) απάντησαν μερικές φορές.

Πίνακας 26. Αναφορά καλών λόγων από τον προϊστάμενο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	8	4,7	4,7	4,7
	Διαφωνώ	18	10,6	10,6	15,3
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	36	21,2	21,2	36,5
	Συμφωνώ	86	50,6	50,6	87,1
	συμφωνώ απόλυτα	22	12,9	12,9	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 26, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την αναφορά καλών λόγων από τον προϊστάμενο. Η πλειοψηφία αυτών (86 άτομα, 50,6%) συμφώνησαν. Τριάντα έξι άτομα (21,2%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 27. Ο προϊστάμενος λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση ασφάλειας του ασθενή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	5	2,9	2,9	2,9
	Διαφωνώ	12	7,1	7,1	10,0
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43	25,3	25,3	35,3
	Συμφωνώ	86	50,6	50,6	85,9
	συμφωνώ απόλυτα	24	14,1	14,1	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 27, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με το ότι ο προϊστάμενος λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση ασφάλειας του ασθενή. Η πλειοψηφία αυτών (86 άτομα, 50,6%) συμφώνησαν. Σαράντα τρία άτομα (25,3%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 28. Παράβλεψη από τον προϊστάμενο προβλημάτων ασφάλειας του ασθενή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	38	22,4	22,4	22,4
	Διαφωνώ	86	50,6	50,6	72,9
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	28	16,5	16,5	89,4
	Συμφωνώ	16	9,4	9,4	98,8
	συμφωνώ απόλυτα	2	1,2	1,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 28, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την παράβλεψη από τον προϊστάμενο προβλημάτων ασφάλειας του ασθενή. Η πλειοψηφία αυτών (86 άτομα, 50,6%) διαφώνησαν. Τριάντα οκτώ άτομα (22,4%) διαφώνησαν απόλυτα.

Πίνακας 29. Αίσθηση του προσωπικού ότι τα λάθη του μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	8	4,7	4,8	4,8
	Διαφωνώ	22	12,9	13,1	17,9
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	51	30,0	30,4	48,2
	Συμφωνώ	56	32,9	33,3	81,5
	συμφωνώ απόλυτα	31	18,2	18,5	100,0
	Total	168	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 29, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την αίσθηση του προσωπικού ότι τα λάθη του μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του. Η πλειοψηφία αυτών (56 άτομα, 32,9%) συμφώνησαν. Πενήντα ένα άτομα (30%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν.

Πίνακας 30. Εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το συμβάν καθαυτό

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	13	7,6	7,6	7,6
	Διαφωνώ	53	31,2	31,2	38,8
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	42	24,7	24,7	63,5
	Συμφωνώ	50	29,4	29,4	92,9
	συμφωνώ απόλυτα	12	7,1	7,1	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 30, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το συμβάν καθαυτό. Η πλειοψηφία αυτών (53 άτομα, 31,2%) διαφώνησαν. Πενήντα άτομα (29,4%) συμφώνησαν.

Πίνακας 31. Ανησυχία του προσωπικού για καταγραφή λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	11	6,5	6,5	6,5
	Διαφωνώ	53	31,2	31,4	37,9
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	54	31,8	32,0	69,8
	Συμφωνώ	39	22,9	23,1	92,9
	συμφωνώ απόλυτα	12	7,1	7,1	100,0
	Total	169	99,4	100,0	
Missing	System	1	,6		
Total		170	100,0		

Στον πίνακα 31, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την ανησυχία του προσωπικού για καταγραφή λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο. Η πλειοψηφία αυτών (54 άτομα, 31,8%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν. Πενήντα τρία άτομα (29,4%) διαφώνησαν.

Πίνακας 32. Καλλιέργεια από τη διοίκηση κλίματος εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	4	2,4	2,4	2,4
	Διαφωνώ	24	14,1	14,1	16,5
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	89	52,4	52,4	68,8
	Συμφωνώ	50	29,4	29,4	98,2
	συμφωνώ απόλυτα	3	1,8	1,8	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 32, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την καλλιέργεια από τη διοίκηση κλίματος εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών. Η πλειοψηφία αυτών (89 άτομα, 52,4%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν. Πενήντα άτομα (29,4%) συμφώνησαν.

Πίνακας 33. Προτεραιότητα της διοίκησης ως προς την ασφάλεια των ασθενών					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	4	2,4	2,4	2,4
	Διαφωνώ	28	16,5	16,5	18,8
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	71	41,8	41,8	60,6
	Συμφωνώ	59	34,7	34,7	95,3
	συμφωνώ απόλυτα	8	4,7	4,7	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 33, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με την προτεραιότητα της διοίκησης ως προς την ασφάλεια των ασθενών. Η πλειοψηφία αυτών (71 άτομα, 41,8%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν. Πενήντα εννέα άτομα (34,7%) συμφώνησαν.

Πίνακας 34. Ενδιαφέρον της διοίκησης για την ασφάλεια των ασθενών μόνο σε περίπτωση δυσάρεστου συμβάντος					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	διαφωνώ απόλυτα	4	2,4	2,4	2,4
	Διαφωνώ	40	23,5	23,5	25,9
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	55	32,4	32,4	58,2
	Συμφωνώ	53	31,2	31,2	89,4
	συμφωνώ απόλυτα	18	10,6	10,6	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Στον πίνακα 34, βλέπουμε τα ποσοστά σχετικά με το ενδιαφέρον της διοίκησης για την ασφάλεια των ασθενών μόνο σε περίπτωση δυσάρεστου συμβάντος. Η πλειοψηφία αυτών (55 άτομα, 32,4%) ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν. Πενήντα τρία άτομα (31,2%) συμφώνησαν.

Στο πλαίσιο εξέτασης της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών στους παράγοντες που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε η θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της οργανωσιακής μάθησης - συνεχούς βελτίωσης ($p=0,045<0,05$, $r=0,157$). Επιπρόσθετα, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη στελέχωση με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά (86,50 έναντι 70,54, $p=0,049<0,05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την εν λόγω ερευνητική μελέτη πάνω στα ερευνητικά ερωτήματα είναι σημαντικά και μπορούν να συνοψιστούν στα κάτωθι:

1. Στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα αναφορικά με το ποιες είναι οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση των προϊσταμένων/ διευθυντών απέναντι στα θέματα ασφάλειας περιγράφοντας τη σχέση με τον προϊστάμενο, οι συμμετέχοντες στην έρευνα τόνισαν ότι υπάρχει αναφορά καλών λόγων από τον προϊστάμενο καθώς και το ότι ο προϊστάμενος λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση ασφάλειας του ασθενή. Από την άλλη πλευρά, επισημάνθηκε ότι δεν υφίσταται παράβλεψη από τον προϊστάμενο προβλημάτων ασφάλειας του ασθενή.
2. Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με τον βαθμό τιμωρητικής διάθεσης στα λάθη που επικρατεί στο νοσοκομείο; Η έρευνα έδειξε ότι το προσωπικό θεωρεί ότι τα λάθη του μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του και να καταχωρηθούν στον υπηρεσιακό φάκελο του κάθε εργαζόμενου . Ωστόσο θεωρούν ότι καταγράφεται περισσότερο το συμβάν καθεαυτό και σε λιγότερο βαθμό το άτομο που διαπράττει κάποιο λάθος.
3. Το ερώτημα: Πόσο συχνά αναφέρονται τα λάθη από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προς τους προϊσταμένους και τη διοίκηση, όσον αφορά στη συχνότητα αναφοράς λαθών προτού επηρεάσουν τον ασθενή καθώς και στη συχνότητα αναφοράς λαθών που δε θα βλάψουν τον ασθενή, οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν συνήθως ότι γίνεται αυτό.
4. Στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα αναφέρεται στο βαθμό με τον οποίο η στάση της διοίκησης εκπληρώνει τις προσδοκίες των εργαζομένων πάνω σε θέματα ασφάλειας των ασθενών, με την καλλιέργεια από τη διοίκηση κλίματος εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φαίνεται να κρατά μία ουδέτερη στάση.
5. Στο ερώτημα σε ποιο βαθμό οι εργαζόμενοι ενός τμήματος συνεργάζονται μεταξύ τους, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι υπάρχει υποστήριξη και σεβασμός μεταξύ τους εντός του τμήματος όσο και διατμηματικά καθώς και το ότι υπάρχει ομαδική εργασία.

6. Τέλος το ερευνητικό ερώτημα: Στο κατά πόσο αναπτύσσονται προσπάθειες για συνεχή βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, οι περισσότεροι επαγγελματίες συμφώνησαν ως προς αυτό το σημείο. Επιπλέον, τονίστηκε ότι λαμβάνουν χώρα θετικές αλλαγές λόγω λαθών όπως και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή.

Στο πλαίσιο εξέτασης της επίδρασης κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών στους παράγοντες που συμπεριλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, φαίνεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία δίνουν περισσότερη έμφαση στην οργανωσιακή μάθηση - συνεχή βελτίωση ενώ στο κομμάτι της στελέχωσης δίνουν μεγαλύτερο βάρος οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Η εν λόγω επίδραση επιβεβαιώνεται και από άλλες σχετικές έρευνες (Kodak et al., 2007), (Carney et al., 2010), (Huang et al., 2007).

Αναφορικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εν λόγω μελέτη δεν μπορούν να γενικευθούν γιατί προέρχονται από ένα μόνο νοσοκομείο μεγάλης πόλης στην Ελλάδα. Θα πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω σε μεγαλύτερα δείγματα και από άλλα νοσοκομεία ιδιωτικά ή και δημόσια, δίνοντας τη δυνατότητα ελέγχου των υπό μελέτη μεταβλητών, σύγκρισης των αποτελεσμάτων, έτσι ώστε να μπορούν να προκύψουν γενικότερα συμπεράσματα.

Συμπερασματικά, είναι προφανής η ανάγκη να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της κουλτούρας ασφάλειας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Περαιτέρω έρευνα σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας θα παρείχε τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ.

Τα αποτελέσματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν τοπικά για να διευθύνουν ανεπαρκή επίπεδα κουλτούρας ασφάλειας σε συγκεκριμένους χώρους, να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών των πρακτικών ασφάλειας από το προσωπικό, να διευκολύνουν στην ανάπτυξη ειδικών πρακτικών ασφάλειας ή να χρησιμοποιηθούν ως σημείο αναφοράς και παρακολούθησης των αλλαγών.

Μια επιπλέον πρόταση είναι η επανάληψη της συγκεκριμένης έρευνας σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό την ανατροφοδότηση του νοσοκομείου σχετικά με θέματα ασφάλειας των ασθενών. Αυτό θα βοηθήσει στον εντοπισμό αδυναμιών και σημείων που απαιτούν βελτιώσεις, επιπλέον θα αυξήσει το επίπεδο εγρήγορσης και ευαισθητοποίησης του προσωπικού, καθώς θα βοηθήσει την διοίκηση να διαπιστώσει σε ποιο βαθμό τηρούνται οι κανονισμοί και οι κατευθυντήριες οδηγίες.

Από την πλευρά της διοίκησης θα πρέπει να τεθεί και να επικοινωνηθεί προς τους εργαζόμενους ένα δεσμευτικό όραμα πάνω στην ασφάλεια ασθενών. Επίσης η διοίκηση θα πρέπει να καταβάλει προσπάθεια ενδυνάμωσης και αξιολόγησης του προσωπικού, να συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια βελτίωσης της ασφάλειας δίνοντας η ίδια το παράδειγμα και τέλος να αναζητά συνεχώς ευκαιρίες βελτίωσης.

Στις προτάσεις μας είναι η κατάρτιση λεπτομερούς καθηκοντολογίου με σαφές περίγραμμα εργασίας για όλες τις επαγγελματικές ειδικότητες που εργάζονται στο νοσοκομείο και αδιάβλητο σύστημα αξιολόγησης και επαγγελματικής εξέλιξης. Αυτό θα βοηθήσει στον καλύτερο συντονισμό της παρεχόμενης φροντίδας, μειώνοντας έτσι την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων και αυξάνοντας το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών.

Την τελευταία δεκαετία η χώρα μας εισήλθε σε μία περίοδο μεγάλης οικονομικής κρίσης. Ένα από τα αποτελέσματα της κρίσης αυτής ήταν η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας που είχε σαν συνέπεια την υποστελέχωση του προσωπικού των νοσοκομείων κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού. Ο αριθμός των προσλήψεων σε σχέση με τις αποχωρήσεις είναι δυσανάλογα μικρός, με συνέπεια την υποστελέχωση τη γήρανση του προσωπικού των νοσοκομείων και κυρίως του νοσηλευτικού το οποίο είναι και προσωπικό πρώτης γραμμής πάνω στη φροντίδα των ασθενών. Έτσι η μεγάλη αύξηση του φόρτου εργασίας και η εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού οδηγούν σε μείωση της εγρήγορσης του προσωπικού και του επιπέδου ασφάλειας. Θα πρέπει λοιπόν η διοίκηση του νοσοκομείου και η πολιτεία εν γένει να προχωρήσει σε προσλήψεις προσωπικού στα νοσοκομεία προκειμένου αυτά να στελεχωθούν με ασφάλεια και να παρέχουν ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες στους ασθενείς

Η συστηματική επίβλεψη και εποπτεία του προσωπικού, που θα έχει σαν στόχο την παραγωγή ποιοτικότερων και ασφαλέστερων υπηρεσιών και όχι την τιμωρία,

καθώς και η ενδυνάμωση των εργαζομένων με την ταυτόχρονη διαχείριση των θεμάτων που άπτονται της ασφάλειας και την όλο και μεγαλύτερη συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, αποτελούν απαιτήσεις-προτάσεις που θα βελτιώσουν την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και θα την κάνουν ασφαλέστερη.

Τέλος θα πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης του νοσηλευτικού και όχι μόνο προσωπικού πάνω σε θέματα ασφάλειας αλλά και επικαιροποίησης και βελτίωσης των επαγγελματικών δεξιοτήτων. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση πάνω στην εκπαίδευση σχετικά με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας στη φροντίδα και στην παρακολούθηση (monitoring) του ασθενούς, όπως επίσης και στην βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του προσωπικού τόσο μεταξύ τους, για τον καλύτερο συντονισμό και απόδοση, όσο και με τους ασθενείς και τους οικείους τους προκειμένου να αντλούνται όλες οι απαραίτητες για την φροντίδα πληροφορίες αλλά και την εξασφάλιση της συμμετοχής και συνεργασίας του ασθενή στην διαδικασία της φροντίδας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Agency for Healthcare Research and Quality, (2007). *Patient Safety Network*. Διαθέσιμο σε: <https://psnet.ahrq.gov/glossary> (Ανακτήθηκε 24 Οκτωβρίου, 2019).
- Al F. Al-Assaf , Lisa J. Bumpus , Dana Carter & Stephen B. Dixon (2003) Preventing Errors in Healthcare: A Call for Action, *Hospital Topics*, 81:3, 5-13,
- AL. Lawati, M., Dennis, S., Short, S. & Abdulhadi, N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 19(104):1-12.
- Al-Assaf, A. F., & Sheikh, M. (2004). Quality improvement in primary health care: a practical guide. *Quality improvement in primary health care: a practical guide*
- Alotaibi, Y. & Federico, F. (2017). The impact of health information technology on patient safety. *Saudi Med J*. 38(12):1173-1180.
- Alvesson, M. & Sveningsson, S. (2007). *Changing Organizational Culture Cultural change work in progress*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Ammouri, A., Tailakh, K., Muliira, J. & Geethakrishnan, R. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*. 62:102-110.
- Barach, P., & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *Bmj*, 320(7237), 759-763.
- Battles, J. & Lilford, R. (2003). Organizing patient safety research to identify risks and hazards. *Qual Saf Health Care*. 12(Suppl II):ii2-ii7.
- Berwick, D. (2013). *Berwick review into patient safety Recommendations to improve patient safety in the NHS in England...* Διαθέσιμο σε: <https://www.gov.uk/government/publications/berwick-review-into-patient-safety> (Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2019).
- Bismark, M., Dauer, E., Paterson, R. & Studdert, D. (Οκτώβριος 2006). Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience. *CMAJ*. 175(8):889-894.
- Brailer, D. (2004). *The Decade of Health Information Technology: Delivering Consumer-centric and Information-rich Health Care*. Διαθέσιμο σε: http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/the_decade_of_hit-delivering_customer-centric_and_info-rich_hc.pdf (Ανακτήθηκε 4 Νοεμβρίου, 2019).

- Burke, J. (2008). *Patient safety in Europe: medication errors and hospital-acquired infections*. Διαθέσιμο σε: <http://eprints.gla.ac.uk/4919/> (Ανακτήθηκε 4 Οκτωβρίου, 2019).
- Carney, B. T., Mills, P. D., Bagian, J. P., & Weeks, W. B. (2010). Sex differences in operating room care giver perceptions of patient safety: a pilot study from the Veterans Health Administration Medical Team Training Program. *BMJ Quality & Safety*, 19(2), 128-131.
- Carney, M. (2011). Influence of organizational culture on quality healthcare delivery. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24(7):523-539.
- Choudhry, R. M., Fang, D., & Mohamed, S. (2007). The nature of safety culture: A survey of the state-of-the-art. *Safety science*, 45(10), 993-1012.
- Clarke, S. (2003). The contemporary workforce Implications for organisational safety culture. *Personnel Review*. 32(1):40-57.
- Davenport, D. L., Henderson, W. G., Mosca, C. L., Khuri, S. F., & Mentzer Jr, R. M. (2007). Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate, or working conditions. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(6), 778-784.
- Department of Health and Children (2008) Building a Culture of Patient Safety – Report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Dublin.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748).
- Donaldson, L. & Philip, P. (Δεκέμβριος 2004). Patient safety — a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*. 82(12):892-893.
- Donaldson, M. (2008). *An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety*. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Dovey, S., Meyers, D., Phillips Jr, R. & Green, L. (Σεπτέμβριος 2002). A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care*. 11:232-238.
- Durham, C. F., & Alden, K. R. (2008). Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- El Araby, S., Ra'oof, R. A., & Alkhadragey, R. (2018). Learning of Patient Safety in Health Professions Education. In *Vignettes in Patient Safety-Volume 3*. IntechOpen.

- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R. & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ Open*. 7:1-11.
- Emanuel, L., Berwick, D., Conway, J. & Combes, J. (2008). *What Exactly Is Patient Safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- European Commission. (2006). Medical Errors. *Special Euro barometer*. (Τόμ. 241, Αρ. 4). [χ.τ.]: Directorate General Press and Communication.
- Feng x., Bobay k. & Weiss m. (2008) Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 63(3), 310–319
- Fleming, M. (Σεπτέμβριος 2005). Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A "How To" Guide. *Healthcare Quarterly*. 8:14-19.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 45:653-667.
- Frank, J. R., & Brien, S. (2008). *The safety competencies: enhancing patient safety across the health professions*. Canadian Patient Safety Institute= Institut canadien pour la sécurité.
- Guldenmund, F. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 34:215-257
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 20:338-343.
- Handler, S., Castle, N., Stuenkel, S. & Perera, S. (2006). Patient safety culture assessment in the nursing home S M. *Qual Saf Health Care*. 15:400-404.
- Hatch, M. (1997). *Organization theory: Modern, Symbolic and Post Modern Perspectives*. UK: Oxford University.
- Hellings, J., Ward Schrooten, W., Niek S. Klazinga, N. & Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 23(5):489-506.
- Hellings, J., Ward Schrooten, W., Niek S. Klazinga, N. & Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 23(5):489-506.
- Hofmann, D. A., & Mark, B. (2006). An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*, 59(4), 847-869.
- Hofstede, G. (1991). *Culture and Organizations: Software of the Mind*. London: McGraw-Hill

- Hoppes, M. (2014). *Serious Safety Events: A Focus on Harm Classification: Deviation in Care as Link Getting to Zero™ White Paper Series — Edition No. 2.* Διαθέσιμο σε: https://www.ashrm.org/sites/default/files/ashrm/SSE-2_getting_to_zero-9-30-14.pdf (Ανακτήθηκε 28 Οκτωβρίου, 2019).
- Howren, M. B. (2013). Quality-Adjusted Life Years (QALYs). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, 1605-1606.
- <http://www.oagiosdimitrios.gr>
- Huang, D. T., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L. A., Sexton, J. B., Rowan, K. M., & Angus, D. C. (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(3), 151-161.
- Huang, D. T., Clermont, G., Sexton, B. J., Karlo, C. A., Miller, R. G., Weissfeld, L. A., ... & Angus, D. C. (2007). Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. *Critical care medicine*, 35(1), 165-176.
- Hudson, P. (1999). *Safety Culture - Theory and Practice.* Διαθέσιμο σε: <https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/p010445.pdf> (Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου, 2019).
- Human Engineering for the Health and Safety Executive. (2005). *A review of safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit.* . Bristol UK: Health and Safety Executive.
- IAEA. International Atomic Energy Authority. (1992). Summary report on the post accident review meeting on the Chernobyl accident (75-insag-1). *INSAG-7 the Chernobyl Accident: Updating of INSAG-1.* Vienna: International Atomic Energy Authority
- IoM (Institute of Medicine). (2007). *Preventing Medication Errors* (). Washington, DC: National Academies Press.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2019). *Hospital National Patient Safety Goals.* Διαθέσιμο σε: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2020.pdf (Ανακτήθηκε 1 Νοεμβρίου, 2019).
- Kapaki, V., & Souliotis, K. (2018). Defining Adverse Events and Determinants of Medical Errors in Healthcare. In *Vignettes in Patient Safety-Volume 3.* IntechOpen.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (1999). *To Err Is Human Building a Safer Health System.* Washington, D.C.: INSTITUTE OF MEDICINE NATIONAL ACADEMY PRESS.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000). *To Err Is Human Building a Safer Health System.* Washington, D.C.: NATIONAL ACADEMY PRESS.

- Leape, L., Lawthers, A. & Brennan, T. (1993). Preventing Medical Injury. *Qual Rev Bull.* 19(5):144-149.
- Leape, L., Woods, D. & Hatlie, M. (1998). Promoting Patient Safety by Preventing Medical Error. *JAMA.* 280(16):1444-1447.
- Lee, T. (1998). Assessment of safety culture at a nuclear reprocessing plant. *WORK & STRESS.* 12(3):217-237.
- Legido-Quigley, H., & Nolte, E. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action* (No. 12). World Health Organization
- Madsen, M. D. (2006). Patient safety: Safety culture and patient safety ethics. Roskilde, Denmark: Risø National Laboratory. Risø-PhD, No. 25(EN)
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety,* 6(4), 226-232.
- Marx, D. (2001). Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives. Medical Event Reporting System—Transfusion Medicine (MERS-TM). *Lung and Blood Institute.*
- Maxwell, R. (Σεπτέμβριος 1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action... *Qual Health Care.* 1(3):171
- McFadden, K., Henagan, S. & Gowen, C. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership’s effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management.* 29:390-404.
- Milligan, F. (Μάρτιος 2007). Establishing a culture for patient safety – The role of education. *Nurse Education Today.* 27:95-102.
- Mitchell, P. H. (2008). Defining patient safety and quality care. In *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.* Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Modak, I., Sexton, J. B., Lux, T. R., Helmreich, R. L., & Thomas, E. J. (2007). Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitudes questionnaire—ambulatory version. *Journal of general internal medicine,* 22(1), 1-5.
- Mustard, L. (Δεκέμβριος 2002). The Culture of Patient Safety. *JONA’S Healthcare Law, Ethics, and Regulation.* 4(4):111-115.
- National Patient Safety Agency, 2005a. Seven Steps to Patient Safety for Primary Care. Step 1: Build a Safety Culture. NPSA, London .

- Neale, G., Woloshynowych, M. & Vincent, C. (2001). Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *J R Soc Med.* 94:322-330.
- Nicolaides, C. & Dimova, A. (Οκτώβριος 2015). Assessment of patient safety climate in accident and emergency departments in Cyprus. *Scripta Scientifica Salutis Publicae.* 1(2):21-27.
- Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care.* 12(Suppl II):ii17-ii23.
- Page, A. (Ed.). (2004). *keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses.* National Academies Press.
- Palmieri, P. A., Peterson, L. T., Pesta, B. J., Flit, M. A., & Saettone, D. M. (2010). Safety culture as a contemporary healthcare construct: theoretical review, research assessment, and translation to human resource management. In *Strategic human resource management in health care* (pp. 97-133). Emerald Group Publishing Limited.
- Parker, D., Lawrie, M. & Hudson, P. (2006). A framework for understanding the development of organisational safety culture. *Safety Science.* 44:551-562.
- Raveendra, K. (2017). *Medical Errors in Day-To-Day Practice.* Διαθέσιμο σε: http://www.apiindia.org/pdf/progress_in_medicine_2017/mu_71.pdf (Ανακτήθηκε 3 Νοεμβρίου, 2019).
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *WORK & STRESS.* 12(3):293-306.
- Reason, J. (Μάρτιος 2000). Human error: models and management. *BMJ.* 320:768-770.
- Rigby, K. D., & Litt, J. C. B. (2000). Errors in health care management: what do they cost? *BMJ Quality & Safety,* 9(4), 216-221.
- Runciman, W. B., Baker, G. R., Michel, P., Dovey, S., Lilford, R. J., Jensen, N., & Bates, D. (2010). Tracing the foundations of a conceptual framework for patient safety ontology. *Qual Saf Health Care,* 19(6), e56-e56.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K. & Mains, D. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship.* 42(2):156-165
- Schein, E. (1990). ORGANIZATIONAL CULTURE. *American Psychologist.* 45(2):109-119.
- Sexton, B., Berenholtz, S., Goeschel, C. & Pronovost, P. (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med.* 39(5):934-939.

- Sexton, B., Makary, M., Tersigni, A. & Pryor, D. (Νοέμβριος 2006). Teamwork in the Operating Room Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *Anesthesiology*. 105(5):877-884.
- Singer, S., Gaba, D., Geppert, J. & Sinaiko, A. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Qual Saf Health Care*. 12:112-118.
- Singla, A., Kitch, B., Weissman, J. & Campbell, E. (Σεπτέμβριος 2006). Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *J Patient Saf*. 2(3):105-115.
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. S. (2017). The economics of patient safety.) Slawomirski, L. (2017). *The economics of patient safety*. Διαθέσιμο σε: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety_5a9858cd-en (Ανακτήθηκε 5 Οκτωβρίου, 2019).
- Sorra, J. & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*. 10:199.
- Stavrianopoulos, T. (Απρίλιος 2012). The Development of Patient Safety Culture. *HEALTH SCIENCE JOURNAL*. 6(2):201-211.
- Stawicki, S. P., & Firstenberg, M. S. (2017). Introductory chapter: The decade's long quest continues toward better, safer healthcare systems. In *Vignettes in Patient Safety-Volume 1*. IntechOpen.
- The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. Denmark: European Commission.
- The Health Foundation, (2011). *Measuring safety culture Evidence scan*. Διαθέσιμο σε: <https://www.health.org.uk/publications/measuring-safety-culture> (Ανακτήθηκε 12 Δεκεμβρίου, 2019).
- Tolentino, J. C., Martins, N., Sweeney, J., Marchionni, C., Valenza, P., McGinely, T. C., & Stawicki, S. P. (2018). Introductory chapter: Developing patient safety champions. *Vignettes in Patient Safety*, 2, 1-23.
- Vincent, C. (2012). *The Essentials of Patient Safety*. Διαθέσιμο σε: <https://chfg.org/introduction-to-patient-safety/> (Ανακτήθηκε 28 Οκτωβρίου, 2019).
- Weinstein, M., Torrance, G., & McGuire, A. (2009). QALYs. *Value in Health*, 12.
- WHO Regional Office for Europe, (2019). *Patient safety*. Διαθέσιμο σε: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety> (Ανακτήθηκε 23 Οκτωβρίου, 2019).
- WHO (2017). *Quality, Equity, Dignity A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health*. Διαθέσιμο σε:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/quality-of-care-brief-qed.pdf?ua=1 (Ανακτήθηκε 14 Οκτωβρίου, 2019).

- WHO (2019). *10 facts on patient safety*. Διαθέσιμο σε: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ (Ανακτήθηκε 4 Νοεμβρίου, 2019).
- WHO (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2004). *Quality improvement in primary health care: a practical guide*.
- World Health Organization. (2009). Patient safety a world alliance for safer health care. *Human Factors in Patient Safety, Review of Topics and Tools*.
- World Health Organization. (2009). Patient safety a world alliance for safer health care. *Human Factors in Patient Safety, Review of Topics and Tools*.
- World Health Organization. (2017). *Patient safety: making health care safer* (No. WHO/HIS/SDS/2017.11). World Health Organization
- WHO(1993), continuous quality development: A proposal National policy, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Yule, S. (2003). *Safety culture and safety climate: A review of the literature*. Διαθέσιμο σε: https://www.acecc.org.au/forum/attach/65_604078144832-zohar (1980) was the pioneer of assessing the state of safety via an attitude questionnaire instead of concentrating on lagging indicators.pdf (Ανακτήθηκε 29 Νοεμβρίου, 2019).
- Zohar, D. (1980). Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. *Journal of Applied Psychology*. 65(1):96-102.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- James, P. (1998). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Αδαμαντίδου, (2004). Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*. 89:29-31.
- Αλεξιάδης, Α. & Σιγάλας, Ι. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

- Δερβιτσιώτης, Κ. (2001). *Ανταγωνιστικότητα με διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Interbooks.
- Ζαλβανός, Μ. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Σταμούλης
- Καλογερόπουλος, Δ. & Χαραλάμπους, Γ. (2019). Ποιότητα και αποδοτικότητα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ποιότητα και αποδοτικότητα στην υγεία. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 8(1):22-34.
- Καπάκη, Β. (2015). *Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα..* Διδακτορική διατριβή. Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυριδόγλου, Γ. & Πολύζος, Ν. (2011). Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*. 28(1):70-78.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Λογοθέτης, Ν. (1992). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*. Αθήνα: Interbooks.
- Μαλάμου, Θ. (2016). Η μεθοδολογία υλοποίησης της διοίκησης ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία. *Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης*. 9(3):6-15.
- Μήτσης, Δ., Κελέση, Μ. & Καπάδοχος, Θ. (Απρίλιος 2012). Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 11(2):293-312.
- Μοιρασγεντή, Μ., Σμυρνάκης, Ε., Παναγοπούλου, Ε. & Μπένος, Α. (2018). Η ασφάλεια των ασθενών και ο ρόλος της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 35(5):665-670.
- Μπαλάσκα, Δ. & Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 4(3):106-120
- Παπαγεωργίου, Α. (2011). *Οργανωσιακή συμπεριφορά στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα. Παράγοντες υλοποίησης αλλαγών για τη βελτίωση της λειτουργίας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών τμήμα Νοσηλευτικής

- Παπακωστίδης Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(4):480-488.
- Παπαλεξανδρή, Ν. & Μπουραντάς, Δ. (2016). *Διοίκηση Ανθρώπινου δυναμικού*. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
- Παπανικολάου, Β. (2007). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Πετρίδης, Ε., Λαβράνος, Γ. & Ραφτόπουλος, Β. (2013). Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 30(4):449-455.
- Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α. & Ρήγα, Μ. (Οκτώβριος 2012). Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού. 11(4):577-592.
- Πολύζος Μ., Ν. (2014). *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Κριτική ΑΕ.
- Ρίκος, Ν. (Οκτώβριος 2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. 14(4):247-252.
- Σιαλάκης, Χ. (Ιούλιος 2018). Αξιολόγηση και Μέτρηση της Ποιότητας Υγείας και η Παράγοντες που την Επηρεάζουν. *Επιθεώρηση Υγείας*. 29(173)
- Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 20(5):532-546.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αξιότιμε κύριε/κυρία

Στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με τίτλο:« Η Ποιότητα με έμφαση στην Ασφάλεια των ασθενών σε μονάδες υγείας. Μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν.Θ “ο Άγιος Δημήτριος” » του μεταπτυχιακού προγράμματος «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ» του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδας καλείστε να συμμετάσχετε στην παρούσα έρευνα η οποία σχετίζεται με τη κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά και αποτελεί ένδειξη της συγκατάθεσής σας για να συμμετέχετε σε αυτή τη μελέτη. Η απαντήσες σας εκτείνονται από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα με την πρόταση/άποψη που διατυπώνεται και αντιστοιχούν στους αριθμούς από το 1 = Διαφωνώ απόλυτα έως το 5 = Συμφωνώ απόλυτα

Η συμμετοχή είναι εθελοντική και υπό αυτή τη μορφή μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή οποιαδήποτε στιγμή. Η ανωνυμία θα διατηρηθεί και δεν θα αναφέρεται κανένα στοιχείο στο ερωτηματολόγιο ή στην τελική έκθεση μελέτης που να σας ταυτοποιεί. Τα αποτελέσματα της μελέτης μετά την ολοκλήρωσή της θα είναι διαθέσιμα σε όλους τους συμμετέχοντες σε περίπτωση που το ζητήσουν

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Μεταπτυχιακός φοιτητής ΔΙ.ΠΑ.Ε

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Χατζηβασιλείου Χαράλαμπος

Τάνια Καπίκη-Πιβεροπούλου

\

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ



Αυτή η έρευνα ζητά τη γνώμη σας σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενή, ιατρικών λαθών και

αναφοράς συμβάντων στο νοσοκομείο σας. Θα χρειαστούν περίπου 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί.

- Ως «συμβάν» ορίζεται κάθε μορφή σφάλματος, λάθους, επεισοδίου, ατυχήματος ή παρέκκλισης ασχέτως αν καταλήγει ή όχι σε βλάβη του ασθενή.
- Ως "ασφάλεια του ασθενή" ορίζεται η αποφυγή και η πρόληψη βλαβών του ασθενή ή δυσάρεστων συμβάντων που προκύπτουν κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Ο Εργασιακός σας χώρος / Μονάδα

Σ' αυτή την έρευνα, σκεφτείτε την «μονάδα» σας ως τον εργασιακό χώρο, τμήμα ή κλινική του νοσοκομείου όπου διαθέτετε το μεγαλύτερο μέρος του εργάσιμου χρόνου σας ή παρέχετε τις περισσότερες κλινικές υπηρεσίες σας.

Ποιος είναι ο βασικός εργασιακός σας χώρος ή μονάδα στο νοσοκομείο;

Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση

τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

α. Πολλές διαφορετικές μονάδες/ όχι συγκεκριμένη μονάδα

β. Παθολογική

στ. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ι. Φαρμακείο

γ. Χειρουργική

ζ. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ια. Εργαστήρια

δ. Γυναικολογική

η. Ουρολογική

ιβ. Ακτινολογικό

ε. Χειρουργεία

θ. Οφθαλμολογική

ιγ. Αναισθησιολογικό

ιδ. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:

Παρακαλούμε δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με τον εργασιακό σας χώρο/μονάδα. Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ μονάδα ...	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον σ' αυτή την μονάδα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Σ' αυτή την μονάδα οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

...					
5. Το προσωπικό σ' αυτή την μονάδα δουλεύει περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
....					
6. Αναπτύσσουμε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
7. Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ό,τι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
8. Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
9. Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
10. Είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
11. Σ' αυτή την μονάδα όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					
12. Όταν αναφέρεται ένα «συμβάν» υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα καθαυτό	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
.....					

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Ο Εργασιακός σας χώρος / Μονάδα (Συνεχίζεται)

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ μονάδα ...	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
13. Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε κατόπιν την αποτελεσματικότητα τους.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Εργαζόμαστε σαν να τελούμε «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Η ασφάλεια του ασθενή δεν θυσιάζεται πότε προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών σ' αυτή την μονάδα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Ο Προϊστάμενός σας/ Διευθυντής της

Παρακαλούμε δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία της με τις επόμενες δηλώσεις σχετικά με τον άμεσο

προϊστάμενο/ διευθυντή της ή το άτομο στο οποίο λογοδοτείτε απευθείας.

Σημειώστε την απάντησή της τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
1. Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με της ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Ο προϊστάμενός μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος/ διευθυντής μου θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
4. Ο προϊστάμενος/διευθυντής μου παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά συμβαίνουν τα ακόλουθα στον εργασιακό σας χώρο/μονάδα;

Σημειώστε την απάντησή

σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ μονάδα ...	Ποτέ ↓	Σπάνια ↓	Μερικές Φορές ↓	Συνήθως ↓	Πάντοτε ↓
1. Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν σ' αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Στο τμήμα μας, συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν

Στον εργασιακό σας χώρο/ μονάδα του νοσοκομείου σας, πόσο συχνά αναφέρονται τα ακόλουθα λάθη, όταν αυτά συμβαίνουν; Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

	Ποτέ ↓	Σπάνια ↓	Μερικές Φορές ↓	Συνήθως ↓	Πάντοτε ↓
1. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

δεν θα βλάψει τον ασθενή;.....					
3. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή

Παρακαλούμε αξιολογήστε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή. Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση.

<input type="checkbox"/> A Άριστη	<input type="checkbox"/> B Πολύ καλή	<input type="checkbox"/> Γ Καλή	<input type="checkbox"/> Δ Μέτρια	<input type="checkbox"/> E Κακή
--	---	--	--	--

ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: Το νοσοκομείο σας

Παρακαλούμε δηλώστε την συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το

νοσοκομείο σας. Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √.

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
1. Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με την νοσηλεία τους λόγω ατελειών του συστήματος.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

.....					
4. Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ Απόλυτα ↓	Διαφωνώ ↓	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ↓	Συμφωνώ ↓	Συμφωνώ Απόλυτα ↓
10. Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς 	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ: Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί

Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει; Σημειώστε ΜΙΑ

απάντηση.

- α. Καμία αναφορά δ. 6 έως 10 αναφορές
 β. 1 έως 2 αναφορές ε. 11 έως 20 αναφορές
 γ. 3 έως 5 αναφορές στ. 21 ή περισσότερες αναφορές

ΕΝΟΤΗΤΑ Η: Πληροφορίες που αφορούν στο υπόβαθρο του προσωπικού

Αυτά τα στοιχεία θα διευκολύνουν την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Σημειώστε ΜΙΑ

απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα \surd .

1. Πόσο διάστημα εργάζεστε σ' αυτό το νοσοκομείο;

- α. Λιγότερο από 1 χρόνο δ. 11 έως 15 χρόνια
 β. 1 έως 5 χρόνια ε. 16 έως 20 χρόνια
 γ. 6 έως 10 χρόνια στ. 21 ή περισσότερα χρόνια

2. Πόσο καιρό εργάζεστε στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου;

- α. Λιγότερο από 1 χρόνο δ. 11 έως 15 χρόνια
β. 1 έως 5 χρόνια ε. 16 έως 20 χρόνια
γ. 6 έως 10 χρόνια στ. 21 ή περισσότερα χρόνια

3. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε σ' αυτό το νοσοκομείο;

- α. Λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα δ. 60 έως 79 ώρες την εβδομάδα
β. 20 έως 39 ώρες την εβδομάδα ε. 80 έως 99 ώρες την εβδομάδα
γ. 40 έως 59 ώρες την εβδομάδα στ. 100 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα

4. Τι θέση έχετε στο νοσοκομείο; Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση, η οποία να περιγράφει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη θέση που έχετε.

- α. Νοσηλεύτης Π.Ε. (ΑΕΙ)
β. Νοσηλεύτης Τ.Ε. (ΤΕΙ)
γ. Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε.(Ι.Ε.Κ.,Ε.Π.Α.Σ./Ε.Π.Α.Λ.)
δ. Βοηθός θαλάμου (Υ.Ε.)
ε. Νοσοκόμος / Τραυματιοφορέας (Υ.Ε.)
στ. Ειδικός Ιατρός
ζ. Ειδικευόμενος ιατρός
η. Φαρμακοποιός
θ. Διαιτολόγος
ι. Βοηθός Μονάδας/ Υπάλληλος/ Γραμματέας

- ια. Φυσιοθεραπευτής ειδικευμένος στην αναπνευστική αποκατάσταση
- ιβ. Φυσικοθεραπευτής/ Εργοθεραπευτής/Λογοθεραπευτής
- ιγ. Τεχνικό προσωπικό (π.χ. Ιατρείο Τεστ Κοπώσεως, Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ακτινολογικό Εργαστήριο)
- ιδ. Διοίκηση/ Διαχείριση
- ιε. Άλλο παρακαλώ προσδιορίστε:

5. Στη θέση εργασίας σας, συνήθως έχετε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς;

- α. ΝΑΙ, συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς.
- β. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς.

6. Πόσο καιρό δουλεύετε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;

- α. Λιγότερο από 1 χρόνο
- β. 1 έως 5 χρόνια
- γ. 6 έως 10 χρόνια
- δ. 11 έως 15 χρόνια
- ε. 16 έως 20 χρόνια
- στ. 21 ή περισσότερα χρόνια

Δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία:.....

2. Οικογενειακή κατάσταση

- 1 Έγγαμος/η 2 Άγαμος/η
3 Διαζευγμένος/η 4 Συμβίωση 5 Χηρεία

3. Φύλο:

- 1 Άνδρας 2 Γυναίκα

4. Εργάζεστε ως : Μόνιμος Υπάλληλος Συμβασιούχος

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο: (Σημειώστε το ανώτερο επίπεδο σπουδών)

- 1 ΤΕΙ 2 ΑΕΙ 3 Διετούς φοίτησης
4 Μεταπτυχιακό 5 Διδακτορικό

ΕΝΟΤΗΤΑ Θ: Τα σχόλιά σας

Παρακαλώ εκφράστε ελεύθερα την άποψή σας γράφοντας οποιαδήποτε σχόλια σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, τα λάθη ή τις αναφορές συμβάντων στο νοσοκομείο σας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

