



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Γιαννάκης Κούσουλός

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Θεοδώρου Μάμας

Λευκωσία, Ιανουάριος 2013

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ
ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
Γιαννάκης Κούσουλος

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Θεοδώρου Μάμας

Λευκωσία, Ιανουάριος 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ABSTRACT.....	11
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
2.1 Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας.....	17
2.1.1 Έννοιες και Ορισμοί.....	17
2.1.2 Η σημασία της κουλτούρας ασφάλειας για την ασφάλεια των ασθενών....	18
2.1.2.1 Η συμβολή του Μοντέλου των ανθρώπινων παραγόντων στην κουλτούρα ασφάλειας.....	19
2.1.2.2 Η συμβολή του Μοντέλου της Θεωρίας των συστημάτων στην κουλτούρα ασφάλειας.....	21
2.1.2.3 Η Θεωρία της δραστηριότητας στον εντοπισμό των επιμέρους κουλτούρων ασφάλειας.....	22
2.1.3 Εντοπισμός Παραγόντων που συνδέονται με τη κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.....	22
2.1.3.1. Συνεργασία των εργαζομένων εντός των νοσηλευτικών τμημάτων.....	24
2.1.3.2. Συχνότητα στην αναφορά λαθών.....	25
2.1.3.3. Απουσία ολοκληρωμένου συστήματος ελέγχου ποιότητας.....	27
2.1.3.4. Αδυναμία προσήλωσης της διεύθυνσης στην πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.....	28
2.1.3.5. Στρες και οργανωσιακοί παράγοντες.....	28
2.1.3.6. Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό.....	29
2.1.3.7. Το ακατάλληλο ωράριο.....	30
2.2 Η κουλτούρα ασφάλειας στο κλινικό χώρο.....	31
2.2.1 Προσδιορισμός μεθόδων μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας.....	31
2.2.2 Εφαρμογή Μεθόδων Μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας στον κλινικό χώρο.....	33

2.2.3. Η αναγκαιότητα ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας	35
2.2.3.1. Προγράμματα του Π.Ο.Υ. και της Ε.Ε.....	35
2.2.3.2 Πολιτική υγείας της Κύπρου για την ασφάλεια στην φροντίδα ασθενών.....	38
3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
3.1. Μεθοδολογία και Σχεδιασμός.....	40
3.1.2. Μέσα συλλογής Δεδομένων.....	40
3.1.3. Υλικό και μέθοδοι.....	42
3.1.4. Επεξεργασία δεδομένων.....	42
3.2. Στατιστική ανάλυση- Αποτελέσματα.....	44
3.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	46
3.2.2. Ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.....	48
3.2.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	48
3.2.2.2 Συνολική βαθμολογία.....	50
3.2.3. Προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	52
3.2.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	52
3.2.3.2 Συνολική βαθμολογία.....	53
3.2.4. Συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.....	57
3.2.4.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	57
3.2.4.2 Συνολική βαθμολογία.....	58
3.2.5. Βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.....	61
3.2.5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	61
3.2.5.2 Συνολική βαθμολογία.....	62
3.2.6. Συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.....	67
3.2.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα.....	67
3.2.6.2 Συνολική βαθμολογία.....	68

3.2.7. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.....	71
3.2.7.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	71
3.2.7.2. Συνολική βαθμολογία.....	72
3.2.8. Ελευθερία απόψεων του προσωπικού.....	75
3.2.8.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	75
3.2.8.2. Συνολική βαθμολογία.....	76
3.2.9. Συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.....	79
3.2.9.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	79
3.2.9.2. Συνολική βαθμολογία.....	80
3.2.10. Ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων.....	83
3.2.10.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	83
3.2.10.2. Συνολική βαθμολογία.....	84
3.2.11. Τρόπος λειτουργίας του προσωπικού.....	87
3.2.11.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	87
3.2.11.2. Συνολική βαθμολογία.....	89
3.2.12. Βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.....	92
3.2.12.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	92
3.2.12.2. Συνολική βαθμολογία.....	93
3.2.13. Αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.....	96
3.2.13.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	96
3.2.13.2. Συνολική βαθμολογία.....	97
3.2.14. Βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα.....	101
3.2.14.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	101
3.2.14.2. Συνολική βαθμολογία.....	101
3.2.15. Δηλωθέντα ατυχή συμβάντα.....	104
3.2.16. Σχόλια των συμμετεχόντων.....	105

3.2.17. Περιορισμοί.....	106
3.3 Αξιολόγηση Στατιστικών αποτελεσμάτων.....	107
3.4. Συμπεράσματα.....	111
4. Βιβλιογραφία.....	116
5. Παράρτημα.....	129
5.1 Παράρτημα 1.....	130
5.2 Παράρτημα 2.....	137

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

- Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνονται στην οικογένεια μου που με στήριξε, ενώ βρισκόταν σε μία δύσκολη στιγμή μεγάλων δοκιμασιών σε θέματα υγείας κατά την συγγραφή της παρούσας διατριβής.
- Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνονται και στον αναπληρωτή καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Δρ Μάμα Θεοδώρου για την πολύτιμη καθοδήγησή, τη βοήθειά και τις επισημάνσεις του.
- Στον ερευνητικό συνεργάτη του Πανεπιστημίου Αθηνών Δρ Γαλάνη Πέτρο για την συνδρομή του στη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, τις πρακτικές του συμβουλές και την πολύτιμη καθοδήγηση του.
- Στην αναπληρώτρια καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Victoria του Καναδά Δρ Μαλλίδου Αναστασία για την άδεια που μου έχει δώσει να χρησιμοποιήσω το μεταφρασμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο *'The Hospital Survey on Patient Culture (HSOPSC)*.
- Στους δημιουργούς του ερωτηματολογίου, την Veronica Nieva and Joann Sorra Principal Investigators στο Westat, Rockville των ΗΠΑ για την άδεια που μου έχουν δώσει να χρησιμοποιήσω το εν λόγω ερωτηματολόγιο.
- Στους συναδέλφους Νοσηλευτές, που χωρίς τη συμβολή τους η έρευνα θα ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί, αφού αφιέρωσαν κάποιο από το πολύτιμο τους χρόνο για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Το Υπουργείο Υγείας, τη Επιτροπή προώθησης Ερευνών και τη Διοίκηση του Νοσοκομείου για τη σχετική άδεια για διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που αφορούν τη διαπίστευση κάθε νοσοκομείου έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών. Το συγκεκριμένο θέμα απασχολεί ιδιαίτερα την Ευρωπαϊκή Ένωση αφού μελέτες έχουν δείξει ότι διαπράττονται ιατρικά σφάλματα στο 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο, με αρνητικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών και στα οικονομικά των νοσοκομείων. Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σημαντική διάσταση της ποιότητας φροντίδας και πρέπει να διερευνάται σε συνάρτηση με την ασφάλεια του προσωπικού φροντίδας υγείας και την κουλτούρα ασφάλειας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μέτρηση και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου μέσω των αντιλήψεων των νοσηλευτών με τη χρήση ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, στη βάση της ασφάλειας του ασθενή, της αποτελεσματικότητας και της ασθενοκεντρικής προσέγγισης.

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο μέχρι και το Μάιο του 2012 στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το μεταφρασμένο στα Ελληνικά δομημένο ερωτηματολόγιο *'The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Αποτελείται από 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου τοποθετημένες στην πεντάβαθμη κλίμακα *Likert*, χωρισμένες σε πέντε ενότητες για την διερεύνηση 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας. Το δείγμα αποτέλεσαν 205 νοσηλευτές (ποσοστό 89% του συνόλου των νοσηλευτών του νοσοκομείου) και η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 19.0.

Αποτελέσματα: Γενικά, η κουλτούρα ασφάλειας στο συγκεκριμένο νοσηλευτήριο δεν μπορεί να κριθεί θετική παρόλο που το 88.8% εκτιμά ότι ο βαθμός ασφάλειας του ασθενή κυμαίνεται από το καλώς έως το άριστα στο τμήμα που εργάζεται. Τα κύρια ευρήματα δεικνύουν ότι εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (80,5%) των συμμετεχόντων εργάζεται «πυροσβεστικά» λόγω της υποστελέχωσης των τμημάτων, το 41% των νοσηλευτών διατηρεί επιφυλάξεις για την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, ενώ το 78% δήλωσε ότι υπάρχει ομαδική συνεργασία εντός των τμημάτων. Η αντίληψη του 60% των νοσηλευτών φαίνεται αρνητική στη συχνότητα δήλωσης των λαθών και του 63.4% στην δημιουργία κλίματος μη τιμωρητέου

περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες δηλώνουν την απουσία συστήματος καταγραφής λαθών, του προσωπικού ασφαλείας, καθώς και ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα και κτιριακές εγκαταστάσεις.

Συμπεράσματα: Από τα ευρήματα της έρευνας συνάγεται ότι η απόδοση του συγκεκριμένου νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας δεν μπορεί να κριθεί θετική. Εξάλλου, η κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, που παρατείνει την υποστελέχωση των τμημάτων. Ωστόσο επείγει η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, η λειτουργία συστήματος αναφοράς λαθών και η σωστή στελέχωση του νοσηλευτηρίου. Εν κατακλείδι, τα λάθη δεν προκαλούνται μόνο από αμέλεια, αλλά και από υποκείμενα ελαττώματα στην οργάνωση, τα οποία καθιστούν το εργασιακό περιβάλλον επιρρεπή στα λάθη.

Λέξεις Κλειδιά: Ασφάλεια Ασθενών, Κουλτούρα Ασφαλείας, ιατρικά σφάλματα, υποστελέχωση, ομαδική συνεργασία, σύστημα αναφοράς λαθών.

ABSTRACT

Introduction: One of the most important issues regarding the accreditation of each hospital has to do with patient safety. This subject is of particular importance for the European Union since research have shown that medical errors occur in 10% of the hospitalization cases resulting in negative consequences on the health patients as well as additional costs for the hospital. The safety of the patients is an important dimension of the quality of healthcare and it must therefore be explored *on the basis of the safety of the healthcare staff and the safety culture.*

Purpose: The aim of this thesis is the measurement and the evaluation of patient safety culture of healthcare providers of a Public Hospital in Cyprus. This will be accomplished with the use of a specially shaped tool for the evaluation of the safety culture. The findings can be used in order to ensure quality in the provision of nursing care, on the basis of patient safety, effectiveness and a patient-oriented approach.

Materials and Methods: The research was conducted from April to May 2012 in this particular Hospital. The tool used for the research was the structured, translated into Greek questionnaire “The Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC). This questionnaire consists of 42 Likert scale questions, divided into five sections twelve dimensions of patient safety culture. The participants were 205 nurses (a percentage of 89% of the total number of the hospital’s nursing staff) and the data analysis was performed with the use of the statistical package SPSS 19.0.

Findings: The safety culture of this particular hospital cannot be characterised as positive, even though 88.8% of the participants of this research estimate that the patient’s safety level fluctuates from good to excellent, in relation to the department in which they work. The main findings indicate that a high percentage (80.5%) of participants stated that they work in an “*extinguishing*” way due to the understaffing of the departments, 41% of the nursing staff have reservations as to the existence of collaboration between the departments, whereas 78% stated that there is collaboration between the nursing staff of each department. 60% of the participants seem to have a negative perception regarding the frequency of error correction and 63.4% seems to have a negative perception regarding the creation of an environment where mistakes are not punished. In addition to these, there is the lack of an error reporting system and of safety staff, along with deficiencies in basic consumables and premises.

Conclusions: Based on the findings of this research it can be concluded that the performance of this particular hospital in relation to safety issues is not positive. Moreover, the patients' safety culture is negatively affected by the current economic crisis which prolongs the understaffing of departments. Nevertheless, the reassurance of collaboration between departments is an urgent matter along with the creation of an errors report system and the adequate staffing of the hospital. In conclusion, errors occur more as a result of defects subject to the organization rather than of negligence, since these defects lead to a prone to errors working environment.

Key words: Patient Security, Safety Culture, medical faults, understaffing, collaboration, errors report system.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα τα οποία αφορούν τη διαπίστευση κάθε νοσοκομείου έχει να κάνει με την ασφάλεια των ασθενών.¹ Ασφάλεια των ασθενών νοείται η προστασία από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη,² σαν αποτέλεσμα του κλινικού λάθους είτε μετά από την ακούσια εκτέλεση του είτε μετά από κάποια παράλειψη.³ Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine - IOM) ως λάθος ορίζει την «αποτυχία να ολοκληρωθεί μια παρέμβαση όπως σχεδιάστηκε με βάση το οργανωμένο σχέδιο που είχε προβλεφθεί ή με τη χρήση ενός ατελέσφορου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου».⁴ Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ζήτημα που ανησυχεί ιδιαίτερα την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και μελέτες έχουν δείξει ότι σε αρκετές χώρες, διαπράττονται ιατρικά σφάλματα σε ποσοστό 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο,^{5,6} ενώ παρατηρείται ένα ποσοστό 8-12% ανεπιθύμητων περιστατικών σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης.⁷

Ειδικότερα, το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών είναι υπαρκτό και γιγαντώνεται καθημερινά υπονομεύοντας την αξιοπιστία της νοσηλευτικής.⁸ Κάθε χρόνο, εκατομμύρια ασθενείς σε όλο το κόσμο πέφτουν θύματα των σφαλμάτων αυτών που συνδέονται με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι βλάβες αυτές, επηρεάζουν τους ασθενείς αλλά και τους απασχολούμενους στο χώρο της υγείας και αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας έχοντας οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες. Η φροντίδα υγείας είναι δυνατό να προκαλέσει μόνιμη βλάβη στον ασθενή⁹ και σύμφωνα με την μελέτη *'To Err is Human'*¹, 44000-98000 νοσηλευόμενοι αποβιώνουν και περισσότεροι από ένα εκατομμύριο τραυματίζονται ετησίως στις ΗΠΑ λόγω λαθών τα όποια αποτελούν την όγδοη αιτία θανάτου.^{10,11} Παράλληλα, ο μέσος ασθενής στη ΜΕΘ βιώνει 1,7 λάθη την ημέρα εκ των οποίων το ένα τρίτο είναι απειλητικά για την ζωή του,¹² ενώ ποσοστό μεταξύ 2,9-16% των ασθενών αντιμετωπίζει τουλάχιστο ένα ή και περισσότερα ανεπιθύμητα περιστατικά στη διάρκεια ζωής του.¹³ Οι βλάβες που προκαλούν τα λάθη του προσωπικού στους ασθενείς έχουν ως αποτέλεσμα την παράταση της διάρκειας νοσηλείας τους από 1,9

¹ Στις 29 Νοεμβρίου 1999, το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) (IOM) δημοσίευσε μια έκθεση με τίτλο τα λάθη είναι ανθρώπινα (To Err is human: Building a Safer Health System) : την οικοδόμηση ενός ασφαλέστερου συστήματος υγείας.

μέχρι 4,6 ημέρες και την αύξηση του κόστους που κυμαίνεται από \$ 2.262 μέχρι \$4,685 ανά ασθενή. Δηλαδή σε ένα νοσοκομείο 700 κλινών στοιχίζει \$5.600.000 το χρόνο.¹⁴ Οι παράγοντες που σχετίζονται με λάθη και παραλείψεις στην κλινική πρακτική είναι κυρίως η επαγγελματική εξουθένωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, το κυκλικό ωράριο, το μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον και η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό.¹⁵

Ο Ιπποκράτης και η Florence Nightingale, θεμελιωτές της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής επιστήμης αντίστοιχα, έθεσαν ως βασική αρχή των επαγγελματιών υγείας να ωφελούν και όχι να βλάπτουν τους ασθενείς. Η μετεξέλιξη του Ιπποκράτειου μοντέλου *ωφέλειν ή μη βλάπτειν* και του *primum non nocere* της Nightingale σε μια νέα εποχή, που αναγνωρίζει την ποιότητα της φροντίδας, ως σύνθημα πολιτικής υγείας, αναδεικνύει την ασφάλεια των ασθενών ως τον πιο σύγχρονο στόχο.¹⁶ Σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία, τα λάθη αυτά είναι ένα υποσύνολο των λαθών στην παρεχόμενη ποιότητα,¹⁷ η οποία σκοπό έχει την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή¹⁸ και την ασφάλεια των πασχόντων που αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας^{19,20,21,22} και πρέπει να διερευνάται σε συνάρτηση με την ασφάλεια του προσωπικού φροντίδας υγείας, δίνοντας έμφαση στην «κουλτούρα ασφάλειας».²³

Έτσι, τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, οι επιστήμονες έστρεψαν την προσοχή τους στα ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή, με την ελπίδα να συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Σύμφωνα με έρευνα του Institute of Medicine, που δημοσιεύτηκε το 1999, το 90% των λαθών, προκαλούνται λόγω του συστήματος υγείας και δεν αποτελούν ευθύνη μεμονωμένων ατόμων.¹¹ Εάν ληφθεί υπόψη ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται μόνο από αμέλεια του ατόμου αλλά και από το διοικητικό και οργανωσιακό περιβάλλον ή το σύστημα που είναι επιρρεπές στα λάθη,²⁴ η αξιολόγηση και κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας που *εμπερικλείει το ατομικό και ομαδικό στοιχείο αξιών και συμπεριφορών ενός οργανισμού*²⁵ είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στη λήψη των κατάλληλων μέτρων με σκοπό την ασφάλεια του ασθενή. Η βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας είναι βασικό συστατικό για την πρόληψη ή τη μείωση των σφαλμάτων και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλα τα διεθνή μέτρα που έχουν ληφθεί για τη βελτίωση της ασφάλειας από το

Συμβούλιο της Ευρώπης, τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [ΠΟΥ] που συντονίζουν τις δραστηριότητες τους διάμεσου της Παγκόσμιας Ένωσης Ασφάλειας των Ασθενών (World Alliance for Patient Safety), λίγοι οργανισμοί έχουν αξιολογήσει το βαθμό στον οποίο η ασφάλεια αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα.²⁶

Ο Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μέτρηση και αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών διαμέσου των αντιλήψεων και απόψεων των νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου, σε ένα χώρο όπου δεν έχει γίνει παρόμοια έρευνα. Τα θέματα που εγείρονται, είναι θέματα που έχουν σχέση με την ασφάλεια του ασθενή και τα οποία συμπεριλαμβάνονται σε ειδικό διαμορφωμένο εργαλείο αποτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας, θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση των κινδύνων και των συνεπειών των ανεπιθύμητων γεγονότων και κατά συνέπεια θα συμβάλουν στη καλύτερη διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, στη βάση της ασφάλειας του ασθενή, της αποτελεσματικότητας και της ασθενοκεντρικής προσέγγισης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας

2.1.1 Έννοιες και Ορισμοί

Ο όρος *κουλτούρα της Ασφάλειας στην Εργασία* (Safety Culture) πρωτοεμφανίστηκε λίγο μετά το πυρηνικό ατύχημα στο Chernobyl το 1986. Σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Επιτροπής Ατομικής Ενέργειας, (International Nuclear Safety Advisory Group- INSAG) ως κουλτούρα Ασφάλειας Εργασίας, ορίζεται «...*το σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων των οργανισμών ή των ατόμων που καθορίζουν πως πρότιστη προτεραιότητα στη λειτουργία των οργανισμών ή των ατόμων παίζει η εφαρμογή μέτρων ασφάλειας και αυτά τα μέτρα ασφάλειας λαμβάνουν την απαραίτητη προσοχή που εγγυάται την εφαρμογή τους*²⁷». Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει το σύνολο των χαρακτηριστικών, συμπεριφορών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας των πυρηνικών σταθμών είναι *υπεράνω όλων*²⁸ και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυγχάνει της δέουσας προσοχής.²⁹

Παράλληλα, η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ασφάλεια των Πυρηνικών Εγκαταστάσεων (Advisory Committee on the safety of nuclear installations ACSNI) καθορίζει τον όρο κουλτούρα ασφάλειας ως *την συνισταμένη των ατομικών και ομαδικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζει το επίπεδο δέσμευσης, το ύφος και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού και της διαχείριση της ασφάλειας*.³⁰ Οι ορισμοί της κουλτούρας ασφάλειας πηγάζουν από το γεγονός ότι η έκβαση της καταστροφής του ατυχήματος του Chernobyl επήλθε όχι μόνο λόγω ατομικών αλλά και οργανωτικών αιτιών, τα οποία είχαν δημιουργηθεί λόγω χαμηλής αντίληψης και συνειδητοποίησης σχετικά με την ασφάλεια. Είναι φανερό ότι η κουλτούρα ασφάλειας έχει σχέση όχι μόνο με τη δέσμευση της διοίκησης για την ασφάλεια, το ύφος επικοινωνίας, αλλά επίσης και με την παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, την ηθική τους ενίσχυση, την αντίληψη των λαθών, και τη συμπεριφορά τους ως προς την ίδια τη διοίκηση.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον επίσημο ορισμό του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, κουλτούρα ασφάλειας εννοείται «...*το σύνολο των πνευματικών, υλικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας ή μέρους αυτής, που περιλαμβάνει*

την τέχνη, την πεζογραφία, τον τρόπο ζωής, τις αξίες, τις παραδόσεις και τα πιστεύω της³¹...» και σύμφωνα με την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου, η κουλτούρα ασφάλειας μπορεί να οριστεί ως το προϊόν των ομαδικών και ατομικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της διοίκησης, υγιεινής και ασφάλειας ενός οργανισμού αντιπροσωπεύοντας το μοναδικό στυλ λειτουργίας κάθε οργανισμού.³² Είναι φανερό ότι όλοι οι ορισμοί της κουλτούρας ασφάλειας εμπερικλείουν το ατομικό και ομαδικό στοιχείο αξιών και συμπεριφορών ενός οργανισμού. Το εννοιολογικό εύρος της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας, που απεικονίζεται σε αυτό τον ορισμό αντικατοπτρίζεται στο ευρύ φάσμα των θεμάτων, τα οποία καλύπτονται από το μέσο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας. Τα μέσα αυτά συχνά αξιολογούν τις αξίες, στάσεις, συμπεριφορές, και τους κανόνες των μελών της οργάνωσης. Μπορούν επίσης να επικεντρωθούν στις αντιλήψεις του οργανωτικού πλαισίου, όπως οι διαχειριστικές προτεραιότητες, η επάρκεια των πόρων και η κατάρτιση.

Η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα κοινωνικό θέμα, όχι μόνο ατομικό ζήτημα του εργαζομένου. Και πρέπει να διαχωριστεί η κουλτούρα ασφαλείας απ' την πολιτική ασφαλείας. Η πολιτική ασφαλείας είναι τα μέτρα, τα οποία παίρνει η επιχείρηση, για να είναι συμβατή με την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας. Η κουλτούρα ασφαλείας, αντίθετα, είναι εκείνο που βιώνεται στο χώρο εργασίας. Δηλαδή το γεγονός ότι κάποιος εργαζόμενος λαμβάνει μέτρα ασφαλείας και του δίνονται κάποια μέσα ατομικής προστασίας, αυτό είναι πολιτική ασφαλείας.³³ Η μεγαλύτερη πρόκληση για ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας, είναι να αλλάξει την κουλτούρα ασφάλειας. Αντί δηλαδή να κατηγορηθούν τα άτομα για λάθη ως προσωπικές αποτυχίες, τα λάθη αυτά να αντιμετωπίζονται ως ευκαιρίες για τη βελτίωση του συστήματος και την αποφυγή της βλάβης.³⁴

2.1.2 Η σημασία της κουλτούρας ασφάλειας για τους ασθενείς

2.1.2.1 Η συμβολή του Μοντέλου των Ανθρώπινων Παραγόντων στην κουλτούρα ασφάλειας

Παρά την πρόοδο της τεχνολογίας, των επιστημών και την άνοδο του κοινωνικού και βιοτικού επιπέδου, λάθη εξακολουθούν να γίνονται και αποτελούν την όγδοη αιτία

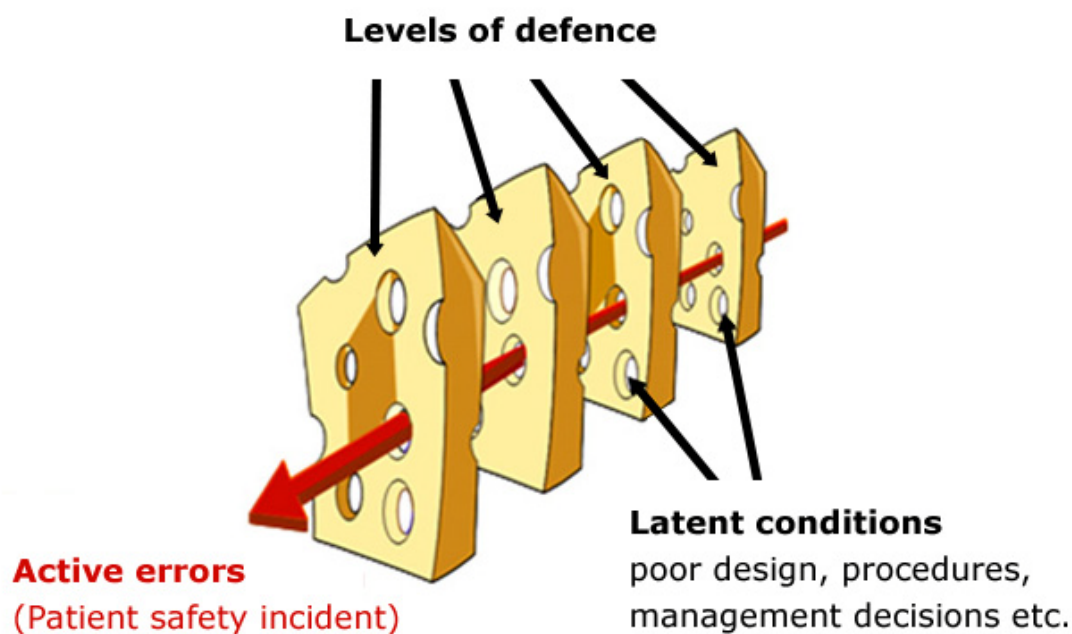
θανάτου στις ΗΠΑ, ξεπερνώντας τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, από καρκίνο του μαστού και AIDS.³⁵ Το πιο σημαντικό σ' αυτή την κατάσταση είναι η ανεύρεση των πραγματικών αιτιών που συμβάλλουν στην πρόκληση λαθών.

Είναι γεγονός ότι κάθε φροντίδα, κάθε χειρισμός, κάθε θεραπευτική προσέγγιση εμπεριέχει την πιθανότητα λάθους. Το λάθος είναι απόλυτα συνυφασμένο με την ύπαρξη του ανθρώπου. Παρόλα αυτά σύμφωνα με τον Reason τα περισσότερα λάθη δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της αμέλειας του ανθρώπου, αλλά προκαλούνται και από προβλήματα στα συστήματα τα οποία δημιουργούν ένα περιβάλλον επιρρεπές στα λάθη *δημιουργώντας μια αρνητική κουλτούρα ασφάλειας*. Σύμφωνα με το **μοντέλο των ανθρώπινων παραγόντων**, οι επαγγελματίες υγείας είναι ανθρώπινα όντα, και όπως όλοι οι άνθρωποι κάνουν και αυτοί λάθη. Στην προσωπική και επαγγελματική ζωή όλοι διαπράττουν λάθη σε ότι κάνουν, ή ξεχνούν να κάνουν. Σύμφωνα με την θεωρία του Reason, είναι αδύνατη η αλλαγή της ανθρώπινης κατάστασης για τη μείωση των κλινικών λαθών, αλλά αυτό που μπορεί να γίνει είναι η αλλαγή των συνθηκών μέσα στις οποίες εργάζονται οι άνθρωποι και η δημιουργία μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας.

Σύμφωνα με τον Porto³⁶ η σχέση της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων με τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας βασίζεται σε τρεις αρχές που καθοδηγούν το σχεδιασμό των συστημάτων. Οι αρχές αυτές είναι: 1) η πρόληψη των λαθών με το σχεδιασμό συστημάτων και η δημιουργία θετικού κλίματος κουλτούρας ασφάλειας, που εξουδετερώνει τις προβλέψιμες ανθρώπινες αδυναμίες, κάνοντας έτσι πιο δύσκολη τη δημιουργία λαθών. 2) Η μη απόκρυψη λαθών. Τα λάθη πρέπει να γίνονται γνωστά, έτσι ώστε να λαμβάνονται μέτρα ικανά να τα περιορίσουν. 3) Η ανάπτυξη στρατηγικών που μετριάζουν τις επιπτώσεις των λαθών, αμέσως μόλις αυτά προκύπτουν.

Ένα ανθρώπινο μοντέλο, που είναι όλο και πιο γνωστό στον τομέα της υγείας, είναι το *μοντέλο του Ελβετικού τυριού* για τα οργανωτικά ατυχήματα. Το Ελβετικό Μοντέλο υποστηρίζει ότι σε κάθε σύστημα υπάρχουν πολλά επίπεδα άμυνας. Παραδείγματα των επιπέδων της άμυνας είναι ο έλεγχος των φαρμάκων πριν από τη χορήγηση, η προεγχειρητική λίστα ελέγχου ή η επισήμανση της περιοχής πριν από μια χειρουργική επέμβαση. Κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα άμυνας έχει μικρές

«οπές» που προκαλούνται από τον κακό σχεδιασμό, τον τρόπο λήψης αποφάσεων, τις διαδικασίες, την έλλειψη κατάρτισης, την κακή στελέχωση και τους περιορισμένους πόρους. Αυτές οι οπές είναι γνωστές ως «λανθάνουσες συνθήκες» (latent conditions).³⁷



Γράφημα 1: Το μοντέλο του Ελβετικού τυριού.(Reason 1990)

Εάν οι λανθάνουσες συνθήκες ευθυγραμμιστούν σε διαδοχικά επίπεδα άμυνας, δημιουργούν ένα παράθυρο ευκαιρίας για ένα περιστατικό *συμβάματος* που επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών. Η ευθυγράμμιση των λανθανουσών συνθηκών απεικονίζεται από το βέλος που διεισδύει διαμέσου όλων των επιπέδων της άμυνας. (γράφημα 1). Έτσι, οι λανθάνουσες συνθήκες αυξάνουν την πιθανότητα λαθών από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης.³⁷ Επομένως, λάθος δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του *λανθάνειν*, αλλά και η αποτυχία στην εκτίμηση, η αστοχία, η απροσεξία, το σφάλμα, η παράλειψη. Κι αυτό γιατί διάφοροι εξωγενείς παράγοντες επηρεάζουν το ανθρώπινο δυναμικό που δεν διεκδικεί το αλάθητο, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης νοσηλευτικών λαθών.³⁸ Αυτό διαφαίνεται μέσα από έρευνες που επικυρώνουν το γεγονός ότι τα λάθη δεν προκαλούνται μόνο από τα άτομα, αλλά και από το σύστημα, το περιβάλλον εργασίας, την οργάνωση, καθώς και τις αλληλοεπιδράσεις τους αλλά και τις

επιδράσεις τους με το εξωτερικό περιβάλλον, που δημιουργεί μια συγκεκριμένη κουλτούρα ασφάλειας. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα οργανωτικά προβλήματα είναι αυτά που ευθύνονται όταν παρατηρούνται ανθρώπινα σφάλματα και οι ίδιες οι οργανωτικές δομές προσβάλλουν τις δικλίδες ασφαλείας και επιτρέπουν την ύπαρξη των ανθρώπινων σφαλμάτων.³⁹

2.1.2.2 Η συμβολή του Μοντέλου της Θεωρίας των συστημάτων στην κουλτούρα ασφάλειας

Η **θεωρία των συστημάτων**,⁴⁰ επαναλαμβάνει την αντίληψη ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται από αμέλεια ή ανικανότητα των ανθρώπων αλλά και από τα υποκείμενα ελαττώματα στα συστήματα. Τα λάθη δεν αντιμετωπίζονται ως αιτία αλλά ως συνέπεια ή σύμπτωμα μη εμφανών καταστάσεων που προέρχονται από εκείνο το επίπεδο του οργανισμού, που δεν αποτελεί την κύρια λειτουργία του.²⁶ Καθώς οι οργανισμοί είναι σύνθετα δυναμικά συστήματα, η θεωρία των συστημάτων έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την **οργανωσιακή Θεωρία**, η οποία στοχεύει στη συστηματική μελέτη του τρόπου συμπεριφοράς και δράσης των ατόμων που ανήκουν σε κάποιον οργανισμό. Η συστημική προσέγγιση των οργανισμών είναι διεπιστημονική, συνδυάζοντας τις προσεγγίσεις διάφορων επιστημονικών πεδίων που συνδυάζουν αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις μέσα σε ένα κοινό πλαίσιο, το οποίο δίνει έμφαση στις αλληλοεπιδράσεις των μελών του οργανισμού και όχι στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.⁴¹

Η θεωρία των συστημάτων επιβεβαιώνεται και από το Διεθνές Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) το οποίο κατέδειξε ότι τα λάθη προκαλούνται από ελαττωματικά συστήματα, διαδικασίες και συνθήκες, οι οποίες οδηγούν τους ανθρώπους να διαπράττουν λάθη αλλά και να αδυνατούν να τα αποτρέψουν.¹¹ Οι κύριοι παράγοντες, που σχετίζονται με τη μη ασφαλή παροχή υπηρεσιών φροντίδας μπορεί να είναι οργανωσιακοί και διοικητικοί παράγοντες των νοσοκομείων,⁴² και είναι δυνατόν να οφείλονται εκτός από το ανθρώπινο λάθος, και στην αποτυχία του συστήματος υγείας που προκύπτει σταδιακά⁴³ στη συλλογική αδυναμία προσήλωσης στα θέματα ασφάλειας.⁴⁴ Λόγω της αποτυχίας στα συστήματα, η πρόληψη λαθών έχει εστιασθεί σε αυτά τα συστήματα και όχι στον άνθρωπο, από διάφορα εργαλεία όπως το Failure Mode Effect Analysis (FMEA) που σκοπό έχει την πρόληψη λαθών και τη μείωση της πιθανότητας λάθους. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βελτίωση των τεχνικών ανάλυσης, τις

προληπτικές ενέργειες, την ελαχιστοποίηση των συνεπειών του λάθους, τη διαδικασία εναλλακτικών λύσεων και την πρόληψη τέτοιων συμβάντων.⁴⁵

2.1.2.3 Η Θεωρία της δραστηριότητας στον εντοπισμό των επιμέρους κουλτούρων ασφάλειας

Η θεωρία των συστημάτων αλλά και η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων επιβεβαιώνονται μέσα από έρευνες που έδειξαν ότι για τη διάπραξη λαθών δεν ευθύνεται μόνο ο ανθρώπινος παράγοντας. Σημαντική για την ανάπτυξη ενός ολιστικού πλαισίου αξιολόγησης των αιτιών των επαγγελματικών ατυχημάτων με σκοπό την ασφάλεια των ασθενών, είναι και η **θεωρία της δραστηριότητας**.⁴⁶ Η θεωρία αυτή παρουσιάζει μια προσέγγιση για την ανάλυση δραστηριοτήτων μέσα σε ένα κοινωνικο-πολιτιστικό-ιστορικό πλαίσιο της ομάδας που αφορά και λαμβάνει υπόψη τα κίνητρα και τους στόχους, που συνδέονται με το σκοπό της δραστηριότητας. Η θεωρία της δραστηριότητας καθορίζει επίσης τα μέσα (υλικά και νοητικά) τα οποία βοηθούν τη δραστηριότητα, καθώς επίσης και τους κανόνες και τον επιμερισμό της εργασίας που την επηρεάζουν.⁴⁷ Η θεωρία της δραστηριότητας αποτελεί ένα εργαλείο καθορισμού του τρόπου αναζήτησης των πληροφοριών για τον εντοπισμό παραγόντων που συνδέονται με τη θετική κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, που είναι σημαντικός για την ανάπτυξη ενός ολιστικού πλαισίου αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας.

2.1.3 Εντοπισμός Παραγόντων που συνδέονται με τη κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.

Σύμφωνα με την έρευνα των Μήτση και συνεργάτες, οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση λαθών είναι ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας (78,9%), η επαγγελματική εξουθένωση (56,8%) και η απόσπαση της προσοχής των νοσηλευτών (75,8%). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα περισσότεροι από 9 στους 10 νοσηλευτές να έχουν υποπέσει σε φαρμακευτικά λάθη, με συχνότερα αυτά της λάθος δόσης (34,7%) και της λάθος ώρας χορήγησης (32,4%). Τέλος, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 86,6% πιστεύουν ότι η επίσημη καταγραφή των νοσηλευτικών λαθών θα βελτιώνει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.³⁸ Έρευνα που έχει διεξαχθεί από τον Κάργα με το ερώτημα ποια είναι η συχνότητα και τα είδη των νοσηλευτικών λαθών, έχει δείξει ότι τα λάθη αυτά αποτελούν πραγματικότητα και στην πλειονότητα τους σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων.⁴⁵ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και τα

αποτελέσματα ερευνητικών μελετών, οι κυριότεροι παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία λάθους είναι: η σοβαρότητα της κατάστασης των νοσηλευόμενων, η έλλειψη συνεχόμενης μετεκπαίδευσης των εργαζομένων, η επαγγελματική εξουθένωση, το ακατάλληλο ωράριο με βάρδιες, η προβληματική συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, η έλλειψη τεχνολογικών μέσων, η ανεπαρκής νοσηλευτική στελέχωση και η έλλειψη νοσηλευτικών πρωτοκόλλων.^{48,49,50} Παρόμοια αποτελέσματα έχει δείξει και η έρευνα των Blegen και συνεργάτες όπου οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση λαθών αφορούν την υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό, το μη ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, το κυκλικό ωράριο, την επαγγελματική εξουθένωση, τη έλλειψη νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, τη συνεργασία μεταξύ προσωπικού και το ανεπαρκές επίπεδο εκπαίδευσης.⁵¹

Φαίνεται ότι οι παραπάνω παράγοντες που ευθύνονται για την ασφάλεια των ασθενών εμπερικλείονται στην κουλτούρα ασφάλειας. Η οργανωτική ψυχολογία έχει αναδείξει την κουλτούρα ασφάλειας (safety culture) και το κλίμα ασφάλειας (safety climate) ως καθοριστικούς για την ασφάλεια παράγοντες. Για μια αναλυτική θεωρητική προσέγγιση αξιολόγησης της επίδοσης σε θέματα ασφάλειας, πρέπει να εξεταστούν όλοι οι παράγοντες που επιδρούν σε διάφορα επιστημονικά πεδία. Η ολιστική προσέγγιση στον τομέα της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας πρέπει να ενσωματώνει τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν εντός του συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας, αλλά και να εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο το σύστημα αλληλεπιδρά με τον οργανισμό και το εξωτερικό περιβάλλον.⁵² Οι παράγοντες επομένως που συνεξετάζονται για τις ανάγκες ανάπτυξης του πλαισίου διακρίνονται σε:

- Τεχνικούς, οι οποίοι μπορεί να είναι γενικοί και ειδικοί, σχετικοί με την ασφάλεια.
- Οργανωτικούς, που επίσης μπορεί να σχετίζονται με το οργανωτικό πλαίσιο που εφαρμόζεται (δομή, υπευθυνότητες, επικοινωνία, αντίδραση σε αλλαγές κ.ά.) και με το σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας (πολιτική ασφαλείας, υπευθυνότητες και αρμοδιότητες για θέματα ασφάλειας, πόροι, δέσμευση της διοίκησης κ.ά.).
- Ανθρώπινους, οι οποίοι περιγράφονται ως «παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον, την οργάνωση και την εργασία, καθώς και ανθρώπινα και ατομικά χαρακτηριστικά που επιδρούν στη συμπεριφορά, με τρόπο που μπορεί να επηρεάσει την προσωπική υγεία και ασφάλεια»⁵³

- Περιβαλλοντικούς, οι οποίοι σχετίζονται με το ευρύτερο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον (ενσωμάτωση του συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας στο γενικότερο σύστημα διαχείρισης, συμμόρφωση με νομοθεσία, επικοινωνία με εξωτερικά μέρη.)

Συγκεκριμενοποιώντας αυτούς τους παράγοντες, μια αποτελεσματική κουλτούρα ασφάλειας περιλαμβάνει τις ακόλουθες *επιμέρους κουλτούρες* για την ασφάλεια των ασθενών όπως: η ηγεσία, η ομαδική εργασία, η στήριξη σε στοιχεία, η επικοινωνία, η μάθηση και η ακρίβεια.⁵⁴ Παρόμοια αποτελέσματα φαίνονται και σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο αποτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών της Nieva & Sorra, όπου οι κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την κουλτούρα είναι η *συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, η συνεργασία των εργαζομένων εντός των νοσηλευτικών τμημάτων, η συχνότητα αναφορών λαθών και η στάση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας.*⁵⁵ Επιπρόσθετα, έρευνα που είχαν κάνει οι Fadi EL-Jardali και συνεργάτες έδειξε ότι η αναφορά συμβάντων, η επικοινωνία, η ηγεσία της ασφάλειας των ασθενών και η συνεργασία του προσωπικού, αποτελούν σημαντικές συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.⁵⁶ Παράλληλα, η βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών γίνεται *πραγματικότητα και διαμέσου της καλλιέργειας της ομαδικής εργασίας, του περιορισμού των βαρδιών του προσωπικού, της πρόληψης λοιμώξεων από κεντρικές γραμμές, της κατάλληλης χρησιμοποίησης των προϊσταμένων στη ΜΕΘ, της χρησιμοποίησης αξιόπιστων εργαλείων για καλύτερη λήψη των κλινικών αποφάσεων και της δημιουργίας κάποιου συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων.*⁵⁷

Πιο κάτω θα συζητηθούν αναλυτικά οι κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών:

2.1.3.1. Συνεργασία των εργαζομένων εντός των νοσηλευτικών τμημάτων

Η συνεργασία και η επικοινωνία που καλλιεργούνται μέσω της ομαδικής εργασίας, προωθούνται από την Αμερικανική Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανισμών Υγείας ως στρατηγική πρόληψης λαθών, που πρέπει να υιοθετηθεί από τους οργανισμούς υγείας που αποβλέπουν στην κουλτούρα ασφάλειας.⁵⁸ Η σωστή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων στους χώρους εργασίας αποτελεί ένα σημαντικότατο παράγοντα μείωσης των εργατικών ατυχημάτων. Η καλή συνεργασία της ομάδας λειτουργεί θετικά στην αποφυγή λαθών, καθώς ο ένας επιβλέπει και διορθώνει τις παραλείψεις

του άλλου, οικοδομώντας ένα καλό αποτέλεσμα για την ποιότητα περίθαλψης και την ασφάλεια των ασθενών. Έρευνα έδειξε ότι ο κύριος λόγος των θανάτων που υπήρξαν σχεδόν στ⁴ των νοσοκομείων ήταν η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και η ανυπαρξία ομαδικής συνεργασίας. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κατάσταση στα νοσοκομεία αυτά, προτάθηκε η πραγματοποίηση υποχρεωτικής εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας σε θέματα επικοινωνίας και η ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας.⁵⁹

Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι μια εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία ανταλλαγής μηνυμάτων. Οι άνθρωποι βρίσκονται σε διαρκή και αδιάκοπη αλληλεπίδραση με το κοινωνικό τους περιβάλλον και ανταλλάσσουν χιλιάδες πληροφορίες σε καθημερινή βάση. Η αποτελεσματική ανταλλαγή μηνυμάτων μέσω της επικοινωνίας, έχει σαν αποτέλεσμα την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων λόγω των ιατρικών λαθών. Έτσι η επικοινωνία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τη δημιουργία μιας θετικής *κουλτούρας Υγιεινής και Ασφάλειας* στους χώρους εργασίας. Καθημερινά δίνοντας και παίρνοντας πληροφορίες μέσω της επικοινωνίας, καλύπτονται ανάγκες πολύ σημαντικές για την επαγγελματική, ψυχολογική και κοινωνική επιβίωση του ανθρώπου. Κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας, μία αρκετά σημαντική ποσότητα πληροφοριών χάνεται, καθώς οι άνθρωποι υψώνουν τείχη αντίστασης κατά της αποδοχής των πληροφοριών που δέχονται από άλλους συνανθρώπους τους. Οι λόγοι αυτής της αντίστασης εξαρτώνται από το ύφος της επικοινωνίας, τις προσωπικές διαθέσεις του κάθε ανθρώπου, το χαρακτήρα του, τις πολιτιστικές του καταβολές, το επίπεδο μόρφωσής του, τις ιδιαίτερες κοινωνικές συνθήκες και την πιθανή χρήση διαφορετικών ξένων γλωσσών μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών.⁶⁰ Η καλή επικοινωνία διευκολύνει τις διαδικασίες σχεδιασμού και λήψης αποφάσεων και συμβάλλει στη στοχοθέτηση και στην επίλυση προβλημάτων. Σύμφωνα με τον Cooper, οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης.⁶¹

2.1.3.2. Συχνότητα στην αναφορά λαθών

Τα νοσηλευτικά λάθη αποτελούν μία πραγματικότητα και για τα ελληνικά νοσοκομεία, με κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες το φόρτο εργασίας, την επαγγελματική εξουθένωση και τις συχνές διακοπές των εργασιών των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια προετοιμασίας και χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής. Παρότι

οι νοσηλευτές επιθυμούν την επίσημη καταγραφή των λαθών, μεγάλο μέρος αυτών αρνείται να αποκαλύψει τυχόν νοσηλευτικά λάθη, ενώ στην Ελλάδα δεν υφίσταται κανένας μηχανισμός διαχείρισης των λαθών αυτών.³⁸ Έρευνα σχετικά με την διαχείριση των νοσηλευτικών λαθών από Έλληνες νοσηλευτές κατέδειξε ότι ποσοστό 87% των νοσηλευτών ανακαλεί στη μνήμη του ότι έχει κάνει κάποιο λάθος στην κλινική πρακτική. Το 39% των νοσηλευτών ενημέρωσε τον προϊστάμενο και 42% κάποιο γιατρό. Το 28% παρακολούθησε τον ασθενή για εκδήλωση πιθανού συμβάντος και το 67% συζήτησε τα λάθη με κάποιον. Συγκεκριμένα το 30,5% το συζήτησε με τον αρχαιότερο ή πιο έμπειρο νοσηλευτή και το 39% με τον προϊστάμενο. Τέλος το 13% δεν έκανε τίποτε γιατί θεώρησε ότι το λάθος δεν θα είχε συνέπειες για τον ασθενή. Σε κανένα από τα λάθη που περιγράφηκαν δεν υπήρξαν δικαστικές διεκδικήσεις από πλευράς των ασθενών.⁶²

Η συχνότητα στην αναφορά λαθών επηρεάζεται από πολλούς λόγους. Οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια των σπουδών τους έχουν κατά καιρούς εμπεδώσει την αίσθηση, ότι είναι αναγκαίο να είναι τέλειοι και ότι θα πρέπει να συμβαδίζει το προφίλ τους με αυτό του τέλειου επαγγελματία, που καταφέρνει τα πάντα και ποτέ δεν κάνει λάθη. Παράλληλα, οι ασθενείς, τους μεταφέρουν και την ιδέα ότι οι νοσηλευτές ξέρουν καλύτερα και ότι πρέπει να εμπιστευτούν την κρίση τους.⁶³ Έτσι, δεν είναι τυχαίο το ότι όταν οι νοσηλευτές κάνουν ένα λάθος, επηρεάζονται ψυχολογικά, ανεξάρτητα από το αν οι συνέπειες του λάθους στον άρρωστο ήταν σοβαρές ή όχι. Παράλληλα, φοβούνται ότι αν αναφέρουν το λάθος, θα καταστρέψουν την εικόνα που έχει φτιάξει ο ασθενής για αυτούς και είναι συχνά διστακτικοί να αποκαλύπτουν λάθη, λόγω του φόβου της επίπληξης από τους ανώτερους τους και έτσι δεν επιθυμούν να αναλάβουν την ευθύνη.⁶⁴

Είναι φανερό ότι η τιμωρητέα οδός γίνεται εμπόδιο στην συχνότητα αναφοράς λαθών, καθιστώντας ανίκανο το σύστημα να διερευνήσει και να διορθώσει τις γενεσιουργές αιτίες των λαθών αυτών. Επιπρόσθετα, η ανάληψη ευθύνης για τα σφάλματα είναι δύσκολη και θα πρέπει να υπάρχει μια μη τιμωρητέα πολιτική στη αναφορά σφαλμάτων.⁶⁵ Εάν ο σκοπός είναι να τιμωρηθεί μόνο το άτομο που διέπραξε το συγκεκριμένο λάθος χωρίς να ληφθούν υπόψη οι οργανωσιακές, διοικητικές και άλλες αδυναμίες του συστήματος, τότε δεν προωθείται ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος.⁶⁶ Είναι φανερό ότι οι νοσηλευτές, όπως και

οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, είναι συχνά απρόθυμοι να υποβάλουν έκθεση με τα λάθη τους λόγω του φόβου κατηγορίας από εκείνους που είναι στην εξουσία, αλλά και να δεχτούν την ευθύνη για λάθη στα οποία συμμετείχαν ως ο τελικός φορέας σε μια σύνθετη σειρά περιστατικών.⁶⁷

Σύμφωνα με μια έρευνα, οι νοσηλευτές δεν αναφέρουν τα λάθη, είτε γιατί φοβούνται την αντίδραση του προϊσταμένου σε ποσοστό 76,9% και των συνεργατών (61,4%), είτε γιατί θεωρούν ότι το λάθος δεν ήταν ιδιαίτερα σημαντικό (ποσοστό 52,9%) και η αναφορά του θα έχει δυσανάλογες συνέπειες.⁶⁸ Είναι φανερό ότι η τιμωρία παρουσιάζεται τελικά εμπόδιο στην αναφορά λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ότι είναι απαραίτητο για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών.⁶⁶ Οι νοσηλευτές, μπορεί να μην οφείλουν βάσει των επαγγελματικών τους υποχρεώσεων να παραδέχονται και να δημοσιοποιούν κάποια λανθασμένη ενέργεια, δεσμεύονται όμως από τον κώδικα δεοντολογίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος να είναι προσωπικά υπεύθυνοι και υπόλογοι για τις πράξεις τους.⁶⁹

2.1.3.3 Απουσία ολοκληρωμένου συστήματος ελέγχου ποιότητας

Το κλειδί ουσιαστικά για την δημιουργία ενός θετικού κλίματος κουλτούρας ασφάλειας βρίσκεται και στην ηγεσία και στους οργανισμούς. Οι ηγέτες του νοσοκομείου δέχονται όλο και περισσότερες πιέσεις από τις ομοσπονδιακές, κρατικές, κανονιστικές και ομάδες καταναλωτών για την ύπαρξη μιας οργανωτικής κουλτούρας για την ασφάλεια, που θα προστατεύει τους ασθενείς από την διάπραξη λαθών.⁵⁴ Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δημιουργούν ένα περιβάλλον προτεραιότητας, στο οποίο η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί σαφή οργανωτικό στόχο ο οποίος πρέπει να καθοδηγείται από την ηγεσία. Διοικητικά συμβούλια, οι διευθυντές και η διοίκησή τους πρέπει να προωθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση για μια θετική κουλτούρα ασφάλειας.⁷⁰

Η κουλτούρα ασφάλειας συνεχίζει να αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο αφού δεν είναι σαφώς κατανοητό από τους ηγέτες του νοσοκομείου. Η συλλογική αδυναμία προσήλωσης στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια, πηγάζει από την απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης της ποιότητας και έλλειψης κλινικών πρωτοκόλλων ή γενικών κατευθυντήριων γραμμών, κάτι που συνιστά σημαντική

πρόκληση για το σύστημα φροντίδας υγείας. Η ύπαρξη κεντρικής επιτροπής ελέγχου της ποιότητας και της διαχείρισης κινδύνου χωρίς ολοκληρωμένο σύστημα ελέγχου της ποιότητας, δεν διασφαλίζει την ποιότητα και κατ' επέκταση την ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών. Επιπρόσθετα, δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό και οι επιτροπές που λειτουργούν στα δημόσια νοσοκομεία για την ευημερία των ασθενών έχουν συμβάλει στη βελτίωση του βαθμού ασφάλειας των ασθενών.¹⁰

2.1.3.4. Αδυναμία προσήλωσης της διεύθυνσης στην πρόληψη των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Η συλλογική αδυναμία προσήλωσης της διεύθυνσης στην ασφάλεια των ασθενών παρουσιάζεται και σε θέματα πρόληψης των λοιμώξεων, λόγω έλλειψης κατευθυντήριων γραμμών και λόγω απουσίας ελέγχου πρόληψης. Η παρουσία μικροοργανισμών στους χώρους του νοσοκομείου, οι οποίοι μεταφέρονται από το προσωπικό, διασπείρονται με τον αέρα κατά την ιατρική εξέταση ή κατά τη νοσηλευτική φροντίδα.^{71,72} Περίπου ποσοστό 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν παγκοσμίως από λοιμώξεις, από τις οποίες είχαν προσβληθεί στο νοσοκομειακό χώρο. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις εμφανίζονται κατά την διάρκεια της ενδο-νοσοκομειακής φροντίδας και μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, εφόσον η μόλυνση προκλήθηκε κατά την παραμονή του σε αυτό, όπως η λοίμωξη της χειρουργικής τομής.^{73,74,75} Ο κίνδυνος να μολυνθούν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο συσχετίζεται και με την μειωμένη αναλογία ασθενών-νοσηλευτών.⁷⁶

2.1.3.5. Στρες και οργανωσιακοί παράγοντες

Σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη μη ασφαλή παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι και το στρες στο εργασιακό περιβάλλον, που οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας,⁷⁷ στην έλλειψη προσωπικού,⁷⁸ στο εξαντλητικό ωράριο και στον ανεπαρκή χρόνο διάθεσης των εργαζομένων για φροντίδα.^{79,80,81,82} Τα αντιλαμβανόμενα αίτια του στρες βάσει του μοντέλου Kristensen,⁸³ οφείλονται και σε ατομικούς παράγοντες που δημιουργούν εξομάλυνση των συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού^{84,85,86} και που ευθύνονται για λάθη και παραλείψεις που έχουν αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών.⁸⁷ Το εργασιακό στρες προκύπτει και από παράγοντες που αφορούν τους επαγγελματίες υγείας με τη διάμευση πολύ υψηλών ανεκπλήρωτων προσωπικών στόχων.^{88,89} Παράλληλα, η εστίαση στα αρνητικά

σημεία μιας κατάστασης οδηγεί και στην αυξημένη αίσθηση απειλής που ακινητοποιεί τα άτομα και περιορίζει την ικανότητα απόδοσης στην εργασία^{90,91} και επηρεάζει έμμεσα και την ασφάλεια των ασθενών.

2.1.3.6. Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό

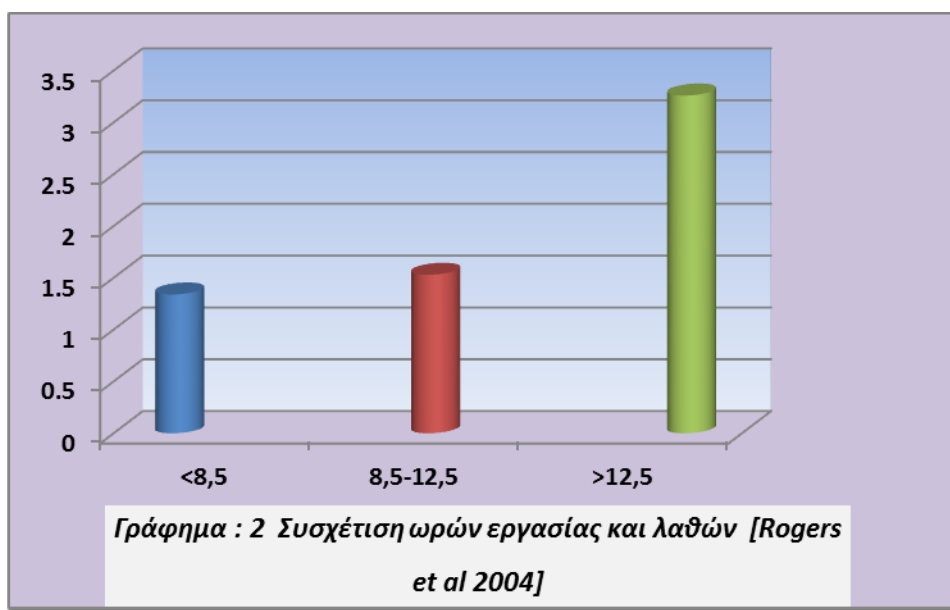
Πολύ σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση λαθών στο χώρο του νοσοκομείου είναι και η υποστελέχωση. Μέσα από την ανασκόπηση 15 ερευνών διαπιστώνεται ότι η ανεπαρκής στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού και οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών σχετίζονται θετικά με σημαντικά λάθη στη χορήγηση των φαρμάκων, με αυξημένο ποσοστό πτώσεων των ασθενών, με αυξημένους θανάτους, με αυξημένη διασπορά μεταδοτικών καταστάσεων σε περιόδους επιδημικής έξαρσης και με αυξημένες νοσοκομειακές λοιμώξεις.⁹² Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η έλλειψη νοσηλευτών αξιολογείται ως η σημαντικότερη παράμετρος για την ασφάλεια και τη θνησιμότητα των ασθενών στα νοσοκομεία.⁹³ Τα περισσότερα νοσοκομεία πάσχουν από έλλειψη προσωπικού και το ολιγάριθμο προσωπικό αναγκάζεται να υπερβάλλει εαυτόν για να ανταπεξέλθει στις αυξημένες ανάγκες.⁹⁴ Το προσωπικό λόγω της ανεπαρκούς στελέχωσης καλείται καθημερινά να ικανοποιήσει μη ρεαλιστικές απαιτήσεις στο χώρο εργασίας του, νοσηλεύοντας ο καθένας περισσότερους από 10 ασθενείς στις ημερήσιες και περισσότερους από 20 ασθενείς στις νυκτερινές βάρδιες εργασίας.⁹⁵

Ο ικανοποιητικός αριθμός επαγγελματιών υγείας αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια στην παροχή φροντίδας. Σύμφωνα με τον Needleman, υπάρχει σχέση μεταξύ των επιπέδων στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και της *αποτυχίας διάσωσης*,⁹⁶ που χαρακτηρίζεται ως ο θάνατος των ασθενών που ανέπτυξαν διάφορες επιπλοκές. Είναι γεγονός ότι για κάθε επιπλέον χειρουργικό ασθενή [άνω των τεσσάρων] που αντιστοιχεί στη βάρδια του νοσηλευτή, αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου του κατά ποσοστό 7%, (4.000 θανάτους) και για μια αναλογία 8 ασθενών προς 1 νοσηλευτή, η πιθανότητα αυξάνεται σε ποσοστό 31% (δηλαδή 5.000 θανάτους). Για κάθε αύξηση άνω των 5 ασθενών προς 1 νοσηλευτή αυξάνεται και η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών κατά ποσοστό 23% και η δυσαρέσκεια τους κατά 15%.⁹⁷ Υπάρχει τελικά συσχέτιση μεταξύ της υποστελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και ανάπτυξης της νοσοκομειακής πνευμονίας και της καρδιακής ανακοπής, αλλά και αύξηση των νοσηλευτικών λαθών

στη φαρμακευτική αγωγή και των πτώσεων,^{98,99} επηρεάζοντας έτσι αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών.^{100,101,102} Σύμφωνα με το Ραφτόπουλο, η ανεπαρκής στελέχωση των νοσοκομείων αποτελεί τροχοπέδη στη μετεξέλιξη και στην ποιοτική ανάπτυξη των νοσηλευτικών παροχών.¹⁰³

2.1.3.7 Το ακατάλληλο ωράριο

Επιπρόσθετα, μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας, οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα, όπως τη μη επαγγελματική ικανοποίηση και το επαγγελματικό στρες, καταστάσεις που μεταβάλλουν τη ζωή τους, αλλά και τις καθημερινές συνήθειές τους, όπως τη διατροφή, τον ύπνο, τις οικογενειακές και τις κοινωνικές σχέσεις.¹⁰⁴ Επομένως, το ακατάλληλο παρατεταμένο ωράριο έχει σαν συνέπεια να διαταράζει τους βιορυθμούς και κατά συνέπεια να μειώνει την αντοχή, την αντίληψη και την εγρήγορση του προσωπικού, το οποίο δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης με καθαρό μυαλό.^{105 106}[Γράφημα 2].¹⁰⁷ Η απουσία του ύπνου των εργαζομένων αποτελεί σοβαρή απειλή για την ασφάλεια των ασθενών. Η παρατεταμένη αγρυπνία ισοβαθμεί με συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ίση με ποσοστό 0,1% δηλαδή πιο πάνω από το επιτρεπτό όριο.¹⁰⁸ Η έλλειψη ύπνου οδηγεί σε απώλεια της επίγνωσης του λάθους, καθώς, ακόμη κι αν το άτομο δεν κοιμάται, μπορεί στιγμιαία να χάσει τον έλεγχο και να παραβλέψει πολύτιμες πληροφορίες, κάτι που μπορεί να αποβεί μοιραίο.¹⁵



2.2 Η κουλτούρα ασφάλειας στο κλινικό χώρο

2.2.1 Προσδιορισμός μεθόδων μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών

Η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών μέσω ερωτηματολογίων, αποτελούν προληπτικές μεθόδους αξιολόγησης της ασφάλειας. Οι μέθοδοι αυτές αποκαλύπτουν πληροφορίες για στοιχεία του συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας των ασθενών, που δεν μπορούν να φανούν μέσω άλλων μεθόδων, όπως είναι το επίπεδο επικοινωνίας, η δέσμευση της ανώτερης διοίκησης και η διαχρονικότητα του συστήματος.¹⁰⁹ Το κλίμα ασφάλειας είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι την ασφάλεια στον οργανισμό στον οποίο εργάζονται, κάτι που για κάποιους ερευνητές αποτελεί ένα από τα συστατικά της κουλτούρας ασφάλειας, ενώ για άλλους αποτελεί ένα μέτρο αυτής.^{110, 111}

Πρόσφατα, πολλοί οργανισμοί υγείας έχουν διεξάγει έρευνες σχετικές με την αντίληψη της κουλτούρας για την ασφάλεια των ασθενών και έχουν εντοπίσει ορισμένους τομείς που χρήζουν βελτίωσης και προσπαθούν να χρησιμοποιήσουν τα αποτελέσματα των ερευνών τους, εντοπίζοντας συγκεκριμένες δράσεις για τη βελτίωση της κουλτούρας τους.¹¹² Υπάρχουν πολλά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών, ενώ λίγες είναι οι πληροφορίες που παρέχουν καθοδήγηση στους χρήστες ή στους ερευνητές για την επιλογή των κατάλληλων εργαλείων για έρευνα ή για πρωτοβουλίες σχετικά με τις μετρήσεις για τη βελτίωση της ασφάλειας. Έχουν ήδη δημοσιευθεί έξι εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας από τους Kristensen και Bartels,¹¹³ τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στις ΗΠΑ και στην Μ. Βρετανία.

Τα εργαλεία αυτά είναι:

1. The Hospital Survey on Patient Safety Culture- Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ, USA. (HSPSC)
2. The 30 Checklist for assessing institutional resilience- University of Manchester UK. (CAIR)

3. Manchester Patient Safety Assessment Framework- University of Manchester UK (MaPSaF)
4. The Safety Attitudes Questionnaire- University of Texas, USA (SAQ)
5. The Safety Climate Survey- Institute of Healthcare Improvement, USA (SCS)
6. Operating Room Management Attitude Questionnaire. (ORMAQ)

Το «The Safety Attitudes Questionnaire» (SAQ) είναι ένα από τα πιο αξιόπιστα και διαδεδομένα ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης. Αποτελείται από μια κλίμακα έξι σημείων και συμπεριλαμβάνει το θεωρητικό μοντέλο του Donabedian για αξιολόγηση της ποιότητας. Αποτελείται επίσης από μια σειρά από 100 ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν τις ακόλουθες εννιά θεματικές ενότητες: την ομαδική εργασία, την επικοινωνία, το στρες, τη διαχείριση του στρες στην ομάδα, τη παροχή κινήτρων, το ρόλο της διοίκησης, την ηθική ικανοποίηση, την αναγνώριση του ανθρώπινου λάθους, και την επιβράδυνση της ικανότητας.¹¹⁴ Επιπρόσθετα το ORMAQ (Operating Room Management Attitude Questionnaire), χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των αντιλήψεων των αναισθησιολόγων και του προσωπικού σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών. Αυτό το εργαλείο αξιολόγησης καλύπτει 99 ερωτήσεις και περιλαμβάνει τους γνωστούς πλέον παράγοντες αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας όπως η επικοινωνία, η ηγεσία, η ομαδική εργασία και το στρες.¹¹⁵

Για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας χρησιμοποιήθηκαν και τα ερωτηματολόγια για την Ασφάλεια Πασχόντων της Διοίκησης Υγείας των Βετεράνων (Veterans Health Administration Patient Questionnaire) και το ερωτηματολόγιο των υποθέσεων των Βετεράνων (Veteran Affairs Palo Alto/ PSCI). Το πρώτο καλύπτει 18 θέματα και δίνει έμφαση σε θέματα διοίκησης, στην αναφορά σφαλμάτων, στη συνεργασία, και στην οργάνωση, ενώ το δεύτερο καλύπτει 89 ερωτήσεις και δίνει έμφαση στην οργάνωση, στον ανθρώπινο παράγοντα, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη γενική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών. Επιπρόσθετα τροποποιείται σε ερωτηματολόγιο για την αντίληψη της Ασφάλειας στις Υγειονομικές Υπηρεσίες (Patient Safety Climate in Health care Organizations- PSCHO).¹¹⁶ Παράλληλα, για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας έχουν χρησιμοποιηθεί το Safety Climate Survey που αποτελείται από 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου, το culture of safety Survey που αποτελείται από 27 ερωτήσεις κλειστού τύπου, το Safety Climate Scale

που αποτελείται από 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου, το teamwork and patient Safety Attitudes Questionnaire και το Patient Safety Climate in Anesthesia που αποτελείται από 54 ερωτήσεις κλειστού τύπου.¹¹⁷

Το PSCIT (Patient Safety Culture Improvement Tool) αναπτύχθηκε για να βοηθήσει τους οργανισμούς στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν την κουλτούρα τους. Αξιολογεί τις οργανωτικές πρακτικές, τα συστήματα και τις διαδικασίες που σχετίζονται με εννέα στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Τα αποτελέσματα του PSCIT παρέχουν μια περιγραφή της τρέχουσας κατάστασης, της καλλιέργειας της ασφάλειας των ασθενών ενός οργανισμού και μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη στρατηγικών σχεδίων που στόχο έχουν τη βελτίωση του επιπέδου της ασφάλειας τους.¹⁰⁹ Τέλος το Hospital Survey on Patient Culture (HSPC) αφορά την καταγραφή της κουλτούρας ασφάλειας στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις ΗΠΑ αλλά και στην Ευρώπη όπως στην Ελβετία, Δανία και Ολλανδία και θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστατα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων. Περιλαμβάνει 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες ελέγχονται από 42 ομαδοποιημένες ερωτήσεις σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας και σε επίπεδο νοσοκομείου.¹¹⁸

2.2.2 Εφαρμογή Μεθόδων Μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας στον κλινικό χώρο

Η κουλτούρα ασφάλειας στον κλινικό χώρο αποτελεί την εταιρική ατμόσφαιρα μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα^{119,120}^{121,122} και έχει χαρακτηριστεί ως η αέναη αξία και προτεραιότητα κάθε μέλους, κάθε ομάδας σε κάθε επίπεδο του οργανισμού.¹²³ Ένα σημαντικό βήμα πριν την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή στους οργανισμούς υγείας είναι η κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας μέσα στις ομάδες εργασίας διαμέσου μιας αποτελεσματικής ηγεσίας.^{124,125} Οι αυτό-διαχειριζόμενες αξιολογήσεις διαμέσου ατομικών ή ομαδικών συνεντεύξεων μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην κατανόηση των αντιλήψεων για την κουλτούρα ασφάλειας,^{126,127} προωθώντας την ασφάλεια των ασθενών μέσα από τα λάθη^{128,129,130} [reflection on practice]. Η αποτίμηση και βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας με την καθοριστική επίδραση

στο αποτέλεσμα των σφαλμάτων,¹³¹ μπορεί να συνεισφέρει θετικά, σηματοδοτώντας την απαρχή της συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενή.^{26,66}

Αρκετές μελέτες που έχουν γίνει για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στον κλινικό χώρο, αναδεικνύουν την ανάγκη βελτίωσης του κλίματος ασφάλειας. Έρευνα που έγινε για να καταγράψει το κλίμα ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους μεγάλου νοσοκομείου της Κύπρου η οποία είχε συμπεριλάβει 516 επαγγελματίες υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο *πεποιθήσεις για την ασφάλεια (SAQ)*, έδειξε ότι γενικά το κλίμα ασφάλειας δεν μπορεί να κριθεί θετικό. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας αναδεικνύουν την ανάγκη παρέμβασης σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου, ώστε να βελτιωθεί το κλίμα ασφαλείας. Ειδικότερα, ο ρόλος της διοίκησης φαίνεται να χρήζει ποιοτικής αναβάθμισης, αφού διαφαίνεται ότι δεν επηρεάζει, όσο θα έπρεπε, θετικά το κλίμα ασφαλείας. Διαφαίνεται ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη και καλύτερη ένταξη στη λειτουργία της ομάδας, ώστε να αποκτήσουν τις απαιτούμενες εμπειρίες που θα τους επιτρέψουν να ενισχύσουν το κλίμα ασφαλείας και το ομαδικό πνεύμα.¹³²

Έρευνα επίσης που διεξάχθηκε για την αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στην Ελλάδα χρησιμοποιώντας το *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, έχει δείξει ότι το προσωπικό θεωρεί την απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας ικανοποιητική. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου εκτιμούν ότι υπάρχει επαγρύπνηση για τα θέματα της ασφάλειας εντός των νοσηλευτικών τμημάτων και ότι το επίπεδο επικοινωνίας για την ασφάλεια των ασθενών, τα λάθη και η πρόληψη τους είναι ικανοποιητική. Παρόλα αυτά, σχετική αρνητική βαθμολογία δίνουν οι εργαζόμενοι στη στάση της διοίκησης ως προς τα θέματα ασφάλειας, στη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και προσωπικού και στην δημιουργία κλίματος μη τιμωρητέας αντίδρασης.²⁶ Διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αντίληψη τους για την κουλτούρα ασφάλειας διαπιστώθηκαν σε έρευνα που έγινε και συμπεριέλαβε 409 άτομα μεταξύ των οποίων γιατρούς, διοικητικούς και ιατρικούς βοηθούς σε προνοσοκομειακή φροντίδα. Οι γιατροί δεν είχαν καλή αντίληψη ως προς την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, ενώ οι διοικητές και νοσηλευτές είχαν σχετικά καλύτερη βαθμολογία ως προς την αντίληψη για την ασφάλειά τους.¹³³

Έρευνα που έγινε στον Λίβανο σε 68 νοσοκομεία, στην οποία είχαν λάβει μέρος 6807 επαγγελματίες χρησιμοποιώντας το Hospital Survey on Patient Safety Culture, έδειξε ότι η επένδυση στην ασφάλεια των ασθενών σε νοσοκομεία του Λιβάνου είναι ζωτικής σημασίας. Ενώ η ασφάλεια των ασθενών είναι υπόθεση όλων δεν είναι εύκολο για τον καθένα που εργάζεται σε οργανισμούς υγείας να κατανοήσει αυτή την έννοια. Στο Λίβανο, σύμφωνα με την έρευνα, για να είναι πραγματικά αποτελεσματική η ασφάλεια των ασθενών πρέπει η κουλτούρα ασφάλειας να ενσωματωθεί στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε όλο το φάσμα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί ύψιστη στρατηγική προτεραιότητα για τις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης και για τους ηγέτες τους. Θα πρέπει να υπάρχει ευθύνη για τον εντοπισμό απειλών, που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών, την ανταλλαγή πληροφοριών και μάθησης από τα συμβάντα. Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρχει ένα συνεργατικό περιβάλλον, έτσι ώστε όλοι οι εργαζόμενοι της υγείας στην οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης να μπορούν να μοιράζονται και να ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.¹³⁴ Τα τελευταία χρόνια, η έμφαση έχει μετατοπιστεί σε μια καθαρά κοινωνική προσέγγιση, όπου για να βελτιωθεί το σύστημα άνθρωπος-μηχανή-περιβάλλον, απαιτείται η δημιουργία και η διατήρηση μιας αποτελεσματικής κουλτούρας ασφαλείας.¹³⁵ Η κουλτούρα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί όλο και περισσότερο ως ο κεντρικός άξονας ώστε να γίνουν τα νοσοκομεία οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας.

2.2.3. Η αναγκαιότητα ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας και η πολιτική ασφάλειας της Κύπρου.

2.2.3.1. Προγράμματα του Π.Ο.Υ και της ΕΕ

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής το 1999 με την μελέτη *to Err is human*, υπογράμμισε τη σημασία της κουλτούρας ασφάλειας και δήλωσε ότι οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αναπτύξουν κουλτούρα ασφάλειας, έτσι ώστε οι διαδικασίες περίθαλψης του εργατικού δυναμικού ενός οργανισμού να έχουν στόχο τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της ασφάλειας της περίθαλψης των ασθενών. Επιπρόσθετα τον Μάρτιο του 2001 το Institute of Medicine εξέδωσε τη μελέτη 'Crossing the Quality Chasm: A new Health System for the 21st Century' η οποία πρότεινε θεμελιώδεις μεταβολές στο σύστημα υγείας, προκειμένου να αναπτυχθούν

εθνικοί στόχοι σε σχέση με την ποιότητα όπως η ασφάλεια, η αποτελεσματικότητα, η ασθενοκεντρική φροντίδα, η αποδοτικότητα και η ισότητα.¹³⁶

Η ασφάλεια των ασθενών κατέχει πρωτεύουσα θέση στην πολιτική της ΕΕ για την υγεία, αφού έχει διαπιστώσει την ανάγκη να αναπτυχθεί ένα πνεύμα μέριμνας για την ασφάλεια των ασθενών σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος υγείας. Για το σκοπό αυτό έχουν ήδη αναληφθεί πρωτοβουλίες και δράσεις σε επίπεδο ΕΕ, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση και στο συντονισμό εθνικών πολιτικών για τη διαχείριση υψηλού επιπέδου ασφάλειας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της θεραπευτικής αγωγής.¹³⁷

Το 2004, τα κράτη μέλη θέσπισαν ένα μηχανισμό για την συζήτηση των θεμάτων που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Με πρωτοβουλία της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας, συστάθηκε μια ομάδα εργασίας στο πλαίσιο του *High Group on Health Services and Medical Care*,¹³⁸ για να διευκολύνει και να στηρίζει τα κράτη μέλη στο έργο και τις δραστηριότητές τους δίνοντας προτεραιότητα στην ασφάλεια των ασθενών.¹³⁹ Ενεργά μέλη της ομάδας εργασίας είναι το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας [ΠΟΥ], που συντονίζει τις δραστηριότητες διάμεσου της Παγκόσμιας Ένωσης Ασφάλειας των Ασθενών [World Alliance for Patient Safety]. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν έξι στάδια δράσης για θέματα ασφάλειας στο χώρο υγείας, όπως η εμπλοκή του ασθενή, η ταξινόμηση της ασφάλειας, η προώθηση σχετικής έρευνας, και η αναφορά λαθών με σκοπό την μάθηση. Επιπρόσθετα ο ΠΟΥ ξεκίνησε από το 2005 στα πλαίσια του *Global Patient safety* και με θέμα *Clean care is safer care*, κοινοποίησε κατευθυντήριες οδηγίες στα κράτη για καταπολέμηση των λοιμώξεων¹⁴⁰ και για την προώθηση ερευνητικών προγραμμάτων με στόχο την ασφαλή φροντίδα των ασθενών.¹⁴¹

Σύμφωνα με τον Pronovost και Sexton,¹⁴² μια κουλτούρα ασφάλειας που προωθεί την ασφάλεια ενός οργανισμού είναι μια σημαντική και απαραίτητη προϋπόθεση για την βελτίωση των ελλείψεων στην ασφάλεια των ασθενών. Παράλληλα τον Ιανουάριο του 2005, το Καναδικό Συμβούλιο για την Υγεία Υπηρεσιών Πιστοποίησης (the Canadian Council on Health Services Accreditation) (CCHSA) αναγνώρισε επίσημα

τη σημασία της κουλτούρας ασφάλειας στα πρότυπα της υγειονομικής περίθαλψης με τη συμπερίληψη μιας νοοτροπίας ασφάλειας ως ένα από τους στόχους των ασθενών και την ασφάλειά τους και προσδιορίζοντας απαιτούμενες οργανωτικές πρακτικές για την προώθηση μιας νέας νοοτροπίας.

Πολλά κράτη μέλη της Ευρώπης έχουν αναλάβει πρωτοβουλίες, προκειμένου να μειώσουν τις *ανεπιθύμητες ενέργειες* λαθών (adverse events) στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά οι επιπτώσεις αυτών των δραστηριοτήτων χρειάζονται λίγο χρόνο για να καταστούν ορατές και κατανοητές. Τα κράτη μέλη μπορούν να επωφεληθούν από την ανταλλαγή εμπειριών, δεξιοτήτων, ερευνητικών συμπερασμάτων και καλύτερων πρακτικών για την ασφάλεια του ασθενή. Υπό αυτή τη μορφή, έχει ιδρυθεί ένα δίκτυο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια του ασθενή, και περιλαμβάνει τα 27 κράτη μέλη. Για την υποβοήθηση αυτού του δικτύου, τον Δεκέμβριο του 2008, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιδίωξε πολιτική δέσμευση για να δώσει προτεραιότητα στην ασφάλεια των ασθενών στις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υιοθετώντας μια πρόταση για σύσταση του Συμβουλίου σχετικά με την ασφάλεια. Σε συνεργασία με τα κράτη μέλη, η Επιτροπή αναπτύσσει αυτήν την περίοδο μια διαδικασία διαβούλευσης για να εξετάσει μέχρι ποιο σημείο η Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση των κρατών μελών στα ζητήματα της ποιότητας φροντίδας υγείας.¹⁴³

Μέτρα βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών στον χώρο υγείας διαμέσου υψηλής ποιότητας και ασφαλούς φροντίδας περιλαμβάνονται και στη *Λευκή Βίβλο*,¹⁴⁴ στο δεύτερο πρόγραμμα της δράσης της κοινότητας (2008-2013),¹⁴⁵ όπου καθορίζει μια νέα κοινοτική στρατηγική για την υγεία για την περίοδο έως το 2013, προκειμένου να αντιμετωπίσει όλο και πιο απαιτητικά προβλήματα για την υγεία του πληθυσμού. Μεταξύ άλλων προτείνει την προστασία των πολιτών από τους πολλούς κινδύνους για την υγεία. Σε κοινοτικό επίπεδο, η προστασία αυτή προϋποθέτει την επιστημονική αξιολόγηση των κινδύνων, την ετοιμότητα και τη βελτίωση της ασφάλειας των εργαζομένων και τη δράση για μείωση των ατυχημάτων.

Η Κομισιόν, επιπρόσθετα υιοθέτησε πρόταση προς το Συμβούλιο της Ευρώπης, με την έκδοση σύστασης συγκεκριμένων ενεργειών, που μπορούν να πραγματοποιήσουν

τα κράτη-μέλη, είτε μεμονωμένα είτε συλλογικά.¹⁴⁶ Στην ανακοίνωσή της 9/Ιουνίου/2009 [2009/C_151/01] συνιστά αναγκαία την εφαρμογή συνεκτικής προσέγγισης για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, με τρόπο ώστε τα κράτη-μέλη να βελτιώσουν τις στρατηγικές για την πρόληψη και τον έλεγχο των ανεπιθύμητων συμβάντων σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η προσοχή εστιάζεται κυρίως στην υποστήριξη της δημιουργίας και ανάπτυξης εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών, τη μετάβαση ευθύνης στους πολίτες και τους ασθενείς, μέσω της συμμετοχής των οργανώσεων και των εκπροσώπων των ασθενών στην ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια τους σε όλα τα προσήκοντα επίπεδα. Επιδιώκει παράλληλα την υποστήριξη της δημιουργίας ή της ενίσχυσης άψογων συστημάτων υποβολής εκθέσεων και αποκόμισης διδαγμάτων σχετικά με τα ανεπιθύμητα περιστατικά, την προώθηση εκπαίδευσης και κατάρτισης των εργαζομένων στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε θέματα ασφάλειας των ασθενών, την πρόληψη των ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων που ευθύνονται για τις περισσότερες βλάβες των ασθενών¹⁴⁷ και την προώθηση σχετικής έρευνας για την ασφάλεια στα συστήματα.¹⁴⁸

2.2.3.2 Πολιτική ασφάλειας της Κύπρου για την ασφάλεια στην φροντίδα ασθενών.

Η πολιτική υγείας της Κύπρου εστιάζεται στην εφαρμογή των νομοθεσιών της ΕΕ ως κράτος-μέλος και εναρμονίζεται με τους κανονισμούς της Λευκής Βίβλου.¹⁴⁹ Επιπρόσθετα με την στρατηγική προσέγγιση της περιόδου 2007-2013, η πολιτική υγείας αναγνωρίζει την ασφάλεια των ασθενών ως ένα τομέα δράσης. Κάτω από τον άξονα πολιτικής με θέμα *ανάπτυξη-βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (ποιότητα και αποτελεσματικότητα)* υπάρχει ο στόχος για εφαρμογή ενός συστήματος ελέγχου της ποιότητας και ασφάλειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας.¹⁵⁰ Παρόλ' αυτά, απουσιάζει στην Κύπρο ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα που να εστιάζει στην ασφάλεια των ασθενών σε συνάρτηση με την ασφάλεια του προσωπικού και την κουλτούρα ασφάλειας. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών είναι υπαρκτό και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, είναι σημαντική η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας και η λήψη μέτρων για τη δημιουργία ενός θετικού κλίματος κουλτούρας, που θα συμβάλλει στην πρόληψη της επιπρόσθετης σωματικής βλάβης σαν αποτέλεσμα των λαθών ή των παραλείψεων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.1. Μεθοδολογία και Σχεδιασμός

3.1.1. Σκοπός Έρευνας

Φαίνεται να είναι υπαρκτό το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών, τα οποία δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της αμέλειας του ατόμου αλλά και των ελαττωμάτων του συστήματος, κάτι όμως που γιγαντώνεται καθημερινά υπονομεύοντας αρκετά την αξιοπιστία της νοσηλευτικής. Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μέτρηση και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας διαμέσου των αντιλήψεων και απόψεων των νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου, σε χώρο που δε έχει γίνει παρόμοια έρευνα για την δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στον χώρο εργασίας. Τα θέματα που εγείρονται συμπεριλαμβάνονται στο ειδικό ερωτηματολόγιο αποτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Τα αποτελέσματα, θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διασφάλιση της ποιότητας στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, στη βάση της ασφάλειας του ασθενή και της αποτελεσματικότητας. Αυτό αποτελεί στόχο για την εφαρμογή ενός συστήματος ελέγχου της ποιότητας και της ασφάλειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας κάτω από τον άξονα πολιτικής με θέμα *η ανάπτυξη-βελτίωση των υπηρεσιών υγείας της Κύπρου της στρατηγικής προσέγγισης περιόδου 2007-2013*.

3.1.2. Μέσα συλλογής Δεδομένων

Για την επίτευξη των στόχων της παρούσας έρευνας έχει χρησιμοποιηθεί το μεταφρασμένο στα Ελληνικά και δομημένο ερωτηματολόγιο *'The Hospital Survey on Patient Safety Culture'* (HSOPSC) (παράρτημα/1) μετά από σχετική άδεια από τη Δρ Αναστασία Μαλλίδου, αναπληρώτρια καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο Victoria του Καναδά και τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου: την Veronica Nieva and Joann Sorra (Principal Investigators στο Westat, Rockville των ΗΠΑ). Το ερωτηματολόγιο HSOPSC περιλαμβάνει 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας. Οι διαστάσεις που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών είναι: *η ομαδική συνεργασία εντός τμήματος, οι προσδοκίες του προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, η συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών, η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου, η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών, η ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη, η ελευθερία απόψεων του*

προσωπικού, η συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος, η ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων, ο τρόπος λειτουργίας του προσωπικού, οι βάρδιες του προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών και η αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση. Το ερωτηματολόγιο και η πλήρης ανατροφοδότηση του είναι διαθέσιμο στο διαδίκτυο στη διεύθυνση www.ahrq.gov/qual/hospculture/ και έχουν χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας στις ΗΠΑ σε 12 νοσοκομεία αλλά και στην Ευρώπη και στην Ελλάδα στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη και στο νοσοκομείο Παίδων της Αγίας Σοφίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών, και καλύπτει το εύρος των διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών και περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες χωρίζονται σε πέντε ενότητες που αφορούν το τμήμα (Α), τον προϊστάμενο (Β), την επικοινωνία (Γ), την συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος (Ε), και το νοσοκομείο (ΣΤ). Οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστατα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων.²⁶ Συγκριτικά λοιπόν με τα άλλα εργαλεία, το ερωτηματολόγιο *The Hospital Survey on Patient safety Culture* που αξιολογεί την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών, έχει συνοχή, δεύτερον: είναι εκτενές χωρίς να είναι πολύ μεγάλο και κουραστικό (χρειάζονται μόνο 10-15 λεπτά για την συμπλήρωσή του), τρίτον: είναι περιεκτικό, αφού καλύπτει μεγάλο εύρος των περισσότερων διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας και τέταρτο: ερευνά και καλύπτει τις περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ένα νοσοκομείο.¹⁵¹

Οι ερωτήσεις κατά ενότητα έχουν απαντηθεί σε μια κλίμακα πέντε απαντήσεων (με διαβάθμιση στην πεντάβαθμη κλίμακα Likert)¹⁵² και εκφράζουν το βαθμό συμφωνίας τους, από το συμφωνώ απόλυτα (5) μέχρι το διαφωνώ απόλυτα(1) στο Α' και ΣΤ' μέρος και από το ποτέ (1) μέχρι το συνεχώς (5) στο Γ' μέρος. Σύμφωνα με την Lamarka¹⁵³ τα ερωτηματολόγια τα οποία χρησιμοποιούν την κλίμακα μέτρησης στάσεων με βαθμίδες Likert scale θεωρούνται κατάλληλα για τη μέτρηση και διακρίβωση απόψεων. Η πλεονεκτική πλευρά της Κλίμακας Likert είναι ότι αποτελεί την πιο καθολική μέθοδο για την έρευνα και ως εκ τούτου είναι εύκολα κατανοητή. Οι απαντήσεις είναι εύκολα μετρήσιμες όπως και ο υπολογισμός των μαθηματικών αναλύσεων. Υπάρχουν επίσης δύο μονοθεματικές μεταβλητές, που αφορούν την αντίληψη των εργαζομένων σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, όπου καλούνται να βαθμολογήσουν από άριστα (1) μέχρι απορριπτέα (5) και τη δήλωση των ατυχών

συμβάντων κατά τους τελευταίους 12 μήνες με τη δυνατότητα απάντησης: κανένα δηλωθέν συμβάν, 1-2 ατυχή συμβάντα, 3-5 ατυχή συμβάντα, 6-10 ατυχή συμβάντα, 11-20 ατυχή συμβάντα, 21 ή περισσότερα ατυχή συμβάντα. Υπάρχει επίσης μια ανοικτού τύπου ερώτηση, όπου το προσωπικό καλείται να γράψει ελεύθερα οποιοδήποτε σχόλιο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή σχετικά με κάποιο λάθος ή κάποιο ατυχές συμβάν στο νοσοκομείο.

3.1.3. Υλικό και μέθοδοι

Τον Απρίλιο του 2012, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου *'The Hospital Survey on Patient Safety Culture'* έχει διανεμηθεί σε όλα τα τμήματα και σε όλους σχεδόν τους νοσηλευτές (N=230) του νοσοκομείου, το οποίο περιλαμβάνει 125 κλίνες, που έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς. Έχει διευκρινιστεί στους ερωτώμενους σε ειδικό έντυπο ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική, ανώνυμη και οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές. Πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έχει εξασφαλιστεί άδεια από την επιστημονική επιτροπή προώθησης ερευνών (Scientific committee for the promotion of Research) του Υπουργείου Υγείας (παράρτημα/2), τη διεύθυνση του νοσοκομείου και σχετική άδεια από τον Επίτροπο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Από τους 230 νοσηλευτές έχουν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο 205, ποσοστό 89%. Η έρευνα διήρκεσε δύο μήνες.

3.1.4. Επεξεργασία δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια, κλειστά το κάθε ένα σε φάκελο, είχαν μοιραστεί στους νοσηλευτές. Μαζί με το ερωτηματολόγιο παρεχόταν και σύντομη περιγραφή του σκοπού έρευνας. Με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι νοσηλευτές, τοποθέτησαν το ερωτηματολόγιο σε κλειστό φάκελο και είχαν μαζευτεί από άτομο που είχε οριστεί για την συλλογή των ερωτηματολογίων. Τα δεδομένα, είχαν συλλεγεί τελικά από τον ερευνητή και από ομάδα συνεργατών και κωδικοποιήθηκαν στον υπολογιστή. Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η ακρίβεια των στοιχείων που δόθηκαν και έγινε η ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιώντας το SPSS 19.0. (Statistical Package for Social Sciences). Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες.

Τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν διακρίνονται στα μέτρα θέσης ή κεντρικής τάσης, που περιλαμβάνουν τις ποσοτικές μεταβλητές, οι οποίες

παρουσιάζονται ως μέση τιμή ή μέσο και τη διάμεσο, την ελάχιστη ή μέγιστη τιμή και τα μέτρα μεταβλητότητας ή διασποράς, που περιλαμβάνουν το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range), την τυπική απόκλιση (standard deviation) και το εύρος (variance). Ο μέσος χρησιμοποιείται ως περιληπτικό μέτρο για συνεχή και ασυνεχή δεδομένα, ενώ επηρεάζεται σημαντικά από την ύπαρξη ακραίων τιμών. Η διάμεσος επηρεάζεται σε πολύ μικρότερο βαθμό από τις ακραίες τιμές, σε σχέση με το μέσο και χρησιμοποιείται τόσο για συνεχή και ασυνεχή δεδομένα όσο και για διατάξιμα. Όταν η κατανομή μιας ομάδας δεδομένων είναι συμμετρική (ή, αλλιώς, κανονική), τότε ο μέσος αποτελεί το καλύτερο μέτρο κεντρικής τάσης, ενώ, όταν η κατανομή παρουσιάζει ασυμμετρία ενδείκνυται η χρήση της διαμέσου. Στην περίπτωση δεδομένων που ακολουθούν την κανονική κατανομή, ως το πλέον κατάλληλο μέτρο εκτίμησης της μεταβλητότητας, θεωρείται η τυπική απόκλιση, ενώ το ενδοτεταρτημοριακό εύρος αποτελεί το αντίστοιχο μέτρο στην περίπτωση δεδομένων, τα οποία δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.^{154,155}

Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι συνολικές βαθμολογίες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, ενώ η ηλικία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας βαθμολογίας και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας βαθμολογίας και μιας ποιοτικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance).¹⁵⁶

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας διατάξιμης μεταβλητής και μιας βαθμολογίας ή μεταξύ της ηλικίας και μιας βαθμολογίας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach α ερευνήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability). Η αξιοπιστία αυτή αξιολογεί κατά πόσο τα στοιχεία ενός παράγοντα εκτιμούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Αν τα στοιχεία μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή, η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας πρέπει να είναι ίση ή μεγαλύτερη με την τιμή 0,6.¹⁵⁷ Στην θεωρία η τιμή

του Cronbach κυμαίνεται μεταξύ 0-1 όπου στο 0 δεν υπάρχει αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και στο 1 παρουσιάζει τέλεια αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.¹⁵⁸

3.2. Στατιστική ανάλυση - Αποτελέσματα

Εξαιτίας του σχετικά μικρού αριθμού συμμετεχόντων, για την πιο αξιόπιστη πραγματοποίηση συγκρίσεων, οι 11 κατηγορίες που αφορούσαν το τμήμα εργασίας συγχωνεύτηκαν σε 3 τομείς εργασίας ως εξής:

- Χειρουργικός τομέας εργασίας (γυναικολογικό τμήμα, ΜΕΘ, ορθοπεδικό τμήμα, χειρουργικό τμήμα και χειρουργεία).
- Παθολογικός τομέας εργασίας (τμήμα αιμοκάθαρσης, καρδιολογικό τμήμα, τμήμα μεσογειακής αναιμίας, παθολογικό τμήμα και παιδιατρικό τμήμα).
- Τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες που δεν βρίσκονταν σε άμεση επαφή/επικοινωνία με τους ασθενείς ήταν μόλις 9 και για τον λόγο αυτόν δεν διερευνήθηκε ο ρόλος της συγκεκριμένης μεταβλητής.

Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Safety Culture” [Nieva and Sorra 2004] αναλύθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες των συγγραφέων του ερωτηματολογίου². Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο “*The Hospital Survey on Patient Culture*” αποτελείται από 44 ερωτήσεις, οι οποίες δημιουργούν 12 επιμέρους παράγοντες, μια βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών και τη συχνότητα των δηλωθέντων ατυχών συμβάντων. Οι 12 επιμέρους παράγοντες είναι οι εξής:

1. Ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.
2. Προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.
3. Συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.
4. Βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.
5. Συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.

² Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2004.

6. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.
7. Ελευθερία απόψεων του προσωπικού.
8. Συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.
9. Ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων.
10. Τρόπος λειτουργίας του προσωπικού.
11. Βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.
12. Αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.

Σε κάθε ένα από τους παράγοντες του ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Safety Culture” υπολογίστηκαν οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες των διαφόρων απαντήσεων. Επιπλέον, υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία κάθε παράγοντα και παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη. Για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας, η αντιστοιχία μεταξύ βαθμών και απαντήσεων των συμμετεχόντων φαίνεται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Η αντιστοιχία μεταξύ βαθμών και απαντήσεων των συμμετεχόντων, για τον υπολογισμό της συνολικής βαθμολογίας των διαφόρων παραγόντων του ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Culture”.

Απάντηση	Βαθμός
Διαφωνώ απόλυτα ή Ποτέ	1
Διαφωνώ ή Σπάνια	2
Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ ή Μερικές φορές	3
Συμφωνώ ή Συχνά	4
Συμφωνώ απόλυτα ή Συνεχώς	5

Σημειώνεται ότι αναφορικά με τα δεδομένα του πίνακα 1, σε ορισμένες προτάσεις/δηλώσεις του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε αναστροφή του βαθμού των απαντήσεων, έτσι ώστε μεγαλύτερες βαθμολογίες να δηλώνουν θετικότερη αντίληψη. Η αναστροφή αυτή βεβαίως έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης του ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Culture” από τους συγγραφείς του.

3.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στους πίνακες 2α και 2β παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 2α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της μελέτης.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Αντρες	44 (21,5)
Γυναίκες	161 (78,5)
Ηλικία	35,4 (13,7) ^a
Τμήμα εργασίας	
Αιμοκάθαρσης	9 (4,4)
Γυναικολογικό	18 (8,8)
Καρδιολογικό	14 (6,8)
ΜΕΘ	19 (9,3)
Μεσογειακής αναιμίας	3 (1,5)
Ορθοπαιδικό	18 (8,8)
Παθολογικό	21 (10,2)
Παιδιατρικό	15 (7,3)
ΤΑΕΠ	31 (15,1)
Χειρουργικό	24 (11,7)
Χειρουργείο	16 (7,8)
Άλλο	17 (8,3)
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	
<1 έτος	17 (8,5)
1-5 έτη	100 (49,8)

6-10 έτη	27 (13,4)
11-15 έτη	25 (12,4)
16-20 έτη	17 (8,5)
>20 έτη	15 (7,5)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Πίνακας 2β. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της μελέτης.

Χαρακτηριστικό	N (%)
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα	
<20	2 (1,0)
20-39	160 (80,8)
40-59	36 (18,2)
60-79	0 (0,0)
80-99	0 (0,0)
>99	0 (0,0)
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα	
<1 έτος	8 (4,0)
1-5 έτη	74 (36,8)
6-10 έτη	28 (13,9)
11-15 έτη	36 (17,9)
16-20 έτη	17 (8,5)
>20 έτη	38 (18,9)
Θέση στο νοσοκομείο	
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	163 (82,7)
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	34 (17,3)
Άμεση επαφή/επικοινωνία με τους ασθενείς	
Ναι	193 (94,5)
Όχι	9 (4,5)

3.2.2. Ομαδική συνεργασία εντός τμήματος

3.2.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «ομαδική συνεργασία εντός τμήματος» ήταν 0,7, γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή. Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ομαδική συνεργασία εντός τμήματος».

Πίνακας 3. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ομαδική συνεργασία εντός τμήματος».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ο ένας υποστηρίζει τον άλλον στο τμήμα μας	7 (3,4)	49 (23,9)	26 (12,7)	104 (50,7)	19 (9,3)
Όταν έχουμε πολλή δουλειά που πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για την ολοκλήρωση της εργασίας	7 (3,4)	27 (13,2)	10 (4,9)	122 (59,5)	39 (19,0)
Στο τμήμα μας, ο ένας σέβεται τον άλλο	5 (2,4)	36 (17,6)	45 (22,0)	94 (45,9)	25 (12,2)
Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας στο τμήμα μας, έχουμε βοήθεια από άλλα τμήματα	47 (22,9)	74 (36,1)	15 (7,3)	62 (30,2)	7 (3,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3:

- Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (60%) δήλωσαν πως ο ένας εργαζόμενος υποστηρίζει τον άλλο στο τμήμα εργασίας.

- Σημαντικό ποσοστό (78,5%) των συμμετεχόντων δήλωσε πως στο τμήμα τους εργάζονται ομαδικά για την ολοκλήρωση της εργασίας, όταν υπάρχει αρκετή δουλειά.
- Το 58,1% των συμμετεχόντων δήλωσε πως στο τμήμα τους υπάρχει αλληλοσεβασμός.
- Μόλις το 33,6% των συμμετεχόντων δήλωσε πως τους βοηθάνε άλλα τμήματα, όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας.

3.2.2.2 Συνολική βαθμολογία

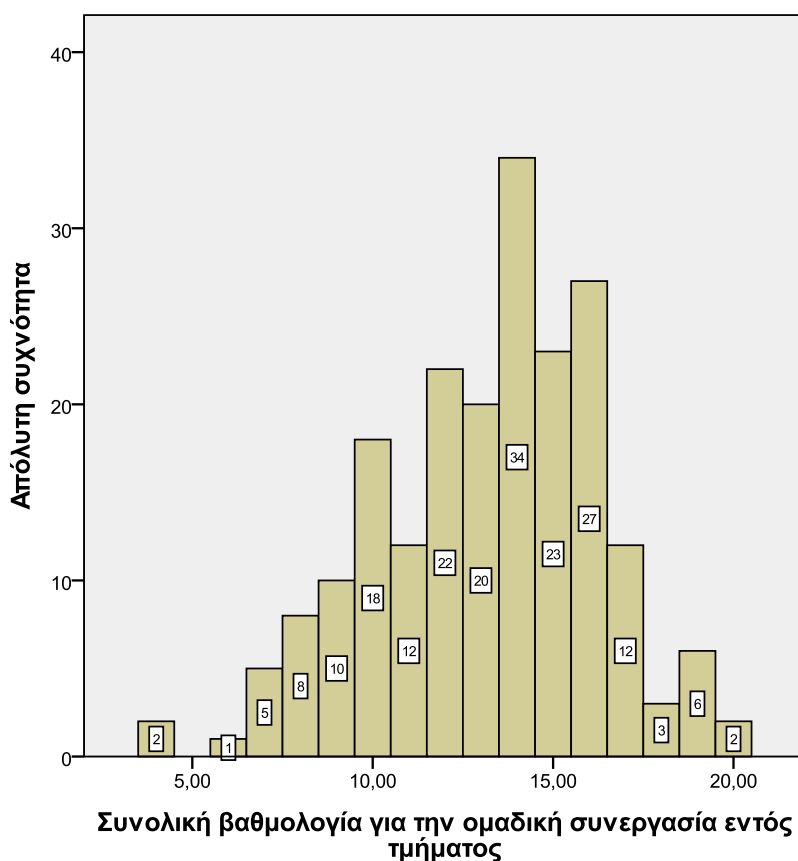
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «ομαδική συνεργασία εντός τμήματος» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 3, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.

Η μέση συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος ήταν 13,2. Στο γράφημα 1 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.

Πίνακας 4. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.

	Συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος
Μέση τιμή	13,2
Τυπική απόκλιση	3,1
Διάμεσος	14
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	20



Γράφημα 1. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 5. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία εντός τμήματος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,93^a
Άντρες	13,2 (3,1)		
Γυναίκες	13,2 (3,1)		

Ηλικία		0,09	0,24 ^B
Τομέας εργασίας			0,006 ^Γ
Χειρουργικός	13,7 (2,6)		
Παθολογικός	12,2 (3,2)		
ΤΑΕΠ	13,8 (3,6)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,09	0,23 ^B
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,01	0,84 ^B
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		-0,07	0,36 ^B
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,01	0,91 ^B
Θέση στο νοσοκομείο			0,2 ^A
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	13 (2,9)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	13,8 (3,7)		

^A Έλεγχος t

^B Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^Γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5, οι εργαζόμενοι στο ΤΑΕΠ ($p=0,049$) και στο χειρουργικό τομέα ($p=0,008$) είχαν μεγαλύτερη μέση συνολική βαθμολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους στον παθολογικό τομέα.

3.2.3. Προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών³

3.2.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών» ήταν 0,73, γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών».

Πίνακας 6. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ο προϊστάμενος μου λέει έναν καλό λόγο όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενή	7 (3,4)	29 (14,1)	26 (12,7)	96 (46,8)	47 (22,9)
Ο προϊστάμενος μου λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις μας για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	6 (2,9)	29 (14,1)	25 (12,2)	100 (48,8)	45 (22,0)
Όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, ο προϊστάμενος μας παροτρύνει να εργαστούμε γρηγορότερα,	22 (10,7)	106 (51,7)	20 (9,8)	42 (20,5)	15 (7,3)

³ Adapted from Zohar (2000). A group-level model of safety climate: Testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs. *Journal of Applied Psychology*, (85) 4, 587-596.

ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενή					
Ο προϊστάμενος μου παραβλέπει τα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή που συμβαίνουν συνεχώς στο τμήμα μας	47 (22,9)	99 (48,3)	24 (11,7)	26 (12,7)	9 (4,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 6:

- Αρκετά σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (69,7%) δήλωσε πως ο προϊστάμενος τους λέει έναν καλό λόγο όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενή.
- Αρκετά σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (70,8%) δήλωσε πως ο προϊστάμενος τους λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις των εργαζομένων για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή.
- Μόνο το 27,8% των συμμετεχόντων δήλωσε πως, όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, ο προϊστάμενος παροτρύνει τους εργαζόμενους να εργαστούν γρηγορότερα, ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενή.
- Μόνο το 17,1% των συμμετεχόντων δήλωσε πως ο προϊστάμενος παραβλέπει τα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή που συμβαίνουν συνεχώς στο τμήμα

3.2.3.2. Συνολική βαθμολογία

1. Μονομεταβλητή ανάλυση

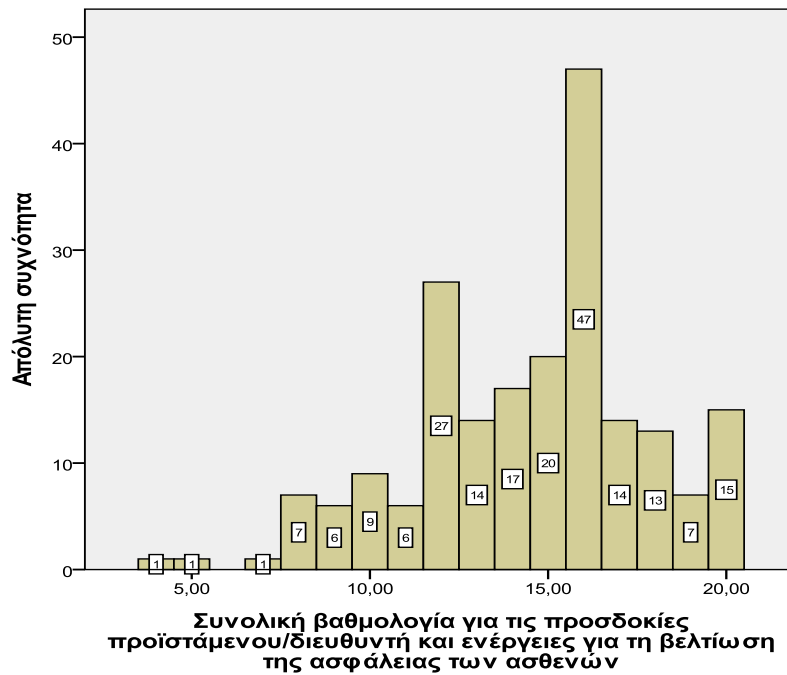
Ο παράγοντας «προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 6, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες στην τρίτη και την τέταρτη πρόταση/δήλωση του πίνακα 6. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη

για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών ήταν 14,5. Στο γράφημα 2 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

Πίνακας 7. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

	Συνολική βαθμολογία για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών
Μέση τιμή	14,5
Τυπική απόκλιση	3,2
Διάμεσος	15
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	20



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 8. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τις προσδοκίες προϊστάμενου/διευθυντή και ενέργειες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,51^a
Άντρες	14,8 (3,7)		
Γυναίκες	14,5 (3,1)		
Ηλικία		-0,01	0,9^b

Τομέας εργασίας			0,03^γ
Χειρουργικός	14,8 (3,1)		
Παθολογικός	13,8 (3,3)		
ΤΑΕΠ	15,5 (2,6)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,02	0,73^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,04	0,57^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,08	0,25^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,01	0,94^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,7^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	14,6 (3,1)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	14,3 (3,5)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 8, οι εργαζόμενοι στο ΤΕΑΠ (p=0,03) είχαν μεγαλύτερη μέση συνολική βαθμολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους στον παθολογικό τομέα.

3.2.4. Συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών

3.2.4.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών» ήταν 0,6, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών».

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Εργαζόμαστε δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1 (0,5)	6 (2,9)	10 (4,9)	126 (61,5)	62 (30,2)
Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα μας	8 (3,9)	43 (21,0)	45 (22,0)	95 (46,3)	14 (6,8)
Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε την αποτελεσματικότητά τους	5 (2,4)	19 (9,3)	25 (12,2)	126 (61,5)	30 (14,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 9:

- Εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (91,7%) δήλωσαν πως εργάζονται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή.
- Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (53,1%) δήλωσαν πως τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα.

- Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (76,1%) δήλωσε πως όταν εφαρμόζουν αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούν την αποτελεσματικότητά τους.

3.2.4.2. Συνολική βαθμολογία

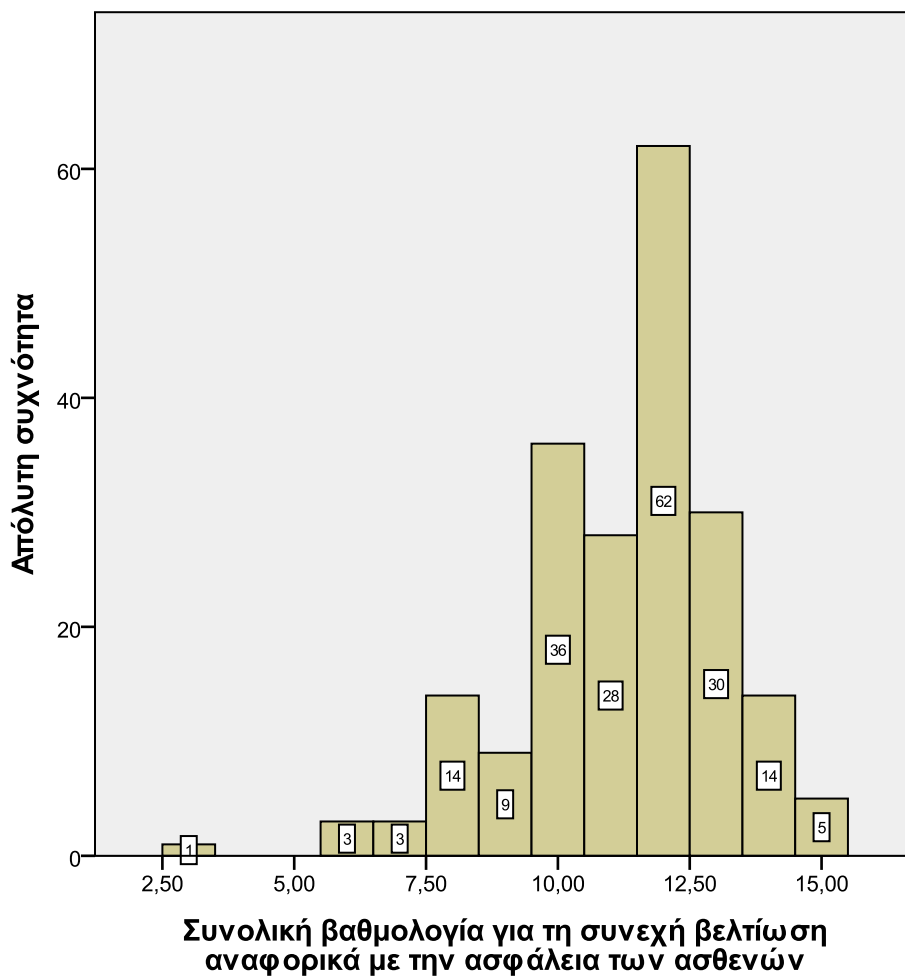
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «συνεχής βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 9, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών ήταν 11,3. Στο γράφημα 3 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.

Πίνακας 10. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.

	Συνολική βαθμολογία για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών
Μέση τιμή	11,3
Τυπική απόκλιση	1,9
Διάμεσος	12
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	2
Ελάχιστη τιμή	3
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 3. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 11. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,6^a
Άντρες	11,4 (1,6)		

Γυναίκες	11,2 (2,0)		
Ηλικία		0,11	0,06^β
Τομέας εργασίας			0,3^γ
Χειρουργικός	11,4 (1,8)		
Παθολογικός	10,9 (1,8)		
ΤΑΕΠ	33 (2,4)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,10	0,06^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,04	0,5^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,01	0,9^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,06	0,4^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,3^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	11,2 (1,8)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	11,6 (2,5)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 11, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συνεχή βελτίωση αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

3.2.5. Βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου

3.2.5.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου» ήταν 0,67 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου».

Πίνακας 12. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η διοίκηση του Νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	13 (6,3)	33 (16,1)	56 (27,3)	90 (43,9)	13 (6,3)
Οι ενέργειες της διοίκησης του Νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι υψηλής προτεραιότητας	7 (3,4)	43 (21,0)	52 (25,4)	89 (43,4)	14 (6,8)
Η διοίκηση του Νοσοκομείου δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών	6 (2,9)	68 (33,2)	30 (14,6)	85 (41,5)	16 (7,8)

μόνο μετά από κάποιο
ανεπιθύμητο γεγονός

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 12:

- Οι μισοί συμμετέχοντες (50,2%) δήλωσαν ότι η διοίκηση του Νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα που προάγει την ασφάλεια των ασθενών.
- Οι μισοί συμμετέχοντες (50,2%) δήλωσαν ότι οι ενέργειες της διοίκησης του Νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι υψηλής προτεραιότητας.
- Οι μισοί συμμετέχοντες (49,3%) δήλωσαν ότι η διοίκηση του Νοσοκομείου δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο μετά από κάποιο ανεπιθύμητο γεγονός.

3.2.5.2. Συνολική βαθμολογία

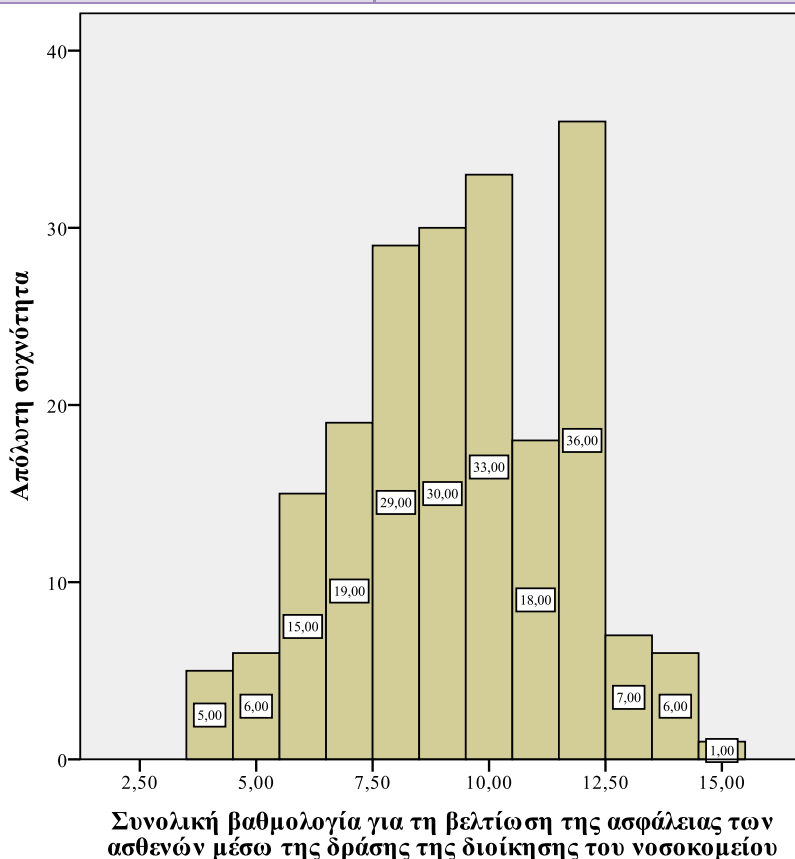
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 12, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες στην τρίτη πρόταση/δήλωση του πίνακα 12. Στον πίνακα 13 παρο ραζίζονται η μέση τιμή, η τυπική από κκιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου ήταν 9,4. Στο γράφημα 4 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.

Πίνακας 13. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.

	Συνολική βαθμολογία για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου
Μέση τιμή	9,4
Τυπική απόκλιση	2,4
Διάμεσος	9
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 4. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 14. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,7^a
Άντρες	9,5 (2,4)		
Γυναίκες	9,4 (2,4)		
Ηλικία		0,19	0,008^b
Τομέας εργασίας			0,1^γ
Χειρουργικός	9,4 (2,2)		
Παθολογικός	8,9 (2,8)		
ΤΑΕΠ	10,1 (1,9)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,18	0,01^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,1	0,2^b

Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,05	0,5^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα			0,^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,9^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	9,4 (2,3)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	9,4 (2,7)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα.

Πίνακας 15. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα.

	Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα	
	Συντελεστής συσχέτισης του	Τιμή p	Συντελεστής συσχέτισης του	Τιμή p	Συντελεστής συσχέτισης του	Τιμή p

	Spearman		Spearman		Spearman	
Ηλικία	0,91	<0,001	0,7	<0,001	0,7	<0,001
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο			0,7	<0,001	0,72	<0,001
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα					0,7	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15, οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα είναι πολύ ισχυρές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Για το λόγο αυτό, επιλέγεται μια από τις παραπάνω μεταβλητές για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταβλητή που επιλέχθηκε είναι τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς θεωρείται πως δηλώνει καλύτερα την εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 14, αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν θετικά με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου ($p = 0,01$).

3.2.6. Συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών

3.2.6.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «» ήταν 0,6, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή την εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών».

Πίνακας 16. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Από τύχη δεν συνέβηκαν σοβαρά λάθη στο τμήμα μας	32 (15,6)	78 (38,0)	32 (15,6)	45 (22,0)	18 (8,8)
Η ασφάλεια ασθενή ποτέ δεν παραγκωνίζεται, όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	4 (2,0)	31 (15,1)	17 (8,3)	101 (49,3)	52 (25,4)
Έχουμε πρόβλημα ασφαλείας ασθενή στο τμήμα μας	16 (7,8)	90 (43,9)	28 (13,7)	49 (23,9)	22 (10,7)
Οι διαδικασίες και το σύστημα εργασίας είναι καλά για την πρόληψη λαθών	10 (4,9)	54 (26,3)	38 (18,5)	88 (42,9)	15 (7,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα :

- Σημαντικό ποσοστό 30,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι από τύχη δεν συνέβηκαν σοβαρά λάθη στο τμήμα του.

- Υψηλό ποσοστό (74,7%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η ασφάλεια του ασθενή ποτέ δεν παραγκωνίζεται, όταν υπάρχει φόρτος εργασίας.
- Το 34,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι υπάρχει πρόβλημα ασφάλειας του ασθενή στο τμήμα τους.
- Οι μισοί συμμετέχοντες (50,2%) δήλωσαν ότι οι διαδικασίες και το σύστημα εργασίας είναι καλά για την πρόληψη λαθών.

3.2.6.2. Συνολική βαθμολογία

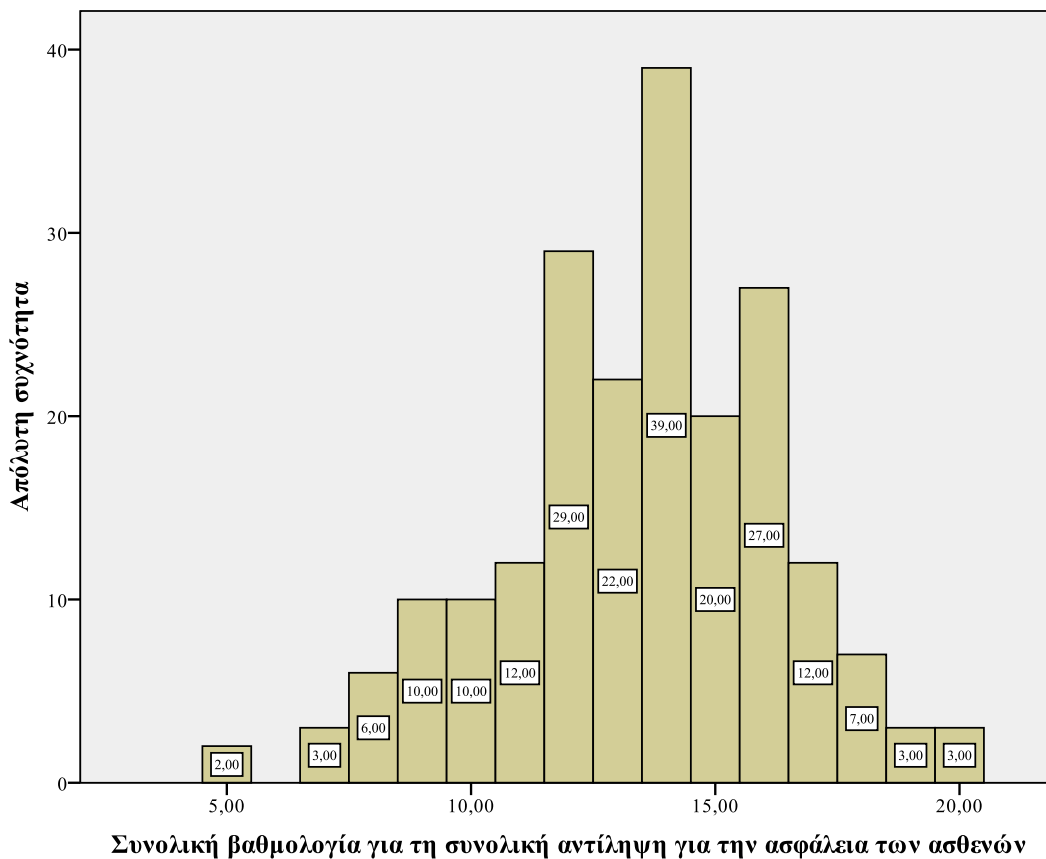
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 16, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών ήταν 13,5. Στο γράφημα 5 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.

Πίνακας 17. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.

Συνολική βαθμολογία για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών	
Μέση τιμή	13,5
Τυπική απόκλιση	2,9
Διάμεσος	14
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	5
Μέγιστη τιμή	20



Γράφημα 5. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 18. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^a

Άντρες	13,3 (3,2)		
Γυναίκες	13,5 (2,7)		
Ηλικία		0,14	0,049^β
Τομέας εργασίας			0,2^γ
Χειρουργικός	13,5 (2,8)		
Παθολογικός	13,1 (3,1)		
ΤΑΕΠ	14,2 (2,1)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,1	0,15^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,12	0,07^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,1	0,2^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,13	0,07^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,3^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	13,5 (3,2)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	13 (3,2)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 18, αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών ($p=0,049$).

3.2.7. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη

3.2.7.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη» ήταν 0,73 γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη».

Πίνακας 19. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη».

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
Συστηματικά αξιολογούμε τις αλλαγές που τέθηκαν σε εφαρμογή, βάσει δηλωθέντων ατυχών συμβάντων	10 (4,9)	38 (18,5)	63 (30,7)	73 (35,6)	21 (10,2)
Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα μας	3 (1,5)	10 (4,9)	55 (26,8)	75 (36,6)	62 (30,2)
Στο τμήμα μας, συζητάμε τρόπους πρόληψης λαθών	3 (1,5)	18 (8,8)	62 (30,2)	90 (43,9)	32 (15,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 19:

- Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (45,8%) δήλωσαν ότι στο τμήμα τους συχνά/συνεχώς αξιολογούν συστηματικά τις αλλαγές που τέθηκαν σε εφαρμογή, βάσει δηλωθέντων ατυχών συμβάντων.

- Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (66,8%) δήλωσε ότι ενημερώνεται συχνά/συνεχώς για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα τους.
- Το 59,5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι στο τμήμα του συχνά/συνεχώς συζητούν τρόπους πρόληψης λαθών.

3.2.7.2. Συνολική βαθμολογία

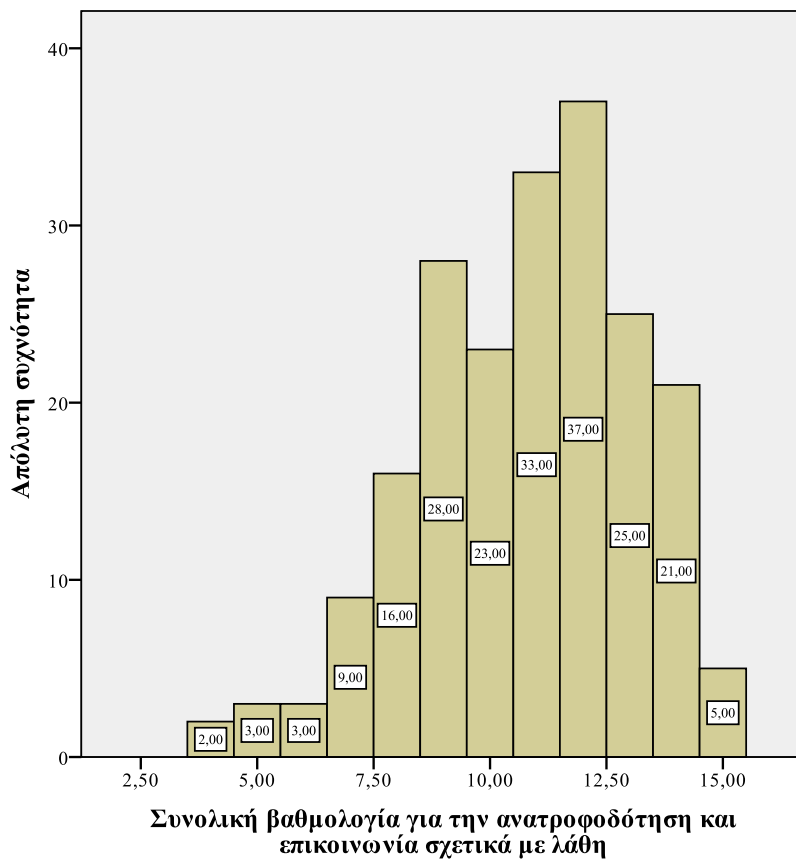
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 20, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Στον πίνακα παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.

Η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 10,8. Στο γράφημα 6 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.

Πίνακας 20. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.

	Συνολική βαθμολογία για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη
Μέση τιμή	10,8
Τυπική απόκλιση	2,3
Διάμεσος	11
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 6. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 21. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,11^a
Άντρες	11,3 (2)		

Γυναίκες	10,7 (2,4)		
Ηλικία		0,07	0,4 ^β
Τομέας εργασίας			0,9 ^γ
Χειρουργικός	11 (2,3)		
Παθολογικός	10,8 (2,4)		
ΤΑΕΠ	10,9 (2,4)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,06	0,4 ^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,01	0,9 ^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		-0,05	0,5 ^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,06	0,4 ^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,9 ^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	10,8 (2,3)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	10,9 (2,4)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 21, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με λάθη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

3.2.8. Ελευθερία απόψεων του προσωπικού

3.2.8.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «ελευθερία απόψεων του προσωπικού» ήταν 0,6, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ελευθερία απόψεων του προσωπικού».

Πίνακας 22. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ελευθερία απόψεων του προσωπικού».

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που αρνητικά επιδρά στη φροντίδα υγείας του ασθενή	1 (0,5)	22 (10,7)	66 (32,2)	78 (38,0)	38 (18,5)
Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή ενέργειες των διοικούντων	17 (8,3)	53 (25,9)	68 (33,2)	56 (27,3)	11 (5,4)
Το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	45 (22,0)	70 (34,1)	62 (30,2)	22 (10,7)	6 (2,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 22:

- Το 56,5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό συχνά/συνεχώς μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενή.

- Το 32,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό συχνά/συνεχώς μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή ενέργειες των διοικούντων.
- Μόλις το 13,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό συχνά/συνεχώς φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό.

3.2.8.2. Συνολική βαθμολογία

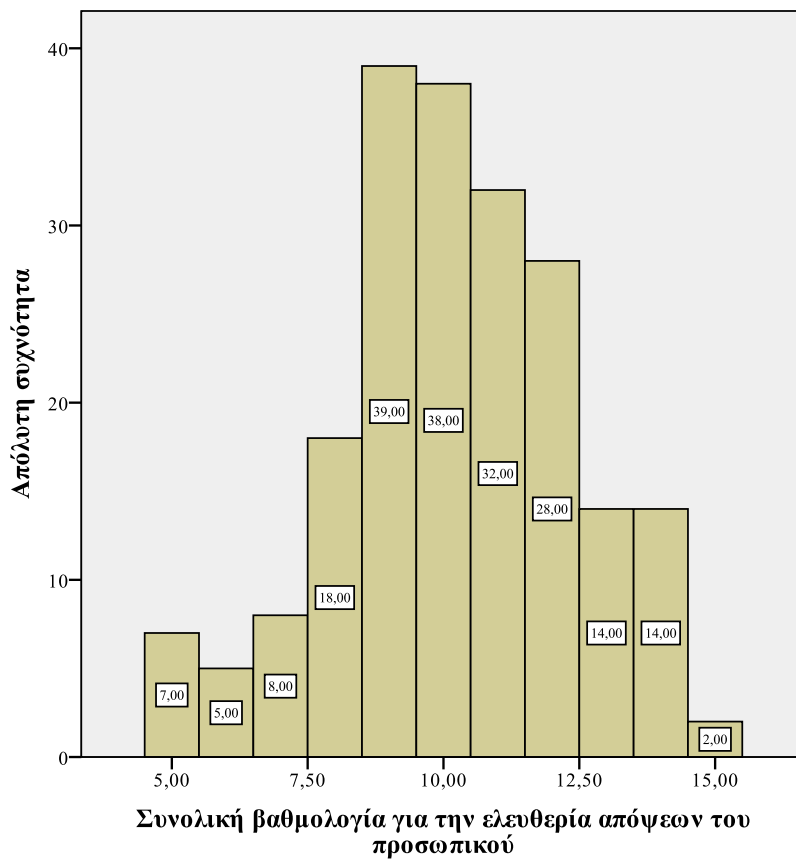
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «ελευθερία απόψεων του προσωπικού» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 22, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού.

Η μέση συνολική βαθμολογία για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού ήταν 10,2. Στο γράφημα 7 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού.

Πίνακας 23. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού.

	Συνολική βαθμολογία για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού
Μέση τιμή	10,3
Τυπική απόκλιση	2,2
Διάμεσος	10
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3
Ελάχιστη τιμή	5
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 7. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 24. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,2^α
Αντρες	10,6 (2,2)		
Γυναίκες	10,1 (2,2)		
Ηλικία		0,15	0,04^β
Τομέας εργασίας			0,6^γ

Χειρουργικός	10,3 (2,1)		
Παθολογικός	10,2 (2,2)		
ΤΑΕΠ	10,6 (2,1)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,15	0,04^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,14	0,06^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		-0,06	0,4^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,14	0,06^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,1^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	10,2 (2,2)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	10,8 (2,4)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15, οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα είναι πολύ ισχυρές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Για τον λόγο αυτόν, επιλέγεται μια από τις παραπάνω μεταβλητές για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταβλητή που επιλέχθηκε είναι τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς θεωρείται πως δηλώνει καλύτερα την εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 24, αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού ($p=0,04$).

3.2.9. Συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος

3.2.9.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος» ήταν 0,9, γεγονός που δηλώνει εξαιρετικά καλή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος».

Πίνακας 25. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος».

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
Όταν συμβεί ένα λάθος, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν να επηρεάσει τον ασθενή, πόσο συχνά δηλώνεται;	12 (5,9)	48 (23,4)	63 (30,7)	62 (30,2)	20 (9,8)
Όταν συμβεί ένα λάθος, αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή, πόσο συχνά δηλώνεται;	16 (7,8)	63 (30,7)	67 (32,7)	44 (21,5)	15 (7,3)
Όταν συμβεί ένα λάθος που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά δεν τον επηρέασε, πόσο συχνά δηλώνεται;	12 (5,9)	46 (22,4)	61 (29,8)	66 (32,2)	20 (9,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 25:

- Το 40% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συχνά/συνεχώς όταν συμβεί ένα λάθος, αλλά εντοπιστεί και διορθωθεί πριν να επηρεάσει τον ασθενή, τότε δηλώνεται.
- Μόλις το 28,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συχνά/συνεχώς όταν συμβεί ένα λάθος, αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή, τότε δηλώνεται.
- Το 42% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συχνά/συνεχώς όταν συμβεί ένα λάθος, που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά δεν τον επηρέασε, τότε δηλώνεται.

3.2.9.2. Συνολική βαθμολογία

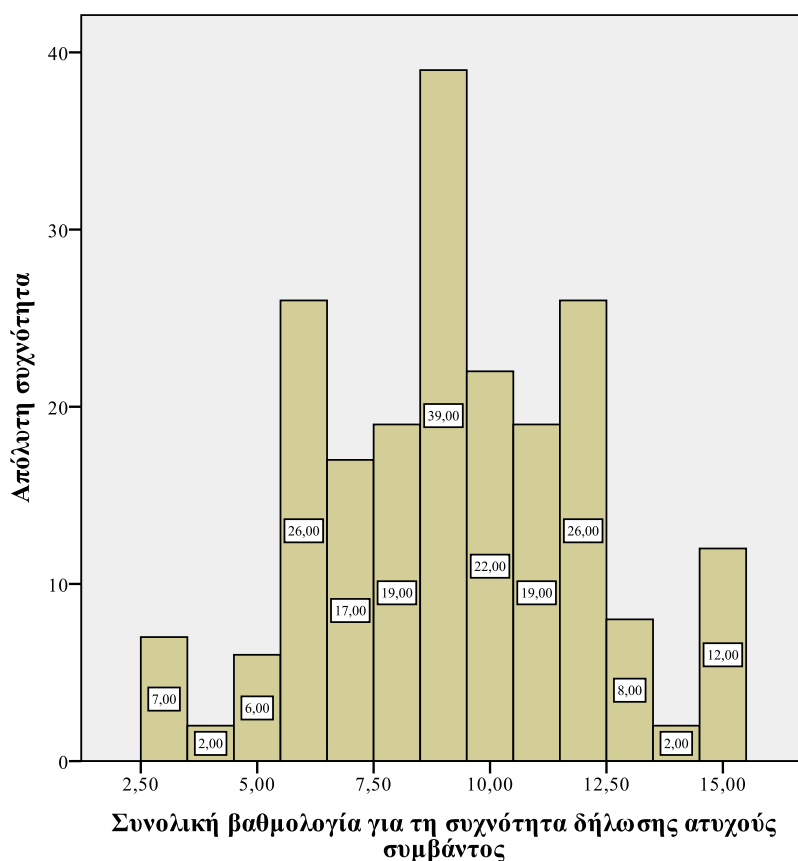
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 25, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος ήταν 9,2. Στο γράφημα 8 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.

Πίνακας 26. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.

	Συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος
Μέση τιμή	9,2
Τυπική απόκλιση	2,9
Διάμεσος	9
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	3
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 8. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 27. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,11^α
Αντρες	9,8 (2,6)		
Γυναίκες	9,1 (2,9)		
Ηλικία		0,01	0,9^β

Τομέας εργασίας			0,8^γ
Χειρουργικός	9,3 (2,9)		
Παθολογικός	9,1 (2,9)		
ΤΑΕΠ	9,5 (2,8)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,01	0,9^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,06	0,4^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,1	0,2^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,01	0,8^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,8^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	9,3 (2,8)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	9,1 (3,1)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 27, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τη συχνότητα δήλωσης ατυχούς συμβάντος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

3.2.10. Ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων

3.2.10.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων» ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 28 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων».

Πίνακας 28. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συνεργάζονται καλά το ένα με το άλλο	8 (3,9)	80 (39,0)	33 (16,1)	69 (33,7)	15 (7,3)
Η συνεργασία μεταξύ ομοειδών τμημάτων του Νοσοκομείου είναι καλή	1 (0,5)	29 (14,1)	45 (22,0)	116 (56,6)	14 (6,8)
Συνήθως, η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του Νοσοκομείου δεν είναι καλή	11 (5,4)	112 (54,6)	34 (16,6)	46 (22,4)	2 (1,0)
Τα τμήματα του Νοσοκομείου συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για παροχή άριστης ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς	7 (3,4)	35 (17,1)	47 (22,9)	102 (49,8)	14 (6,8)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 28:

- Το 41% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συνεργάζονται καλά το ένα με το άλλο.
- Σημαντικό ποσοστό (63,4%) δήλωσε ότι η συνεργασία μεταξύ ομοειδών τμημάτων του Νοσοκομείου είναι καλή.
- Το 23,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του Νοσοκομείου δεν είναι καλή.
- Το 56,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας υγείας στους ασθενείς.

3.2.10.2. Συνολική βαθμολογία

1. Μονομεταβλητή ανάλυση

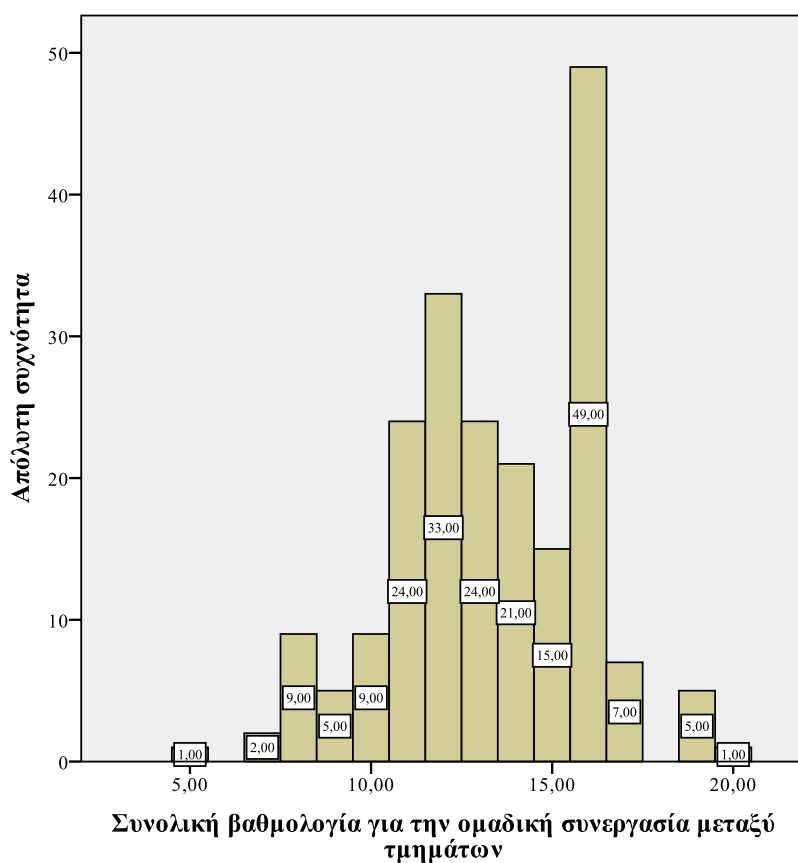
Ο παράγοντας «ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 28, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες στην πρώτη και την τρίτη πρόταση/δήλωση του πίνακα 28. Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων.

Η μέση συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων ήταν 13,3. Στο γράφημα 9 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων.

Πίνακας 29. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία μεταξύ των τμημάτων.

	Συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων
Μέση τιμή	13,3

Τυπική απόκλιση	2,7
Διάμεσος	13
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	4
Ελάχιστη τιμή	5
Μέγιστη τιμή	20



Γράφημα 9. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 30 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 30. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,5^a
Αντρες	13,6 (2,5)		
Γυναίκες	13,3 (2,8)		
Ηλικία		0,21	0,002^β
Τομέας εργασίας			0,7^γ
Χειρουργικός	13,5 (2,5)		
Παθολογικός	13,1 (3,0)		
ΤΑΕΠ	13,4 (2,5)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,19	0,007^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,16	0,02^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,03	0,6^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,17	0,02^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,8^a
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	13,3 (2,7)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	13,4 (2,7)		

^a Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15, οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα είναι πολύ ισχυρές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Για το λόγο αυτό, επιλέγεται μια από τις παραπάνω μεταβλητές για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταβλητή που επιλέχθηκε είναι τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς θεωρείται πως δηλώνει καλύτερα την εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 30, αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για την ομαδική συνεργασία μεταξύ τμημάτων ($p = 0,007$).

3.2.11. Τρόπος λειτουργίας του προσωπικού

3.2.11.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «τρόπος λειτουργίας του προσωπικού» ήταν 0,5, γεγονός που δηλώνει χαμηλή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «τρόπος λειτουργίας του προσωπικού».

Πίνακας 31. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «τρόπος λειτουργίας του προσωπικού».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Έχουμε αρκετό προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	24 (11,7)	114 (55,6)	9 (4,4)	54 (26,3)	4 (2,0)
Το προσωπικό	8 (3,9)	63 (30,7)	27 (13,2)	84 (41,0)	23 (11,2)

εργάζεται περισσότερες ώρες από όσες διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή					
Χρησιμοποιούμε περισσότερο προσωρινό προσωπικό από ό,τι διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενή	18 (8,8)	86 (42,0)	48 (23,4)	46 (22,4)	7 (3,4)
Εργαζόμαστε «πυροσβεστικά» προσπαθώντας να κάνουμε πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα	6 (2,9)	24 (11,7)	10 (4,9)	123 (60,0)	42 (20,5)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 31:

- Μόλις το 28,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας.
- Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (52,2%) δήλωσαν ότι το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από όσες διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή.
- Μόλις το 25,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι χρησιμοποιείται περισσότερο προσωρινό προσωπικό από ό,τι διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενή.
- Εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (80,5%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται «πυροσβεστικά» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα.

3.2.11.2. Συνολική βαθμολογία

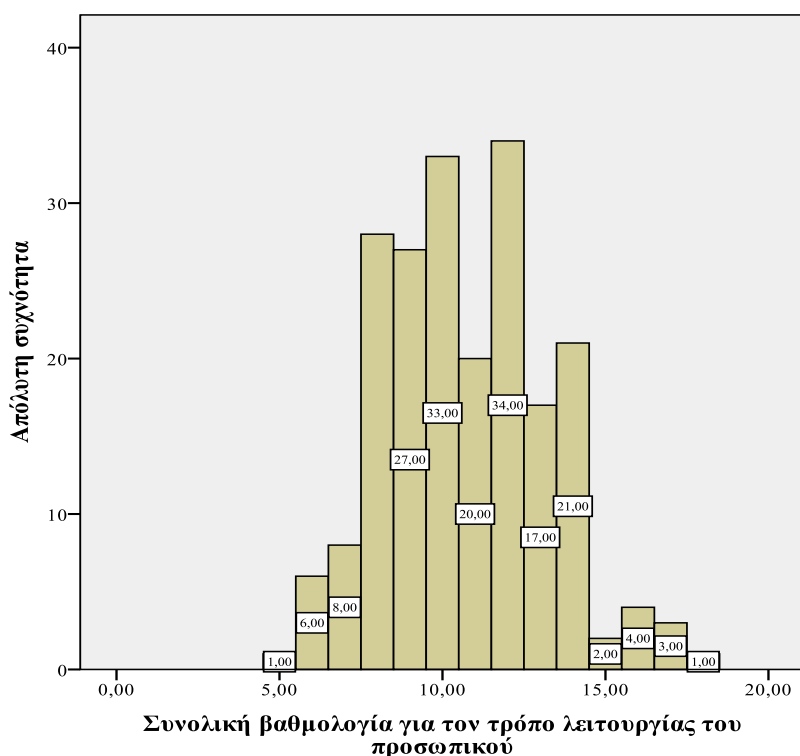
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «τρόπος λειτουργίας του προσωπικού» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 31, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες στη δεύτερη, την τρίτη και την τέταρτη πρόταση/δήλωση του πίνακα 31. Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού ήταν 10,7. Στο γράφημα 10 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού.

Πίνακας 32. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού.

	Συνολική βαθμολογία για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού
Μέση τιμή	10,7
Τυπική απόκλιση	2,5
Διάμεσος	10
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3
Ελάχιστη τιμή	5
Μέγιστη τιμή	18



Γράφημα 10. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 33. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,8^a
Άντρες	10,6 (2,7)		
Γυναίκες	10,7 (2,4)		
Ηλικία		0,22	0,002^b
Τομέας εργασίας			0,9^γ

Χειρουργικός	10,8 (2,4)		
Παθολογικός	10,7 (2,6)		
ΤΑΕΠ	10,9 (2,3)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,2	0,005^β
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,19	0,009^β
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,1	0,2^β
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,22	0,002^β
Θέση στο νοσοκομείο			0,7^α
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	10,8 (2,6)		
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	10,6 (2,4)		

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15, οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα είναι πολύ ισχυρές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Για τον λόγο αυτόν, επιλέγεται μια από τις παραπάνω μεταβλητές για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταβλητή που επιλέχθηκε είναι τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς θεωρείται πως δηλώνει καλύτερα την εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 33, αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού ($p=0,005$).

3.2.12. Βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών

3.2.12.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών» ήταν 0,6, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 34 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών».

Πίνακας 34. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	8 (3,9)	50 (24,4)	31 (15,1)	99 (48,3)	17 (8,3)
Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	16 (7,8)	114 (55,6)	29 (14,1)	38 (18,5)	8 (3,9)
Συνήθως, διάφορα	6 (2,9)	59 (28,8)	50 (24,4)	83 (40,5)	7 (3,4)

προβλήματα δημιουργούνται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του Νοσοκομείου					
Οι αλλαγές βάρδιας είναι προβληματικές για τους ασθενείς σ' αυτό το Νοσοκομείο	19 (9,3)	115 (56,1)	37 (18,0)	30 (14,6)	4 (2,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα :

- Το 56,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα.
- Μόλις το 22,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας.
- Το 43,8% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δημιουργούνται διάφορα προβλήματα στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του Νοσοκομείου.
- Μόλις το 22,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι οι αλλαγές βάρδιας στο Νοσοκομείο είναι προβληματικές για τους ασθενείς.

3.2.12.2. Συνολική βαθμολογία

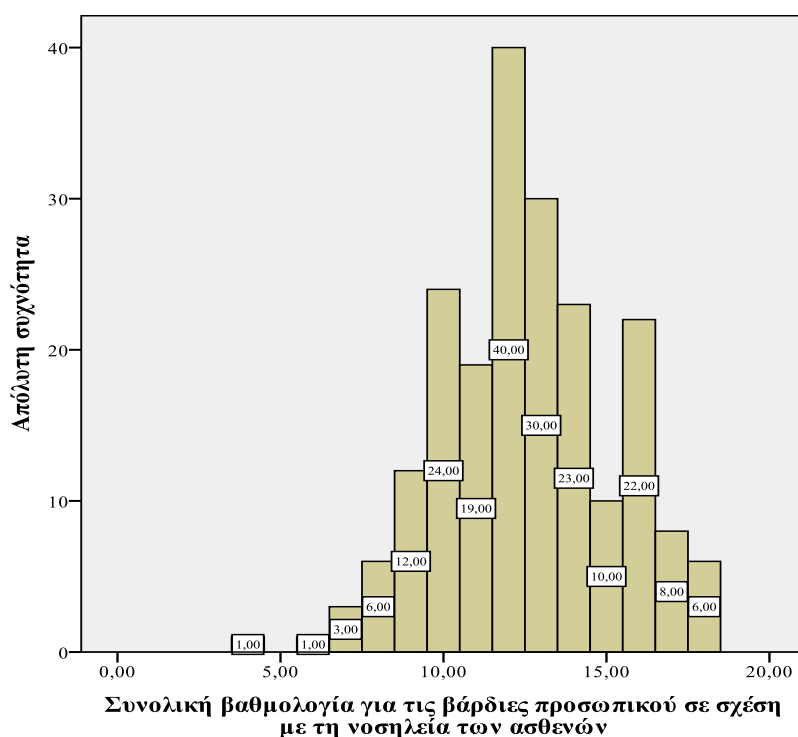
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών» αποτελούνταν από τις 4 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 34, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 4-20. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες και στις 4 προτάσεις/δηλώσεις του πίνακα 34. Στον πίνακα 35 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.

Η μέση συνολική βαθμολογία για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών ήταν 12,6. Στο γράφημα 11 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.

Πίνακας 35. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.

	Συνολική βαθμολογία για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών
Μέση τιμή	12,6
Τυπική απόκλιση	2,6
Διάμεσος	12
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3
Ελάχιστη τιμή	4
Μέγιστη τιμή	18



Γράφημα 11. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 36 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 36. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,2^a
Άντρες	12,9 (2,5)		
Γυναίκες	12,4 (2,6)		
Ηλικία		0,04	0,6^b
Τομέας εργασίας			0,5^γ
Χειρουργικός	12,4 (2,5)		
Παθολογικός	12,8 (2,7)		
ΤΑΕΠ	13,0 (3,0)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,01	0,9^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,03	0,6^b
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		0,05	0,5^b
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,08	0,3^b
Θέση στο νοσοκομείο			0,9^a
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	12,6 (2,7)		

Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	12,6 (2,7)		
---	-------------------	--	--

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 36, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τις βάρδιες προσωπικού σε σχέση με τη νοσηλεία των ασθενών και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

3.2.13. Αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση

3.2.13.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση» ήταν 0,65, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνοχή.

Στον πίνακα 37 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση».

Πίνακας 37. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση».

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν	13 (6,3)	38 (18,5)	24 (11,7)	103 (50,2)	27 (13,2)

εναντίον τους προσωπικά					
Όταν δηλώνεται ένα ατυχές συμβάν, υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό πρόβλημα	13 (6,3)	46 (22,4)	34 (16,6)	86 (42,0)	26 (12,7)
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον προσωπικό τους φάκελο	8 (3,9)	35 (17,1)	28 (13,7)	106 (51,7)	28 (13,7)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 37:

- Το 63,4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του προσωπικά.
- Το 54,7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι όταν δηλώνεται ένα ατυχές συμβάν, υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό πρόβλημα.
- Σημαντικό ποσοστό (65,4%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη του καταγράφονται στον προσωπικό του φάκελο.

3.2.13.2. Συνολική βαθμολογία

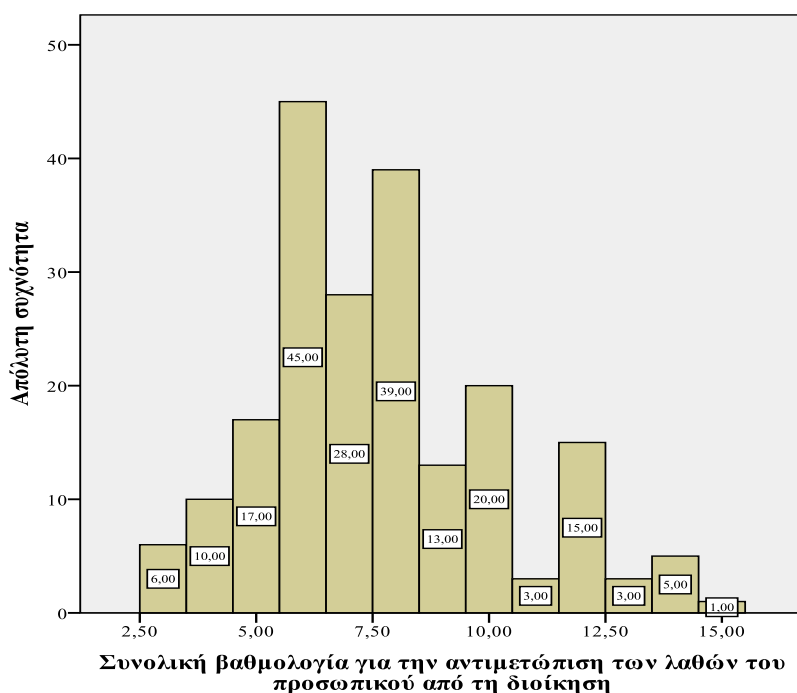
1. Μονομεταβλητή ανάλυση

Ο παράγοντας «αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση» αποτελούνταν από τις 3 προτάσεις/δηλώσεις που φαίνονται στον πίνακα 37, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 3-15. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες και στις 3 προτάσεις/δηλώσεις του πίνακα 37. Στον πίνακα 38 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.

Η μέση συνολική βαθμολογία για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση ήταν 7,7. Στο γράφημα 12 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.

Πίνακας 38. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής βαθμολογίας για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.

	Συνολική βαθμολογία για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση
Μέση τιμή	7,7
Τυπική απόκλιση	2,5
Διάμεσος	7
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3
Ελάχιστη τιμή	3
Μέγιστη τιμή	15



Γράφημα 12. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 39 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 39. Οι σχέσεις ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,6^a
Άντρες	7,5 (2,5)		
Γυναίκες	7,7 (2,5)		
Ηλικία		0,15	0,03^b
Τομέας εργασίας			0,06^γ
Χειρουργικός	7,7 (2,4)		
Παθολογικός	7,2 (2,6)		
ΤΑΕΠ	8,5 (3,1)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,17	0,02^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,14	0,04^b
Ώρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		-0,06	0,4^b
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		0,08	0,3^b
Θέση στο νοσοκομείο			0,1^a
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	7,6 (2,4)		

Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	8,3 (3,3)		
---	------------------	--	--

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 15, οι συσχετίσεις ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα και τα έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα είναι πολύ ισχυρές και στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$). Για τον λόγο αυτόν, επιλέγεται μια από τις παραπάνω μεταβλητές για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η μεταβλητή που επιλέγεται είναι τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, καθώς θεωρείται πως δηλώνει καλύτερα την εμπειρία των συμμετεχόντων αναφορικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 39, αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για την αντιμετώπιση των λαθών του προσωπικού από τη διοίκηση ($p=0,02$).

3.2.14. Βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα

3.2.14.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο συντελεστής Cronbach του παράγοντα «βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα» δεν υπολογίστηκε, καθώς ο παράγοντας αποτελούνταν από μια μόνο πρόταση/δήλωση.

Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα».

Πίνακας 40. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον παράγοντα «βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα».

	Άριστα	Λίαν καλώς	Καλώς	Ανεπαρκές	Απορριπτέο
Βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών	20 (9,8)	88 (42,9)	74 (36,1)	18 (8,8)	5 (2,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 40, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες (52,7%) βαθμολόγησαν το τμήμα εργασίας τους ως λίαν καλώς/άριστα αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών, ενώ μόλις το 11,2% των συμμετεχόντων βαθμολόγησε το τμήμα εργασίας του ως ανεπαρκές/απορριπτέο.

3.2.14.2. Βαθμολογία

1. Μονομεταβλητή ανάλυση

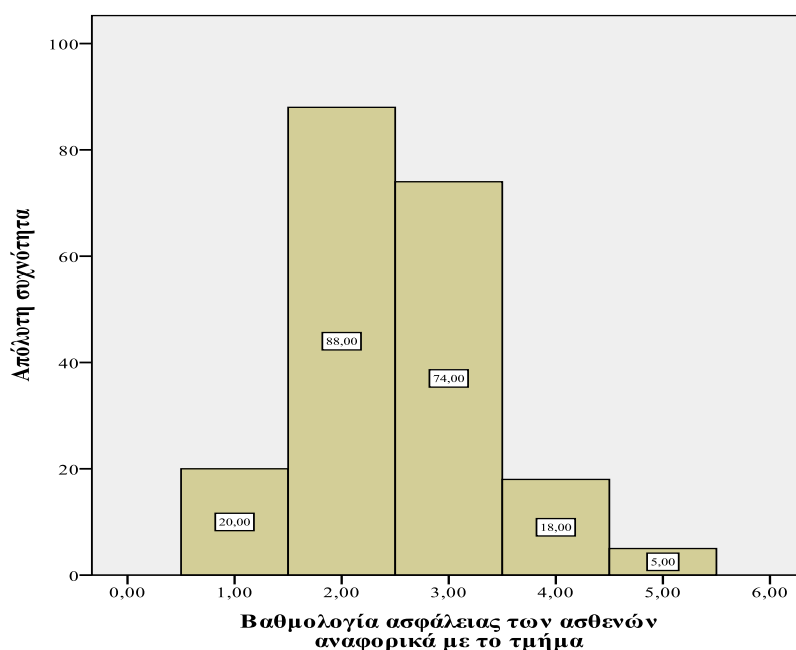
Ο παράγοντας «βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα» αποτελούνταν από μια πρόταση/δήλωση, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμαίνονταν μεταξύ 1-5. Αντιστράφηκαν οι βαθμολογίες στην πρόταση/δήλωση του πίνακα 40. Στον πίνακα 41 παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της συνολικής

βαθμολογίας. Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα.

Η μέση βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα ήταν 2,5. Στο γράφημα 13 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα.

Πίνακας 41. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της βαθμολογίας ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα.

	Βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα
Μέση τιμή	2,5
Τυπική απόκλιση	0,9
Διάμεσος	2
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	1
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5



Γράφημα 13. Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της βαθμολογίας ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα.

2. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον πίνακα 42 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 42. Οι σχέσεις ανάμεσα στη βαθμολογία ασφάλειας των ασθενών αναφορικά με το τμήμα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Συντελεστής συσχέτισης του Spearman	Τιμή p
Φύλο			0,3^a
Άντρες	2,4 (0,8)		
Γυναίκες	2,5 (0,9)		
Ηλικία		-0,12	0,1^b
Τομέας εργασίας			0,001^γ
Χειρουργικός	2,3 (0,8)		
Παθολογικός	2,6 (2,6)		
ΤΑΕΠ	2,9 (0,8)		
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,09	0,2^b
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,03	0,7^b
Ωρες εργασίας στο νοσοκομείο ανά εβδομάδα		-0,04	0,6^b
Έτη εργασίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα/επάγγελμα		-0,07	0,4^b
Θέση στο νοσοκομείο			0,4^a
Νοσηλευτικοί λειτουργοί	2,5 (0,9)		

Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Βοηθοί Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, Πρώτοι/δεύτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	2,4 (1,0)		
---	------------------	--	--

^α Έλεγχος t

^β Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

^γ Ανάλυση διασποράς

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 42, οι εργαζόμενοι στο ΤΕΑΠ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους εργαζόμενους στο χειρουργικό τομέα ($p=0,001$).

3.2.15. Δηλωθέντα ατυχή συμβάντα

Στον πίνακα 43 παρουσιάζονται τα δηλωθέντα ατυχή συμβάντα από τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 43. Τα δηλωθέντα ατυχή συμβάντα από τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες.

Ατυχή συμβάντα	N (%)
0	124 (60,5)
1-2	51 (24,9)
3-5	21 (10,2)
6-10	4 (2,0)
11-20	4 (2,0)
>20	1 (0,5)

3.2.16. Σχόλια των συμμετεχόντων

Τα σχόλια των συμμετεχόντων φαίνεται να αντικατοπτρίζουν τα αριθμητικά ευρήματα και αναφορικά με τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν τα εξής:

- Οι ξεκλείδωτες πόρτες και ο ανύπαρκτος έλεγχος, που επιτρέπουν στους ασθενείς (αλλά και σε αγνώστους) να μπαίνουν στο νοσοκομείο, ή ακόμα και να εξέρχονται *λάθρα*, θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή τους.
- Ανάγκη για βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ασφάλειας, με αφορμή την παρούσα μελέτη.
- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και υπερβολικός φόρτος εργασίας.
- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ασφαλής, γιατί το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ανά πάσα στιγμή δίπλα του.
- Σημειώνεται λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, κατά τη διαγνωστική ή τη θεραπευτική διαδικασία, λάθος διάγνωση-ιατρική αμέλεια.
- Αποφυγή μεροληπτικής δράσης του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την επίβλεψη της θεραπείας των ασθενών.
- Μη τήρηση του ωραρίου επισκέψεων από συγγενείς των ασθενών αλλά και αγνώστους, κυρίως κατά τις βραδινές ώρες.
- Υπάρχει, υποδεέστερη ποιότητα ή απαρχαιωμένος εξοπλισμός (π.χ. δεν υπάρχουν προστατευτικά κάγκελα στα κρεβάτια, ακατάλληλα στρώματα).
- Σημειώνονται ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα, προβλήματα στις κτιριακές εγκαταστάσεις (π.χ. βεράντες χωρίς προστατευτικά κάγκελα).
- Πρόταση για ανοιχτή συζήτηση, αξιολόγηση και πρόληψη των ατυχών συμβάντων.
- Δεν υπάρχουν προβλήματα ασφάλειας στο νοσοκομείο-δεν έχουν σημειωθεί σοβαρά λάθη ή ατυχή συμβάντα.
- Αποτελεί πρωτεύον ζήτημα η ασφάλεια του ασθενή στο νοσοκομείο, γιατί πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.
- Στιγματισμός νοσηλευτή που υπέπεσε σε λάθος ή είχε ένα ατυχές συμβάν.
- Παρότρυνση για αυστηρή άσκηση των καθηκόντων, για τα οποία είναι υπεύθυνος κάθε επαγγελματίας υγείας, προκειμένου να αποφευχθούν λάθη ή ατυχή συμβάντα.
- Ευτυχώς, είναι λίγα τα ατυχή συμβάντα στο νοσοκομείο.
- Απουσία εντύπου καταγραφής ατυχούς συμβάντος.

3.2.17. Περιορισμοί

Η παρούσα εργασία είχε ως σκοπό να καταγράψει την κουλτούρα ασφάλειας όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο και να διερευνηθούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών εκφράζεται από όλους, σε κάθε επίπεδο και η ηγεσία στο νοσοκομείο να μπορεί να λάβει μέτρα, ικανά να προωθήσουν και να αναπτύξουν μια θετική κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Έτσι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν στο νοσηλευτήριο πέραν από την ομάδα των νοσηλευτών. Με αυτό το σκεπτικό είναι προτιμότερο οι εργασίες που έχουν ως στόχο την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας ενός νοσοκομείου να συμπεριλαμβάνουν εκτός από τους νοσηλευτές και όλους τους επαγγελματίες υγείας. Μια Θετική κουλτούρα για την ασφάλεια των ασθενών από πλευράς των νοσηλευτών είναι δυνατόν να επηρεασθεί από μια αρνητική κουλτούρα ασφάλειας από πλευράς των γιατρών, οι οποίοι πιθανότατα να αυξάνουν το φόρτο εργασίας του προσωπικού στα πλαίσια της αμυντικής Ιατρικής αλλά και για λόγους της δικής τους ευημερίας,^{159,160,161,162} με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα λάθους. Όλοι πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη των σχεδίων δράσης για να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και ασφάλειας για κάθε ασθενή.

3.3 Αξιολόγηση Στατιστικών αποτελεσμάτων- Συζήτηση

Εξετάζοντας τον παράγοντα *ομαδική συνεργασία εντός τμήματος*, σημαντικό ποσοστό (78,5%) των συμμετεχόντων δήλωσε πως στο τμήμα του εργάζεται ομαδικά για την ολοκλήρωση της εργασίας και περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν πως ο ένας εργαζόμενος υποστηρίζει τον άλλο στο τμήμα εργασίας, καθώς υπάρχει αλληλοσεβασμός. Αντίθετα, όσο αφορά τον παράγοντα *συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου*, το 41% των νοσηλευτών δείχνουν να διατηρούν επιφυλάξεις για την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, ενώ το 56,6% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας. Επιπρόσθετα το 56.6% αναφέρει ότι η μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα, όπως στην ανταλλαγή πληροφοριών. Η ερμηνεία που μπορεί να δώσει κανείς στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι ότι υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας αλλά και δεδομένων των δύσκολων συνθηκών εργασίας, δεν γίνεται αποτελεσματική διαχείριση των πιέσεων και εντάσεων που αποτελούν πολύ συχνά φαινόμενα στο χώρο των νοσηλευτικών τμημάτων.¹³² Είναι φανερό ότι όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, τα τμήματα δεν αλληλοβοηθούνται όσο θα έπρεπε γιατί ο κάθε ένας θέλει να στηρίξει το τμήμα του.

Αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για την συνεργασία μεταξύ των τμημάτων ($p=0,008$), συνδέεται θετικά με την αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ενώ οι λιγότεροι έμπειροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν χαμηλότερα τον παράγοντα του ερωτηματολογίου. Χαμηλότερη βαθμολόγηση του παράγοντα της ομαδικής εργασίας από τους νεαρότερους νοσηλευτές παρουσιάζεται και σε άλλες έρευνες όπως του Sexton στις ΗΠΑ,¹⁶³ του Abdou και Saber στην Αλεξάνδρεια που χρησιμοποίησαν το εργαλείο HSOPSC¹⁶⁴ για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας και στην έρευνα του Πετρίδη σε μεγάλο νοσοκομείο στην Κύπρο που χρησιμοποίησε το εργαλείο SAQ.¹³² Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και στη έρευνα του Ραφτόπουλου με σκοπό την διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στα δημόσια Μαιευτήρια της Κύπρου.¹⁶⁵ Όπως φαίνεται γενικότερα, οι νεώτεροι νοσηλευτές δεν έχουν συνειδητοποιήσει την δυναμικότητα της ομάδας στην ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας λόγω έλλειψης εμπειρίας και στοιχειώδης

εκπαίδευσης και παράλληλα οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές δεν έχουν εντάξει τους νεώτερους στην ομάδα θεωρώντας τους πιο υποδεέστερα μέλη.¹³²

Όσο αφορά τη στάση της διοίκησης για θέματα ασφάλειας, σύμφωνα με την πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού, ο προϊστάμενος τους λέει έναν καλό λόγο όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενή και αρκετά σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (70,8%) δήλωσε πως ο προϊστάμενος τους λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις των εργαζομένων για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Παρόλ'αυτά φαίνεται ότι οι απόψεις γύρω από τη στάση των προϊσταμένων για θέματα ασφάλειας δίστανται, γιατί οι μισοί συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η διοίκηση του Νοσοκομείου δείχνει να ενδιαφέρεται περισσότερο για την ασφάλεια των ασθενών μόνο μετά από κάποιο ανεπιθύμητο γεγονός. Φαίνεται ότι μεγάλο ποσοστό εργαζόμενων δεν βαθμολογεί ικανοποιητικά τους προϊστάμενούς του ως προς τη στάση τους στα θέματα ασφάλειας, αφού η διοίκηση δεν έχει πείσει τους υφιστάμενούς της για τα θέματα αυτά. Αυτό παρουσιάζεται και σε άλλες έρευνες όπως του Abdou και Saber¹⁶⁴ στην Αλεξάνδρεια, της Κάργας στην Ελλάδα⁶² και του Πετρίδη στην Κύπρο.¹³² Η αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζεται τελικά με την αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου ($p=0,01$), κάτι που δεικνύει κάποια οικειότητα των μεγάλων νοσηλευτών με την διεύθυνση σε βαθμό που δεν επιτρέπει με κανένα τρόπο να εκθέσει τους διοικητικούς για θέματα ασφάλειας.

Όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, ο προϊστάμενος δεν παροτρύνει τους εργαζόμενους να εργαστούν γρηγορότερα και ως εκ τούτου να παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενή. Αντίθετα η συντριπτική πλειοψηφία σε ερώτηση που αφορά τον τρόπο λειτουργίας του προσωπικού δήλωσε ότι εργάζεται «πυροσβεστικά» προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό δεικνύει ότι στα τμήματα υπάρχει **υποστελέχωση** και μόλις το 28,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας. Είναι ξεκάθαρα τα σχόλια των συμμετεχόντων για την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και για τον υπερβολικό φόρτο εργασίας που σημαίνει αυξημένος κίνδυνος για λάθη και με αρνητικό αντίκτυπο στην παρεχόμενη ποιότητα της νοσηλευτικής.^{92,93,96,98,99,166} Η αποτελεσματική στελέχωση των τμημάτων

δημιουργεί ένα ισχυρό, ικανό και με κίνητρα εργατικό δυναμικό που αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ασφάλειας των ασθενών.¹⁶⁷

Παρόλο που η διοίκηση υποστηρίζει το προσωπικό σε θέματα ασφάλειας, η διάσταση που εξετάζει την τιμωρητέα αντίδραση στο λάθος δείχνει την ανησυχία των εργαζομένων για το σύστημα διαχείρισης των λαθών. Το 63,4% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον τους προσωπικά. Δηλαδή υπάρχει η εντύπωση ότι το ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως στο πρόσωπο που κάνει λάθος και όχι στο λάθος αυτό καθαυτό, στο πρόβλημα που οδήγησε στο λάθος.⁶⁵⁻⁶⁸ Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την δυσκολία δημιουργίας κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή στο νοσηλευτήριο αφού το προσωπικό δεν μπορεί να μάθει μέσα από τα λάθη του, τα οποία δεν λένε σε κανένα. Σε ότι αφορά την συχνότητα αναφοράς λαθών, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες δεν δηλώνονται όλα τα λάθη.^{26,62,164} Το 60% των συμμετεχόντων είχε δηλώσει ότι τους τελευταίους 12 μήνες δεν έχει δηλωθεί κανένα περιστατικό και περισσότερο δεν δηλώνονται τα λάθη, τα οποία δεν πρόκειται να βλάψουν τον ασθενή. Επομένως, μπορεί να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των ενεργειών οι οποίες εφαρμόζονται για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, όμως δεν αξιολογούνται συστηματικά οι ενέργειες που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δηλωθέντων ατυχών συμβάντων.

Όσο αφορά την ελευθερία έκφρασης της προσωπικής γνώμης, ποσοστό 56,5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το προσωπικό συχνά/συνεχώς μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι δεν μπορούν να εκφράζουν όλοι ελεύθερα την γνώμη τους όταν κάτι επηρεάζει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή και φοβούνται να μιλήσουν όταν κάνουν λάθος γιατί πιστεύουν ότι θα στιγματιστούν. Κάποιες όμως φορές ενημερώνονται για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα τους και συζητούν τρόπους πρόληψης λαθών διαμέσου διαδικασιών αλλά και μέσω του συστήματος εργασίας. Η αύξηση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζεται με την αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για την ελευθερία απόψεων του προσωπικού ($p=0,04$). Αυτό δεικνύει ότι περισσότερο οι μικρότεροι νοσηλευτές δεν εκφράζουν εύκολα και ελεύθερα την γνώμη τους όταν κάτι αρνητικό επηρεάζει την ασφάλεια του ασθενή.

Όσο αφορά τη συνολική αξιολόγηση του κάθε τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, βαθμολογείται από το προσωπικό (πίνακας 40) ως θετική. Αυτό που διαφαίνεται από τον πίνακα είναι ότι το 88,8% των νοσηλευτών στο τμήμα που εργάζεται, εκτιμά ότι ο βαθμός ασφάλειας του ασθενή κυμαίνεται από το καλώς-άριστα ενώ μόνο το 11,2% των συμμετεχόντων βαθμολόγησε το τμήμα εργασίας του ως ανεπαρκές/απορριπτέο. Εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (91,7%) δείχνει πως εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, ενώ τα λάθη που προέκυψαν οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα. Παρόλα αυτά, οι περισσότερες από τις πιο πάνω απαντήσεις που έχουν δώσει οι συμμετέχοντες, έρχονται σε αντίθεση με την δήλωση του βαθμού ασφάλειας. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές δεν θέλουν να δώσουν αρνητική εικόνα του νοσοκομείου και του τμήματος τους σε θέματα ασφάλειας, την στιγμή που εργάζονται δυναμικά για την εξασφάλιση της. Παράλληλα πιστεύουν ότι κάθε αρνητικό που υπάρχει σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα τους, θα έχει κάποιο αντίκτυπο για τους.⁶⁵⁻⁶⁸ Σημαντικό είναι ότι η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με την αύξηση της συνολικής βαθμολογίας σχετικά με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών ($p=0,049$). Αυτό δείχνει ότι οι μικρότεροι νοσηλευτές βαθμολόγησαν χαμηλότερα την αξιολόγηση του τμήματος τους σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών δίνοντας μια πιο αντικειμενικότερη αξιολόγηση.

Σημαντική επίσης είναι και η ύπαρξη ξεκλειδωτων πόρτων αλλά και ο ανύπαρκτος έλεγχος που επιτρέπουν σε αγνώστους να μπεινοβγαίνουν στο νοσοκομείο, ή ακόμα και να εξέρχονται λάθρα, θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους. Αυτό το συμβάν γίνεται πιο έντονο σε συνδυασμό με τη μη τήρηση του ωραρίου επισκέψεων από συγγενείς των ασθενών αλλά και από αγνώστους, κυρίως κατά τις βραδινές ώρες. Αυτό συμβαίνει λόγω της απουσίας του προσωπικού ασφάλειας που θα ήταν ικανό να καθιερώσει, την αυστηρή τήρηση του ωραρίου. Λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης και της αδυναμίας πρόσληψης προσωπικού ασφαλείας είναι σημαντικό η διοίκηση του νοσοκομείου να προχωρήσει έστω και στην επάνδρωση των εναπομεινάντων τμημάτων με ειδικές κωδικοποιημένες εισόδους για την αποφυγή των ανεπιθύμητων επισκέψεων, που μπορεί να δημιουργήσουν οποιαδήποτε βλάβη στον ασθενή.

3.4. Συμπεράσματα

Είναι αποδεκτό πλέον ότι η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο σε γενικές γραμμές δεν μπορεί να κριθεί θετική παρόλο που το προσωπικό δηλώνει ότι εργάζεται δυναμικά για την ασφάλεια των ασθενών και ότι δεν έχουν δημιουργηθεί σοβαρά λάθη. Φαίνεται ότι οι πλείστες σημαντικότερες επιμέρους κουλτούρες που διέπουν τη διαμόρφωση μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας στο νοσηλευτήριο δεν είναι ενθαρρυντικές και γιαυτό δεν ευθύνεται πάντα το προσωπικό. Έχει διαφανεί ότι τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συνεργάζονται καλά το ένα με το άλλο, το προσωπικό εργάζεται *πυροσβεστικά* προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα λόγω υποστελέχωσης, ενώ παράλληλα αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του προσωπικά. Επιπρόσθετα, απουσιάζει το σύστημα καταγραφής λαθών, το προσωπικό ασφαλείας καθώς υπάρχουν και ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα και κτιριακές εγκαταστάσεις. Ενθαρρυντικό, αποτελεί το γεγονός στο ότι υπάρχει αρμονική και ομαλή συνεργασία εντός των νοσηλευτικών τμημάτων, ο προϊστάμενος λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις των εργαζομένων για βελτίωση της ασφάλειας του νοσοκομείου και υπάρχει κάποια ελευθερία έκφρασης της προσωπικής γνώμης.

Επιπρόσθετα, διαφορετική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών και την ομαδική εργασία έχουν οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές, οι οποίοι βαθμολόγησαν αντικειμενικότερα τους παράγοντες αυτούς, δεικνύοντας τις απαιτήσεις των νεότερων σε θέματα ασφάλειας. Υπάρχει ανάγκη ομαδικής συνεργασίας με τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές, γιατί το κλίμα της ομαδικής εργασίας συμβάλλει καθοριστικά στην δημιουργία ασφαλέστερης φροντίδας στα νοσοκομεία.¹⁶⁸ Αυτό δεικνύει και την ανάγκη για εκπαίδευση σε θέματα ομαδικής εργασίας και καλύτερευση των σχέσεων μεταξύ μεγάλων και μικρών νοσηλευτών αλλά και την ενθάρρυνση των μικρών νοσηλευτών για περισσότερη ελευθερία έκφρασης της γνώμης τους σε θέματα ασφαλείας με στόχο την περαιτέρω ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.

Βελτίωση χρειάζεται και στην επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, γιατί η προβληματική επικοινωνία οδηγεί στην δημιουργία προβλημάτων κατά την

μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι τα αποτελέσματα έχουν δείξει ότι όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, τα τμήματα δεν αλληλοβοηθούνται μεταξύ τους, όσο θα έπρεπε, γιατί ο κάθε ένας θέλει να στηρίξει το τμήμα του. Ένα σημαντικό βήμα πριν την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή στους οργανισμούς υγείας είναι η ενίσχυση της συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα και η κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας μέσα στις ομάδες εργασίας διαμέσου μιας αποτελεσματικής ηγεσίας.¹²⁰ Η επικοινωνία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη και εμπέδωση μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας που θεμελιώνεται στην βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης.¹⁶⁹

Παρόμοια αποτελέσματα αναδεικνύει και η έρευνα της Νταναντά που είχε σαν σκοπό την μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου στην Ελλάδα με την χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου *'The Hospital Survey on Patient Culture'* (HSOPSC).²⁶ Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η ενημέρωση και η επικοινωνία, για θέματα ασφάλειας των ασθενών στα τμήματά τους είναι σε πολύ καλό επίπεδο. Ειδικότερα θεωρούν ότι μπορούν να εκφράζουν ελεύθερα την γνώμη τους όταν κάτι επηρεάζει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή και ενημερώνονται επαρκώς για τα λάθη που γίνονται στο τμήμα τους. Παρόλα αυτά η κλίμακα που εξετάζει την τιμωρητέα αντίδραση στο λάθος, βαθμολογείται με την *χαμηλότερη τιμή* από το προσωπικό του νοσοκομείου, που δείχνει ότι η αντίληψη των εργαζομένων εστιάζεται στο γεγονός ότι τα λάθη καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο και ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναντίον τους προσωπικά. Τέλος, η συχνότητα αναφοράς λαθών από τους συμμετέχοντες, δείχνει ότι αυτή είναι σπάνια με ποσοστό 75% να απαντούν ότι δεν έχουν κάνει ούτε μια αναφορά λάθους για ένα ολόκληρο έτος και αυτό μπορεί να ενέχει τον κίνδυνο συγκάλυψης λαθών, λόγω του φόβου της τιμωρίας. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται και στη έρευνα του Hughes¹⁷⁰ και του El-Jardali στον Λίβανο σε 68 νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας το HSOPSC, στην οποία είχαν λάβει μέρος 6807 επαγγελματίες, όπου αξίζει να σημειωθεί ότι το 57,1% των γιατρών και το 57,2% των νοσηλευτών δεν ανέφεραν καμιά αναφορά λάθους κατά το τελευταίο έτος.¹³⁴

Συμπερασματικά, η τιμωρητέα αντίδραση στο λάθος και η χαμηλή συχνότητα αναφοράς λαθών όπως φαίνεται, παρουσιάζεται και σε άλλα νοσοκομεία του εξωτερικού και που δεικνύει ότι αποτελεί πρόβλημα στην ανάπτυξη και εμπέδωση

της κουλτούρας ασφάλειας σε ένα νοσηλευτήριο. Τα ευρήματα αυτά υπάρχουν γιατί η διεύθυνση των νοσοκομείων και ανώτερων υπηρεσιών πιστεύουν ότι τα λάθη προκαλούνται *μόνο* από την αμέλεια του ατόμου και όχι από το διοικητικό και οργανωσιακό περιβάλλον ή το σύστημα που είναι επιρρεπές στα λάθη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επίπληξη και το *στιγματισμό* του ατόμου μετά από την παρουσία λάθους.¹⁷¹ Το προσωπικό έτσι δεν αναφέρει τα λάθη του και δεν αισθάνεται άνετα να συζητά τα περιστατικά όπου η ασφάλεια του πάσχοντα απειλήθηκε καθώς πιστεύει ότι τα λάθη μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του προσωπικά.⁶⁵⁻⁶⁸ Η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ότι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών.¹⁷² Η Εκδήλωση αναφοράς σε μια κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί βασικό συστατικό για την επίτευξη μιας μαθησιακής κουλτούρας και μπορεί να συμβεί μόνο σε ένα μη-τιμωρητέο περιβάλλον όπου τα γεγονότα μπορεί να αναφερθούν χωρίς να κατηγορηθούν οι άνθρωποι.^{173,174} Τα αποτελέσματά έδειξαν ότι με τη μεγαλύτερη υποστήριξη από την διοίκηση του νοσοκομείου για την ασφάλεια των ασθενών θα αυξηθεί και η συχνότητα των αναφερόμενων γεγονότων.¹³⁴

Ένας οργανισμός είναι δύσκολο να βελτιώσει τις διαδικασίες του αν πιστεύει ότι μόνο οι άνθρωποι του είναι το πρόβλημα.¹⁷⁵ Όμως δεν φτάνει μόνο αυτό, χρειάζεται και η διεύθυνση με την κατάλληλη εκπαίδευση και με συνεργασία με το προσωπικό να υποδείξει ότι τα λάθη που θα αναφέρονται, δεν θα έχουν στόχο την επίπτωση στα ίδια τα άτομα αν δεν γίνονται από αμέλεια, αλλά θα αποτελέσουν την αφορμή για την διόρθωση της *αιτίας του λάθους*.¹⁷⁶ Επομένως είναι σημαντική και η δημιουργία συστημάτων αναφοράς λαθών. Η δημιουργία και ενίσχυση άψογων συστημάτων υποβολής εκθέσεων λαμβάνοντας υπόψη και την αντίληψη των ασθενών για ανεπιθύμητα αποτελέσματα θα ενθαρρύνει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να υποβάλλουν συστηματικές εκθέσεις αλλά και να αποκομίσουν διδάγματα σχετικά με ανεπιθύμητα περιστατικά.¹⁷⁷ Ο στόχος ενός συστήματος διαχείρισης και αναφοράς συμβάντων είναι να καθοριστούν οι παράγοντες δομικής αποτυχίας με σκοπό την παρεμπόδιση μελλοντικών συμβάντων.¹⁷⁸ Επομένως, η κατανόηση των αιτιών ενός σφάλματος βοηθά στην ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης του.¹⁷⁹ Η αποτίμηση και η βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας με τη καθοριστική επίδραση στο αποτέλεσμα των σφαλμάτων¹⁸⁰ μπορεί

να συνεισφέρει θετικά αλλά και να σηματοδοτήσει την απαρχή συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενή.²⁶

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών να επηρεάζεται άμεσα και λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα την απουσία του προσωπικού ασφαλείας, την παρουσία απαρχαιωμένου εξοπλισμού και με βασικές ελλείψεις σε βασικά αναλώσιμα. Παράλληλα υπάρχει και το πρόβλημα της υποστελέχωσης και του υπερβολικού φόρτου εργασίας να επιδεινώνεται από τη μη επαρκή αναπλήρωση του προσωπικού αλλά και την προτίμηση των πολιτών προς το δημόσιο.¹⁸¹ Το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της ανεπαρκούς στελέχωσης καλείται καθημερινά να ικανοποιήσει μη ρεαλιστικές απαιτήσεις στο χώρο εργασίας του. Φαίνεται ότι το προσωπικό δεν έχει απαιτήσεις από τη διεύθυνση για το θέμα της υποστελέχωσης, αφού έχει συνειδητοποιήσει ότι το πρόβλημα της οικονομικής κρίσης επιβάλλει τη μη αναπλήρωση του προσωπικού που είναι με άδεια ανάπαυσης ή ασθενείας και έτσι προσπαθεί να ανταπεξέλθει της κατάστασης που επικρατεί, προσπαθώντας *πυροσβεστικά*, να κάνει πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα. Σημαντικό βήμα επομένως είναι να δοθεί προτεραιότητα μέσα από τον επικείμενο μηχανισμό στήριξης της Κυπριακής οικονομίας για γρήγορη και ικανοποιητική στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων.

Όπως έχει λεχθεί, λάθος δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του *λανθάνειν*, αλλά και της ανεπάρκειας του συστήματος. Για να γίνει διόρθωση των λαθών θα πρέπει σύμφωνα με το *μοντέλο του Ελβετικού τυριού* να γίνουν γνωστές οι οπές, οι λεγόμενες «λανθάνουσες συνθήκες» (latent conditions) σε κάθε ένα από αυτά τα επίπεδα της άμυνας, που προκαλούνται από τον κακό σχεδιασμό, τα ανώτερα διοικητικά στελέχη, τη λήψη αποφάσεων, τις διαδικασίες, την έλλειψη κατάρτισης, την υποστελέχωση και τους περιορισμένους πόρους.^{37,39} Η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται για την ασφάλεια των ασθενών δεν είναι εύκολη. Σύμφωνα με την Spath η αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας δεν είναι ένα πρόγραμμα. Εξ ορισμού, τα προγράμματα έχουν τις απαρχές και το τέλος και συχνά κατευθύνονται στο χειρισμό ατόμων με κάποιο τρόπο για να επιτευχθεί ένα τελικό αποτέλεσμα. Η αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας όμως είναι μια διαδικασία που από τη στιγμή που αγκαλιάζεται από τους ανθρώπους, επιφέρει μόνιμη αλλαγή και περνά σε κάθε νέα γενιά των γιατρών και των εργαζομένων.¹⁸²

Είναι αδήριτη πλέον η ανάγκη για ασφαλέστερη φροντίδα υγείας και θετική κουλτούρα ασφάλειας, που θα επιτευχθεί όχι μόνο με αποσπασματικές δράσεις που στόχο θα έχουν την ενδυνάμωση των υπηρεσιών, αλλά και με τον *επανασχεδιασμό του συστήματος υγείας* στην βάση της ασφάλειας του ασθενή, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της *ασθενοκεντρικής προσέγγισης*. Τα λάθη μπορούν να προληφθούν σχεδιάζοντας συστήματα στα οποία οι εργαζόμενοι θα είναι δύσκολο να κάνουν λάθος και εύκολο να πράττουν το σωστό. Μέρος της ανθρώπινης φύσης είναι να γίνονται λάθη αλλά επίσης και να δημιουργούνται λύσεις και εναλλακτικοί διέξοδοι στα προβλήματα που προκύπτουν. Ένα τέτοιο σύστημα υγείας πρέπει να μετατρέψει τη γνώση σε πράξη και να μπορεί να καλύψει καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας, έτσι που οι ασθενείς να βιώνουν ασφαλέστερη, αξιόπιστη και πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Η ενδυνάμωση αυτή θα οφείλεται στα *λειτουργικά και οικονομικά οφέλη*, με τη μείωση του *αφανούς κόστους* σαν αποτέλεσμα των λαθών,¹⁸³ αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών αλλά και η αποφυγή διενέργειας περιττών εξετάσεων εξοικονομούν σημαντικούς πόρους.^{184,185}

Εν κατακλείδι, *‘δύσκολα μπορούμε να αλλάξουμε την ανθρώπινη υπόσταση, μπορούμε όμως να αλλάξουμε το περιβάλλον μέσα στο οποίο οι άνθρωποι εργάζονται’* και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την δημιουργία ενός θετικού κλίματος κουλτούρας ασφάλειας που κατά την Ιπποκρατική παραίνεση *‘θα ασκεί περί τα νοσήματα δύο, ωφέλειν και μη βλάπτειν’*.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ¹ Taylor R. Making the safety of patients everyone's highest priority; 2009. "Safety is everyone's business. Think safety first. Available From: http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/In-the-news/Basildon_thurrock_PSF_article.pdf. [Accessed 18 Sept. 2012].
- ² Κυρίτση Ε. Νοσοκομειακή Περίθαλψη και Ασφάλεια των Ασθενών. *Νοσηλευτική* 2009; 48(1): 5-6.
- ³ Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in management performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*. 2004; 363:1147-1154.
- ⁴ Reason J. Human error. Cambridge University Press; 1990.
- ⁵ Υγεία-ΕΕ. Η Πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την δημόσια υγεία. Ασφάλεια των Ασθενών. Available From: http://ec.europa.eu/health-eu/carefor_me/patient_safety/index_el.htm. [Accessed 8 April 2012].
- ⁶ World Health Organization. Patient Safety. Global Priorities for Patient Safety Research. Geneva: WHO Publications; 2009.
- ⁷ Rand Corporation. Improving patient safety in the EU 2008. *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης [3.7.2009]*; 2009.
- ⁸ Talor C, Lillis C, Lemone P. Τεκμηρίωση, Αναφορά και σύσκεψη. Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής. Η επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Εκδ. Πασχαλίδης; 2002.
- ⁹ Valentin A, Capuzzo M, Guitied B, Moreno R, Metnitz B, Bauer P. Resarch Group on Quality Improvement if the European Society of Intensive Care Medicine. Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Errors in the administration of parenteral drugs- an urgent safety issue in Intensive Care Units. *British Medical Journal*. 2009; 338: b814.
- ¹⁰ Kohn LT, Corigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
- ¹¹ Institute of Medicine. To err is Human: Building a better health care system. Washington: National Academy Press; 1999.
- ¹² Donchin Y. A look in to the Nature and Couse's of Human Errors in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*. 1995; 23(2): 294-300.
- ¹³ Paine LA, Rosenstein BJ, Sexton JB, Kent P, Holzmuller CG & Pronovost PJ . Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. *Quality and safety in Health Care*. 2010; 19(6): 547.

-
- ¹⁴Bates M. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 1997; 277: 307-311.
- ¹⁵ Μιχοπάνου Ν, Μόνιου Α. Τα λάθη στην κλινική Πράξη. *Νοσοκομειακά Χρονικά*. 2010; 72: 380-385.
- ¹⁶ Ραφτόπουλος Β. ΩΦΕΛΕΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ. Ασφαλή Περιβάλλον Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. Available From: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache>. [Accessed 29 April 2012].
- ¹⁷ Woolf SH. Patient Safety is not enough: Targeting Quality Improvements to Optimize the health of the Population. *Annals of internal medicine*. 2004; 140: 33-36.
- ¹⁸ Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980.
- ¹⁹ Institute of medicine. IOM Definition of quality. In *Quality and Safety in care of Health*. Moutzoglou A [eds]. Athens: Mediforce; 2008.
- ²⁰ Schiff G, Rucher T. Beyond Structure-Process- Outcome: Donabedian's Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality. *Journal on Quality improvement*. 2001; 27:169-174.
- ²¹ Vincent C. Risk Safety, and the dark side of quality. *British Medical Journal*. 1997; 314-1775.
- ²² Commission of The European Communities. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. On patient safety, including the prevention and control of healthcare- associated infections. Brussels 15.12.2008. Com (2008) 836. Final.
- ²³ Leape LL, Berwick DM, & Bates DW. What practices will most improve safety? Evidenced-based medicine meets patient safety. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 288(4): 501-507.
- ²⁴ Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge university Press; 1990
- ²⁵ Muchinsky P. Psychology Applied to work. 5th Edition. North Carolina: Brooks/cole Publishing Company; 1987.
- ²⁶ Νταντανά Α. Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου με την χρήση ερωτηματολογίου. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας; 2010.
- ²⁷ International Nuclear Safety Advisory Group (INSAG), Safety Series No-75, INSAG-4, «Safety Culture», International Atomic Energy Agency. Vienna; 1991.

-
- ²⁸ Health and Safety Commission Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Organization for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors. Sudbury UK: HSE Books; 1993.
- ²⁹ International Nuclear Safety Advisory Group- INSAG. Safety Culture. Report 75-INSAG4 –International Atomic Energy Agency. Vienna; 2001.
- ³⁰ ACSNI. Advisory committee on the safety of nuclear installations: Human Factors Study Group Third Report: Organising for Safety. HSE Books Sheffield; 1993.
- ³¹ UNITED NATIONS/UNESCO, Universal Declaration on Cultural Diversity; 2002
- ³² Howard C. Validating the competing values model as a representation of organizational culture. *International Journal of Organizational Analysis*; 1988:6231-250.
- ³³ Ταργουτσίνης Α. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει ν' αποκτήσουν κουλτούρα ασφαλείας; 2008. Available From: <http://aera.gr/sections/crete-news/2930.html>. [Accessed 15 JUNE 2012].
- ³⁴ Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- ³⁵ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human : building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 1999
- ³⁶ Porto G. Safety by Design. Ten Lessons From Human Factors Research. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2001; 43-50.
- ³⁷ Reason JT. Human Error. Cambridge University Press; 1990
- ³⁸ Μήτσης Δ, Κελέση Μ, Καπάδοχος Θ. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείριση τους. Το βήμα του Ασκληπιού. 2012;11(1): 293- 312
- ³⁹ Reason J. Managing the risk of organizational accidents. UK: Ashgate Aldershot; 1997
- ⁴⁰ Philips D. New Look Reflects Changing Style of Patient Safety Enhancement. *JAMA*.1999; 281.
- ⁴¹ Hatch M.J. Organization Theory: Modern, symbolic, and post-modern perspectives., 2nd Ed. Oxford University Press ; 2006
- ⁴² Institute of Medicine. Care without coverage: Too little. Too late. Washington: National Academy; 2002.
- ⁴³ Μουμτζόγλου Α. Ποιότητα και Ασφάλεια στην Φροντίδα Υγείας. Επιστήμες διοίκησης και οικονομίας της υγείας; Αθήνα; 2008.

⁴⁴ Wachter RM. The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After ‘To Err is Human.’ Quality of care, Health Affairs- Web Exclusive; 2004.

⁴⁵Κάργα Μ. Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική . Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο; 2009.

⁴⁶ Leontev, A.N. Activity, Conciousness & Personality, Prentice-Hall; 1978. Available at: <http://marxists.org/archive/leontev/works/1978/index.htm>. [Accessed 15 June 2012.]

⁴⁷Wilson, T.D. A re-examination of information seeking behaviour in the context of activity theory. Information Research. 2006; 11(4) 260.

⁴⁸ Merkouris A, Papathanassoglou E, Pistolas D, Papagiannaki V, Floros F, Lemonidou C. Staffing and organization of nursing care in cardiac intensive care units in Greece. Eur J Cardiovascular Nurs 2003; 2: 123-129.

⁴⁹ Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn-out, and job job dissifaction. JAMA 2002; 288: 1987-1993

⁵⁰ Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clark SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care 2004; 42: 1157

⁵¹ Blegen MA, Good CJ, Reed L. Nurse Staffing and patient outcomes. *Nursing Reaserch*. 1988; 47(1):43-50

⁵² Sgourou E, Katsakiori P, Goutsos S, Manatakis Em. Assessment of selected safety performance evaluation methods in regards to their conceptual, methodological and practical characteristics. Safety Science. 2010; 48 pp. 1019-1025.

⁵³ Health and Safety Executive (HSE). Reducing error and influencing behaviour. (HSG48). HSE Books Sudbury, Suffolk; 1999.

⁵⁴ Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010 Jun;42(2):156-65.

⁵⁵ Sorra J & Nieva V. Hospital Survay on Patient Safety Culture; 2004 Available From: www.ahrq.gov/qual/hospculture/. [Access: 12 Sept 2012].

⁵⁶ El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC. Health Services Research. 2011; 11: 1-14

⁵⁷ AHRQ. Ten patients Safety tips for hospitals. Available From : <http://www.ahrq.gov/qual/10tips.pdf>. [Accessed 15 June 2012.]

⁵⁸ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations : “Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction”. Oakbrook Terrace IL:JCAHO ; 2002

⁵⁹ Καλλιόπη Μ. Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστήμιο Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής; 2007.

⁶⁰ Καμενόπουλου Σωτήρης. Η κουλτούρα της Υγιεινής και Ασφάλειας στους χώρους εργασίας; 2007. Available From <http://e-rooster.gr/05/2007/473>. [Accessed 15 JUNE 2012].

⁶¹ Cooper M. Towards a model of Safety Culture. *Safety Science*.2000 36:111-136.

⁶² Κάργα Μ, Καλαφάτη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Λιαρόπουλος Λ, Λεμονίδου Χ. Η Διαχείριση των λαθών από Έλληνες Νοσηλευτές. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*. 2008; 2:7-21.

⁶³ Arndt M. Research in Practice: How drug mistakes affect self- esteem. *Nursing's Times*. 1994; 90(15) :27-30.

⁶⁴ Johnston M, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining , distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int. Journal Nursing Studies*.2006; 43:367-376.

⁶⁵ Meurier CE. Learning from errors in Nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 26:111-119

⁶⁶ Leape L. Can we make health care safe? Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the front lines of medicine. The Institute coalition on health Care- The Institute for Healthcare Improvement ; 2000

⁶⁷ Bolsin S. Whistle Blowing. *Medical Education*. 2003; 37:97-102.

⁶⁸ Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors. What we need to know for patient safety. *Journal nurse Care Qual*. 2004;19:209-217.

⁶⁹ Σκένδρου Ε. Φαρμακευτικά Λάθη: Πρόληψη και διαχείριση. *Νοσοκομειακά Χρονικά*. 2010; 72: 386-392

⁷⁰ Jamie OH. 6 Elements of a True Patient Safety Culture; 2012 Clinical Quality & Infection Control. Available From: <http://www.beckershospitalreview.com/quality/6-elements-of-a-true-patient-safety-culture.html>. [Accessed:14 July 2012].

⁷¹ Brett JL. Organizational integrative mechanisms and adoption on innovations by nurses. *Nurses. Nursing Research*. 1989; 38:105.

⁷² Bridgman RF. The control of infection in hospital. The theory and practice of public health. London: Oxford University Press; 1979 :687.

⁷³ Αποστολοπούλου ΑΕ. Νοσοκομειακές λοιμώξεις. Αθήνα: ΠΧ Πασχαλίδης; 1996.

-
- ⁷⁴ Haley R.W, Grossley KB, Von Allmen SD. Extra charges and prolongation of stay attributable to nosocomial infections: a prospective interhospital comparison. *The American Journal of Medicine*. 1981;70: 51-58.
- ⁷⁵ Ξηρουχάκη Ε. Νοσοκομειακές λοιμώξεις. Στο Κακλαμάνη Ε, Φραγκούλη-Κουμαντάκη Υ. (επιμ). Προληπτική ιατρική (υγειονομική διαπαιδαγώγηση) και αγωγή υγείας. Αθήνα: ΠΧ Πασχαλίδης. 1994: 81-96.
- ⁷⁶ Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Med*. 2000; 26(12):1857-62.
- ⁷⁷ Demerouti E., Bakker A., Nachreiner F. & Schaufeli W.B. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32:454–464.
- ⁷⁸ Cavanagh S, Snape J. Nurses under stress. *Senior Nurse*. 1993; 13 :2.
- ⁷⁹ Αδαλή Ε. Πρόληψη- Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*. 2002; 2 :169-173.
- ⁸⁰ Janssen F, Jonge J, Bakker A. Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions. A study among nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29 (6): 1360-1369.
- ⁸¹ Wheeler HH, Riding R. Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing* 1994; 3 (10) :527-534.
- ⁸² Demerouti E, Bakker A, Nachreiner F, Schaufeli W.B. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32 :454–464.
- ⁸³ Kristensen TS. Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of work, Environment and Health*. 1999; 25 (6):550-557.
- ⁸⁴ Μάινα Α, Αγραφιώτης Δ. Το νοσοκομείο ως οργάνωση. *Το σύγχρονο νοσοκομείο*. 1997; 3(1-2) : 24-32.
- ⁸⁵ Narayanan L, Menon S, Spector P. A cross-cultural comparison of job stressors and reactions among employees holding comparable jobs in five countries. *International Journal of Stress Manage* 1999; 6 :197-212.
- ⁸⁶ Spector PE Jex SM. Development of four self-report measures of job stressors and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory and physical symptoms inventory. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3 :356-367.
- ⁸⁷ Υγεία-ΕΕ. Η Ευρώπη για τους ασθενείς. Ασφάλεια των ασθενών. Available From: http://ec.europa.eu/health/eu/europe_for_patients/patient_safety/index_el.htm. [Access ed 10 April 2012].

-
- ⁸⁸ Ανδρέου Χ. Το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης στην Νοσηλευτική. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*. 2007; 8 (3) :27-36.
- ⁸⁹ Koivula M, Paunonen M, Laippala P. Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*. 2000; 8 (3) :149-152.
- ⁹⁰ Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. 3^η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα; 1999.
- ⁹¹ Lazarus RS, Folkman S. Stress Appraisal and coping. New York: Springer Press; 1984
- ⁹² Stone P. Nurse's working conditions: Implications for infectious disease. *Emerging Infectious Disease*. 2004; 10(11): 1984-1989.
- ⁹³ Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH, Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* 2003; 290(12): 1617-1623.
- ⁹⁴ Green M. Nursing error and human nature. *Journal of nursing Low* 2004; 9:37-45.
- ⁹⁵ Δημητριάδου Α. Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευση του. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ: Διδακτορική Διατριβή; 2008.
- ⁹⁶ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002. Available From: <http://eclass.ouc.ac.cy/course/view.php?id=180>. [Accessed 2 May 2012].
- ⁹⁷ Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital Nursing Staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2003; 288:1987-1993.
- ⁹⁸ Needleman J, Buerhaus P. Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003; 15(4) 275-277.
- ⁹⁹ Stone et al. Nurse's Working conditions: Implications for infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*. 2004; 10(11):1984-1989.
- ¹⁰⁰ Green M. Nursing error and human nature. *Journal of Nursing low*.2004; 9: 37-45.
- ¹⁰¹ Linda H, Sean P, Robyn B, Douglas M, Jeffrey H. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA*. 2003; 290(12): 1617-1623.
- ¹⁰² Khurshid K, Rozmin N, Rashida J, Jacqueline D, Bustamante-Gavino I, Malik A. A systematic approach of tracking and reporting medication errors at a tertiary care university hospital, Karachi, Pakistan. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008: 4(4) 673-679.
- ¹⁰³ Ραφτόπουλος Β. Ωφελείν ή μη βλάπτειν . Ασφαλή Περιβάλλοντος Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. *Νοσηλευτική*. 2007; 20(5).

-
- ¹⁰⁴ Καγάλιαρη Μ, Σταματάκη Π. (1996) Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν. Στους Ζήλλη Σ, Θωμά Ε, Παπαδοπούλου Κ. Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των αρρώστων στο νοσοκομείο. Η περίπτωση της Ελλάδας. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης; 2009.
- ¹⁰⁵ Narumi J. Analysis of human error in Nursing care. *Accident analysis and prevention*. 1991; 31: 625-629.
- ¹⁰⁶ Rogers et al. Hospital Staff Nurse Work Hours and Patient Safety. *Health Affairs* 2004; 23(4):202-212.
- ¹⁰⁷ Rogers et al. Hospital Staff Nurse Work Hours and Patient Safety. *Health Affairs* 2004; 23(4):202-212.
- ¹⁰⁸ Caba DM. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *Nursing English Medical J*. 2002; 347:1249-1255.
- ¹⁰⁹ Σγουρού Ε, Κατσακιώρη Π, Γούτσος Στ, Αδαμίδης Ε. Οι Βασικές αρχές στην ανάπτυξη ενός ολιστικού πλαισίου προληπτικής αξιολόγησης της επίδοσης ενός οργανισμού σε θέματα υγείας και ασφάλειας της εργασίας. Τομέας Διοίκησης και Οργάνωσης. Πανεπιστήμιο Πατρών: Τμήμα Μηχανολόγων και Αεροναυπηγών Μηχανικών; 2010.
- ¹¹⁰ Cooper D, Phillips R. Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship, *Journal of Safety Research*. 2004;35(5): 497-512.
- ¹¹¹ Guldenmund, F.. The nature of safety culture: a review of theory and research, *Safety Science*. 2000; 34(1-3): 215-257.
- ¹¹² Fleming M & Wentzell N. Patient Safety Improvement Tool: Development and Guidelines for Use. *Healthcare Quarterly*, 2008: 10-15.
- ¹¹³ Kristensen S & Bartels P “*Patient Safety Culture: assessment instruments*”. In: Patient Safety Toolbox, Houten :Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
- ¹¹⁴ Sexton B, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Robert P and Thomas P .The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6:44.
- ¹¹⁵ Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson- Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*. 2006; 4(3):146-151
- ¹¹⁶ Shingla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campell EG. Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools. *Journal of Patient Satisfactory*. 2006;2: 105-115.
- ¹¹⁷ Αποστόλου Α. Η διαχείριση των νοσηλευτικών λαθών με τη χρήση εργαλείων ποιότητας. Λευκωσία: Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Τμήμα Νοσηλευτικής; 2011

¹¹⁸ Sorra J & Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture; 2004 Available From: www.ahrq.gov/qual/hospculture/. [Access: 12 Sept 2012].

¹¹⁹ Institution of Engineering and Technology. Health & Safety Briefing; 2009.

¹²⁰ Cooper M. Towards a model of safety culture. *Safety Science*. 2000; 36:111-136.

¹²¹ Pitcher D. Organizational culture and Patient Safety. In: Proceedings of the 2002 Annenburg IV Conference: Patient Safety: Let's get practical.

¹²² Caba D. Culture of Safe in Hospital. What is it? How can it be measured. How can it be improved? In: Proceedings of the 2002 Annenburg IV Conference: Patient Safety: Let's get practical.

¹²³ Von Thaden TL & Gibbons AM. The Safety culture indicator scale measurement system. [SCISMS]; 2008.

¹²⁴ Yates GR, Bernd DL, Sayles SM, Stockmeier CA, Burke G & Merti GE. Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Journal of Quality and Patient Safety*. 2005; 37(12): 684-689.

¹²⁵ Blake SC, Kohler S, Rask K, Davis A & Naylor DV. Facilitators and barriers to 10 national quality forum safe practices. *American Journal of Medical Quality*. 2006; 21(5): 323-334.

¹²⁶ Kho ME, Carbone JM, Luckas J, Cook DJ.. Safety climate survey; reliability of results from a multicenter ICU survey. *Quality Safe Health Care*. 2005; 14:273-278.

¹²⁷ Kristensen S & Bartels P. Patient Safety Culture: Assessment Instruments. Στο 'Μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου με την χρήση ερωτηματολογίου'. Ασημένιας Ν [Επιμ.]. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Διοίκηση Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας; 2010.

¹²⁸ Rapala K & Kerfoot KM. From metaphor to model: The clarion safe passage program. *Nursing Economics*. 2005; 23(4): 200-203.

¹²⁹ Reiling J. Facility design focused on patient safety. *Frontiers of Health Services Management*. 2004; 21(1): 41-46.

¹³⁰ Wittington J & Cohen H. OSF healthcare's journey in patient safety. *Quality Management in Health Care*. 2007; 12(1): 53-59.

¹³¹ Mearns K, Whitaker SM & Flin R. Safety Climate, Safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*. 2003; 41: 641-680.

¹³² Πετρίδης Ε. Διερεύνηση του κλίματος ασφαλείας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου της Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2012. Available From: <http://kypseli.ouc.ac.cy/>

handle/123456789/346?mode=simple&submit_simple=%. [Accessed: 2 August 2012].

¹³³Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: the safety attitude questionnaire-ambulatory version, *JGIM* 2007; 22(1): 1-5.

¹³⁴ El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M and Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 2011; 11:45

¹³⁵ Flin R., Mearns, K, O'Connor P, Bryden R.. Measuring safety climate: identifying the common features, *Safety Science*. 2000; 34(1-3), 177-192.

¹³⁶ Institute of Medicine. 'Crossing the Quality Chasm : A new Health System for the 21st Century.' Washington DC: National Academy Press; 2001.

¹³⁷Υγεία- ΕΕ. Διασφάλιση της ποιότητας. Available From: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/quality_assuarance/index_el.htm. [Accessed 8 April 2012].

¹³⁸Commission of the European Communities. Commission Decision of 20 April 2004 setting up a High Level Group on Health Services and Medical Care-C; 2004.

¹³⁹ Νομίδου Κ. Το να κάνεις λάθη είναι ανθρώπινο, το να συγκαλύπτεις το λάθος είναι ασυγχώρητο, το να μην μαθαίνεις από το λάθος είναι αδικαιολόγητο. Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. Ν.Σερρών- Τελευταία Νέα. Available From: <http://www.sofpsi-ser.gr/latest-news/peri-asfaleias-asthenwn.htm>. [Accessed 14 April 2012].

¹⁴⁰ World Health Organization. WHO launches global patient safety challenge; issues guidelines on hand hygiene in health care. Available From: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr50/en/>. [Accessed 15 April 2012].

¹⁴¹ World Health Organization. With so many unanswered questions on patient safety, it is difficult for researchers to know where to begin. *Bates BMJ* 2009; 338:b 1775.

¹⁴² Pronovost, P. and B. Sexton. "Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations." *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 231-3.

¹⁴³ Basia K. Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας και την Ασφάλεια του Ασθενή. 11ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας 22-25 Οκτωβρίου . Χανιά; 2009.

¹⁴⁴ White Paper. 'Together for health: A strategic Approach for the EU 2008-2013'- Com (2007) 630 Final.

¹⁴⁵ European Parliament and the Council. Decision No 1350/2007/EC. Establishing a second programme of community action in the field of health. (2008-2013). OJ L 301; 2007.

-
- ¹⁴⁶ Βασιλείου Α. Μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών και των εργαζομένων στον χώρο της υγείας; 2008. Available From: http://www.medvoi365.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=899:2008-12-16-12-23-09&catid=35:2008-09-21-09-08-34&Itemid=54. [Accessed 11 April 2012].
- ¹⁴⁷ Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύσταση του Συμβουλίου της 9^{ης} Ιουνίου 2009. *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης* [3.7.2009]; 2009.
- ¹⁴⁸ Συμβούλιο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Απόφαση του 1982/2006/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 18^{ης} Δεκ 2006. Έβδομο Πρόγραμμα- πλαίσιο δραστηριοτήτων έρευνας, τεχνολογικής ανάπτυξης και επίδειξης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας 2007-2013. *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης* [3.7.2009]; 2009.
- ¹⁴⁹ Νέα Στρατηγική Προσέγγιση της ΕΕ την υγεία (2008-2013). Available from: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/c1157. [Accessed 19 April 2012].
- ¹⁵⁰ Δημόσια Υγεία. Available from: <http://www.cyprus.gov.cy/moa/Agriculture.nsf/All/>. [Accessed: 25 Oct 2010].
- ¹⁵¹ Shingla, AK Kitch, BT Weissman, JS Campell, EG (2006), Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools, *J Patient Saf*, 2:105-115.
- ¹⁵² Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes, *Archives of Psychology* 140.
- ¹⁵³ LaMarca N. The Likert Scale: Advantages and Disadvantages. *Field Research in Organizational Psychology*. Available From: <http://psyc450.wordpress.com/2011/12/05/the-likert-scale-advantages-and-disadvantages/>. (Accessed 12 July 2012)
- ¹⁵⁴ Boslaugh S, Watters P. *Statistics in a nutshell*. O'Reilly Media Inc, Cambridge; 2008
- ¹⁵⁵ Dawson B, Trapp R. *Basic and clinical biostatistics*. 4th ed. Mc-Graw-Hill, New York; 2004
- ¹⁵⁶ Γαλάνης Π. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2009, 26(5):699-711
- ¹⁵⁷ Field A. *Discovering Statistics using SPSS for windows*. London: Sage Publications; 2000
- ¹⁵⁸ Catanzaro M. *Selecting and Designing, Questionnaire and interviews guides*. In Woods NF and Catanzaro M. *Nursing Research. Theory and Practice*. ST Louis: The CV Mosby; 1988

-
- ¹⁵⁹Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: A national experiment. *Hospitals*. 1961; 35:36-42.
- ¹⁶⁰ Σούλης Σ. Οικονομικά της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, Β έκδοση; 1999.
- ¹⁶¹Κυριόπουλος, Γ & Γείτονα Μ. Τα Οικονομικά της Υγείας: Μέθοδοι και Εφαρμογές της Οικονομικής Αξιολόγησης. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση; 2008.
- ¹⁶² Πεμπετζόγλου Μ. Οικονομικά της υγείας. Τμήμα κοινωνικής Διοίκησης. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Available From: <http://www.socadm.duth.gr/undergraduate/course/k3.shtml>. [Accessed: 14 Oct 2011].
- ¹⁶³ Sexton B, Thomas E, Helmreich R. Discrepant attitudes about teamwork among Critical Care Nurses and Physicians. *Critical Care Med*. 2003; 31(3). 936-956.
- ¹⁶⁴ Abdou H, Saber K. A baseline assessment of patient safety culture among Nurses of student , University Hospital. *World Journal of Medical Sciences*. 2011; 6(1):17-26
- ¹⁶⁵ Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety Culture in the Maternity Units: A census survey using the safety Attidutes Questionnaire. *BMC. Health Services Research*. 2011;11:238.
- ¹⁶⁶ Κοπανιτσάνου Π, Μπροκαλάκη Η. Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων. *Νοσηλευτική* 2009, 48(1): 50–57 •
- ¹⁶⁷ El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A, Kassak K: Human Resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean Region: facts, gaps and forward thinking for Research and Policy. *Human Resources for Health* 2007, 5:9.
- ¹⁶⁸ Davenport D, Henderson W, Mosca C, Khari S, Mentzer R. Risk-Adjusted Morbidity in Teaching Hospital Computer with Reported levels of communication and collaboration on Surgical Teams but not with scale measures of a teamwork Climate, Safety Climate or working condition. *J. AM. Coll. Surg*. 2007; 205:778-784
- ¹⁶⁹ Sanders J, Cook G. *ABC of Patient Safety*. Oxford: Blackwell; 2007.
- ¹⁷⁰ Hughes RG, Clancy CM: Working conditions that support patient safety. *Journal of Nursing Care Quality* 2005, 20:289-292.
- ¹⁷¹Smetzer J. Lesson from Colorando : Beyond blaming individuals. *Clinical Risk Management* second (ed). *BMJ Books*. London; 2001
- ¹⁷² Leape L. “Can we make health care safe?”. In: *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicine “Accelerating Change Today For America’s Health”*. The Institute Coalition on Health Care – The Institute for Healthcare Improvement; 2000
- ¹⁷³ World Alliance for Patient Safety: *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

-
- ¹⁷⁴ Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, Wal G, Groenewegen PP: The psychometric properties of the "Hospital Survey of Patient Safety Culture" in Dutch hospitals *BMC Health Services Research*; 2008.
- ¹⁷⁵ Hansen L. "The Architecture of Safety Excellence." *Professional Safety Management*. 2000; 45:26-29.
- ¹⁷⁶ Groene, O Klazinga, N Wagner, C Arah, OA Thompson, A Bruneau, C Suñol, R Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe Research Project Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project, *BMC Health Serv Res*. 2010; 24:10-281.
- ¹⁷⁷ Morath J & Leary M. Creating safe spaces in organizations to talk about safety. *Nursing Economics*. 2004;22(6):344-354.
- ¹⁷⁸ Van der Hoeft. Theory and practice of in-hospital patient risk management. Netherlands: Eindhoven; 2003.
- ¹⁷⁹ Wiliampson A, Feyer A-M, Cairns D & Biancotti D. Development of a measure of safety climate: the role of safety perception and attitude. *Safety Science*. 1997; 25:15-17.
- ¹⁸⁰ Mearns K, Whitaker SM & Flin R. Safety Climate, Safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*. 2003; 41: 641-680.
- ¹⁸¹ Μάτσα Κ. Δραματικές οι επιπτώσεις της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού. Available From: http://www.praxisred.blogspot.com/2012/12/blog-post_9005.html. (Accessed 5 Dec 2012)
- ¹⁸² Spath PL. Its time for patient safety culture revolution. Available From: <http://www.brownspace.com/originalarticles/culture.htm>. (Accessed 5 Dec 2012)
- ¹⁸³ Bates et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*. 1997; 277:307-311.
- ¹⁸⁴ Gaucher EJ, Coffey RJ. Total quality in health care. From theory to practice. San Francisco: Jossey- Bass Publishers; 1993.
- ¹⁸⁵ Δερβιτσιώτης Κ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Αθήνα: 1993.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

5.1 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ «ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΦΟΥ»

ΟΔΗΓΙΕΣ

Με το παρόν ερωτηματολόγιο ζητούμε τη γνώμη σας σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενούς, ιατρικά λάθη, παραλείψεις και δηλωθέντα ατυχή συμβάντα στο Νοσοκομείο σας.

Παρακαλούμε να διαθέσετε 10-15 λεπτά από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του.

- Ως «ατυχές ή ανεπιθύμητο συμβάν» ορίζεται κάθε είδος λάθους, σφάλματος, ατυχούς γεγονότος, ατυχήματος ή απόκλισης από την ασφαλή νοσηλεία του ασθενούς, ανεξάρτητα αν επέφερε βλάβη ή όχι στον ασθενή.
- Ως «ασφάλεια ασθενούς» ορίζεται η αποφυγή και πρόληψη τραυματισμών του ασθενούς ή ατυχών συμβάντων που είναι αποτέλεσμα των διαδικασιών παροχής φροντίδας υγείας.

ΤΜΗΜΑ Α: Το Εργασιακό σας Περιβάλλον / Τμήμα

Σε αυτό το ερωτηματολόγιο, ως «εργασιακό περιβάλλον / τμήμα» εννοούμε το γραφείο, τμήμα, τομέα ή κλινική του νοσοκομείου που εργάζεσθε.

Ποιο είναι το τμήμα που εργάζεσθε; Σημειώστε με ✓ **ΜΙΑ** απάντηση.

α.	Αμοκάθαρση	θ.	ΤΑΕΠ	
β.	Γυναικολογικό	ι.	Χειρουργικό	
γ.	Καρδιολογικό	ια.	Χειρουργείο	
δ.	ΜΕΘ	ιβ.	Άλλο	
ε.	Μεσογειακή			
στ.	Ορθοπαιδικό			
ζ.	Παθολογικό			
η.	Παιδιατρικό			

Παρακαλείσθε να δηλώσετε τη συμφωνία η διαφωνία σας με τα κάτωθι σχετικά με το εργασιακό σας περιβάλλον.
Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση.

Σχετικά με το τμήμα εργασίας σας...	Απόλυτα Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Απόλυτα Συμφωνώ
1. Ο ένας υποστηρίζει τον άλλον στο τμήμα μας	1	2	3	4	5
2. Έχουμε αρκετό προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν έχουμε πολλή δουλειά που πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για την ολοκλήρωση της εργασίας	1	2	3	4	5
4. Στο τμήμα μας, ο ένας σέβεται τον άλλο	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από όσες διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή	1	2	3	4	5
6. Εργαζόμαστε δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
7. Χρησιμοποιούμε περισσότερο προσωρινό προσωπικό από ό,τι διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον τους προσωπικά	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα μας	1	2	3	4	5
10. Από τύχη δεν συνέβηκαν σοβαρά λάθη στο τμήμα μας	1	2	3	4	5
11. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας στο τμήμα μας, έχουμε βοήθεια από άλλα τμήματα	1	2	3	4	5
12. Όταν δηλώνεται ένα ατυχές συμβάν, υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το καθαυτό πρόβλημα	1	2	3	4	5
13. Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε την αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Εργαζόμαστε «πυροσβεστικά» προσπαθώντας να κάνουμε πολλά πράγματα σε μικρό χρονικό διάστημα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια ασθενή ποτέ δεν παραγκωνίζεται, όταν υπάρχει φόρτος εργασίας	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον προσωπικό τους φάκελο	1	2	3	4	5
17. Έχουμε πρόβλημα ασφάλειας ασθενή στο τμήμα μας	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες και το σύστημα εργασίας είναι καλά για την πρόληψη λαθών	1	2	3	4	5

ΤΜΗΜΑ Β: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής σας

Παρακαλείσθε να δηλώσετε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τα κάτωθι σχετικά με τον προϊστάμενο / διευθυντή σας.
Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση.

	Απόλυτα Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν έχω άποψη	Συμφωνώ	Απόλυτα Συμφωνώ
1. Ο προϊστάμενος μου λέει έναν καλό λόγο όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενή	1	2	3	4	5
2. Ο προϊστάμενος μου λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις μας για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
3. Όταν υπάρχει φόρτος εργασίας, ο προϊστάμενος μας παροτρύνει να εργαστούμε γρηγορότερα, ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
4. Ο προϊστάμενος μου παραβλέπει τα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή που συμβαίνουν συνεχώς στο τμήμα μας	1	2	3	4	5

ΤΜΗΜΑ Γ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά τα κάτωθι γεγονότα συμβαίνουν στο τμήμα σας;
Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση.

Σχετικά με το τμήμα εργασίας σας...	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
1. Συστηματικά αξιολογούμε τις αλλαγές που τέθηκαν σε εφαρμογή, βάσει δηλωθέντων ατυχών συμβάντων	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που αρνητικά επιδρά στη φροντίδα υγείας του ασθενή	1	2	3	4	5
3. Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα μας	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή ενέργειες των διοικούντων	1	2	3	4	5
5. Στο τμήμα μας, συζητάμε τρόπους επανάληψης ή / και πρόληψης λαθών	1	2	3	4	5
6. Το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει, όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	1	2	3	4	5

ΤΜΗΜΑ Δ: Βαθμολόγηση Ασφάλειας Ασθενούς

Παρακαλείσθε να βαθμολογήσετε συνολικά το τμήμα σας.
Κυκλώστε μόνο ΜΙΑ απάντηση.

1	2	3	4	5
Άριστα	Λίαν καλώς	Καλώς	Ανεπαρκές	Απορριπτέο

ΤΜΗΜΑ Ε: Συχνότητα Δήλωσης Ατυχούς Συμβάντος

Στο τμήμα σας, πόσα συχνά δηλώνονται τα ακόλουθα ατυχή συμβάντα; Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
1. Όταν συμβεί ένα λάθος, <u>αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν να επηρεάσει τον ασθενή</u> , πόσο συχνά δηλώνεται;	1	2	3	4	5
2. Όταν συμβεί ένα λάθος, <u>αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή</u> , πόσο συχνά δηλώνεται;	1	2	3	4	5
3. Όταν συμβεί ένα λάθος που <u>θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή</u> , αλλά δεν τον επηρέασε, πόσο συχνά δηλώνεται;	1	2	3	4	5

ΤΜΗΜΑ ΣΤ: Το Νοσοκομείο σας

Παρακαλείσθε να δηλώσετε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τα κάτωθι σχετικά με το Νοσοκομείο σας. Κυκλώστε την κατάλληλη απάντηση.

Think about your hospital...	Απόλυτα Διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω	Συμφωνώ	Απόλυτα Συμφωνώ
1. Η διοίκηση του Νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	1	2	3	4	5
2. Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συνεργάζονται καλά το ένα με το άλλο	1	2	3	4	5
3. Η μεταφορά ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Η συνεργασία μεταξύ ομοειδών τμημάτων του Νοσοκομείου είναι καλή	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5
6. Συνήθως, η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του Νοσοκομείου δεν είναι καλή	1	2	3	4	5
7. Συνήθως, διάφορα προβλήματα δημιουργούνται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων του Νοσοκομείου	1	2	3	4	5
8. Οι ενέργειες της Διοίκησης του Νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών είναι υψηλής προτεραιότητας	1	2	3	4	5
9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο μετά από κάποιο ανεπιθύμητο γεγονός	1	2	3	4	5
10. Τα τμήματα του Νοσοκομείου συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για παροχή άριστης ποιοτικά φροντίδας υγείας στους ασθενείς	1	2	3	4	5
11. Οι αλλαγές βάρδιας είναι προβληματικές για τους ασθενείς σ' αυτό το Νοσοκομείο	1	2	3	4	5

ΤΜΗΜΑ Ζ: Δηλωθέντα Ατυχή Συμβάντα

Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσα ατυχή συμβάντα δηλώσατε εσείς προσωπικά; Κυκλώστε μόνο ΜΙΑ απάντηση.

α.	Κανένα δηλωθέν ατυχές συμβάν	δ.	6-10 ατυχή συμβάντα
β.	1-2 ατυχή συμβάντα	ε.	11-20 ατυχή συμβάντα
γ.	3-5 ατυχή συμβάντα	στ.	21 ή περισσότερα ατυχή συμβάντα

ΤΜΗΜΑ Η: Δημογραφικά στοιχεία

Οι κάτωθι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου. Κυκλώστε μόνο ΜΙΑ απάντηση.

1.

Φύλο	Άνδρας		Γυναίκα	
------	--------	--	---------	--

2. Ηλικία(χρόνια)

3. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεσθε στο παρόν Νοσοκομείο;

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

4. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεσθε στο παρόν τμήμα;

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

5. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεσθε στο παρόν Νοσοκομείο;

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

6. Τι θέση κατέχετε στο Νοσοκομείο; Σημειώστε με ✓ την ομάδα που ανήκετε.

ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
(Περιλαμβάνει το Προϊστάμενο Νοσηλευτικό Λειτουργό, τους Βοηθούς Προϊσταμένους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς, τους Πρώτους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς και τους Ανώτερους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς)		<u>Νοσηλευτικός Λειτουργός</u>	

7. Από τη θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο νοσοκομείο, 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

8. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;

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

ΤΜΗΜΑ Θ: Τα Σχόλια σας

Παρακαλείσθε να γράψετε ελεύθερα οποιοδήποτε σχόλιο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, λάθος ή ατυχές συμβάν στο νοσοκομείο σας

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.

5.2 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

9 Απριλίου 2012

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Πάφου

**Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή
προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας**

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και σας ενημερώσω πως η Επιστημονική Επιτροπή
— Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει παραχωρήσει σχετική άδεια στον
κο Γιαννάκη Κούσουλο , Ανώτερο Νοσηλευτική Λειτουργό , για διεξαγωγή έρευνας
με τίτλο « Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών υπό την
αντίληψη των νοσηλευτών στο Νοσοκομείο Πάφου » .

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών



