



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών  
ασθενών στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου*

ΓΙΩΡΓΟΣ ΠΟΛΥΚΑΡΠΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΤΣΙΟΤΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2013

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

*Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών  
ασθενών στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου*

ΓΙΩΡΓΟΣ ΠΟΛΥΚΑΡΠΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΤΣΙΟΤΡΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2013

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.	Εισαγωγή .....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....		13
2.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	13
2.1	Ιστορική αναδρομή.....	13
2.2	Ιατρικά λάθη και ασφάλεια των ασθενών .....	14
2.3	Ιατρικά λάθη και κίνδυνοι για την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών.....	16
2.4	Οι έννοιες της κουλτούρας ασφάλειας και του κλίματος ασφάλειας.....	18
2.5	Παράμετροι που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών .....	20
2.5.1	Υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας .....	21
2.5.2	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.....	21
2.5.3	Οργανωσιακή μάθηση .....	22
2.5.4	Ομαδική εργασία .....	23
2.5.5	Αντιλήψεις και προσδοκίες των εργαζομένων για τη στάση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας.....	23
2.5.6	Στελέχωση.....	24
2.6	Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας .....	25
2.6.1	Σημασία της αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας για τις μονάδες υγείας.....	25
2.6.2	Εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας.....	26
2.7	Μεθοδολογία βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	28
2.8	Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης.....	29
3.	Περιγραφή Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου.....	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....		40
4.	Μεθοδολογία.....	40
4.1	Εισαγωγή.....	40
4.2	Σκοπός-Στόχοι της έρευνας.....	40
4.2.1	Γενικός σκοπός .....	40
4.2.2	Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι.....	41
4.3	Ερευνητικά ερωτήματα .....	41

4.4	Σχεδιασμός της έρευνας .....	41
4.5	Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης .....	42
4.6	Μέθοδος συλλογής δεδομένων .....	42
4.7	Περιγραφή του Ερευνητικού Εργαλείου.....	43
4.8	Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου .....	46
4.9	Ηθικές προεκτάσεις.....	47
4.10	Ανάλυση αποτελεσμάτων .....	48
5.	Αποτελέσματα.....	49
5.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων .....	49
5.2	Αποτελέσματα για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας .....	50
5.2.1	Ανοιχτή επικοινωνία .....	50
5.2.2	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη.....	53
5.2.3	Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων .....	55
5.2.4	Μεταφορές/ διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου .....	58
5.2.5	Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας.....	61
5.2.6	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.....	64
5.2.7	Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση.....	66
5.2.8	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας.....	68
5.2.9	Στελέχωση.....	71
5.2.10	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια .....	73
5.2.11	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου .....	76
5.2.12	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου.....	79
5.3	Συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων για τη βαθμολογία των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας.....	82
5.4	Αποτελέσματα για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος και του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί.....	84
5.4.1	Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή ..	84
5.4.2	Αριθμός των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες.....	86
5.5	Σχόλια των συμμετεχόντων.....	89
6.	Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	92
6.1	Συζήτηση.....	92

6.2	Περιορισμοί της μελέτης.....	96
6.3	Συμπεράσματα.....	97
6.4	Εισηγήσεις.....	98
7.	Βιβλιογραφία .....	100
8.	Παραρτήματα.....	111

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Το πρόβλημα των ιατρικών λαθών είναι υπαρκτό και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από αυτά, είναι ιδιαίτερα αυξημένοι στην περίπτωση των ογκολογικών ασθενών. Για την αποτελεσματική διαχείριση των λαθών απαιτείται η διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας, η οποία επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους, οι οποίες σχετίζονται με την ηγεσία, τις πρακτικές ασφάλειας, το εργασιακό περιβάλλον και το προσωπικό. Το πρώτο βήμα για τη δημιουργία ή τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, αποτελεί η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας του νοσοκομείου.

**Σκοπός:** Η ανάλυση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου, αναφορικά με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το κλίμα ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών και να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που το επηρεάζουν.

**Μεθοδολογία:** Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 121 επαγγελματίες υγείας από το Ογκολογικό Κέντρο, 56 από τους οποίους ήταν νοσηλευτές, οι 26 ήταν ιατροί και οι 39 άνηκαν στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 85,8 % και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, ήταν η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου «The Hospital Survey on Patient Safety Culture» των Sorra και Nieva. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, περιλάμβανε πίνακες κατανομής συχνοτήτων για τις ονομαστικές μεταβλητές και μέσους όρους για τις συνεχείς μεταβλητές. Για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους, εφαρμόστηκε το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης.

**Αποτελέσματα:** Οι παράμετροι για τις οποίες βρέθηκε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν η συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, η οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση και η ανατροφοδότηση-επικοινωνία για τα λάθη. Το χαμηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων και αρνητική βαθμολογία, βρέθηκε για τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, τη στελέχωση και τις μεταφορές-διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (38,8%) δήλωσαν πως έκαναν 1-2 αναφορές τους τελευταίους 12 μήνες, το 35,3% απάντησαν ότι δεν έκαναν καμία αναφορά, ενώ το 80,1% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζεται ως προς την ασφάλεια, από πολύ καλή έως άριστη.

**Συμπεράσματα:** Το κλίμα ασφάλειας που επικρατεί στο Ογκολογικό Κέντρο κρίνεται θετικό, τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και ως προς τη συχνότητα αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων. Αναφορικά όμως με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του νοσοκομείου, για κάποιες από αυτές το κλίμα θεωρείται θετικό, ενώ για κάποιες άλλες υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης. Για την περαιτέρω βελτίωση της απόδοσης του νοσοκομείου, η διοίκηση θα πρέπει να στηριχθεί στα θετικά αποτελέσματα που έχουν βρεθεί και να προβεί στις απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις στις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης.

# Abstract

**Background:** The issue of medical errors is substantial and the risks entailed are increased in the case of cancer patients. In order to manage errors effectively it is essential to create a positive patient safety culture. This, in turn, is influenced by various parameters which are in relation to management, safety procedures, working environment and staff. The first step for creating or improving patient safety culture is the evaluation of the existing patient safety climate of a hospital.

**Aim:** The analysis of the opinions of the healthcare professionals of the Bank of Cyprus Oncology Centre, in relation to the patient safety parameters and the reporting of adverse events. This will be done in order to evaluate patient safety climate and to investigate the demographics and professional parameters that affect it.

**Methods:** The sample comprised of 121 healthcare professionals of the Bank of Cyprus Oncology Centre, 56 of which were nursing staff, 26 were physicians and 39 belonged to the scientific staff. The survey's response rate was 85,8% and the material utilized for the survey purposes was the Greek translated version of the questionnaire «The Hospital Survey on Patient Safety Culture», which was developed by Sorra and Nieva. Statistical analysis of data included frequency charts on non-continuous variables and average means on continuous variables. Test Measure t has been applied for two parameter variables, while one-way Dispersion Analysis has been implemented for variables of more than two parameters.

**Results:** The dimensions that received the highest positive response rate were teamwork within units, organizational learning-continuous improvement and feedback-communication about error, while those with the lowest ratings and negative scoring included non-punitive response to error, staffing and handoffs-transitions. Most of the respondents (38,8%) reported completing 1-2 event reports in the last 12 months, 35,3% reported not completing any event reports and 80,1% gave their work unit an excellent/very good patient safety score.

**Conclusions:** The patient safety climate at the Bank of Cyprus Oncology Centre, is found to be positive, both at work unit level and in terms of adverse events reporting rates. With respect to the patient safety culture dimensions, some are reported positive, whilst for some others there is a significant area for improvement. To achieve improvement in patient safety hospital performance, the management team needs to re-enforce the positive safety aspects and improve the negative ones.



## Ευχαριστίες

Η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, επιτεύχθηκε με τη στήριξη και τη βοήθεια κάποιων ατόμων, στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή Δρ. Τσιότρα Γεώργιο, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την κατανόηση, τις χρήσιμες υποδείξεις και τη σημαντική συμβολή του στη δομή, συγγραφή και ολοκλήρωση της διατριβής.

Τον κ. Βασίλη Αλετρά και την κα. Δέσποινα Κάκαλου, ευχαριστώ θερμά για την παραχώρησή άδειας χρησιμοποίησης του μεταφρασμένου στα ελληνικά ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Safety Culture”.

Ευχαριστώ επίσης το στατιστικολόγο κ. Σάββα Ζανέττο, για την ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω το επιστημονικό προσωπικό του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου, για τη συμμετοχή του στην έρευνα καθώς και το Γενικό Διευθυντή του Κέντρου, κ. Αλέξανδρο Σταμάτη, για τη χρήσιμη συμβολή του στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος της διατριβής.

Το συμφοιτητή μου Δρ. Χαρίλαο Στυλιανού, ευχαριστώ θερμά για την άριστη συνεργασία και σημαντική του βοήθεια στη δομή της μελέτης.

Τέλος ευχαριστώ του γονείς μου για την ηθική και συναισθηματική υποστήριξη, καθώς και τη σύζυγο μου Άννα για την υπομονή, τη στήριξη και αφοσίωση που επέδειξε, καθ’ όλη τη διάρκεια της έρευνας.

# 1.Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ολοένα και αυξανόμενο ενδιαφέρον, για την ανάπτυξη προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, η οποία «αποτελεί ένα πρόγραμμα συστηματικής αξιολόγησης της φροντίδας, με στόχο την εγγύηση της τελειότητας στην παροχή της».<sup>[1]</sup> Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, είναι ο βαθμός με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση <sup>[2]</sup> και περιλαμβάνει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την τεχνική αρτιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>[3]</sup> Η σημαντικότερη παράμετρος της ποιότητας είναι η ασφάλεια των ασθενών, η οποία θα πρέπει να αποτελεί τον αιώτερο στόχο για κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας.

Η ασφάλεια των ασθενών, ορίζεται ως η προστασία των ασθενών από πρόσθετα προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες, που προκύπτουν από ιατρικά λάθη, κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.<sup>[4]</sup> Τα ιατρικά λάθη αποτελούν δείκτη πλημμελούς ασφάλειας και είναι κάθε ακούσιο συμβάν, που μειώνει ή θα μπορούσε να μειώσει το όριο ασφάλειας κάθε ασθενή.<sup>[5]</sup> Σύμφωνα με τη Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), το 8-12% των νοσηλευόμενων ασθενών, αντιμετωπίζουν ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με τη διάγνωση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τη χορήγηση φαρμάκων, τις νοσοκομειακές λοιμώξεις, τα χειρουργικά σφάλματα και τις ακατάλληλες ιατρικές συσκευές.<sup>[6]</sup> Επίσης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ), τα ιατρικά λάθη αποτελούν την όγδοη αιτία θανάτου, αφού εκτιμάται ότι προκαλούν 44.000-98.000 θανάτους ετησίως και προξενούν βλάβες σε 1.000.000 ασθενείς.<sup>[7]</sup> Οι βλάβες που προκαλούνται στους ασθενείς, ενδέχεται να παρατείνουν τη μέση διάρκεια νοσηλείας τους και να διογκώσουν τις ιατρικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα την αύξηση στις υγειονομικές δαπάνες και τη μείωση του δείκτη ποιότητας.

Με βάση τα πιο πάνω, η βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, αποτελεί κύρια προτεραιότητα στην πολιτική υγείας τόσο στις Η.Π.Α όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Συγκεκριμένα μέσω της σύστασης επιτροπών και οργανισμών ασφάλειας, του καθορισμού προτύπων και της δημιουργίας κατευθυντήριων οδηγιών, γίνεται προσπάθεια από τα κράτη για την ανάπτυξη ενός κλίματος ασφάλειας, που θα συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης των ιατρικών λαθών και θα έχει ως επίκεντρο την ασφάλεια των πασχόντων. Έτσι στις ΗΠΑ, ο Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας (NQF) θεωρεί την ασφάλεια των ασθενών ως μια από τις σημαντικότερες εθνικές προτεραιότητες της χώρας, ενώ ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας (AHRQ), καθιέρωσε την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στα νοσοκομεία της χώρας.<sup>[8]</sup> Επίσης στην ΕΕ, με πρωτοβουλία της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και της ιατρικής περιθαλψης

(High Level Group on Health Services and Medical Care), δημιουργήθηκε μια ομάδα εργασίας (Patient Safety Working Group, PSWG), με στόχο να βοηθήσει τα κράτη-μέλη να εφαρμόσουν εθνικά προγράμματα βελτίωσης της ασφάλειας.<sup>[9]</sup> Οι δραστηριότητες της ομάδας συντονίζονται από τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), μέσω του προγράμματος “World Alliance for Patient Safety”, το Συμβούλιο της Ευρώπης, τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και τις Ευρωπαϊκές ενώσεις ασθενών.

Πάντως τα λάθη στον τομέα της υγείας είναι αναπόφευκτα, αφού τα σύγχρονα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από πολύπλοκες διαδικασίες, γρήγορη επέκταση των ιατρικών γνώσεων και συνεχώς αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας. Ειδικότερα στις Ογκολογικές Κλινικές, ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων είναι ιδιαίτερα αυξημένος, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που παρουσιάζουν οι ογκολογικοί ασθενείς καθώς και λόγω της πολυπλοκότητας και της αυξημένης επικινδυνότητας τόσο της χημειοθεραπείας όσο και της ακτινοθεραπείας. Έτσι διεθνείς οργανισμοί, όπως είναι ο Π.Ο.Υ, το ASCO (American Society of Clinical Oncology) και το ESTRO (European Society of Radiation Oncology) έχουν καθορίσει πρότυπα ποιότητας, για την ασφαλή χειρισμό και χορήγηση τόσο της χημειοθεραπείας όσο και της ακτινοθεραπείας,<sup>[10,11,12]</sup> ενώ η πρόληψη και η καταγραφή των κλινικών λαθών, αποτελεί πρωταρχικό στόχο της διοίκησης όλων των νοσοκομείων, που παρέχουν περίθαλψη σε ογκολογικούς ασθενείς.<sup>[13]</sup>

Η συντριπτική πλειοψηφία των λαθών, οφείλεται σε οργανωτικές και διοικητικές αδυναμίες του συστήματος συνολικά, παρά σε αμέλεια των επαγγελματιών υγείας μεμονωμένα. Δηλαδή οι οργανωτικές δομές καθορίζουν την δικλείδες ασφαλείας και επιτρέπουν την διάπραξη και συσσώρευση των σφαλμάτων. Η κουλτούρα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συσχετίζεται άμεσα με τον κίνδυνο εμφάνισης λαθών στον τομέα της υγείας και περιλαμβάνει τόσο τις ατομικές όσο και τις ομαδικές δομές και συμπεριφορές ενός οργανισμού. Η ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφαλείας αποτελεί σημαντική παράμετρο για τον περιορισμό ή την αποτροπή των λαθών και συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των νοσοκομείων.

Παρά τη μεγάλη σημασία και το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον, που παρατηρείται διεθνώς για την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών, εντούτοις η βελτίωση της ποιότητας και της ασφαλείας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δεν έχει ακόμα υιοθετηθεί στην εθνική πολιτική υγείας της Κύπρου. Συγκεκριμένα η Κύπρος συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), που δεν έχουν υιοθετήσει εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφαλείας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.<sup>[14]</sup> Επιπρόσθετα έχει διαπιστωθεί έλλειψη προδιαγραφών και προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και απουσία μηχανισμών μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Επίσης σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, δεν

υπάρχει επίσημο σύστημα καταγραφής λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων, ενώ το προσωπικό δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο σε θέματα διασφάλισης της ποιότητας. Όλα αυτά αποτελούν σοβαρές αδυναμίες για το σύστημα υγείας της χώρας και έχουν αντίκτυπο στην εμπιστοσύνη και το βαθμό ικανοποίησής των ασθενών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα οι Κύπριοι πολίτες να θεωρούν ότι οι νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες, είναι πιθανότερο να τους βλάψουν παρά να τους ωφελήσουν.<sup>[15]</sup>

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο αριθμός των υφιστάμενων μελετών στην Κύπρο, σε θέματα κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών είναι περιορισμένος, η παρούσα μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική και πρωτότυπη. Παρόλο που υπάρχει αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον, για την ασφάλεια των ασθενών στο χώρο της υγείας, εντούτοις σε ελάχιστες περιπτώσεις προσδιορίζεται ο βαθμός στον οποίο αυτή αποτελεί προτεραιότητα των νοσοκομείων, ενώ στην Κύπρο οι περισσότερες μελέτες επικεντρώνονται στην οργανωσιακή κουλτούρα. Ειδικότερα για τις ογκολογικές κλινικές, ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει σε διεθνές επίπεδο για την μέτρηση του κλίματος ασφάλειας, ενώ σε τοπικό επίπεδο, παρόλο που υπάρχει αυξημένη ευαισθησία σε θέματα που σχετίζονται με τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, δεν έχει δημοσιευτεί κάποια αντίστοιχη έρευνα.

Στόχος της παρούσας διατριβής, είναι η μέτρηση και αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών, από τους επαγγελματίες υγείας (ΕΥ) του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου και η διερεύνηση των παραγόντων που το επηρεάζουν. Συγκεκριμένα η έρευνα αποσκοπεί στην ανάλυση των στάσεων, των συμπεριφορών και των απόψεων του προσωπικού, αναφορικά με παραμέτρους που επηρεάζουν την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών, τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων και την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος ως προς την ασφάλεια του ασθενή. Επιπρόσθετα μέσα στους στόχους της διατριβής, είναι ο εντοπισμός των δημογραφικών και άλλων παραγόντων, που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών και η συγκριτική αξιολόγηση των απόψεων για την κουλτούρα ασφάλειας, ανάμεσα στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για να εντοπιστούν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες του νοσοκομείου, που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και για να εφαρμοστούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις βελτίωσης της ασφάλειας. Επίσης θα συγκριθούν με αντίστοιχα αποτελέσματα από τη βιβλιογραφία, για να γίνει συγκριτική αξιολόγηση του νοσοκομείου (ως προς την ασφάλεια) με άλλα νοσοκομεία από το διεθνή χώρο.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 2.Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 2.1 Ιστορική αναδρομή

Η ανάδειξη της σημαντικότητας του προβλήματος της ασφάλειας των ασθενών, έγινε από την επισήμανση του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ιατρικής (IOM) το 1999, για την πρόκληση 44.000-98.000 θανάτων ετησίως, ως αποτέλεσμα των ιατρικών λαθών. Η συγκεκριμένη μελέτη προσέλκυσε το ενδιαφέρον της κοινής γνώμης και αποτέλεσε σταθμό για την ασφάλεια των ασθενών, αφού οδήγησε το σύστημα υγείας των ΗΠΑ στην εφαρμογή προγραμμάτων, που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας. Η συγκεκριμένη έρευνα, είχε ως αποτέλεσμα να τερματιστεί η περίοδος υποτίμησης των επιπτώσεων των ιατρικών λαθών από τους ιατρούς και τη διοίκηση των νοσοκομείων, να δραστηριοποιήσει τους εμπλεκόμενους φορείς για την εφαρμογή μέτρων διασφάλισης της ποιότητας και να κινητοποιήσει τα νοσοκομεία να προχωρήσουν στις απαιτούμενες αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.<sup>[16]</sup> Έτσι ο Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας των ΗΠΑ (NQF) ενέκρινε μια σειρά από μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας, ενώ τα νοσοκομεία προχώρησαν στην εφαρμογή δεικτών ασφάλειας, οι οποίοι δημιουργήθηκαν από τον Οργανισμό Έρευνας και Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας (AHRQ). Επίσης μέσω διαφόρων προγραμμάτων, έγινε καταγραφή δεδομένων και στατιστικών από όλα σχεδόν τα νοσοκομεία των ΗΠΑ, για την ποιότητα φροντίδας των υπηρεσιών υγείας, ενώ τα περισσότερα υποχρεώθηκαν να πληροφορούν γραπτώς τους ασθενείς για τα μέτρα πρόληψης των ιατρικών λαθών. Μάλιστα η συγκεκριμένη προσπάθεια θεσμοθετήθηκε με την ψήφιση νομοθεσίας από το Κογκρέσο, η οποία είχε ως στόχο τη βελτίωση του συστήματος καταγραφής λαθών και δυσλειτουργιών, που σχετίζονταν με την ασφάλεια των ασθενών. Στη συνέχεια ψηφίστηκε νομοθεσία, η οποία προνοούσε την εφαρμογή μιας εμπιστευτικής δομής αναφοράς, όπου οι ΕΥ μπορούσαν να αναφέρουν εθελοντικά πληροφορίες για τα ιατρικά λάθη.<sup>[17]</sup>

Παρόμοια εικόνα με τις ΗΠΑ, για τον επιπολασμό και τις επιπτώσεις των ανεπιθύμητων συμβάντων, εμφανίστηκε και σε ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, όπως είναι η Μ. Βρετανία, η Ισπανία και η Γαλλία. Το 2000 στη Μ. Βρετανία, η εθνική μελέτη με τίτλο “An organization with memory”, αποκάλυψε ότι το κατά το έτος 1999, 400 άνθρωποι πέθαναν ή τραυματίστηκαν σοβαρά από ιατρικά λάθη, ενώ σε 10.000 άτομα προκλήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες από φάρμακα.<sup>[18]</sup> Η πιο πάνω μελέτη οδήγησε στη μεταρρύθμιση του Συστήματος Υγείας της χώρας και

στην ίδρυση της Αγγλικής Εθνικής Υπηρεσίας για την Ασφάλεια των Ασθενών (UK National Patient Safety Agency, NPSA). Η συγκεκριμένη υπηρεσία αποσκοπεί στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων, που σχετίζονται με ανεπιθύμητα συμβάντα, στην ανατροφοδότηση μέσα από τα λάθη και στην εξεύρεση τρόπων πρόληψής τους. Η ισπανική εθνική μελέτη επεσήμανε ότι το 2005, προκλήθηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα στο 9,3% των νοσηλευόμενων ασθενών, από τα οποία το 42,8% μπορούσε να αποφευχθεί, ενώ η αντίστοιχη μελέτη στη Γαλλία, έδειξε ότι στο 55% των εσωτερικών ασθενών των χειρουργικών μονάδων και στο 4 % των παθολογικών μονάδων, προκλήθηκε τουλάχιστον ένα ανεπιθύμητο συμβάν.<sup>[19]</sup>

Με βάση τα παραπάνω, ο Π.Ο.Υ ίδρυσε το 2004, την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών (World Alliance for Patient Safety), με απώτερο σκοπό να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση από όλα τα κράτη, στη βελτίωση της ασφάλειας. Τον Απρίλιο του 2005, συστάθηκε η ομάδα εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών (Patient Safety Working Group, PSWG) και πραγματοποιήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η διάσκεψη του Λουξεμβούργου, η οποία διακήρυξε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας, αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου και πρέπει να τυγχάνει αναγνώρισης από την ΕΕ και τους Ευρωπαίους πολίτες.<sup>[20]</sup> Το 2006 το Συμβούλιο της Ευρώπης ενέκρινε τη δημιουργία της Επιτροπής Υπουργών στα κράτη-μέλη, για τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και για την πρόληψη των ιατρικών λαθών, ενώ τον Οκτώβριο του 2007, η ασφάλεια των ασθενών, καθορίστηκε μέσα στους τομείς δράσεις της Λευκής Βίβλου, της στρατηγικής προσέγγισης της ΕΕ στην υγεία, για την περίοδο 2008-2013.<sup>[21]</sup> Το Φεβρουάριο του 2008, ξεκίνησε η λειτουργία του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την Ασφάλεια του Ασθενή (European Union Network for Patient Safety, EUNetPaS), στο οποίο συμμετέχουν τα 27 κράτη-μέλη και είχε ως στόχο την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών, σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενή.<sup>[22]</sup> Τέλος το Δεκέμβριο του 2008, το Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων ανακοίνωσε βάση νομοθετικού προγράμματος, τις συστάσεις που πρέπει να ακολουθήσουν τα κράτη-μέλη για την ασφάλεια των ασθενών.<sup>[23]</sup>

## **2.2 Ιατρικά λάθη και ασφάλεια των ασθενών**

Τα ιατρικά λάθη αποτελούν εδώ και χρόνια, συχνό φαινόμενο στον τομέα της υγείας, που επηρεάζουν αρνητικά την ασφάλεια των πασχόντων, αφού αποτελούν μια από τις κυριότερες αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στους ασθενείς. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνες που έγιναν, αποδεικνύεται ότι στις αναπτυγμένες χώρες, γίνονται λάθη στο 10% των νοσηλευόμενων ασθενών, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες, ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος.<sup>[24]</sup> Επιπρόσθετα 1,4 εκατομμύρια άνθρωποι ανά το παγκόσμιο αναπτύσσουν νοσοκομειακές λοιμώξεις, το 50% της ιατρικής τεχνολογίας δεν είναι κατάλληλο για χρήση ή χρησιμοποιείται εν

μέρει, οι επισφαλείς εγχύσεις (με επαναχρησιμοποιημένες σύριγγες) προκαλούν 1.3 εκατ. θανάτους ετησίως <sup>[25]</sup> και ποσοστό 6,8% των νοσηλευόμενων ασθενών, παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, από τις οποίες το 28% οφείλεται σε λάθη.<sup>[26]</sup> Ακόμη σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ, το 23% των ευρωπαίων πολιτών αναφέρει ότι έχει βιώσει άμεσα ένα ιατρικό λάθος, το 18% έχει βιώσει κάποιο σοβαρό σφάλμα κατά τη διάρκεια ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και ποσοστό 11% πήρε λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή.<sup>[27]</sup>

Πάντως θα πρέπει να αναφερθεί, ότι τα ιατρικά λάθη εκτός από τις άμεσες επιπτώσεις που προκαλούν στην υγεία των ασθενών, έχουν οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις. Συγκεκριμένα το ΙΟΜ, εκτιμά ότι το συνολικό ετήσιο κόστος για το σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, ανέρχεται στα 37,6 δισεκατομμύρια.<sup>[28]</sup> Στο κόστος αυτό, συνυπολογίζονται οι επαναληπτικές εξετάσεις και οι επιπρόσθετες θεραπείες που απαιτούνται λόγω των λαθών, η απώλεια εισοδήματος, η μειωμένη παραγωγικότητα καθώς και η μόνιμη ή παροδική αναπηρία. Πέρα όμως από το οικονομικό κόστος, τα ιατρικά λάθη έχουν και ψυχολογικές επιπτώσεις, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η εμπιστοσύνη τους προς τα συστήματα υγείας. Μάλιστα σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, το 50% των Ευρωπαίων πολιτών «νιώθουν ότι μπορεί να τους συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν» κατά την περίθαλψη τους σε νοσοκομείο.<sup>[29]</sup>

Τα ιατρικά λάθη είναι αναπόφευκτο να συμβούν, αφού κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτείται η αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ΕΥ διαφορετικών ειδικοτήτων, αλλά και της ιατρικής τεχνολογίας. Κατά την αλληλεπίδραση αυτών των φορέων και σε κάθε διαγνωστική διαδικασία ή θεραπεία, εμπεριέχεται η πιθανότητα λάθους.<sup>[30]</sup> Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ιατρικά λάθη προκύπτουν λόγω της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας, της αβεβαιότητας των ιατρικών προβλέψεων, της πίεσης χρόνου, της λήψης αποφάσεων με περιορισμένες ή αβέβαιες πληροφορίες, της ελλιπούς πληροφόρησης των ασθενών για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και του δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα των ιατρών.<sup>[7]</sup> Πάντως σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, η λανθασμένη διάγνωση, η καθυστέρηση στη θεραπεία, τα ανεπιθύμητα συμβάντα λόγω φαρμακευτικών λαθών και οι παραλείψεις στο χειρουργείο, αποτελούν τις συχνότερες αιτίες πρόκλησης λαθών και μπορούν να αποφευχθούν.<sup>[31]</sup> Πολλές φορές όμως οι ΕΥ δυσκολεύονται να καθορίσουν τα όρια μεταξύ των αναπόφευκτων και αποφευκτών λαθών, αφού εργάζονται σε ένα μεταβλητό και αβέβαιο περιβάλλον.<sup>[32]</sup>

Σύμφωνα με το ΙΟΜ, τα λάθη προκύπτουν είτε από ατομικές αποτυχίες, είτε από την αναποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας.<sup>[7]</sup> Η πλειονότητα των λαθών μπορεί να αποφευχθεί και οφείλονται στη δεύτερη αιτιολογία, η οποία ευθύνεται για τις διαδικασίες

και τις συνθήκες εργασίας, που επιτρέπουν στους εργαζομένους να σφάλλουν. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού και ευθύνονται για την εμφάνιση ιατρικών λαθών, είναι η υποστελέχωση, το επίπεδο εκπαίδευσής, η επαγγελματική εξουθένωση, η ικανοποίηση από την εργασία και ειδικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, όπως είναι η έλλειψη συνεργασίας, η ανεπάρκεια τεχνολογικών μέσων, η έλλειψη κλινικών πρωτοκόλλων και το ακατάλληλο ωράριο εργασίας.<sup>[33,34,35]</sup> Η υποστελέχωση και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού, αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων και υποβαθμίζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.<sup>[36,37]</sup>

## **2.3 Ιατρικά λάθη και κίνδυνοι για την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών**

Η συχνότητα εμφάνισης ιατρικών λαθών είναι αυξημένη στους ογκολογικούς ασθενείς, λόγω επιπρόσθετων κινδύνων που αντιμετωπίζουν, οι οποίοι οφείλονται στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν ως ασθενείς, στη φύση της ασθένειας και στην επικινδυνότητα τόσο της χημειοθεραπείας όσο και της ακτινοθεραπείας. Μάλιστα σύμφωνα με έρευνα που έγινε στις διάφορες μονάδες σε Γενικό Νοσοκομείο στο Ισραήλ, βρέθηκε ότι το ψηλότερο ποσοστό εμφάνισης ιατρικών λαθών προκλήθηκε στο αιματολογικό-ογκολογικό τμήμα, με τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το Χειρουργικό τμήμα να ακολουθούν.<sup>[38]</sup>

Η ασφάλεια και η φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες, συγκριτικά με άλλους ασθενείς. Συγκεκριμένα πρόκειται για χρόνιους ασθενείς, που υποβάλλονται σε πολλαπλές εργαστηριακές εξετάσεις και σε μακροχρόνιες χημειοθεραπείες ή ακτινοθεραπείες, οι οποίες προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπρόσθετα οι περισσότεροι ασθενείς ταλαιπωρούνται και από άλλα συνυπάρχουσα προβλήματα υγείας (όπως είναι τα καρδιολογικά, ο διαβήτης, οι λοιμώξεις, η κατάθλιψη), που χρήζουν την ταυτόχρονη παρακολούθηση από ιατρούς πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων. Το γεγονός αυτό αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης λαθών<sup>[39]</sup> και υποδεικνύει την ανάγκη για καλό συντονισμό στη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών.<sup>[40]</sup> Επίσης πρόκειται για ευάλωτη ομάδα -ασθενών, που παρουσιάζουν μειωμένη αντοχή στη θεραπεία, ενώ μπορεί να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες, στις οποίες δοκιμάζονται καινούρια φάρμακα με άγνωστο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών.<sup>[41]</sup>

Πάντως ανάμεσα στους κινδύνους για την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών, εντάσσονται και παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση της ασθένειας. Συγκεκριμένα πολλές φορές η θεραπευτική



σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή φθείρεται λόγω της μετάδοσης κακών νέων για την πρόγνωση και την εξέλιξη της ασθένειας. Επιπρόσθετα οι ΕΥ αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω του ότι εργάζονται σε ένα ψυχοφθόρο περιβάλλον, μέσα στο οποίο καλούνται να φροντίσουν ασθενείς, στους οποίους τα ποσοστά θνησιμότητας είναι αυξημένα και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι περιορισμένη.<sup>[42]</sup> Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα, την υποτίμηση ενός λάθους από τους ΕΥ, που συμβαίνει σε ασθενείς προχωρημένου σταδίου.<sup>[43]</sup>

Από την άλλη, η χορήγηση χημειοθεραπείας, εμπεριέχει πολλούς κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών, αφού κατατάσσονται ως η δεύτερη πιο συχνή αιτία πρόκλησης θανατηφόρων ιατρικών λαθών.<sup>[44]</sup> Συγκεκριμένα, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν στενό θεραπευτικό εύρος, οπότε κάποιο λάθος στη δόση ή τη χορήγηση τους, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη τοξικότητα ή μειωμένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας.<sup>[45]</sup> Επίσης πρόκειται για πολύ τοξικά φάρμακα, αφού προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η μυελοκαταστολή και η ουδετεροπενία, ακόμα και όταν χορηγούνται σε θεραπευτικές δόσεις. Επιπρόσθετα, τα πρωτόκολλα χημειοθεραπείας είναι πολύπλοκα, αφού περιλαμβάνουν τη χορήγηση πολλών και διαφορετικών φαρμάκων, ενώ πολλές φορές είναι δυσνόητα για τους νοσηλευτές και τους φαρμακοποιούς.<sup>[46]</sup> Μάλιστα η χορήγηση διαφορετικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, μαζί με άλλα φάρμακα υποστηρικτικής αγωγής, δυσκολεύουν τους ιατρούς να συμπεράνουν αν κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι αποτέλεσμα της τοξικότητας της θεραπείας ή αν οφείλεται σε ιατρικό λάθος.<sup>[47]</sup>

Εκτός από τη χημειοθεραπεία, επικίνδυνη για την ασφάλεια των ασθενών είναι και η χορήγηση ακτινοθεραπείας. Αν και η συχνότητα πρόκλησης λαθών από την ακτινοθεραπεία, είναι πολύ μικρότερη από τη χημειοθεραπεία, εντούτοις έχουν αναφερθεί ακόμα και θάνατοι από ανεπιθύμητα συμβάντα, που έχουν συμβεί κατά τη διαδικασία της χορήγησής της.<sup>[48]</sup> Συγκεκριμένα η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και ανεπανόρθωτες βλάβες σε ζωτικά όργανα όπως είναι η καρδιά, οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Η επικινδυνότητα της οφείλεται στο ότι είναι σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει πολλά στάδια για να ολοκληρωθεί και απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ πολλών και διαφορετικών ΕΥ, όπως είναι οι ακτινοθεραπευτές ογκολόγοι, οι ιατροφυσικοί, οι δοσομετρητές και οι ακτινογράφοι ακτινοθεραπείας.<sup>[49]</sup> Επίσης για το σωστό χειρισμό των μηχανημάτων και των λογισμικών προγραμμάτων της ακτινοθεραπείας, απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία.<sup>[50]</sup>

## 2.4 Οι έννοιες της κουλτούρας ασφάλειας και του κλίματος ασφάλειας

Για την προσέγγιση των πιο πάνω όρων, θα πρέπει αρχικά να προσδιοριστούν οι έννοιες της κουλτούρας, της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος. Η λέξη κουλτούρα προέρχεται από το λατινικό ρήμα *cultura* και η πρωτογενής της σημασία είναι καλλιέργεια της γης. Στη συνέχεια, η σημασία του όρου αλλάζει, λόγω της μετεξέλιξης της γερμανικής λέξης *Kultur*, η οποία περιγράφει την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος.<sup>[51]</sup> Σήμερα με τον όρο κουλτούρα εννοούμε τις γνώσεις, τα πιστεύω, την ηθική, τους νόμους, την τέχνη, τα έθιμα και οποιεσδήποτε άλλες ικανότητες και συνήθειες αποκτώνται από το άτομο.<sup>[52]</sup> Δηλαδή είναι οτιδήποτε αποκτά ο άνθρωπος, το οποίο δεν έχει κληρονομήσει γενετικά και μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Σύμφωνα με τη Leininger η κουλτούρα αναφέρεται «στη γνώση για τις αξίες, τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, τους τρόπους ζωής, η οποία μαθαίνεται, μοιράζεται και μεταφέρεται στον τρόπο σκέψης, λήψης αποφάσεων και δράσης των ατόμων».<sup>[53]</sup> Ο όρος περιλαμβάνει τη γλώσσα, την παράδοση, την παιδεία, την πνευματική καλλιέργεια, τις επιστήμες και σχετίζεται με τον τρόπο που το άτομο σκέφτεται, αισθάνεται και πράττει.

Η κουλτούρα ενός οργανισμού, αποτελεί ένα σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, αρχών και σημασιών, που προσδιορίζουν τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς ενός οργανισμού.<sup>[54]</sup> Ο όρος περιλαμβάνει κοινωνικά φαινόμενα που προσδιορίζουν το χαρακτήρα και τη λειτουργία ενός οργανισμού, όπως είναι η ενδυμασία, η γλώσσα, η συμπεριφορά, οι πεποιθήσεις, οι αξίες, οι απαιτήσεις, η εξουσία καθώς και ο τρόπος σεβασμού ή ανατροπής προς τη διοίκηση.<sup>[55]</sup> Με άλλα λόγια η οργανωσιακή κουλτούρα αντικατοπτρίζει τον ιδιαίτερο και μοναδικό τρόπο λειτουργίας ενός οργανισμού, ο οποίος διαμορφώνει και τη διαφορετικότητα του κάθε οργανισμού. Δηλαδή η στάση των υπαλλήλων και της διοίκησης, ως προς την εξυπηρέτηση του κοινού, τη συμπεριφορά προς τους προμηθευτές και την αντιμετώπιση δυσκολιών, καθορίζεται από κοινές αξίες και αντιλήψεις,<sup>[56]</sup> οι οποίες διατηρούν την ενότητα των μελών του οργανισμού και προσδίδουν σε αυτόν μια διακριτική ταυτότητα.

Το οργανωσιακό κλίμα αναφέρεται «στην οργανωτική προσωπικότητα του οργανισμού, δηλαδή στο μέτρο που το περιβάλλον εργασίας είναι ανοικτό, αυτόνομο, ελεγχόμενο, οικείο, ή κλειστό».<sup>[57]</sup> Δηλαδή το οργανωσιακό κλίμα προσδιορίζει το βαθμό που οργανισμός ικανοποιεί τις προσδοκίες των μελών του και αντιπροσωπεύει τις στάσεις και τις συμπεριφορές, οι οποίες καθορίζονται μέσα από τον τρόπο που το προσωπικό αντιλαμβάνεται τη διοίκηση, τη συνεργασία και την επικοινωνία μέσα στον οργανισμό. Αν και το οργανωσιακό κλίμα είναι αλληλένδετη έννοια με την

οργανωσιακή κουλτούρα, εντούτοις διαφέρουν στο ότι η κουλτούρα αναφέρεται γενικά στους κανόνες και τις αξίες για ολόκληρο τον οργανισμό, ενώ το κλίμα είναι πιο εξειδικευμένος όρος και περιλαμβάνει τις αντιλήψεις του προσωπικού, για θέματα που σχετίζονται με την οργανωσιακή κουλτούρα.<sup>[58]</sup>

Ο όρος κουλτούρα ασφάλειας χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency, για το ατύχημα που συνέβηκε στο Chernobyl το 1986.<sup>[59]</sup> Στη συγκεκριμένη αναφορά η κουλτούρα ασφάλειας ορίζεται ως «εκείνο το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από τη σπουδαιότητά της». Ο συγκεκριμένος ορισμός εξηγεί ότι το συγκεκριμένο ατύχημα προκλήθηκε λόγω μειωμένης αντίληψης του κινδύνου και της ασφάλειας, τόσο από το προσωπικό όσο και από τον οργανισμό. Επίσης σύμφωνα με τη Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ασφάλεια των Πυρηνικών Εγκαταστάσεων, η κουλτούρα ασφαλείας ορίζεται ως «η συνισταμένη των ατομικών και ομαδικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζει το επίπεδο δέσμευσης και το ύφος και την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού και της διαχείρισης ασφαλείας».<sup>[60]</sup>

Ένας από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους ορισμούς, που αναφέρεται στην κουλτούρα ασφάλειας στον τομέα της υγείας, είναι αυτός που αναπτύχθηκε από την επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου και την περιγράφει ως «το προϊόν των ομαδικών και ατομικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης της Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού».<sup>[61]</sup>

Σύμφωνα με τα κοινά χαρακτηριστικά, που αναφέρονται στους πιο πάνω ορισμούς, η κουλτούρα ασφάλειας περιλαμβάνει τη δέσμευση της διοίκησης για την προαγωγή της ασφάλειας, το ύφος επικοινωνίας, τους κανόνες για την αναφορά λαθών, καθώς επίσης την παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, την ηθική τους ενίσχυση, την αντίληψη των λαθών, τη συμπεριφορά τους ως προς την ίδια τη διοίκηση αλλά και τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ασφάλεια.

Έτσι ο όρος κουλτούρα ασφάλειας, χρησιμοποιείται διεθνώς για την περιγραφή της εταιρικής ατμόσφαιρας, όπου η ασφάλεια γίνεται αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα του οργανισμού. Επομένως η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί κομμάτι της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού, που τα μέλη του λειτουργούν έτσι ώστε να διαφυλάξουν και να μεταδώσουν τη σημασία της ασφάλειας.

Από την άλλη το κλίμα ασφάλειας, ορίζεται ως «οι κοινές αντιλήψεις των μελών του οργανισμού για το εργασιακό περιβάλλον και τις πρακτικές ασφάλειας ενός οργανισμού».<sup>[62]</sup> Περιλαμβάνει δηλαδή τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την προστασία των ασθενών από ιατρικά λάθη και τραυματισμούς, που προκύπτουν από τις ιατρικές παρεμβάσεις και το εργασιακό περιβάλλον.<sup>[63]</sup> Διαφέρει από την κουλτούρα ασφάλειας στο ότι δεν αναφέρεται σε υποκειμενικές αλλά σε καθημερινές αντιλήψεις, για τις πρακτικές και πολιτικές ασφάλειας του οργανισμού. Επιπρόσθετα το κλίμα ασφάλειας αναφέρεται γενικά σε μετρήσιμες συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας, όπως είναι τα συστήματα ασφάλειας, οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας και οι συμπεριφορές της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας,<sup>[64,65]</sup> που μπορούν να προσδιοριστούν πιο εύκολα και άμεσα με ποσοτικές μεθόδους.

## **2.5 Παράμετροι που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών**

Η κουλτούρα ασφάλειας στον τομέα της υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται ως τομείς ή παράμετροι με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.<sup>[66]</sup> Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την ηγεσία, το εργασιακό περιβάλλον, το προσωπικό, τις πρακτικές ασφάλειας<sup>[67]</sup> και αποτελούν επιμέρους συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας. Οι συνιστώσες αυτές, σύμφωνα με την έρευνα του Sammer και των συν., είναι η ηγεσία, η ομαδική εργασία, η ενσωμάτωση της γνώσης βάσει αποδείξεων, η επικοινωνία, ο οργανισμός που μαθαίνει από τα λάθη του, η κατανομή ευθυνών για τα λάθη στο σύστημα και όχι στα άτομα μεμονωμένα, καθώς και η φροντίδα υγείας που επικεντρώνεται στον ασθενή.<sup>[68]</sup> Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και η έρευνα των El-Jardali και των συν., σύμφωνα με την οποία οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφάλειας είναι η αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων και η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, η κατάλληλη επικοινωνία, η δέσμευση της ηγεσίας και της διοίκησης για τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας, η επαρκής στελέχωση και η διαπίστευση του νοσοκομείου.<sup>[69]</sup> Επίσης σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που ανέπτυξαν οι Nieva και Sora στις ΗΠΑ, η κουλτούρα ασφάλειας περιλαμβάνει 12 παραμέτρους, που είναι η συνολική αντίληψη της ασφάλειας, οι προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή, η οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση, η ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, η ανοιχτή επικοινωνία, η ανατροφοδότηση-επικοινωνία για τα λάθη, η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, η στελέχωση, η υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή, η ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου και οι μεταφορές-διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου.<sup>[70]</sup> Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση για τις σημαντικότερες παραμέτρους, που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας.

### **2.5.1 Υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας**

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των οργανισμών με θετική κουλτούρα ασφάλειας, είναι η συνειδητοποίησή της μεγάλης σημασίας της ασφάλειας και η δέσμευση της διοίκησης, να διασφαλίσει ότι η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί τον κύριο οργανωτικό της στόχο.<sup>[71]</sup> Η στήριξη της διοίκησης περιλαμβάνει την παροχή των απαιτούμενων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την αναβάθμιση του κλίματος ασφάλειας, τη διαχείριση και την ανατροφοδότηση των μηνυμάτων του προσωπικού για την ασφάλεια καθώς και τη δημιουργία συστημάτων για την αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η εφαρμογή συστήματος καταγραφής λαθών, βοηθά στον εντοπισμό των λαθών που διαπράττει το προσωπικό, στη διερεύνηση των αιτιών πρόκλησής τους και στην ανάπτυξη τρόπων πρόληψης.<sup>[72]</sup>

Η ικανή ηγεσία ενός οργανισμού παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη θετικού κλίματος ασφάλειας, αφού καθορίζει τη στρατηγική, τη δομή και τις διαδικασίες που εξασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενή <sup>[73]</sup> και θέτει το όραμα του οργανισμού, μέσα από την ενδυνάμωση και την ενίσχυση της εταιρικής κουλτούρας «πράττουμε το σωστό».<sup>[74]</sup> Έτσι όσο μεγαλύτερη είναι η στήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας, τόσο πιο ψηλό είναι και το επίπεδο δέσμευσης του προσωπικού. Συγκεκριμένα, η δημιουργία αισθήματος ευθύνης στους εργαζομένους, για την ασφάλεια και την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή σε συνδυασμό με την συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους σε θέματα ασφάλειας, επιτυγχάνει τη δέσμευση και ενδυνάμωσή τους σε θέματα ασφάλειας.<sup>[75]</sup> Επίσης η καθιέρωση από τη διοίκηση αποτελεσματικών μεθόδων επικοινωνίας, όπου όλοι οι εργαζόμενοι είναι σε θέση να γνωρίζουν, όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται <sup>[76]</sup> και η δημιουργία διαδικασιών ή κατευθυντήριων οδηγιών ασφάλειας, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης λαθών.<sup>[77]</sup> Γενικά όσο μεγαλύτερη είναι η υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα για καλύτερη συνολική αντίληψη της ασφάλειας και η συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων.<sup>[69]</sup>

### **2.5.2 Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία «η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ότι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενετήσιες αιτίες αυτών των λαθών».<sup>[74]</sup> Έτσι η διοίκηση θα πρέπει να κατανέμει ευθύνες στο σύστημα για τα λάθη που συμβαίνουν και όχι στα άτομα μεμονωμένα, ενώ οι πρωτοβουλίες της για ασφάλεια, θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές από το προσωπικό ως αναπόσπαστο κομμάτι του οράματος του οργανισμού και όχι ως μέσα συμμόρφωσης και τιμωρίας. Επίσης πολύ σημαντική είναι και η ανατροφοδότηση του προσωπικού για τα λάθη, μέσα από την οποία οι εργαζόμενοι ενημερώνονται

για τα λάθη που συμβαίνουν, έτσι ώστε να εξευρεθούν τρόποι πρόληψης και αποφυγής τους μελλοντικά.

Έτσι η αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων από το προσωπικό, γίνεται όταν υπάρχει μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, όπου αυτοσκοπός δεν είναι η τιμωρία του ατόμου που διέπραξε το λάθος, αλλά ο εντοπισμός των οργανωτικών και διοικητικών αδυναμιών του συστήματος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι λόγοι της μη αναφοράς λαθών από τους νοσηλευτές είναι ο φόβος επαγγελματικών κυρώσεων, ποινικών ή πειθαρχικών διώξεων καθώς και ο φόβος των αρνητικών αντιδράσεων από τους συναδέλφους τους.<sup>[78,79,80]</sup> Μάλιστα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Jeongeun και συν., αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές (52%) αντιλαμβάνονταν ότι τα λάθη αποτελούν σοβαρό πρόβλημα για την ασφάλεια των ασθενών, μόνο το 17% αναφέρει πάντα όλα τα λάθη που συμβαίνουν και μόλις το 5% δεν φοβάται να τα αναφέρει.<sup>[81]</sup> Ο φόβος λοιπόν αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα αναφοράς των λαθών, τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Αυτό κυρίως οφείλεται στη νοοτροπία του προσωπικού ότι φέρει την αποκλειστική ευθύνη για τα λάθη που συμβαίνουν και στην έμφαση, που δίνει η διοίκηση σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή.

### **2.5.3 Οργανωσιακή μάθηση**

Οργανωσιακή μάθηση «είναι η διαδικασία μέσω της οποίας τα μέλη του οργανισμού, εντοπίζουν λάθη ή ανωμαλίες και τα διορθώνουν επανακατασκευάζοντας οργανωσιακές θεωρίες».<sup>[82]</sup> Στην περίπτωση των νοσοκομείων, η οργανωσιακή μάθηση επιτυγχάνεται όταν ο οργανισμός μαθαίνει μέσα από τα λάθη του και ενσωματώνει τις διαδικασίες βελτίωσης της απόδοσης, στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας.<sup>[83]</sup> Αυτό το είδος κουλτούρας δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στο προσωπικό, βελτιώνει την αξιοπιστία, που πρέπει να χαρακτηρίζει ένα νοσοκομείο και ενισχύει τη μάθηση μέσα από προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, που αποσκοπούν στην εμπέδωση της σημασίας της ασφάλειας και της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας για τον οργανισμό.<sup>[84]</sup>

Επιπρόσθετα οι οργανισμοί που παρουσιάζουν μεγάλες δυνατότητες απόκτησης γνώσης, χαρακτηρίζονται από ευέλικτη και ανοιχτή σκέψη και αποδέχονται ότι πάντα υπάρχει κάτι που μπορούν να μάθουν, λόγω του αβέβαιου και πολύπλοκου περιβάλλοντός τους.<sup>[85]</sup> Επομένως τα νοσοκομεία, στην προσπάθεια ενίσχυσης των γνώσεών τους σε θέματα ασφάλειας, θα πρέπει να είναι ευέλικτα σε αλλαγές, που θα βελτιώσουν την ασφάλεια, όπως είναι για παράδειγμα η απλούστευση των διαδικασιών για πρόληψη των λαθών. Παράλληλα, το νοσοκομείο πρέπει να μαθαίνει τόσο από τις επιτυχίες όσο και από τα λάθη του, ενώ οι εργαζόμενοι θα πρέπει να ενημερώνονται για δείκτες ασφάλειας που αφορούν τον οργανισμό.

## 2.5.4 Ομαδική εργασία

Η ομαδική εργασία, θεωρείται από την Αμερικάνικη Επιτροπή Πιστοποίησης Οργανισμών Υγείας, στρατηγική πρόληψης λαθών και απαραίτητο στοιχείο των οργανισμών υγείας με θετική κουλτούρα ασφάλειας.<sup>[86]</sup> Μάλιστα μέσα από την ομαδική εργασία καλλιεργείται η αλληλοεξαρτώμενη συνεργασία και η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία βοηθά τις διαδικασίες σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων και αντιμετώπισης προβλημάτων, ενώ οι οργανισμοί με θετικό κλίμα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από ένα ασφαλές και αποτελεσματικό σύστημα επικοινωνίας, με φορά από πάνω προς τα κάτω και αντίστροφα, μέσω διαύλων τυπικής και άτυπης επικοινωνίας. Επιπρόσθετα, ο αλληλοσεβασμός καθώς και η ανοιχτή επικοινωνία, αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες για την επίτευξη αποτελεσματικής διεπιστημονικής συνεργασίας.<sup>[87]</sup> Μάλιστα σύμφωνα με τον Cooper, «οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης».<sup>[71]</sup>

Από την άλλη, ο βαθμός και η ποιότητα συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, καθορίζει την κουλτούρα ασφάλειας, τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού.<sup>[88]</sup> Ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, επηρεάζεται από κοινωνικούς, πολιτισμικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον, η ισχυρή ηγεσία, η ορθή χρήση της γλώσσας, η εφαρμογή στρατηγικών που τονίζουν τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας και η εκπαίδευση, ενισχύουν τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.<sup>[89]</sup> Από την άλλη, η διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα, τα διαφορετικά οικονομικά κίνητρα, το φύλο, η ιεραρχική δομή του συστήματος και η σύγκρουση ρόλων, επηρεάζουν αρνητικά τόσο την επικοινωνία όσο και τη συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.<sup>[90]</sup> Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανταγωνιστικές σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό και παράλληλα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λαθών.

## 2.5.5 Αντιλήψεις και προσδοκίες των εργαζομένων για τη στάση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας

Στο συγκεκριμένο τομέα, περιλαμβάνονται οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες του προσωπικού, αναφορικά με τον τρόπο που η διοίκηση του νοσοκομείου, διαχειρίζεται τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, για την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών. Η διοίκηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις εισηγήσεις των εργαζομένων για τη βελτίωση της ασφάλειας, να τους επιβραβεύει όταν ακολουθούν τις διαδικασίες ασφάλειας και να μην παραβλέπει προβλήματα που σχετίζονται με την

ασφάλεια. Επίσης πρέπει να έχει ως κύρια προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών, ενώ οι αποφάσεις της που σχετίζονται με τη στελέχωση, την εκπαίδευση του προσωπικού και τη διαθεσιμότητα σε εξοπλισμό, θεωρούνται σημαντικές για την ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας στον οργανισμό.<sup>[91]</sup>

Από την άλλη, η μη αποδοχή των πράξεων της διοίκησης από το προσωπικό πιθανόν να σχετίζεται με την αδυναμία της να εστιάσει στις προσδοκίες του προσωπικού ή με αναποτελεσματικές δράσεις της και φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην ασφάλεια των ασθενών, αφού σύμφωνα με την έρευνα των Huang και συν., μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.<sup>[92]</sup> Πάντως οι αντιλήψεις του προσωπικού για τη στάση που επιδεικνύει η διοίκηση σε θέματα ασφάλειας, φαίνεται να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, σύμφωνα με τους Kim και συν.<sup>[93]</sup> Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την αντίληψη του προσωπικού για τη στάση της διοίκησης ως προς την ασφάλεια των ασθενών, είναι η επαφή με τους ασθενείς, η μεγαλύτερη εμπειρία και η εκπαίδευση σε θέματα ασφάλειας, ενώ οι ώρες εργασίας συσχετίζονται αρνητικά.

## 2.5.6 Στελέχωση

Η στελέχωση σχετίζεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού, που απαιτείται για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς και συνδέεται με μεταβλητές όπως είναι ο φόρτος και οι ώρες εργασίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ανεπαρκής στελέχωση των νοσοκομείων αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο για την ασφάλεια των ασθενών, αφού συνδέεται με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων και επιπλοκών στους ασθενείς.<sup>[94]</sup> Συγκεκριμένα η πλειονότητα των μελετών που έχουν γίνει, έδειξαν ότι η υποστελέχωση συσχετίζεται θετικά με αύξηση στα ποσοστά εμφάνισης πνευμονίας, αιμορραγίας του γαστρεντερικού συστήματος, καρδιακής ανακοπής, ουρολοιμώξεων και αποτυχίας διάσωσης.<sup>[95,96]</sup> Επιπρόσθετα, ο μειωμένος αριθμός προσωπικού πιθανόν να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Σύμφωνα λοιπόν με κάποιες έρευνες, για κάθε επιπλέον χειρουργικό ασθενή (άνω των τεσσάρων) που αναλογεί ανά νοσηλευτή αυξάνεται η πιθανότητα θανάτου του ασθενή μέσα σε 30 μέρες από την εισαγωγή του<sup>[97]</sup> καθώς και το ποσοστό αποτυχίας διάσωσης, που ορίζεται ως ο θάνατος των ασθενών μετά από επιπλοκές.<sup>[98]</sup> Από την άλλη, η επάρκεια του προσωπικού συνδέεται με μείωση του ποσοστού εμφάνισης λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, με μειωμένες κατακλίσεις και με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.<sup>[99]</sup> Επίσης μέσα από την ανασκόπηση 22 μελετών, επιβεβαιώνεται ότι η επαρκής στελέχωση και σύνθεση του προσωπικού συσχετίζεται με βελτίωση της έκβασης των ασθενών.<sup>[100]</sup>



Επιπρόσθετα, η υποστελέχωση συσχετίζεται με το ακατάλληλο και το παρατεταμένο ωράριο εργασίας, τα οποία αυξάνει τα επίπεδα του επαγγελματικού στρες καθώς και τη συχνότητα εμφάνισης ιατρικών λαθών.<sup>[101]</sup> Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το ακατάλληλο ωράριο εργασίας μειώνει τις αντοχές και την εγρήγορση του προσωπικού, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να ανταπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις,<sup>[102,103]</sup> ενώ η έλλειψη ύπνου συντείνει σε απώλεια της επίγνωσης του λάθους.<sup>[104]</sup> Επίσης στην περίπτωση που οι νοσηλευτές εργάζονται περισσότερες από 12 ώρες ανά βάρδια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υποπέσουν σε ιατρικό λάθος, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται 8 ώρες ανά βάρδια.<sup>[105]</sup> Τέλος, το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών, μειώνει το βαθμό ικανοποίησης τους από την εργασία, συσχετίζεται με αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες και συντείνει στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>[106]</sup>

## **2.6 Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας**

### **2.6.1 Σημασία της αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας για τις μονάδες υγείας**

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας αποτελεί το πρώτο στάδιο για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας,<sup>[107]</sup> αφού αποτελεί ένδειξη του επιπέδου ασφάλειας του οργανισμού και συντείνει στην πρόληψη λαθών.<sup>[108]</sup> Για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, απαιτείται η μέτρησή του, η οποία πραγματοποιείται κυρίως με τη χρήση δομημένων ερωτηματολογίων ή με συνεντεύξεις. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα από τους ΕΥ και οι βαθμολογίες τους αθροίζονται για να αξιολογηθεί συνολικά το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού και να εντοπιστούν οι κύριες παράμετροι που το επηρεάζουν.<sup>[109]</sup> Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης περιλαμβάνουν τις απόψεις των εργαζομένων για τις συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας, την επιθυμία τους να αναφέρουν ανεπιθύμητα συμβάντα και τη συνολική βαθμολογία που δίνουν στα τμήματα που εργάζονται.<sup>[70]</sup> Δηλαδή μέσα από αυτή τη διαδικασία αποδεικνύεται κατά πόσο η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα μέσα στον οργανισμό και αποκαλύπτονται πληροφορίες για τη στάση του προσωπικού απέναντι στα λάθη.

Τα οφέλη από την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, είναι πολλά τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, σε ατομικό επίπεδο, ενισχύεται η ενημέρωση του προσωπικού, για τις παραμέτρους και τις συμπεριφορές, που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών και παράλληλα γίνεται ανατροφοδότηση για τα λάθη και τις παραλείψεις που συμβαίνουν. Σε επίπεδο οργανισμού, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας απαιτείται από τους διεθνείς οργανισμούς διαπίστευσης, χρησιμεύει ως διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης, χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των προγραμμάτων βελτίωσης της ασφάλειας, καθώς και για τη συγκριτική αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας του

νοσοκομείου με αντίστοιχα άλλων νοσοκομείων.<sup>[110,111]</sup> Επίσης αποτελεί μέσο για τη βελτίωση της αξιοπιστίας των νοσοκομείων, αφού συντείνει στον επανασχεδιασμό των υφιστάμενων διαδικασιών, αλλά και στη διόρθωση οργανωτικών παραγόντων, που κάνουν τους ΕΥ πιο επιρρεπείς στα λάθη.<sup>[112]</sup>

## 2.6.2 Εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας

Λόγω του αυξανόμενου ενδιαφέροντος για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας στον τομέα της υγείας, αναπτύχθηκαν πολλά ερευνητικά εργαλεία, τα περισσότερα από τα οποία προέρχονται από το χώρο της αεροπορίας και αναπτύχθηκαν στις ΗΠΑ.<sup>[113]</sup> Σύμφωνα με την ανασκόπηση του Scott και των συν., υπάρχουν πολλά διαθέσιμα εργαλεία στη βιβλιογραφία, τα οποία διαφέρουν στο θεωρητικό υπόβαθρο, στο μέγεθος, στο σκοπό και στα χαρακτηριστικά, ενώ όλα φέρουν κάποιες μορφής περιορισμούς.<sup>[114]</sup> Η επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου θα πρέπει να καθορίζεται από το σκοπό της μελέτης, από τον τρόπο αντίληψης της οργανωσιακής κουλτούρας, από τους διαθέσιμους πόρους και από την πρόθεση χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων.<sup>[115]</sup>

Από τη συστηματική ανασκόπηση των Signal και συν., εντοπίστηκαν 13 εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας,<sup>[116]</sup> 9 από τα οποία χαρακτηρίζονται ως γενικά και 4 ως ειδικά. Τα γενικά απευθύνονται σε όλους τους ΕΥ, ενώ τα ειδικά σχεδιάστηκαν για συγκεκριμένες κατηγορίες. Όλα τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν κλειστού τύπου ερωτήσεις και η κάθε απάντηση αντιστοιχεί σε μια κλίμακα τύπου Likert, η οποία εκφράζει τον βαθμό συμφωνίας του αξιολογούμενου ως προς μια συγκεκριμένη άποψη. Κάποια από τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν και μια ή περισσότερες ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Τα 13 εργαλεία της ανασκόπησης αναφέρονται επιγραμματικά πιο κάτω. Τα πρώτα 9 εντάσσονται στην κατηγορία των γενικών εργαλείων, ενώ τα τελευταία 4 χαρακτηρίζονται ως ειδικά.

1. Το «*Safety Attitudes Questionnaire, ICUversion 17*» αξιολογεί 19 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, με 63 ερωτήσεις.
2. Το «*Veteran Affairs Palo Alto/ Stanford Patient Safety Center for Inquiry*», περιλαμβάνει 89 ερωτήσεις και εξετάζει 18 παράγοντες
3. Το «*Veterans Healthy Administration Patient Safety Questionnaire*» περιέχει 112 ερωτήσεις και αξιολογεί 18 παραμέτρους.
4. Το «*Hospital Safety Culture Questionnaire 19*» εξετάζει 14 παράγοντες με 99 ερωτήσεις.

5. Το ερωτηματολόγιο HSOPSC «**The Hospital Survey on Patient Safety Culture**» αξιολογεί 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες ελέγχονται με 42 ερωτήσεις.
6. Το «**Safety Climate Survey**» εξετάζει 14 παράγοντες, με 21 ερωτήσεις.
7. Το «**Allina Hospitals and Clinics**», αποτελείται από 20 ερωτήσεις και αξιολογεί 11 παραμέτρους.
8. Το «**Culture of Safety Survey**» περιλαμβάνει 8 παράγοντες, οι οποίοι εξετάζονται με 27 ερωτήσεις.
9. Το «**Teamwork and Patient Safety Attitudes Questionnaire 7**», αξιολογεί 4 παράγοντες μέσα από 24 ερωτήσεις.
10. Το «**Modified ORMAQ**», αποτελείται από 60 ερωτήσεις, ελέγχει 14 παράγοντες και απευθύνεται σε προσωπικό του χειρουργείου.
11. Το «**Patient Safety Climate in Anesthesia**» περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις που εξετάζουν 13 παραμέτρους και αφορά αναισθησιολόγους και νοσηλευτές.
12. Το «**Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Boston)**» αξιολογεί 6 παράγοντες, μέσα από 41 ερωτήσεις και απευθύνεται σε άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα εξειδίκευσης.
13. Το «**Safety Climate Scale 8**» περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν 4 παράγοντες και αφορά ιατρούς, νοσηλευτές και φαρμακοποιούς.

Παρόμοια ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε από τους Kristensen και Bartels, οι οποίοι εντόπισαν 5 εργαλεία αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας του ασθενή, που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην ΕΕ.<sup>[117]</sup> Τα συγκεκριμένα εργαλεία είναι τα εξής:

1. **CAIR** (The checklist for assessing institutional resilience – University of Manchester, UK)
2. **HSOPSC** (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA)
3. **MaPSaF** (Manchester Patient Safety Assessment Framework –University of Manchester, UK)
4. **SAQ** (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA)
5. **SCS** (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA)

Από τα πιο πάνω εργαλεία, αυτά που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που έχουν γίνει σε νοσοκομεία της Κύπρου και της Ελλάδας, είναι το SAQ και το HSOPSC. Το ερωτηματολόγιο SAQ προέρχεται από το ερωτηματολόγιο FMAQ (Flight Management Attitudes Questionnaire ), που χρησιμοποιείται στην πολιτική αεροπορία, για την αξιολόγηση των συμπεριφορών, που σχετίζονται με την ασφάλεια των πληρωμάτων των πιλοτηρίων.<sup>[118]</sup> Αποτελεί ένα από τα πιο αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης και χρησιμοποιεί το μοντέλο του Donabedian για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα αξιολογεί την άποψη των διαφόρων ΕΥ για έξι παράγοντες του κλίματος ασφάλειας, οι οποίοι αναφέρονται στο κλίμα ομαδικής εργασίας, στην αντίληψη για τη διοίκηση, στην ικανοποίηση από την εργασία, στην αναγνώριση του στρες και στις συνθήκες εργασίας.<sup>[119]</sup>

Το ερωτηματολόγιο HSOPSC έχει αναπτυχθεί από τους ερευνητές Sorra και Nieva, στις ΗΠΑ το 2004 και εστιάζει τόσο σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή όσο και στην αναφορά των ανεπιθύμητων συμβάντων.<sup>[70]</sup> Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στις ΗΠΑ όσο και χώρες της Ευρώπης, όπως είναι η Ελβετία, η Δανία και η Ολλανδία και σε σύγκριση με άλλα εργαλεία , οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστατα τεκμηριωμένες. Όπως έχει αναφερθεί και στην ενότητα 2.5, το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο αξιολογεί 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας , οι οποίες ελέγχονται με 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert.

## **2.7 Μεθοδολογία βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ξενόγλωσσης και ελληνόγλωσσης βιβλιογραφίας, που αφορούσε ποσοτικές έρευνες, που σχετίζονταν με την αξιολόγηση του κλίματος ή της κουλτούρας ασφάλειας σε νοσοκομεία. Η αναζήτηση στην αγγλική γλώσσα, έγινε στις βάσεις δεδομένων PUPMED, MEDLINE και GOOGLE SCHOLAR, χρησιμοποιώντας τις πιο κάτω λέξεις κλειδιά:

1. Patient safety
2. Patient safety culture
3. Patient safety climate
4. Hospital Surveys on Patient Safety Culture
5. Measuring safety climate HSOPSC

Η αναζήτηση στην ελληνική γλώσσα, έγινε στο GOOGLE SCHOLAR, χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις κλειδιά:

1. Κουλτούρα ασφάλειας ασθενών
2. Κλίμα ασφάλειας ασθενών
3. Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσοκομείο

Κατά την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν φίλτρα, για τον περιορισμό των ερευνών σε αυτές που είχαν ως εργαλείο μέτρησης το ερωτηματολόγιο HSOPSC (το οποίο είναι και το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα διατριβή), το δείγμα τους ήταν μεγαλύτερο από 50 συμμετέχοντες, ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα και ήταν δυνατή η πρόσβαση σε πλήρη κείμενα. Επίσης επιλέγηκαν έρευνες οι οποίες είχαν άμεση συσχέτιση με τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας διατριβής και συγκεκριμένα αυτές που αξιολογούσαν εκτεταμένα τις 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας, που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο HSOPSC.

## **2.8 Αποτελέσματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Η ανασκόπηση ανέδειξε 16 ερευνητικές εργασίες, η καθεμιά από τις οποίες εξετάστηκε ανεξάρτητα και συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν το σκοπό της μελέτης, τα χαρακτηριστικά του δείγματος και τα αποτελέσματα (πίνακας 2.8). Από τις μελέτες που αναλύθηκαν, οι τρεις προέρχονταν από τις ΗΠΑ, δύο από την Τουρκία, δύο από το Λίβανο και μια από την Κύπρο, την Ελλάδα, τη Σκωτία, το Βέλγιο, τη Νορβηγία, τη Σαουδική Αραβία, την Κίνα, την Ταϊβάν, ενώ μια αφορούσε συγκριτική ανάλυση ανάμεσα σε νοσοκομεία της Ολλανδίας, των ΗΠΑ και της Ταϊβάν.

Οι περισσότερες έρευνες (11 από τις 16) ήταν γενικές και εξέτασαν τις απόψεις όλων των ΕΥ, ενώ οι υπόλοιπες πέντε αξιολόγησαν τις απόψεις κυρίως των νοσηλευτών και των ιατρών. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα των ερευνών αφορούσαν τον αριθμό των ανεπιθύμητων συμβάντων που αναφέρθηκαν τους τελευταίους δώδεκα μήνες, την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή και την αντίληψη του προσωπικού για τις 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας.

Στην πλειοψηφία των ερευνών (9 από τις 10) που εξέτασαν τον αριθμό των συμβάντων που αναφέρθηκαν, ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα ανεπιθύμητο συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες, κάτι που υποδεικνύει το κλίμα συγκάλυψης των λαθών που υφίσταται και την τάση του προσωπικού να μην αναφέρει επίσημα τα λάθη που συμβαίνουν. Επιπρόσθετα στις περισσότερες έρευνες, το ποσοστό του δείγματος που βαθμολόγησε το τμήμα του

με άριστα ή πολύ καλά (ως προς την ασφάλεια του ασθενή), κυμάνθηκε από 60%-76%, ενώ στην έρευνα που έγινε στην Κύπρο, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 52,7%.

Αναφορικά με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, στις περισσότερες έρευνες (10 από τις 15) το προσωπικό είχε αρνητική αντίληψη για τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», κάτι που εκφράζει τις ανησυχίες του, για πιθανή τιμωρία σε λάθη που διαπράττει και την καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό φάκελο. Επίσης αρνητική αντίληψη του προσωπικού παρατηρήθηκε για τις παραμέτρους «στελέχωση» (7 από τις 15 έρευνες), «μεταφορές-διακομιδές ασθενών» (4 από τις 15 έρευνες) και τη «συχνότητα αναφοράς συμβάντων» (4 από τις 15 έρευνες).

Από την άλλη, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σε όλες σχεδόν τις έρευνες (12 από τις 15), η παράμετρος που συγκέντρωσε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν η «ομαδική εργασία εντός των τμημάτων». Επιπρόσθετα σε κάποιες έρευνες η αντίληψη του προσωπικού ήταν θετική για την «οργανωσιακή μάθηση» (4 από τις 15 έρευνες), «τις προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» (3 από τις 15 έρευνες) και την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας» (2 από τις 15 έρευνες).

Πίνακας 2.8: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο HSOPSC

A/A	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
1.	Jones K και συν., <sup>[120]</sup>	Αξιολόγηση της βελτίωσης της κουλτούρας ασφάλειας σε μικρά νοσοκομεία των ΗΠΑ μετά την εφαρμογή παρεμβάσεων βελτίωσης.	1,405 ΕΥ από 24 μικρά νοσοκομεία των ΗΠΑ το 2005 και επαναξιολόγηση για 1,374 ΕΥ από 21 νοσοκομεία το 2007.	Το 63% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν (το έτος 2005) και το 74% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Τα πιο πάνω ποσοστά για το 2007 ήταν 49% και 77% αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε θετική αντίληψη του προσωπικού για την ομαδική εργασία εντός τμημάτων, την υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας και την οργανωσιακή μάθηση. Αρνητική αντίληψη εντοπίστηκε για τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος, τις μεταφορές/διακομιδές και την ανοιχτή επικοινωνία. Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι παρεμβάσεις βελτίωσης της ασφάλειας οδήγησαν σε αύξηση της μέσης τιμής βαθμολογίας και για τις 12 παραμέτρους της κουλτούρας

A/A	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
				ασφάλειας
2.	Agnew C και συν., 2013 <sup>[121]</sup>	Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας σε νοσοκομεία της Σκωτίας και η συσχέτιση των αντιλήψεων του προσωπικού (σε θέματα ασφάλειας) με αποτελέσματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και την ασφάλεια και τη συμπεριφορά του προσωπικού.	1,866 ΕΥ από 6 νοσοκομεία στη Σκωτία.	Το 54% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες. Το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορούσε τις παραμέτρους ομαδική εργασία εντός τμημάτων, προσδοκίες από τη διοίκηση και οργανωσιακή μάθηση. Αρνητική αντίληψη του προσωπικού παρατηρήθηκε για την ανατροφοδότηση με τα λάθη, τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος και τη στελέχωση. Οι παράμετροι της στελέχωσης και της δέσμευσης της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας συσχετίζονται με αποτελέσματα που αφορούν, την ασφάλεια των ασθενών και την ασφάλεια και τη συμπεριφορά του προσωπικού.
3.	Al-Ahmadi T, 2009 <sup>[122]</sup>	Η διερεύνηση των αντιλήψεων του προσωπικού για την ασφάλεια και την αναφορά συμβάντων.	1,224 ΕΥ από 9 δημόσια και 2 ιδιωτικά νοσοκομεία στη Σαουδική Αραβία.	Το 43,1% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 60,3% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Θετική αντίληψη του προσωπικού για την οργανωσιακή μάθηση και την ομαδική εργασία εντός τμημάτων. Αρνητική αντίληψη για τη στελέχωση και τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος. Υψηλότερη βαθμολογία για την ασφάλεια στα ιδιωτικά νοσοκομεία από ότι στα δημόσια.
4.	Ballangrud R και συν., 2012 <sup>[123]</sup>	Η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για το κλίμα ασφάλειας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και ο εντοπισμός των διαφορών ανάμεσα σε τρεις διαφορετικούς τύπους ΜΕΘ.	220 νοσηλευτές από 10 ΜΕΘ σε 6 νοσοκομεία στη Νορβηγία.	Το 50% του προσωπικού, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 73,9% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορούσε τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας και το χαμηλότερο τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων. Επίσης παρατηρήθηκαν σημαντικές

A/A	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
				διαφορές στο κλίμα ασφάλειας, ανάμεσα στους τρεις διαφορετικούς τύπους ΜΕΘ.
5.	Bodur S και Filiz E, 2009 <sup>[124]</sup>	Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Τουρκία.	44 γενικοί ιατροί, 48 νοσηλευτές, 51 μαιές και 27 διοικητικοί υπάλληλοι από 12 κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Τουρκία.	Το 90% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 76% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Υψηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε για τις παραμέτρους ομαδική εργασία εντός τμημάτων και συνολική αντίληψη της ασφάλειας και χαμηλότερη για τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων και για τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος.
6.	Bodur S και Filiz E, 2010 <sup>[125]</sup>	Η αξιολόγηση των αντιλήψεων ιατρών και νοσηλευτών σε σχέση με την ασφάλεια των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία της Τουρκίας.	102 ιατροί, 135 νοσηλευτές και 72 εποχιακοί νοσηλευτές από 3 δημόσια νοσοκομεία της Τουρκίας.	Το 84% του προσωπικού, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες. Υψηλότερη βαθμολογία βρέθηκε για την ομαδική εργασία εντός τμημάτων και χαμηλότερη για τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων και τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος. Γενικά παρατηρήθηκαν χαμηλές βαθμολογίες για τις περισσότερες παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας.
7.	Castle N και συν., 2009 <sup>[126]</sup>	Η σύγκριση της κουλτούρας ασφάλειας ανάμεσα σε γηροκομεία των ΗΠΑ και νοσοκομεία από δεδομένα της έκθεση του AHRQ για το έτος 2007.	3,698 νοσηλευτές από 40 γηροκομεία στις ΗΠΑ.	Από τις 26 παραμέτρους που ήταν κοινές στα ερωτηματολόγια HSOPSC και NHSPSC (Nursing Home Survey on Patient Safety Culture), οι νοσηλευτές στα γηροκομεία παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ΕΥ στα νοσοκομεία σε 16 από αυτές, χαμηλότερες σε 9 και ίση βαθμολογία σε μια. Θετική αντίληψη του προσωπικού του γηροκομείου για τις προσδοκίες και τις δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή και αρνητική για τη στελέχωση.
8.	Chen και Li, 2010 <sup>[127]</sup>	Μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας σε νοσοκομεία της Ταϊβάν με τη χρήση του	788 ΕΥ από 42 νοσοκομεία στην Ταϊβάν.	Η παράμετρος ομαδική εργασία εντός τμημάτων συγκέντρωσε το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικής απάντησης και η στελέχωση το



Α/Α	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
		ερωτηματολογίου HSOPSC και η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα της έκθεση του AHRQ για το έτος 2007.		χαμηλότερο. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 χωρών στις παραμέτρους ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία και συχνότητα αναφοράς συμβάντων. Συνολικά και για τις 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων βρέθηκε 64% στην Κίνα και 61% στις ΗΠΑ.
9.	El-Jardali F και συν., 2010 <sup>[128]</sup>	Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας σε νοσοκομεία του Λιβάνου.	6,807 ΕΥ από 68 νοσοκομεία στο Λίβανο.	Το 60% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 73,4% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορούσε τις παραμέτρους ομαδική εργασία εντός τμημάτων, στήριξη της διοίκησης και οργανωσιακή μάθηση, ενώ το χαμηλότερο βρέθηκε για τη στελέχωση και τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος.
10.	El-Jardali F και συν., 2011 <sup>[69]</sup>	Συσχέτιση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των νοσοκομείων με τα αποτελέσματα της μελέτης που έγινε για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας σε νοσοκομεία του Λιβάνου.	6,807 ΕΥ από 68 νοσοκομεία στο Λίβανο.	Ο αριθμός των ανεπιθύμητων συμβάντων και η συνολική βαθμολογία της μονάδας ως προς την ασφάλεια επηρεάζονται από την εμπειρία, τη θέση εργασίας, την επαφή των εργαζομένων με τους ασθενείς, το μέγεθος και τη διαπίστευση του νοσοκομείου.
11.	Hellings J και συν., 2009 <sup>[129]</sup>	Αξιολόγηση της βελτίωσης των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας μετά την εφαρμογή παρεμβάσεων βελτίωσης.	3,940 ΕΥ από 5 νοσοκομεία στο Βέλγιο το 2005 και επαναξιολόγηση για 3,626 ΕΥ το 2007.	Βελτίωση παρουσιάστηκε μόνο στη στήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας. Το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων βρέθηκε για την ομαδική εργασία εντός τμημάτων. Αρνητική αντίληψη του προσωπικού για τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος, τις μεταφορές/ διακομιδές και τη στελέχωση.
12.	Nie Y και συν., 2013 <sup>[130]</sup>	Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ΕΥ στην Κίνα και η σύγκριση των	1,160 ιατροί και νοσηλευτές από 32 νοσοκομεία της Κίνας.	Το 75% του προσωπικού, αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Ψηλότερη

Α/Α	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
		αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα της έκθεση του AHRQ για το έτος 2012.		βαθμολογία παρατηρήθηκε για την οργανωσιακή μάθηση και την ομαδική εργασία εντός των τμημάτων. Αρνητική αντίληψη του προσωπικού για τη στελέχωση. Παρατηρήθηκε υψηλότερη βαθμολογία των ΕΥ στην Κίνα συγκριτικά με τους ΕΥ στις ΗΠΑ, για τις παραμέτρους ομαδική εργασία εντός τμημάτων, την οργανωσιακή μάθηση, την ανοιχτή επικοινωνία, την τιμωρητική αντίδραση στο λάθος και την ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων.
13.	Sorra J και συν., 2012 <sup>[131]</sup>	Η σύγκριση της κουλτούρας ασφάλειας ανάμεσα σε νοσοκομεία των ΗΠΑ το έτος 2012 και ο εντοπισμός των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας που χρειάζονται βελτίωση.	567,703 ΕΥ από 1,128 νοσοκομεία των ΗΠΑ.	Το 55% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 75% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορούσε την ομαδική εργασία εντός τμημάτων και τις προσδοκίες από τη διοίκηση. Βελτίωση απαιτείται στο κλίμα που υφίσταται για τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος και για τις μεταφορές/ διακομιδές.
14.	Wagner και συν., 2013 <sup>[132]</sup>	Η σύγκριση της κουλτούρας ασφάλειας ανάμεσα σε νοσοκομεία της Ολλανδίας, των ΗΠΑ και της Ταϊβάν.	3,779 ΕΥ από 45 νοσοκομεία της Ολλανδίας, 196,462 ΕΥ από 622 νοσοκομεία των ΗΠΑ, 10,146 ΕΥ από 74 νοσοκομεία της Ταϊβάν	Τα περισσότερα νοσοκομεία και στις 3 χώρες, παρουσίασαν υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για την ομαδική εργασία εντός των τμημάτων, ενώ οι μεταφορές/ διακομιδές χρειάζονται τη μεγαλύτερη βελτίωση. Οι κύριες διαφορές μεταξύ των χωρών εντοπίστηκαν στην μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος, στην ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη, στην ανοιχτή επικοινωνία και στην οργανωσιακή μάθηση. Το 73% του προσωπικού στις ΗΠΑ αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν από πολύ καλή έως άριστη, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 24% στην Ολλανδία και 43% στην Ταϊβάν.

A/A	Συγγραφέας/ Χρονολογία	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Αποτελέσματα
15.	Κούσουλος Γ, 2013 <sup>[133]</sup>	Μέτρηση και αξιολόγηση κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου.	205 νοσηλευτές	Το 60,5% του προσωπικού, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 52,7% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Το 80,5% εργάζεται σε συνθήκες πίεσης, το 41% είναι επιφυλακτικό για την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων, ενώ το 78% θεωρεί ότι υπάρχει συνεργασία εντός τμημάτων. Αρνητική αντίληψη του προσωπικού για τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων και για τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος.
16.	Νταντάνα Α, 2010 <sup>[115]</sup>	Διερεύνηση των απόψεων των ΕΥ για θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενή στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στην Ελλάδα.	292 ΕΥ	Το 75% του δείγματος, δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες και το 65,7% αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή έως άριστη. Θετική αντίληψη του προσωπικού για την επικοινωνία και τη στάση των προϊσταμένων σε θέματα ασφάλειας. Αρνητική γνώμη για τη στάση της διοίκησης, τη συνεργασία μεταξύ και εντός των τμημάτων καθώς και τη μη τιμωρητική αντίδραση στο λάθος.

Επιπρόσθετα μέσα από την ανασκόπηση, εντοπίστηκαν οι κυριότερες παράγοντες, που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας των ασθενών και περιγράφονται αναλυτικά πιο κάτω.

### 1. Εμπειρία

Ο παράγοντας εμπειρία διερευνήθηκε στην έρευνα του Κούσιουλου,<sup>[133]</sup> στην οποία αξιολογήθηκε η κουλτούρα ασφάλειας των νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, η αύξηση των ετών εργασίας στο νοσοκομείο συσχετίζεται θετικά με την αύξηση της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, τη βελτίωση της ασφάλειας μέσω της δράσης της διοίκησης του νοσοκομείου και την ελευθερία απόψεων του προσωπικού. Επιπρόσθετα από την ίδια μελέτη, διαπιστώθηκε ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές έχουν πιο θετική συνολική αντίληψη για την ασφάλεια των ασθενών στο

τμήμα που εργάζονται, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που έχουν λιγότερα χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στην έρευνα των El-Jardali και συν., που έλαβε μέρος σε 68 νοσοκομεία του Λιβάνου και βρέθηκε ότι η εμπειρία επηρεάζει τόσο τη βαθμολογία της μονάδας ως προς την ασφάλεια, όσο και τη συχνότητα αναφοράς συμβάντων.<sup>[69]</sup> Πιο συγκεκριμένα οι ΕΥ με υπηρεσία 11-15 ετών, αξιολόγησαν τη μονάδα που εργάζονταν, με μεγαλύτερη βαθμολογία από ότι οι ΕΥ με 6-10 χρόνια υπηρεσίας, ενώ η αύξηση των ετών εργασίας συσχετίζεται θετικά με τον αριθμό των συμβάντων που αναφέρονται.

## **2. Μέγεθος και κατηγορία Νοσοκομείου**

Σύμφωνα με την έρευνα του AHRQ για την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στις ΗΠΑ το έτος 2012, τα μικρά νοσοκομεία (6-24 κλίνες), παρουσίασαν τις υψηλότερες βαθμολογίες για όλες τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας και τα μεγάλα νοσοκομεία (περισσότερες από 400 κλίνες) τις χαμηλότερες.<sup>[131]</sup> Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν ο El-Jardali και συν., οι οποίοι επιπλέον έδειξαν ότι ψηλότερες βαθμολογίες για τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, παρατηρήθηκαν σε νοσοκομεία που είχαν διαπίστευση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπρόσθετα από την έρευνα του AHRQ, φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ΕΥ που βαθμολόγησαν τη μονάδα εργασίας τους ως άριστη ή πολύ καλή σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, προέρχονταν από μικρά νοσοκομεία (49 κλίνες ή λιγότερες), ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία γίνονταν περισσότερες αναφορές ανεπιθύμητων συμβάντων από ότι στα δημόσια.

Επίσης τόσο η έρευνα του AHRQ όσο και η αντίστοιχη του Al-Ahmadi , που έγινε σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Σαουδικής Αραβίας, έδειξαν ότι τα λάθη που συμβαίνουν, αναφέρονται πιο συχνά στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Ακόμη από την έρευνα του Al-Ahmadi, φάνηκε ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία βαθμολογήθηκαν με ψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τα δημόσια, αναφορικά με την απόδοση τους ως προς την ασφάλεια του ασθενή.<sup>[122]</sup>

## **3. Τμήμα/μονάδα νοσοκομείου**

Η έρευνα του AHRQ για το έτος 2012, έδειξε ότι το προσωπικό που εργάζεται σε μονάδες αποκατάστασης, είχε το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία παρουσιάστηκε για τους ΕΥ από το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό των ΕΥ, που βαθμολόγησαν τη μονάδα εργασίας τους με άριστα ή πολύ καλά, εργάζονταν στο τμήμα αποκατάστασης. Επιπρόσθετα η

ΜΕΘ είχε το μεγαλύτερο μερίδιο του προσωπικού, που ανέφεραν ένα ή και περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα τον τελευταίο χρόνο, ενώ το τμήμα αποκατάστασης το χαμηλότερο.

Ο Ballangrud και συν.,<sup>[123]</sup> συμπεριέλαβαν τους νοσηλευτές τριών διαφορετικών μονάδων ΜΕΘ, έτσι ώστε με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC, να εντοπιστεί κατά πόσο διαφέρουν οι απόψεις τους ανάλογα με τον τύπο της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα εξετάστηκαν οι απόψεις του προσωπικού που εργάζονταν σε ΜΕΘ με χειρουργημένους ασθενείς, σε ΜΕΘ με ασθενείς με στεφανιαία νόσο και σε ΜΕΘ που συμπεριλάμβανε και τις δύο κατηγορίες ασθενών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντικές διαφορές στο κλίμα ασφάλειας, ανάμεσα στους τρεις διαφορετικούς τύπους ΜΕΘ, με τους νοσηλευτές που εργάζονταν στη ΜΕΘ με χειρουργημένους ασθενείς, να παρουσιάζουν πιο θετικό κλίμα ασφάλειας. Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στο ότι στη συγκεκριμένη μονάδα ΜΕΘ, εργάζονται περισσότεροι νοσηλευτές με εξειδικευμένες γνώσεις.

Σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των τμημάτων των νοσοκομείων, παρουσιάστηκαν και στην έρευνα των Jones και συν., που εξέτασε τις απόψεις των ΕΥ από διαφορετικές μονάδες μικρών νοσοκομείων των ΗΠΑ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της μελέτης, το προσωπικό των χειρουργείων και των εργαστηρίων, παρουσίασε πιο θετική αντίληψη για την κουλτούρα ασφάλειας, από ότι το προσωπικό των υπόλοιπων τμημάτων.<sup>[120]</sup>

#### **4. Επάγγελμα/ θέση εργασίας**

Σύμφωνα με την έρευνα των Nie και συν., που σύγκριναν την κουλτούρα ασφάλειας των νοσηλευτών με αυτή των ιατρών σε νοσοκομεία της Κίνας, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές έδωσαν περισσότερες θετικές απαντήσεις από ότι οι ιατροί.<sup>[130]</sup> Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στον περισσότερη επαφή και επικοινωνία που είχαν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην έρευνα των El-Jardali και συν., σύμφωνα με την οποία οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τη μονάδα που εργάζονταν, με μεγαλύτερη βαθμολογία και ανέφεραν πιο συχνά ανεπιθύμητα συμβάντα από ότι οι ιατροί.

Πάντως σύμφωνα με την έρευνα του AHRQ, το μεγαλύτερο ποσοστό ΕΥ, που ανέφεραν ένα ή και περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα το χρόνο, ήταν οι φαρμακοποιοί, ενώ το διοικητικό προσωπικό, είχε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό ΕΥ που βαθμολόγησε τη μονάδα το υ ως άριστη ή πο λυ καλή σε θέματα ασφάλειας, ήταν διοικητικοί/προϊστάμενοι και το χαμηλότερο φαρμακοποιοί. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα των Jones και συν., σύμφωνα με την οποία οι προϊστάμενοι είχαν πιο θετική αντίληψη της κουλτούρας ασφάλειας από ότι το υπόλοιπο προσωπικό.<sup>[120]</sup>

## **5. Επαφή με τους ασθενείς**

Η επαφή του προσωπικού με τους ασθενείς, παίζει καθοριστικό ρόλο στην αντίληψη που θα διαμορφώσουν για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας. Έτσι σύμφωνα με την έρευνα του AHRQ, το προσωπικό με άμεση επαφή με τους ασθενείς, παρουσίασε πιο θετική αντίληψη για τις μεταφορές/διακομιδές των ασθενών και ανέφερε πιο συχνά ανεπιθύμητα συμβάντα. Από την άλλη, το προσωπικό που δεν είχε άμεση επαφή με ασθενείς, ήταν περισσότερο θετικό στην στήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας και βαθμολόγησε με καλύτερο βαθμό την απόδοση της μονάδας του σε θέματα ασφάλειας.

## **6. Ώρες εργασίας**

Οι Bodur και Filiz, εξέτασαν τις απόψεις των ιατρών και των νοσηλευτών, για τους παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας, σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Τουρκίας.<sup>[125]</sup> Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, έδειξαν ότι το προσωπικό που εργαζόταν περισσότερες από 50 ώρες τη βδομάδα, παρουσίασε χαμηλότερες βαθμολογίες από το υπόλοιπο προσωπικό, στις παραμέτρους ομαδική εργασία εντός τμημάτων, οργανωσιακή μάθηση, συνολική αντίληψη της ασφάλειας και ανατροφοδότηση/επικοινωνία για τα λάθη.

### 3. Περιγραφή Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου

Το Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου (ΟΚΤΚ), αποτελεί το μοναδικό νοσοκομείο παγκύπρια, που εξειδικεύεται στη θεραπεία του καρκίνου. Πρόκειται για νοσοκομείο ιδιωτικού τομέα, που λειτουργεί στη Λευκωσία από το 1998, μετά από συμφωνία που επιτεύχθηκε ανάμεσα στην Κυπριακή Δημοκρατία και την Τράπεζα Κύπρου. Αποστολή του νοσοκομείου, είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου με σύγχρονες υπηρεσίες, η ανάπτυξη προγραμμάτων έγκαιρης διάγνωσης καθώς και η συνεργασία με άλλα νοσοκομεία της Κύπρου και του εξωτερικού. Το Κέντρο δεν είναι κερδοσκοπικός οργανισμός και κύριες αρχές του, είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στον ασθενή και η παροχή θεραπείας στα πλαίσια Εξειδικευμένων Μονάδων. Επίσης το ΟΚΤΚ έχει εξασφαλίσει ποιοτική διαπίστευσή από τον μεγαλύτερο οργανισμό διαπίστευσης νοσοκομείων στην Ευρώπη (Comparative Health Knowledge System, CHKS) και διαθέτει σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων.

Στο ΟΚΤΚ, κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, εργοδοτούνταν συνολικά 199 άτομα, από τα οποία τα 33 ήταν ιατροί, τα 74 ήταν νοσηλευτές, τα 49 ανήκαν στο υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό, τα 39 ήταν γραμματείς και λοιπό βοηθητικό προσωπικό, ενώ 4 άτομα αποτελούσαν το διοικητικό προσωπικό. Το επιστημονικό προσωπικό (156 άτομα) αποτελούσαν ιατροί, νοσηλευτές και το λοιπό επιστημονικό προσωπικό, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται φαρμακοποιοί, ιατροφυσικοί, τεχνολόγοι πυρηνικής ιατρικής, ακτινογράφοι ακτινοθεραπείας και ακτινογράφοι ακτινοδιαγνωστικής.

Τα βασικά τμήματα που διαθέτει το Κέντρο, είναι οι θάλαμοι νοσηλείας εσωτερικών ασθενών, τα εξωτερικά ιατρεία, η μονάδα ημερήσιας νοσηλείας, το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το φαρμακείο, το τμήμα ιατροφυσικής, το τμήμα πυρηνικής ιατρικής, το τμήμα ακτινοδιαγνωστικής και το τμήμα ακτινοθεραπείας. Σημειώνεται πως το ΟΚΤΚ είναι το μοναδικό νοσοκομείο στην Κύπρο, που διαθέτει ακτινοθεραπευτικό τμήμα.

Στο Κέντρο παρέχονται σύγχρονες ογκολογικές υπηρεσίες στους ασθενείς, που περιλαμβάνουν ακτινοθεραπείες, χημειοθεραπείες, ορμονοθεραπείες, διαγνωστικές εξετάσεις (απεικονιστικές και αιματολογικές) και νοσηλεία εσωτερικών ασθενών. Επίσης παρέχονται υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης, τόσο στους ασθενείς όσο και στους συνοδούς τους.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 4. Μεθοδολογία

### 4.1 Εισαγωγή

Παρά την μεγάλη έμφαση που παρατηρείται διεθνώς για τα λάθη και τους κινδύνους που προκύπτουν για την ασφάλεια του ασθενή, εντούτοις στην Κύπρο το ερευνητικό ενδιαφέρον κρίνεται εξαιρετικά χαμηλό, αφού σε ελάχιστες περιπτώσεις έχει αξιολογηθεί ο βαθμός στον οποίο η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί την κύρια προτεραιότητα των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα μέχρι τώρα στην Κύπρο, έχουν δημοσιευτεί μόλις τέσσερις έρευνες, που να αφορούν την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών σε νοσοκομεία. Επιπρόσθετα στην τελευταία έκθεση της EUNetPas, επισημαίνεται ότι η Κύπρος δεν έχει ακόμα υιοθετήσει κάποιο εργαλείο αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας στην υγεία <sup>[15]</sup> και επομένως η πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, εντάσσεται μέσα στις προτεραιότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Επίσης μέσα από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διαπιστώθηκε ότι δεν έχουν ακόμη πραγματοποιηθεί έρευνες για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε ογκολογικές κλινικές, τόσο στην Κύπρο όσο και στο διεθνή χώρο. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το πρόβλημα των ιατρικών λαθών είναι υπαρκτό και ότι οι κίνδυνοι είναι ιδιαίτερα αυξημένοι στην περίπτωση των ογκολογικών ασθενών, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε αυτή την κατηγορία ασθενών κρίνεται εξαιρετικά σημαντική, για τον εντοπισμό και τη διόρθωση των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας, που χρήζουν βελτίωσης στις ογκολογικές κλινικές.

### 4.2 Σκοπός-Στόχοι της έρευνας

#### 4.2.1 Γενικός σκοπός

Σκοπός της παρούσας διατριβής, είναι η ανάλυση των απόψεων των ΕΥ του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου (ΟΚΤΚ), αναφορικά με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας και τη συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το κλίμα ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών και να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που το επηρεάζουν.



## 4.2.2 Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι

Επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

1. Η αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος του νοσοκομείου, που εργάζεται το προσωπικό, σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή
2. Ο αριθμός των ανεπιθύμητων συμβάντων που έχουν αναφερθεί από το προσωπικό τους τελευταίους 12 μήνες
3. Η σύγκριση του κλίματος ασφάλειας ανάμεσα στους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό προσωπικό
4. Η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τη διεθνή βιβλιογραφία

## 4.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τους στόχους της έρευνας, προέκυψαν τα πιο κάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το κλίμα που επικρατεί στο ΟΚΤΚ ως προς την ασφάλεια των ασθενών;
2. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στο κλίμα ασφάλειας των ογκολογικών νοσοκομείων με νοσοκομεία άλλων ειδικοτήτων;
3. Είναι διαφορετικό το κλίμα ασφάλειας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο συγκριτικά με άλλα νοσοκομεία της Κύπρου;
4. Για ποιες παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, παρουσιάζεται θετική αντίληψη από το προσωπικό του Κέντρου και για ποιες θα πρέπει να γίνουν βελτιώσεις;
5. Παρουσιάζεται συσχέτιση του κλίματος ασφάλειας με το φύλο, την ηλικία, την εμπειρία, τις εργατοώρες και τη νοσοκομειακή θέση των εργαζομένων;

## 4.4 Σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα διατριβή είναι περιγραφικού διερευνητικού τύπου, συγχρονική μελέτη και αφορά όλους τους ΕΥ που εργάζονται στο ΟΚΤΚ. Για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας εφαρμόστηκε ποσοτική μέθοδος, με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο παρέχει πληροφορίες για το σύστημα διαχείρισης της ασφάλειας των ασθενών, που δεν μπορούν να αποκαλυφθούν μέσω άλλων μεθόδων, όπως είναι το επίπεδο επικοινωνίας, η δέσμευση της διοίκησης και η διαχρονικότητα του συστήματος.<sup>[134]</sup>

## 4.5 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης

Για την καλύτερη προσέγγιση του θέματος της έρευνας, επιλέγηκε μόνο το επιστημονικό προσωπικό του νοσοκομείου και εξαιρέθηκε το γραμματειακό/βοηθητικό/διοικητικό προσωπικό. Τον πληθυσμό της μελέτης (156 άτομα) αποτελούσαν ιατροί, νοσηλευτές και το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό (πίνακας 4.5), στο οποίο συμπεριλαμβάνονταν φαρμακοποιοί, ιατροφυσικοί, τεχνολόγοι πυρηνικής ιατρικής, ακτινογράφοι ακτινοθεραπείας και ακτινογράφοι ακτινοδιαγνωστικής.

Επομένως το δείγμα του πληθυσμού αποτέλεσαν όλοι οι πιο πάνω ΕΥ, οι οποίοι εργάζονταν στο ΟΚΤΚ τη συγκεκριμένη περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Συνολικά δόθηκαν 141 ερωτηματολόγια, από τα οποία παραλήφθηκαν πίσω συμπληρωμένα τα 121, με το ποσοστό ανταπόκρισης να φτάνει το 85,8 %. Έτσι από τα 121 άτομα που αποτελούσαν το τελικό δείγμα της έρευνας, οι 56 ήταν νοσηλευτές, οι 26 ήταν ιατροί και οι 39 άνηκαν στο λοιπό επιστημονικό προσωπικό (πίνακας 4.5).

Πίνακας 4.5: Κατανομή του πληθυσμού και του δείγματος της έρευνας

<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>	<b>Πληθυσμός</b>	<b>Δείγμα</b>
	Συχνότητα (N)	Συχνότητα (N)
<i>Νοσηλευτής</i>	74	56
<i>Ιατρός</i>	33	26
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	49	39
<b>Σύνολο</b>	156	121

## 4.6 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του αμερικάνικου ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC). Η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων και η συλλογή των δεδομένων από το ΟΚΤΚ, έγινε από τις 19/11/2012 μέχρι τις 21/12/2012. Για την πιο πάνω διαδικασία εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας, αντίγραφο της οποίας δόθηκε στη διεύθυνση του νοσοκομείου. Μετά την παραχώρηση άδειας από τη διεύθυνση του νοσοκομείου για τη διεξαγωγή της έρευνας, ακολούθησε προσωπική συνεννόηση του ερευνητή με τους προϊσταμένους όλων των τμημάτων και στη συνέχεια στάλθηκε επιστολή προς όλο το επιστημονικό προσωπικό του ΟΚΤΚ, για την επεξήγηση του σκοπού της έρευνας. Επιπρόσθετα διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και οι

απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές. Για τη διασφάλιση των πιο πάνω, η συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων έγινε με κλειστούς φακέλους.

## 4.7 Περιγραφή του Ερευνητικού Εργαλείου

Όπως έχει ήδη αναφερθεί το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο HSOPSC, δημιουργήθηκε από τους Nieva και Sora και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε πολυκεντρική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε 12 νοσοκομεία των ΗΠΑ.<sup>[70]</sup> Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο και η πλήρης ανατροφοδότησή του είναι διαθέσιμο ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [www.ahrq.gov/qual/hospculture/](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/). Συγκριτικά με άλλα ερευνητικά εργαλεία, το συγκεκριμένο έχει συνοχή, είναι εκτενές χωρίς να γίνεται κουραστικό (για την συμπλήρωσή του χρειάζονται μόνο 15 λεπτά), είναι περιεκτικό, αφού περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας και επίσης παρέχει τη δυνατότητα συγκριτικής αξιολόγησης ανάμεσα σε διαφορετικά τμήματα ή και ειδικότητες των ΕΥ.<sup>[135]</sup> Ο αντικειμενικός στόχος του ερωτηματολογίου είναι η αξιολόγηση του βαθμού που η κουλτούρα των νοσοκομείων επικεντρώνεται στην ασφάλεια του ασθενή, προάγει την ανοιχτή συζήτηση για τα λάθη που συμβαίνουν και ευνοεί τη δημιουργία κλίματος συνεχούς βελτίωσης και αναφοράς λαθών.<sup>[115]</sup>

Η μετάφραση του πρωτότυπου ερωτηματολογίου στα Ελληνικά και ο προέλεγχός του έγινε από τους Βασίλη Αλετρά και Δήμητρα Κάκαλου, οι οποίοι παραχώρησαν σχετική άδεια για τη χρησιμοποίηση του εν λόγω ερωτηματολογίου στην παρούσα διατριβή. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου (Παράρτημα II), διατηρεί τη μορφή και τη δομή του πρωτότυπου και επομένως περιλαμβάνει τις 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες αναφέρονται και επεξηγούνται στον πίνακα 4.7. Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας ελέγχονται με 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, η οποία εκφράζει το βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων, παρέχοντας τη δυνατότητα απαντήσεων από το διαφωνώ απόλυτα (βαθμολογία 1) μέχρι το συμφωνώ απόλυτα (βαθμολογία 5) στις ενότητες Α, Β, ΣΤ του ερωτηματολογίου και ποτέ (βαθμολογία 1) έως πάντοτε (βαθμολογία 5) στις ενότητες Γ,Δ. Η βαθμολογία της κάθε παραμέτρου προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών τριών ή τεσσάρων ερωτήσεων. Κάποιες από τις ερωτήσεις είναι αντίστροφες (πίνακας 4.7), οπότε σε αυτή την περίπτωση οι βαθμολογίες των ερωτήσεων αντιστρέφονται, έτσι ώστε οι ψηλότερες βαθμολογίες να δηλώνουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού. Οι ερωτήσεις είναι ομαδοποιημένες σε πέντε ενότητες, οι οποίες αφορούν το τμήμα (μονάδα) του νοσοκομείου, το προϊστάμενο (διευθυντή) του τμήματος, την επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, τη συχνότητα αναφοράς των συμβάντων και το νοσοκομείο.

Πίνακας 4.7: Επεξήγηση των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο HSOPSC και αναφορά του αριθμού των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, που αποτελούν την κάθε παράμετρο

Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας	Αριθμοί ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αποτελούν την κάθε παράμετρο	Επεξήγηση των παραμέτρων: Ο βαθμός στον οποίο.....
1. Ανοιχτή επικοινωνία	Γ2 Γ4 Γ6 (αντίστροφη)	Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή και δεν φοβάται να θέσει ερωτήσεις στους προϊσταμένους.
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	Γ1 Γ3 Γ5	Το προσωπικό ενημερώνεται για τα λάθη που συμβαίνουν, ενημερώνεται για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων και συζητά τρόπους πρόληψης των λαθών.
3. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	Δ1 Δ2 Δ3	Τα πιο κάτω είδη λαθών αναφέρονται: (1) λάθη που εντοπίζονται και διορθώνονται πριν να επηρεάσουν τον ασθενή, (2) λάθη που δε θα βλάψουν τον ασθενή, (3) λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψαν.
4. Μεταφορές/ διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	ΣΤ3 (αντίστροφη) ΣΤ5 (αντίστροφη) ΣΤ7 (αντίστροφη) ΣΤ11 (αντίστροφη)	Σημαντικές πληροφορίες για την φροντίδα των ασθενών ανταλλάσσονται μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου και κατά την αλλαγή βάρδιας.
5. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	ΣΤ1 ΣΤ8 ΣΤ9 (αντίστροφη)	Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών και οι ενέργειες της δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα.
6. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	A8 (αντίστροφη) A12 (αντίστροφη) A16 (αντίστροφη)	Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του και δεν καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο.
7. Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	A6 A9 A13	Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές, οι οποίες αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.
8. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	A15 A18 A10 (αντίστροφη) A17 (αντίστροφη)	Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά όσο αφορά την πρόληψη λαθών και δεν παρατηρούνται προβλήματα με την

Παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας	Αριθμοί ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αποτελούν την κάθε παράμετρο	Επεξήγηση των παραμέτρων: Ο βαθμός στον οποίο.....
		ασφάλεια των ασθενών.
9. Στελέχωση	A2 A5 (αντίστροφη) A7 (αντίστροφη) A14 (αντίστροφη)	Υπάρχει αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας και το ωράριο εργασίας είναι το κατάλληλο για την παροχή σωστής φροντίδας υγείας στους ασθενείς.
10. Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια	B1 B2 B3 (αντίστροφη) B4 (αντίστροφη)	Οι προϊστάμενοι/διευθυντές λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, επιβραβεύουν το προσωπικό όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και δεν παραβλέπουν επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας.
11. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	A1 A3 A4 A11	Τα τμήματα του νοσοκομείου συντονίζονται και συνεργάζονται μεταξύ τους για την παροχή της καλύτερης φροντίδας υγείας στους ασθενείς.
12. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	ΣΤ4 ΣΤ10 ΣΤ2 (αντίστροφη) ΣΤ6 (αντίστροφη)	Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν και φέρονται με σεβασμό ο ένας τον άλλο και δουλεύουν μαζί ως μια ομάδα.

Στο ερωτηματολόγιο εκτός από τις 12 παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, υπάρχουν επίσης δύο μονοθεματικές μεταβλητές, που σχετίζονται με την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή και με τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες. Η πρώτη μεταβλητή αποτελεί την ενότητα Ε του ερωτηματολογίου και μετριέται με πεντάβαθμη κλίμακα, με τις δυνατές απαντήσεις να κυμαίνονται από το άριστη μέχρι το κακή, ενώ στη δεύτερη μεταβλητή (που αποτελεί την ενότητα Ζ) υπάρχουν οι απαντήσεις «καμία» αναφορά, 1-2 αναφορές, 3-5 αναφορές, 6-10 αναφορές, 11-20 αναφορές και 21 ή περισσότερες. Επίσης στην ενότητα Η περιλαμβάνονται ερωτήσεις που σχετίζονται με το υπόβαθρο του προσωπικού, όπως είναι το τμήμα στο οποίο εργάζονται, τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στη μονάδα που εργάζονται, η νοσοκομειακή θέση και οι εβδομαδιαίες εργατοώρες. Τέλος στην ενότητα Θ υπάρχει μία ανοιχτού τύπου ερώτηση, στην οποία παρέχεται η δυνατότητα

στους συμμετέχοντες, να εκφράσουν τα σχόλια τους σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και τα λάθη ή τις αναφορές συμβάντων στο νοσοκομείο που εργάζονται.

## 4.8 Αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης, αποτελούν δύο βασικά κριτήρια για την εξασφάλιση έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων, για ποσοτικές έρευνες που γίνονται στο χώρο της υγείας.<sup>[136]</sup> Η αξιοπιστία σχετίζεται με την ελαχιστοποίηση του τυχαίου σφάλματος και αναφέρεται στη συνοχή, στη συνέπεια και στη σταθερότητα που παρουσιάζει ένα εργαλείο μέτρησης.<sup>[137]</sup> Δηλαδή ένα ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο όταν αποδίδει τα ίδια αποτελέσματα, αν η μέτρηση επαναληφθεί στον ίδιο πληθυσμό, με την ίδια τεχνική και κάτω από όμοιες συνθήκες. Η εγκυρότητα εκτιμά το βαθμό, που ένα εργαλείο μέτρησης μετράει την έννοια (μεταβλητή) που σχεδιάστηκε να μετρήσει και σχετίζεται με την ύπαρξη στατιστικού σφάλματος.

Για την εξέταση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου της έρευνας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος εσωτερικής συνοχής ή συνάφειας (internal consistency). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής εκτιμά το βαθμό κατά τον οποίο τα στοιχεία μιας παραμέτρου μετρούν την ίδια έννοια (μεταβλητή).<sup>[138]</sup> Η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. Ο συγκεκριμένος συντελεστής παίρνει τιμές από 0 μέχρι 1 αλλά για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με 0,6.<sup>[139]</sup> Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή που παίρνει ο συντελεστής Cronbach's alpha, τόσο μεγαλύτερη είναι και η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας.

Οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha, για όλες τις παραμέτρους του ερωτηματολογίου της έρευνας, παρατίθενται στον πίνακα 4.8. Για τις πλείστες παραμέτρους του ερωτηματολογίου (10 από τις 12), οι τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha βρέθηκαν μεγαλύτερες από 0,6, γεγονός που υποδηλώνει ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια για αυτές τις παραμέτρους. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι παράμετροι της στελέχωσης και της οργανωσιακής μάθησης-συνεχής βελτίωση, για τις οποίες βρέθηκε χαμηλή εσωτερική συνάφεια, αφού ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν μικρότερος από 0,6.

Πίνακας 4.8: Τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha για την κάθε παράμετρο του ερωτηματολογίου της έρευνας

Παράμετροι του ερωτηματολογίου	Τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha
1. Ανοιχτή επικοινωνία	0,761
2. Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,699
3. Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	0,835
4. Μεταφορές/ διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	0,813
5. Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	0,766
6. Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,729
7. Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση	0,443
8. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	0,663
9. Στελέχωση	0,367
10. Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια	0,741
11. Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	0,813
12. Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων των νοσοκομείων	0,800

Ο έλεγχος εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε από την Νταντάνα Ασημένια στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής, που έγινε στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη.<sup>[115]</sup> Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος πολλαπλών χαρακτηριστικών (multitrait analysis) για να υπολογιστούν οι συντελεστές που μετρούν τη συσχέτιση της κάθε παραμέτρου (του ερωτηματολογίου) με την αθροιστική κλίμακα στην οποία ανήκει (συγκλίνουσα εγκυρότητα). Στη συνέχεια οι πιο πάνω συντελεστές συγκρίθηκαν με ανάλογες συσχετίσεις της κάθε παραμέτρου με τις υπόλοιπες αθροιστικές κλίμακες (διακρίνουσα εγκυρότητα). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλών χαρακτηριστικών που έγινε στη συγκεκριμένη περίπτωση, έδειξαν ότι οι συσχετίσεις των παραμέτρων με τις αθροιστικές κλίμακες ήταν μεγαλύτερες από 0,4 , κάτι που υποδεικνύει ικανοποιητική εγκυρότητα σύγκλισης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

## 4.9 Ηθικές προεκτάσεις

Για την πραγματοποίηση της έρευνας στο επιστημονικό προσωπικό του ΟΚΤΚ, εξασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Παράρτημα ΙΙΙ), από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Παράρτημα ΙV) και από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας (Παράρτημα V). Αντίγραφο της άδειας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας δόθηκε

στη διεύθυνση του ΟΚΤΚ, μέσω της οποίας ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη, ενημερώθηκαν με επιστολή για το σκοπό και τη σημασία της έρευνας (Παράρτημα V), ενώ ζητήθηκε από όλους προφορικά η συναίνεσή τους για τη συμμετοχή στην έρευνα. Παράλληλα διευκρινίστηκε ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και οι απαντήσεις ήταν εμπιστευτικές.

## **4.10 Ανάλυση αποτελεσμάτων**

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έγινε κωδικοποίηση όλων των απαντήσεων και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η ηλεκτρονική τους καταχώρηση, προκειμένου να επιτευχθεί η στατιστική τους επεξεργασία με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS v20.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σε περιγραφικό επίπεδο περιλάμβανε πίνακες κατανομής συχνότητας των απαντήσεων των ερωτηθέντων για τις ονομαστικές μεταβλητές και μέσους όρους (τυπική απόκλιση) για τις συνεχείς μεταβλητές. Για την ανάλυση των παραμέτρων του ερωτηματολογίου, δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από την πρόσθεση των επιμέρους ερωτήσεων της κάθε παραμέτρου. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διάφορων απαντήσεων των υποκειμένων, με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά στοιχεία. Για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους, εφαρμόστηκε το τεστ Κριτήριο t και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δυο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA). Στις περιπτώσεις που συγκρίνονταν περισσότερα από δυο ανεξάρτητα δείγματα και αναγνωριζόταν στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης τιμής στην εξαρτημένη, εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις (post hoc). Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων χρησιμοποιήθηκε ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το  $\alpha=0,05$ , το οποίο έχει καθιερωθεί στο χώρο των ιατρικών και κοινωνικών επιστημών και το p value στρογγυλοποιήθηκε στα τρία δεκαδικά ψηφία.



## 5. Αποτελέσματα

### 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το δείγμα της έρευνας ήταν 121 άτομα με ποσοστό ανταπόκρισης 85,8%. Στον πίνακα 5.1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η πλειοψηφία του οποίου ήταν γυναίκες, ηλικίας κάτω των 39 ετών. Σχεδόν το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (33,1%) είχαν εμπειρία 1-5 έτη εργασίας στο νοσοκομείο, με παρόμοιο ποσοστό στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο. Πάνω από το 50% του δείγματος εργαζόταν 39-59 ώρες τη βδομάδα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία ήταν νοσηλευτές (46,3%). Τέλος σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες είχαν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή και οι περισσότεροι (31,4%) είχαν 1-5 έτη υπηρεσίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα.

Πίνακας 5.1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητή	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
<b>Φύλο</b>		
Άρρεν	52	43,0
Θήλυ	69	57,0
<b>Ηλικία</b>		
20-29	32	26,9
30-39	66	55,5
40-49	15	12,6
50-65	6	5,0
<b>Έτη εργασίας στο νοσοκομείο</b>		
Λιγότερο από 1 χρόνο	9	7,4
1-5 χρόνια	40	33,1
6-10 χρόνια	31	25,6
11-15 χρόνια	41	33,9
16-20 χρόνια	-	-
21 ή περισσότερα χρόνια	-	-
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο/ μονάδα νοσοκομείου</b>		
Λιγότερο από 1 χρόνο	10	8,3
1-5 χρόνια	42	34,7
6-10 χρόνια	35	28,9
11-15 χρόνια	34	28,3
16-20 χρόνια	-	-
21 ή περισσότερα χρόνια	-	-
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες</b>		
20-38 ώρες/εβδομάδα	51	42,9

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Συχνότητα (N)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<i>39-59 ώρες/εβδομάδα</i>	62	52,1
<i>60-79 ώρες/εβδομάδα</i>	5	4,2
<i>100ή περισσότερες ώρες/εβδομάδα</i>	1	0,8
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλεύτης</i>	56	46,3
<i>Ιατρός</i>	26	21,5
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	39	32,2
<b>Άμεση επαφή ή επικοινωνία με ασθενή</b>		
<i>Ναι</i>	116	95,9
<i>Όχι</i>	5	4,1
<b>Έτη υπηρεσίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα</b>		
<i>Λιγότερο από 1χρόνο</i>	2	1,7
<i>1-5 χρόνια</i>	38	31,4
<i>6-10 χρόνια</i>	31	25,6
<i>11-15 χρόνια</i>	34	28,1
<i>16-20 χρόνια</i>	10	8,3
<i>21 ή περισσότερα χρόνια</i>	6	5,0

## **5.2 Αποτελέσματα για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας**

### **5.2.1 Ανοιχτή επικοινωνία**

#### **5.2.1.1 Περιγραφικά αποτελέσματα**

Ο πίνακας 5.2.1.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (74,4%), δήλωσε ότι μιλάει ελεύθερα για κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή, το 28,1% απάντησε ότι μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις των ανωτέρων του, ενώ το 22,3% φοβάται να ρωτήσει όταν κάτι δεν του φαίνεται σωστό. Σημειώνεται ότι λόγω στρογγυλοποίησης, τα ποσοστά του πίνακα μπορεί να μην αθροίζουν ποσοστό 100%.

Πίνακας 5.2.1.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία»

Παράμετρος	Ανοιχτή επικοινωνία				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή	0,8	10,7	14,0	53,7	20,7
Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του	9,9	26,4	35,5	26,4	1,7
Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό	14,9	33,1	29,8	18,2	4,1

### 5.2.1.2 Ανάλυση παραμέτρου «ανοιχτή επικοινωνία»

Η παράμετρος «ανοιχτή επικοινωνία» αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον πίνακα 5.2.1.1 και επομένως η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από το 3 μέχρι το 15. Ο πίνακας 5.2.1.2 περιλαμβάνει το μέσο όρο (Μ.Ο), την τυπική απόκλιση (Τ.Α), την ελάχιστη τιμή, τη μέγιστη τιμή και τη διάμεσο της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία». Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη των συμμετεχόντων για την «ανοιχτή επικοινωνία». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2.1.2, ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε 10,02 (Τ.Α=2,45).

Πίνακας 5.2.1.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία»

Ανοιχτή επικοινωνία				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
10,02	2,45	3,00	15,00	10,00

Στον πίνακα 5.2.1.3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της παραμέτρου «ανοιχτή επικοινωνία» και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, τα οποία αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, τις εβδομαδιαίες εργατοώρες και τη νοσοκομειακή θέση. Σημειώνεται ότι στατιστικά σημαντική σχέση με την κάθε παράμετρο της κουλτούρας ασφάλειας, παρουσιάζουν οι μεταβλητές για τις οποίες η τιμή του p-value είναι μικρότερη του 0,05 ( $p < 0,05$ )

και οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται στους πίνακες από το σύμβολο «\*» που φέρουν. Σύμφωνα με τον πίνακα 5.2.1.3, έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του φύλου και της παραμέτρου «ανοιχτή επικοινωνία» ( $p=0,04$ ), δηλαδή το φύλο επηρεάζει την αντίληψη των συμμετεχόντων για την «ανοιχτή επικοινωνία». Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες αξιολογούν πιο θετικά την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» από ότι οι άντρες. Αντίθετα οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αφορούσαν την ηλικία, τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, τις εβδομαδιαίες εργατοώρες και τη νοσοκομειακή θέση, δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με την «ανοιχτή επικοινωνία» ( $p>0,05$ ), δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Πίνακας 5.2.1.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Μεταβλητή	Ανοιχτή επικοινωνία	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	9,50	2,27
<i>Θήλυ</i>	10,42	2,52
<i>t</i>	-2,075	
<i>p-value</i>	0,040	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	9,84	2,54
<i>30-39 χρονών</i>	10,03	2,39
<i>40+ χρονών</i>	10,71	2,19
<i>F</i>	0,900	
<i>p-value</i>	0,409	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	10,18	2,50
<i>6-10</i>	9,45	2,14
<i>11+</i>	10,27	2,59
<i>F</i>	1,159	
<i>p-value</i>	0,317	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5</i>	10,13	2,42
<i>6-10</i>	9,63	2,26
<i>11+</i>	10,26	2,69
<i>F</i>	0,671	
<i>p-value</i>	0,513	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	10,06	2,18
<i>39+</i>	9,94	2,64

Μεταβλητή	Ανοιχτή επικοινωνία	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>t</i>	0,259	
<i>p-value</i>	0,796	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλευτής</i>	9,91	2,47
<i>Ιατρός</i>	10,15	2,15
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	10,10	2,64
<i>F</i>	0,115	
<i>p-value</i>	0,892	

## 5.2.2 Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη

### 5.2.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.2.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη». Οι περισσότεροι από του μισούς συμμετέχοντες (57,9%), δήλωσαν ότι συνήθως ή πάντοτε ενημερώνονται για αλλαγές που γίνονται με βάση τις αναφορές συμβάντων, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (72,7%) δήλωσε ότι ενημερώνεται για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα τους. Επίσης σημαντικό ποσοστό (72,5%) των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι στο τμήμα συνήθως ή πάντοτε, συζητούνται τρόποι αποφυγής λαθών.

Πίνακας 5.2.2.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Παράμετρος	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων	5,0	13,2	24,0	43,0	14,9
Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν σ' αυτό το Τμήμα	1,7	5,8	19,8	41,3	31,4
Στο τμήμα μας, συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών	2,5	6,7	18,3	52,5	20,0

### 5.2.2.2 Ανάλυση παραμέτρου «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Η παράμετρος «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οι οποίες φαίνονται στον πίνακα 5.2.2.1 και επομένως η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από το

3 μέχρι το 15. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2.2.2, ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε 11,22 (Τ.Α=2,36). Σημειώνεται ότι ψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν θετικότερη αντίληψη του προσωπικού για την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

Πίνακας 5.2.2.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

<b>Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,22	2,36	4,00	15,00	12,00

Στον πίνακα 5.2.1.3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της παραμέτρου «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, ηλικία, έτη εργασίας στο νοσοκομείο, έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, εβδομαδιαίες εργατοώρες και η νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» ( $p=0,411$ ,  $p=0,964$ ,  $p=0,100$ ,  $p=0,151$ ,  $p=0,497$  και  $p=0,817$  αντίστοιχα). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

Πίνακας 5.2.2.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	11,02	2,60
<i>Θήλυ</i>	11,38	2,16
<i>t</i>	-0,825	
<i>p-value</i>	0,411	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	11,28	2,16
<i>30-39 χρονών</i>	11,30	2,23
<i>40+ χρονών</i>	11,14	3,04
<i>F</i>	0,037	
<i>p-value</i>	0,964	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	11,41	2,14

Μεταβλητή	Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
6-10	10,45	2,20
11+	11,59	2,63
<i>F</i>	2,346	
<i>p-value</i>	0,100	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<=5	11,46	2,11
6-10	10,57	2,46
11+	11,53	2,54
<i>F</i>	1,919	
<i>p-value</i>	0,151	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	11,37	2,23
39+	11,07	2,47
<i>t</i>	0,681	
<i>p-value</i>	0,497	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	11,30	2,37
Ιατρός	10,96	2,57
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	11,28	2,24
<i>F</i>	0,202	
<i>p-value</i>	0,817	

## 5.2.3 Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων

### 5.2.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.3.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων». Ποσοστό 60,8% του δείγματος, δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε αναφέρεται ένα λάθος που συμβαίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή. Επίσης σημαντικό ποσοστό του δείγματος (63,3%), δήλωσε ότι αναφέρει ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δεν πρόκειται να βλάψει τον ασθενή, ενώ η πλειοψηφία (70%), δήλωσε ότι συνήθως ή πάντοτε αναφέρει ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε.

Πίνακας 5.2.3.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Παράμετρος	Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συνήθως	Πάντοτε
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	1,7	13,3	24,2	37,5	23,3
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή;	0,8	15,0	20,8	40,0	23,3
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	0,8	14,2	15,0	39,2	30,8

### 5.2.3.2 Ανάλυση παραμέτρου «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Η παράμετρος «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από το 3 μέχρι το 15. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε 11,23 (Τ.Α=2,68), σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2.3.2. Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του Μ.Ο τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη των συμμετεχόντων για τη «συχνότητα αναφοράς συμβάντων».

Πίνακας 5.2.3.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς συμβάντων»

Συχνότητα αναφοράς συμβάντων				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,23	2,68	5,00	15,00	12,00

Ο πίνακας 5.2.3.3 παρουσιάζει τα αποτελέσματα για τη σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της παραμέτρου «συχνότητα αναφοράς συμβάντων» και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με τη «συχνότητα αναφοράς συμβάντων» ( $p=0,88$ ,  $p=0,117$ ,  $p=0,155$ ,  $p=0,297$ ,  $p=0,227$  και  $p=0,159$ ).



αντίστοιχα). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν την αντίληψή τους για τη «συχνότητα αναφοράς συμβάντων».

Πίνακας 5.2.3.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «συχνότητα αναφοράς συμβάντων» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Συχνότητα αναφοράς συμβάντων	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
Άρρεν	11,69	2,40
Θήλυ	10,87	2,84
<i>t</i>	1,722	
<i>p-value</i>	0,088	
<b>Ηλικία</b>		
20-29 χρονών	11,44	2,68
30-39 χρονών	11,51	2,49
40+ χρονών	10,14	3,15
<i>F</i>	2,190	
<i>p-value</i>	0,117	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<=5	11,63	2,83
6-10	10,45	2,80
11+	11,34	2,32
<i>F</i>	1,892	
<i>p-value</i>	0,155	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<=5	11,47	2,77
6-10	10,63	2,86
11+	11,47	2,31
<i>F</i>	1,228	
<i>p-value</i>	0,297	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	10,86	2,90
39+	11,47	2,54
<i>t</i>	-1,216	
<i>p-value</i>	0,227	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	10,95	2,84
Ιατρός	10,81	2,62
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	11,90	2,40
<i>F</i>	1,868	
<i>p-value</i>	0,159	

## 5.2.4 Μεταφορές/ διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου

### 5.2.4.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.4.1 δείχνει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Ποσοστό 24,8% των συμμετεχόντων, δήλωσε να συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη, περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες. Επίσης μόνο το 9,2% των συμμετεχόντων, δήλωσε να συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι κατά την αλλαγή βάρδιας συχνά χάνονται σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών, ενώ μόλις το 7,6% δήλωσε ότι οι αλλαγές βάρδιας προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς. Τέλος ποσοστό 21,5%, δήλωσε ότι προκαλούνται προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου.

Πίνακας 5.2.4.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Παράμετρος	Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με την νοσηλεία τους λόγω ατελειών του συστήματος	6,6	31,4	37,2	19,8	5,0
Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	10,1	45,4	35,3	6,7	2,5
Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου	6,6	39,7	32,2	20,7	0,8
Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς	18,6	33,1	40,7	6,8	0,8

#### 5.2.4.2 Ανάλυση παραμέτρου «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Η παράμετρος «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε μεταξύ 4-20. Ο πίνακας 5.2.4.2 παρουσιάζει το Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο [13,46 (T.A=2,68)]. Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του Μ.Ο τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη του προσωπικού για τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

Πίνακας 5.2.2.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

<b>Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
13,46	2,88	5,00	20,00	13,00

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των εβδομαδιαίων εργατοωρών και της παραμέτρου «μεταφορές/ διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» ( $p=0,003$ ), δηλαδή οι εβδομαδιαίες εργατοώρες επηρεάζουν τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» (πίνακας 5.2.4.3). Πιο συγκεκριμένα, το προσωπικό που εργάζεται 20-38 ώρες την εβδομάδα, αξιολογεί πιο ευνοικά τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών» συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται περισσότερες από 39 ώρες τη βδομάδα. Επίσης έχει βρεθεί στατιστικά σημαντικά σχέση μεταξύ της νοσοκομειακής θέσης και των «μεταφορών και διακομιδών ασθενών» ( $p=0,005$ ), δηλαδή η νοσοκομειακή θέση επηρεάζει τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών». Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές έχουν πιο θετική αντίληψη για τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών» από ότι το λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Από την άλλη, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο και στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών» ( $p>0,05$ ), δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν την αντίληψη του προσωπικού για τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών».

Πίνακας 5.2.4.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	13,85	3,02
<i>Θήλυ</i>	13,17	2,76
<i>t</i>	1,274	
<i>p-value</i>	0,205	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	13,66	2,97
<i>30-39 χρονών</i>	13,45	2,86
<i>40+ χρονών</i>	13,43	2,98
<i>F</i>	0,060	
<i>p-value</i>	0,941	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	13,67	3,01
<i>6-10</i>	12,94	2,94
<i>11+</i>	13,61	2,69
<i>F</i>	0,700	
<i>p-value</i>	0,499	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5</i>	13,73	2,67
<i>6-10</i>	13,14	3,29
<i>11+</i>	13,38	2,80
<i>F</i>	0,450	
<i>p-value</i>	0,639	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	14,37	2,55
<i>39+</i>	12,78	2,98
<i>t</i>	3,071	
<i>p-value</i>	0,003	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλεύτης*</i>	14,36	2,75
<i>Ιατρός</i>	12,96	2,81
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό*</i>	12,51	2,80
<i>F</i>	5,612	
<i>p-value</i>	0,005	

## 5.2.5 Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας

### 5.2.5.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.5.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (73%), δήλωσε ότι η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών, με παρόμοιο ποσοστό (72,9%) να αναφέρει ότι οι ενέργειες της διοίκησης δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα. Επίσης ποσοστό 30,8% του δείγματος, δήλωσε ότι η διοίκηση του νοσοκομείου ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών, μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν.

Πίνακας 5.2.5.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Παράμετρος	Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	3,5	1,7	21,7	62,6	10,4
Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα	1,7	8,5	16,9	57,6	15,3
Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν	10,0	40,0	19,2	25,8	5,0

### 5.2.5.2 Ανάλυση παραμέτρου «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

Η παράμετρος «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμάνθηκε από το 3 μέχρι το 15. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε 10,53 (Τ.Α=2,39), (πίνακας 5.2.5.2). Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του Μ.Ο της συνολικής

βαθμολογίας τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη των συμμετεχόντων για την «υποστήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή».

Πίνακας 5.2.5.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή»

<b>Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
10,53	2,39	4,00	15,00	11,00

Ο πίνακας 5.2.5.1 δείχνει ότι έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εργασίας στο νοσοκομείο και της «υποστήριξης της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» ( $p=0,025$ ), δηλαδή τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο επηρεάζουν την αντίληψη του προσωπικού για την παράμετρο «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή». Πιο συγκεκριμένα, το προσωπικό με εμπειρία στο νοσοκομείο μικρότερη των πέντε ετών αξιολογεί πιο θετικά την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή», συγκριτικά με το προσωπικό που έχει εμπειρία 6-10 έτη εργασίας. Επίσης έχει βρεθεί στατιστικά σημαντικά μεταξύ των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο και της παραμέτρου «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας» ( $p=0,004$ ), δηλαδή τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο επηρεάζουν την αντίληψη των συμμετεχόντων για την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας».

Συγκεκριμένα, τα άτομα με λιγότερα από πέντε έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο παρουσιάζουν πιο θετική αντίληψη για την «υποστήριξη της διοίκησης» συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν 6-10 έτη. Από την άλλη, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση, δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με την «υποστήριξη της διοίκησης» ( $p>0,05$ ), δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν την άποψη του προσωπικού για την παράμετρο «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή».

Πίνακας 5.2.5.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «υποστήριξης της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	10,15	2,88
<i>Θήλυ</i>	10,82	1,91
<i>t</i>	-1,451	
<i>p-value</i>	0,150	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	11,13	1,72
<i>30-39 χρονών</i>	10,37	2,38
<i>40+ χρονών</i>	10,05	3,22
<i>Welch</i>	2,007	
<i>p-value</i>	0,146	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5*</i>	11,10	1,89
<i>6-10*</i>	9,61	2,56
<i>11+</i>	10,56	2,61
<i>Welch</i>	3,891	
<i>p-value</i>	0,025	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5*</i>	11,22	1,65
<i>6-10*</i>	9,49	2,65
<i>11+</i>	10,59	2,71
<i>Welch</i>	5,956	
<i>p-value</i>	0,004	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	10,29	2,39
<i>39+</i>	10,72	2,39
<i>t</i>	-0,951	
<i>p-value</i>	0,344	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλεύτης</i>	10,36	2,24
<i>Ιατρός</i>	10,88	2,57
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	10,56	2,51
<i>F</i>	0,414	
<i>p-value</i>	0,662	

## 5.2.6 Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη

### 5.2.6.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.6.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (57,8%), δήλωσε ότι έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του. Επίσης το 39,7% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι κατά την αναφορά συμβάντων υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα, ενώ το 44,6% δήλωσε να ανησυχεί για το ότι τα λάθη του καταγράφονται στον προσωπικό του φάκελο.

Πίνακας 5.2.6.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Παράμετρος	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του	2,5	11,6	28,1	43,8	14,0
Όταν αναφέρεται ένα «συμβάν» υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα καθαυτό	7,4	21,5	31,4	33,9	5,8
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	2,5	17,4	35,5	35,5	9,1

### 5.2.6.2 Ανάλυση παραμέτρου «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»

Η παράμετρος «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε μεταξύ 3-15. Ο πίνακας 5.2.6.2 παρουσιάζει το Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο που είναι 8,04 (Τ.Α=2,37). Μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη».

Πίνακας 5.2.6.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδρασης στα λάθη»

Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
8,04	2,37	3,00	14,00	8,00



Ο πίνακας 5.2.6.3 παρουσιάζει τις ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση, οι οποίες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» ( $p=0,062$ ,  $p=0,359$ ,  $p=0,095$ ,  $p=0,116$ ,  $p=0,682$  και  $p=0,237$  αντίστοιχα). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν την αντίληψή τους για τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη».

Πίνακας 5.2.6.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο  $t$  για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά»

Μεταβλητή	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	7,58	2,50
<i>Θήλυ</i>	8,39	2,23
<i>t</i>	-1,887	
<i>p-value</i>	0,062	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	8,09	2,89
<i>30-39 χρονών</i>	7,89	2,22
<i>40+ χρονών</i>	8,62	1,91
<i>Welch</i>	1,045	
<i>p-value</i>	0,359	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	8,53	2,56
<i>6-10</i>	7,35	1,96
<i>11+</i>	7,98	2,35
<i>F</i>	2,406	
<i>p-value</i>	0,095	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5</i>	8,50	2,51
<i>6-10</i>	7,43	1,97
<i>11+</i>	7,97	2,46
<i>F</i>	2,193	
<i>p-value</i>	0,116	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	7,92	2,40
<i>39+</i>	8,10	2,38
<i>t</i>	-0,410	
<i>p-value</i>	0,682	

Μεταβλητή	Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλευτής	7,70	2,46
Ιατρός	8,04	1,66
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	8,54	2,61
F	1,456	
p-value	0,237	

## 5.2.7 Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση

### 5.2.7.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.7.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση». Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (78,5%), δήλωσε ότι αναπτύσσονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. Επίσης σημαντικό ποσοστό (65%), δήλωσε ότι τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα και το 62 % απάντησε ότι όταν εφαρμόζονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, κατόπιν αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.

Πίνακας 5.2.7.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Παράμετρος	Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Αναπτύσσουμε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	-	4,1	17,4	63,6	14,9
Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ	4,2	9,2	21,7	57,5	7,5
Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε κατόπιν την αποτελεσματικότητά τους	-	10,7	27,3	49,6	12,4

### 5.2.7.2 Ανάλυση παραμέτρου «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Η παράμετρος «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» αποτελείται από τρεις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από το 3 μέχρι το 15. Ο πίνακας 5.2.7.2 παρουσιάζει το Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο [11,05 (Τ.Α=1,71)]. Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του Μ.Ο τόσο πιο θετική είναι η αντίληψη των συμμετεχόντων για την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

Πίνακας 5.2.7.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

<b>Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,05	1,71	6,00	15,00	11,00

Ο πίνακας 5.2.7.3 παρουσιάζει τις ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση, οι οποίες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» ( $p=0,360$ ,  $p=0,937$ ,  $p=0,684$ ,  $p=0,858$ ,  $p=0,891$  και  $p=0,932$  αντίστοιχα). Επομένως, τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν τη αντίληψή τους για την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

Πίνακας 5.2.7.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο  $t$  για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση</b>	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	10,88	1,75
<i>Θήλυ</i>	11,17	1,69
<i>t</i>	-0,920	
<i>p-value</i>	0,360	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	11,13	1,56
<i>30-39 χρονών</i>	11,08	1,58
<i>40+ χρονών</i>	10,95	2,33
<i>F</i>	0,065	
<i>p-value</i>	0,937	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		

Μεταβλητή	Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
$\leq 5$	11,06	1,80
6-10	10,84	1,29
11+	11,20	1,90
<i>F</i>	0,380	
<i>p-value</i>	0,684	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
$\leq 5$	11,10	1,75
6-10	10,91	1,34
11+	11,12	2,01
<i>F</i>	0,153	
<i>p-value</i>	0,858	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	11,06	1,64
39+	11,01	1,79
<i>t</i>	0,138	
<i>p-value</i>	0,891	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	11,00	1,67
Ιατρός	11,15	2,01
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	11,05	1,59
<i>F</i>	0,071	
<i>p-value</i>	0,932	

## 5.2.8 Συνολική αντίληψη της ασφάλειας

### 5.2.8.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.8.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (62,8%), δήλωσε ότι η ασφάλεια του ασθενή δεν θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία. Επίσης το 67,8% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζονται είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών, ενώ μόλις το 18,65% δήλωσε ότι είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη στο τμήμα. Τέλος μόνο το 20,4% του δείγματος, συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι υπάρχει πρόβλημα με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα που εργάζεται.

Πίνακας 5.2.8.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Παράμετρος	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η ασφάλεια του ασθενή δεν θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	1,7	15,7	19,8	42,1	20,7
Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	-	7,4	24,8	61,2	6,6
Είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	25,2	40,3	16,0	10,1	8,4
Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών σ' αυτή την μονάδα	15,7	44,6	26,4	12,4	0,8

#### 5.2.8.2 Ανάλυση παραμέτρου «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Η παράμετρος «συνολική αντίληψη της ασφάλειας», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε μεταξύ 4-20. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5.2.8.2, ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε 14,51 (Τ.Α=2,79). Μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

Πίνακας 5.2.8.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Συνολική αντίληψη της ασφάλειας				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
14,51	2,79	7,00	20,00	15,00

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο, ηλικία, έτη εργασίας στο νοσοκομείο, έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, εβδομαδιαίες εργατοώρες και νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» ( $p=0,929$ ,  $p=0,519$ ,  $p=0,137$ ,  $p=0,226$ ,  $p=0,079$  και  $p=0,103$  αντίστοιχα) (πίνακας 5.2.8.3). Επομένως τα πιο πάνω

δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν την αντίληψή τους για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

Πίνακας 5.2.8.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	14,54	2,92
<i>Θήλυ</i>	14,49	2,72
<i>t</i>	0,089	
<i>p-value</i>	0,929	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	14,53	2,57
<i>30-39 χρονών</i>	14,76	2,77
<i>40+ χρονών</i>	13,95	3,22
<i>F</i>	0,659	
<i>p-value</i>	0,519	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	15,02	2,67
<i>6-10</i>	13,74	2,78
<i>11+</i>	14,49	2,87
<i>F</i>	2,025	
<i>p-value</i>	0,137	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5</i>	14,98	2,57
<i>6-10</i>	13,94	2,81
<i>11+</i>	14,38	3,06
<i>F</i>	1,508	
<i>p-value</i>	0,226	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	14,00	2,82
<i>39+</i>	14,91	2,75
<i>t</i>	-1,771	
<i>p-value</i>	0,079	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλεύτης</i>	14,02	2,58
<i>Ιατρός</i>	14,46	3,08
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	15,26	2,80
<i>F</i>	2,315	
<i>p-value</i>	0,103	

## 5.2.9 Στελέχωση

### 5.2.9.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Όπως δείχνουν τα αποτελέσματα (πίνακας 5.2.9.1), μόλις το 25,6% του δείγματος απάντησε ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για την αντιμετώπιση του φόρτου εργασίας, ενώ οι μισοί περίπου συμμετέχοντες (47,8%), δήλωσαν ότι το προσωπικό δουλεύει περισσότερες ώρες στη μονάδα του, απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή. Επίσης μόνο το 5,2% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι χρησιμοποιείται περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή, ενώ σημαντικό ποσοστό (42,1%) δήλωσε ότι εργάζεται σαν να τελεί «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνει υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα.

Πίνακας 5.2.9.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «στελέχωση»

Παράμετρος	Στελέχωση				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας	14,9	38,0	21,5	23,1	2,5
Το προσωπικό σ' αυτή την μονάδα δουλεύει περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1,7	16,2	34,2	29,9	17,9
Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	36,2	37,1	21,6	4,3	0,9
Εργαζόμαστε σαν να τελούμε «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα	3,3	20,7	33,9	28,9	13,2

### 5.2.9.2 Ανάλυση παραμέτρου «στελέχωση»

Η παράμετρος «στελέχωση», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και επομένως η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από 4 μέχρι 20. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση» είναι 11,64 (Τ.Α=2,59). Μεγαλύτερες βαθμολογίες δηλώνουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για τη «στελέχωση» (πίνακας 5.2.9.2).

Πίνακας 5.2.9.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «στελέχωση»

<b>Στελέχωση</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
11,64	2,59	4,00	18,00	12,00

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με τη «στελέχωση» ( $p=0,503$ ,  $p=0,069$ ,  $p=0,485$ ,  $p=0,399$ ,  $p=0,442$  και  $p=0,219$  αντίστοιχα) (πίνακας 5.2.9.3). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν τη αντίληψή τους για την παράμετρο «στελέχωση».

Πίνακας 5.2.9.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «στελέχωση» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Στελέχωση</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	11,83	2,69
<i>Θήλυ</i>	11,51	2,52
<i>t</i>	0,671	
<i>p-value</i>	0,503	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	11,41	2,28
<i>30-39 χρονών</i>	11,42	2,71
<i>40+ χρονών</i>	12,86	2,48
<i>F</i>	2,731	
<i>p-value</i>	0,069	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	11,84	2,31
<i>6-10</i>	11,16	2,53
<i>11+</i>	11,78	2,94
<i>F</i>	0,729	
<i>p-value</i>	0,485	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5</i>	11,87	2,21
<i>6-10</i>	11,14	2,67
<i>11+</i>	11,82	3,01
<i>F</i>	0,927	



Μεταβλητή	Στελέχωση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>p-value</i>	0,399	
<b>Συνήθεις εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	11,84	2,82
39+	11,47	2,43
<i>t</i>	0,772	
<i>p-value</i>	0,442	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλευτής	11,48	2,71
Ιατρός	12,42	2,25
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	11,36	2,58
<i>F</i>	1,538	
<i>p-value</i>	0,219	

## 5.2.10 Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια

### 5.2.10.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.10.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια». Οι μισοί συμμετέχοντες (51,3%), απάντησαν ότι ο προϊστάμενός /διευθυντής τους λέει έναν καλό λόγο, όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με της ισχύουσες διαδικασίες, σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή. Επίσης σημαντικό ποσοστό του δείγματος (61,1%), δήλωσε πως ο προϊστάμενός/διευθυντής, λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή και μόλις το 29,8%, δήλωσε να συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα ότι κάθε φορά που η πίεση αυξάνει, ο προϊστάμενος/ διευθυντής θέλει από το προσωπικό να δουλεύει ταχύτερα, ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών. Επιπρόσθετα μόνο το 7,5% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι ο προϊστάμενος/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή.

Πίνακας 5.2.10.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

Παράμετρος	<i>Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή</i>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ο προϊστάμενός /διευθυντής μου λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με της ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή	5,8	10,7	32,2	39,7	11,6
Ο προϊστάμενός /διευθυντής μου λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	3,3	12,4	23,1	51,2	9,9
Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος/ διευθυντής μου θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών	12,4	28,1	29,8	24,8	5,0
Ο προϊστάμενος/διευθυντής μου παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή	25,6	44,6	22,3	5,0	2,5

#### ***5.2.10.2 Ανάλυση παραμέτρου «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»***

Η παράμετρος «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε μεταξύ 4-20. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συγκεκριμένη παράμετρο βρέθηκε να είναι 13,97 (Τ.Α=3,01) (πίνακας 5.2.10.2). Μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή».

Πίνακας 5.2.10.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή»

<b>Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
13,97	3,01	5,00	20,00	14,00

Ο πίνακας 5.2.10.3 δείχνει ότι έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εργασίας στο νοσοκομείο και της παραμέτρου «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» ( $p=0,025$ ), δηλαδή τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο επηρεάζουν την αντίληψη του προσωπικού για τις «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή». Πιο συγκεκριμένα, το προσωπικό με εμπειρία στο νοσοκομείο μικρότερη των πέντε ετών αξιολογεί πιο θετικά την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή», συγκριτικά με το προσωπικό που έχει εμπειρία 6-10 έτη εργασίας. Από την άλλη, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση, δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με την παράμετρο προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή ( $p>0,05$ ), δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν την άποψη του προσωπικού για τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Πίνακας 5.2.10.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	13,77	3,26
<i>Θήλυ</i>	14,12	2,83
<i>t</i>	-0,625	
<i>p-value</i>	0,533	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	13,56	3,18
<i>30-39 χρονών</i>	14,08	2,99
<i>40+ χρονών</i>	14,43	2,91
<i>F</i>	0,565	

Μεταβλητή	Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>p-value</i>	0,570	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<=5*	14,47	3,04
6-10*	12,71	2,77
11+	14,32	2,96
<i>F</i>	3,828	
<i>p-value</i>	0,025	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<=5	14,35	3,05
6-10	13,14	2,96
11+	14,24	2,93
<i>F</i>	1,882	
<i>p-value</i>	0,157	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	14,08	2,61
39+	13,84	3,30
<i>t</i>	0,443	
<i>p-value</i>	0,658	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	14,00	2,75
Ιατρός	14,62	2,77
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	13,49	3,49
<i>F</i>	1,101	
<i>p-value</i>	0,336	

## 5.2.11 Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου

### 5.2.11.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.11.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (57,5%), απάντησε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου. Επίσης ποσοστό 63,9%, δήλωσε πως οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους, ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς. Επιπρόσθετα μόλις το ένα τέταρτο του δείγματος (25%), απάντησε ότι συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα στο ότι τα τμήματα του νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους και μόνο το

15,7%, απάντησε ότι η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη.

Πίνακας 5.2.11.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

Παράγοντας	<i>Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου</i>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά	2,5	10,8	29,2	52,5	5,0
Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς	0,8	6,7	28,6	53,8	10,1
Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους	5,0	38,3	31,7	20,0	5,0
Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη	6,6	52,9	24,8	14,0	1,7

#### **5.2.11.2 Ανάλυση παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»**

Η παράμετρος «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και επομένως η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε μεταξύ από 4 μέχρι 20. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου είναι 13.68 (Τ.Α=2.76) (πίνακας 5.2.11.2). Μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Πίνακας 5.2.11.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»

<b>Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
13,68	2,76	6,00	20,00	14,00

Οι μεταβλητές φύλο, ηλικία, έτη εργασίας στο νοσοκομείο, έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, εβδομαδιαίες εργατοώρες και νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» ( $p=0,882$ ,  $p=0,982$ ,  $p=0,271$ ,  $p=0,282$ ,  $p=0,671$  και  $p=0,459$  αντίστοιχα). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν την αντίληψή τους για τη «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» (πίνακας 5.2.11.3).

Πίνακας 5.2.11.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο  $t$  για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	13,63	3,04
<i>Θήλυ</i>	13,71	2,54
<i>t</i>	-0,149	
<i>p-value</i>	0,882	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	13,72	3,16
<i>30-39 χρονών</i>	13,74	2,52
<i>40+ χρονών</i>	13,86	2,69
<i>F</i>	0,018	
<i>p-value</i>	0,982	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	14,00	2,81
<i>6-10</i>	13,00	2,38
<i>11+</i>	13,80	2,93
<i>F</i>	1,322	
<i>p-value</i>	0,271	

Μεταβλητή	Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<=5	14,10	2,70
6-10	13,14	2,48
11+	13,59	3,09
<i>F</i>	1,281	
<i>p-value</i>	0,282	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	13,59	2,34
39+	13,81	2,96
<i>t</i>	-0,439	
<i>p-value</i>	0,661	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	13,41	2,54
Ιατρός	14,23	2,53
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	13,69	3,19
<i>F</i>	0,783	
<i>p-value</i>	0,459	

## 5.2.12 Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου

### 5.2.12.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.2.12.2 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου». Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (75%), δήλωσε ότι ο ένας υποστηρίζει τον άλλον στη μονάδα που εργάζονται. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (78,4%), δήλωσε πως όταν υπάρχει πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργάζεται ομαδικά για να την τελειώσει και το 64,1% απάντησε ότι στο τμήμα φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (62%), δήλωσαν ότι όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά στο τμήμα που εργάζεται, οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει.

Πίνακας 5.2.12.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

Παράμετρος	<i>Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου</i>				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον σ' αυτή την μονάδα	0,8	14,2	10,0	62,5	12,5
Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	0,8	8,3	12,5	59,2	19,2
Σ' αυτή την μονάδα οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	1,7	8,3	25,8	53,3	10,8
Σ' αυτή την μονάδα όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει	4,1	7,4	26,4	49,6	12,4

#### *5.2.12.2 Ανάλυση παραμέτρου «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»*

Η παράμετρος «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμάνθηκε από 4 μέχρι 20. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για τη συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου βρέθηκε να είναι 14.72 (Τ.Α=2.84) (πίνακας 5.2.12.2). Μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο θετική αντίληψη του προσωπικού για τη «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου».



Πίνακας 5.2.12.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδικής εργασίας εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»

<b>Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
14,72	2,84	7,00	20,00	15,00

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» ( $p=0,389$ ,  $p=0,707$ ,  $p=0,268$ ,  $p=0,535$ ,  $p=0,897$  και  $p=0,897$  αντίστοιχα) (πίνακας 5.2.12.3). Επομένως τα πιο πάνω δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν επηρεάζουν τη αντίληψή τους για τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Πίνακας 5.2.12.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο  $t$  για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου» και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	14,46	2,86
<i>Θήλυ</i>	14,91	2,83
<i>t</i>	-0,865	
<i>p-value</i>	0,389	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	14,94	2,24
<i>30-39 χρονών</i>	14,79	2,91
<i>40+ χρονών</i>	14,29	3,54
<i>F</i>	0,348	
<i>p-value</i>	0,707	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5</i>	15,08	2,74
<i>6-10</i>	14,03	2,66
<i>11+</i>	14,80	3,05
<i>F</i>	1,331	
<i>p-value</i>	0,268	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		

Μεταβλητή	Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<=5	14,98	2,74
6-10	14,29	2,56
11+	14,76	3,27
<i>F</i>	0,628	
<i>p-value</i>	0,535	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	14,75	2,78
39+	14,68	2,93
<i>t</i>	0,129	
<i>p-value</i>	0,897	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλευτής	14,70	2,62
Ιατρός	14,54	3,20
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	14,87	2,96
<i>F</i>	0,109	
<i>p-value</i>	0,897	

### 5.3 Συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων για τη βαθμολογία των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας

Για την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη συνοπτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων, στον πίνακα 5.3 παρουσιάζεται το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων για την κάθε παράμετρο της κουλτούρας ασφάλειας. Το υψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων παρατηρήθηκε για τις πιο κάτω παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας:

1. «Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 69,88%.
2. «Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 68,50%.
3. «Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 67,70%.

Από την άλλη το χαμηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων παρουσιάστηκε για τις εξής παραμέτρους:

1. «Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 20,97%.
2. «Στελέχωση», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 35,20%.
3. «Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», με μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 47,88%.

Πίνακας 5.3: Μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων και μέση εκατοστιαία αναλογία της συνολικής βαθμολογίας για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας

<b>Παράμετρος</b>	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Μέγιστο Κλίμακας</b>	<b>Μέσο Ποσοστό Θετικών Απαντήσεων %</b>
<i>Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου</i>	14,72	20	69,88
<i>Οργανωσιακή μάθηση/ Συνεχής βελτίωση</i>	11,05	15	68,50
<i>Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη</i>	11,22	15	67,70
<i>Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή</i>	10,53	15	65,30
<i>Συχνότητα αναφοράς συμβάντων</i>	11,23	15	64,70
<i>Συνολική αντίληψη της ασφάλειας</i>	14,51	20	64,10
<i>Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου</i>	13,68	20	56,05
<i>Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή</i>	13,97	20	55,78
<i>Ανοιχτή επικοινωνία</i>	10,02	15	50,17
<i>Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου</i>	13,46	20	47,88
<i>Στελέχωση</i>	11,64	20	35,20
<i>Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη</i>	8,04	15	20,97

## 5.4 Αποτελέσματα για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος και του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί

### 5.4.1 Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή

#### 5.4.1.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Ο πίνακας 5.4.1.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή. Το 80,1% των συμμετεχόντων, αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζεται από πολύ καλή έως άριστη, ενώ το ποσοστό που εκτίμησε την επίδοση της μονάδας του από μέτρια έως κακή, ήταν μόλις 4,1%.

Πίνακας 4.4.1.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή

Μεταβλητή	Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή				
	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Παρακαλούμε αξιολογήστε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.	13,2	66,9	15,7	3,3	0,8

#### 5.4.1.2 Ανάλυση της αξιολόγησης της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή

Η μεταβλητή, που αφορά την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή, περιλάμβανε μόνο μια ερώτηση, οπότε η συνολική βαθμολογία της κυμάνθηκε από 1 μέχρι 5. Ο Μ.Ο της συνολικής βαθμολογίας για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή βρέθηκε να είναι 2,12 (Τ.Α=0,70) (πίνακας 5.4.1.2). Μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν καλύτερη επίδοση του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή.

Πίνακας 5.4.1.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή

<b>Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή</b>				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
2,12	0,70	1,00	5,00	2,00

Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και της αξιολόγησης της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή ( $p=0,03$ ), δηλαδή η ηλικία επηρεάζει την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή (πίνακας 5.4.1.3). Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες με ηλικία 30-39 ετών αξιολογούν με ψηλότερη βαθμολογία την επίδοση του τμήματος (στο οποίο εργάζονται) ως προς την ασφάλεια του ασθενή συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είναι 20-29 ετών. Αντίθετα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο, στα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή ( $p>0,05$ ), δηλαδή οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν τη βαθμολογία της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή.

Πίνακας 5.4.1.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο t για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για την αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

<b>Μεταβλητή</b>	<b>Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή</b>	
	<b>Μέσος Όρος</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Αρρεν</i>	2,17	0,83
<i>Θήλυ</i>	2,07	0,58
<i>t</i>	0,746	
<i>p-value</i>	0,458	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών*</i>	1,91	0,39
<i>30-39 χρονών*</i>	2,21	0,71
<i>40+ χρονών</i>	2,10	0,94
<i>Welch</i>	3,760	
<i>p-value</i>	0,030	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		

Μεταβλητή	Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<=5	1,98	0,59
6-10	2,35	0,84
11+	2,10	0,66
Welch	2,354	
p-value	0,103	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<=5	2,00	0,59
6-10	2,26	0,85
11+	2,15	0,66
Welch	1,383	
p-value	0,258	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
20-38	2,10	0,57
39+	2,13	0,79
t	-0,262	
p-value	0,793	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
Νοσηλεύτης	2,18	0,58
Ιατρός	2,19	0,90
Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	1,97	0,71
F	1,189	
p-value	0,308	

## 5.4.2 Αριθμός των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες

### 5.4.2.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Το 35,3% των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι δεν υπέβαλε καμία αναφορά για ανεπιθύμητα συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (38,8%) δήλωσε πως έκανε 1 έως 2 αναφορές τους τελευταίους 12 μήνες. Επίσης σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (20,7%), απάντησε πως ανέφερε 3 έως 5 ανεπιθύμητα συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (πίνακας 5.4.2.1).

Πίνακας 5.4.2.1: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων για τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες

Μεταβλητή	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες					
	Καμία Αναφορά	1 έως 2 Αναφορές	3 έως 5 αναφορές	6 έως 10 αναφορές	11 έως 20 αναφορές	21 ή περισ. αναφορές
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει;	35,3	38,8	20,7	3,4	1,7	-

#### 5.4.2.2 Ανάλυση του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες

Η μεταβλητή, που αφορά τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες, περιλάμβανε μόνο μια ερώτηση, οπότε η συνολική βαθμολογία κυμάνθηκε από 1 μέχρι 5. Ο Μ.Ο του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες βρέθηκε να είναι 1,97 (Τ.Α=0,93) (πίνακας 5.4.2.2). Ψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν αναφορά μεγαλύτερου αριθμού συμβάντων από το προσωπικό.

Πίνακας 5.4.2.2: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή και διάμεσος της συνολικής βαθμολογίας για τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες

Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί				
Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Διάμεσος
1,97	0,93	1,00	5,00	2,00

Ο πίνακας 5.4.2.3, παρουσιάζει ότι έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ετών εργασίας στο νοσοκομείο και του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες ( $p=0,004$ ), δηλαδή τα έτη εργασίας στο νοσοκομείο επηρεάζουν τον αριθμό των συμβάντων που αναφέρει το προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα το προσωπικό με εμπειρία μεγαλύτερη από 11 έτη εργασίας στο νοσοκομείο αναφέρει περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα συγκριτικά με το προσωπικό που έχει εμπειρία μικρότερη των 5 χρόνων. Επίσης έχει βρεθεί στατιστικά σημαντικά σχέση μεταξύ των ετών εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο και του αριθμού των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες ( $p=0,013$ ), δηλαδή τα έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο επηρεάζουν τον αριθμό των συμβάντων που αναφέρει το

προσωπικό. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με περισσότερα από 11 έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο αναφέρουν περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που έχουν λιγότερα από 5 έτη εργασίας. Αντίθετα, οι ανεξάρτητες μεταβλητές που αναφέρονται στο φύλο, στην ηλικία, στις εβδομαδιαίες εργατοώρες και στη νοσοκομειακή θέση, δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση με τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες ( $p=0,732$ ,  $p=0,138$ ,  $p=0,793$  και  $p=0,626$  αντίστοιχα). Επομένως οι μεταβλητές αυτές δεν επηρεάζουν τον αριθμό αναφορών του προσωπικού για ανεπιθύμητα συμβάντα.

Πίνακας 5.4.2.3: Ανάλυση διασποράς ή κριτήριο  $t$  για τη σχέση ανάμεσα στη συνολική βαθμολογία για τον αριθμό των συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<b>Φύλο</b>		
<i>Άρρεν</i>	1,94	0,93
<i>Θήλυ</i>	2,00	0,93
<i>t</i>	-0,344	
<i>p-value</i>	0,732	
<b>Ηλικία</b>		
<i>20-29 χρονών</i>	1,84	0,82
<i>30-39 χρονών</i>	1,92	0,91
<i>40+ χρονών</i>	2,33	1,11
<i>F</i>	2,014	
<i>p-value</i>	0,138	
<b>Έτη εργασίας σ' αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>&lt;=5*</i>	1,70	0,78
<i>6-10</i>	1,90	0,92
<i>11+*</i>	2,36	0,99
<i>F</i>	5,945	
<i>p-value</i>	0,004	
<b>Έτη εργασίας στον παρόντα εργασιακό χώρο / μονάδα του νοσοκομείου</b>		
<i>&lt;=5*</i>	1,78	0,84
<i>6-10</i>	1,88	0,81
<i>11+*</i>	2,38	1,07
<i>F</i>	4,510	
<i>p-value</i>	0,013	
<b>Συνήθειες εβδομαδιαίες εργατοώρες σε αυτό το νοσοκομείο</b>		
<i>20-38</i>	2,10	0,57
<i>39+</i>	2,13	0,79



Μεταβλητή	Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>t</i>	-0,262	
<i>p-value</i>	0,793	
<b>Νοσοκομειακή Θέση</b>		
<i>Νοσηλεύτης</i>	2,05	0,80
<i>Ιατρός</i>	1,85	1,05
<i>Λοιπό επιστημονικό προσωπικό</i>	1,94	1,03
<i>F</i>	0,470	
<i>p-value</i>	0,626	

## 5.5 Σχόλια των συμμετεχόντων

Τα σχόλια των συμμετεχόντων σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και τα λάθη ή τις αναφορές συμβάντων στο ΟΚΤΚ, τα οποία διατυπώθηκαν στην ανοιχτού τύπου ερώτηση, ήταν τα ακόλουθα:

1. Η καλή συνεργασία και διάθεση είναι η δυνατότερη κινητήρια δύναμη του κέντρου. Πολύ θετική άποψη σε σύγκριση με πολλά άλλα κέντρα του εσωτερικού και εξωτερικού.
2. Χρειάζεται πιο γρήγορη ανταπόκριση και κατανόηση από τους ανώτερους όταν ο υφιστάμενος προβλέπει ότι θα γίνουν λάθη λόγω κάποιων ελλιπών διαδικασιών. Παρατηρήθηκε ότι η ανταπόκριση γίνεται αφού το λάθος συμβεί, όταν ανελλιπώς αγνοούσαν τη γνώμη των υφισταμένων.
3. Ο ασθενής αντιμετωπίζεται με ικανοποιητικό επίπεδο ασφάλειας. Το προσωπικό λειτουργεί στα πλαίσια της λογικής.
4. Ευσυνείδητα καταγράφονται όλα τα συμβάντα και συζητούνται ενδομηματικά και αναφέρονται στο συμβούλιο ακτινοπροστασίας ή ακόμα και στις αρμόδιες αρχές, σύμφωνα με τη νομοθεσία. Πάντοτε συζητούνται και εφαρμόζονται μέτρα για αποφυγή τέτοιων λαθών στο μέλλον. Πάντοτε μαθαίνουμε από τα λάθη μας και βελτιωνόμαστε.
5. Μπορεί να μη γίνονται συχνά έως καθόλου λάθη. Αυτό όμως είναι αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας προσωπικού και προϊσταμένων και της ευσυνειδησίας του προσωπικού. Όμως ο φόρτος εργασίας και το ψυχοφθόρο μας επάγγελμα δρουν καταλυτικά και αρνητικά.
6. Η ασφάλεια των ασθενών έπρεπε να είναι η 1η προτεραιότητα του νοσοκομείου. Χρειάζεται παρά πολλή δουλειά για να φτάσουμε σε τουλάχιστον μετρίως αποδεκτά επίπεδα "patient safety".

7. Το γεγονός ότι υπάρχει καταγραφή των διαδικασιών σύμφωνα με τις απαιτήσεις του CHKS διασφαλίζει τη διατήρηση του επιπέδου ασφάλειας των υπηρεσιών σε ικανοποιητικά επίπεδα.
8. Περισσότερο προσωπικό στα τμήματα νοσηλείας. Κίνητρα στο προσωπικό από προϊστάμενους, περισσότερη αυτονομία και προώθηση πρωτοβουλιών προς την ασφάλεια και ποιότητα νοσηλείας ασθενών.
9. Η ασφάλεια θυσιάζεται στο βωμό του κέρδους.
10. Συχνά συμβαίνουν λάθη τα όποια ή αποκρύπτονται από φόβο του προσωπικού ή από τους προϊστάμενους.
11. Ο ασθενής είναι πολύ ασφαλής στο ΟΚΤΚ. Λάθη δε θα έλεγα ότι γίνονται σε τέτοιο βαθμό που θα έπρεπε να ανησυχούμε, απλώς θα μπορούσαν να βελτιωθούν. Αναφορές συμβάντων γίνονται συχνά.
12. Θα ήταν καλό τα λάθη να καταγράφονται στο βιβλίο αναφοράς συμβάντων κάτι το οποίο δεν τηρείται όπως θα έπρεπε. Επίσης ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, μας αναγκάζει να συντομεύουμε τις διαδικασίες που είναι αναγκαίες για τη διάλυση και τη χορήγηση κυτταροστατικών, πράγμα το οποίο είναι δυσάρεστο.
13. Η ασφάλεια του ασθενή είναι σημαντική στο κέντρο αλλά δεν αποκλείονται περιθώρια βελτίωσης συνήθως από άτομα που βρίσκονται σε θέσεις κλειδιά.
14. Σχετικά με τα λάθη πρέπει να υπάρχει πιο καλή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού και του προϊσταμένου. Να ενημερώνεται το προσωπικό για όλα τα συμβάντα που γίνονται στο νοσοκομείο/μονάδα επειδή η ασφάλεια του ασθενή είναι ο σκοπός της εργασίας μας.
15. Η ασφάλεια του ασθενούς διπλό-τριπλό φιλτράρεται στο τμήμα μας για να είναι στο ανώτερο επίπεδο.
16. Πάνω από όλα η ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού. Μέχρι σήμερα ένα μεγάλος αριθμός λαθών αποτρέπονται πριν γίνει η εξέταση του ασθενή. Γίνονται τριπλοί έλεγχοι και είναι εδώ που αξίζει ένα καλό λόγο το προσωπικό.
17. Πιστεύω ότι στο κέντρο γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες ώστε οι ασθενείς να έχουν όσο το δυνατό καλύτερη ασφάλεια.
18. Θα ήθελα να τονίσω ότι η διοίκηση του τμήματος που ανήκω προσπαθεί για τη βελτίωση των διαδικασιών διάλυσης, χορήγησης, κυτταροστατικών για την καλύτερη ασφάλεια του ασθενή αλλά και του επαγγελματία. Το πρόβλημα είναι τα υψηλότερα στελέχη της

διοίκησης, τα οποία δεν λαμβάνουν σοβαρά την κατάσταση στην οποία βρίσκονται κάποια τμήματα, λόγω του φόρτου εργασίας, διακινδυνεύοντας κάποιες φορές την ασφάλεια του ασθενή.

19. Αν υπήρχε καλύτερη συνεργασία θα αποδίδαμε στο μέγιστο και θα εξασφαλίσαμε στο μέγιστο βαθμό την ασφάλεια του ασθενή.

## 6. Συζήτηση-Συμπεράσματα

### 6.1 Συζήτηση

Η παρούσα διατριβή πραγματοποιήθηκε για να αξιολογήσει το κλίμα ασφάλειας των ασθενών στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου και για να διερευνηθούν οι δημογραφικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που το επηρεάζουν. Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε, η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αποτίμησης του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών τόσο στην Κύπρο όσο και στο διεθνή χώρο.

Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 85,8% και βρέθηκε πολύ πιο ψηλό, συγκριτικά με το αντίστοιχο ποσοστό παρόμοιων ερευνών του εξωτερικού, το οποίο κυμαίνεται από 42% μέχρι 77%.<sup>[140]</sup> Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν νοσηλευτές (46,3%), κάτι που αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τη συντριπτική πλειοψηφία τους, έναντι άλλων επαγγελματικών ειδικοτήτων στο ΟΚΤΚ και επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία, το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής σε τέτοιου τύπου έρευνες, το κατέχουν οι νοσηλευτές.<sup>[141]</sup>

Από τα σημαντικότερα αποτελέσματα της μελέτης, είναι αυτά που αφορούν το μέσο ποσοστό θετικό απαντήσεων για τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, το οποίο κυμάνθηκε από 20,97%-69,88%. Με βάση λοιπόν τις απαντήσεις του προσωπικού, οι παράμετροι για τις οποίες βρέθηκε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων ήταν η «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», «η οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και «η ανατροφοδότηση-επικοινωνία για τα λάθη». Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε άλλες έρευνες που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο HSOPSC, αφού σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η παράμετρος «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», συγκέντρωσε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων στην πλειοψηφία των ερευνών, ενώ σε αρκετές έρευνες παρουσιάστηκε υψηλή βαθμολογία και για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση». Από την άλλη το χαμηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων παρατηρήθηκε για τις ίδιες παραμέτρους, που συγκέντρωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στη μελέτη του AHRQ για το έτος 2012<sup>[131]</sup> και αφορούσαν «τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», «τη στελέχωση» και τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

Η θετική αντίληψη των συμμετεχόντων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του ΟΚΤΚ», συγκέντρωσε το ψηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων και δείχνει σε μεγάλο βαθμό το κλίμα καλής συνεργασίας και αλληλοϋποστήριξης που υπάρχει

ανάμεσα στο προσωπικό, που εργάζεται στην ίδια μονάδα του νοσοκομείου. Ενδεικτικό είναι το στοιχείο ότι το 78,4 % των συμμετεχόντων δήλωσε πως όταν υπάρχει πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργάζονται ομαδικά για να την τελειώσουν. Το πιο πάνω αποτέλεσμα κρίνεται ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, αν λάβει κανείς υπόψη πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ομαδική εργασία μεταξύ των εργαζομένων, στην ανάπτυξη θετικού κλίματος ασφάλειας στο πολύπλοκο και απαιτητικό περιβάλλον του νοσοκομείου.<sup>[142]</sup> Αντίθετα, το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων για την παράμετρο «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» δεν θεωρείται ικανοποιητικό (56,06) και δηλώνει ουδέτερη στάση του προσωπικού, για τη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.

Το ψηλό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων (68,5%), που βρέθηκε για την παράμετρο «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», δείχνει τη θετική άποψη των συμμετεχόντων για τις δραστηριότητες που αναπτύσσονται στο ΟΚΤΚ για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή καθώς και για τις θετικές αλλαγές, που έχουν οδηγήσει τα λάθη. Πάντως θετικό κλίμα για τη συγκεκριμένη παράμετρο παρατηρήθηκε και στις έρευνες των Jones και συν.,<sup>[120]</sup> Agnew και συν.,<sup>[121]</sup> Nie και συν.,<sup>[130]</sup> El-Jardali και συν.,<sup>[128]</sup> και Al-Ahmadi <sup>[122]</sup> που έγιναν στις ΗΠΑ, Σκωτία, Κίνα, Λίβανο και Σαουδική Αραβία αντίστοιχα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι η παράμετρος «ανατροφοδότηση-επικοινωνία για τα λάθη», παρουσίασε μια από τις ψηλότερες βαθμολογίες, κάτι το οποίο δεν βρέθηκε στις διεθνείς έρευνες που ανασκοπήθηκαν. Το πιο πάνω αποτέλεσμα, εκφράζει την ικανοποίηση των εργαζομένων αναφορικά με την ενημέρωση που έχουν, για τα λάθη που συμβαίνουν στο Κέντρο και τους τρόπους αποφυγής τους. Κάτι τέτοιο πιθανόν να εξηγείται από τη διαπίστευση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών που έχει το νοσοκομείο, η οποία απαιτεί τη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας. Η πιο πάνω άποψη ενισχύεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας των El-Jardali και συν.,<sup>[69]</sup> τα οποία έδειξαν ότι η διαπίστευση του νοσοκομείου, σχετίζεται με ψηλότερες βαθμολογίες για πολλές παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας, συμπεριλαμβανομένου και της «ανατροφοδότησης-επικοινωνίας για τα λάθη».

Από την άλλη, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το προσωπικό έχει αρνητική άποψη για το κλίμα που υπάρχει στο νοσοκομείο ως προς την παράμετρο που εξετάζει την μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, η οποία συγκέντρωσε το χαμηλότερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων (20,97%). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα υποδηλώνει το αρνητικό κλίμα, που επικρατεί στους εργαζόμενους, για το ότι ενοχοποιείται το άτομο που διέπραξε το λάθος και παράλληλα αντικατοπτρίζει το φόβο τους, για πιθανή τιμωρία στα λάθη που διαπράττουν και για την καταγραφή των λαθών στον υπηρεσιακό τους φάκελο. Ο φόβος για τιμωρία, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η αναφορά συμβάντων

από τους εργαζομένους, πρέπει να γίνεται στους προϊστάμενους τους, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα για απευθείας υποβολής των συμβάντων, στην επιτροπή του νοσοκομείου που διαχειρίζεται τα λάθη που συμβαίνουν. Πάντως η πιο πάνω εικόνα αποτελεί συχνό φαινόμενο στα νοσοκομεία (παρατηρήθηκε στην πλειοψηφία των ερευνών της βιβλιογραφικής ανασκόπησης) και κρύβει κινδύνους για πιθανή συγκάλυψη λαθών από το προσωπικό, λόγω του φόβου τιμωρίας.

Παρά το αρνητικό κλίμα που υπάρχει για την τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, το προσωπικό αναφέρει περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα το χρόνο από ότι γίνεται σε άλλα νοσοκομεία της Κύπρου και του εξωτερικού. Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως έγιναν 1-2 αναφορές, ενώ μόνο το 35,3% δήλωσε ότι δεν έκανε καμία αναφορά τους τελευταίους 12 μήνες. Σε έρευνα που έγινε σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου, το ποσοστό του προσωπικού που δεν ανέφερε κανένα συμβάν έφτασε το 60%,<sup>[133]</sup> ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις έρευνες της ανασκόπησης κυμάνθηκε πάνω από 50%. Η διαφορετική εικόνα που παρουσιάζεται στο Κέντρο ως προς την αναφορά των λαθών, πιθανόν να οφείλεται στο σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων που υπάρχει στο νοσοκομείο ή και στην αντίληψη που έχει το προσωπικό για τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν τα λάθη στους ογκολογικούς ασθενείς.

Επιπρόσθετα, η χαμηλή βαθμολογία που καταγράφηκε για την παράμετρο «στελέχωση», δηλώνει το αρνητικό κλίμα που υπάρχει στους συμμετέχοντες, αναφορικά με την επάρκεια σε προσωπικό και την καταλληλότητα του ωραρίου εργασίας. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος διαφωνεί ότι υπάρχει αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσει το φόρτο εργασίας και παράλληλα διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι εργάζονται πάνω από 39 ώρες την εβδομάδα. Η εικόνα της υποστελέχωσης των τμημάτων εκφράζεται και σε αρκετά σχόλια των συμμετεχόντων και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης λαθών και πρόκλησης επιπλοκών στους ασθενείς.<sup>[95,96,97]</sup>

Αποθαρρυντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα τα οποία αφορούν τις «μεταφορές-διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», αφού το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων βρέθηκε κάτω από 50%. Αυτό δείχνει ότι το προσωπικό πιστεύει ότι σημαντικές πληροφορίες, που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών, χάνονται κατά την αλλαγή βάρδιας ή κατά τη μεταφορά ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη επικοινωνίας που παρατηρείται κατά τη διαδικασία μεταφοράς των ασθενών<sup>[143]</sup> ή στη μη αποτελεσματική διαχείριση των πιεστικών καταστάσεων, που συχνά παρατηρούνται στο χώρο του νοσοκομείου.<sup>[144]</sup> Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε άλλες έρευνες και ιδιαίτερα στην έρευνα των Wagner και συν., που έγινε σε νοσοκομεία των ΗΠΑ, της Ολλανδίας και της Ταϊβάν, οι

«μεταφορές/διακομιδές των ασθενών», παρουσίασαν τη χαμηλότερη βαθμολογία από όλες τις παραμέτρους.<sup>[132]</sup>

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι απόψεις του προσωπικού για την «ανοιχτή επικοινωνία» και για «την υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή». Πιο συγκεκριμένα, η βαθμολογία για την «ανοιχτή επικοινωνία», δε θεωρείται ικανοποιητική, αφού το μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων βρέθηκε 50,17%. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, υποδεικνύει ότι στο Κέντρο έχει διαμορφωθεί ουδέτερο κλίμα, για την ελευθερία έκφρασης απόψεων και για την αμφισβήτηση των αποφάσεων των ανωτέρων, σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενή. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και για τις «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια», παρόλο που οι συμμετέχοντες έχουν θετική άποψη για τη στήριξη και τις ενέργειες της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας. Αντίθετα, στη σχετική έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν τη στάση των προϊσταμένων τους ως θετική, ενώ ήταν επιφυλακτικοί για τη στάση της διοίκησης του νοσοκομείου.<sup>[115]</sup>

Πάντως σε επίπεδο τμήματος, το κλίμα ασφάλειας στο Ογκολογικό Κέντρο κρίνεται πολύ καλό, αφού το 80,1% των συμμετεχόντων αξιολόγησε την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργαζόταν, από πολύ καλή ως άριστη, ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που εξέφρασαν θετικά σχόλια για το ικανοποιητικό επίπεδο ασφάλειας των τμημάτων που εργάζονται. Συγκριτικά με τη διεθνή βιβλιογραφία, το πιο πάνω αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικό, αφού το αντίστοιχο ποσοστό των συμμετεχόντων, που βαθμολόγησαν το τμήμα που εργάζονταν με άριστα ή πολύ καλά ως προς την ασφάλεια του ασθενή, κυμάνθηκε από 60%-76%, ενώ στην μοναδική έρευνα που έγινε στην Κύπρο, το συγκεκριμένο ποσοστό βρέθηκε μόλις 52,7%.<sup>[133]</sup>

Αναφορικά με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, η εμπειρία αναδείχθηκε σε καθοριστική μεταβλητή για το κλίμα ασφάλειας του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα το προσωπικό με εμπειρία στο νοσοκομείο ή στη μονάδα του νοσοκομείου μικρότερη των 5 ετών, αξιολόγησε πιο θετικά την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας του ασθενή», συγκριτικά με το προσωπικό που είχε εμπειρία 6-10 έτη εργασίας. Επίσης, οι εργαζόμενοι με εμπειρία στο νοσοκομείο μικρότερη των 5 ετών, είχαν πιο θετική αντίληψη για τις «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων τους για την ασφάλεια του ασθενή», συγκριτικά με αυτούς που έχουν εμπειρία 6-10 έτη εργασίας. Βρέθηκε λοιπόν, ότι το πιο έμπειρο προσωπικό του Κέντρου, έχει περισσότερες απαιτήσεις και είναι λιγότερο ικανοποιημένο από τη διοίκηση του νοσοκομείου και τους προϊσταμένους των τμημάτων, για τις ενέργειες τους σε θέματα ασφάλειας, από ότι το προσωπικό με λιγότερα έτη εργασίας. Αντίθετα, η μοναδική σχετική έρευνα που έγινε στην Κύπρο,

έδειξε ότι οι πιο έμπειροι νοσηλευτές, είχαν πιο θετική αντίληψη για τη στήριξη της διοίκησης, συγκριτικά με αυτούς είχαν μικρότερη προυπηρεσία.<sup>[133]</sup>

Επίσης το προσωπικό με εμπειρία μεγαλύτερη από 11 έτη εργασίας στο νοσοκομείο ή στη μονάδα του νοσοκομείου, ανέφερε περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες, συγκριτικά με το προσωπικό με εμπειρία μικρότερη των 5 χρόνων. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και στην έρευνα των El-Jardali και συν., η οποία έδειξε ότι η αύξηση των ετών εργασίας στο νοσοκομείο συσχετίζεται θετικά με τον αριθμό των συμβάντων που αναφέρονται.<sup>[69]</sup> Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, το γεγονός αυτό εξηγείται από το ότι με την αύξηση των ετών εργασίας, οι εργαζόμενοι ενημερώνονται καλύτερα για τις πρακτικές ασφάλειας, που εφαρμόζονται στο νοσοκομείο που εργάζονται.

Από την άλλη, οι μεταβλητές που σχετίζονται με τη νοσοκομειακή θέση και τις εβδομαδιαίες εργατοώρες, βρέθηκε ότι επηρεάζουν την αντίληψη του προσωπικού για τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου». Συγκεκριμένα, το προσωπικό που εργάζεται 20-38 ώρες τη βδομάδα, αξιολογεί πιο ευνοϊκά τις «μεταφορές και διακομιδές ασθενών», από ότι το προσωπικό που εργάζεται περισσότερες από 39 ώρες τη βδομάδα. Επίσης οι νοσηλευτές έχουν πιο θετική αντίληψη για τη συγκεκριμένη παράμετρο από ότι το λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι νοσηλευτές έχουν περισσότερη επαφή και επικοινωνία με τους ασθενείς, από ότι το υπόλοιπο προσωπικό, οπότε έχουν περισσότερες ευκαιρίες για να διαμορφώσουν πιο θετική αντίληψη για θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενή.<sup>[131,145]</sup>

Τέλος, δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως είναι το φύλο και η ηλικία, βρέθηκαν να επηρεάζουν την αντίληψη τους, για την παράμετρο «ανοιχτή επικοινωνία» και την αξιολόγησή τους, για την επίδοση του τμήματος που εργάζονται. Έτσι οι γυναίκες είχαν πιο θετική αντίληψη για την «ανοιχτή επικοινωνία» από ότι οι άντρες, ενώ οι εργαζόμενοι με ηλικία 30-39 ετών, αξιολόγησαν με ψηλότερη βαθμολογία την επίδοση του τμήματος τους (ως προς την ασφάλεια του ασθενή), από ότι οι εργαζόμενοι που ήταν κάτω από 29 ετών.

## **6.2 Περιορισμοί της μελέτης**

Στους περιορισμούς της μελέτης, περιλαμβάνεται το μη ικανοποιητικό δείγμα για ορισμένες υποκατηγορίες, οπότε για την αποφυγή στατιστικής παραβίασης των κανόνων, έγινε συγχώνευση κάποιων υποκατηγοριών. Επιπρόσθετα για τις παραμέτρους που αφορούσαν τη «στελέχωση» και την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», ο συντελεστής Cronbach's alpha βρέθηκε



μικρότερος του 0,6 , γεγονός που υποδηλώνει μη ικανοποιητική εσωτερική συνάφεια για αυτές τις παραμέτρους. Ακόμη τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν και για τις άλλες δύο δημόσιες ογκολογικές κλινικές της Κύπρου, αφού η έρευνα αφορούσε μόνο τους επαγγελματίες υγείας του Ογκολογικού Κέντρου, που είναι νοσοκομείο ιδιωτικού τομέα.

### **6.3 Συμπεράσματα**

Συμπερασματικά το πρόβλημα των ιατρικών λαθών είναι υπαρκτό και οι κίνδυνοι που προκύπτουν από αυτά, είναι ιδιαίτερα αυξημένοι στην περίπτωση των ογκολογικών ασθενών. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει κατανοητό, ότι τα λάθη συμβαίνουν ακόμα και στους καλύτερους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας και ότι τα συστήματα τα οποία στηρίζονται στο αλάθητο των επαγγελματιών υγείας, είναι καταδικασμένα να αποτύχουν. Για την αποτελεσματική διαχείριση των λαθών απαιτείται η διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας, η οποία διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην ασφάλεια του ασθενούς.

Πάντως, η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, συντείνει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας και αποτελεί την αφετηρία για τη συνεχή βελτίωση της απόδοσης των νοσοκομείων σε θέματα ασφάλειας. Ειδικότερα στην περίπτωση των ογκολογικών κλινικών, αποτελεί επιτακτική ανάγκη, αφού οι απαιτήσεις για την ασφάλεια των ογκολογικών ασθενών είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

Μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, υποδεικνύεται ότι το κλίμα ασφάλειας αποτελεί σύνθετη μεταβλητή, που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την ηγεσία, τις πρακτικές ασφάλειας, το εργασιακό περιβάλλον και το προσωπικό. Από την παρούσα έρευνα, επιβεβαιώθηκε ότι το κλίμα ασφάλειας επηρεάζεται από τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του προσωπικού. Μάλιστα η πιο καθοριστική μεταβλητή για το κλίμα ασφάλειας στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου, αποτελεί η εμπειρία στο νοσοκομείο, αφού επιδρά στην αντίληψη του προσωπικού για την «υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας», «τις προσδοκίες-δράσεις των προϊστάμενων/διευθυντών για την ασφάλεια του ασθενή» και στον αριθμό των συμβάντων που αναφέρονται.

Επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώνεται ότι το κλίμα ασφάλειας που επικρατεί στο Κέντρο κρίνεται θετικό, τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και ως προς τη συχνότητα αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων. Γενικά εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, υφίσταται καλό υπόβαθρο ασφάλειας και παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον από το προσωπικό, για την αναφορά των λαθών που γίνονται.

Αναφορικά όμως με τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας του νοσοκομείου, για κάποιες από αυτές το κλίμα θεωρείται θετικό, ενώ για κάποιες άλλες υπάρχουν πολλά περιθώρια βελτίωσης. Ενθαρρυντικό είναι το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι υπάρχει αρμονική συνεργασία εντός τμημάτων, ικανοποιητική οργανωσιακή μάθηση και αποτελεσματική επικοινωνία για τα λάθη που συμβαίνουν. Μάλιστα το θετικό κλίμα που υπάρχει αναφορικά με την επικοινωνία και την αναφορά λαθών, αποτελεί ιδιομορφία του νοσοκομείου συγκριτικά με νοσοκομεία άλλων ειδικοτήτων.

Από την άλλη, η αρνητική αντίληψη του προσωπικού για τη «στελέχωση», «την τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και τις «μεταφορές/διακομιδές των ασθενών», αποτελούν τα σημαντικότερα εμπόδια για την ανάπτυξη πιο θετικού κλίματος ασφάλειας στο Ογκολογικό Κέντρο. Επομένως η αντιμετώπιση των πιο πάνω αδυναμιών, θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο της διοίκησης του νοσοκομείου, για την περαιτέρω βελτίωση της συνολικής απόδοσης του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας.

## 6.4 Εισηγήσεις

Για την επίτευξη του πιο πάνω, η διοίκηση του νοσοκομείου, θα πρέπει να στηριχθεί στα θετικά αποτελέσματα που έχουν βρεθεί και να προβεί στις απαραίτητες διορθωτικές παρεμβάσεις, στις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας που χρήζουν βελτίωσης. Συγκεκριμένα, το σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων που διαθέτει το Κέντρο, θα πρέπει να αντικατασταθεί από ένα σύστημα «εμπιστευτικής αναφοράς» που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ,<sup>[146]</sup> όπου η υποβολή των λαθών θα γίνεται ηλεκτρονικά και ανώνυμα, χωρίς τη μεσολάβηση του διευθυντή των τμημάτων. Επίσης μέσα από εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα, θα πρέπει να καλλιεργηθεί στο προσωπικό η αντίληψη ότι στόχος της αναφοράς συμβάντων, δεν είναι η τιμωρία του ατόμου που διέπραξε το λάθος, αλλά η ανάπτυξη μεθόδων αποφυγής παρόμοιων συμβάντων στο μέλλον.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να γίνει ενδυνάμωση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας και ικανοποιητική στελέχωση των τμημάτων. Ακόμη για τη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας για τις «μεταφορές-διακομιδές των ασθενών», επιβάλλεται να καθοριστεί και να τηρηθεί η διαδικασία, που θα πρέπει να ακολουθείται κατά τη μεταφορά ασθενών εντός του νοσοκομείου, ενώ παράλληλα θα πρέπει να ενισχυθεί η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, μέσω αποτελεσματικών μεθόδων διοίκησης.

Από την άλλη, περαιτέρω έρευνα στις ογκολογικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου, με τη χρήση του ερωτηματολογίου HSOPSC, θα παρείχε τη δυνατότητα σύγκρισης των

αποτελεσμάτων και ανίχνευσης διαφορών του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών, ανάμεσα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

Τέλος η περαιτέρω δραστηριοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας σε θέματα ασφάλειας του ασθενή, ο καθορισμός προτύπων ποιότητας και η υποχρεωτική εφαρμογή προγραμμάτων αξιολόγησης του κλίματος ασφάλειας, θα συμβάλλουν θετικά στην βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, τόσο στο Ογκολογικό Κέντρο Τράπεζας Κύπρου όσο και στα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας.

## 7.Βιβλιογραφία

- 
- [<sup>1</sup>] American Nurse Association. Nursing quality indicators: definitions and implications. DC: American Nurses Publishing, Washington, 1996
- [<sup>2</sup>] Nelson A.R. Measuring performance and improving quality. Hospital Management International. International Hospital Federation. Sterling Publications Limited London, 1996
- [<sup>3</sup>] Hartmann G. Quality management in radiotherapy. In: Schlegel W, Bortfeld T, Grosu AL, eds. New technologies in radiation oncology. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006
- [<sup>4</sup>] Κυρίτση Ε. Νοσοκομειακή Περίθαλψη και Ασφάλεια των Ασθενών. Νοσηλευτική 2009; 48(1):5-6
- [<sup>5</sup>] Graf J, Von den Driesch A, Koch K, Jansseus V. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scan 2005; 49: 930-939.
- [<sup>6</sup>] Rand Corporation. Improving Patient Safety in the EU in 2008. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης [3.7.2009]; 2009
- [<sup>7</sup>] Kohn L CJ, Donaldson M, (eds.). To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2000
- [<sup>8</sup>] Paine L.A, Rosenstein B.J, Sexton J.B, Kent P, Holzmueller C.G, Pronovost P.J. Assessing and improving safety culture throughout an academic medical centre: a prospective cohort study. Quality and Safety in Health Care, 2010; 19(6):547
- [<sup>9</sup>] European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Patient safety: a worldwide issue. High Level Group on Health Services and Medical Care, HLG/2004/13. Available From:[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/highlevel\\_2004\\_019\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/highlevel_2004_019_en.pdf), [Access: June 2013]
- [<sup>10</sup>] World Health Organization (WHO). Quality assurance in radiotherapy. Geneva.1988.
- [<sup>11</sup>] J.O Jacobson et al. Revisions to the 2009 American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society. Chemotherapy Administration Safety Standards: Expanding the Scope to Include Inpatient Settings. Oncology Nursing Forum, January 2012; 39(1), 31-38
- [<sup>12</sup>] Leer JW, Mckenzie A, Scalliet P, Thwaites DI. Practical guidelines for the implementation of a quality system in radiotherapy. ESTRO physics for clinical radiotherapy booklet No. 4. Brussels, Belgium: European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO); 1998
- [<sup>13</sup>] ASHP Council on Professional Affairs: ASHP guidelines on preventing medication errors with antineoplastic agents. Am J Health Syst Pharm 2002; 59:1648-1668
- [<sup>14</sup>] Eunetpass, CATALOGUE: currently used patient safety culture instruments in Europe. In The ESQH-Office for Quality Indicators. Aarhus; 2009. Available From: <http://90plan.ovh.net/>

---

extranetn/images/EUNetPaS\_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf [Access: June 2013].

[15] EUNetPaS Patient Safety Culture Instruments used in Member States EUNetPaS, 2009. Available From: [http://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS\\_Publications/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf](http://90plan.ovh.net/extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf) [Access: June 2013]

[16] Leape L. Scope of Problem and History of Patient Safety. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2008; (35): 1–10

[17] Singla K, Barrett T, Weissman J, Campbell E. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools 2006; 2(3):105-115

[18] Department of Health (2000): “An organization with memory”. London: The Stationery Office. Available at: [www.doh.gov.uk/org](http://www.doh.gov.uk/org) [Access: June 2013]

[19] Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ανακοίνωση της επιτροπής στο ευρωπαϊκό κοινοβούλιο και το συμβούλιο σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Διαθέσιμο: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_com2008\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_el.pdf) [Πρόσβαση: Ιούνιος 2013]

[20] Patient Safety – Making it Happen. Luxembourg Declaration on Patient Safety. European Commission 2005. Available From: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_com2008\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_el.pdf) [Access: June 2013]

[21] ΛΕΥΚΗ ΒΙΒΛΟΣ. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013. Available From: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2007/com2007\\_0630el01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2007/com2007_0630el01.pdf) [Πρόσβαση: Ιούνιος 2013]

[22] Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια του Ασθενή. Διαθέσιμο: <http://www.ekevyl.gr/?lang=el&secid=157> (Πρόσβαση: Αύγουστος 2013)

[23] Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ανακοίνωση της επιτροπής στο ευρωπαϊκό κοινοβούλιο και το συμβούλιο σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Βρυξέλλες, 15.12.2008

[24] World Health Organization. Patient Safety. Global Priorities for Patient Safety Research. Geneva: WHO Publications; 2009

[25] Κυρίτση Ε. Νοσοκομειακή Περίθαλψη και Ασφάλεια των Ασθενών. *Νοσηλευτική* 2009; 48(1):5 – 6

[26] NPSF: Death by Medicine. Boston; 1997. Available From: <http://www.npsf.org> [Access: August 2013]

- 
- [27] World Health Organization. Patient safety Facts and Figures. Available From: <http://www.euro.who.int/en/what-wedo/health-topics/Health-systems/patient-safety/facts-and-figures> [Access: August 2013]
- [28] Ταραμπέ, Σταματόπουλος, Τσαγκαράκης. Οι οικονομικές επιπτώσεις του ιατρικού σφάλματος. *Περιοδικό Ιατρικό Βήμα* 2006; 103: 40-44
- [29] European Commission. Special Eurobarometer. Patient safety and quality of healthcare. Full report. Brussels; 2010
- [30] The National Steering Committee on Patient Safety: Building a Safer System. Canada; 2002
- [31] World Health Organization. Patient safety research. Assessing and tackling patient harm. Geneva, 2010
- [32] Lester H, Tritter J. Medical Error: A discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Medical education* 2001; 35:855-861
- [33] Blegen M, Goode C, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47 (1): 43-50
- [34] Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clark S, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004; 42: 1157-1166
- [35] Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burn-out, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987-1993
- [36] Kovner C, Gergen P.J. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Journal of nursing scholarship* 1998; 30(4):315-321
- [37] Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D, Silber J. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290(12):1617
- [38] Lustig A. Medication error prevention by pharmacists – an Israeli solution. *Pharmacy World and Science* 2000; 22, 21–25.
- [39] Blendon R, Schoen C , DesRoches C , Osborn R , Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries . *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 106 – 21
- [40] Ko C , Chaudhry S . The need for a multidisciplinary approach to cancer care. *J Surg Res* 2002; 105: 53 – 7
- [41] Surbone A, Rowe M, Gallagher T. Confronting Medical Errors in Oncology and Disclosing Them to Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology* 2007; 25(12):1463-1467
- [42] Whippen D, Canellos G. Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991; 9:1916-1920
- [43] Rowe M. Doctors' responses to medical errors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004; 52:147-163

- 
- [44] Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, Pamer C. Retrospective analysis of mortalities associated with medication error. *Am J Health Syst Pharm* 2001; 58:1835-1834
- [45] Schulmeister L. Chemotherapy medication errors: Descriptions, severity, and contributing factors. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26:1033-1042
- [46] Muller T. Typical medication errors in oncology: analysis and prevention strategies. *Onkologie* 2003; 26, 539–544
- [47] Rowe M, Surbone A, Gallagher T. Medical errors in oncology: Patients and physicians attitudes and management strategies. *Am Soc Clin Oncol Ed Book* 2005; 248-251
- [48] Patton G, Gaffney D, Moeller J. Facilitation of radiotherapeutic error by computerized record and verify systems. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 56(1):50-57
- [49] Williams M. Improving patient safety in radiotherapy by learning from near misses, incidents and errors. *Br J Radiol* 2007 May;80(953):297-301
- [50] Sharfiq J, Barton M, Noble D. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. *Radiotherapy Oncol* 2009;92(1):15-21
- [51] Raymond W. Culture. Τρίτη έκδοση, Γλασκώβη: Fontana Press;1986
- [52] Tylor E. Primitive culture. New York, Harper Torchbooks, 1958 (original in 1871)
- [53] Leininger M. Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices. USA, McGraw Hill Inc, 1995
- [54] Κασίνη Α. Η οργανωσιακή κουλτούρα και ο βαθμός ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην ιδιωτική περίθαλψη της Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2012. Διαθέσιμο: <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/392/???-2012-00109.pdf?sequence=1> [Πρόσβαση: Ιούνιος 2013]
- [55] Hoy K, Tarter J, Kottkamb B. The nature of the workplace in open schools/healthy schools measuring organizational climate. Columbus: Arlington Writers Ltd; 1997
- [56] Oden. Managing corporate culture, innovation, and entrepreneurship. Quorum Books, United States of America; 1997
- [57] Μπούτου Β, Ινιωτάκη Ε. Η οργανωσιακή κουλτούρα και η σχέση της με τις ανθρώπινες δεξιότητες. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου; 2007. Διαθέσιμο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/sdo/ba/2007/Iniotaki/document/2007Iniotaki.pdf> [Πρόσβαση: Ιούνιος 2013]
- [58] Gershon R, Stone P, Bakken S. Measurement of organizational culture and climate in health care. *J Nurs Adm.* 2003; 34(1):33–40
- [59] International Nuclear Safety Advisory Group –INSAG:“Safety Culture”. Report 75-INSAG 4- International Atomic Energy Agency, Vienna 2001

- 
- [60] ACSNI, Advisory committee on the safety of nuclear installations: Human Factors Study Group Third Report: Organising for safety. HSE Books, Sheffield 1993
- [61] Human Engineering for the Health and Safety Executive. A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit. Bristol, 2005
- [62] Yule S. Safety culture and safety climate: A review of the literature. Available from: [http://www.efcog.org/wg/ism\\_pmi/docs/Safety\\_Culture/Feb08/safety\\_culture\\_and\\_safety\\_climate\\_a\\_review\\_of\\_the\\_literature.pdf](http://www.efcog.org/wg/ism_pmi/docs/Safety_Culture/Feb08/safety_culture_and_safety_climate_a_review_of_the_literature.pdf) [ Access: July 2013]
- [63] Blegen MA, Pepper GA, Rosse J. Safety Climate on Hospital Units: A New Measure. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20592/> (Access: August 2013)
- [64] Kho ME, Perri D, McDonald E, Waugh L, Orlicki C, Monaghan E, Cook DJ. The climate of patient safety in a Canadian intensive care unit. *Crit Care* 2009;24:469e7-13
- [65] Guldenmund F. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science* 2000; 34:215-57
- [66] Sexton JB, Holzmueller CG, Pronovost PJ, Thomas EJ, McFerran S, Nunes J, Thompson DA, Knight AP, Penning DH, Fox HE. Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J Perinatol*. 2006; 26(8):463-70
- [67] Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress*, 1998; 12, 293-306
- [68] Sammer C, Lykens K, Singh K, Mains D, Lackan N. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42(2):156-165
- [69] El Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 2011; 11(45):1-12
- [70] Sorra JS, Nieva VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD; 2004
- [71] Cooper M. Towards a model of safety culture. *Safety Science* 2000; 36:111-136
- [72] Leape LL. Reporting of Adverse Events. *N Engl J Med* 2002; 347:1633-1638
- [73] Yates GR., Brend DL, Sayles SM, Stockmeier CA, Burke G, Merti GE. Building and sustaining system wide culture of safety. *Journal of Quality and Patient Safety* 2005; 31(12): 684-689
- [74] Leape LL. 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



- 
- [75] 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: May 13)
- [76] Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(1):85-90
- [77] Roberts KH, Yu K, Van Stralen D. Patient safety as an organizational systems issue: lessons from a variety of industries. In: Youngberg BJ, Hatlie MJ, eds. *The Patient Safety Handbook*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett; 2004:169-186
- [78] Chiang HY, Lin SY, Hsu SC, Ma SC. Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook* 2010; 58 (1):17-25.
- [79] Lin YH and Ma SM. Willingness of Nurses to Report Medication Administration Errors in Southern Taiwan: A Cross-Sectional Survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2009; 6(4):237–245.
- [80] Mayo AM and Duncan D. Nurse Perceptions of Medication Errors. What We Need to Know for Patient Safety. *Journal of Nursing care quality* 2004; 19 (3): 209-217
- [81] Jeongeun K, Kyungh A, Minah KK, Sook HY. Nurses Perception of Error Reporting and Patient Safety Culture in Korea. *Western Journal of Nursing Research* 2007; 29 (7): 827-844
- [82] Argyris C and Schön D. *Organizational learning: A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley 1978
- [83] 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
- [84] McCarthy D and Blumenthal D. Stories from the sharp end: Case studies in safety improvement. *Milbank Quarterly* 2006; 84(1): 165–200
- [85] Maechem J. Wisdom and the context of knowledge. In: Kuhn D, Maechem J., (eds.). *Contributions in Human Development*. Basel: Karger 1993;8:111-134
- [86] 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
- [87] Δημητριάδου-Παντέκα Α, Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ, Ντιό Ε. Διερεύνηση νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετερο-επαγγελματικής συνεργασίας. *Νοσηλευτική* 2010; 49(1): 91–100
- [88] Kydona C, Malamis G, Giasnetsova T, Tsiora V, Gritsi-Gerogianni N. The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *Hippokratia* 2010; 14(2): 94–97

- 
- <sup>[89]</sup> Wear D, Keck-McNulty C. Attitudes of female nurses and female residents toward each other: A qualitative study in one US teaching hospital. *Acad Med* 2004; 79:291–301
- <sup>[90]</sup> Sterchi LS. Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN J* 2007; 86:45–57
- <sup>[91]</sup> Nunes J and McFerran S. The perinatal patient safety project: New can be great. *The Permanente Journal* 2005; 9(1): 25-27
- <sup>[92]</sup> Huang D, Clermont G, Kong L, Weissfeld L, Rowan K, Angus D. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *Int J Qual Health Care* 2010; 22 (3): 151-161
- <sup>[93]</sup> I-S Kim, M Park, M-Y Park, H Yoo, J Choi. Factors Affecting the Perception of Importance and Practice of Patient Safety Management among Hospital Employees in Korea. *Asian Nursing Research* 2013; 7(1): 26-32
- <sup>[94]</sup> 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
- <sup>[95]</sup> Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospitals. Final report for Health Resources and Services Administration. Contract No. 230-99-0021. Harvard School of Public Health, Boston, MA 2001
- <sup>[96]</sup> Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. Evidence Report/Technology Assessment Number 74.(Prepared by Oregon Health & Science University under Contract No. 290-97-0018.) AHRQ Publication No. 03-E031. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2003
- <sup>[97]</sup> Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-93
- <sup>[98]</sup> Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Zdevinsky K. Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals. *N Engl J Med*; 2002; 346:1415-1422
- <sup>[99]</sup> Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47 (1): 43-50
- <sup>[100]</sup> Lankshear A, Sheldon T, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *ANS Adv Nurs Sci.* 2005; 28(2):163-74
- <sup>[101]</sup> Australian Medical Association. AMA safe hour's audit. ACT: Australian Medical Association 2006
- <sup>[102]</sup> Rogers et al. Hospital Staff Nurse Work Hours and Patient Safety. *Health Affairs* 2004; 23(4): 202-212
- <sup>[103]</sup> Narumi J. Analysis of human error in Nursing care. *Accident analysis and prevention.* 1991; 31: 625-629.

- 
- [104] Μιχοπάνου Ν, Μόνιου Α. Τα λάθη στην κλινική Πράξη. Νοσοκομειακά Χρονικά 2010; 72: 380-385
- [105] Rogers A, Hwang W, Scott LP, Aiken LH, Dingers DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs* 2004; 4: 202 – 212
- [106] Ζηλλή Σ, Θωμά Ε, Παπαδοπούλου Κ. Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας. Πτυχιακή Εργασία. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Ίδρυμα, 2009
- [107] Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2007; 20:620-632
- [108] NHS. National Patient Safety Agency Foresight Training. Resource Pack . London; 2008
- [109] Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit.Care Med.* 2007;35(5):1312-1317
- [110] Sorra JS, Nieva VF. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12(2):17–23
- [111] Smits M, Wagner C, Spreeuwenberg P, Wal G, Groenewegen PP. Measuring patient safety culture: an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* 2009;18:292-296
- [112] Neal A, Griffin A. Safety climate and safety at work. In: Barling J, Frone M., *The psychology of workplace safety.* Washington, DC: American Psychological Association; 2004
- [113] Hutchinson A, Cooper KL, Dean JE, McIntosh A, Patterson M, Stride CB et al. Use of a safety climate questionnaire in UK health care: factor structure, reliability and usability. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 347–353
- [114] Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurement of organizational culture in Health Care: a review of available instruments. *HSR* 2003; 38(3):923-945
- [115] Ασημένια Ν. Μέτρηση του Κλίματος Ασφάλειας των Ασθενών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη Χρήση Ερωτηματολογίου. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, 2010
- [116] Singla A, Kitch B, Weissman J, Campbell E. Assessing Patient Safety Culture: A Review and Synthesis of the Measurement Tools. *Journal of Patient Safety* 2006; 2 (3): 105- 115
- [117] Kristensen S and Bartels P. Patient Safety Culture: assessment instruments. In: *Patient Safety Toolbox*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2007
- [118] Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians, *Crit Care Med* 2003; 31(3): 956-959

- 
- [119] Sexton B, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6(44): 1-10
- [120] Jones K, Skinner A, Xu L, Sun J, Mueller K. The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs. Available at: [http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones\\_29.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol2/advances-jones_29.pdf) (Accessed July 2013)
- [121] Agnew C, Flin R, Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviors in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research* 2013; 45: 95–101
- [122] Al-Ahmadi T. Measuring Patient Safety Culture in Riyadh's Hospitals: A Comparison between Public and Private Hospitals. *J Egypt Public Health Assoc* 2009; 84( 5 & 6): 480-500
- [123] Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses perceptions of patient safety climate in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2012; 28:344-354
- [124] Bodur S and Filiz E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21(5): 348–355
- [125] Bodur S and Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of “Hospital Survey on Patient Safety Culture” and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 2010; 10:28
- [126] Castle N, Wagner L, Perera S, Ferguson J and Handler S. Comparing the Safety Culture of Nursing Homes and Hospitals. *Journal of Applied Gerontology* 2009; 30(1): 22–43
- [127] Chi Chen & Hung-Hui Li. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 2010; 10:152
- [128] El Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R. The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; 22 (5): 386–395
- [129] Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2010; 23( 5), 489-506
- [130] Nie Y, Mao X, Cui H, He S, Li J, Zhang M. Hospital survey on patient safety culture in China. *BMC Health Services Research* 2013; 13:228
- [131] Sorra J, Famolaro T, Dyer N, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 user comparative database report. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2012. AHRQ Publication No. 12-0017
- [132] Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang C. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2013; 1–9

- 
- <sup>[133]</sup> Κούσουλος Γ. Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές σε δημόσιο νοσοκομείο της Κύπρου. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2013. Διαθέσιμο: <http://kypseli.ouc.ac.cy/bitstream/handle/11128/1143/???-2012-00128.pdf?sequence=1> [Πρόσβαση: Ιούνιος 2013]
- <sup>[134]</sup> 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
- <sup>[135]</sup> Madsen MD. Improving Patient Safety: Safety Culture and Patient Safety Ethics. Riso National Laboratory, Roskilde, Denmark 2006
- <sup>[136]</sup> Νακάκης Κ, Ουζούνη Χ. Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις. Μια νέα προοπτική για την ελληνική Νοσηλευτική. Το Βήμα του Ασκληπιού 2008, 7:208–220
- <sup>[137]</sup> Ουζούνη Χ, Νακάκης Κ. Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. Νοσηλευτική 2011, 50(2): 231–239
- <sup>[138]</sup> Αλετράς Β, Μπασσιούρη Φ, Κοντοδημόπουλος Ν, Ιωαννίδου Μ, Νιάκας Α. Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009, 26(1):79
- <sup>[139]</sup> Field A. Discovering Statistics using SPSS for Windows. London: SAGE Publications 2000
- <sup>[140]</sup> Pronovost PJ, Weast B., Holzmueller CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller B., et al. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. Qual Saf Health Care 2003; 12:405-410
- <sup>[141]</sup> Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen PP. The psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals. BMC Health Service Research 2008; 8:230
- <sup>[142]</sup> National Quality Forum. Safe practices for better healthcare. Washington, DC: National Quality Forum 2006
- <sup>[143]</sup> Alvarado K, Lee R, Christoffersen E, Fram N, Boblin S, Poole N, Lucas J, Forsyth S. Transfer of accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. Healthc Q 2006; 9:75-79
- <sup>[144]</sup> Πετρίδης Ε. Διερεύνηση του κλίματος ασφαλείας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου της Κύπρου. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2012. Available at: [http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/123456789/346?mode=simple&submit\\_simple=%](http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/123456789/346?mode=simple&submit_simple=%). [Access: September 2013]

---

<sup>[145]</sup> Simpson RL. Patient and nurse safety: how information technology makes a difference. *Nurs Adm Q* 2005; 29(1):97–101

<sup>[146]</sup> Shingla, AK Kitch, BT Weissman, JS Campell, EG. Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools. *J Patient Saf* 2006; 2:105-115

## 8. Παραρτήματα

### Παράρτημα I

---

Memo

---

Προς: Ιατρούς, νοσηλευτές, φαρμακοποιούς, τεχνολόγους ακτινοθεραπείας, τεχνολόγους ακτινοδιαγνωστικής και ιατροφυσικούς του Ογκολογικού Κέντρου Τράπεζας Κύπρου

Από: Γιώργο Πολυκάρπου

Ημερ: 14/11/2012

---

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι μέσα στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας για τους σκοπούς του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, θα διεξάγω έρευνα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας του Κέντρου με θέμα: **«Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στις Ογκολογικές Κλινικές της Κύπρου»**. Η έρευνα θα διεξαχθεί από το ν Δρ. Χαρίλαο Στυλιανό υ και στα ογκολογικά τμήματα των ΓΝ Λευκωσίας και Λεμεσού.

Η έρευνα θα αφορά την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας από τους επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό, φαρμακευτικό και λοιπό παραϊατρικό προσωπικό) του Κέντρου και των ογκολογικών τμημάτων των ΓΝ Λευκωσίας και Λεμεσού. Στόχος είναι η διερεύνηση των εμπειριών των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με θέματα, που σχετίζονται με την ασφάλεια στη φροντίδα και περίθαλψη των ογκολογικών ασθενών.

Φυσικά, όταν η έρευνα ολοκληρωθεί θα παρουσιάσουμε τα ευρήματα μας.

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση ερωτηματολογίου, που θα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα.

Το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί προσεχώς και παρακαλώ για τη θετική σας ανταπόκριση.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

## Παράρτημα II



### ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ “ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ”

#### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### ΟΔΗΓΙΕΣ

Αυτή η έρευνα ζητά τη γνώμη σας σχετικά με θέματα ασφάλειας του ασθενή, ιατρικών λαθών και αναφοράς συμβάντων στο νοσοκομείο σας. Θα χρειαστούν περίπου 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί.

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 99-822042 Γιώργος Πολυκάρπου, 99-433133 Χαρίλαος Στυλιανού

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

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

- Άρρεν  Θήλυ

Σημειώστε την ηλικία σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓

- 20-29  30-39  40-49  50-65

#### ΕΝΟΤΗΤΑ Α: Ο Εργασιακός σας χώρος / Μονάδα

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

**Ποιος είναι ο βασικός εργασιακός σας χώρος ή μονάδα στο νοσοκομείο; Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓**

- α. Πολλές διαφορετικές μονάδες/ όχι συγκεκριμένη μονάδα
- β. Θάλαμος Νοσηλείας  ε. Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας  η. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:
- γ. Εξωτερικά ιατρεία  στ. Ακτινολογικό
- δ. Φαρμακείο  ζ. Τμήμα ακτινοθεραπείας



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

Σκεφτείτε τον εργασιακό χώρο σας/ Μονάδα...	Διαφωνώ απόλυτα ▼	Διαφωνώ ▼	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ▼	Συμφωνώ ▼	Συμφωνώ απόλυτα ▼
1. Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον σ' αυτή την μονάδα.....	1	2	3	4	5
2. Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας	1	2	3	4	5
3. Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	1	2	3	4	5
4. Σ' αυτή την μονάδα οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	1	2	3	4	5
5. Το προσωπικό σ' αυτή την μονάδα δουλεύει περισσότερες ώρες απ' ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
6. Αναπτύσσουμε δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
7. Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του	1	2	3	4	5
9. Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ	1	2	3	4	5
10. Είναι θέμα τύχης που δεν συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	1	2	3	4	5
11. Σ' αυτή την μονάδα όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολύ δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει	1	2	3	4	5
12. Όταν αναφέρεται ένα «συμβάν» υπάρχει η εντύπωση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα καθαυτό	1	2	3	4	5
13. Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε κατόπιν την αποτελεσματικότητά τους	1	2	3	4	5
14. Εργαζόμαστε σαν να τελούμε «υπό κρίση» προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενή δεν θυσιάζεται τότε προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	1	2	3	4	5
16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	1	2	3	4	5
17. Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών σ' αυτή την μονάδα	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	1	2	3	4	5

**ΕΝΟΤΗΤΑ Β: Ο Προϊστάμενός σας/ Διευθυντής της**

Παρακαλούμε δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία της με της επόμενες δηλώσεις σχετικά με τον άμεσο προϊστάμενο/ διευθυντή της ή το άτομο στο οποίο λογοδοτείτε απευθείας. Σημειώστε την απάντησή της τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √

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

**ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: Επικοινωνία**

Πόσο συχνά συμβαίνουν τα ακόλουθα στον εργασιακό σας χώρο/μονάδα; Σημειώστε την απάντησή τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √

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

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν**

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

	Ποτέ ▼	Σπάνια ▼	Μερικές φορές ▼	Συνήθως ▼	Πάντοτε ▼
1. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	1	2	3	4	5
2. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δεν θα βλάψει τον ασθενή;	1	2	3	4	5
3. Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	1	2	3	4	5

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή**

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

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A	B	Γ	Δ	Ε
Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: Το νοσοκομείο σας**

Παρακαλούμε δηλώστε την συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το νοσοκομείο σας. Σημειώστε την απάντησή σας τσεκάροντας τον κύκλο με ένα √

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ απόλυτα ▼	Διαφωνώ ▼	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ ▼	Συμφωνώ ▼	Συμφωνώ απόλυτα ▼
1. Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών .....	1	2	3	4	5
2. Τα τμήματα του Νοσοκομείου δεν συντονίζονται καλά μεταξύ τους .....	1	2	3	4	5
3. Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μια μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες πληροφορίες σχετικά με την νοσηλεία τους λόγω ατελειών του συστήματος.....	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά .....	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

## **ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: Το νοσοκομείο σας (Συνεχίζεται)**

Σκεφτείτε το νοσοκομείο σας ...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
	▼	▼	▼	▼	▼
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη .....	1	2	3	4	5
7. Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του Νοσοκομείου .....	1	2	3	4	5
8. Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα ...	1	2	3	4	5
9. Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν .....	1	2	3	4	5
10. Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς .....	1	2	3	4	5
11. Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς	1	2	3	4	5

## **ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ: Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί**

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

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

## **ΕΝΟΤΗΤΑ Η: Πληροφορίες που αφορούν στο υπόβαθρο του προσωπικού**

**Αυτά τα στοιχεία θα διευκολύνουν την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Σημειώστε ΜΙΑ απάντηση τσεκάροντας τον κύκλο με ένα ✓**

1. Πόσο διάστημα εργάζεστε σ' αυτό το νοσοκομείο;

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

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

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

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

- α. Λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα
- β. 20 έως 38 ώρες την εβδομάδα
- γ. 39 έως 59 ώρες την εβδομάδα
- δ. 60 έως 79 ώρες την εβδομάδα
- ε. 80 έως 99 ώρες την εβδομάδα
- στ. 100 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα

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

- α. Νοσηλεύτης
- β. Βοηθός θαλάμου
- γ. Ειδικός Ιατρός
- δ. Ειδικευόμενος Ιατρός
- ε. Εκπαιδευόμενος Ιατρός
- στ. Φαρμακοποιός
- ζ. Διαιτολόγος
- η. Φυσιοθεραπευτής/ Εργοθεραπευτής/Λογοθεραπευτής
- θ. Ιατροφυσικός
- ι. Ψυχολόγος
- ια. Ακτινογράφος ακτινοδιαγνωστικής
- ιβ. Ακτινογράφος ακτινοθεραπείας
- ιγ. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:

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

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

6. Πόσο καιρό δουλεύετε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα;

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

**ΕΝΟΤΗΤΑ Θ: Τα σχόλιά σας**

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

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

## Παράρτημα III



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012.01.84

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

06 Νοεμβρίου 2012

Κυρίο Γιώργο Πολυκάρπου  
Παναγίας Τήνου 12  
Διαμ.204  
2020 Στρόβολος

Αξιότιμε κύριε Πολυκάρπου,

**Θέμα: Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών  
στις Ογκολογικές Κλινικές της Κύπρου**

Σε συνέχεια προηγούμενης μας αλληλογραφίας για το πιο πάνω θέμα, επιθυμώ να σας ευχαριστήσω για την επιστολή σας ημερομηνίας 22/10/2012 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου).

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, δήλωση θέματος διατριβής, ερωτηματολόγιο και διευκρινιστική επιστολή ημερομηνίας 22/10/2012), έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στην σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βονιάτης  
Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

## Παράρτημα IV



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.69  
Αρ. Τηλ. : 22818303

12 Οκτωβρίου 2012

Κύριο Γιώργο Πολυκάρπου  
Κύριο Χαρίλαο Στυλιανού  
Παναγίας Τήνου 12  
Διαμέρισμα 204  
2020 Στρόβολος  
Λευκωσία

**Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας των φοιτητών κ. Γιώργου Πολυκάρπου και κ. Χαρίλαου Στυλιανού στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στις Ογκολογικές Κλινικές της Κύπρου».**

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 11.10.2012 με το τηλεμοιότυπο στις 11.10.2012, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ

## Παράρτημα V



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε  
Αρ. τηλ:22605738  
Email:igeorgiou@moh.gov.cy  
Αρ. Πρωτ.: 0061/2012

12 Νοεμβρίου 2012

Κο Γιώργο Πολυκάρπου  
Παναγίας Τήνου 12, Διαμ. 204,  
Στρόβολος,  
2020 Λευκωσία

Δρ. Χαρίλαο Στυλιανού  
Ελληνοτουρκικής Φιλίας 5,  
8016 Πάφος

Κύριοι,

### **Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ογκολογικών ασθενών στις Ογκολογικές Κλινικές της Κύπρου» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 8/10/2012 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσετε η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.



- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,



(Ειρήνη Φεωργίου)  
για Γενικό Διευθυντή  
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: - Πρώτη Λειτουργό Υγείας

- Αν. Διευθυντή  
Ιατρικών Υπηρεσιών και  
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

ΕΓ/α