



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων σε τμήματα νοσοκομείου της Κύπρου.

Κυριάκος Λοΐζου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρα. Βασίλειος Ραφτόπουλος
Αναπληρωτής Καθηγητής, ΣΕΠ ΑΠΚΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων σε τμήματα νοσοκομείου της Κύπρου.

Κυριάκος Λοΐζου

Επιβλέπων Καθηγητής

Δρα. Βασίλειος Ραφτόπουλος
Αναπληρωτής Καθηγητης, ΣΕΠ ΑΠΚΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω προς τον Αναπληρωτή καθηγητή Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο, ο οποίος στάθηκε αρωγός στην πορεία μου αυτή, με υπομονή και σημαντική βοήθεια.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ασφάλεια των ασθενών είναι ένα κεφαλαιώδες κομμάτι της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας από τις υγειονομικές μονάδες. Κάθε οργανισμός που παρέχει φροντίδα υγείας οφείλει να καταγράφει το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών του, να ταυτοποιεί σημεία που βελτίωσης και να εφαρμόζει μέτρα για τη βελτίωση τους.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η καταγραφή του κλίματος ασφαλείας στο Γενικό Νοσοκομείο Πάφου στα τμήματα Παιδιατρικό, Ορθοπεδικό, Μαιευτικό, Καρδιολογικό, Χειρουργικό, Εντατικής θεραπείας, Παθολογικό και Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ).

ΔΕΙΓΜΑ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα της εργασίας αποτέλεσαν 150 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και νοσηλεύτριες) στους/ις οποίους/ες δόθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με την ελληνική έκδοση της κλίμακας «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια» (SAQ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν 142 πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από ένα σύνολο 150 επαγγελματιών υγείας που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής (ανταπόκριση 95%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $34,3 \pm 9,8$ έτη, με 64,79% γυναίκες ενώ το 35,21% άντρες. Ο μέσος συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος ανερχόταν σε $11,07 \pm 9,43$ έτη και ο μέσος όρος εργασίας στο τμήμα ήταν $4,7 \pm 5,9$ έτη. Γενικά, το κλίμα ασφαλείας κρίθηκε θετικό σε ορισμένες από τις έξι κατηγορίες που εξετάστηκαν όταν η βαθμολογία ήταν $\geq 75\%$, που είχε οριστεί σαν θετική βαθμολογία. Στην κατηγορία για το κλίμα ασφαλείας, το Καρδιολογικό τμήμα έλαβε θετική βαθμολογία $76,94 \pm 21,40$ ($p < 0,025$). Το Καρδιολογικό ($83,06 \pm 16,18$, $p < 0,01$) και μαζί το Μαιευτικό ($86,19 \pm 11,25$, $p < 0,001$), Παιδιατρικό ($81,11 \pm 9,50$ και $p < 0,001$), η Εντατική Μονάδα ($77,29 \pm 18,42$, $p < 0,01$) και το ΤΑΕΠ ($75,63 \pm 17,96$, $p < 0,01$) βαθμολογήθηκαν θετικά ως προς την εργασιακή ικανοποίηση. Κανένα τμήμα δεν βαθμολογήθηκε θετικά ως προς την ομαδική εργασία, ενώ το Καρδιολογικό ($75,42 \pm 24,49$, $p < 0,05$) και το Μαιευτικό ($77,86 \pm 21,80$, $p < 0,05$) βαθμολογήθηκαν θετικά ως προς τις εργασιακές συνθήκες. Μη στατιστικά σημαντική κρίθηκε η θετική βαθμολογία του Καρδιολογικού τμήματος ($77,08 \pm 23,33$, $p < 0,10$) ως προς τις απόψεις περί της διοικήσεως. Στην κατηγορία αναγνώρισης των στρεσογόνων παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε ένα τμήμα, το Ορθοπεδικό τμήμα έλαβε θετική βαθμολογία ($81,43 \pm 21,91$ $p < 0,025$). Σε πολλές κατηγορίες, το Παθολογικό τμήμα έλαβε

χαμηλή βαθμολογία, υποδεικνύοντας πως σε αυτό υφίστανται πολλοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το κλίμα ασφάλειας. Σύγκριση μεταξύ Χειρουργικού και Παθολογικού τμήματος έδειξε πως δεν υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με εξαίρεση το Καρδιολογικό τμήμα, καταδείχθηκε η ανάγκη παρέμβασης στην πλειοψηφία των παραγόντων του ερωτηματολογίου για τη βελτίωση του κλίματος ασφαλείας στο Νοσοκομείο Πάφου. Ο ρόλος της διοίκησης αναδείχθηκε ελλιπής και κρίθηκε αναγκαία η αναβάθμισή του.

Λέξεις - κλειδιά: κλίμα ασφάλειας, κουλτούρα, νοσηλεύτης, νοσηλευτική, νοσοκομεία

ABSTRACT

This paper aims to register the safety climate in the different wards of the General State Hospital of Paphos, namely Pediatric, Orthopedic, Cardiology, Intensive Care Unit, Obstetrics, Surgery, Pathology and Emergency Department.

MATERIALS-METHODS. Data were collected from health care professionals (nurses) in the corresponding wards of the study hospital using the Greek version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-ICU).

RESULTS From a total of 150 health care professionals eligible to participate in the survey 142 (96%) fully completed questionnaires were returned. The mean age of the participants was $34,3 \pm 9,8$ years, the mean professional experience $11,07 \pm 9,43$ years, while the mean period working in the specific department was $4,7 \pm 5,9$ years. The safety climate was assessed as positive if the overall score was $\geq 75\%$, which had been set as positive. Cardiology unit was positively assessed in the safety climate set with $76,94 \pm 21,40$ ($p < 0,025$). Cardiology ($83,06 \pm 16,18$, $p < 0,01$), with Obstetrics ($86,19 \pm 11,25$, $p < 0,001$), Pediatrics ($81,11 \pm 9,50$ και $p < 0,001$), Intensive Care Unit ($77,29 \pm 18,42$, $p < 0,01$) and the Emergency Department ($75,63 \pm 17,96$, $p < 0,01$) were positively assessed in the job satisfaction set. No department received a positive score for team work, but Cardiology ($75,42 \pm 24,49$, $p < 0,05$) and Obstetrics ($77,86 \pm 21,80$, $p < 0,05$) were positive for work environment. Hospital management was not positively assessed by any department to a statistically significant score. Orthopedic department ($81,43 \pm 21,91$ $p < 0,025$) was the one positively scoring the recognition of stressful work conditions.

CONCLUSIONS Cardiology was the single department which received positive score in many sets, while the lack of positive scores for most of the departments points to the need for an improvement in the factors affecting climate safety in the Hospital under study. Hospital management should be improved and take measures for its upgrade.

KEYWORDS: security climate attitude, culture, nurse, nursing, hospitals

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
1.1 Εισαγωγή.....	12
1.2 Η ασφάλεια των πασχόντων	13
1.3 Καταγραφή προβλήματος.....	17
1.4 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης.....	17
Ασφάλεια πασχόντων στα τμήματα	18
2.2 Κουλτούρα ασφαλείας.....	20
2.3 Ο ρόλος της κουλτούρας ασφαλείας στη διερεύνηση ατυχημάτων.....	23
2.4 Η θετική κουλτούρα ασφαλείας	26
2.5 Σχέση ασφαλείας ασθενή και κουλτούρας ασφαλείας.....	28
2.5.1 Ιατρική αβεβαιότητα.....	28
2.5.2 Διεπιστημονική Συνεργασία και Επικοινωνία	29
2.5.3 Ηγεσία	30
2.6 Ο οργανισμός που μαθαίνει	31
2.6.1 Ανοιχτό, Μη Τιμωρητικό Περιβάλλον (Open, non-punitive environment)	31
2.7 Ευέλικτη σκέψη.....	31
2.8 Μαθαίνοντας να μαθαίνουμε.....	32
2.9 Ενσωμάτωση της γνώσης βάσει αποδείξεων	32
2.10 Αλληλεπίδραση Κουλτούρας Ποιότητας και Κουλτούρας Ασφαλείας.....	33
2.11 Η διαχείριση των λαθών από το νοσηλευτικό προσωπικό	34
2.12 Κατάρτιση εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων....	37
2.13 Ευρωπαϊκή πολιτική και συστάσεις πάνω στο θέμα της ασφαλείας.....	38
2.14 Μέτρα που μπορεί να ληφθούν	38
2.15 Η μέτρηση των επιπέδων ασφαλείας και η επίδραση της κουλτούρας ασφαλείας.....	40

Μεθοδολογία.....	42
1.5 Σκοποί και στόχοι.....	42
3.2 Μέθοδος δείγμα και εργαλείο μέτρησης.....	42
3.3 Ηθική και δεοντολογία.....	43
Αποτελέσματα.....	44
4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	44
4.2.1 Ηλικία.....	44
4.2.2 Φύλο.....	45
4.2.3 Οικογενειακή κατάσταση.....	45
4.2.4 Μόνιμο/έκτακτο προσωπικό.....	46
4.2.5 Τμήμα.....	46
4.2.6 Συνολικός χρόνος άσκησης επαγγέλματος.....	47
4.2.7 Συνολικός χρόνος εργασίας στο τμήμα.....	48
4.2.8 Η εργασία σας στο συγκεκριμένο τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;.....	49
4.2.9 Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο;.....	50
4.3 Στατιστική ανάλυση.....	50
5. 1 Συμπεράσματα.....	99
5.2 Συζήτηση.....	101
5.3 Προτάσεις και αλλαγές για την βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων στο χώρο των νοσοκομείων.....	104
Βιβλιογραφία.....	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	112

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Γράφημα κατανομής των ηλικιών των ερωτηθέντων.....	44
Εικόνα 2: Γράφημα κατανομής του φύλου των ερωτηθέντων.....	45
Εικόνα 3: Γράφημα κατανομής των εγγάμων, αγάμων, διαζευγμένων και συμβιούντων συμμετεχόντων στην έρευνα.....	46
Εικόνα 4: Γράφημα κατανομής εκτάκτων και μονίμων υπαλλήλων	46
Εικόνα 5: Γράφημα κατανομής των ερωτηθέντων ανά τμήμα	47
Εικόνα 6: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων	48
Εικόνα 7: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων ανάλογα με την εργασία	49
Εικόνα 8: Γράφημα κατανομής συχνότητων επιλογής του τμήματος εργασίας των ερωτηθέντων	50
Εικόνα 9: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων σύμφωνα με το εάν έχουν εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο	50
Εικόνα 10: Μέσος όρος ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα	51

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συχνότητες και μέσοι όροι ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα.....	51
Πίνακας 2: Συχνότητες και μέσοι όροι ποιότητας υπηρεσιών που παρέχει ο ερωτώμενος στο τμήμα του.....	52
Πίνακας 3: Συχνότητες και μέσοι όροι του πόσο ασφαλείς ήταν οι πάσχοντες ανά τμήμα.....	55
Πίνακας 4: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θα αισθανόταν ασφαλής ο ερωτώμενος στο τμήμα σαν νοσηλευόμενος.....	57
Πίνακας 5: Συχνότητες και μέσοι του κατά πόσο γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή στο τμήμα όροι ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα.....	59
Πίνακας 6: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο αντιμετωπίζονται τα λάθη ανά τμήμα	60
Πίνακας 7: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ήταν εύκολο να συζητώνται τα λάθη στο τμήμα	62
Πίνακας 8: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ενθαρρύνεται ο ερωτώμενος από τους συναδέλφους του να αναφέρει τις οποιοσδήποτε ανησυχίες του σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στο τμήμα.....	63
Πίνακας 9: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ήταν δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων.....	65
Πίνακας 10: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει το προσωπικό ερωτήσεις εάν δεν κατανοεί κάτι	66
Πίνακας 11: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο έχει δει ο ερωτώμενος λάθη από άλλους συναδέλφους που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή	68
Πίνακας 12: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο έχει κάνει ο ερωτώμενος λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή	69
Πίνακας 13: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πιθανότερο να κάνει λάθη όταν επικρατούν εχθρικές ή τεταμένες συνθήκες στην εργασία του	71
Πίνακας 14: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ο ερωτώμενος αισθάνεται τόσο ψυχικά κουρασμένος μετά το ωράριο του που δεν μπορεί να κάνει τίποτε	73
Πίνακας 15: Συχνότητες και μέσοι όροι βαθμολογίας του άγχους που προκαλείται από το επάγγελμα του κάθε ερωτώμενου	74
Πίνακας 16: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ο ερωτώμενος θεωρεί πως τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο στο τμήμα.....	75
Πίνακας 17: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πως είναι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά εάν είναι κουρασμένος.....	77

Πίνακας 18: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πως τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας τον ενεργοποιούν και βελτιώνουν την επίδοσή του	77
Πίνακας 19: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο αντιμετωπίζονται κατάλληλα τα λάθη στο τμήμα	79
Πίνακας 20: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να συζητώνται τα λάθη στο τμήμα	81
Πίνακας 21: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές στην κατάσταση του κάθε ασθενή στο τμήμα	83
Πίνακας 22: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων.....	84
Πίνακας 23: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο επιλύονται οι διαφωνίες στο τμήμα κατάλληλα.....	86
Πίνακας 24: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει ερωτήσεις το προσωπικό εάν δεν κατανοεί κάτι.....	87
Πίνακας 25: Συχνότητες και μέσοι όροι της κατάστασης να μην μπορεί συχνά ο ερωτώμενος να εκφράσει την διαφωνία του προς τους ιατρούς τους στο τμήμα που εργάζεται.....	89
Πίνακας 26- Συνολική αποτίμηση των τιμών του ερωτηματολογίου (25 ερωτήματα).....	90
Πίνακας 27: Κλίμα ασφαλείας στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου	92
Πίνακας 28: Εργασιακή ικανοποίηση στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου	93
Πίνακας 29: Ομαδική εργασία στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου	94
Πίνακας 30: Εργασιακές συνθήκες στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου	95
Πίνακας 31: Απόψεις του προσωπικού σχετικά με τη διοίκηση του Νοσοκομείου στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου.....	96
Πίνακας 32: Αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων	97

1.1 Εισαγωγή

Πολλοί θεωρούν την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας ως την ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για την ασφάλεια των πασχόντων. Για παράδειγμα, το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) θεωρεί πως η ασφάλεια των πασχόντων δεν διαφέρει από την παροχή ποιότητας υγειονομικής φροντίδας." Ακόμη και από τα πολύ παλιά χρόνια, οι αρχαίοι φιλόσοφοι Αριστοτέλης και Πλάτωνας εξέταζαν την ποιότητα και τα χαρακτηριστικά της. Στην πραγματικότητα, η ποιότητα ήταν μία από τις μεγάλες ιδέες του Δυτικού κόσμου. Η ποιότητα, σε έναν πολύ αφηρημένο ορισμό είναι μια βέλτιστη ισορροπία μεταξύ των δυνατοτήτων που πραγματοποιούνται και ενός πλαισίου κανόνων και αξιών. " Αυτό το εννοιολογικό πλαίσιο αντανακλά το γεγονός ότι η ποιότητα είναι μια αφηρημένη έννοια και δεν υπάρχει ως διακριτή οντότητα. Μάλλον είναι κατασκευασμένη με βάση την αλληλεπίδραση μεταξύ των διαφόρων φορέων που συμφωνούν σχετικά με τα πρότυπα (τα πρότυπα και τις αξίες) και τα συστατικά (οι δυνατότητες).

Ομάδες εργασίας, όπως αυτές του IOM έχουν προσπαθήσει να καθορίσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά τα πρότυπα. Αρχικά, το IOM ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών εκβάσεων υγείας και είναι συνεπείς με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις." Αυτός ο ορισμός οδήγησε σε έναν ορισμό της ποιότητας που βασίζεται σε δείκτες, οι οποίοι είναι μετρήσιμες εκφράσεις των προτύπων. Τα πρότυπα όμως δεν είναι κατ' ανάγκη η άποψη των δυνατοτήτων ή τα εννοιολογικά συμπλέγματα για τους δείκτες αυτούς. Πράγματι οι περισσότερες ομάδες δεικτών ποιότητας περιλαμβάνουν τους δείκτες θνησιμότητας, ασθένειας, αναπηρίας, δυσφορίας και έλλειψης ικανοποίησης παρά από μετρήσεις των θετικών χαρακτηριστικών της ποιότητας (Ραφτόπουλος, 2009).

Το έργο της Αμερικανικής Ακαδημίας Νοσηλευτικής ομάδας εμπειρογνομόνων για την ποιότητα της υγείας επικεντρώθηκε σε θετικούς δείκτες της υψηλής ποιότητας φροντίδας που είναι πιο ευαίσθητοι: (α) στην επίτευξη της κατάλληλης φροντίδας, (β) στην επίδειξη των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, (γ) στην ποιότητα της ζωής, (δ) στην

αντίληψη του ασθενή πως έλαβε φροντίδα και (ε) στη διαχείριση των συμπτωμάτων. Η θνησιμότητα, η νοσηρότητα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες θεωρήθηκαν αρνητικά αποτελέσματα. Η πιο πρόσφατη δουλειά του IOM για τον προσδιορισμό των συστατικών της ποιότητας φροντίδας για τον 21ο αιώνα επικεντρώνεται στις εννοιολογικές συνιστώσες της ποιότητας και όχι των μετρούμενων δεικτών: η ποιοτική φροντίδα είναι ασφαλής, αποτελεσματική, με κέντρο τον ασθενή, έγκαιρη, αποτελεσματική και δίκαιη. Έτσι, η ασφάλεια είναι το θεμέλιο πάνω στο οποίο στηρίζονται όλες οι άλλες πτυχές της ποιότητας .

1.2 Η ασφάλεια των πασχόντων

Το θέμα της ασφάλειας των πασχόντων μπορεί να παρομοιαστεί με τις επιθέσεις κουνουπιών. Μπορεί κανείς ανά πάσα στιγμή να χτυπήσει το κουνούπι και να το σκοτώσει, μα θα υπάρχει πάντα ένα ακόμη για να κάνει την δουλειά του εξολοθρευμένου κουνουπιού. Η μόνη πραγματική λύση είναι να εξολοθρεύσει κανείς τα στάσιμα νερά στα οποία τα κουνούπια αναπτύσσονται. Στο θέμα της ασφάλειας των πασχόντων, τα στάσιμα αυτά νερά είναι εκείνα τα σημεία στις καθημερινές λειτουργίες ενός ιδρύματος που προωθούν το λάθος από τον χειριστή, η κακή επικοινωνία, ο υψηλός φόρτος εργασίας αλλά και προβλήματα στον προϋπολογισμό μαζί με την εμπορική πίεση που μπορεί να υφίσταται το ίδρυμα, ο οργανισμός, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν και διάφορες διαδικασίες που επιβάλλονται και οι οποίες παραβιάζουν συχνά το σωστό πρωτόκολλο μα γίνονται στο βωμό της ταχύτητας για να ολοκληρωθεί ένα έργο. Ακόμη, στάσιμα νερά μπορούν να θεωρηθούν και η ελλιπής οργάνωση, η έλλειψη ορίων και κανόνων αλλά και ασφαλιστικών δικλείδων. Η λίστα των εν δυνάμει κινδύνων είναι ιδιαίτερα μακριά και θεωρητικά όλοι αυτοί οι παράγοντες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων, είναι θεωρητικά προβλέψιμοι και αντιμετωπίσιμοι πριν να συμβεί ένα ατύχημα. Στην Αμερική, τα άτομα που έχουν υποστεί βλάβη από ένα ιατρικό λάθος έχουν υπολογιστεί από δύο μελέτες με μεγάλα δείγματα εισαχθέντων για νοσηλεία. Η μία έγινε στη Νέα Υόρκη με δεδομένα του 1984 και η άλλη έγινε στο Κολοράντο και στην Γιούτα με χρήση δεδομένων του 1992. Τα ποσοστά των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων (δηλαδή βλαβών που προκλήθηκαν από την ιατρική διαχείριση) ήταν 2.9 και 3.7 αντίστοιχα. Τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα που οφείλονταν σε λάθη και άρα

συνιστούσαν ανεπιθύμητα αποτελέσματα που μπορούσαν να προληφθούν, ήταν 58 τοις εκατό και 53 τοις εκατό στη Νέα Υόρκη και στο Κολοράντο και Γιούτα αντίστοιχα.

Με απλούς υπολογισμούς, τα ποσοστά αυτά μπορούν να δώσουν τον αριθμό των λαθών που μπορεί να γίνουν στα νοσοκομεία των ΗΠΑ. Έτσι, η προέκταση των παραπάνω αριθμών για το σύνολο των πάνω από 33.600.000 εισαγωγών σε νοσοκομεία των ΗΠΑ το 1997 υποστηρίζει πως μεταξύ 44.000 μέχρι και 98.000 Αμερικανών πεθαίνουν σε νοσοκομεία κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα των ιατρικών λαθών. Ο αριθμός αυτός είναι συγκλονιστικός, καθώς υπερβαίνει τον αριθμό που αναλογεί στην 8^η κύρια αιτία θανάτου, υπερβαίνει τον αριθμό των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα (43.458), σε καρκίνο του μαστού (42.297) ή σε AIDS (16.516).

Παράλληλα, το συνολικό κόστος από αυτήν την κατάσταση που συνυπολογίζει το απωλεσθέν εισόδημα, την χαμένη οικιακή παραγωγή, την ανικανότητα αλλά και το κόστος στο σύστημα υγείας υπολογίζεται σε \$37.6 δισεκατομμύρια δολλάρια για τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα και μεταξύ \$17 δις και \$29 δις δολλάρια για τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα που μπορούν να προληφθούν.

Τα νούμερα αυτά αντιστοιχούν σε ελαφρά υψηλότερα ποσά από εκείνα που δαπανώνται για την φροντίδα ατόμων που πάσχουν από HIV και AIDS. Αντίστοιχα, υπάρχει και ένας αριθμός απώλειας ανθρώπων από την κατάσταση αυτή. Υπολογίζεται πως περίπου 6.000 Αμερικανοί χάνουν τη ζωή τους από εργατικά ατυχήματα ανά έτος. Το 1993, τα ιατρικά λάθη στην παρεχόμενη φαρμακευτική φροντίδα οδήγησαν σε θάνατο περίπου 7,000 άτομα. Τα νούμερα αυτά αντιστοιχούν σε έναν σε κάθε 131 πάσχοντες στα εξωτερικά ιατρεία να χάνει τη ζωή του και έναν σε κάθε 854 νοσηλευόμενους (εισαχθέντες πάσχοντες) να χάνει τη ζωή του. Τα λάθη στην φαρμακευτική φροντίδα είναι συχνά στα νοσοκομεία και ενώ δεν οδηγούν όλα σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα παρόλα αυτά, όλα οδηγούν σε κόστος. Σε ποσοστό 2% επί των εισαγωγών στα μεγάλα νοσοκομεία, παρατηρείται κάποιας μορφής λάθος που μπορεί να αποφευχθεί. Παράλληλα, παρατηρείται και αύξηση στο μέσο κόστος νοσοκομειακής φροντίδας σε ποσό περίπου \$4,700 ανά εισαγωγή. Το μέσο ετήσιο κόστος για ένα νοσοκομείο 700 κλινών υπολογίζεται στα \$2.8 εκατομμύρια δολλάρια.

Συχνά απαντώνται και λάθη σχετικά με την συνταγογραφούμενη θεραπεία. Τα λάθη αυτά δεν οδηγούν πάντα σε πραγματική βλάβη, μα αυτά που τελικά οδηγούν σε βλάβη είναι ιδιαίτερα κοστοβόρα ενώ μπορούν να αποφευχθούν περίπου λάθη που κοστίζουν σε εθνικό επίπεδο στις ΗΠΑ, σε \$2 δισεκατομμύρια (Ραφτόπουλος, 2009).

Τα λάθη αυτά δεν συμβαίνουν μόνο σε νοσοκομειακούς πάσχοντες. Το 1998 εκτελέστηκαν περίπου 2.5 δισεκατομμύρια συνταγές στα φαρμακεία των ΗΠΑ με κόστος περίπου 92 δισεκατομμύρια. Τα λάθη που γίνονται σε συνταγογραφούμενα φάρμακα γίνονται είτε από λάθος στη συνταγή, είτε στην εκτέλεση από το φαρμακείο, είτε ακούσια από τον ασθενή ο οποίος δεν ακολουθεί τις σωστές οδηγίες. Υπάρχουν ορισμένες έννοιες που χρησιμοποιούνται σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων. Οι έννοιες αυτές είναι η δυσμενής επίπτωση (adverse effect), η αποτρέψιμη δυσμενής επίπτωση (preventable adverse effect) και η δυσμενής επίπτωση από αμέλεια (negligent adverse event).

Η δυσμενής επίπτωση είναι εκείνη η βλάβη που προκαλείται από την ιατρική διαχείριση του ασθενή και δεν οφείλεται σε υποκείμενη κατάσταση του ασθενή. Η αποτρέψιμη δυσμενής επίπτωση είναι εκείνη η βλάβη που προκύπτει από λάθος ή σφάλμα. Επιπλέον, υπάρχει και η δυσμενής επίπτωση που οφείλεται σε αμέλεια και που είναι η φροντίδα που δεν ανταποκρίθηκε στα απαιτούμενα επίπεδα φροντίδας που αναμένονται από τον μέσο εξειδικευμένο ιατρό που οφείλει να φροντίσει τον ασθενή.

Πολλές μελέτες εστιάζουν στο ιατρικό λάθος που αφορά την φαρμακευτική αγωγή. Οι λόγοι για αυτήν την προτίμηση είναι οι εξής: (α) αυτό το λάθος, συνιστά ένα από τα πλέον κοινά λάθη, (β) επηρεάζει σημαντικό αριθμό ατόμων, (γ) είναι υπεύθυνο για μία σημαντική αύξηση που παρατηρείται στο κόστος για την υγεία, (δ) είναι εύκολο να ταυτοποιηθεί ένα ευμεγέθες σύνολο πασχόντων που έχουν εμπειρία από ανεπιθύμητες επιπτώσεις από λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή. Η διαδικασία της συνταγογράφησης παρέχει καλή τεκμηρίωση για τις ιατρικές αποφάσεις και η τεξμηρίωση αυτή παραμένει διαθέσιμη και αυτοματοποιημένη σε προσβάσιμες βάσεις δεδομένων (Lester & Tritter, 2001).

Για τους θανάτους που προκλήθηκαν από σφάλμα στην φαρμακευτική αγωγή, αυτό καταγράφεται πάνω στο πιστοποιητικό θανάτου. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες στην υγεία που αν και έχουν μελετηθεί σε μικρότερο βαθμό, προσφέρουν παρόλα αυτά ίσες ή μεγαλύτερες ευκαιρίες για βελτίωση ως προς την ασφάλεια των πασχόντων. Οι

παράγοντες αυτοί είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Είναι σημαντικό να δούμε πόσο συχνά συμβαίνουν τα λάθη και ποιοί παράγοντες συντελούν σε αυτό, αλλά και ποιά είναι το κόστος που απορρέει από τα διάφορα λάθη. Από τα στοιχεία αυτά και την ανάλυση τους, μπορεί κανείς να εξάγει συμπεράσματα και πιθανά να συσχετίσει τις αντιλήψεις του κοινού περί της ασφάλειας στον χώρο της υγείας με τα στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί.

Η μελέτη Harvard Medical Practice Study μελέτησε πάνω από 30,000 τυχαία επιλεγμένα εξιτήρια από 51 τυχαία νοσοκομεία στην πολιτεία της Νέας Υόρκης το 1984 και μέτρησε το επίπεδο της ασφάλειας των πασχόντων για εκείνους τους πάσχοντες που είχαν βγει από το νοσοκομείο (Leape et al, 1991). Μετρήθηκαν τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα, τα αποτρέψιμα ανεπιθύμητα αποτελέσματα, τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα λόγω αμέλειας καθώς και οι αριθμοί θανάτων και μόνιμων αναπηριών που συνδέθηκαν με τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα αυτά. Ως ανεπιθύμητα αποτελέσματα θεωρήθηκαν εκείνα για τα οποία απαιτήθηκε παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο ή ανικανότητα την ώρα της αναχώρησης από το νοσοκομείο ή και τα δύο αυτά φαινόμενα. Αυτά απαντήθηκαν σε ποσοστό 3,7%. Τα αποτρέψιμα ανεπιθύμητα αποτελέσματα υπολογίστηκαν σε 58%, ενώ τα αντίστοιχα ανεπιθύμητα αποτελέσματα από αμέλεια υπολογίστηκαν στο 27,6%. Παράλληλα, το 13,6% εξ' αυτών κατέληξε σε θάνατο και το 2,6% προκάλεσε τραυματισμούς με μόνιμη αναπηρία. Τα είδη των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων ήταν σε ποσοστό 19% επιπλοκές από τη φαρμακευτική αγωγή, σε ποσοστό 14% μολύνσεις των τραυμάτων του ασθενή και σε ποσοστό 13% τεχνικές επιπλοκές.

Η πρώτη αντίδραση είναι συνήθως το να κατηγορηθεί κάποιος ή κάποια, όμως λόγω της συχνής σύγκλισης πολλών και διαφορετικών παραγόντων, η κατηγορία προς ένα άτομο δεν τροποποιεί τους παράγοντες αυτούς και είναι πιθανό να επαναληφθεί το ίδιο ακριβώς λάθος. Είναι σημαντικό να αντιληφθεί κανείς πως το πρόβλημα είναι εγγενές σε ένα σύστημα που πρέπει να γίνει ασφαλέστερο. Πράγματι, η πρόληψη των λαθών και η βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων απαιτεί μία συστηματική προσέγγιση συστηματική, δηλαδή μία προσέγγιση που θα τροποποιεί αφενός τις συνθήκες που οδηγούν στο λάθος ενώ από την άλλη, θα αναγνωρίζει το γεγονός ότι οι άνθρωποι που εργάζονται στον τομέα της υγείας είναι ανάμεσα στο πλέον εκπαιδευμένο και πλέον αφοσιωμένο εργατικό δυναμικό.

1.3 Καταγραφή προβλήματος

Μέσα σ' ένα σύνθετο περιβάλλον, όπως αυτό των νοσοκομείων, είναι λογικό να γίνονται καθημερινά λάθη, τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων. Το ζήτημα αυτό, δηλαδή η μειωμένη ασφάλεια των πασχόντων, σε συνδυασμό με τα αυξημένα λάθη από τους επαγγελματίες υγείας, έχει αποκτήσει διεθνές ενδιαφέρον. Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και την ασφάλειας των πασχόντων, είναι ανάγκη να διερευνηθούν εις βάθος οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας σ' ένα νοσοκομείο. Τα λάθη πρέπει να ανιχνεύονται και να αποφεύγονται, ώστε να διασφαλίζεται η υγεία των πασχόντων και να δημιουργείται ταυτόχρονα ένα θετικό κλίμα ασφάλειας (Raftopoulos et al., 2011, Petridis et al.,2013, Raftopoulos and Pavlakis, 2013)

1.4 Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης

Μέσα από την παρούσα εργασία και τις αναφορές των ίδιων των εργαζομένων θα προκύψουν χρήσιμες πληροφορίες και θα εντοπιστούν πιθανώς αδυναμίες σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο της υγείας. Οι πληροφορίες αυτές είναι δυνατό να αξιοποιηθούν, ώστε να αντιμετωπιστούν τυχόν αδυναμίες του οργανισμού και να παρθούν μέτρα όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο αυτό. Επίσης, τα αποτελέσματα θα φανούν χρήσιμα και στη γενική έρευνα του Υπουργείου Υγείας για το θέμα της νοσοκομειακής κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή. Τέλος, τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλουν στη βελτίωση της διεύθυνσης των νοσοκομείων και γενικά των νοσηλευτικών υπηρεσιών, αφού θα εντοπιστούν τυχόν προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των πασχόντων και θα ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα για την αντιμετώπιση τους.

Η μελέτη αυτή στοχεύει να ερευνήσει το κλίμα ασφαλείας των ασθενών σε συγκεκριμένα τμήματα νοσοκομείου της Κύπρου. Η καταγραφή του κλίματος ασφαλείας επηρεάζει την ποιότητα στη φροντίδα του πάσχοντα και έτσι, τεκμηριώνεται η ανάγκη εκπόνησης της μελέτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ασφάλεια πασχόντων στα τμήματα

2.1 Ιστορική αναδρομή

Η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί ζήτημα παγκόσμιου ενδιαφέροντος καθώς επηρεάζει όλες τις χώρες, ανεξάρτητα του επιπέδου ανάπτυξής τους. Παρά το γεγονός ότι η βελτίωση της έκβασης των πασχόντων είναι πραγματικά ένα ιδεώδες για το οποίο κοπιάζει κάθε κλινικός γιατρός αλλά και κάθε επαγγελματίας υγείας, που αποτελεί μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας, συχνά ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην έκβαση αυτή του ασθενή, παραβλέπεται. Ο παράγοντας αυτός είναι πολυδιάστατος και περιέχει αρκετές παραμέτρους. Έτσι, υπάρχουν πολλές διαφορετικές έρευνες που ασχολούνται με ποικίλα θέματα ως προς την εξάσκηση του ιατρικού λειτουργήματος, μα λίγες που ασχολούνται με τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας και το ιατρικό προσωπικό ασκούν τα καθήκοντα τους αφενός και την κουλτούρα, τις αντιλήψεις και τις νοοτροπίες τους παράλληλα με το κλίμα που δημιουργείται από τη διαγωγή και τις συμπεριφορές τους. Ακόμη, στον παράγοντα ασφάλειας παίζουν ρόλο και σειρά διαδικαστικών θεμάτων, θεμάτων οργάνωσης που επηρεάζουν τον τρόπο εργασίας (εάν για παράδειγμα μπορεί ένας ιατρός να οδηγηθεί σε λάθος λόγω υπερκόπωσης που προέρχεται από ανάγκη κάλυψης της θέσης του, λόγω ελλειπούς στελέχωσης του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο εργάζεται). Όλα αυτά μπορούν να επηρεάσουν δραματικά τα τελικά αποτελέσματα, μα η μελέτη και η εξήγηση πολλών εκ των παραπάνω παραγόντων είναι συχνά δύσκολη και ανεπαρκής. Συγκεκριμένα σε ό,τι αφορά την ασφάλεια των πασχόντων στα διάφορα τμήματα των νοσοκομείων, ο υπολογισμός του ακριβούς μεγέθους του προβλήματος είναι ανεπαρκής. Σε ένα γενικό πλαίσιο, οι αναφορές παραπέμπουν σε εκατομμύρια πασχόντων που παγκόσμια υποφέρουν, τραυματίζονται ή πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω παροχής μη ασφαλούς φροντίδας (WHO, 2009).

Οι συνηθέστερες αιτίες για την προβληματική ασφάλεια των πασχόντων είναι οι λοιμώξεις που προκαλούνται σε αυτούς, οι οποίες με τη σειρά τους οφείλονται στην ελλιπή φροντίδα, αλλά και η ανεπαρκής ή λανθασμένη διάγνωση, όπως και η καθυστέρηση στη θεραπεία, τα ανεπιθύμητα περιστατικά λόγω φαρμακευτικών λαθών και οι παραλείψεις στη χειρουργική διαδικασία (WHO, 2010).

Ιστορικά, το πρόβλημα για τη φροντίδα των πασχόντων άρχισε να μελετάται από αρκετά παλιά, όταν σχεδόν 40 χρόνια πριν, προτάθηκε η αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων και δομών και η σύνδεση της με την ασφάλεια των πασχόντων από τον Donabedian (1966). Αργότερα, βασιζόμενες στο έργο του Deming (1982), που είχε ασχοληθεί με τον τρόπο αναδόμησης της βιομηχανίας στην Ιαπωνία, διοικήσεις νοσοκομείων μίλησαν για τον όρο της ‘ολικής’ ποιότητας, με σκοπό την προώθηση των στόχων του οργανισμού τους και με συνιστώσες την προαγωγή της ομαδικότητας, του συντονισμού και της αποσαφήνισης των διαδικασιών (Ronda, 2008). Όλες αυτές οι συνιστώσες αποσκοπούν στην διασφάλιση της παρεχόμενης ποιότητας των υπηρεσιών στο νοσηλευτικό οργανισμό και επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από την διαχείριση των λαθών.

Το 1999, το αμερικανικό Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine - IOM) δημοσίευσε μια αναφορά με τίτλο “To err is human: building a safer health system” (Kohn et al., 2000). Στην παραπάνω επιστημονική μελέτη, η ποιότητα περιγράφεται σαν το επίπεδο κατά το οποίο είναι δυνατή η αύξηση της πιθανότητας του επιθυμητού αποτελέσματος αλλά και της συμφωνίας του (αποτελέσματος) με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση. Η δημοσίευση αυτή ήταν που οδήγησε στην εκκίνηση της έρευνας πάνω στον τομέα του ιατρικού λάθους και έτσι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία σημαντική αύξηση παρόμοιων ερευνών και εργασιών που πραγματεύονται τον τομέα των ιατρικών σφαλμάτων και κινδύνων στον χώρο της υγείας (Σκλάβου & Τζουβαδάκης, 2012, Donaldson, 2008). Παράλληλα και λόγω των εργασιών αυτών τα ιατρικά λάθη συνιστούν σήμερα δείκτη της ποιότητας (Donaldson, 2008). Τα ιατρικά λάθη έχουν καταστεί συνιστώσες του δείκτη ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, τα ιατρικά λάθη συμβάλλουν και στο κόστος λειτουργίας των νοσοκομείων. Στη δημοσίευση των Kohn et al. (2000) ορίζεται ως ασφάλεια, η απουσία κλινικού λάθους είτε μετά από εντολή (ακούσια εκτέλεση λάθους), είτε από παράλειψη (ακούσια μη εκτέλεση του σωστού) (Lilford et al., 2004). Το «λάθος» ορίζεται είτε η αποτυχία να ολοκληρωθεί μια παρέμβαση όπως σχεδιάστηκε, (εκτελεστικό λάθος) ή η επιλογή μιας ακατάλληλης για την περίπτωση (λανθασμένης) θεραπευτικής παρέμβασης (σχεδιαστικό λάθος). Όπως είναι αναμενόμενο, η συσσώρευση λαθών οδηγεί σε ατυχήματα και απρόβλεπτα γεγονότα (Ραφτόπουλος, 2009). Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο

υπολογίζεται πως μεταξύ 44.000 και 98.000 πασχόντων πεθαίνουν από κλινικό λάθος. Ακόμη κι εάν δεχτεί κανείς την αισιόδοξη εκτίμηση των 44.000 πασχόντων, τότε τα ιατρικά λάθη λαμβάνουν την όγδοη θέση μεταξύ των αιτιών θανάτου, πάνω από τα αυτοκινητικά ατυχήματα (43.458), τον καρκίνο του μαστού (42.458) και το AIDS (16.516).

Σε επίπεδο οικονομικό και πάντα σύμφωνα με υπολογισμούς, μπορούν να προληφθούν λάθη ή ανεπιθύμητες ενέργειες σε πάσχοντες στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) με όφελος σε κόστος μεταξύ των 17 – 29 εκατομμυρίων δολλαρίων (Kohn et al., 2000), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK), οι δαπάνες που οφείλονται στην ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις εκτιμήθηκαν σε σχεδόν 1 δισεκατομμύριο Αγγλικών λιρών το χρόνο (DoH, 2000). Κατά τα τελευταία 10 χρόνια, η ιαπωνική κυβέρνηση έχει λάβει μέτρα κατά των ανεπιθύμητων ενεργειών στα ιδρύματα υγείας. Τα πρώτα μέτρα αφορούσαν την πρόληψη και τον έλεγχο των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Fukuda et al., 2008). Αυτά τα μέτρα περιελάμβαναν νέους ιατρικούς κανονισμούς για έλεγχο των λοιμώξεων (επιτροπές, έλεγχο των λοιμώξεων, υποβολή εκθέσεων περί δεδομένων για τις λοιμώξεις, ανάπτυξη δραστηριοτήτων για υγιεινή των χεριών). Με την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων, τα νοσοκομεία έλαβαν επιπρόσθετη οικονομική βοήθεια της τάξης των 50 γιεν ανά ασθενή/ημέρα (περίπου 0.45 του δολλαρίου) σαν κίνητρο. Αργότερα, περίπου το 2000 το σύστημα αποζημίωσης άλλαξε σε σύστημα ‘τιμωρίας’ κατά το οποίο τα νοσοκομεία που δεν συμμορφώνονταν και δεν εφάρμοζαν το πρόγραμμα χρεώνονταν με μειωμένη αποζημίωση ανά ασθενή ανά ημέρα (Fukuda et al., 2008).

Παρά όμως το γεγονός ότι η επίγνωση για τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων και την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας συνεχώς αυξάνεται, αυτό δεν μεταφράζεται και σε αντίστοιχη έρευνα που θα μπορούσε να εμπλουτίσει περαιτέρω το θέμα με σημαντικά συμπεράσματα (Altman et al., 2004).

2.2 Κουλτούρα ασφαλείας

Όπως αναφέρθηκε, τα ιατρικά λάθη είναι πλέον συνώνυμα με την ασφάλεια της φροντίδας σε ένα υγειονομικό χώρο. Παράλληλα, οι όροι «ασφάλεια πασχόντων» και «ιατρικά λάθη» συνδέθηκαν και με το «κλίμα ασφαλείας» ενός οργανισμού.

Σε γενικότερο πλαίσιο οι όροι της ασφάλειας πασχόντων και των ιατρικών λαθών εμπίπτουν στην έννοια της «κουλτούρας της ασφάλειας» που αναλύεται παρακάτω. Η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι η καρδιά και η σταθερή δύναμη μέσα στον οργανισμό, που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του σκέφτονται, συμπεριφέρονται και προσεγγίζουν την εργασία τους, αντιπροσωπεύοντας έτσι και το στυλ στο οποίο λειτουργεί κάθε οργανισμός (Howard, 1998).

Πράγματι, ενώ θεωρείται πως τα ατυχήματα και τα λάθη οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα, μελέτες έχουν δείξει πως άλλα αίτια οδηγούν σε μεγάλα ατυχήματα. Τα αίτια αυτά είναι συνυφασμένα με τον τρόπο που λειτουργεί ένας οργανισμός (IET, 2009). Ο όρος ‘κουλτούρα ασφάλειας’ εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency για τη διερεύνηση του ατυχήματος στο Chernobyl το 1986 από το Ινστιτούτο Ασφάλειας Περί των Πυρηνικών (Institute for Nuclear Safety Advisory Group) (INSAG, 2001). Στην έκθεση του INSAG η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας περιγράφεται ως εξής: «κουλτούρα ασφάλειας είναι 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». Αυτή η έννοια εισήχθη με σκοπό να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του κινδύνου και της ασφάλειας τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τον οργανισμό ως σύνολο συνέβαλε στην έκβαση της καταστροφής.

Από τότε έχει εισαχθεί ένας μεγάλος αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας. Η επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου ανέπτυξε έναν από τους περισσότερο χρησιμοποιημένους ορισμούς, ο οποίος την περιγράφει ως εξής: «Η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της (διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού.» (HSE, 2005). Οι παραπάνω ορισμοί είναι από τους κυρίαρχους, τους πιο χαρακτηριστικούς αλλά και τους περισσότερο χρησιμοποιημένους που μπορεί κανείς να βρει στη βιβλιογραφία. Παρότι όμως, έχουν εκπονηθεί πολλές μελέτες σχετικά με τη θεώρηση της κουλτούρας ασφάλειας, ομοφωνία σε έναν κοινό ορισμό δεν έχει επιτευχθεί. Συνεπώς, ο όρος ‘κουλτούρα ασφάλειας’ κατακτώντας διεθνή χρήση πια κατά την προηγούμενη δεκαετία,

χρησιμοποιείται γενικά, για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε είναι ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι η απόδοση ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας» (IET, 2009).

Τα τελευταία 30 έτη, υπάρχει πληθώρα ερευνών γύρω από τα θέματα της κουλτούρας ασφάλειας, μα η έννοια της παραμένει κάπως ασαφής (Guldenmund, 2000). Κοινά χαρακτηριστικά της κουλτούρας όμως αναγνωρίζονται στους περισσότερους ορισμούς και ενσωματώνουν τις έννοιες των πεποιθήσεων, των αξιών και των νοοτροπιών που μοιράζεται μια ομάδα 8 ανθρώπων. Μία αντίληψη για την κουλτούρα ασφαλείας τονίζει πως ο ορισμός της εξαρτάται από τις αντιλήψεις, που μοιράζονται τα άτομα μιας ομάδας μέσα σε έναν οργανισμό ή σε ένα κοινωνικό περιβάλλον (Glendon et al., 2006). Άρα, είναι εμφανές ότι υπάρχει η τάση αυτή να εκφράζεται με όρους νοοτροπιών και συμπεριφορών. Οι Glendon και συν (2006) επισημαίνουν όμως ότι στην προσπάθεια ορισμού της κουλτούρας ασφάλειας, η πρόθεση μερικών μελετητών είναι να εστιάσουν στις νοοτροπίες ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στην κουλτούρα ασφάλειας μέσα από συμπεριφορές και εργασιακές δραστηριότητες. Κατά την άποψή τους δηλαδή, η κουλτούρα ασφάλεια ενός οργανισμού λειτουργεί ως οδηγός για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας. Οι συμπεριφορές, βέβαια, των εργαζομένων επηρεάζονται ή/και καθορίζονται από το ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και συνάμα επιβραβεύονται.

Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε την αντίληψη ενός οργανισμού για την κουλτούρα ασφάλειας, καθώς αυτή αποτελεί τον αποφασιστικότερο παράγοντα της ανθρώπινης απόδοσης και της οργανωσιακής ασφάλειας. Ένας από τους πιο λιτούς ορισμούς θέτει την «ασφάλεια των εργαζομένων και του κοινού ως την αέναη αξία και προτεραιότητα κάθε μέλους, κάθε ομάδας, σε κάθε επίπεδο του οργανισμού» (Von Thaden and Gibbons, 2008). Η προσέγγιση αυτή αφορά το βαθμό στον οποίο άτομα και ομάδες δεσμεύονται προσωπικά για την ασφάλεια: λειτουργούν, δηλαδή, με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφυλάξουν, να ενδυναμώσουν και να μεταδώσουν τη σημασία της ασφάλειας, κοπιάζουν για να μάθουν, να υιοθετήσουν και να τροποποιήσουν συμπεριφορές

(ατομικές και οργανωσιακές) και λειτουργούν με βάση τη λογική «μαθαίνω από τα λάθη μου». Επιπλοκές μετά από νοσηλεία (σήψη, μετεγχειρητικές επιπλοκές, κατά λάθος τρύπημα με βελόνες, έλκη κατάκλισης κ.α)

Ιατρικά λάθη (λάθος δόσης, λάθος φάρμακο, λάθος ώρα, παράλειψη δόσης).

Στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας τους ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος. Αξιολογείται ότι το 8-12% των νοσηλευομένων πασχόντων στην Ευρώπη είναι θύματα ανεπιθύμητων συμβαμάτων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, που οφείλονται κυρίως σε λοιμώξεις, σε εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, σε χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα, σε ελαττωματικές ιατρικές συσκευές, σε αδράνεια μετά από εργαστηριακές αναλύσεις (EU, 2013).

Η συστημική αντίδραση ενός οργανισμού συνδέεται με την εμφάνιση ή όχι συνθηκών μειωμένης αντίδρασης στα λάθη. Η συστημική αντίδραση λοιπόν είναι μία ακόμη όψη της κουλτούρας του οργανισμού. Για παράδειγμα, τα λάθη από συμβάματα, γνωστά ως μικρές «τρύπες», οφείλονται σε κακό σχεδιασμό, στη μη τήρηση διαδικασιών, στον τρόπο λήψης αποφάσεων, στην ελλιπή εκπαίδευση, στους περιορισμένους πόρους κ.ά. Αυτές οι «τρύπες» είναι γνωστές ως «λανθάνουσες συνθήκες». Όταν αυτές οι λανθάνουσες συνθήκες ευθυγραμμιστούν σε διαδοχικά επίπεδα άμυνας τότε δημιουργείται ένα ανοιχτό παράθυρο για να υπάρξουν συμβάματα και λάθη στον ασθενή. Οι λανθάνουσες συνθήκες αυξάνουν την πιθανότητα οι επαγγελματίες υγείας να πραγματοποιήσουν «ενεργά σφάλματα» κατά την παροχή υπηρεσιών στους πάσχοντες (NHS, 2009).

2.3 Ο ρόλος της κουλτούρας ασφάλειας στη διερεύνηση ατυχημάτων

Οι αιτίες των επαγγελματικών ατυχημάτων συγκέντρωναν το ενδιαφέρον στις μελέτες, καθώς απαντήσεις για αυτές μπορούν να βελτιώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, μέσω της αντιμετώπισης των σημείων στα οποία μπορεί να συμβαίνουν ατυχήματα. Η έρευνα σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου βοήθησε σημαντικά στην κατανόηση της επίδρασης των συστημάτων και των ανθρωπίνων παραγόντων στην οργανωσιακή ασφάλεια. Διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις για τα ανθρώπινα λάθη, που προέκυψαν από τις μελέτες διερεύνησης των ατυχημάτων αξίζει να περιγραφούν

συνοπτικά. Αρχικά, η θεωρία των συστημάτων (Systems Theory), είναι εκείνη που επιβεβαιώνει την αντίληψη ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται από αμέλεια ή ανικανότητα αλλά από υποκείμενα ελαττώματα στα συστήματα, που καθιστούν το εργασιακό περιβάλλον επιρρεπές στα λάθη. Στη θεωρία αυτή το λάθος δεν αντιμετωπίζεται ως αιτία αλλά ως συνέπεια ή σύμπτωμα μη εμφανών καταστάσεων, που προέρχονται από εκείνο το επίπεδο του οργανισμού, που δεν αποτελεί την κύρια λειτουργία του. Η βασική θεώρηση στην προσέγγιση αυτή είναι πως οι άνθρωποι κάνουν λάθη και άρα τα λάθη είναι αναμενόμενα ακόμη και στους καλύτερους οργανισμούς. Ο Reason εισήγαγε τον όρο “λανθάνουσες συνθήκες” (latent conditions) (Reason, 2000, Reason, 1990) για να περιγράψει την έννοια των “μη ασφαλών” συνθηκών που υπάρχουν και παραμένουν απαρατήρητες για πολλά χρόνια στο σύστημα, ώσπου ένα τυχαίο συμβάν, μια μεγάλη αποτυχία (active failure), να τις καταλύσει. Οι λανθάνουσες συνθήκες τυπικά απορρέουν από ελλείψεις ή ελαττώματα στις οργανωτικές λειτουργίες, όπως στην ανάπτυξη πρωτοκόλλων και διαδικασιών, προϋπολογισμών, στελέχωσης, συντήρησης του υπάρχοντος εξοπλισμού και διαχείρισης διαδικασιών. Τέτοιου είδους ανεπάρκειες είναι δυνατό να δημιουργούν συνθήκες εργασίας που προκαλούν την ανθρώπινη τάση για λάθη και επιπλέον πιέζουν τα όρια της ανθρώπινης απόδοσης (Phillips, 1999). Μία άλλη διατυπωμένη θεωρία, η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων (Human Factors Theory) υποστηρίζει πως δεν είναι δυνατόν να αλλαχθεί η ανθρώπινη κατάσταση, είναι όμως δυνατή η αλλαγή των συνθηκών μέσα στις οποίες οι άνθρωποι εργάζονται» (Reason, 1990). Στόχος της θεωρίας αυτής είναι η κατανόηση και ενίσχυση της ανθρώπινης απόδοσης μέσω θεώρησης των ανθρώπινων αδυναμιών που εκδηλώνονται όταν οι άνθρωποι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αλλά και με άλλους παράγοντες (μηχανές, τεχνολογία κλπ) στην εργασία τους. Μέσω της κατανόησης αυτής, επιχειρείται η τροποποίηση των στοιχείων αυτών για να είναι συμβατά με τον ανθρώπινο παράγοντα.

Πρακτικά λοιπόν, η θεωρία αυτή προσπαθεί να προλαμβάνει τα λάθη με σχεδιασμός συστημάτων που εξουδετερώνουν τις προβλέψιμες ανθρώπινες αδυναμίες, παρουσίαση και όχι απόκρυψη των λαθών, ώστε να μπορούν να αναχαιτίζονται και αναπτύσσει στρατηγικές για να μειώνονται οι επιπτώσεις των λαθών όταν αυτά γίνουν (Porto, 2001, Carayon and Wood, 2010). Είναι αυτονόητο πως η κατανόηση των αιτιών που είτε προκαλούν είτε συνεισφέρουν σε ένα ατύχημα στον εργασιακό χώρο, βοηθά στην αποφυγή αυτών των παραγόντων στο μέλλον και άρα στην αποτροπή ατυχημάτων, κύρια

μέσω του σχεδιασμού μεθόδων πρόληψης (Williamson et al., 1997). Στο παρελθόν κάθε προσπάθεια βελτίωσης της εργασιακής ασφάλειας ή ελέγχου των εργασιακών κινδύνων εστίαζε σε τεχνικές πλευρές (π.χ. σχεδιασμός ασφαλέστερων συστημάτων) και στην άμεση επιρροή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (π.χ. λάθη χειρισμών) (Gadd and Collins, 2002). Έρευνες όμως που γίνονταν από παλιότερα (όπως για παράδειγμα στην αεροπορία, τη βαριά βιομηχανία) έδειξαν πως η οργάνωση και ο τρόπος οργάνωσης ενός ιδρύματος παίζει καθοριστικό ρόλο στα αποτελέσματα της απόδοσης ασφάλειας, ενώ παράλληλα έδειξαν τη σημασία της κουλτούρας ασφάλειας στην επίδραση στο αποτέλεσμα των καταστροφών. Κλασικά παραδείγματα, όπως εκείνο του πυρηνικού αντιδραστήρα του Chernobyl και του διαστημικού λεωφορείου Challenger, απέδειξαν την τεράστια σημασία των οργανωσιακών παραγόντων στην απόδοση ασφάλειας.

Διάφορες συστηματικές έρευνες των οποίων ο στόχος είναι να εξετάσουν τις λεπτομέρειες που αφορούν σε ένα ατύχημα ή μια καταστροφή, αποτελούν ανεκτίμητες πηγές πληροφόρησης στη διερεύνηση και ακόλουθη ταυτοποίηση εκείνων των παραγόντων, που καθιστούν έναν οργανισμό ευάλωτο σε αποτυχίες (Gadd & Collins, 2002). Τέτοιω χαρακτήρα έρευνες και εργασίες είναι εκείνες που έχουν αναδείξει πως οι καταστροφές είναι μάλλον αποτέλεσμα κατάρρευσης των επιχειρησιακών πολιτικών και διαδικασιών διαχείρισης της ασφάλειας παρά ‘λειτουργικών λαθών’.

Μοντέρνες τάσεις υιοθετούν την έννοια της κουλτούρας ασφάλειας και της εφαρμογής της και σε ατομικό επίπεδο. Η κουλτούρα ασφαλείας αρχικά χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις ανεπάρκειες του management σε έναν οργανισμό και πώς αυτές οδηγούσαν σε καταστροφές (Mearns et al., 2003), όμως σήμερα, η έννοια μετρά και τη συμβολή του κάθε ατόμου στο ατύχημα. Η συμπεριφορά του κάθε ατόμου ξεχωριστά επηρεάζεται από τη συνολική οργανωσιακή κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού ή του ιδρύματος στο οποίο ο καθένας εργάζεται. Σαν αποτέλεσμα, η συγκεκριμένη αυτή κουλτούρα μπορεί να τροποποιεί την ατομική συμπεριφορά και έτσι συμβάλλει στην εμπλοκή του ατόμου σε ένα ατύχημα (Glendon et al, 2006). Πιο ειδικά, μπορεί και η συγκεκριμένη συμπεριφορά ενός και μόνο ατόμου στην ιεραρχία, όπως για παράδειγμα ενός διευθυντή ή προϊσταμένου, κι όχι η συνολική οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού να επηρεάζει την ατομική συμπεριφορά του εργαζομένου. Αυτό το τελευταίο ορίζεται σαν ‘τοπικό κλίμα ασφάλειας’ και συνιστά ένα πιο δεκτικό κλίμα στο οποίο μπορούν να γίνουν αλλαγές και διαφοροποιήσεις. Ο ορισμός της συνιστώσας

αυτής σαν 'κλίμα' σε σύγκριση με την 'κουλτούρα' ασφαλείας, καταδεικνύει πως οι δύο αυτοί παράγοντες λειτουργούν σε άλλα επίπεδα (Mearns et al., 2003). Πράγματι, η κουλτούρα ασφαλείας αφορά σε συμβολικές και δεοντολογικές δομές που περισσότερο υπονοούνται παρά είναι συνειδητές και φανερές, ενώ το κλίμα αντανακλά τη ρητή, εκφρασμένη υλοποίηση της κουλτούρας.

2.4 Η θετική κουλτούρα ασφάλειας

Η ιδανική κουλτούρα ασφάλειας πρέπει να λειτουργεί σαν μηχανή που οδηγεί το σύστημα ορθά και με στόχο την αντίσταση και προστασία από τα ατυχήματα. Πρέπει όμως να καταστεί σαφές πως η κουλτούρα ασφάλειας δεν είναι μόνο η συλλογή και ύπαρξη πρωτοκόλλων και διαδικασιών αλλά είναι ακόμη και η διαχείριση της ασφάλειας και ο τρόπος με τον οποίο οι πολιτικές και οι διαδικασίες εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική μέσα στο χώρο εργασίας (Kennedy and Kirwan, 1995).

Μια θετική κουλτούρα ασφάλειας έχει τρία βασικά στοιχεία:

- Εργασιακές πρακτικές και κανόνες για τον αποτελεσματικό έλεγχο των κινδύνων
- Μια θετική στάση απέναντι στη διαχείριση κινδύνου και συμμόρφωση με τις διαδικασίες ελέγχου
- Ικανότητα να μαθαίνουν οι εργαζόμενοι από τα ατυχήματα, τα παρ' ολίγον ατυχήματα και τους δείκτες επιδόσεων ασφαλείας ώστε να επιφέρεται συνεχής βελτίωση.

Ένας οργανισμός μπορεί να αναπτύξει πρότυπες εργασιακές πρακτικές ασφάλειας που θα συμμορφώνονται με το νόμο και τις βέλτιστες πρακτικές. Μπορεί επίσης να δημιουργήσει μια θετική στάση ως προς τη συμμόρφωση του προσωπικού με τους κανόνες αυτούς μέσω της διασφάλισης πως τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη καθοδηγούν το προσωπικό μέσω της συμπεριφοράς τους. Αλλά για να λειτουργήσουν τα δύο αυτά στοιχεία αποτελεσματικά, ο οργανισμός πρέπει να μάθει τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας καθώς μόνο έτσι μπορεί να αναπτύξει κατάλληλες βελτιώσεις ως προς την εργασιακή ασφάλεια.

Οι οργανισμοί πρέπει επίσης να διενεργούν αξιόπιστες και τίμιες επιθεωρήσεις και να συντάσσουν εκθέσεις ασφαλείας, έτσι ώστε οι διαχειριστές γνωρίζουν πού πρέπει να

επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους. Είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται και τα ατυχήματα που τελικώς αποφεύγονται και όχι μόνο εκείνα που γίνονται, καθώς σε πολλούς οργανισμούς έχουν αναφερθεί τραυματισμοί ή κακή υγεία στους εργαζομένους, που καθώς δεν συνιστούν σοβαρά ατυχήματα, δεν αναφέρονται επαρκώς, συνιστούν όμως σημαντικά σημεία για βελτίωση. Απαραίτητη προϋπόθεση για μια θετική κουλτούρα ασφάλειας είναι η καλή, ομαλή και σωστή πληροφόρηση και έτσι, απαιτείται το εργατικό δυναμικό να είναι πρόθυμο να συμμετάσχει και να αναφέρει τα λάθη και τα παρ' ολίγον ατυχήματα. Η σωστή συμπεριφορά του προσωπικού βέβαια, εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο η διοίκηση αντιμετωπίζει και ερευνά τα περιστατικά που συμβαίνουν. Συνοπτικά λοιπόν πρέπει η κουλτούρα ασφάλειας να βασίζεται σε μια δίκαιη κατανομή των ευθυνών (Pidgeon, 1991).

Ένας τρόπος για την ταυτοποίηση του επιπέδου που βρίσκεται ένας οργανισμός ως προς την κουλτούρα ασφάλειας του είναι μέσω της αξιολόγησης του υπάρχοντος κλίματος ασφαλείας. Η αξιολόγηση αυτή στηρίζεται στους εξής παράγοντες:

- Ο βαθμός της ηγεσίας στον τομέα της υγείας και της ασφάλειας και τη δέσμευση για υγιές και ασφαλές εργασιακό που αποδεικνύεται από τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη (π.χ. προβολή και στενή επαφή με τους υφισταμένους)
- Πόσο οι εργαζόμενοι γνωρίζουν και επικοινωνούν για την υγεία και την ασφάλεια, πόσο αφοσιωμένοι είναι, και πόσο αξιόπιστα παρακολουθούν σεμινάρια κατάρτισης για την υγεία και την ασφάλεια
- Ο βαθμός στον οποίο τα διαφορετικά επίπεδα του εργατικού δυναμικού εμπλέκονται στη διαδικασία βελτίωσης της υγείας και της ασφάλειας
- Η ευθύνη την οποία οι εργαζόμενοι δείχνουν για την υγεία και την ασφάλεια τη δική τους και των άλλων ανθρώπων
- Ο βαθμός ανοχής της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς
- Πόσο καλά μετρούνται οι καλές επιδόσεις ασφάλειας και υγείας
- Οι ρυθμίσεις για περιοδικές αναθεωρήσεις της κουλτούρας υγείας και ασφάλειας και για την εφαρμογή των σχεδίων βελτίωσης.

2.5 Σχέση ασφάλειας ασθενή και κουλτούρας ασφάλειας

Συγκεκριμένα θέματα αφορούν τον χώρο της υγείας και τον καθιστούν κάπως ιδιαίτερο σε σχέση με τους υπόλοιπους οργανισμούς για τους οποίους μελετάται η κουλτούρα ασφάλειας. Τα θέματα αυτά αφορούν την ιατρική αβεβαιότητα, την ανάγκη επικοινωνίας και ομαδικής εργασίας από μία ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων, την οργανωσιακή προσέγγιση των διαφορετικών υγειονομικών χώρων, την επίδραση της κουλτούρας ποιότητας και της κουλτούρας ασφαλείας, την στελέχωση και υποστελέχωση των υγειονομικών ιδρυμάτων και την ύπαρξη ανθρωπίνων λαθών (που σε αυτήν την περίπτωση, όπως και σε άλλες βιομηχανίες μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο ανθρώπων).

2.5.1 Ιατρική αβεβαιότητα

Η ιατρική λαμβάνει χώρα σε πληθώρα αβεβαιοτήτων, καθώς η ανθρώπινη φυσιολογία είναι πολύπλοκη και συχνά οι εμφανιζόμενες κλινικές ενδείξεις μπορούν να αφορούν διαφορετικές καταστάσεις. Οι ιατροί συχνά βαδίζουν με βάση τις πλέον απαντούμενες στατιστικά ενδείξεις δηλαδή θέτουν τη διάγνωση τους και ακολουθούν πρωτόκολλα που αφορούν εκείνες τις καταστάσεις που εμφανίζονται πιο συχνά με συγκεκριμένες κλινικές παρουσιάσεις. Με δεδομένη λοιπόν την αβεβαιότητα αυτή, ο ορισμός των αποφευκτέων και αναπόφευκτων λαθών είναι ιδιαίτερα δύσκολος (Lester and Tritter, 2001). Για να αντιμετωπιστεί αυτό το θέμα και να αναπτυχθούν αντίστοιχες στρατηγικές ασφάλειας πρέπει κανείς να σκεφτεί όπως και οι ιατροί για το λάθος. Ο ιατρός από νωρίς έρχεται σε επαφή με την ιατρική πραγματικότητα και αβεβαιότητα, ‘μαθαίνει’ να την διαχειρίζεται και παράλληλα απαιτείται να αυξάνει τη γνώση του και να ενεργεί συνδυάζοντας πιθανότητες (Fox, 1957). Είναι λοιπόν δύσκολο να διαχειριστεί επαρκώς την αβεβαιότητα αυτή και συμπερασματικά, αναπτύσσει σιγά σιγά τη συνείδηση πως είναι κι ο ίδιος τρωτός και μπορεί να οδηγηθεί σε λάθη. Με αυτόν τον τρόπο, αφενός μαθαίνει να δείχνει κατανόηση και συγχώρεση στο λάθος, ενώ από την άλλη, επιτρέπει μόνο από ομοίους του να τον κρίνουν (Rosenthal, 1995).

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί αυτό να αντιμετωπιστεί είναι μέσω της εκπαίδευσης των ιατρών από το πανεπιστήμιο κιόλας, την ενίσχυση της εκπαίδευσης σε θέματα όπως η συνεργασία, η επικοινωνία, η μάθηση βάσει προβλημάτων (problem-based learning), η

ιατρική πρακτική βάσει αποδείξεων (evidence-based practice) και οι τεχνικές διερεύνησης λαθών και μάθησης από αυτά.

2.5.2 Διεπιστημονική Συνεργασία και Επικοινωνία

Η διεπιστημονική συνεργασία έχει φανεί πως είναι ένας σημαντικός παράγοντας που αποτρέπει τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει πως η διεπιστημονική συνεργασία και επικοινωνία είναι από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που βοηθούν ως προς την αποφυγή ατυχημάτων στην υγεία. Πράγματι, η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών είναι αλληλένδετη με την δραστηριότητα σε επίπεδο ομαδικό και την ικανή επικοινωνία (El-Dawlatly et al., 2004, Suresh et al., 2004). Άλλες μελέτες παρατήρησαν πως στο χειρουργείο, υπήρχε ένα ποσοστό επικοινωνιακής αποτυχίας 30% κατά τη διάρκεια χειρουργικών διαδικασιών. Από αυτές τις αποτυχίες, 36% οδήγησε σε ορατές συνέπειες, όπως καθυστερήσεις, ένταση μεταξύ της ομάδας και διαδικαστικά λάθη (Lingard et al., 2004). Έτσι, φαίνεται πως συμβάντα ανεπιθύμητων περιστατικών και λαθών προκύπτουν από την ελαττωματική ομαδική εργασία και όχι από έλλειψη κλινικής εμπειρίας ή προσόντων. Η δυσκολία στις μελέτες που προσπαθούν να ταυτοποιήσουν τις αιτίες τέτοιων περιστατικών είναι η έλλειψη επεξήγησης γύρω από το ποιές είναι οι ειδικές ‘περιοχές’ της ομαδικής εργασίας που χρήζουν βελτίωσης και του τρόπου με τον οποίο η ομαλή ομαδική εργασία μπορεί να αποτρέψει την κλιμάκωση σε σοβαρότερες καταστάσεις (Catchpole et al., 2007). Η ποιότητα της συνεργασίας αφορά σε τομείς όπως ο αμοιβαίος σεβασμός, η εμπιστοσύνη, η κοινή αντιμετώπιση προβλημάτων και τα κοινά μοντέλα σκέψης, η δύναμη των ιδίων στόχων, η κοινή αντίληψη μίας κατάστασης, η κοινή κατανόηση της ομαδικής δομής, ο συντονισμός και ο δυναμικός διαχωρισμός των υπευθυνοτήτων, η αυξημένη ανταλλαγή πληροφοριών και η χρήση συγκεκριμένων πρακτικών, όπως ενημερώσεις της ομάδας, ενεργή και προσαρμοζόμενη ηγεσία σε κρίσιμες καταστάσεις (Manser, 2009).

Το μοντέλο φροντίδας, που αναφέρεται ως ‘συνεργατικό’ (collaborative care model), είναι εκείνο στο οποίο αναπτύσσονται λειτουργίες παροχής ιατρικής φροντίδας και λειτουργεί σα σύστημα ελέγχου και ισορροπίας. Στο μοντέλο αυτό ενθαρρύνεται η επαγγελματική προσεκτική επίβλεψη των πράξεων και αποφάσεων κάθε μέλους της ομάδας και η επικοινωνία, συνεργασία και αλληλεπίδραση επεκτείνεται και μεταξύ

πασχόντων, οικογενειών τους και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, η συμμετοχή των εμπλεκόμενων είναι ενεργητική και στο θεραπευτικό πλάνο. Ομάδες εργασίας υψηλών επιδόσεων χαρακτηρίζονται από σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών τους. Η καλή επικοινωνία διευκολύνει τις διαδικασίες σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων και στοχοθέτησης. Οι οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Cooper, 2000). Παρά το γεγονός ότι η συνεργασία δεν επιβάλλεται ούτε προκύπτει απλά από τη δημιουργία μιας ειδικής οργανωτικής υποδομής, εν τούτοις αναγνωρίζεται ότι η κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να εμποδίζει ή να ενισχύει τη συνεργασία μέσω του περιβάλλοντος και του κλίματος που δημιουργεί (Liedtka and Whitten, 1998).

2.5.3 Ηγεσία

Οι συμπεριφορές ηγεσίας υποστηρίζουν και την ομαδική εργασία αλλά και την ασφάλεια. Διάφορες έρευνες ειδικά στον τομέα του τραύματος και των καρδιακών προσβολών έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της στη δράση των ομάδων που ασχολούνται με τέτοιου είδους περιστατικών υγείας. Η ηγεσία στις συγκεκριμένες ομάδες συνιστά πρωτότυπο μοντέλο και παράδειγμα καθώς αυτές οι ομάδες καλούνται να δράσουν άμεσα και με σωστή αλληλουχία συγκεκριμένες διαδικασίες ενώ παράλληλα πρέπει να αντιμετωπίζουν αλλαγές στη σύσταση της ομάδας που περιποιείται τον ασθενή (Klein et al., 2006). Στις μελέτες του πώς δρουν οι ομάδες αυτές, φαίνεται πως η επιτυχής διάσωση του ασθενή βασίζεται στην ικανή ηγεσία αλλά και την επιτυχή διαμοίραση των υποχρεώσεων και των καθηκόντων στα μέλη της ομάδας με εκτενή και σαφή τρόπο μαζί με μία θετική συμπεριφορά (Marsch et al., 2005, Tschan et al., 2006).

Συνοπτικά, η ανάγκη ηγεσίας που προσαρμόζεται και είναι παράλληλα αποτελεσματική είναι αναγκαία στις ομάδες διάσωσης. Πολλοί ειδικευόμενοι ιατροί συχνά αισθάνονται απροετοίμαστοι για να αναλάβουν έναν ηγετικό ρόλο σε τέτοιες ομάδες καθώς φαίνεται από μελέτες, αισθανόμενοι πως η εκπαίδευση τους δεν επαρκεί για κάτι τέτοιο (σε ποσοστό 51%) (Hayes et al., 2007).

Η αντίληψη του προσωπικού για την ομαδική εργασία σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα και την ασφάλεια των πασχόντων. Υπάρχουν λίγες αποδείξεις για τη σχέση μεταξύ της αντίληψης του προσωπικού για την ποιότητα της ομαδικής εργασίας και την αντικειμενικά μετρημένη ή εικαζόμενη ποιότητα και ασφάλεια ασθενή. Μελέτες που χρησιμοποίησαν τις στάσεις των κλινικών ιατρών απέναντι σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την ασφάλεια σαν δείκτες για την ασφάλεια των πασχόντων έδειξαν πως ενώ η γενική στάση των ιατρών προς τις συμπεριφορές αυτές ήταν θετική, οι απαντήσεις του προσωπικού κατέδειξαν πως πολλοί πιστεύουν πως είναι άτρωτοι στην κούραση και στο στρες (Flin et al., 2003, Sexton et al., 2000).

2.6 Ο οργανισμός που μαθαίνει

Η ασφάλεια έχει οριστεί ως το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας της οργανωσιακής μάθησης που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία ενός οργανισμού που εργάζεται ομαδικά προς αυτό το στόχο. Ένας οργανισμός που μαθαίνει είναι «...εκπαιδευμένος στη δημιουργία, στην απόκτηση και στη μεταφορά της γνώσης αλλά και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ώστε να αντανakλά τη νέα γνώση..» (Garvin, 1993)

2.6.1 Ανοιχτό, Μη Τιμωρητικό Περιβάλλον (Open, non-punitive environment)

«Η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ό,τι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών» (Leape, 2000). Ένα περιβάλλον στο οποίο ο κύριος στόχος της ανάλυσης των ατυχημάτων δεν είναι να τιμωρήσει το ανθρώπινο λάθος αλλά να κατανοήσει τις αδυναμίες του συστήματος, προάγει την κριτική μάθηση. Αυτό αποδεικνύεται σε μια μελέτη η οποία εξέτασε διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας χειρουργείων ίδιας εμπειρίας και των οποίων ο ρυθμός μάθησης διαφοροποιούνταν ανάλογα με το αν ήταν ελεύθεροι ή όχι να μελετήσουν ανοιχτά και να συζητήσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες λαθών και ατυχημάτων. Η ομάδα με τους λιγότερους φραγμούς στην επικοινωνία υπερείχε στην απόκτηση γνώσης (Carroll and Edmondson, 2002).

2.7 Ευέλικτη σκέψη

Οργανισμοί με μεγάλη ικανότητα στην απόκτηση γνώσης είναι αυτοί που διατηρούν ανοιχτή σκέψη και δέχονται ότι πάντα υπάρχει κάτι να μάθουν λόγω της αβεβαιότητας, της πολυπλοκότητας και της ρευστότητας του περιβάλλοντός τους. Οι οργανισμοί δεν μπορούν να είναι ποτέ σίγουροι για τους τύπους των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσουν, για το ποιες προσεγγίσεις επίλυσης προβλημάτων θα λειτουργήσουν καλύτερα ή για το ποιος θα εμπλακεί στις διαδικασίες διερεύνησης όλων αυτών (Battles et al., 2006, White et al., 2011). Καθώς οι οργανισμοί κατακτούν περισσότερη γνώση στα θέματα της ασφάλειας, πρέπει επίσης να είναι ανοιχτοί στο να επεκτείνουν τη θεμελιακή τους βάση γύρω από τις αρχές του σχεδιασμού της ασφάλειας συμπεριλαμβάνοντας τέτοιες αρχές, όπως η απλούστευση των διαδικασιών και του σχεδιασμού διαδικασιών για άμεση ανάκαμψη από τα λάθη (Berwick and Leape, 1999).

2.8 Μαθαίνοντας να μαθαίνουμε

Η οργανωσιακή μάθηση δεν είναι μια φυσική διαδικασία, αλλά απαιτεί μια συνειδητή προσπάθεια στην απόκτηση γνώσης. Η δυναμική ενός οργανισμού να μαθαίνει ενδυναμώνεται αν:

- ωθεί περισσότερη σημασία στο χρόνο που είναι απαραίτητος για να επιτευχθεί μακροπρόθεσμη επίλυση των προβλημάτων.
- διευρυνθεί το εύρος των αποτελεσμάτων, ώστε να συμπεριλάβει περισσότερα θέματα, όπως η ασφάλεια, η ποιότητα και η βελτίωση των συστημάτων.
- Υπάρχει ενδιαφέρον για την επίδραση των προβλημάτων σε έναν ευρύτερο πληθυσμό συμπεριλαμβανομένων για παράδειγμα των πασχόντων, του προσωπικού, των επισκεπτών και γενικά της κοινωνίας.
- Ανατρέπει τις συνήθειες πρακτικές και αποκτά μια ευρύτερη θεώρηση των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ ατόμων, ομάδων, καθηκόντων, συστημάτων αλλά και πολιτισμικών αντιλήψεων (Carroll & Edmondson, 2002).

2.9 Ενσωμάτωση της γνώσης βάσει αποδείξεων

«Ένας από τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός οργανισμού υγείας αφοσιωμένου στην απόκτηση γνώσης θα πρέπει να είναι ο συνδυασμός της επιστημονικής γνώσης και της κλινικής πρακτικής». Τα ιατρικά λάθη επικρατούν ακόμη μέσα στη βιομηχανία της υγείας κι αυτό εν μέρει οφείλεται στο γεγονός της αποτυχίας της ευρείας διάδοσης και

εφαρμογής της γνώσης που βασίζεται στην απόδειξη, δηλαδή της τεκμηριωμένης γνώσης (evidence-based knowledge) (Wright et al., 2008). Καθώς η άσκηση της βασιζόταν παλαιότερα στην τέχνη και στην επιστήμη, οι κατάλληλες πρακτικές ανακαλύφθηκαν μέσω πειραματικών μελετών και λαθών, αλλά συχνά απουσία της απαραίτητης τεκμηρίωσης. Με το χρόνο, υπήρξαν πρακτικές που είχαν δοκιμαστεί και άρα ήταν τεκμηριωμένες, ήταν ορθές και επίσης συνοδεύονταν από την αντίστοιχη τεκμηρίωση. Παρόλα αυτά, όμως, πολλές πρακτικές ακόμη και σήμερα, συνεχίζουν να εκτελούνται παρότι θεωρούνται ακατάλληλες ή αμφίβολου οφέλους. Υπάρχουν, επίσης, πάσχοντες στους οποίους δεν προσφέρεται η πλέον ενδεδειγμένη φροντίδα ή/και θεραπείες αποδεδειγμένου επιστημονικού οφέλους (Carroll & Edmondson, 2002).

Η πολυπολκότητα λοιπόν του προβλήματος προκύπτει από την κλινική πρακτική και τα λάθη της που συνεχίζουν να υπάρχουν, όπως για παράδειγμα η απροθυμία να εγκαταλειφθούν τα συνηθισμένα πρότυπα πρακτικής, η παραδοσιακή αυτονομία και τα απαρχαιωμένα ιδανικά για το 'πώς προχωρά το ιατρικό επάγγελμα' (Carroll & Edmondson, 2002). Άλλος λόγος είναι και η απροθυμία για συμμόρφωση με κατευθυντήριες οδηγίες ή ακόμη άγνοια αυτών και έλλειψη εκπαίδευσης για τον τρόπο ενσωμάτωσης των στην πρακτική τους (Gross, 2000).

Επιπλέον, στην ανεπαρκή υιοθέτηση της τεκμηριωμένης πρακτικής, συμβάλλει και η αναποτελεσματικότητα των στρατηγικών (Lichtman et al., 2001).

Άλλη αιτία αντιστάσεων προκύπτει από βασικές διαφορές μεταξύ της ιατρικής βάσει αποδείξεων και της ακαδημαϊκής γνώσης. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, για παράδειγμα, αντιμετωπίζουν την πρόκληση της ενσωμάτωσης κάποιου βαθμού προτυποποίησης βάσει αποδείξεων, χωρίς να εμποδίζουν την επιστημονική περιέργεια και ανακάλυψη. Οι οργανισμοί πρέπει να αποδέχονται και να ενσωματώνουν σε κάποιο βαθμό τη γνώση βάσει αποδείξεων κατανοώντας ότι αυτή αντιπροσωπεύει τις καλύτερες επιστημονικά σύγχρονες πρακτικές, ενώ ταυτόχρονα να συνεχίζουν να προωθούν καινοτόμες ιδέες.

2.10 Αλληλεπίδραση Κουλτούρας Ποιότητας και Κουλτούρας Ασφάλειας

Η κουλτούρα ασφάλειας μπορεί να είναι ευκολότερος στόχος για έναν οργανισμό που έχει ήδη ενσωματώσει στην οργανωσιακή του κουλτούρα προσανατολισμό συνεχούς βελτίωσης ποιότητας. Νοσοκομεία με προγράμματα συνεχούς βελτίωσης ποιότητας

μπορεί να μην αντιμετωπίζουν τόσα πολλά προβλήματα στην εισαγωγή πρωτοβουλιών που αφορούν την ασφάλεια, διότι και οι δύο προσεγγίσεις (της ασφάλειας και της ποιότητας) έχουν την ίδια φιλοσοφία και την ίδια μεθοδολογία. Η προσέγγιση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας απαιτεί εξέταση των διαδικασιών της εργασίας και του πώς αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους. Ενδυναμώνει και εξουσιοδοτεί αυτούς που είναι πιο κοντά εκεί όπου παρέχεται η φροντίδα, ώστε να επιμελούνται ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, όπως η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Οι στόχοι αυτής της εξάσκησης είναι να αποκαλύπτει κάθε ανεπάρκεια στην ποιότητα, να αναλύει τις υποκείμενες διαδικασίες που συνεισφέρουν σ' αυτές τις αδυναμίες και κατόπιν να επανασχεδιάζει αυτές τις διαδικασίες ώστε να εξαλείφει ή έστω να μετριάξει τη δυναμική των λαθών. Ένα αποτελεσματικό εργαλείο συνεχούς βελτίωσης ποιότητας αποτελεί το μοντέλο του Deming PDCA (Plan-Do-Check-Act), το οποίο δοκιμάζει τις αλλαγές και αποτιμά την αποτελεσματικότητά τους στις πραγματικές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος (Hyde and Frafjord, 2013, Pena and Ndiaye, 2002). Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι γενικά οργανισμοί που διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Οργανισμοί με υψηλή αποτελεσματικότητα είναι αυτοί που στοχεύουν στην πρόληψη του λάθους και επιδιώκουν καινοτόμες προσεγγίσεις διοίκησης ποιότητας. Η ιδανική ενοποίηση της κουλτούρας ασφάλειας και της κουλτούρας ποιότητας είναι να υιοθετηθεί η ασφάλεια ως η κυρίαρχη διάσταση της ποιότητας και να συνδυάσει τεχνικές ασφάλειας και ποιότητας σε μια περιεκτική οργανωσιακή στρατηγική (Schiff and Rucker, 2001).

2.11 Η διαχείριση των λαθών από το νοσηλευτικό προσωπικό

Οι σύγχρονες υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα νοσοκομεία είναι σύνθετες και εμπλέκουν πολλές διαφορετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ πασχόντων και νοσηλευτών, ιατρών, φαρμακοποιών, και λοιπών επαγγελματιών υγείας. Κάθε φροντίδα, κάθε διαγνωστικός χειρισμός ή θεραπεία περιέχει την πιθανότητα του λάθους. Και τα λάθη, αναπόφευκτα συμβαίνουν. Μία εργασία του 1991, (Wu et al., 1991) υποστήριξε ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα στο χώρο της υγείας λόγω της πολυπλοκότητας της γνώσης, της αβεβαιότητας των κλινικών προβλέψεων, της πίεσης του χρόνου και της αναγκαιότητας λήψης αποφάσεων με περιορισμένα ή αβέβαια δεδομένα. Παρόμοια συμπεράσματα είχε και μία εργασία του 1994, καθώς υποστήριξε πως «το σύστημα υγείας είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο ατόμων και ομάδων, διαδικασιών, κανόνων, επικοινωνιών,

εξοπλισμού και συσκευών που λειτουργεί σε ένα μεταβλητό και αβέβαιο περιβάλλον» (Van Cott et al., 1994).

Δύο είναι οι λόγοι για τους οποίους προέκυψε ιδιαίτερο ενδιαφέρον σχετικά με τα λάθη στο χώρο των νοσοκομείων. Ο πρώτος είναι γιατί συσχετίζονται με την έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Την τελευταία δεκαετία όλο και περισσότερο εντείνονται οι επιστημονικές συζητήσεις όσον αφορά στην έννοια της ποιότητας της φροντίδας υγείας και τα λάθη αποτελούν έναν ποσοτικό δείκτη μέτρησης της ποιότητας. Ο δεύτερος λόγος είναι γιατί τα λάθη σχετίζονται με δικαστικές διεκδικήσεις για αποζημιώσεις από τη μεριά των πασχόντων. Οι διεκδικήσεις αυτές ξεκίνησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής από τις ασφαλιστικές εταιρείες λόγω της αύξησης του κόστους των νοσηλίων από την παρατεταμένη παραμονή των πασχόντων στο νοσοκομείο (Leape et al., 1991, Brennan et al., 1991).

Σχετικές μελέτες επισημαίνουν ότι το κόστος από τα λάθη αυξάνει και το κόστος λειτουργίας των ίδιων των νοσοκομείων (Rigby and Litt, 2000). Τα λάθη στο χώρο της υγείας δημιουργούν ηθικά, επιστημονικά, νομικά και πρακτικά ζητήματα τα οποία καλούνται να διαχειριστούν οι διάφοροι επαγγελματίες (Barach and Small, 2000).

Είναι επομένως απαραίτητο να αναπτυχθούν μηχανισμοί για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των λαθών. Η καταγραφή και η περαιτέρω μελέτη των λαθών έχει ήδη ξεκινήσει όχι μόνο σε ερευνητικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο σε αρκετές υπηρεσίες υγείας. Επίσης, έχουν συσταθεί και ειδικές επιτροπές και συμβούλια ανά επαγγελματική κατηγορία (π.χ. το United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting στο Ηνωμένο Βασίλειο) με κύρια λειτουργία τον καθορισμό της πολιτικής και τον έλεγχο της εφαρμογής του πλαισίου των δεοντολογικών αρχών του επαγγέλματος. Επιπλέον, διάφορες επιτροπές και συμβούλια μελετούν τα λάθη που αναφέρονται από τους επαγγελματίες ή τους φορείς προκειμένου να καθοριστούν συγκεκριμένες πολιτικές που ως στόχο θα έχουν τη μείωσή τους και κατά συνέπεια τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Όπως αναφέρεται στο βιβλίο που εκδόθηκε από το Ινστιτούτο της Ιατρικής «To err is human» (Kohn et al., 2000) και που αναφέρεται και παραπάνω, αποτέλεσε την πρώτη δημόσια επιστημονική αναγνώριση της ύπαρξης λαθών στο χώρο της υγείας «Τα λάθη μπορούν να προληφθούν σχεδιάζοντας συστήματα στα οποία οι εργαζόμενοι θα είναι δύσκολο να κάνουν λάθος και εύκολο να κάνουν το σωστό. Είναι μέρος την

ανθρώπινης φύσης να κάνει λάθη, αλλά είναι επίσης μέρος της ανθρώπινης φύσης να δημιουργεί λύσεις, να βρίσκει εναλλακτικές διεξόδους και να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις».

Οι νοσηλευτές εκτιμούν και αξιολογούν τους πάσχοντες κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας. Το γεγονός αυτό από μόνο του δικαιολογεί την ύπαρξη λαθών. Το κλινικό νοσηλευτικό έργο λαμβάνει χώρα σε συνθήκες που είναι σε σημαντικό βαθμό απρόβλεπτες και βασίζεται κυρίως σε ποιοτικές εκτιμήσεις και κρίσεις για την κλινική κατάσταση των πασχόντων και του περιβάλλοντος που νοσηλεύονται (Johnstone and Kanitsaki, 2006).

Σε μία εργασία του, ο συγγραφέας Meurier (Meurier et al., 1997) υποστηρίζει ότι από ανέκδοτα στοιχεία τα νοσηλευτικά λάθη και παρ'ολίγον λάθη είναι πολλά και οι καταγραφές τους αποτελούν απλά την «κορυφή του παγόβουνου». Οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια των σπουδών τους έχουν την αίσθηση ότι είναι αναγκαίο να είναι «τέλειοι» και ότι θα πρέπει να συμβαδίζει το προφίλ τους με αυτό του τέλειου επαγγελματία που καταφέρνει τα πάντα και ποτέ δεν κάνει λάθη. Οι πάσχοντες παράλληλα, τους μεταφέρουν την ιδέα ότι «ο νοσηλευτής ξέρει καλύτερα» και ότι «μπορούν να εμπιστευτούν την κρίση του» (Arndt, 1994).

Έτσι, δεν είναι τυχαίο όταν οι νοσηλευτές κάνουν ένα λάθος να επηρεάζονται ψυχολογικά, ανεξάρτητα από το αν οι συνέπειες του λάθους στον άρρωστο ήταν σοβαρές ή όχι. Παράλληλα, φοβούνται ότι αν αναφέρουν το λάθος στον ασθενή θα καταστρέψουν την εικόνα που έχει φτιάξει ο ασθενής για αυτούς (Arndt, 1994).

Επίσης, συχνά είναι διστακτικοί να αναφέρουν λάθη λόγω του φόβου της επίπληξης από τους ανώτερους και δεν επιθυμούν να αναλάβουν ευθύνη ενώ ήταν απλά οι τελικοί παίκτες» σε μια πολύπλοκη αλληλουχία γεγονότων (Johnstone and Kanitsaki, 2006).

Πολλές φορές, και όχι άδικα, πιστεύουν ότι η καταγραφή των λαθών έχει άσχημες συνέπειες για τους ίδιους όσον αφορά στην επαγγελματική τους εξέλιξη, ακόμα και την απόλυσή τους. Οι δημοσιευμένες μελέτες, οι οποίες αναφέρονται στα νοσηλευτικά λάθη εμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '90. Τα λάθη τα οποία αναφέρονται στη

νοσηλευτική βιβλιογραφία ως επί το πλείστον σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμάκων και τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτά.

Τα νοσηλευτικά λάθη μελετώνται ιδιαίτερα με σκοπό να αναγνωριστούν οι συγκεκριμένες θέσεις εργασίας που βρίσκονται στην «κόψη του ξυραφιού» (Johnstone and Kanitsaki, 2006). Η αναγνώριση αυτή δεν αφορά σε καμία περίπτωση συγκεκριμένα άτομα. Ο βασικός σκοπός είναι να βρεθούν οι ανεπάρκειες του συστήματος, να διορθωθούν και να αντιμετωπιστούν οι διαδικασίες του συστήματος που επηρεάζουν όλους τους εργαζόμενους. Πάντα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι τα λάθη του συστήματος δεν μπορούν να ανιχνευτούν, να ταυτοποιηθούν και να διορθωθούν παρά μόνο όταν εκδηλωθούν οι συνέπειές τους «στην κόψη του ξυραφιού». Ο νοσηλευτικός κλάδος με την εφαρμογή διαδικασιών αναγνώρισης λαθών συμβάλλει στη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και παράλληλα συμβάλλει στη βελτίωση του επαγγέλματος και της άσκησης της Νοσηλευτικής.

2.12 Κατάρτιση εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων

Όλες οι χώρες έχουν καταρτίσει συγκεκριμένες πολιτικές για την ασφάλεια των πασχόντων και/ή τις έχουν ενσωματώσει ως προτεραιότητες στις πολιτικές τους για την υγεία. Σε 19 κράτη μέλη έχει οριστεί επίσημα, με νομική πράξη, η αρμόδια αρχή που είναι υπεύθυνη για την ασφάλεια των πασχόντων σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο, ενώ σε έξι άλλα η αρχή αυτή έχει οριστεί χωρίς νομική πράξη. Οι αρμόδιες αρχές κυρίως εντοπίζουν και προωθούν βέλτιστες πρακτικές, συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με υφιστάμενα προγράμματα για την ασφάλεια των πασχόντων και αναπτύσσουν κατευθυντήριες γραμμές για την ασφάλεια των πασχόντων. Σε 15 κράτη μέλη οι προδιαγραφές για την ασφάλεια των πασχόντων επικαιροποιούνται τακτικά, ενώ σε 11 είναι υποχρεωτικές. Οκτώ άλλες χώρες εφαρμόζουν μέτρα για την ασφάλεια των πασχόντων, εκτός των προδιαγραφών (π.χ. τεκμηριωμένες κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, διαδικασίες διαπίστευσης και μέτρηση του παράγοντα «ασφάλεια των πασχόντων»). Ωστόσο, πέντε κράτη μέλη δεν ανέφεραν την ύπαρξη προδιαγραφών για την ασφάλεια των πασχόντων ή άλλων μέτρων. Η μεγάλη πλειονότητα των χωρών (24

χώρες) συμφωνεί ότι θα τους ήταν χρήσιμες κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την επεξεργασία και τη θέσπιση προδιαγραφών για την ασφάλεια των πασχόντων.

2.13 Ευρωπαϊκή πολιτική και συστάσεις πάνω στο θέμα της ασφάλειας

Η σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ζητά από τα κράτη μέλη να καθιερώσουν συστήματα υποβολής εκθέσεων και μάθησης σχετικά με ανεπιθύμητα περιστατικά στους χώρους παροχής υγείας. Τον Ιούλιο του 2012 τα συστήματα αυτά ήταν πλήρως λειτουργικά σε 15 κράτη μέλη και εν μέρει λειτουργικά σε 11 άλλα. Κυρίως, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τα αίτια ανεπιθύμητων περιστατικών και καταγράφουν τον αριθμό τους ανά είδος. Σε 18 χώρες εφαρμόζονται χωριστά από τις πειθαρχικές διαδικασίες, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται ένα μη κατασταλτικό πλαίσιο για την υποβολή εκθέσεων. Οι επαγγελματίες και άλλοι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας ενθαρρύνονται να αναφέρουν ανεπιθύμητα περιστατικά σχεδόν σε όλες τις χώρες στις οποίες υπάρχουν συστήματα υποβολής εκθέσεων και μάθησης. Στα δύο τρίτα των χωρών, ο αριθμός των εκθέσεων που έχουν υποβληθεί από επαγγελματίες της υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία δύο χρόνια.

Στα 13 από τα 26 οικεία κράτη μέλη τα συστήματα υποβολής εκθέσεων και μάθησης παρέχουν επίσης τη δυνατότητα αναφοράς και εκ μέρους των πασχόντων και των οικογενειών τους. Ωστόσο, πληροφορίες σχετικά με τα ποσοστά υποβολής εκθέσεων συλλέγονται τακτικά μόνο σε εννέα κράτη μέλη, εκ των οποίων τα πέντε αναφέρουν ότι η υποβολή εκθέσεων από πλευράς πασχόντων έχει αυξηθεί στο διάστημα 2009-2012.

2.14 Μέτρα που μπορεί να ληφθούν

Τα βασικά σημεία για την κουλτούρα της ασφάλειας των πασχόντων βασίζεται σε συμπεριφορές που μπορεί να διδαχθούν μέσω των σπουδών των επαγγελματιών υγείας αλλά αργότερα, στην πράξη και μέσω προσομοιώσεων. Σημαντικές πτυχές για τη διδασκαλία αυτή, περιλαμβάνουν τα συστήματα που βασίζονται στις προσεγγίσεις για μείωση των λαθών, βελτίωση της επικοινωνίας, αύξηση και βελτίωση των δεξιοτήτων αλλά παράλληλα και ανάλυση των βαθύτερων αιτιών που προκαλούν τα λάθη και θέτουν σε κίνδυνο τους πάσχοντες. Στις ΗΠΑ, όλα τα προγράμματα ιατρικής περιέχουν τώρα και

μαθήματα για την ασφάλεια των πασχόντων και το κομμάτι αυτό έχει επίσης γίνει μια σημαντική πτυχή της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (Continuous Medical Education CME). Η εκπαίδευση είναι αναγκαία προκειμένου να επιτευχθούν βελτιώσεις στο επίπεδο της ασφάλειας του ασθενούς. Η διδασκαλία λοιπόν του μαθήματος περιλαμβάνει θεμελιώδη διδασκαλία στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών στις ιατρικές σχολές, τη βιωματική μάθηση κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης για την απόκτηση ειδικότητας αλλά και την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων από εστιασμένη εκπαίδευση για την ασφάλεια των πασχόντων μέσω της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης (CME) (Sachdeva et al., 2007). Τα πρότυπα προκειμένου ένας ιατρός να διαπιστευτεί ως προς το μάθημα αυτό, περιλαμβάνουν την γνώση πάνω στα βασικά θέματα ασφάλειας των πασχόντων, ενθάρρυνση και καλλιέργεια της ομαδικής εργασίας και ενθάρρυνση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών μίας ομάδας. Ενώ τα παραπάνω είναι οι πρωταρχικοί στόχοι, δευτερευόντως επιδιώκεται η ανάλυση, η εκμάθηση της ασφαλούς συνταγογράφησης, η διαχείριση σφαλμάτων (Sandars et al., 2007). Η εκμάθηση πρέπει να βασίζεται και να επικεντρώνεται σε μία προσέγγιση συστηματική για τη βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων, και όχι σε μία προσέγγιση που δίνει έμφαση στην απόδοση φταιξίματος και υπαιτιότητας (Jagsi et al., 2005).

Δυστυχώς φαίνεται πως η διάλεξη από μόνη της για εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικής κάνει ελάχιστα και επιδρά σε χαμηλό βαθμό για να αλλάξει την πρακτική της ιατρικής και αυτό συμβαίνει ανεξάρτητα από την καλή επίδραση του καθηγητή ή ακόμη και την αξιολόγηση του (Bloom, 2005). Αντίθετα, τεχνικές όπως η προσομοίωση, μια τεχνική που έχει εφαρμοστεί με επιτυχία στην αεροπορία για πολλά χρόνια, μπορεί να είναι αρκετά χρήσιμη για τον ιατρό που θέλει να είναι σίγουρος πως έχει κατανοήσει και ορθά εφαρμόσει τις όποιες οδηγίες που θα προφυλάξουν τον ασθενή. Το περιβάλλον προσομοίωσης επιτρέπει στα άτομα την ευκαιρία να επανεξετάσουν και να εξασκήσουν την προβλεπόμενη διαδικασία ή τεχνική ή πρακτική όσο συχνά χρειάζεται για να μπορεί άνετα να την εφαρμόσει χωρίς να βλάπτει τον ασθενή στις κανονικές συνθήκες. Παράλληλα, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να αισθάνονται πιο άνετα συζητώντας και αντιμετωπίζοντας κινδύνους για την ασφάλεια του ασθενή σε ένα περιβάλλον προσομοίωσης εκεί όπου οι ιεραρχίες είναι πιο χαλαρές και τα άτομα βρίσκονται σε συνθήκες εκπαίδευσης. Έχει φανεί πως οι ειδικότητες που είναι ριζωμένες στην εφαρμογή και στηρίζονται σε διαδικασίες και όχι μόνο σε θεωρία και διαλέξεις (όπως π.χ. η ειδικότητα της αναισθησιολογίας, της χειρουργικής αλλά και της ιατρικής

έκτακτης ανάγκης) έχουν αποδεδειγμένα καταφέρει να βελτιώσουν την ασφάλεια των διαφόρων παρεμβάσεων με τη χρήση των προσομοιώσεων των διαδικασιών που χρησιμοποιούν (Sachdeva et al., 2007).

2.15 Η μέτρηση των επιπέδων ασφάλειας και η επίδραση της κουλτούρας ασφαλείας

Υπάρχει το ερώτημα εάν η μέτρηση προάγει τη διαφάνεια και μας επιτρέπει να τοποθετήσουμε σε σχέση με σημεία αναφοράς, τις δικές μας επιδόσεις σε σχέση με άλλους. Παράλληλα, μπορεί να παρέχει και ένα κίνητρο για αλλαγή των πρακτικών μας και των προσεγγίσεων μας. Η μέτρηση της απόδοσης στην καλύτερη περίπτωση είναι ένα ισχυρό εργαλείο που μπορεί να διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας που παρέχουμε στους πάσχοντες. Στη χειρότερη περίπτωση, μέτρα που έχουν θεσμοθετηθεί μπορεί να τιμωρήσουν τους γιατρούς που παρέχουν λάθος υπηρεσίες και να δημιουργούν στρεβλά κίνητρα για να εγκαταλείψουν τους φτωχότερους πάσχοντες.

Ο ορθότερος τρόπος για την εφαρμογή ενός συστήματος μέτρησης της ασφάλειας είναι να υπάρχει σωστός σχεδιασμός από την αρχή, επαρκής μελέτη των διαθέσιμων μέσων και τεχνικών αξιολόγησης/μέτρησης της ασφάλειας καθώς και να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο είναι σημαντικό να βελτιωθεί η κλινική αποτελεσματικότητα. Εξάλλου, ο πρωταρχικός στόχος κάθε υγειονομικού ιδρύματος είναι να παρέχει θεραπεία στους πάσχοντες του. Οι τρόποι που θα υιοθετηθούν για την αξιολόγηση πρέπει να παρέχουν μετρήσιμους στόχους ώστε να έχουν κάποια σημασία. Αν και αυτό ακούγεται αυτονόητο, υπάρχουν συχνά προγράμματα τα οποία ρωτούν τι μπορεί να μετρηθεί και τι μπορεί να αξιολογηθεί ακόμη και πριν να ρωτήσουν το τί μπορεί να βελτιωθεί (δηλαδή τους στόχους που επιθυμούν να επιτύχουν). Τα συστήματα αξιολόγησης απόδοσης μπορεί να ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες. Υπάρχουν τα ‘δομικά’ συστήματα, τα συστήματα αξιολόγησης των διαδικασιών και τα συστήματα αξιολόγησης των αποτελεσμάτων.

Τα δομικά συστήματα μετρούν τα στοιχεία εκείνα που δομούν μία διαδικασία, μπορεί να έχουν επίπτωση σε πολλές διαφορετικές διαδικασίες, μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές και βελτιώσεις των βημάτων που ακολουθούνται μέσα σε ένα ίδρυμα και συχνά έχουν

υψηλό κόστος, αλλά απαιτούν και συστηματική εκπαίδευση προκειμένου να αλλαχτούν και να εφαρμοστούν οι προτάσεις τους.

Τα συστήματα αξιολόγησης της διαδικασίας μετρούν την απόδοση σε διάφορα σημεία κατά μήκος μίας διαδικασίας. Μπορεί να έχουν μία άμεση επίπτωση στην εμπειρία του ασθενή, διαρκούν λίγο, είναι συνδεδεμένα με τις πράξεις των συμμετεχόντων και είναι εύκολο να ταυτοποιήσουν την διορθωτική πράξη που απαιτείται. Είναι εύκολα στο χειρισμό μα τα συμπεράσματα τους μπορεί να συσχετιστούν με δυσκολία με τα κλινικά αποτελέσματα. Έτσι, μπορεί μεν να παράξουν συμπεράσματα για βελτιώσεις, μα αυτές συχνά είναι μόνο για γρήγορες και πρόχειρες λύσεις και όχι συνολικές προτάσεις, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των δομικών συστημάτων.

Τα συστήματα αξιολόγησης αποτελεσμάτων είναι εκείνα που μετρούν το αποτέλεσμα στο τέλος εφαρμογής μίας διαδικασίας και πρακτικά αξιολογούν το τελικό 'προϊόν' μίας κλινικής φροντίδας. Είναι δύσκολα στο χειρισμό τους, μα προωθούν σημαντικά την καινοτομία. Κοιτούν σε πολλούς διαφορετικούς παράγοντες μα είναι επιρρεπή στη δημιουργία ενός 'λάθος' κινήτρου από μέρους του ιδρύματος (εάν για παράδειγμα το μόνο που ενδιαφέρει είναι να υπάρχει κέρδος).

Ο σχεδιασμός αποδοτικών και αποτελεσματικών συστημάτων ποιότητας μέτρησης είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα. Η στοχαστική επιλογή του τι πρέπει να μετρηθεί και πώς πρέπει να γίνει μέτρηση είναι κρίσιμο για τη βελτίωση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Μεθοδολογία

1.5 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων σε τμήματα νοσοκομείου της Κύπρου.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

Μέσα από την παρούσα έρευνα μελετήθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα :

- Ποιο είναι σύμφωνα με τους εργαζόμενους το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων στα τμήματα;
- Ποιοι παράγοντες σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας;

3.2 Μέθοδος δείγμα και εργαλείο μέτρησης

Προκειμένου να διερευνηθούν τα παραπάνω, έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου, του οποίου η συμπλήρωση ήταν αυστηρώς ανώνυμη, ενώ τα ευρήματά του χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους επιστημονικούς και ερευνητικούς σκοπούς αυτής της μελέτης. Το προς χρήση ανώνυμο ερωτηματολόγιο παραχωρήθηκε από τον Δρα Β Ραφτόπουλο αποτελούνταν από ερωτήσεις που κατέγραφαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και περιλάμβαναν την κλίμακα SAQ που έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τον Δρα Ραφτόπουλο (βιβλιογραφία) (Παράρτημα Α).

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων τμημάτων νοσοκομείου της Κυπριακής Δημοκρατίας. Για τη διανομή τους προηγήθηκε η έγκριση από το αρμόδιο Επιστημονικό Συμβούλιο και από τις αντίστοιχες Διοικητικές και Υγειονομικές Αρχές ανά περίπτωση. Ο κάθε συμμετέχον όφειλε να μονογράψει το

ερωτηματολόγιο προκειμένου να δηλώσει τη συμφωνία του να συμμετέχει στην έρευνα.

Μοιράστηκαν συνολικά 150 ερωτηματολόγια

Ο κάθε συμμετέχων του τυχαίου δείγματος είχε τη δυνατότητα στο πλαίσιο της ελεύθερης επιλογής να επιστρέψει το ερωτηματολόγιο χωρίς να απαντήσει σε αυτό.

Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων και των απαντήσεων έγινε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 20. Η συσχέτιση μεταξύ ερωτήσεων και δημογραφικών στοιχείων, Ως παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα οριστεί το p value <0.05 , ενώ τα διαστήματα αξιοπιστίας θα τεθούν σε επίπεδο σημαντικότητας 95%.

3.3 Ηθική και δεοντολογία

Η έρευνα έλαβε όλες τις προβλεπόμενες εγκρίσεις που παρουσιάζονται στο Παράρτημα Β. Αν και ενημερώθηκε η Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, η έρευνα κρίθηκε πως δεν εμπίπτει στη σφαίρα δικαιοδοσίας της, οπότε και δεν έλαβε την σχετική έγκριση.

1. Άδεια διεξαγωγής ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας.
2. Παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
3. Προστασία δεδομένων προσωπικού από το Αρμόδιο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα
4. Απάντηση από Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αποτελέσματα

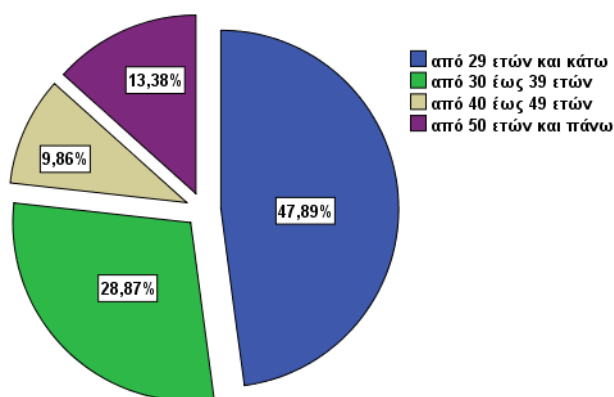
4.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε. Παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στη μελέτη, τα αποτελέσματα μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων ερωτημάτων.

4.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

4.2.1 Ηλικία

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 142 άτομα ηλικίας από 22 έως 61 ετών, με μέσο όρο την ηλικία των 34 ετών. Πιο συγκεκριμένα, 68 άτομα (47,89%) ήταν ηλικίας κάτω των 30 ετών, δηλαδή από 22 έως 29 ετών, 41 άτομα (28,87%) ήταν ηλικίας από 30 έως 39 ετών, 14 άτομα (9,86%) από 40 έως 49 ετών, ενώ 19 άτομα (13,38%) ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών, δηλαδή από 50 έως 61 ετών.



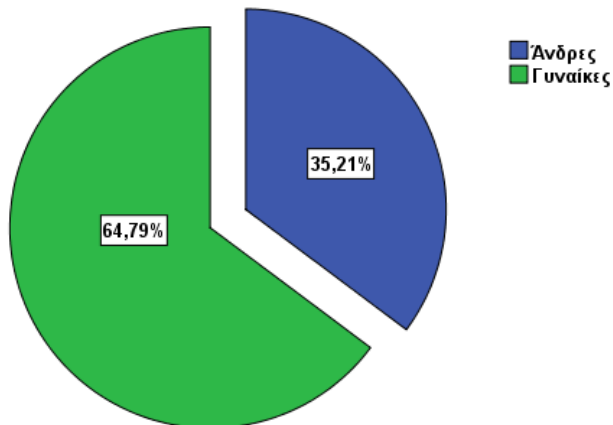
Εικόνα 1: Γράφημα κατανομής των ηλικιών των ερωτηθέντων

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Age	142	39	22	61	34,27	9,784	95,718
Valid N (listwise)	142						

4.2.2 Φύλο

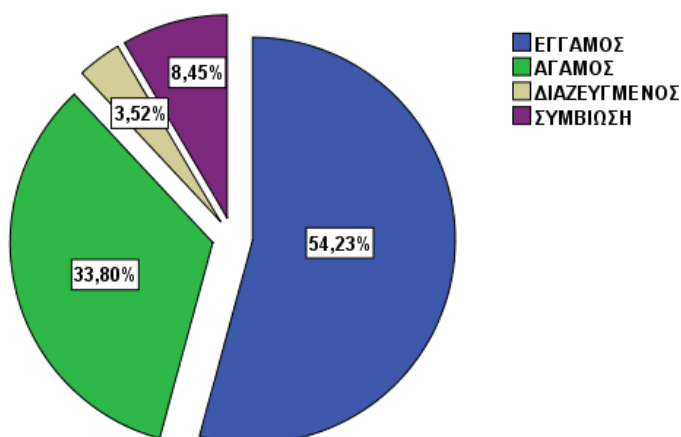
Από τους ερωτηθέντες το 64,79% ήταν γυναίκες ενώ το 35,21% άντρες. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν 92 γυναίκες και 50 άνδρες.



Εικόνα 2: Γράφημα κατανομής του φύλου των ερωτηθέντων

4.2.3 Οικογενειακή κατάσταση

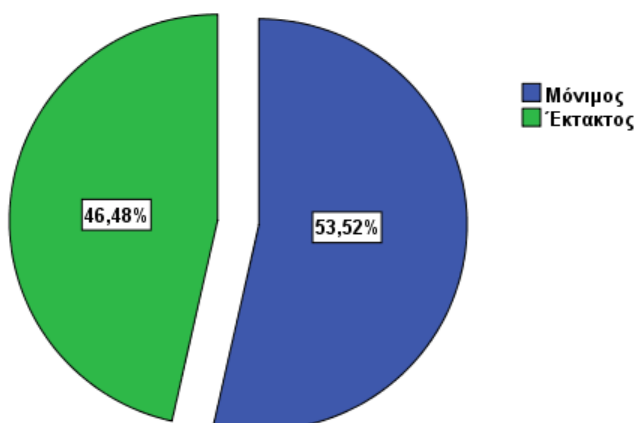
Από τους ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνα το 54,23% ήταν έγγαμοι (77 άτομα), το 33,8% είναι άγαμοι (48 άτομα), το 3,52% διαζευγμένοι (5 άτομα) και το 8,45% (12 άτομα) συμβίωναν με κάποιο άλλο άτομο.



Εικόνα 3: Γράφημα κατανομής των εγγάμων, αγάμων, διαζευγμένων και συμβιούντων συμμετεχόντων στην έρευνα

4.2.4 Μόνιμο/έκτακτο προσωπικό

Το 53,52% των ερωτηθέντων συγκαταλέγεται στο μόνιμο προσωπικό του νοσοκομείου (76 άτομα), ενώ το 46,48% στο έκτακτο προσωπικό (66 άτομα). Η μεγαλύτερη πλειοψηφία είναι εκείνη των μονίμων υπαλλήλων.

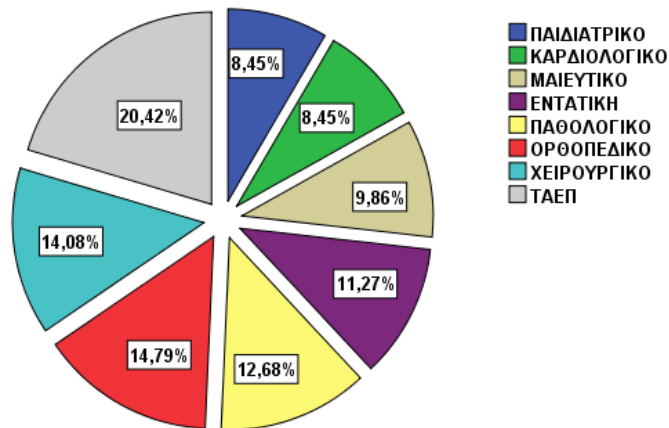


Εικόνα 4: Γράφημα κατανομής εκτάκτων και μονίμων υπαλλήλων

4.2.5 Τμήμα

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονται σε 8 διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, 29 άτομα (20,42%) εργάζονται στο ΤΑΕΠ, 21 άτομα

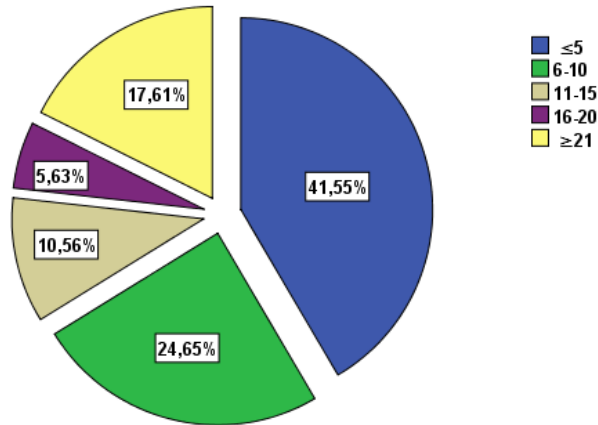
(14,79%) εργάζονται στο Ορθοπεδικό, 20 άτομα (14,08%) εργάζονται στο Χειρουργικό, 18 άτομα (12,68%) εργάζονται στο Παθολογικό, 16 άτομα (11,27%) εργάζονται στην Εντατική, 14 άτομα (9,86%) εργάζονται στο Μαιευτικό και τέλος 12 άτομα (8,45%) εργάζονται σε καθένα από τα τμήματα Παιδιατρικό και Καρδιολογικό.



Εικόνα 5: Γράφημα κατανομής των ερωτηθέντων ανά τμήμα

4.2.6 Συνολικός χρόνος άσκησης επαγγέλματος

Στο ερώτημα για τον συνολικό χρόνο άσκησης του επαγγέλματος, οι απαντήσεις που δόθηκαν κυμαίνονται από 1 έως και 41 χρόνια, με μέσο όρο τα 11 χρόνια. Συγκεκριμένα, 59 άτομα (45,55%) ασκούν το επάγγελμα από 1 έως και 5 χρόνια, 35 άτομα (24,65%) ασκούν το επάγγελμα από 6 έως και 10 χρόνια, 15 άτομα (10,56%) ασκούν το επάγγελμα από 11 έως και 15 χρόνια, 8 άτομα (5,63%) ασκούν το επάγγελμα από 16 έως και 20 χρόνια και 25 άτομα (17,61%) ασκούν το συγκεκριμένο επάγγελμα 21 χρόνια ή και περισσότερα.

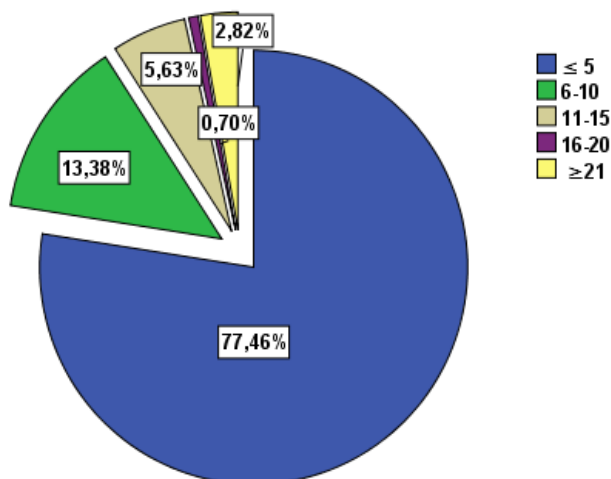


Εικόνα 6: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων ανάλογα με τη προϋπηρεσία τους

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
working_experience	142	40	1	41	11,07	9,427	88,874
Valid N (listwise)	142						

4.2.7 Συνολικός χρόνος εργασίας στο τμήμα

Στο ερώτημα για τον συνολικό χρόνο εργασίας στο τμήμα, οι απαντήσεις που δόθηκαν κυμαίνονται από 1 έως και 40 χρόνια, με μέσο όρο τα 4,7 χρόνια. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα άτομα με ποσοστό 77,46% (110 άτομα) εργάζονται στο τμήμα από 1 έως και 5 χρόνια, το 13,38% εργάζονται στο τμήμα από 6 έως και 10 χρόνια (19 άτομα), το 5,63% εργάζονται στο τμήμα 11 έως και 15 χρόνια (8 άτομα), ένα άτομο εργάζεται στο τμήμα από 16 έως 20 χρόνια και μόλις 4 άτομα με ποσοστό 2,82% εργάζονται στο τμήμα 21 χρόνια ή και περισσότερα.

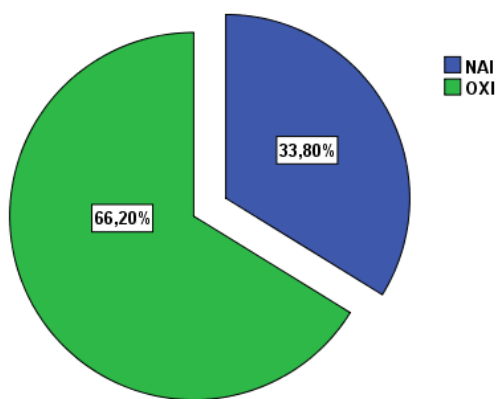


Εικόνα 7: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων ανάλογα με την εργασία τους στο τμήμα

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
section_working_years	142	39	1	40	4,68	5,855	34,277
Valid N (listwise)	142						

4.2.8 Η εργασία σας στο συγκεκριμένο τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;

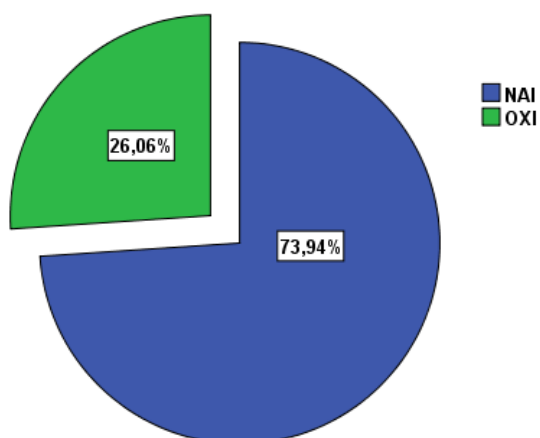
Από τους ερωτηθέντες μόλις τα 48 άτομα με ποσοστό 33,8% επέλεξαν οι ίδιοι το τμήμα που εργάζονται, ενώ τα υπόλοιπα 94 άτομα (66,2%) εργάζονται σε κάποιο τμήμα που δεν έχουν επιλέξει οι ίδιοι.



Εικόνα 8: Γράφημα κατανομής συχνότητων επιλογής του τμήματος εργασίας των ερωτηθέντων

4.2.9 Έχετε εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο;

Από τους ερωτηθέντες οι περισσότεροι με ποσοστό 73,94% (105 άτομα) έχουν εργαστεί και σε κάποιο άλλο νοσοκομείο, ενώ μόλις 37 άτομα έχουν εργαστεί μόνο στο νοσοκομείο που εργάζονται και σήμερα (26,06%).

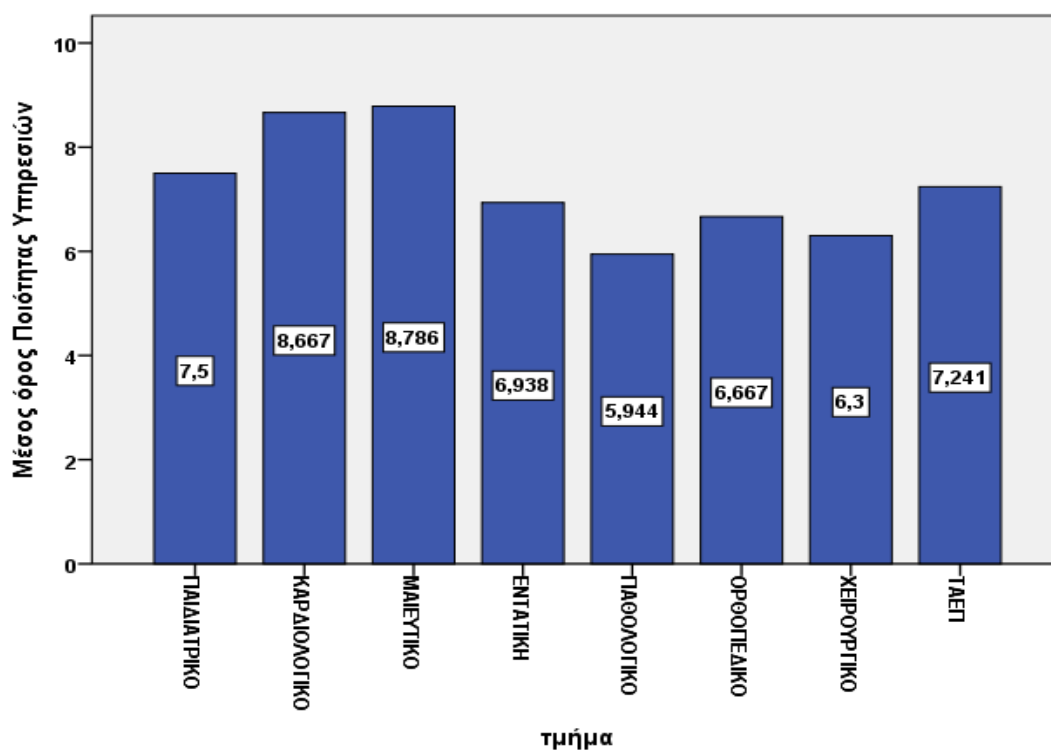


Εικόνα 9: Γράφημα κατανομής ερωτηθέντων σύμφωνα με το εάν έχουν εργαστεί σε άλλο νοσοκομείο

4.3 Στατιστική ανάλυση

4.3.1 Ποιότητα υπηρεσιών στα τμήματα του Νοσοκομείου

Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο Τμήμα;



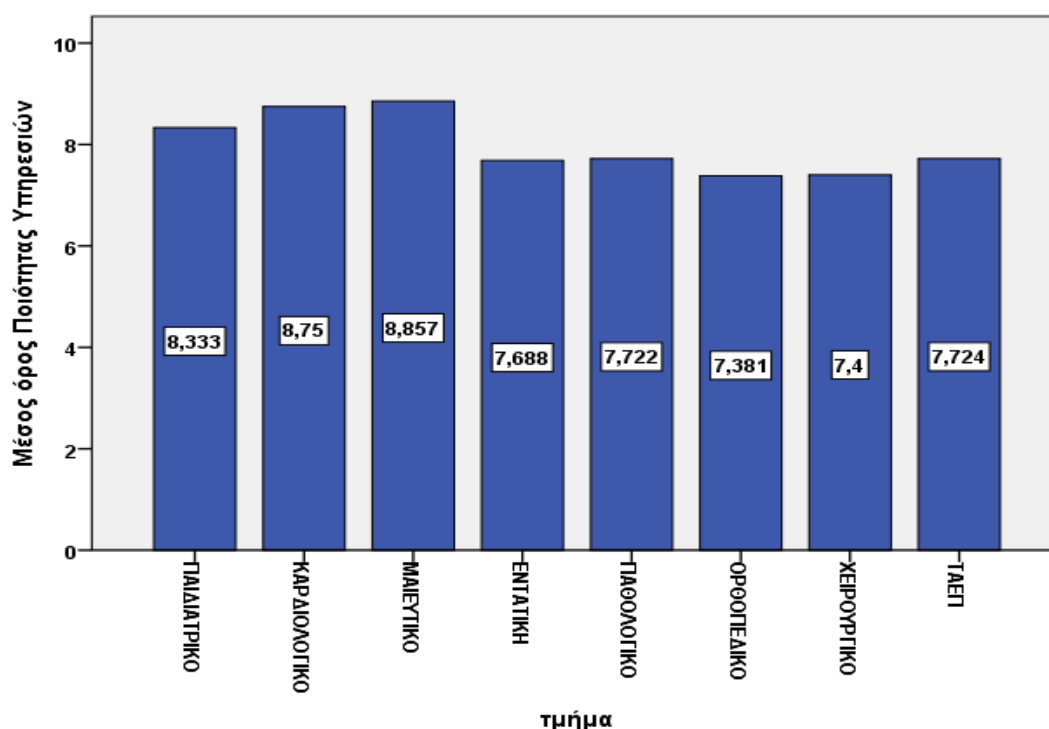
Εικόνα 10: Μέσος όρος ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗΣ ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα

Πίνακας 1: Συχνότητες και μέσοι όροι ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	6	10	7,50	1,087
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	8	10	8,67	0,651
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	8	10	8,79	0,975
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	5	5	10	6,94	1,611
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	6	2	8	5,94	1,589
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	7	2	9	6,67	1,653
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	7	3	10	6,30	1,658
ΤΑΕΠ	29	4	5	9	7,24	0,912

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ερωτώμενοι νοσηλευτές θεωρούν πως η παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα τους ήταν σε γενικές γραμμές πάνω από μέτρια προς καλή ή ακόμη και πολύ καλή. Το παθολογικό τμήμα λαμβάνει ελαφρά υψηλότερη βαθμολογία από το 5, ενώ το μαιευτικό και καρδιολογικό τμήμα λαμβάνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες με 8,786 και 8,667 αντίστοιχα.

1. Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο Τμήμα;



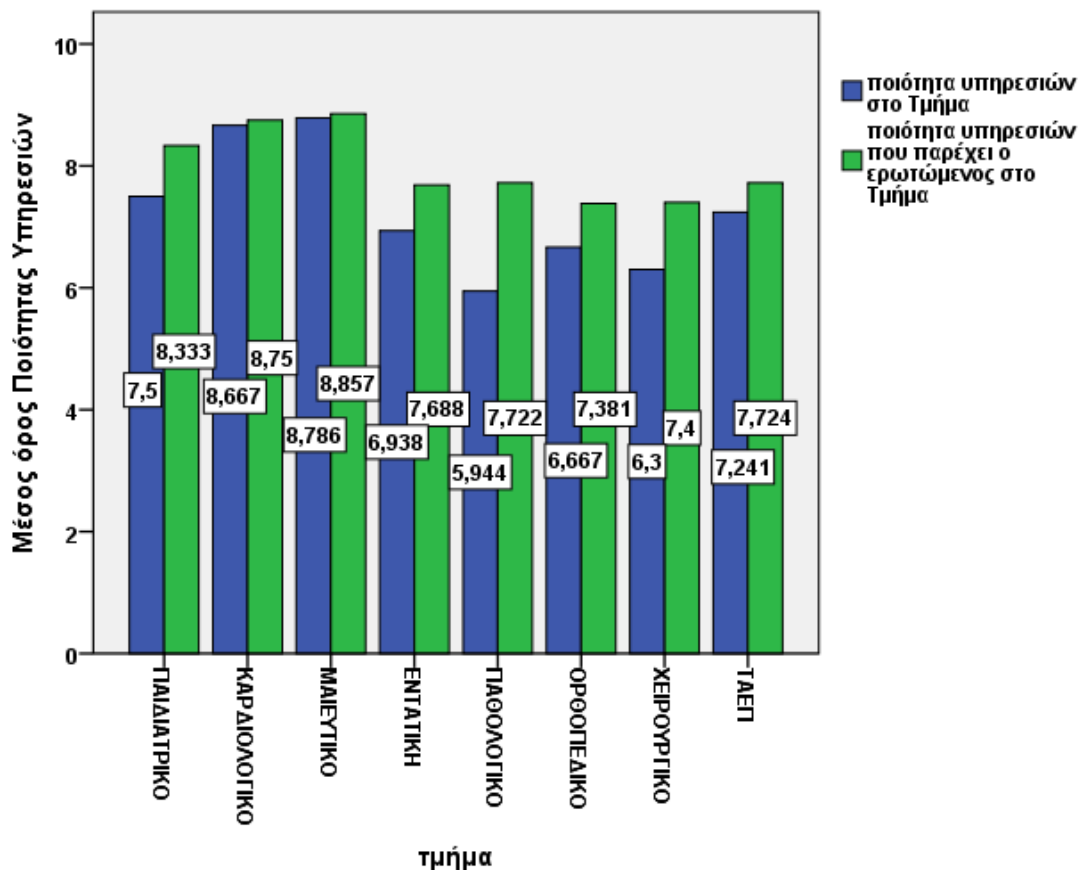
Πίνακας 2: Συχνότητες και μέσοι όροι ποιότητας υπηρεσιών που παρέχει ο ερωτώμενος στο τμήμα του

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	7	10	8,33	0,778
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	8	10	8,75	0,622
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	7	10	8,86	1,027
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	5	5	10	7,69	1,493
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	6	9	7,72	0,826
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	6	4	10	7,38	1,596

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	5	5	10	7,40	1,353
ΤΑΕΠ	29	3	6	9	7,72	0,922

Αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της ερώτησης πώς βλέπει ο κάθε ερωτώμενος την προσωπική του παροχή υπηρεσιών. Σε κάθε περίπτωση, οι ερωτώμενοι απάντησαν πως οι ίδιοι παρέχουν υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών σε σχέση με εκείνη που γενικά παρέχεται στο τμήμα τους. Έτσι, αν και όπως είδαμε στην παραπάνω ερώτηση, ο μέσος όρος παρεχόμενης υπηρεσίας στο Παθολογικό τμήμα ήταν 5,944, ο μέσος όρος βαθμολογίας της ποιότητας της επιμέρους παροχής υπηρεσιών από τον καθένα ερωτώμενο ξεχωριστά ήταν σημαντικά υψηλότερη στο 7,722.

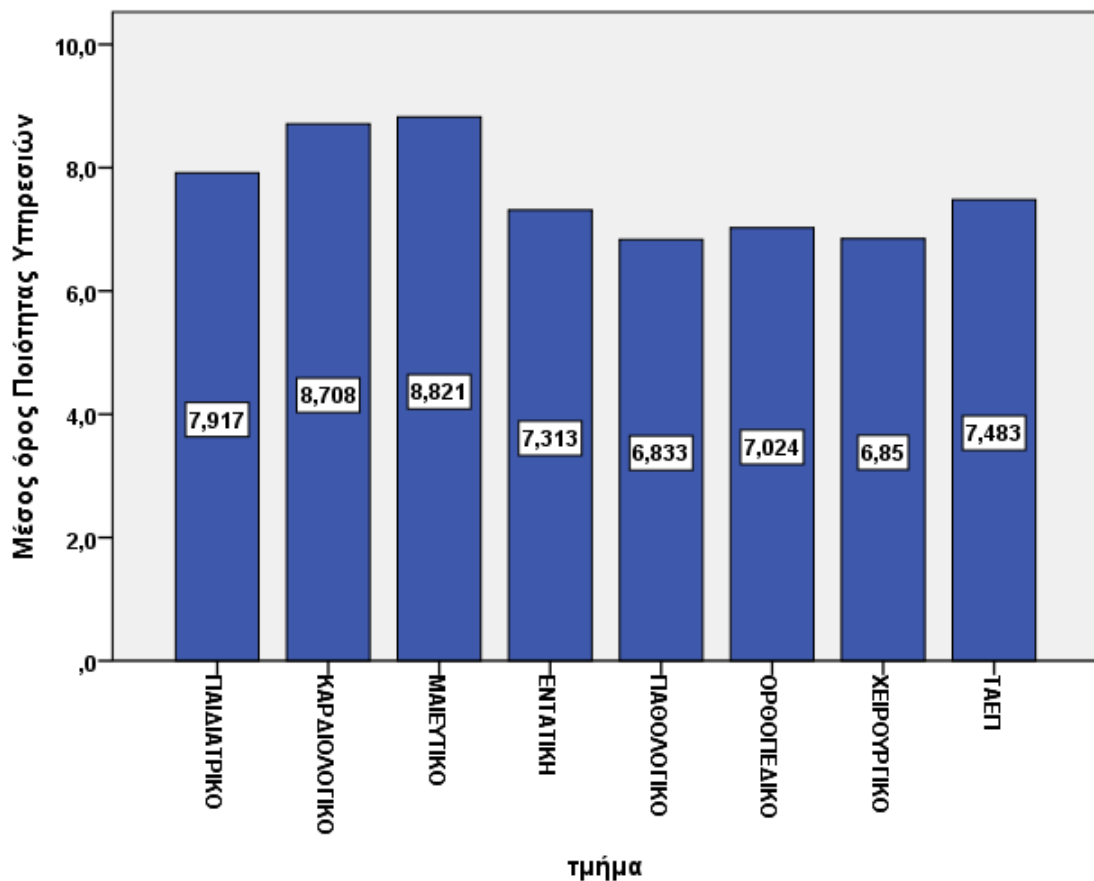
2. Συγκεντρωτικά τα 2 διαγράμματα των ενοτήτων Α1 και Α2



Για την ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων που δόθηκαν στις ερωτήσεις 7 και 8.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα μέτρα θέσης και διασποράς ξεχωριστά για κάθε Τμήμα και στο διάγραμμα απεικονίζονται οι μέσοι όροι για κάθε Τμήμα ξεχωριστά.

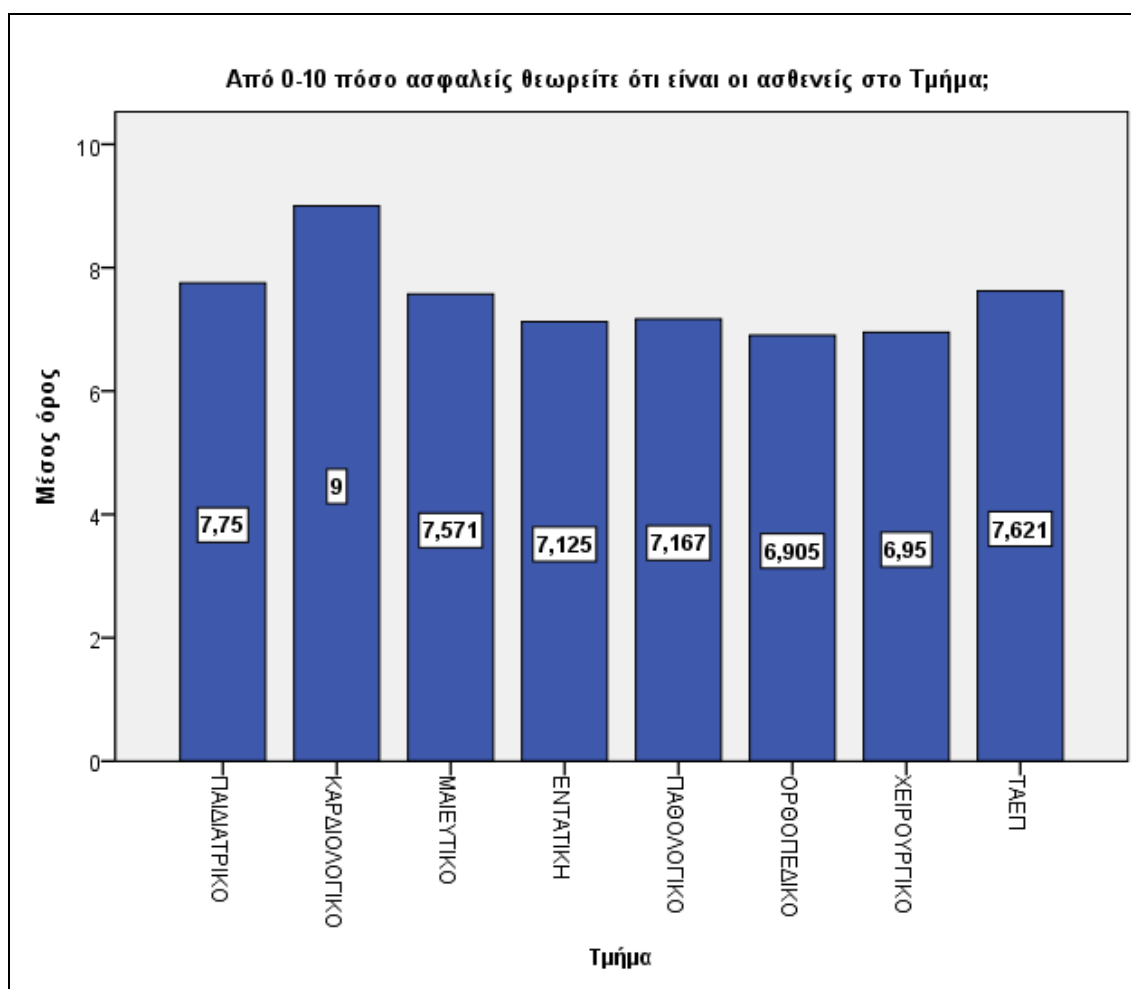
Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3,5	6,5	10	7,917	0,8211
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	1,5	8	9,5	8,708	0,4981
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	8	10	8,821	0,7495
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	5	5	10	7,313	1,3765
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	2,5	5	7,5	6,833	0,7859
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	21	5	4,5	9,5	7,024	1,2194
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3,5	5,5	9	6,850	1,2886
ΤΑΕΠ	29	2,5	6	8,5	7,483	0,8071



Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για την σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται σε κάθε τμήμα του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα Τμήματα Καρδιολογικό και Μαιευτικό ήταν καλύτερη σε σχέση με τα Τμήματα Παθολογικό, Χειρουργικό, Ορθοπαιδικό, ΤΑΕΠ και Εντατική.
- Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο Παιδιατρικό Τμήμα σε σχέση με όλα τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου.

4.3.2 Ασφάλεια πασχόντων στα τμήματα του Νοσοκομείου



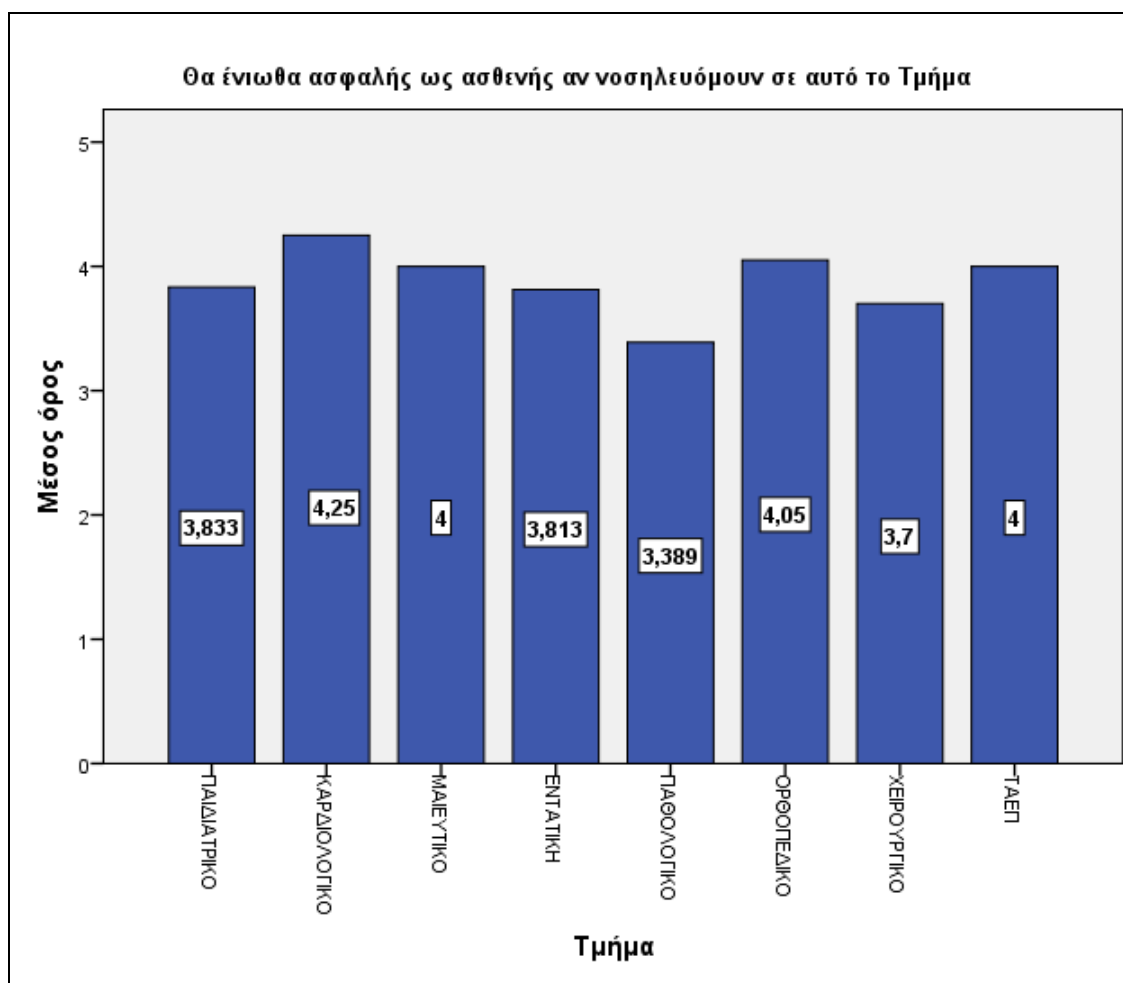
Πίνακας 3: Συχνότητες και μέσοι όροι του πόσο ασφαλείς ήταν οι πάσχοντες ανά τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	7	10	7,75	0,866
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	7	10	9	0,853
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	5	5	10	7,57	1,453
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	5	5	10	7,13	1,586
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	7	3	10	7,17	1,757
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	7	2	9	6,90	1,578
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	4	5	9	6,95	1,050
ΤΑΕΠ	29	4	6	10	7,62	1,083

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για την σύγκριση μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου σε σχέση με το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων στο Καρδιολογικό ήταν καλύτερο σε σχέση με τα Τμήματα Παθολογικό, Χειρουργικό, Ορθοπεδικό και Εντατική. Στο Καρδιολογικό οι ερωτώμενοι θεωρούν πως οι πάσχοντες έχουν σχεδόν άριστη ασφάλεια (9 από 10)
- Το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων στα τμήματα Παιδιατρικό, Μαιευτικό και ΤΑΕΠ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με κανένα τμήμα του νοσοκομείου.
- Τη χαμηλότερη τιμή έλαβαν τα τμήματα Ορθοπεδικό και Χειρουργικό.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



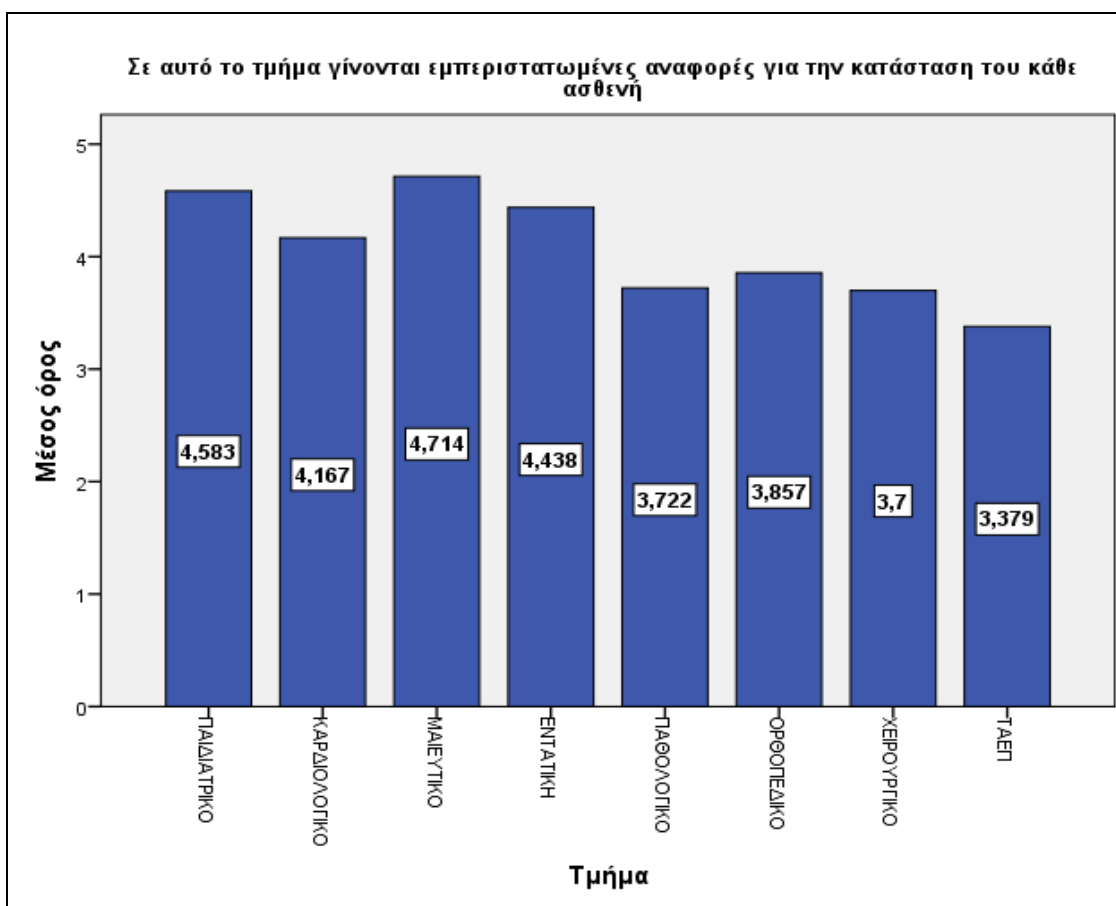
Πίνακας 4: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θα αισθανόταν ασφαλής ο ερωτώμενος στο τμήμα σαν νοσηλευόμενος

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	1	3	4	3,83	0,389
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	1	4	5	4,25	0,452
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	2	5	4,00	0,877
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	3,81	0,834
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	1	3	4	3,39	0,502
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	4,05	0,999
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	4	1	5	3,70	0,979

ΤΑΕΠ	29	2	3	5	4,00	0,707
------	----	---	---	---	------	-------

Το Καρδιολογικό και Ορθοπεδικό τμήμα έλαβαν τα υψηλότερα νούμερα και παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός πως το Ορθοπεδικό τμήμα αν και έλαβε υψηλό ποσοστό ως προς το ότι πιστεύουν οι ερωτώμενοι πως οι πάσχοντες ήταν ασφαλείς μέσα σε αυτό, οι ίδιοι δεν αισθάνονται το ίδιο ασφαλείς όσο συνάδελφοι τους σε άλλα τμήματα.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



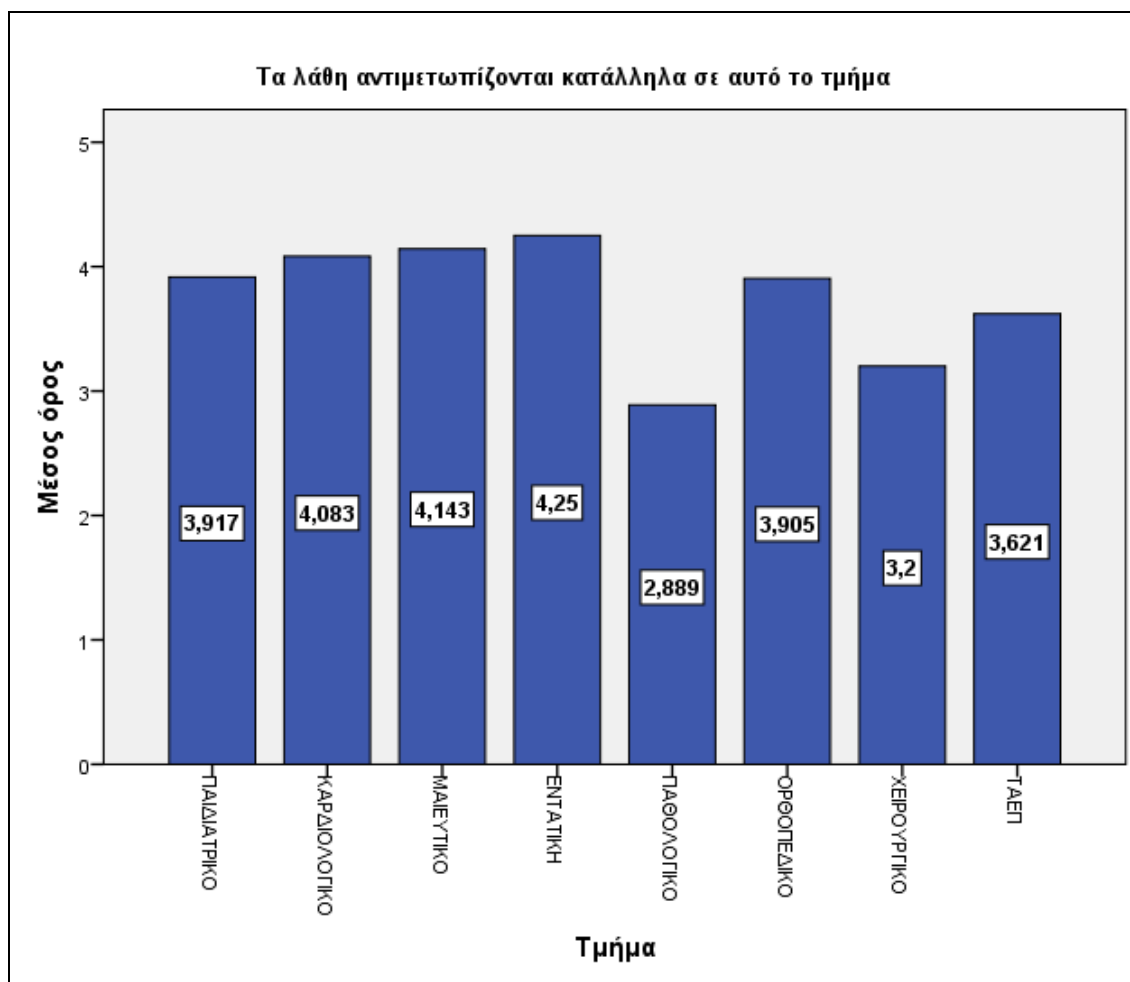
Πίνακας 5: Συχνότητες και μέσοι του κατά πόσο γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή στο τμήμα όροι ποιότητας υπηρεσιών ανά τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	1	4	5	4,58	0,515
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	4,17	0,577
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	3	5	4,71	0,611
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	4,44	1,031
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	2	5	3,72	1,074
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,86	1,014
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,70	0,801
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,38	1,015

Από τις απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα τις υψηλότερες τιμές τις λαμβάνει το Μαιευτικό τμήμα με το Παιδιατρικό, την Εντατική και το Καρδιολογικό τμήμα να ακολουθούν. Το χαμηλότερο ποσοστό το λαμβάνει το ΤΑΕΠ.

4.3.3 Λάθη και ασφάλεια πασχόντων στα τμήματα του Νοσοκομείου

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

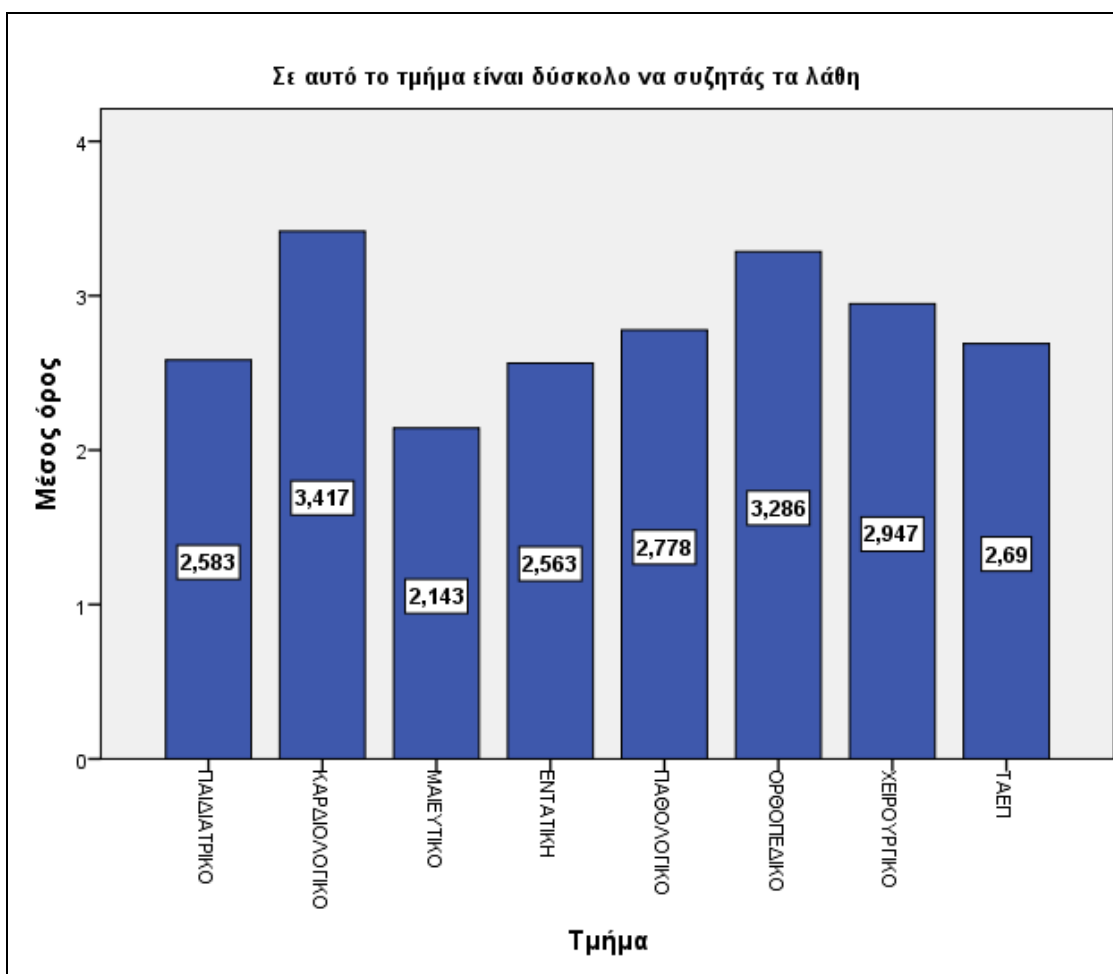


Πίνακας 6: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο αντιμετωπίζονται τα λάθη ανά τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	3	5	3,92	0,515
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	2	5	4,08	0,996
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	3	5	4,14	0,864
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	2	3	5	4,25	0,577
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	1	4	2,89	0,900
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,90	1,044
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,20	1,005
ΤΑΕΠ	29	3	2	5	3,62	0,775

Φαίνεται πως τα λάθη αντιμετωπίζονται καλύτερα στα τμήματα της Εντατικής, το Μαιευτικό, Καρδιολογικό ενώ το Παθολογικό έχει το χαμηλότερο ποσοστό, μόλις 2,889.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

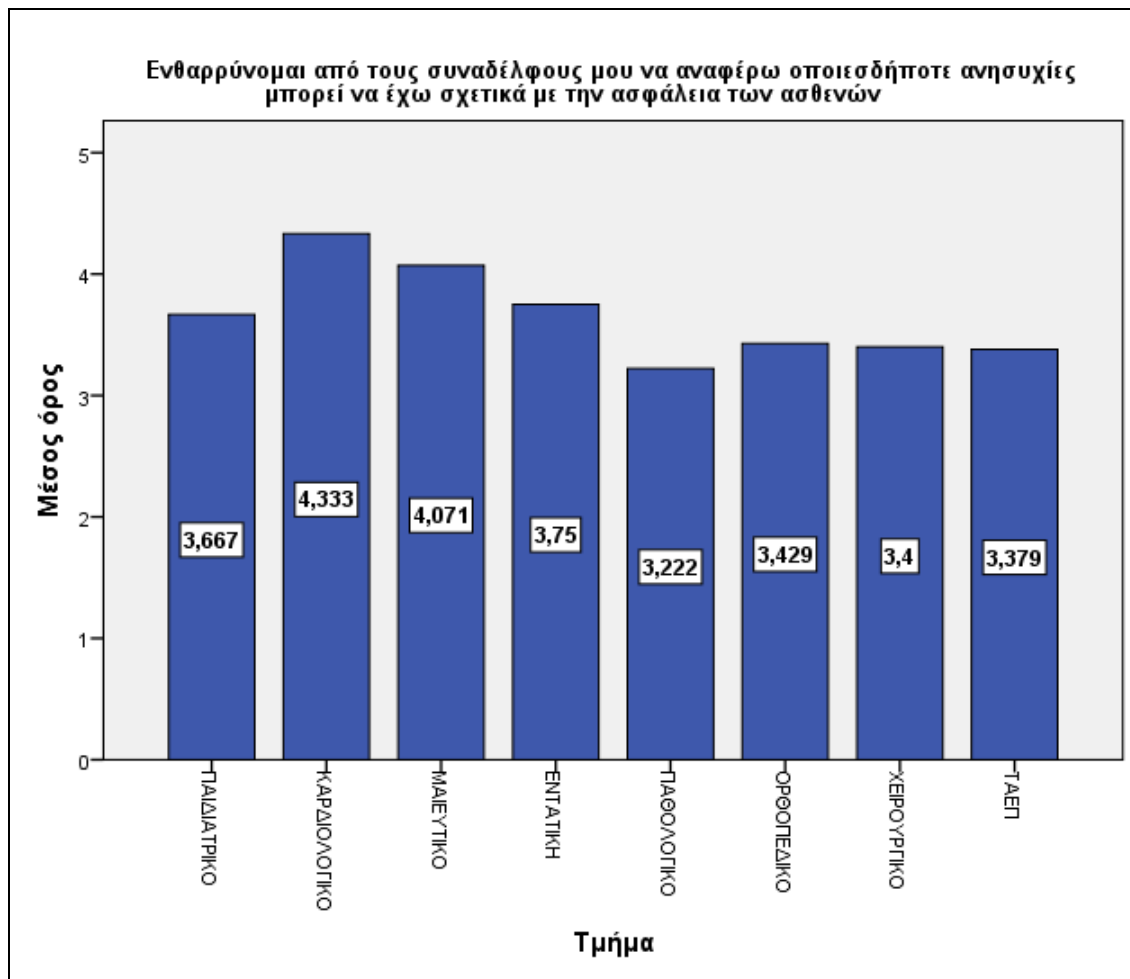


Πίνακας 7: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ήταν εύκολο να συζητώνται τα λάθη στο τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	1	5	2,58	1,165
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	4	1	5	3,42	1,564
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	1	4	2,14	0,770
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,56	1,094
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	1	5	2,78	0,943
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,29	1,309
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	19	2	2	4	2,95	0,848
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	2,69	0,891

Τα υψηλότερα ποσοστά στην ερώτηση αυτή λαμβάνουν τα τμήματα Καρδιολογικό και Ορθοπαιδικό, ενώ το χαμηλότερο παίρνει το Μαιευτικό όπου οι ερωτώμενοι πιστεύουν πως ήταν εύκολο να μιλάνε για τα λάθη.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

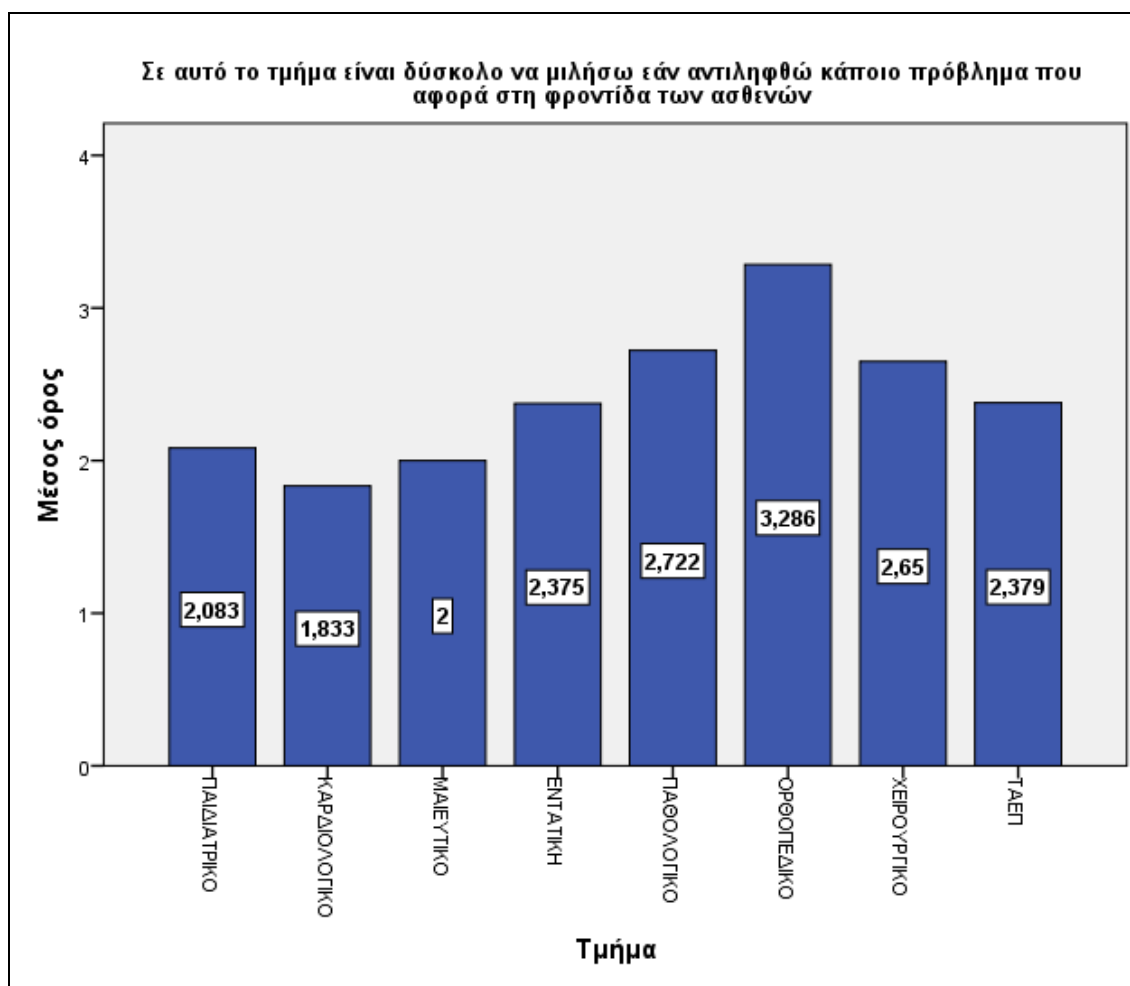


Πίνακας 8: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ενθαρρύνεται ο ερωτώμενος από τους συναδέλφους του να αναφέρει τις οποιεσδήποτε ανησυχίες του σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στο τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	1	5	3,67	0,985
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	4,33	0,651
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	2	5	4,07	0,917
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	3,75	1,000
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	2	5	3,22	0,943
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,43	1,207
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	2	2	4	3,40	0,754
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,38	1,208

Η ερώτηση αυτή παρουσιάζει ενδιαφέρον, καθώς στο Καρδιολογικό οι ερωτώμενοι έδωσαν την υψηλότερη απάντηση, υποστηρίζοντας πως νιώθουν ενθαρρυσμένοι από τους συναδέλφους να αναφέρουν τις ανησυχίες τους για την ασφάλεια των πασχόντων. Στο ίδιο τμήμα, όμως, σε προηγούμενη ερώτηση, το ίδιο τμήμα έλαβε την υψηλότερη τιμή ως προς τη δυνατότητα να συζητούνται τα λάθη (Πίνακας 16).

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

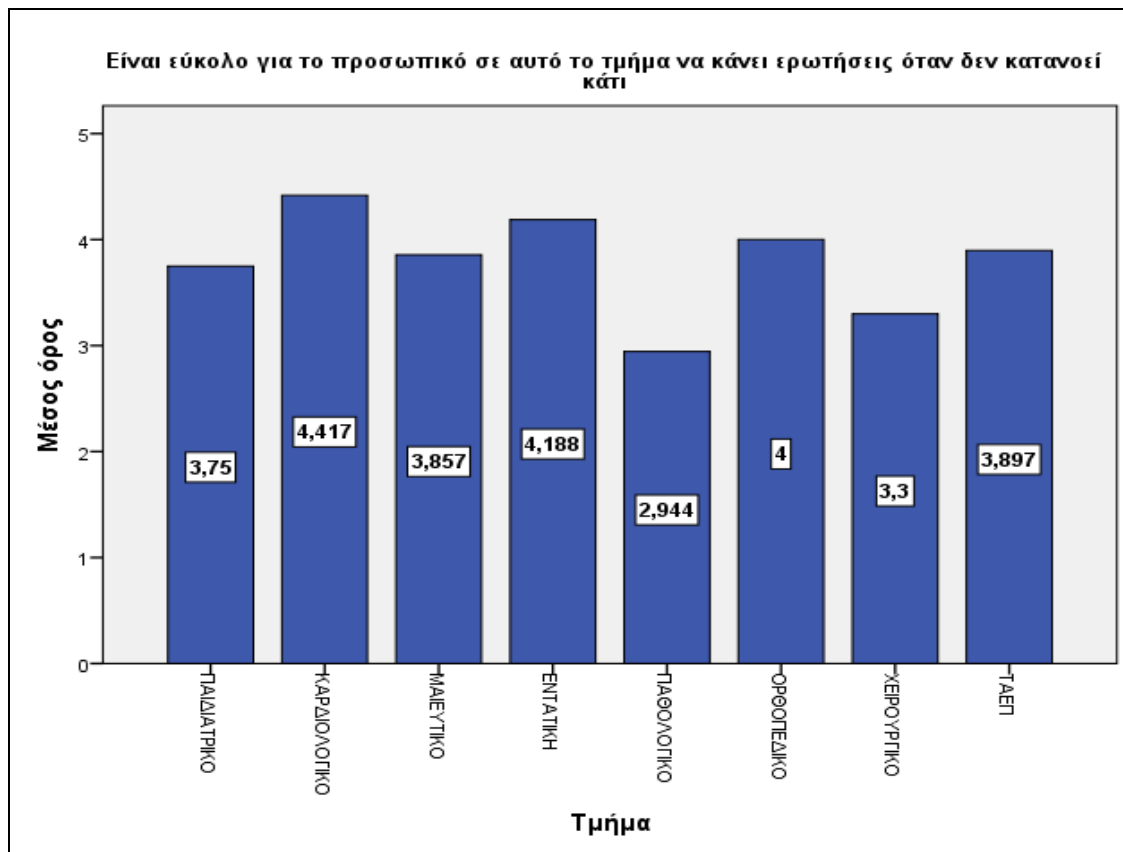


Πίνακας 9: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ήταν δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	1	3	2,08	0,515
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	1	4	1,83	1,115
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	2,00	0,961
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,38	1,500
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	2	1	3	2,72	0,575
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,29	1,271
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	1	4	2,65	0,988
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	2,38	1,115

Στην ερώτηση αυτή, το Ορθοπεδικό τμήμα ήταν εκείνο στο οποίο θεωρείται δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος νοσηλευτής για κάποιο πρόβλημα που αφορά στον ασθενή ενώ στο Καρδιολογικό τμήμα αυτό ήταν ευκολότερο από ό,τι σε όποιο άλλο τμήμα.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

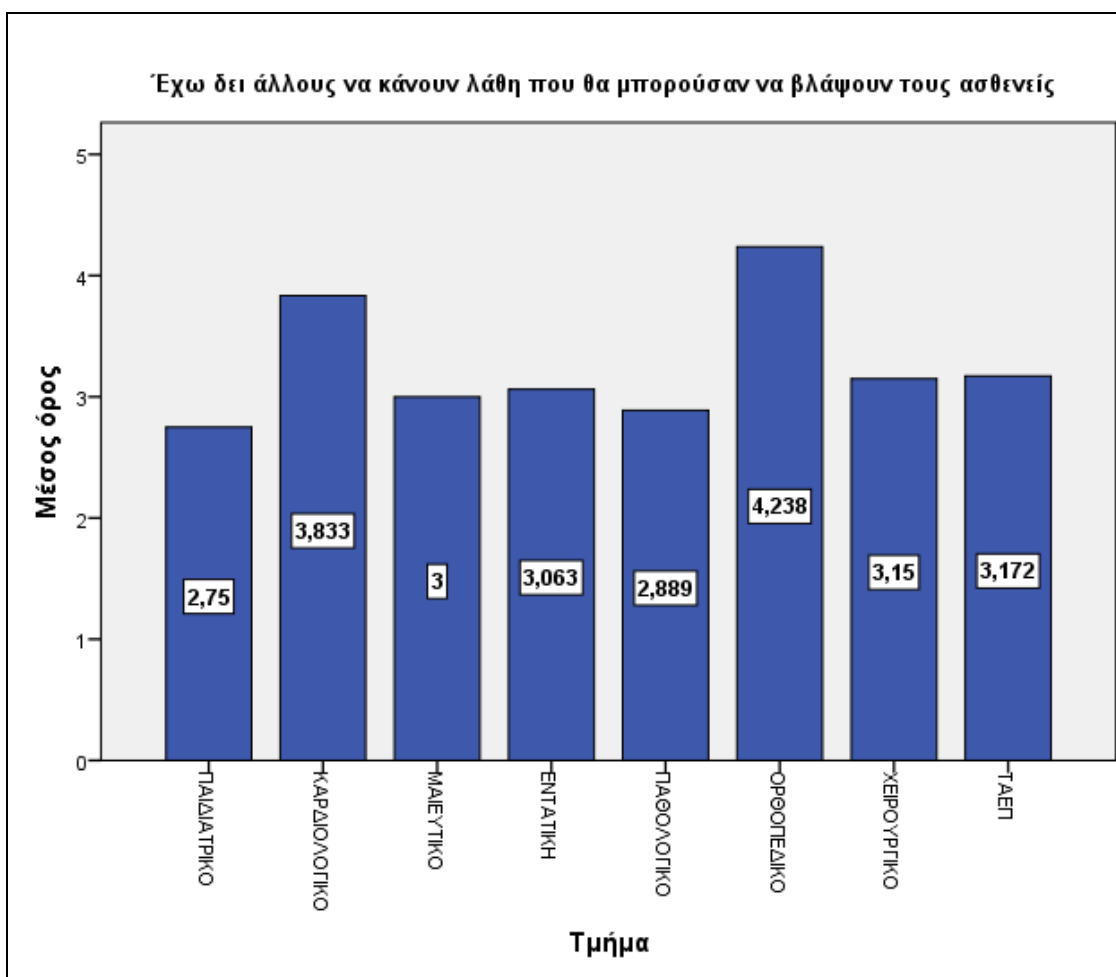


Πίνακας 10: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει το προσωπικό ερωτήσεις εάν δεν κατανοεί κάτι

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	2	5	3,75	0,754
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	1	4	5	4,42	0,515
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	3,86	1,292
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	4,19	1,047
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	1	4	2,94	1,056
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	4,00	0,949
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,30	0,923
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,90	0,900

Σε αυτήν την ερώτηση το τμήμα Παθολογικό λαμβάνει το χαμηλότερο μέσο όρο 2,944 ενώ το τμήμα Καρδιολογικό έχει τον υψηλότερο με 4,417.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



Πίνακας 11: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο έχει δει ο ερωτώμενος λάθη από άλλους συναδέλφους που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	2	4	2,75	0,622
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	3,83	0,718
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	3,00	1,301
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	3,06	1,124
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	1	4	2,89	1,023
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	2	3	5	4,24	0,625
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,15	0,875

ΤΑΕΠ

29

4

1

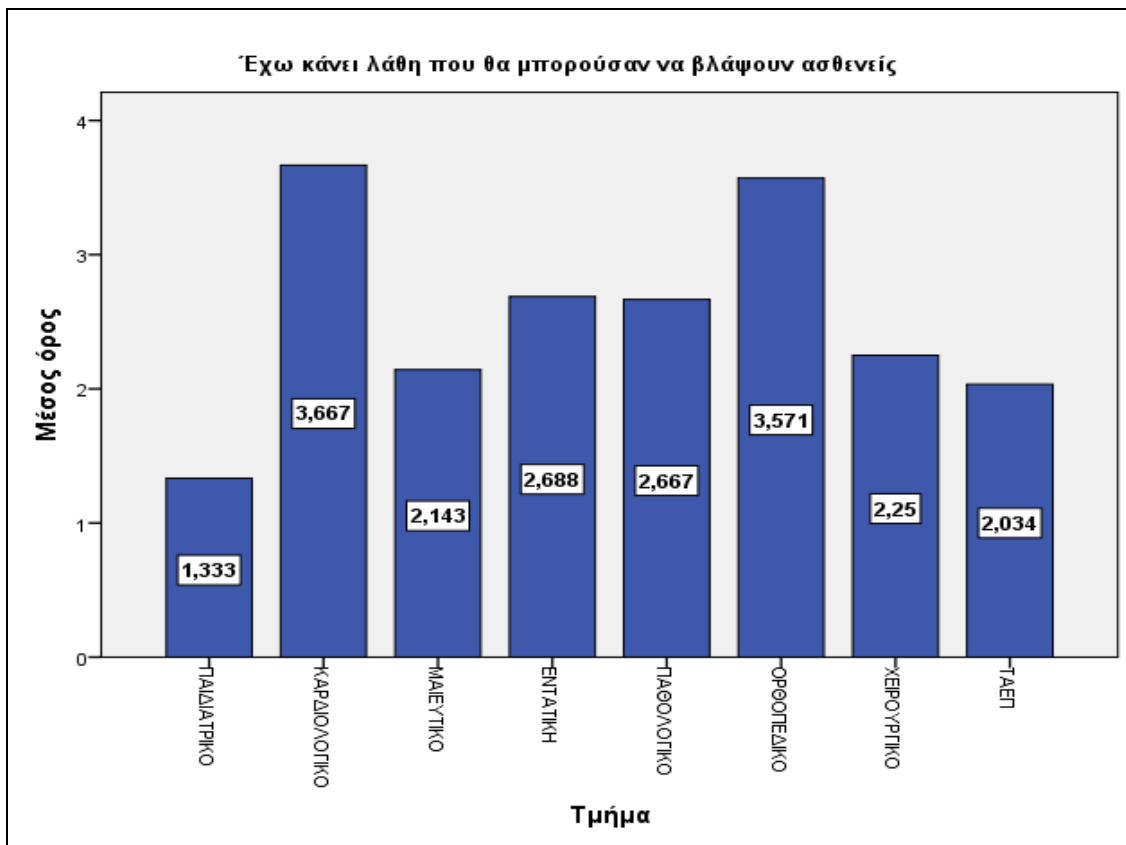
5

3,17

1,167

Στην ερώτηση αυτή, τον υψηλότερο μέσο όρο λαμβάνει το Ορθοπεδικό τμήμα, με 4,238 ενώ το χαμηλότερο μέσο όρο τον έχει το Παιδιατρικό (2,75) και αμέσως μετά το Παθολογικό τμήμα με 2,889.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



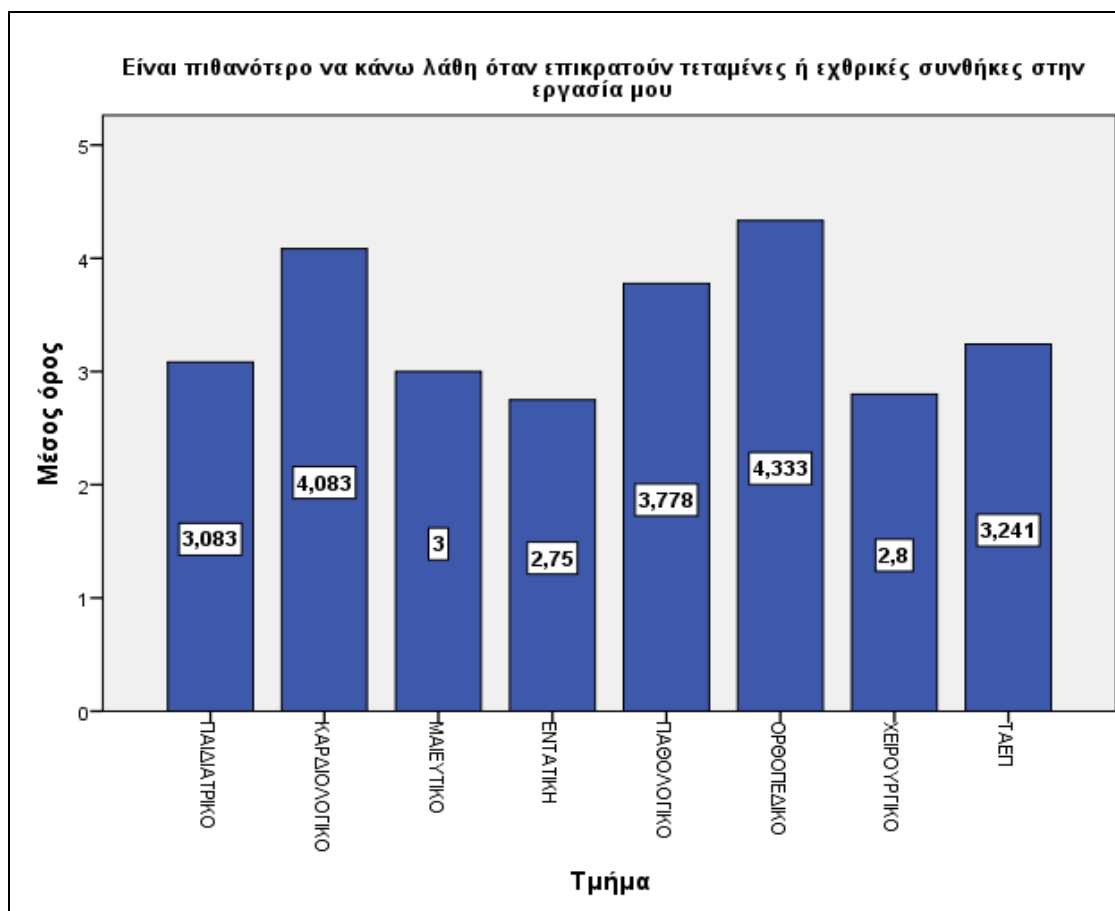
Πίνακας 12: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο έχει κάνει ο ερωτώμενος λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	1	1	2	1,33	0,492
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	2	5	3,67	1,371
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	2,14	1,292
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,69	1,302
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	1	5	2,67	1,372
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,57	1,121
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	1	4	2,25	1,164
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	2,03	1,349

Από την ερώτηση αυτή φαίνεται πως τον υψηλότερο μέσο όρο λαμβάνει το Καρδιολογικό και πολύ κοντά και το Ορθοπεδικό τμήμα, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό λαμβάνει το Παιδιατρικό τμήμα. Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Ορθοπεδικό ήταν σημαντικά περισσότερα σε σχέση με αυτά στα Τμήματα Παιδιατρικό, Μαιευτικό, ΤΑΕΠ, Χειρουργικό και Παθολογικό.
- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Καρδιολογικό ήταν σημαντικά περισσότερα σε σχέση με αυτά στο Παιδιατρικό.
- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Εντατική δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με κανένα τμήμα του νοσοκομείου.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

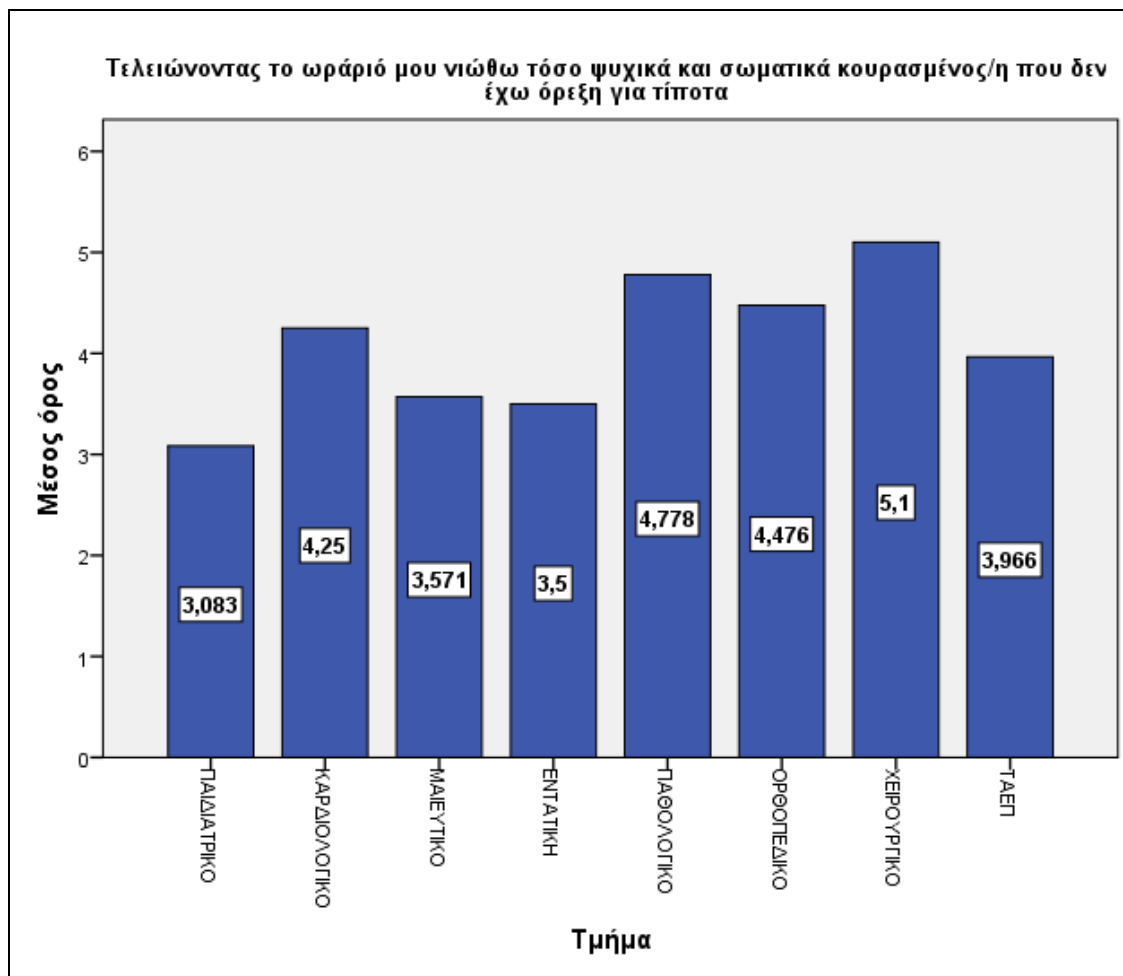


Πίνακας 13: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πιθανότερο να κάνει λάθη όταν επικρατούν εχθρικές ή τεταμένες συνθήκες στην εργασία του

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	2	5	3,08	1,165
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	4	1	5	4,08	1,165
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	3,00	1,301
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,75	1,291
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	2	5	3,78	1,114
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	2	3	5	4,33	0,796
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	1	4	2,80	1,152

4.3.4 Κόπωση προσωπικού και υπερφόρτωση καθηκόντων στα τμήματα του Νοσοκομείου

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ, 3-Διαφωνώ κάπως, 4-Συμφωνώ, 5-Συμφωνώ κάπως, 6- Συμφωνώ απόλυτα

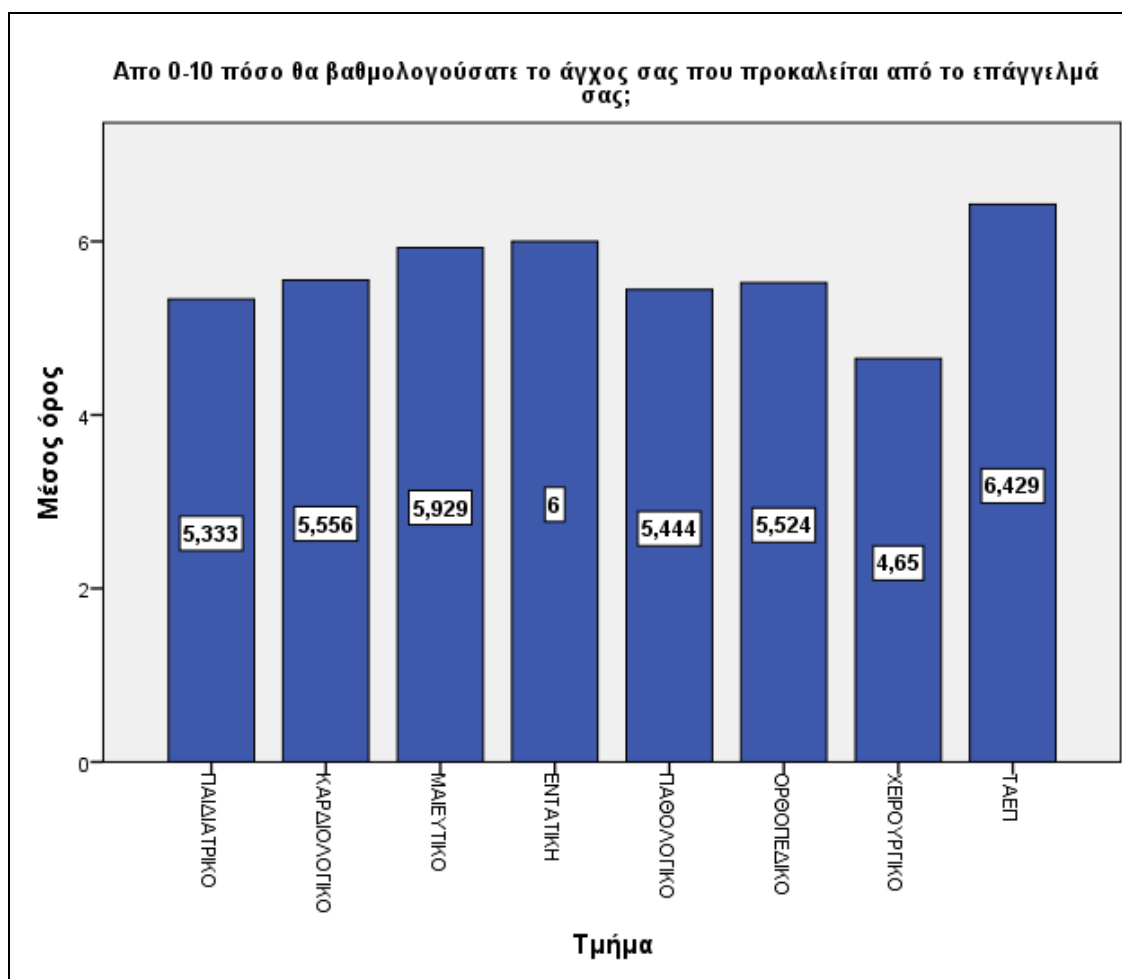


Πίνακας 14: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ο ερωτώμενος αισθάνεται τόσο ψυχικά κουρασμένος μετά το ωράριο του που δεν μπορεί να κάνει τίποτε

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	2	5	3,08	1,240
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	4,25	0,754
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	2	6	3,57	1,651
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	5	1	6	3,50	1,673
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	2	6	4,78	1,060
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	5	1	6	4,48	1,365
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	3	6	5,10	0,852
ΤΑΕΠ	29	5	1	6	3,97	1,476

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την κόπωση που αισθάνεται το προσωπικό στο τέλος του ωραρίου του, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η κόπωση στο Χειρουργικό Τμήμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή που νιώθει το προσωπικό στα Τμήματα Παιδιατρικό και Μαιευτικό.
- Στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

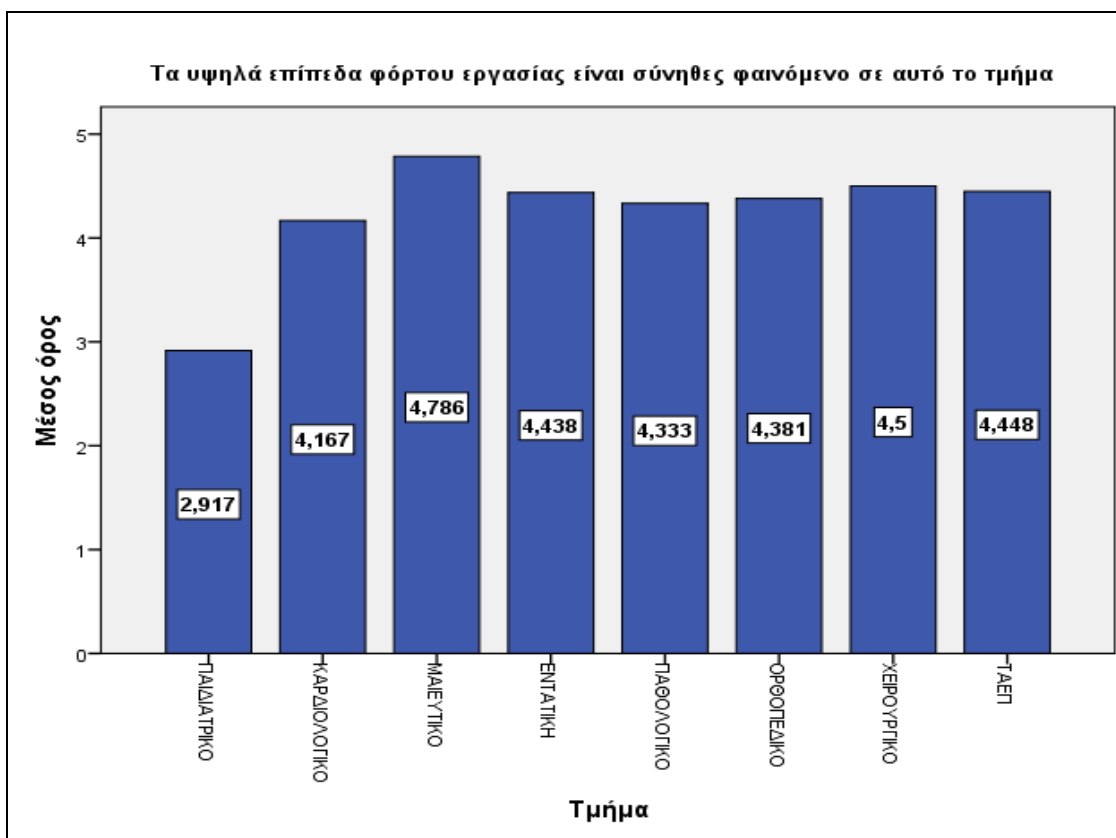


Πίνακας 15: Συχνότητες και μέσοι όροι βαθμολογίας του άγχους που προκαλείται από το επάγγελμα του κάθε ερωτώμενου

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	5	3	8	5,33	1,614
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	6	3	9	5,56	1,810
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	6	4	10	5,93	1,940
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	10	0	10	6,00	2,360
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	6	2	8	5,44	1,854
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	10	0	10	5,52	3,027
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	8	0	8	4,65	2,434
ΤΑΕΠ	29	6	3	9	6,43	2,168

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για την σύγκριση μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου σχετικά με το άγχος που προκαλείται από το επάγγελμα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



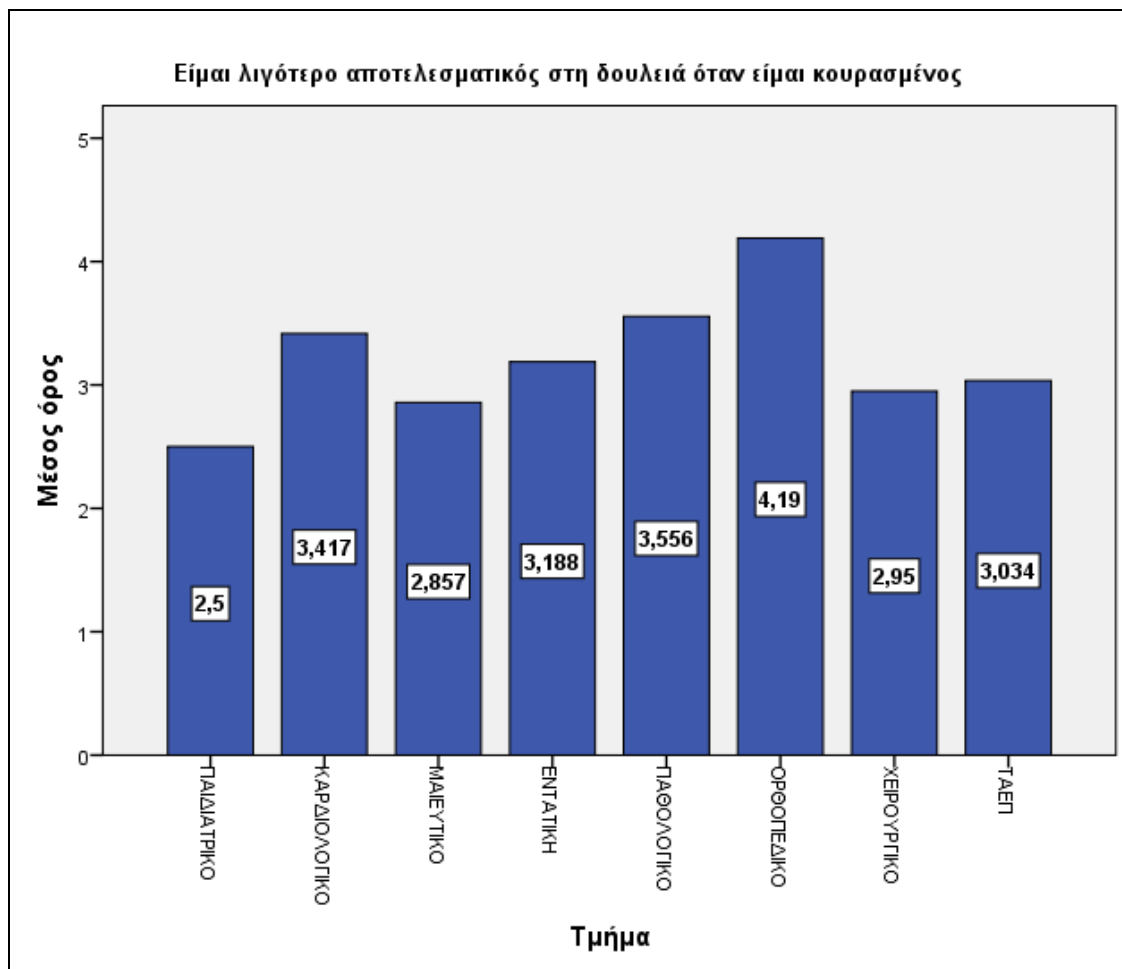
Πίνακας 16: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο ο ερωτώμενος θεωρεί πως τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο στο τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	2	4	2,92	0,996
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	1	4	5	4,17	0,389
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	1	4	5	4,79	0,426
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	2	3	5	4,44	0,629

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	1	5	4,33	1,328
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	2	3	5	4,38	0,740
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	2	3	5	4,50	0,607
ΤΑΕΠ	29	3	2	5	4,45	0,870

Στην ερώτηση αυτή, μόνο το Παιδιατρικό τμήμα θεωρεί πως δεν συνηθίζονται τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας στο τμήμα τους.

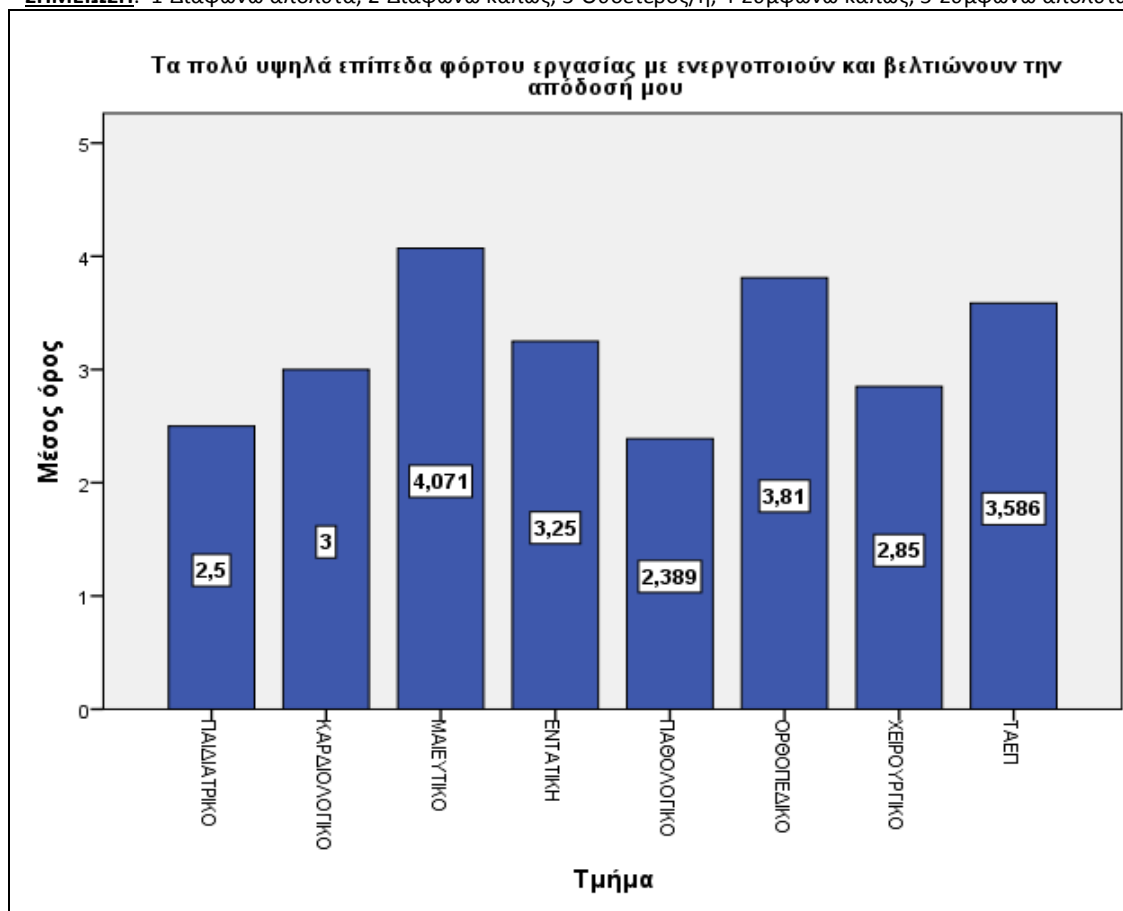
* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



Πίνακας 17: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πως είναι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά εάν είναι κουρασμένος

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	1	4	2,50	1,000
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	4	1	5	3,42	1,311
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	2,86	1,351
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	3,19	1,276
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	2	5	3,56	1,149
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	4,19	0,981
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	1	4	2,95	1,050
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,03	1,239

* ΣΗΜΕΙΩΣΗ: 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



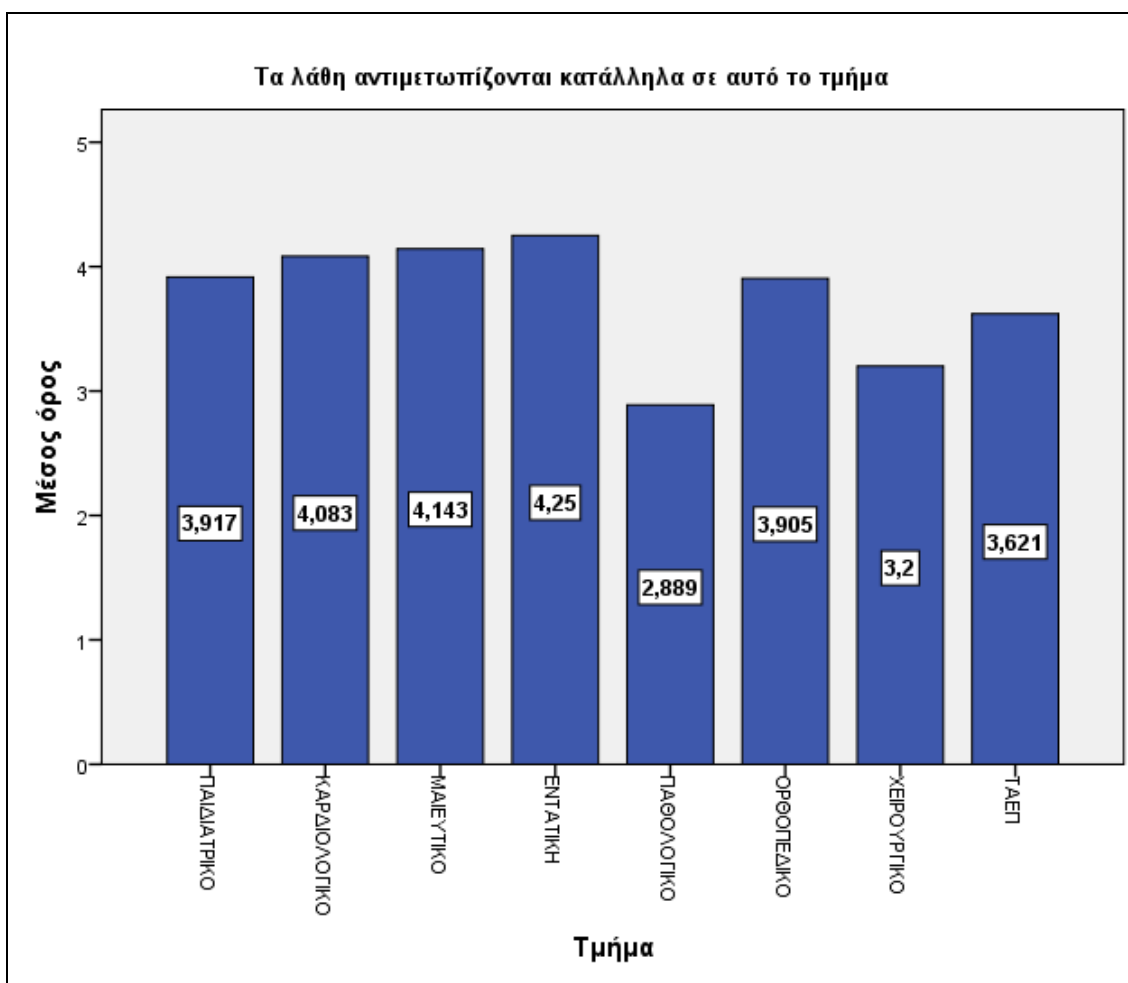
Πίνακας 18: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο θεωρεί ο ερωτώμενος πως τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας τον ενεργοποιούν και βελτιώνουν την επίδοσή του

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	1	5	2,50	1,168
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	4	1	5	3,00	1,348
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	2	5	4,07	0,829
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	3,25	1,483
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	1	5	2,39	1,243
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,81	1,250
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	4	1	5	2,85	1,040
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,59	1,376

Μικρές διαφορές παρατηρήθηκαν στην ερώτηση για την κινητοποίηση που αισθάνονται οι ερωτώμενοι από τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας στο τμήμα τους, με παρόμοιους μέσους όρους από κάθε τμήμα. Μικρή εξαίρεση το Παιδιατρικό τμήμα, στο οποίο, όπως και παραπάνω οι ερωτώμενοι δεν θεωρούν πως υπάρχουν υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας συχνά.

4.3.5 Αναφορά λαθών στα τμήματα του Νοσοκομείου

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



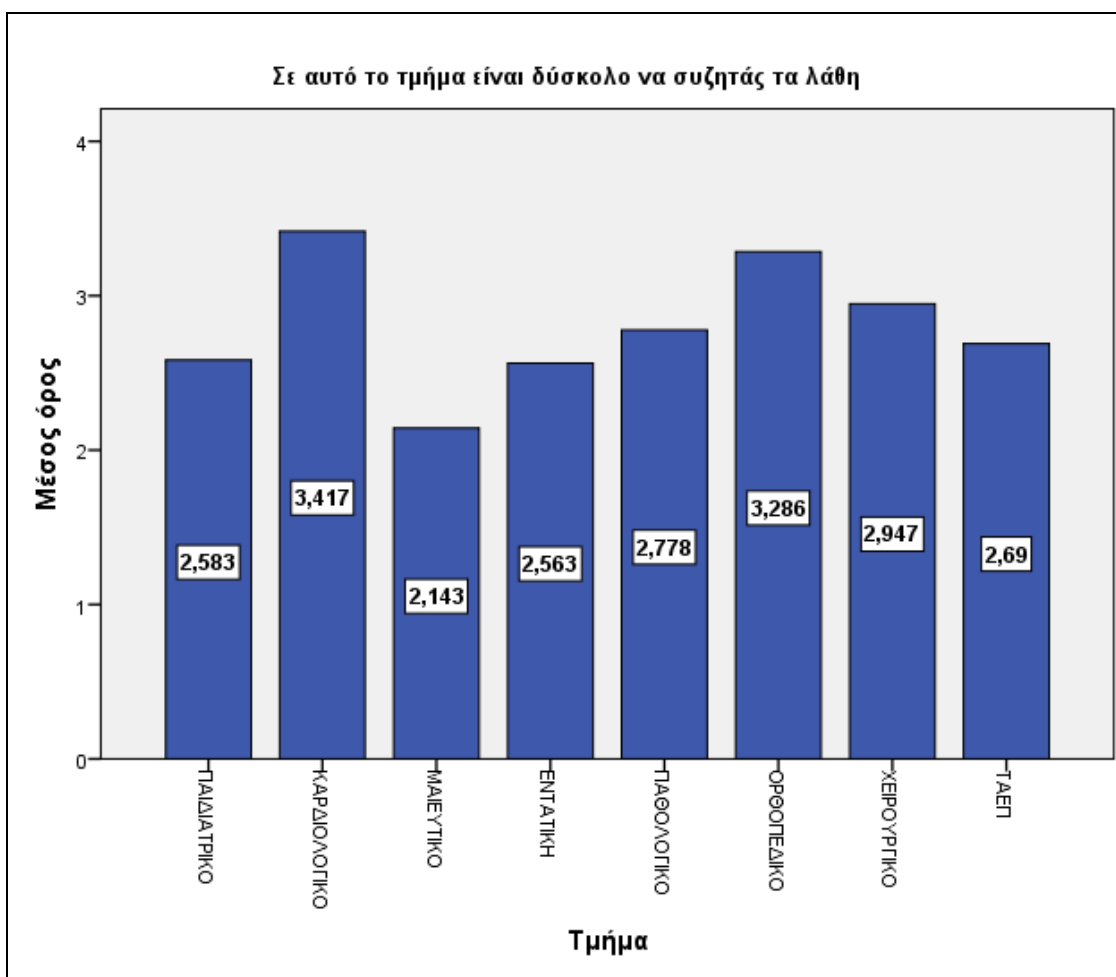
Πίνακας 19: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο αντιμετωπίζονται κατάλληλα τα λάθη στο τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	3	5	3,92	0,515

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	2	5	4,08	0,996
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	3	5	4,14	0,864
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	2	3	5	4,25	0,577
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	1	4	2,89	0,900
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,90	1,044
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,20	1,005
ΤΑΕΠ	29	3	2	5	3,62	0,775

Στην ερώτηση εάν τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα στο τμήμα, τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το τμήμα Εντατική και το χαμηλότερο το τμήμα Παθολογικό.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



Πίνακας 20: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να συζητώνται τα λάθη στο τμήμα

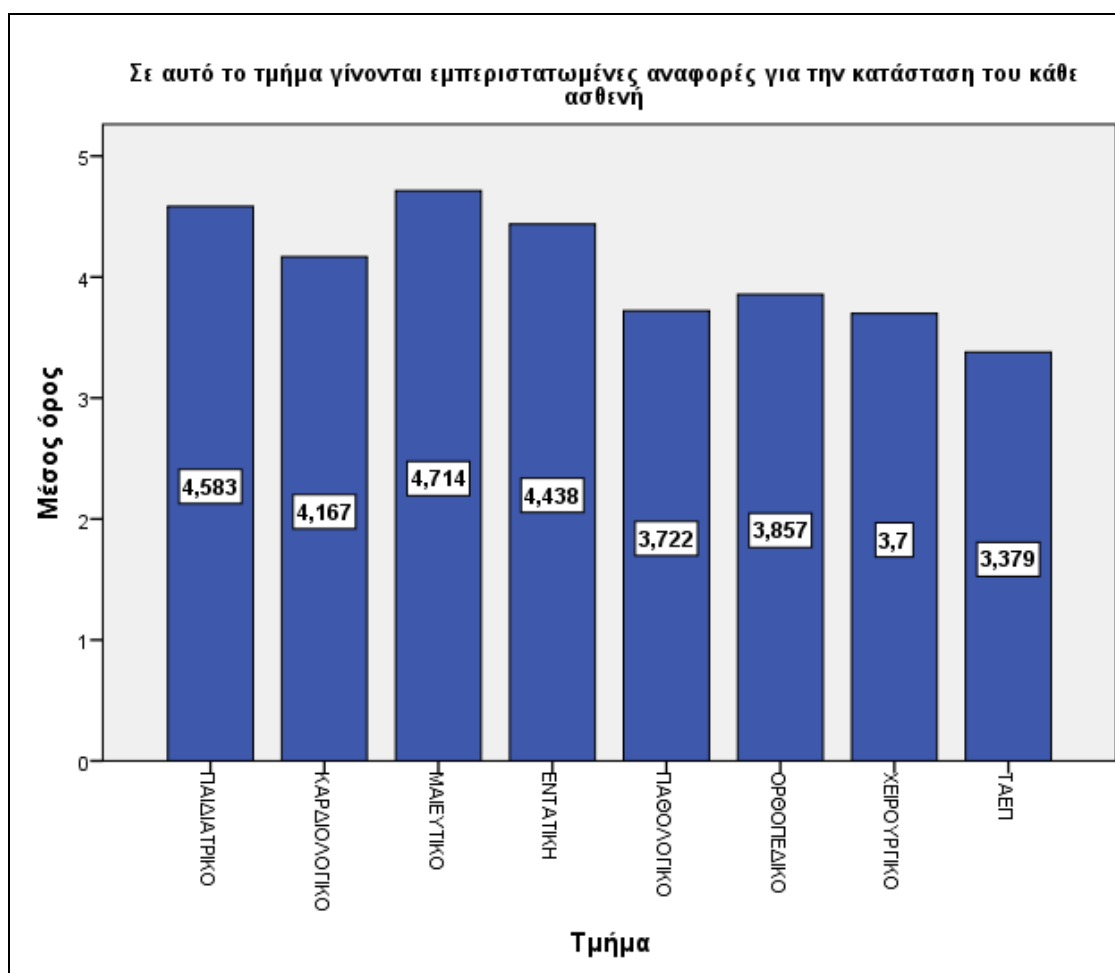
Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	1	5	2,58	1,165
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	4	1	5	3,42	1,564
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	1	4	2,14	0,770
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,56	1,094
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	4	1	5	2,78	0,943
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,29	1,309
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	19	2	2	4	2,95	0,848
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	2,69	0,891

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την αναφορά λαθών στα τμήματα του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Στο Μαιευτικό τμήμα τα λάθη αναφέρονται συχνότερα/ευκολότερα σε σχέση με τα τμήματα Παθολογικό, Χειρουργικό και Ορθοπαιδικό.
- Στην Εντατική τα λάθη αντιμετωπίζονται συχνότερα/ευκολότερα σε σχέση με τα τμήματα Παθολογικό και Χειρουργικό.
- Στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

4.3.6 Επικοινωνία στα τμήματα του Νοσοκομείου

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

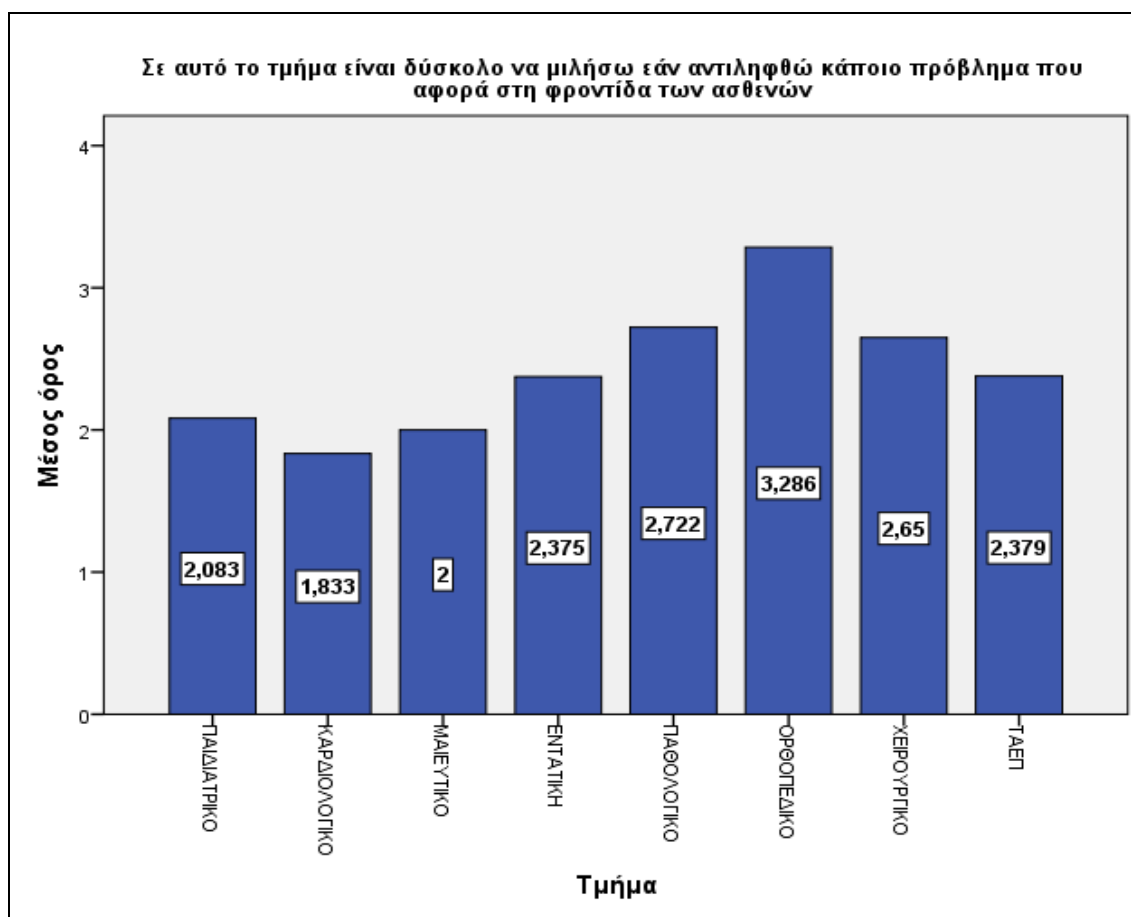


Πίνακας 21: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές στην κατάσταση του κάθε ασθενή στο τμήμα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	1	4	5	4,58	0,515
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	4,17	0,577
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	2	3	5	4,71	0,611
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	4,44	1,031
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	2	5	3,72	1,074
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,86	1,014
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,70	0,801
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,38	1,015

Στην ερώτηση εάν τα λάθη αναφέρονται στο τμήμα και γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές, το υψηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε το Παιδιατρικό τμήμα, με ακόλουθο το Καρδιολογικό και το Μαιευτικό και τελευταίο το τμήμα ΤΑΕΠ.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

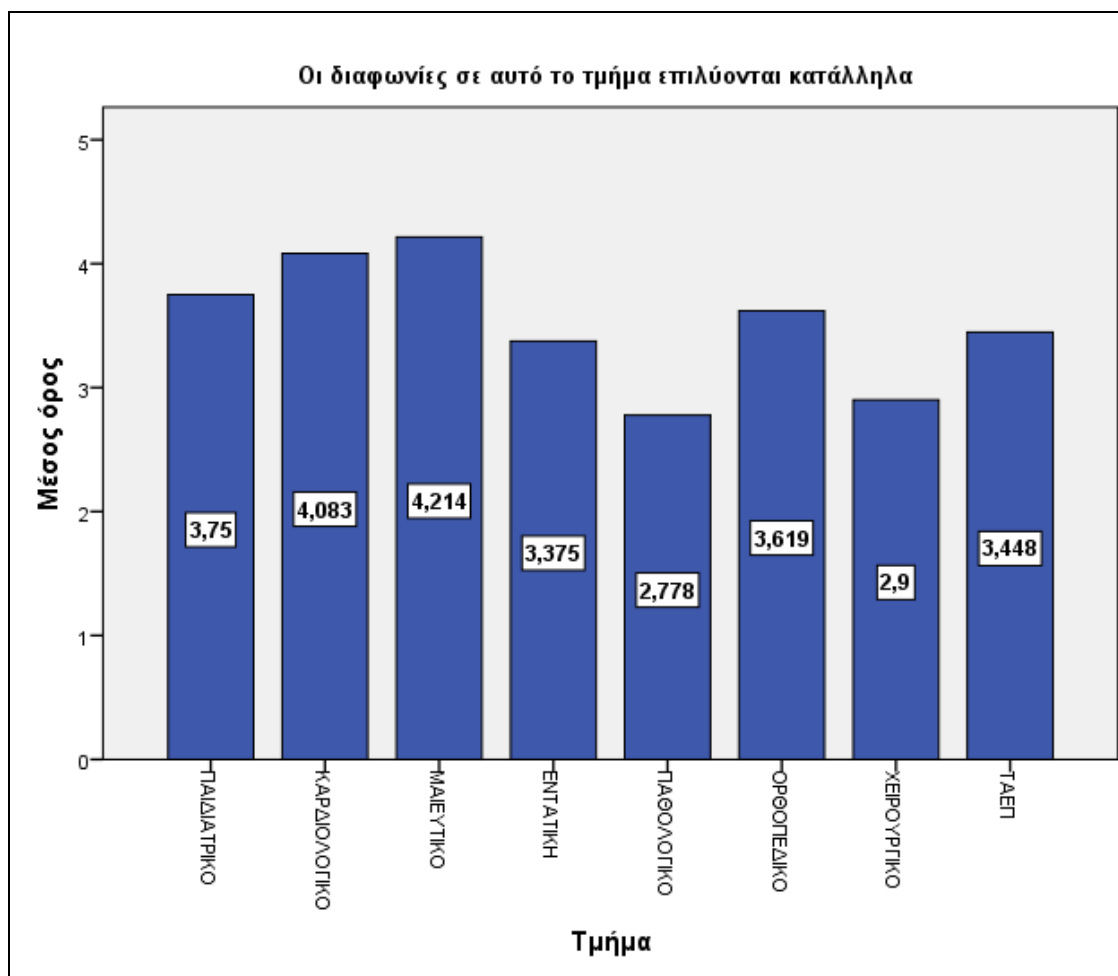


Πίνακας 22: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	1	3	2,08	0,515
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	1	4	1,83	1,115
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	2,00	0,961
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	4	1	5	2,38	1,500
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	2	1	3	2,72	0,575
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,29	1,271
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	1	4	2,65	0,988
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	2,38	1,115

Στην ερώτηση σχετικά με την ευκολία να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί ένα πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων, τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Ορθοπεδικό τμήμα και τον μικρότερο το Καρδιολογικό.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

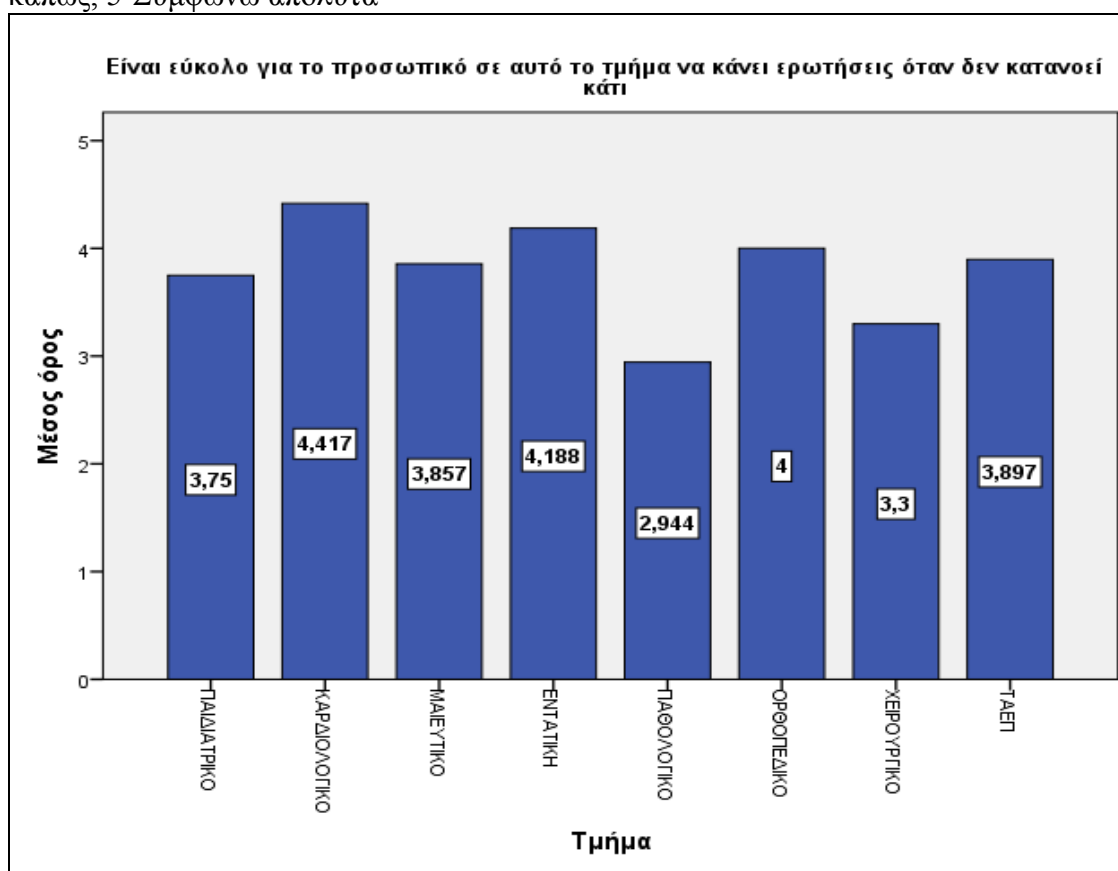


Πίνακας 23: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο επιλύονται οι διαφωνίες στο τμήμα κατάλληλα

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	4	1	5	3,75	1,055
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	2	3	5	4,08	0,900
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	3	2	5	4,21	1,051
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	1	4	3,37	1,088
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	2	2	4	2,78	0,878
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	3,62	1,071
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	2,90	1,021
ΤΑΕΠ	29	3	2	5	3,45	0,948

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο εύκολα επιλύονται οι διαφωνίες στο τμήμα, τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Μαιευτικό τμήμα και τον χαμηλότερο το Παθολογικό.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα

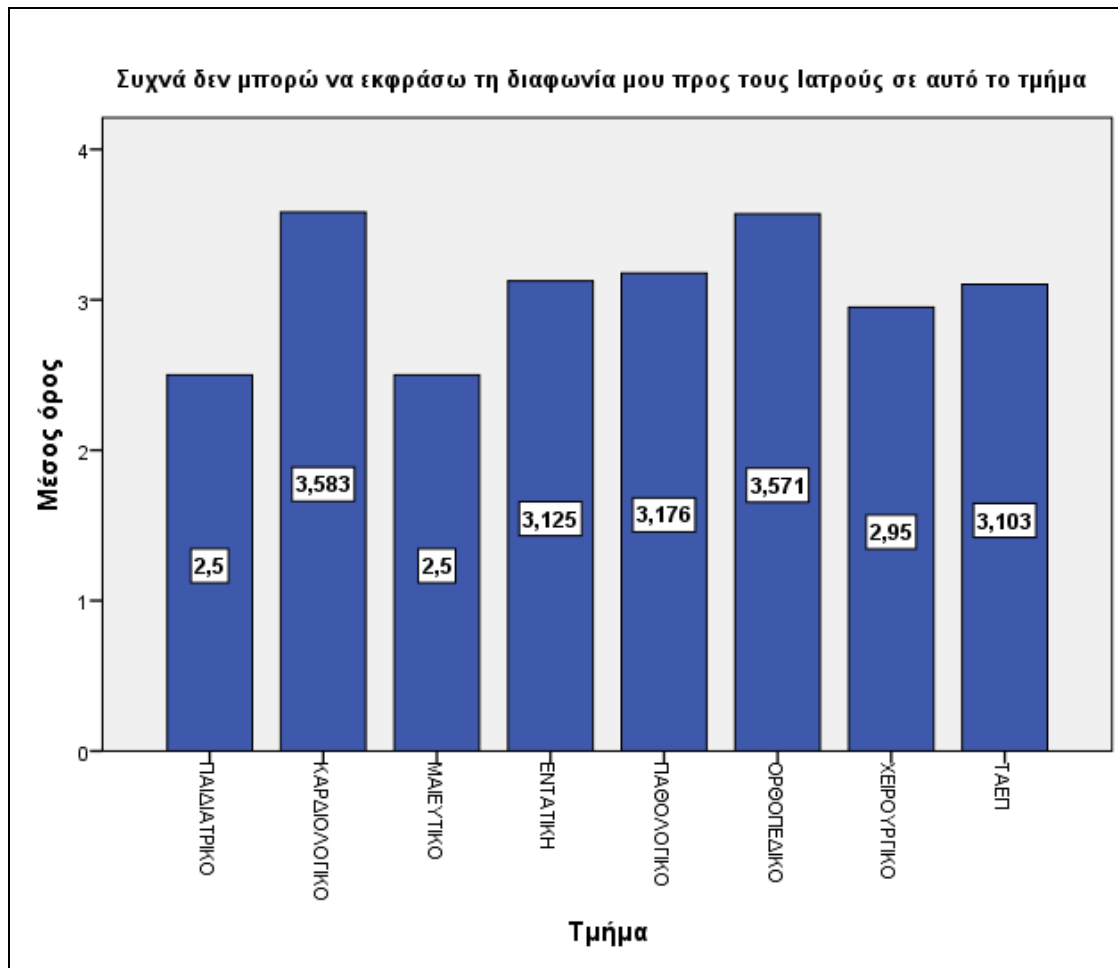


Πίνακας 24: Συχνότητες και μέσοι όροι του κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει ερωτήσεις το προσωπικό εάν δεν κατανοεί κάτι

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	3	2	5	3,75	0,754
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	1	4	5	4,42	0,515
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	3,86	1,292
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	4,19	1,047
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	3	1	4	2,94	1,056
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	4	1	5	4,00	0,949
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	3,30	0,923
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,90	0,900

Στην ερώτηση κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει ερωτήσεις το προσωπικό εάν δεν κατανοεί κάτι τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Καρδιολογικό τμήμα με κοντινή τιμή και το τμήμα της Εντατικής, ενώ χαμηλότερο ποσοστό έλαβε το Παθολογικό τμήμα.

* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** 1-Διαφωνώ απόλυτα, 2-Διαφωνώ κάπως, 3-Ουδέτερος/η, 4-Συμφωνώ κάπως, 5-Συμφωνώ απόλυτα



Πίνακας 25: Συχνότητες και μέσοι όροι της κατάστασης να μην μπορεί συχνά ο ερωτώμενος να εκφράσει την διαφωνία του προς τους ιατρούς τους στο τμήμα που εργάζεται

Τμήμα	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	12	2	2	4	2,50	0,798
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	12	3	2	5	3,58	1,165
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	14	4	1	5	2,50	1,225
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	16	3	2	5	3,12	1,258
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	18	2	2	4	3,18	0,636
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	21	3	2	5	3,57	1,165
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	20	3	2	5	2,95	1,050
ΤΑΕΠ	29	4	1	5	3,10	1,372

Στην ερώτηση κατά πόσο είναι εύκολο να εκφράσει ο ερωτώμενος την άποψη του στους ιατρούς του τμήματος, τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Καρδιολογικό και το Ορθοπαιδικό τμήμα και τον χαμηλότερο το Μαιευτικό και Παιδιατρικό (2,5).

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το επίπεδο επικοινωνίας εντός του κάθε τμήματος του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Στο Παθολογικό τμήμα η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού ήταν δυσκολότερη σε σχέση με τα τμήματα Παιδιατρικό και Μαιευτικό.
- Στο Μαιευτικό τμήμα η επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού ήταν καλύτερη σε σχέση με το Χειρουργικό.
- Στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Συνολικά αποτελέσματα ανά τμήμα

Μία συνολική εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε και μέσω της άθροισης των τιμών σε όλες τις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και την εύρεση των μέσων τιμών ανά τμήμα, καθώς και των σταθερών αποκλίσεων τους. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής φαίνονται στον πίνακα 26. Από τα ευρήματα φάνηκε πως την υψηλότερη τιμή έλαβε το

Καρδιολογικό τμήμα, με αμέσως επόμενα τα τμήματα Μαιευτικό, Ορθοπεδικό και Παιδιατρικό, ενώ την χαμηλότερη τιμή έλαβε το Παθολογικό τμήμα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα από την ανάλυση που έγινε ανά ερώτημα και παρουσιάστηκε παραπάνω (Πίνακας 4), όπου πάλι το Καρδιολογικό τμήμα έδειξε πως έλαβε τις υψηλότερες απαντήσεις, με το Παθολογικό να σημειώνει τις χαμηλότερες τιμές, ενώ τα τμήματα Μαιευτικό, Ορθοπεδικό είχαν επίσης λάβει σημαντικά υψηλές τιμές. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, το Καρδιολογικό έλαβε μέση τιμή 78,73% ($\pm 21,26$) ($p < 0,12$), με δεύτερο τμήμα το Μαιευτικό ($77,30 \pm 21,85$) ($p < 0,12$) ενώ το Παθολογικό έλαβε το χαμηλότερο ποσοστό ($61,47 \pm 20,86$) ($p < 0,12$).

Με βάση την βιβλιογραφία, αυτή είναι η πρώτη έρευνα που μελετά την αντίληψη πάνω στο κλίμα ασφάλειας από το νοσηλευτικό προσωπικό σε διαφορετικά τμήματα. Έτσι, τα ευρήματα δεν μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχα δεδομένα ανά τμήμα νοσοκομείου.

Πίνακας 26- Συνολική αποτίμηση των τιμών του ερωτηματολογίου (25 ερωτήματα)

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	71,13	20,50	p<0,11
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	78,73	21,26	p<0,12
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	77,30	21,85	p<0,12
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	67,35	25,78	p<0,14
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	61,47	20,86	p<0,12
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	72,84	23,72	p<0,13
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	65,76	22,61	p<0,13
ΤΑΕΠ	69,79	22,41	p<0,13

Αποτελέσματα κλίμακας SAQ

Για τον υπολογισμό των έξι κατηγοριών της κλίμακας SAQ έγινε ταξινόμηση των ερωτήσεων που αφορούσαν την κάθε κατηγορία και μετά το άθροισμα της κάθε κατηγορίας διαιρέθηκε με τον αριθμό των ερωτήσεων για την ανεύρεση της μέσης τιμής στην κλίμακα. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η κατηγορία της αναγνώρισης των

στρεσογόνων παραγόντων η οποία αποτελείται από τις ερωτήσεις 27, 34, 49 και 33 οπότε και η μέση τιμή της είναι το $[Er27+Er34+Er49+Er33] / 4 =$ Μέση τιμή.

Σημειώνεται πως η ανάλυση αυτή έγινε ανά τμήμα, εφόσον η μελέτη αυτή εξετάζει ακριβώς την ανά τμήμα του νοσοκομείου γνώμη περί της ασφάλειας των ασθενών. Έτσι, για κάθε τμήμα εξήχθη και μία διαφορετική τιμή.

Για να θεωρηθεί θετικό το κλίμα ασφαλείας σε κάποια ομάδα ερωτήσεων, πρέπει στη συγκεκριμένη ομάδα να ληφθεί τουλάχιστον 75% σαν απάντηση. Καθώς η κλίμακα Likert με βάση την οποία απάντησαν οι συμμετέχοντες είχε 5 βαθμίδες (1-2-3-4-5), μία εκ των οποίων επέλεγε ο συμμετέχων, για την εξαγωγή των ποσοστών έγινε αναγωγή στο 100 (πρακτικά πολλαπλασιάζοντας με το 20 το τελικό αποτέλεσμα).

Αρχικά για το κλίμα ασφαλείας ελήφθησαν οι απαντήσεις στις ερωτήσεις 4, 5, 11, 12, 22, 23 και 30.

4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα
5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία
12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη
22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων
23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων
30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στο Τμήμα

Η μέση τιμή για την κατηγορία των ερωτήσεων που αφορούσαν το κλίμα ασφαλείας έδειξε πως την υψηλότερη τιμή την έλαβε το Καρδιολογικό τμήμα ($76,94 \pm 21,40$) ($p < 0,025$) ενώ την χαμηλότερη τιμή με σημαντικά μειωμένα ποσοστά έλαβε το Παθολογικό τμήμα ($56,48 \pm 18,10$) ($p < 0,025$), επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω ευρήματα.

Μετά το Καρδιολογικό, φάνηκε πως οι εργαζόμενοι στο Μαιευτικό (72,14±24,05) ($p<0,05$) και πολύ κοντά και στο Ορθοπεδικό τμήμα (71,27±22,56) ($p<0,05$) έδωσαν θετικές απαντήσεις, ενώ αντίθετα, το Χειρουργικό (61,34±19,61) ($p<0,025$) δείχνει να υστερεί σε θετικές απαντήσεις. Για το Καρδιολογικό τμήμα μόνο, η έρευνα έδειξε πως οι εργαζόμενοι στο τμήμα αυτό θεωρούν συνολικά πως το κλίμα ασφάλειας είναι θετικό, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό έλαβε το Παθολογικό τμήμα.

Πίνακας 27: Κλίμα ασφάλειας στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	68,33	18,61	$p<0,025$
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	76,94	21,40	$p<0,025$
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	72,14	24,05	$p<0,05$
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	67,71	26,18	$p<0,05$
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	56,48	18,10	$p<0,025$
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	71,27	22,56	$p<0,05$
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	61,34	19,61	$p<0,025$
ΤΑΕΠ	66,55	21,088	$p<0,05$

Σε ό,τι αφορά τις ερωτήσεις για την εργασιακή ικανοποίηση των ερωτώμενων αυτές ήταν οι παρακάτω ερωτήσεις.

2. Μου αρέσει η δουλειά μου
8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος
31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο
44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων σε αυτήν την κατηγορία έδειξε κάποια διαφοροποίηση σχετικά με την προηγούμενη κατηγορία. Πράγματι, φάνηκε πως το Μαιευτικό τμήμα

έλαβε τις υψηλότερες τιμές (86,19±11,25) (p<0,001) και ακολουθεί το Καρδιολογικό τμήμα με 83,06±16,18 (p<0,01) και μετά το Παιδιατρικό τμήμα με αντίστοιχα υψηλά ποσοστά (81,11±9,50 και p<0,001)). Και σε αυτήν την κατηγορία, το Παθολογικό τμήμα σημείωσε την χαμηλότερη βαθμολογία, με 62,41 (±18,73) (p<0,01), υποδηλώνοντας πως και η εργασιακή ικανοποίηση στο τμήμα αυτό είναι σε χαμηλά ποσοστά. Στην κατηγορία αυτή, συνολικά 4 τμήματα έλαβαν θετική αξιολόγηση και συγκεκριμένα το Μαιευτικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό και η Εντατική μονάδα.

Πίνακας 28: Εργασιακή ικανοποίηση στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	81,11	9,50	p<0,001
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	83,06	16,18	p<0,01
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	86,19	11,25	p<0,001
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	77,29	18,42	p<0,01
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	62,41	18,73	p<0,01
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	70,95	21,83	p<0,01
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	69,00	16,74	p<0,01
ΤΑΕΠ	75,63	17,96	p<0,01

Όσον αφορά στην ανάλυση των εργασιακών συνθηκών αυτή έγινε με την ανάλυση των ερωτήσεων 3, 35, 37, 32, 26 και 40.

35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου
37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι
32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα
26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των πασχόντων

40. Οι ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα

Ενδιαφέρον παρουσίασε και η ανάλυση αυτής της κατηγορίας, καθώς φάνηκε πως το Παιδιατρικό τμήμα έλαβε την υψηλότερη τιμή με $73,33 \pm 17,75$ ($p < 0,01$), ενώ ακολουθεί το Καρδιολογικό με $70,00 \pm 23,35$ ($p < 0,05$). Στην κατηγορία αυτή παρατηρήθηκε και διαφοροποίηση ως προς το τμήμα που έλαβε την ελάχιστη βαθμολογία που ήταν το τμήμα της Εντατικής ($51,25 \pm 27,29$) ($p < 0,10$), κι όχι το Παθολογικό ($55,56 \pm 18,86$) ($p < 0,01$), που είχε λάβει την χαμηλότερη βαθμολογία στις προηγούμενες κατηγορίες. Επίσης, στην κατηγορία αυτή, το Παθολογικό δεν ήταν καν το δεύτερο χαμηλότερο σε τιμές τμήμα, καθώς μετά την Εντατική, ακολουθεί το Χειρουργικό με $55,00 \pm 22,36$ ($p < 0,05$). Επίσης, στην κατηγορία αυτή κανένα τμήμα δεν έλαβε θετική αξιολόγηση, υποδεικνύοντας πως σε κανένα δεν αντιλαμβάνεται το προσωπικό πως υφίσταται ή ενισχύεται η ομαδική εργασία μεταξύ των εργαζομένων.

Πίνακας 29: Ομαδική εργασία στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	73,33	17,75	$p < 0,01$
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	70,00	23,35	$p < 0,05$
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	65,71	24,09	$p < 0,05$
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	51,25	27,29	$p < 0,10$
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	55,56	18,86	$p < 0,01$
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	62,86	24,73	$p < 0,05$
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	55,00	22,36	$p < 0,05$
ΤΑΕΠ	62,07	23,51	$p < 0,05$

Η επόμενη κατηγορία ερωτήσεων αφορούσε την διερεύνηση των εργασιακών συνθηκών στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου και αυτή η κατηγορία συνίστατο από τις ερωτήσεις 6, 7, 24 και 45.

6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση
24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με επικοινωνητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό
45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς

Το Μαιευτικό τμήμα σε αυτήν την κατηγορία έλαβε την υψηλότερη τιμή με $77,86 \pm 21,80$ ($p < 0,05$) με το Καρδιολογικό στη δεύτερη θέση με $75,42 \pm 24,49$ ($p < 0,05$). Στην κατηγορία αυτή το Παθολογικό τμήμα πάλι έλαβε την ελάχιστη βαθμολογία ($55,56 \pm 18,86$, $p < 0,025$). Πολύ κοντινές τιμές έλαβε και το Χειρουργικό με $59,50 \pm 22,94$ ($p < 0,05$). Σε ό,τι αφορά τις εργασιακές συνθήκες, το Μαιευτικό τμήμα και οριακά το Καρδιολογικό τμήμα έλαβαν θετική αξιολόγηση.

Πίνακας 30: Εργασιακές συνθήκες στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	68,75	15,93	$p < 0,01$
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	75,42	24,49	$p < 0,05$
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	77,86	21,80	$p < 0,05$
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	67,81	22,14	$p < 0,05$
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	55,56	18,76	$p < 0,025$
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	70,71	23,94	$p < 0,05$
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	59,50	22,94	$p < 0,05$
ΤΑΕΠ	71,03	20,49	$p < 0,025$

Μία άλλη κατηγορία ερωτήσεων είναι εκείνη που αφορούσε στη διοίκηση του Νοσοκομείου, με τις ερωτήσεις 9, 10, 19 και 28.

9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των πασχόντων
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου

Η ανάλυση αυτών των τιμών έδειξε πως την υψηλότερη βαθμολογία στην κατηγορία αυτή έδωσε πάλι το προσωπικό του Καρδιολογικού τμήματος ($77,08 \pm 23,33$) ($p < 0,10$) και μάλιστα με σημαντική διαφορά από το δεύτερο τμήμα που ήταν το Μαιευτικό ($67,14 \pm 22,70$) ($p < 0,10$), ενώ η Εντατική έλαβε τη χαμηλότερη τιμή με μόλις $48,44 \pm 22,20$ ($p < 0,10$), που δηλώνει πως η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν κάτω του 60, που ισοδυναμεί με το βαθμό 3 στην κλίμακα Likert που χρησιμοποιήθηκε και πρακτικά δείχνει πως οι περισσότεροι ερωτώμενοι βαθμολόγησαν απαντώντας πως μάλλον διαφωνούν με την πρόταση πως η Διοίκηση κάνει καλή δουλειά. Πράγματι, στις ερωτήσεις 9 και 10, μόνο το 7% των ερωτηθέντων στο τμήμα αυτό απάντησε θετικά ή ουδέτερα πως η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά ή στηρίζει τις προσπάθειες του ερωτώμενου, ενώ στις ερωτήσεις 19 και 28 τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 46% και 33% αντίστοιχα. Στην ομάδα αυτών των ερωτήσεων διαφαίνεται μία αρνητική αντίληψη από το προσωπικό για τη Διοίκηση, καθώς και στα υπόλοιπα τμήματα, με εξαίρεση το Καρδιολογικό, οι απαντήσεις δεν ήταν θετικές. Μόνο για το Καρδιολογικό τμήμα, οι ερωτώμενοι-συμμετέχοντες θεωρούν θετική τη δράση και τις κινήσεις της διοίκησης, ενώ σε κανένα άλλο τμήμα δεν δόθηκε θετική αξιολόγηση για τη διοίκηση.

Πίνακας 31: Απόψεις του προσωπικού σχετικά με τη διοίκηση του Νοσοκομείου στα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	56,67	20,77	$p < 0,10$
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	77,08	23,33	$p < 0,10$
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	67,14	22,70	$p < 0,10$

ΕΝΤΑΤΙΚΗ	48,44	22,20	p<0,10
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	57,50	22,50	p<0,10
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	62,62	27,56	p<0,15
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	55,25	20,44	p<0,10
ΤΑΕΠ	61,57	21,22	p<0,10

Μία ακόμη κατηγορία ερωτήσεων του SAQ ερωτηματολογίου αφορά στην αναγνώριση του στρες στην εργασία και αποτελείται από τις ερωτήσεις 27, 33, 34 και 49.

27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου
33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η
34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου
49. Η κόπωση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)

Στην κατηγορία αυτή, την υψηλότερη βαθμολογία έδωσε το Ορθοπεδικό τμήμα με $81,43 \pm 21,91$ ($p < 0,025$) ενώ τη χαμηλότερη έδωσε το Παιδιατρικό τμήμα με $48,33 \pm 20,97$ ($p < 0,01$). Η διαφορά μεταξύ των απαντήσεων από τα δύο αυτά τμήματα ήταν μεγάλη. Ενώ το Ορθοπεδικό τμήμα σε μεγάλο ποσοστό δήλωσε πως η απόδοσή του επηρεάζεται αρνητικά από μία μέρα με υψηλό φόρτο εργασίας και η πιθανότητα λάθους αυξάνει, οι εργαζόμενοι στο Παιδιατρικό τμήμα δεν έδειξαν να επηρεάζονται από αντίστοιχες καταστάσεις υψηλού φόρτου εργασίας. Είναι πιθανόν πως η έκθεση σε εικόνες που πιθανά επηρεάζουν την ψυχολογία ενός ανθρώπου, όπως μπορεί να είναι τα Ορθοπεδικά περιστατικά π.χ. με σπασμένα οστά, εικόνες μετά από επεμβάσεις με βοηθήματα, καρφιά, λάμες κλπ να συμβάλλει σημαντικά στη διαμόρφωση μίας επιβαρυνμένης κατάστασης για το προσωπικό. Μόνο το Ορθοπεδικό τμήμα στην ομάδα αυτών των ερωτήσεων σχετικά με την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων έλαβε θετική τιμή άνω του 75%.

Πίνακας 32: Αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων

ΤΜΗΜΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΣΤΑΘΕΡΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	p value
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	48,33	20,97	p<0,01

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	60,83	29,45	p<0,05
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	57,86	29,21	p<0,05
ΕΝΤΑΤΙΚΗ	58,44	26,74	p<0,025
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	71,67	22,45	p<0,025
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	81,43	21,91	p<0,025
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	56,25	20,40	p<0,01
ΤΑΞΠ	60,86	25,63	p<0,025

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Συζήτηση – Συμπεράσματα

5.1 Συμπεράσματα

Στην εργασία αυτή μελετήθηκαν οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στο Νοσοκομείο της Κυπριακής Δημοκρατίας γύρω από την ασφάλεια των πασχόντων του νοσοκομείου αλλά και της συνολικής ποιότητας της υπηρεσίας που παρέχεται στους πάσχοντες. Ειδικά, μελετήθηκαν τα παραπάνω στα τμήματα : παιδιατρικό, καρδιολογικό, μαιευτικό, εντατική, παθολογικό, ορθοπεδικό, χειρουργικό και ΤΑΕΠ. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε πως οι ερωτώμενοι νοσηλευτές θεωρούν πως η παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο τμήμα τους ήταν σε γενικές γραμμές πάνω από μέτρια προς καλή ή ακόμη και πολύ καλή, με χαμηλότερη βαθμολογία εκείνη του παθολογικού τμήματος και καλύτερη εκείνη του μαιευτικού. Ενδιαφέρον είχε η παρατήρηση πως όλοι θεωρούν την παροχή υπηρεσιών από μέρους τους σαν υψηλότερη από εκείνη που γενικά παρέχεται στο τμήμα που εργάζονται. Το παθολογικό τμήμα ήταν λογικό σε κάποιο βαθμό να έχει τη χαμηλότερη βαθμολογία εάν κανείς σκεφτεί πως στο τμήμα αυτό συντρέχουν στο σύνολο τους οι λόγοι που μπορούν να οδηγήσουν σε χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας, όπως πολλοί πάσχοντες, μεγάλη ποικιλομορφία στις κλινικές περιπτώσεις, συχνά υψηλές απαιτήσεις από τους πάσχοντες οι οποίοι δεν ήταν κατασταλαμμένοι ή ακίνητοι (όπως για παράδειγμα σε ορθοπεδικά τμήματα ή τμήμα εντατικής θεραπείας). Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε για την σύγκριση μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου σε σχέση με το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων στο Καρδιολογικό ήταν καλύτερο σε σχέση με τα Τμήματα Παθολογικό, Χειρουργικό, Ορθοπεδικό και Εντατική. Στο Καρδιολογικό οι ερωτώμενοι θεωρούν πως οι πάσχοντες έχουν σχεδόν άριστη ασφάλεια (9 από 10). Το επίπεδο ασφάλειας των πασχόντων στα τμήματα Παιδιατρικό, Μαιευτικό και ΤΑΕΠ δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με κανένα τμήμα του νοσοκομείου. Τη χαμηλότερη τιμή έλαβαν τα τμήματα Ορθοπεδικό και Χειρουργικό. Ενδιαφέρον όμως είχε η παρατήρηση πως όταν οι ερωτώμενοι έπρεπε να δώσουν την άποψη τους εάν θα αισθάνονταν οι ίδιοι ασφαλείς εάν νοσηλεύονταν στο τμήμα στο οποίο εργάζονταν, τον

υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Καρδιολογικό (συμφωνώντας με την αίσθηση ασφάλειας) αλλά το χαμηλότερο μέσο όρο έλαβε το Παθολογικό τμήμα, το οποίο στην ερώτηση περί ασφάλειας των πασχόντων, ήταν καλύτερο από το Ορθοπεδικό το οποίο σημείωσε υψηλό μέσο όρο.

Στην ερώτηση εάν οι ερωτώμενοι είδαν λάθη να γίνονται από άλλους συναδέλφους τους, τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Ορθοπεδικό τμήμα, με 4,238 ενώ το χαμηλότερο μέσο όρο τον έχει το Παιδιατρικό (2,75) και αμέσως μετά το Παθολογικό τμήμα με 2,889. Αντίστοιχα, στην ερώτηση εάν οι ερωτώμενοι έκαναν λάθη που θα έθεταν σε κίνδυνο τον ασθενή, φαίνεται πως τον υψηλότερο μέσο όρο λαμβάνει το Καρδιολογικό και πολύ κοντά και το Ορθοπεδικό τμήμα, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό λαμβάνει το Παιδιατρικό τμήμα. Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες ανάμεσα στα τμήματα του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Ορθοπεδικό ήταν σημαντικά περισσότερα σε σχέση με αυτά στα Τμήματα Παιδιατρικό, Μαιευτικό, ΤΑΕΠ, Χειρουργικό και Παθολογικό.
- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Καρδιολογικό ήταν σημαντικά περισσότερα σε σχέση με αυτά στο Παιδιατρικό.
- Τα λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες στο Τμήμα Εντατική δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με κανένα τμήμα του νοσοκομείου.

Στην ερώτηση κατά πόσο είναι δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος εάν αντιληφθεί κάποιο πρόβλημα που αφορά στην φροντίδα των πασχόντων το Ορθοπεδικό τμήμα ήταν εκείνο στο οποίο θεωρείται δύσκολο να μιλήσει ο ερωτώμενος νοσηλευτής για κάποιο πρόβλημα που αφορά στον ασθενή ενώ στο Καρδιολογικό τμήμα αυτό ήταν ευκολότερο από ό,τι σε όποιο άλλο τμήμα.

Στην ερώτηση εάν είναι εύκολο να κάνει το προσωπικό ερωτήσεις εάν δεν κατανοεί κάτι το τμήμα Παθολογικό λαμβάνει το χαμηλότερο μέσο όρο 2,944 ενώ το τμήμα Καρδιολογικό έχει τον υψηλότερο με 4,417.

Σχετικά με την κόπωση του προσωπικού, και κατά πόσο ο ερωτώμενος αισθάνεται τόσο ψυχικά κουρασμένος μετά το ωράριο του που δεν μπορεί να κάνει τίποτε, τον υψηλότερο

μέσο όρο σημείωσε το Χειρουργικό τμήμα, με ακόλουθο το Παθολογικό και το Ορθοπεδικό ενώ το χαμηλότερο μέσο όρο σημείωσε το Παιδιατρικό τμήμα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι λογικά εάν κανείς αναλογιστεί πως στα χειρουργεία ο νοσηλευτής οφείλει να είναι αφοσιωμένος, χωρίς δυνατότητα απομάκρυνσης από το χειρουργικό τραπέζι με απόλυτη προσήλωση στην χειρουργική πράξη και τις οδηγίες του ιατρού. Παράλληλα, στο Παθολογικό τμήμα, ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει ευρεία γκάμα ασθενειών, ηλικιών, καταστάσεων και απαιτήσεων από τους πάσχοντες, αντίθετα με το Παιδιατρικό τμήμα, στο οποίο οι νεαροί πάσχοντες είναι σίγουρα λιγότερο απαιτητικοί.

Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας έδειξαν να κινητοποιούν στον ίδιο βαθμό τους εργαζομένους, με μικρή εξαίρεση το Παιδιατρικό τμήμα, στο οποίο, όπως και παραπάνω οι ερωτώμενοι δεν θεωρούν πως υπάρχουν υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας συχνά και άρα δεν μπορεί να υπάρχει αντίστοιχη κινητοποίηση.

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την κόπωση που αισθάνεται το προσωπικό στο τέλος του ωραρίου του, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Η κόπωση στο Χειρουργικό Τμήμα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή που νιώθει το προσωπικό στα Τμήματα Παιδιατρικό και Μαιευτικό.
- Στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

5.2 Συζήτηση

Από τον στατιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε σχετικά με την αναφορά λαθών στα τμήματα του νοσοκομείου, βγαίνουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Στο Μαιευτικό τμήμα τα λάθη αναφέρονται συχνότερα/ευκολότερα σε σχέση με τα τμήματα Παθολογικό, Χειρουργικό και Ορθοπεδικό.
- Στην Εντατική τα λάθη αντιμετωπίζονται συχνότερα/ευκολότερα σε σχέση με τα τμήματα Παθολογικό και Χειρουργικό.
- Στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

Στην ερώτηση κατά πόσο είναι εύκολο να κάνει ερωτήσεις το προσωπικό εάν δεν κατανοεί κάτι τον υψηλότερο μέσο όρο έλαβε το Καρδιολογικό τμήμα με κοντινή τιμή και το τμήμα της Εντατικής, ενώ χαμηλότερο ποσοστό έλαβε το Παθολογικό τμήμα. Σε μία Ελληνική μελέτη που προσμέτρησε το ποσοστό των νοσηλευτών που ενημέρωσαν τον προϊστάμενο τους μετά από λάθος ήταν 39% ενώ εκείνοι που ενημέρωσαν τον ιατρό ήταν 42%. Αν και στη δική μας μελέτη δεν δόθηκαν εκατοστιαία ποσοστά, φαίνεται πως και στο Νοσοκομείο της Κύπρου, σε διάφορα τμήματα, το προσωπικό μπορεί να αναφέρει τα λάθη αλλά και νιώθει ενθαρρυμένο από τους συναδέλφους να αναφέρει κάτι που παρατήρησε. Τα ποσοστά αυτά στην δική μας μελέτη ήταν ιδιαίτερα αυξημένα σε σύγκριση με αντίστοιχη μελέτη όπου το ποσοστό αυτό ανερχόταν μόλις στο 18% αντίστοιχα και για τις δύο κατηγορίες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι σε μελέτη του Meurier υπήρξε ποσοστό μόλις 2% των νοσηλευτών οι οποίοι απευθύνθηκαν στα κλαδικά τους σωματεία πιθανόν για νομική στήριξη, κάτι το οποίο δεν έπραξε κανένας Έλληνας νοσηλευτής. Παρόμοια δεδομένα δεν ελέγχθηκαν στην δική μας μελέτη. Πιθανώς, επειδή στην Ελλάδα οι πάσχοντες δεν συνηθίζουν να προσφεύγουν στη δικαιοσύνη μετά από ένα λάθος, οι νοσηλευτές δεν έχουν την ανάγκη να πάρουν νομική βοήθεια, καθώς αισθάνονται πως δεν θα την χρειαστούν (Karga et al., 2008).

Από την άλλη μεριά, δεν βρέθηκαν μελέτες που να συσχετίζουν το καρδιολογικό τμήμα με αυξημένη ασφάλεια ασθενών. Οι υψηλές τιμές όμως που σημειώθηκαν στο τμήμα αυτό πιθανά να οφείλονται στο γεγονός ότι το τμήμα αυτό δέχεται συγκεκριμένους ασθενείς και στηρίζεται σε πολύ συγκεκριμένα πρωτόκολλα για ένα δεδομένο αντικείμενο. Μία άλλη παράμετρος που μπορεί να συνεισφέρει στην παρατηρούμενη αυξημένη σε σχέση με τα άλλα τμήματα, ασφάλεια στον τομέα αυτό είναι και το γεγονός πως ο ασθενής με καρδιολογικό πρόβλημα αντιμετωπίζει άμεσα και τον κίνδυνο θανάτου και αυτό το γνωρίζει το προσωπικό. Ο υποκείμενος φόβος για απώλεια του ασθενή, μπορεί λοιπόν να συμβάλλει σε μία πιο 'γενναιόδωρη' βαθμολογία από το προσωπικό και την πιθανή 'υποτίμηση' λαθών που όμως δεν οδηγούν σε θάνατο. Αντίθετα, στο Παθολογικό τμήμα, μπορεί το προσωπικό να θεωρεί ακόμη και την λάθος εξέταση, που δεν έχει καν αντίκτυπο στην υγεία του ασθενή, μα απλά καθυστερεί την διαλογή του ασθενή σε άλλο τμήμα, με αποτέλεσμα την αρνητική βαθμολογία.

Με δεδομένο πως απαιτείται τουλάχιστον 75% σαν σκορ στις απαντήσεις για να θεωρηθεί θετική η αξιολόγηση από τους ερωτώμενους, στην κατηγορία της εργασιακής

ικανοποίησης, τα τμήματα Μαιευτικό ($86,19 \pm 11,25$, $p < 0,001$), Καρδιολογικό τμήμα ($83,06 \pm 16,18$, $p < 0,01$), Παιδιατρικό ($81,11 \pm 9,50$, $p < 0,001$) και Εντατικής ($77,29$, $p < 0,01$) σημείωσαν θετικά σκορ. Σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση, στη μελέτη μας τις υψηλότερες τιμές έδωσε το Μαιευτικό τμήμα, ακολουθούμενο από το Καρδιολογικό με ($86,19 \pm 11,25$) ($p < 0,001$) έναντι $83,06 \pm 16,18$ ($p < 0,01$). Το ποσοστό $86,19$ είναι ιδιαίτερος υψηλό από τους εργαζομένους στο τμήμα αυτό, εάν κανείς θεωρήσει ότι η αντίστοιχη απάντηση από το Παθολογικό ήταν μόλις $62,41\%$. Μία πρόσφατη μελέτη (Raftoroulos et al., 2011) παρατήρησε υψηλές τιμές στην βαθμολόγηση του κλίματος ασφαλείας αλλά και του εργασιακού περιβάλλοντος από μαίες με προϋπηρεσία άνω των 5 ετών (75.42 ± 18.01), σε σχέση με μαίες με προϋπηρεσία λιγότερη των 3 ετών. Μία μελέτη του 2011 (Siassakos et al., 2011) σε μαιευτική μονάδα της Αγγλίας, πάντως, δεν έδειξε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εργασιακής ικανοποίησης από τους εργαζομένους στο σύνολο των εργαζομένων, με σκορ $71,9$ ($\pm 16,3$) που είναι χαμηλότερο από το απαιτούμενο σκορ, όπως ορίστηκε στη μελέτη μας (75%) για να θεωρηθεί θετική η απάντηση των ερωτωμένων. Αν και η μελέτη μας δεν περιλάμβανε συσχέτιση ανάλογα με την προϋπηρεσία, φαίνεται και εδώ πως σε γενικές γραμμές, στο Μαιευτικό τμήμα υπάρχει υψηλό αίσθημα ασφαλείας αλλά και εργασιακής ικανοποίησης, όπως διαφαίνεται από τα αποτελέσματά μας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην κατάσταση των μαιευτικών τμημάτων στην Κύπρο, τα οποία έχουν μικρό μέγεθος, τα άτομα γνωρίζονται μεταξύ τους και μοιράζονται τις υποχρεώσεις. Τα αποτελέσματά μας, πάντως, δεν έδειξαν θετικό σκορ σε άλλα τμήματα όπως στο Μαιευτικό, με εξαίρεση το Καρδιολογικό. Για παράδειγμα, η εργασιακή ικανοποίηση στο Παθολογικό τμήμα ήταν μόλις $62,41\%$, σκορ που είναι σημαντικά χαμηλότερο από το θετικό σκορ του Μαιευτικού τμήματος. Ένα ενδιαφέρον εύρημα από τη μελέτη μας σε σχέση με το σκορ του τμήματος της Εντατικής ήταν πως στη δική μας περίπτωση αυτό ήταν θετικό, πάνω του 75% , με σκορ $77,29 \pm 18,42$, ενώ σε σειρά άλλων μελετών στην ίδια μονάδα, το αντίστοιχο σκορ ήταν 'αρνητικό' ($< 75\%$). Η μελέτη των Huang et al. το 2010, που μέτρησε την εργασιακή ικανοποίηση σε μονάδες Εντατικής θεραπείας στις ΗΠΑ, κατέγραψε σκορ εργασιακής ικανοποίησης $71,30$, ενώ μία μελέτη σε τμήμα Εντατικής φροντίδας νεογνών στην Παλαιστίνη έδωσε παρόμοιο σκορ, $71,9 \pm 18,9$ (Hamdan, 2013).

Αντίθετα, σε ό,τι αφορά τη διοίκηση, μόνο το Καρδιολογικό έδωσε θετική τιμή, αποτελώντας την εξαίρεση μεταξύ όλων των τμημάτων που βαθμολόγησαν κάτω του 75% τον σχετικό παράγοντα. Παρόμοια αποτελέσματα έλαβαν και οι παράγοντες της

ομαδικής εργασίας αλλά και της αναγνώρισης των στρεσογόνων παραγόντων όπου κανένα τμήμα δεν συγκέντρωσε θετική τιμή. να τμήμα δεν κατάφερε να σημειώσει υψηλότερη τιμή του 75% και να δώσει θετικό σκορ. Ειδικά ως προς τη διοίκηση, αυτή έχει φανεί σαν παράγοντας που πρέπει να βελτιωθεί και σε άλλες μελέτες που μέτρησαν την ασφάλεια των ασθενών σε διάφορα τμήματα νοσοκομείου. Πράγματι, μία μελέτη του 2015 έδειξε πως η ομαδική εργασία και ικανοποίηση, μαζί και το κλίμα ασφαλείας αλλά και η αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων είναι τα θετικά στοιχεία που πρέπει να καλλιεργηθούν και να συντηρηθούν προκειμένου να υπάρχει ένα γενικά καλό κλίμα ασφαλείας για τους ασθενείς. Αντίθετα, η διοίκηση του νοσοκομείου δεν αξιολογήθηκε θετικά σαν παράγοντας που δύναται να συμβάλλει στην ασφάλεια των ασθενών και άρα απαιτείται να βελτιωθεί (Lee et al., 2015). Αντίστοιχα ευρήματα παρουσιάστηκαν και σε μία ακόμη εργασία που μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε μονάδες εντατικής θεραπείας στη Βραζιλία, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η διοίκηση των νοσοκομείων έλαβε τα χαμηλότερα σκορ ενώ η ομαδική εργασία και η ικανοποίηση από την εργασία ήταν οι παράγοντες που συνεισέφεραν σημαντικά στο θετικό κλίμα ασφαλείας (Santiago and Turrini, 2015). Η διοίκηση του νοσοκομείου έλαβε το χαμηλότερο σκορ και σε μία ακόμη μελέτη, όπου ερευνήθηκε το κλίμα ασφαλείας σε τμήματα εντατικής θεραπείας (Huang et al., 2010).

5.3 Προτάσεις και αλλαγές για την βελτίωση της ασφαλείας των πασχόντων στο χώρο των νοσοκομείων

Με βάση και τα ευρήματα της έρευνας μας, μπορούμε να διαχωρίσουμε τους τομείς και τα επίπεδα στα οποία μπορούν να ληφθούν μέτρα για την βελτίωση της ασφαλείας των πασχόντων στα νοσοκομεία.

Αρχικά μπορούν να ακολουθηθούν δράσεις σε επίπεδο ασφαλείας των πασχόντων αλλά και σε επίπεδο πρόληψης, ενώ παράλληλα οι δράσεις ποικίλλουν στο ατομικό, εθνικό-κρατικό ή στο πανευρωπαϊκό επίπεδο. Οι προτάσεις περιγράφονται παρακάτω.

α) Στον τομέα της γενικής ασφαλείας των πασχόντων μπορούν να ληφθούν τα παρακάτω μέτρα:

- Ενεργητική συμμετοχή των πασχόντων στην ασφάλεια πασχόντων και ενθάρρυνση της συμμετοχής αυτής, ιδίως με την παροχή πληροφοριών σε πάσχοντες για τα μέτρα ασφάλειας, τις διαδικασίες καταγγελίας και τα δικαιώματά που έχουν για προσφυγή σε περίπτωση λάθους από το προσωπικό. Επιπλέον, προώθηση κοινής αντίληψης και ανάπτυξη βασικών ικανοτήτων για πάσχοντες, με την ενθάρρυνση των πασχόντων και των οικογενειών τους να αναφέρουν ανεπιθύμητα περιστατικά. Το κομμάτι αυτό δεν μελετήθηκε στην έρευνα μας, μα θα είχε ενδιαφέρον να αποτελέσει μελλοντικό θέμα έρευνας.
- Συλλογή πληροφοριών για ανεπιθύμητα περιστατικά μέσω κεντρικών συστημάτων και υποχρέωση αναφοράς αυτών. Το μέτρο αυτό απαιτεί και την ανάπτυξη συστημάτων υποβολής εκθέσεων και μάθησης, την εξασφάλιση ενός μη κατασταλτικού πλαισίου αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών και αξιολόγηση της διαδικασίας υποβολής εκθέσεων, π.χ. το ποσοστό υποβολής εκθέσεων από επαγγελματίες της υγείας, άλλους εργαζομένους στην υγειονομική φροντίδα και πάσχοντες. Οι αλλαγές αυτές, θα ενθάρρυναν το προσωπικό να αναφέρει τα όποια λάθη, προβλήματα ή άλλες καταστάσεις, παρέχοντας και ένα βαθμό προστασίας που πιθανά τώρα δεν αισθάνεται, καθώς μπορεί να θίγει τον προϊστάμενο του ή τον ιατρό.
- Επέκταση των στρατηγικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων από τη νοσοκομειακή φροντίδα στη μη νοσοκομειακή φροντίδα. Η δράση αυτή απαιτεί συντονισμό σε επίπεδο υπουργείου.
- Συνεργασία με σκοπό την πρόταση κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με τον τρόπο κατάρτισης και θέσπισης προδιαγραφών για την ασφάλεια των πασχόντων, πέραν της σύστασης.
- Πρόοδος όσον αφορά την κοινή ορολογία για την ασφάλεια των πασχόντων.
- Προώθηση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών, ιδίως στους τομείς που εντοπίζουν τα κράτη μέλη ότι υποφέρουν από ανεπαρκή εγχώρια εμπειρία ή δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση σε διεθνή ή ευρωπαϊκή εμπειρία, π.χ. συστηματική ένταξη της ασφάλειας των πασχόντων στην εκπαίδευση και την κατάρτιση επαγγελματιών της υγείας σε όλα τα επίπεδα.

- Ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της ασφάλειας των πασχόντων, συμπεριλαμβανομένων μελετών για την οικονομική απόδοση των στρατηγικών για την ασφάλεια των πασχόντων.

β) Στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου λοιμώξεων που συνδέονται με την

υγειονομική φροντίδα, για παράδειγμα για την αποφυγή επικίνδυνων λοιμώξεων που μπορούν να πλήξουν τον ασθενή:

- Εξασφάλιση επαρκούς εξειδικευμένου στον έλεγχο των λοιμώξεων προσωπικού, με διαθέσιμο χρόνο για τα καθήκοντα αυτά, σε νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας. Τέτοιες δράσεις μπορεί να υιοθετήσει το κάθε νοσοκομείο και να στηρίζεται και σε εθελοντική βοήθεια από το προσωπικό του.

- Βελτίωση της κατάρτισης εξειδικευμένου στον έλεγχο των λοιμώξεων προσωπικού και καλύτερη αντιστοίχιση των επαγγελματικών προσόντων μεταξύ των κρατών μελών.

- Ενίσχυση της στοχευμένης βασικής πρόληψης λοιμώξεων και των δομών ελέγχου και πρακτικών σε οίκους φροντίδας και άλλες εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας.

- Εξασφάλιση της επιτήρησης λοιμώξεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργικών λοιμώξεων.

- Εφαρμογή συστημάτων επιτήρησης για την έγκαιρη ανίχνευση και αναφορά έκτακτων κρουσμάτων οργανισμών συνδεδεμένων με την υγειονομική φροντίδα, ενίσχυση της ικανότητας αντίδρασης στην εξάπλωση (συμπεριλαμβανομένης της διασυννοριακής) αυτών των οργανισμών και πρόληψη της εισόδου τους σε εγκαταστάσεις υγειονομικής φροντίδας.

- Ανάπτυξη της έρευνας στον τομέα της πρόληψης και του ελέγχου λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων μελετών για την οικονομική απόδοση των μέτρων πρόληψης και ελέγχου.

Η ασφάλεια των πασχόντων είναι ένα μείζον θέμα, που απαιτεί συντονισμό τόσο από πλευράς της πολιτείας όσο και των απλών δομών μέσα σε νοσοκομεία και ιδρύματα. Μπορεί να απαιτούνται προγράμματα και δράσεις εθνικού και Ευρωπαϊκού μεγέθους για την εισαγωγή σαφών οδηγιών και γραμμών, μα και σε προσωπικό επίπεδο, με την

υιοθέτηση σωστών πρακτικών, απλών συστημάτων αναφοράς και ικανής και υγιούς επικοινωνίας πολλά μπορούν να προληφθούν για το καλό των νοσηλευομένων.

Βιβλιογραφία

- ALTMAN, D. E., CLANCY, C. & BLENDON, R. J. 2004. Improving patient safety--five years after the IOM report. *N Engl J Med*, 351, 2041-3.
- ARNDT, M. 1994. Medication errors. Research in practice: how drug mistakes affect self-esteem. *Nurs Times*, 90, 27-30.
- BARACH, P. & SMALL, S. D. 2000. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 320, 759-63.
- BATTLES, J. B., DIXON, N. M., BOROTKANICS, R. J., RABIN-FASTMEN, B. & KAPLAN, H. S. 2006. Sensemaking of patient safety risks and hazards. *Health Serv Res*, 41, 1555-75.
- BERWICK, D. M. & LEAPE, L. L. 1999. Reducing errors in medicine. *BMJ*, 319, 136-7.

- BLOOM, B. S. 2005. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*, 21, 380-5.
- BRENNAN, T. A., LEAPE, L. L., LAIRD, N. M., HEBERT, L., LOCALIO, A. R., LAWTHERS, A. G., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. H. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*, 324, 370-6.
- CARAYON, P. & WOOD, K. E. 2010. Patient safety - the role of human factors and systems engineering. *Stud Health Technol Inform*, 153, 23-46.
- CARROLL, J. S. & EDMONDSON, A. C. 2002. Leading organisational learning in health care. *Qual Saf Health Care*, 11, 51-6.
- CATCHPOLE, K. R., GIDDINGS, A. E., WILKINSON, M., HIRST, G., DALE, T. & DE LEVAL, M. R. 2007. Improving patient safety by identifying latent failures in successful operations. *Surgery*, 142, 102-10.
- COOPER, M. 2000. Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36.
- DEMING, W. 1982. *Out of the Crisis*.
- DOH 2000. Department of Health. An organization with a memory. *London: Stationery Office*.
- DONABEDIAN, A. 1966. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44, Suppl:166-206.
- DONALDSON, M. S. 2008. *An Overview of To Err is Human: Re-emphasizing the Message of Patient Safety*
- Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Rockville MD.
- EL-DAWLATLY, A. A., TAKROURI, M. S., THALAJ, A., KHALAF, M., HUSSEIN, W. R. & EL-BAKRY, A. 2004. Critical incident reports in adults: an analytical study in a teaching hospital. *Middle East J Anaesthesiol*, 17, 1045-54.
- EU 2013. Διαδικτυακή σελίδα: Ευρωπαϊκή επιτροπή http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_el.htm.
- FLIN, R., FLETCHER, G., MCGEORGE, P., SUTHERLAND, A. & PATEY, R. 2003. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. *Anaesthesia*, 58, 233-42.
- FUKUDA, H., IMANAKA, Y. & HAYASHIDA, K. 2008. Cost of hospital-wide activities to improve patient safety and infection control: a multi-centre study in Japan. *Health Policy*, 87, 100-11.
- GADD, S. & COLLINS, A. M. 2002. Safety Culture: a review of the literature", Health & Safety Laboratory HSL/2002/25.
- GLENDON, A. I., CLARKE, S. G. & MACKENNA, E. F. 2006. *Human Safety and Risk Management* Florida, CRC Press.
- GROSS, P. A. 2000. Implementing evidence-based recommendations for health care: a roundtable comparing European and American experiences. *Jt Comm J Qual Improv*, 26, 547-53.
- GULDENMUND, F. W. 2000. The nature of safety culture: a review of theory and research *Safety Science*, 34, 215-257.
- HAYES, C. W., RHEE, A., DETSKY, M. E., LEBLANC, V. R. & WAX, R. S. 2007. Residents feel unprepared and unsupervised as leaders of cardiac arrest teams in teaching hospitals: a survey of internal medicine residents. *Crit Care Med*, 35, 1668-72.
- HSE 2005. Health and Safety Executive: "A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit". Research Report 367.
- HYDE, A. & FRAJORD, A. 2013. Hospital quality: a product of good management as much as good treatment. *World Hosp Health Serv*, 49, 4-7.
- IET 2009. Institution of Engineering and Technology: Health & Safety Briefing No. 07, www.theiet.org/factfiles.

- INSAG 2001. International Nuclear Safety Advisory Group –INSAG: “Safety Culture”. Report 75-INSAG 4- International Atomic Energy Agency, Vienna.
- JAGSI, R., KITCH, B. T., WEINSTEIN, D. F., CAMPBELL, E. G., HUTTER, M. & WEISSMAN, J. S. 2005. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med*, 165, 2607-13.
- JOHNSTONE, M. J. & KANITSAKI, O. 2006. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 43, 367-76.
- KARGA, M., KALAFATI, M., GIANNAKOPOULOU, M., LIAROPOULOS, L. & LEMONIDOU, C. 2008. Nursing errors management in Greece. *Society, Economy and Health*, 2, 7-21.
- KENNEDY, R. & KIRWAN, B. T. 1995. The failure mechanisms of safety culture. In: IN: CARNINO A., A. W. G., EDITORS 1995. “PROCEEDING OF THE INTERNATIONAL TOPICAL MEETING ON SAFETY CULTURE IN NUCLEAR INSTALLATIONS”. AMERICAN NUCLEAR SOCIETY OF AUSTRIA, VIENNA, PP. 281-290 (ed.).
- KLEIN, K. J., ZIEGERT, J. C., KNIGHT, A. R. & XIAO, Y. 2006. Dynamic delegation: hierarchical, shared and deindividualized leadership in extreme action teams. *Admin Sci Q*, 51, 590-621.
- KOHN, L., CORRIGAN, J. M. & DONALDSON, M. J. 2000. *To Err Is Human. Building a Safer Health System*.
- LEAPE, L. L., BRENNAN, T. A., LAIRD, N., LAWTHERS, A. G., LOCALIO, A. R., BARNES, B. A., HEBERT, L., NEWHOUSE, J. P., WEILER, P. C. & HIATT, H. 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*, 324, 377-84.
- LESTER, H. & TRITTER, J. Q. 2001. Medical error: a discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Med Educ*, 35, 855-61.
- LICHTMAN, J. H., ROUMANIS, S. A., RADFORD, M. J., RIEDINGER, M. S., WEINGARTEN, S. & KRUMHOLZ, H. M. 2001. Can practice guidelines be transported effectively to different settings? Results from a multicenter interventional study. *Jt Comm J Qual Improv*, 27, 42-53.
- LIEDTKA, J. M. & WHITTEN, E. 1998. Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: a case study. *J Healthc Manag*, 43, 185-203; discussion 203-5.
- LILFORD, R., MOHAMMED, M. A., SPIEGELHALTER, D. & THOMSON, R. 2004. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *Lancet*, 363, 1147-54.
- LINGARD, L., ESPIN, S., WHYTE, S., REGEHR, G., BAKER, G. R., REZNICK, R., BOHNEN, J., ORSER, B., DORAN, D. & GROBER, E. 2004. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, 13, 330-4.
- MANSER, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*, 53, 143-51.
- MARSCH, S. C., TSCHAN, F., SEMMER, N., SPYCHIGER, M., BREUER, M. & HUNZIKER, P. R. 2005. Performance of first responders in simulated cardiac arrests. *Crit Care Med*, 33, 963-7.
- MEARNS, K., WHITAKER, S. M. & FLIN, R. 2003. Safety Climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 41, 641-680.
- MEURIER, C. E., VINCENT, C. A. & PARMAR, D. G. 1997. Learning from errors in nursing practice. *J Adv Nurs*, 26, 111-9.
- NHS 2009. NHS: Walk Rounds. Making the safety of patients everyone’s highest priority. Implementing Human Factor in Healthcare: Available <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/>
- PENA, A. D. & NDIAYE, M. 2002. Developing hospital efficiency-cost control measures. *World Hosp Health Serv*, 38, 2-9, 41, 43.

- PETRIDIS, E., LAVRANOS, G. & RAFTOPOULOS, V. 2013. Investigation of the culture of safety in the medical and surgical wards of a general hospital *Archives of Hellenic Medicine*, 30, 449-455.
- PHILLIPS, D. F. 1999. "New Look" reflects changing style of patient safety enhancement. *JAMA*, 281, 217-9.
- PIDGEON, N. F. 1991. Safety culture and risk management in organisations. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 22, 129-140.
- PORTO, G. G. 2001. Safety by design: ten lessons from human factors research. *J Healthc Risk Manag*, 21, 43-50.
- RAFTOPOULOS, V. & PAVLAKIS, A. 2013. Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care*, 28, 51-61.
- RAFTOPOULOS, V., SAVVA, N. & PAPADOPOULOU, M. 2011. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Serv Res*, 11, 238.
- REASON 1990. *Human Error*. New York: Cambridge University Press.
- REASON, J. 2000. Human error: models and management. *West J Med*, 172, 393-6.
- RIGBY, K. D. & LITT, J. C. 2000. Errors in health care management: what do they cost? *Qual Health Care*, 9, 216-21.
- RONDA, G. 2008. *Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- ROSENTHAL, M. M. 1995. *The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors*. Bristol PA: Open University Press.
- SACHDEVA, A. K., PHILIBERT, I., LEACH, D. C., BLAIR, P. G., STEWART, L. K., RUBINFELD, I. S. & BRITT, L. D. 2007. Patient safety curriculum for surgical residency programs: results of a national consensus conference. *Surgery*, 141, 427-41.
- SANDARS, J., BAX, N., MAYER, D., WASS, V. & VICKERS, R. 2007. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Med Teach*, 29, 60-1.
- SCHIFF, G. D. & RUCKER, T. D. 2001. Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. *Jt Comm J Qual Improv*, 27, 169-74.
- SEXTON, J. B., THOMAS, E. J. & HELMREICH, R. L. 2000. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320, 745-9.
- SURESH, G., HORBAR, J. D., PLSEK, P., GRAY, J., EDWARDS, W. H., SHIONO, P. H., URSPRUNG, R., NICKERSON, J., LUCEY, J. F. & GOLDMANN, D. 2004. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics*, 113, 1609-18.
- TSCHAN, F., SEMMER, N., GAUTSCHI, D., HUNZIKER, P. R., SPYCHIGER, M. & MARSCH, S. 2006. Leading to recovery: group performance and coordinative activities in medical emergency driven teams. *Hum Perform* 19, 277-304.
- VON THADEN, T. L. & GIBBONS, A. M. 2008. The safety culture indicator scale measurement system (SCISMS). (<http://www.te.faa.gov/LOGISTICS/GRANTS>).
- WHITE, K. R., THOMPSON, S. & GRIFFITH, J. R. 2011. Transforming the dominant logic of hospitals. *Adv Health Care Manag*, 11, 133-45.
- WHO 2009. *Global Priorities for Patient Safety Research; Better knowledge for safer care*. Geneva.
- WHO 2010. *Assessing and tackling patient harm; A methodological guide for data-poor hospitals*. Geneva.
- WILIAMSON, A., FEYER, A., CAIRNS, D. & BIANCOTTI, D. 1997. Development of a measure of safety climate: the role of safety perception and attitudes. *Safety Science*, 25, 15-27.
- WRIGHT, S. W., TROTT, A., LINDSELL, C. J., SMITH, C. & GIBLER, W. B. 2008. Evidence-based emergency medicine. Creating a system to facilitate translation of evidence into standardized clinical practice: a preliminary report. *Ann Emerg Med*, 51, 80-6, 86 e1-8.

- WU, A. W., FOLKMAN, S., MCPHEE, S. J. & LO, B. 1991. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA*, 265, 2089-94.
- ΣΚΛΆΒΟΥ, Ε. & ΤΖΟΥΒΑΔΆΚΗΣ, Ι. 2012. Θεραπευτικό περιβάλλον και στοιχειοθετημένος σχεδιασμός. Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 29, 154-161.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι απολύτως προσωπικό και ανώνυμο. Σκοπός του είναι να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια στο νοσοκομείο. Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης.

Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις ή τοποθετήσεις. Απλώς, δώστε τη δική σας απάντηση όπως εσείς αισθάνεστε και όχι σύμφωνα με το τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος/α.

Παρακαλούμε να το συμπληρώσετε μόνοι/ες σας και να το επιστρέψετε.

Εάν αποδέχεσθε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλώ βάλτε μια μονογραφή στο δεξί κάτω μέρος της σελίδας.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Μονογραφή

Είμαι :

Έκτακτος /η 1

Μόνιμος /η 0

Τμήμα: _____

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος/η 5

Παντρεμένος/η 4

Χωρισμένος/η 3

Χήρος/η 2

Συμβίωση 1

4. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας: _____ (χρόνια)

5. Συνολικός χρόνος εργασίας σας στα Τμήμα: _____ (χρόνια)

6. Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο Τμήμα; _____

8. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο Τμήμα; _____

9. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο Τμήμα; _____

10. Τελειώνοντας το ωράριό μου νιώθω τόσο ψυχικά και σωματικά κουρασμένος/η που δεν έχω όρεξη για τίποτα:

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

11. Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς; ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Εάν ναι πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας από 0 – 10; _____

13. Εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο Τμήμα:

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

14. Ιδιότητα:

Νοσηλευτικός (ΝΛ)	Λειτουργός	<input type="text"/>	5
ΝΛ ειδικότητας		<input type="text"/>	4
Ιατρός		<input type="text"/>	3
Ειδικευόμενος ιατρός		<input type="text"/>	2
Ασκούμενος ιατρός		<input type="text"/>	1
Φυσιοθεραπεύτρια/της		<input type="text"/>	0

15. Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

16. Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί; _____

17. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές; _____

18. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς; _____

19. Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι πάσχοντες στο Τμήμα; _____

Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με τα συγκεκριμένα τμήματα που εργάζεστε, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος /η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μου αρέσει η δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Σε αυτό το τμήμα γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των πασχόντων μου δεν επηρεάζεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Όλο το προσωπικό στα δικά μου τμήματα αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Οι αποφάσεις σε αυτό το τμήμα λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιοσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με επικοινωνιακό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το τμήμα είναι επαρκής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος /η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους πάσχοντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στο Τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους πάσχοντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των πασχόντων (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά πασχόντων) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν πάσχοντες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Οι Ιατροί σε αυτό το τμήμα κάνουν καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Ουδέτερος /ο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα
50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το τμήμα					
52. Η ασφάλεια των πασχόντων ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το τμήμα είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το τμήμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των πασχόντων, είναι συχνά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν το πώς διαχειρίζεστε τα συναισθήματά σας γενικά. Σημειώστε με ένα κύκλο τον βαθμό που κάθε πρόταση εκφράζει το πώς αισθάνεστε.

		ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1	Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω (έχω μια καλή αίσθηση) το γιατί αισθάνομαι τα συναισθήματα που νοιώθω (έτσι όπως αισθάνομαι).		1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
2	Πάντα μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου με βάση την συμπεριφορά τους		1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
3	Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω		1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
4	Μπορώ με την λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να αντεπεξέλθω τις δυσκολίες.		1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

5	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
6	Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθημάτων των άλλων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
7	Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
8	Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα συναισθήματά μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
9	Πάντα καταλαβαίνω πώς αισθάνομαι πραγματικά	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
10	Είμαι ευαίσθητος στα συναισθήματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
11	Είμαι ένα άτομο με ισχυρά κίνητρα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
12	Όταν θυμώνω, πάντα μπορώ να ηρεμήσω γρήγορα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
13	Πάντα γνωρίζω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
14	Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
15	Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να καταφέρει το καλύτερο	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
16	Έχω καλό έλεγχο των συναισθημάτων μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Εγκρίσεις για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

Αρ. Πρωτ.: 0331/2015

7 Δεκεμβρίου 2015

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Πάφου

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

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα για να σας ενημερώσω πως η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει παραχωρήσει σχετική άδεια στον κο Κυριακό Λοΐζου, Νοσηλευτικό Λειτουργό για διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας των ασθενών σε τμήματα Νοσοκομείου της Κύπρου».

Στη διάθεση σας για οποιοσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

✓ Κοιν. Κυριακό Λοΐζου, Νοσηλευτικό Λειτουργό



Προδρόμου 1 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22605528 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6^Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Αρ. φαξ: 2260529
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0331/2015

2 Δεκεμβρίου 2015

Κύριο Κυριάκο Λοΐζου
Κάσου 3,8021
Πάφος

Θέμα: Αίτημα για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

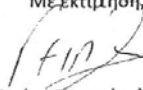
Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας των ασθενών σε Τμήματα Νοσοκομείων της Κύπρου» που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών στις 20 Νοεμβρίου 2015 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Νοείται 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 διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

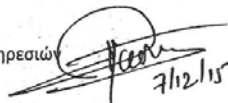
Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή 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 Τζαβρού)
για Γενική Διευθύντρια
Υπουργείου Υγείας

Κοιν: ΠΛΥ
Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών


21/2/15



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605300, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.376
Αρ. Τηλ.: 22818303

30 Οκτωβρίου 2015

Κύριο Κυριάκο Λοΐζου
Κάσου 3
8021 Πάφος



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου Έναρξης Επεξεργασίας Δεδομένων από τον κ. Κυριάκο Λοΐζου, νοσηλευτικό λειτουργό και φοιτητή στο Άνοιξο Πανεπιστήμιο Κύπρου, αναφορικά με μεταπτυχιακή έρευνα με τίτλο: «Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας των ασθενών σε τμήματα νοσοκομείου της Κύπρου», με εθελοντική συμμετοχή νοσηλευτών με απαντήσεις σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο.

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίησης Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 21.10.2015, σχετικά με το πιο πάνω θέμα, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμά σας ημερομηνίας 27.10.2015 με το οποίο γίνεται προσθήκη μέτρων προστασίας για τα δεδομένα σε ηλεκτρονική μορφή στο σημείο «Θ» του εν λόγω εντύπου, και σας πληροφορώ ότι η εν λόγω Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (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), 23(1)(γ) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

2. Η ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων θα γίνεται βάσει του εντύπου που μας υποβάλατε με το ηλεκτρονικό μήνυμά σας ημερομηνίας 29.10.2015.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαττ

8



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2015.01.88
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

02 Νοεμβρίου 2015

Κύριο Κυριάκο Λοτζου
Κάσου 3
8021 Πάφος

Θέμα: «Διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφαλείας των ασθενών σε τυφλά νοσοκομεία της Κύπρου»

Αναφέρομαι στις επιστολές σας ημερομηνίας 22 και 30 Οκτωβρίου 2015 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, ερωτηματολόγιο, τελική δήλωση θέματος διατριβής και άδεια χρήσης ερωτηματολογίου), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

2. Παραμένει περαιτέρω ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλιστεί η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(I)/2001) και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στην διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικά Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy