



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η αξιολόγηση της στάσης των μαιών δημοσίων νοσοκομείων
της Κύπρου σχετικά με τα λάθη

Δήμητρα Μαργαριτοπούλου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, 2015

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η αξιολόγηση της στάσης των μαιών δημοσίων νοσοκομείων
της Κύπρου σχετικά με τα λάθη

Δήμητρα Μαργαριτοπούλου

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, 2015

Copyright © Μαργαριτοπούλου Δήμητρα, 2015

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια των απαιτήσεων του μεταπτυχιακού προγράμματος ειδίκευσης στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η έγκρισή της δεν δηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: η ποιότητα και η ασφάλεια των πασχόντων αποτελούν το σύγχρονο διακύβευμα. Τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αναφορά και διαχείριση των λαθών στον χώρο της Υγείας στα πλαίσια της στρατηγικής μείωσης της βλάβης για τους πάσχοντες.

Σκοπός: της έρευνας είναι η διερεύνηση της στάσης των μαιών σε θέματα ασφάλειας και αναφοράς λαθών στα μαιευτήρια δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου.

Δείγμα και μέθοδος: χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σε δείγμα 108 μαιών που εργάζονται στα μαιευτήρια των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου και οι οποίοι συμπλήρωσαν πλήρως το ερωτηματολόγιο. Έγινε δευτερογενής ανάλυση των δεδομένων.

Αποτελέσματα: η μέση ηλικία των μαιών που εργάζονται στα δημόσια μαιευτήρια της Κύπρου είναι τα $38,33 \pm 10,05$ έτη. Υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των μονίμων και των εκτάκτων μαιών ($p < 0.001$). Στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια η μέση βαθμολογία ήταν $7,59 \pm 2,24$ και στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στα μαιευτήρια, η μέση βαθμολογία ήταν υψηλότερη ($8,24 \pm 2,07$). Σε γενικές γραμμές το προσωπικό στα μαιευτήρια είναι ικανοποιημένο από την εργασία τους ($7,59 \pm 2,17$). Οι μαιές βαθμολόγησαν την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους ιατρούς χαμηλότερα σε σύγκριση με την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές και με τις μαιές. Στη γενική ερώτηση από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας η μέση τιμή ήταν 7,76. Το 94% των μαιών δήλωσαν ότι έχουν κάνει κάποιο λάθος στην εργασία τους. Τα πιο πολλά λάθη σημειώθηκαν κατά την βραδινή βάρδια. Σχετικά με την αναφορά των λαθών στο μαιευτήριο το 78,5% των μαιών δήλωσαν πως πρέπει να είναι υποχρεωτική.

Συμπέρασμα: υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης μιας εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη και τη διαχείριση των ιατρικών λαθών στην Κύπρο στην βάση του παραδείγματος των άλλων χωρών που έχουν αναπτύξει και εφαρμόσει παρόμοια συστήματα. Η ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα της Διοίκησης και του προσωπικού των χειρουργείων της Κύπρου.

Λέξεις κλειδιά: κλίμα ασφάλειας, ποιότητα, ιατρικά λάθη, σύστημα αναφοράς λαθών

ABSTRACT

Background: Quality and safety are two major cornerstones of the Healthcare System. Recently there was an increasing interest towards assessment and management of medical errors that fulfils the requisites of the agenda for patient's harm reduction.

Aim: to explore midwives' attitudes towards safety and medical errors in the public hospitals of Cyprus.

Sample and methods: a structured and anonymous questionnaire has been distributed to a sample of 108 midwives of the public maternity units.

Results: the mean age of the midwives who work in the maternity units was 38.33 ± 10.05 years old. There was a statistically significant difference in the mean age of permanent and non-permanent staff ($p < 0.001$). The midwives rated the quality of care provided in the maternity units as 7.59 ± 2.24 . In general nurses were satisfied with their work in the unit (7.59 ± 2.17). Midwives rated their collaboration with the medical doctors lower compared to that with the other midwives and the nurses. The mean rating for patient safety in their unit was 7.76. the vast majority of the midwives (94%) stressed that they had made an error in their work life. Seventy eight percent of them argued that error reporting should be mandatory.

Conclusion: there is a need to develop a national plan for the management of medical errors in Cyprus sharing knowledge with the other countries who already have established reporting systems. The teamwork should be a priority of the top management of the Ors in Cyprus.

Keywords: safety climate, quality, medical errors, medical errors reporting system

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ 10

Ορισμοί 10

Ανασκόπηση 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ 21

2.1 Ιατρικό σφάλμα ή ιατρικό λάθος 21

2.2 Ο επιπολασμός των ιατρικών λαθών σε Κυπριακό, Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο 21

2.3 Η κατάσταση στην Κύπρο και την Ελλάδα 22

2.4 Το κλίμα ασφάλειας στην Κύπρο 22

2.5 Στάση του μαιευτικού προσωπικού ως προς την αναφορά των λαθών 23

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 26

3.1 Σκοπός 26

3.2 Σκοπιμότητα της έρευνας 26

3.3 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Μέθοδος και σχέδιο έρευνας 27

4.2 Δείγμα 27

4.3 Στατιστική ανάλυση 28

4.4 Ηθικά ζητήματα 28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ 55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 56

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 57

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου 62

Ερωτηματολόγιο 63

Συντομογραφίες

IOM	Institute of Medicine
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
WHO	World Health Organization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Hospital Organizations
INSAG	International Nuclear Safety Advisory Group

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελεί μια απογραφική έρευνα για την καταγραφή των λαθών στα μαιευτικά τμήματα των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου καθώς και για τη στάση του μαιευτικού προσωπικού για τα λάθη. Το ζήτημα της ασφάλειας αποτελεί ένα σύγχρονο διακύβευμα και μια ευρωπαϊκή στρατηγική. Η έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική διαχείριση των λαθών πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας καθώς προλαμβάνει οικονομικές απώλειες από νομικές διεκδικήσεις.

Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση της στάσης του μαιευτικού προσωπικού για τα λάθη πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο έρευνας και στην Κύπρο καθώς θα δώσει το έναυσμα για την εκκίνηση ενός διαλόγου για την αποτελεσματική πρόληψη και διαχείριση των λαθών.

Κρίνω σκόπιμο να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Αναπληρωτή Καθηγητή Βασίλειο Ραφτόπουλο για την ουσιαστική βοήθεια και στήριξη προκειμένου να διέλθω της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας καθώς και για την παραχώρηση άδειας χρήσης των δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν και αναλύθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα Υγείας διεθνώς αντιμετωπίζουν διάφορες προκλήσεις αναφορικά με την βιωσιμότητά τους, το εύρος την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, η ποιότητα και πιο συγκεκριμένα η ανάπτυξη συστημάτων διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας αποτελεί το σύγχρονο αλλά και το διαχρονικό διακύβευμα (Ραφτόπουλος, 2009).

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, μόλις το 1995 όρισε μια επιτροπή εμπειρογνομόνων προκειμένου να προβούν σε συστάσεις στους Υπουργούς Υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν (Council of Europe, 1995). Η στρατηγική αυτή για την ποιότητα πρότεινε την ανάπτυξη πολιτικών και δομών που θα υποστηρίξουν και θα εφαρμόσουν τα συστήματα βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε σε θέματα ασφάλειας των πάσχοντων, καθώς αποτελεί μια από τις βασικότερες συνιστώσες ενός ολοκληρωμένου συστήματος ποιότητας. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, το 1998 οι Υπουργοί Υγείας συμφώνησαν να συνεργαστούν για την ποιότητα στον χώρο της υγείας, με το Αυστριακό Υπουργείο να συντάσσει την έκθεση με τις πολιτικές για την ποιότητα για τα μέλη της ΕΕ (Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs, 1998).

1. Ορισμοί

1.1. Ποιότητα

Σύμφωνα με τον Ραφτόπουλο (2009) η ποιότητα είναι πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας μοναδικός ορισμός για να την περιγράψει. Προέρχεται από το ποιος (=τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και το ξεχωρίζουν από τα ομοειδή τους.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής, ορίζει την ποιότητα ως: «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση» (Lohr, 1992). Στον χώρο της υγείας η ποιότητα εκφράζεται σε όρους ισότητας, προσβασιμότητας, αποτελεσματικότητας, θετικών αποτελεσμάτων, ικανοποίησης του πάσχοντα και ασφάλειας του πάσχοντα (Donabedian, 1980, 1990, Raftopoulos, 2005a,b). Η πρώτη και βασική αρχή για την επιτυχή έκβαση ενός προγράμματος διασφάλισης ή βελτίωσης της ποιότητας είναι η έμπρακτη βούληση της Ηγεσίας και η εμπλοκή όλων των συντελεστών παραγωγής.

1.2. Ασφάλεια πασχόντων

Ενώ για πολλά χρόνια η ασφάλεια του πάσχοντα θεωρούνται μια από τις πολύ σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας αλλά και της ικανοποίησης του πάσχοντα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, πλέον θεωρείται μια ξεχωριστή «οντότητα» με δικό της ορισμό και εννοιολογικό πλαίσιο που την περιγράφει (Raftopoulos & Pavlakis, 2013). Η ασφάλεια αναφέρεται σε όλες τις διαδικασίες και τις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να προστατεύσουν την ακεραιότητα του πάσχοντα χωρίς να προκαλούν βλάβη.

1.3 Τα λάθη στον χώρο της Υγείας

Δεδομένου ότι ο χώρος της υγείας, αποτελεί έναν τομέα οικονομικής δραστηριότητας υψηλού κινδύνου, με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine, IOM), το 1999, δημοσίευσε μια πολύ πρωτότυπη έκθεση υπό τον τίτλο «To err is human: building a safer health system» (Kohn et al., 1999). Στην έκθεση αυτή, οι ερευνητές όρισαν την ασφάλεια ως την απουσία κλινικού σφάλματος (αρνητικός ορισμός) είτε κατόπιν εντολής (ακούσιο λάθος), είτε λόγω παράλειψης (ακούσια εκτέλεση λανθασμένης ενέργειας).

2. Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, ως προς την ανάπτυξη συστημάτων ποιότητας και ασφάλειας των πασχόντων σε εθνικό επίπεδο

2.1. Πολιτικές ποιότητας στην Υγεία: το παράδειγμα των χωρών

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 1 που ακολουθεί, στις περισσότερες χώρες έχει αναληφθεί δράση αναφορικά με την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση των πολιτικών ποιότητας στην χώρο της Υγείας. Οι πολιτικές αυτές, στις περισσότερες χώρες, αφορούν τα Υπουργεία Υγείας, ή άλλες δομές που έχουν δημιουργηθεί, όπως τα Εθνικά Συμβούλια Ποιότητας και εμπεριέχονται κυρίως σε Εθνικά Σχέδια και Εθνικές Στρατηγικές για την Υγεία. Η Σουηδία φαίνεται να είναι η πρώτη χώρα που ανάπτυξε εθνική στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας το 1993 ενώ οι άλλες χώρες προχώρησαν σε ανάλογες κινήσεις μετά το 1995. Η Ελλάδα και η Κύπρος συγκαταλέγονται στις χώρες που δεν έχουν αναπτύξει μέχρι σήμερα κάποια δομημένη στρατηγική για την ποιότητα στον χώρο της Υγείας.

Πίνακας 1: πολιτικές ποιότητας σε εθνικό επίπεδο σε διάφορες χώρες

Country	Year	Title	Reference
Belgium	1995	DCQ des soins: proposition de politique nationale	Ministry of public health and environment
Bosnia-Herzegovina	2001	Policy on Health Care Quality and Safety	MoH, Federation of BiH
Czech Republic	2000	National policy programme for quality	Decree 458/2000 requires performance measurement, casemix management, practice guidelines, accreditation of facilities
Denmark	2002	National Strategy on quality, improvement in health care (34)	National Council on QI in health care: common goals and action plan 2002-2006
Estonia	1998	Quality Policy for Estonian Health Care	Quality policy working group: Ministry of Social Affairs, Central Sick Fund, medical and nursing associations; clinical guidelines, (re)licensing of professionals and institutions, certification of specialists, accreditation of hospitals and polyclinics, patient and public satisfaction studies
Finland	1995	National recommendations on quality management in health and social care	STAKES: Quality to be part of everyday work, client-orientated, and mediated through information
Germany	1998	National recommendations on quality management in health care (35)	Quality policy working group: national and regional ministries of health
Ireland	2001	National health strategy (36)	Explicit goals for high performance include quality systems and health service research into quality improvement
Italy	2000	National Health Plan	Seven priorities for public health improvement; national targets
Norway	1996	National strategy for quality improvement in health care	Definitions of legal accountability through local government and professional self-regulation; all providers of health services to have effective quality systems by 2000
Portugal	1998	National health strategy: quality policy	Develop and implement CQI nationally using EFQM
Slovenia	1996	QHC: a proposed national policy	MoH, Republic of Slovenia, Committee for QHC
Sweden	1993	National strategy for quality improvement	Defined responsibilities for QA; technology assessment
United Kingdom	1998	A First Class Service: quality in the new NHS (37)	Consultative document: government proposals for clinical governance, lifelong learning and professional self-regulation – and a statutory duty of quality

Πηγή: Shaw C & Kalo I (2002)

Το δυνατό σημείο όλων των σχεδίων είναι ότι χρησιμοποίησαν το επιτυχημένο παράδειγμα των άλλων χωρών και βασίστηκαν σε συνεργασίες με φορείς αλλά και Οργανισμούς που δραστηριοποιούνται σε αντίστοιχους τομείς.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν δημιουργεί διάφοροι Οργανισμοί και Σύνδεσμοι που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της ποιότητας γενικά και στην Υγεία ειδικά και είναι οι ακόλουθοι:

1. European Society for Quality in Healthcare (ESQH) www.esqh.net/
2. European Organization for Quality (EOQ). <http://www.eoq.org/start.html>
3. European Foundation for Quality Management (EFQM). <http://www.efqm.org/>
4. European Quality Nursing Network

Διάφορες χώρες έχουν αναπτύξει φορείς, Οργανισμούς Διαπίστευσης και Εθνικά Φόρουμ για την ποιότητα όπως είναι:

- Στην Αυστραλία το <http://www.safetyandquality.gov.au>
- Στις ΗΠΑ το Joint Commission for Hospital Accreditation Organizations. www.jchao.com και το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) <http://www.ahrq.gov/>
- Στην Γερμανία το Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) e.V. (Society for Quality Management in Health Care). <http://www.gqmg.de/>
- Στην Ιρλανδία το Irish Society for Quality in Health Care. <http://www.isqh.net>
- Σε διεθνές επίπεδο το International Society for Quality in Healthcare <http://www.isqua.org/>
- Στον Καναδά το Canadian Council on Health Services Accreditation. <http://www.cchsa.ca/>
- Στη Βρετανία το Health Quality Service. <http://www.hqs.org.uk/> και το National Patient Safety Agency www.npsa.org.uk
- Στη Γαλλία το Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). www.anaes.fr
- Στην Ολλανδία το Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). www.niaz.nl
- Στην Πολωνία το Program Akredytacji Szpitali. www.cmj.org.pl
- Στην Πορτογαλία το Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). www.iqs.pt
- Το Agence pour la Promotion et l' Evaluation de la Qualité (APEQ). <http://www.apeq.ch>
- Στη Φινλανδία το Quality Council for Health Care STAKES www.stakes.fi
- Στην Ιταλία το Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali
- Στη Λιθουανία το State Health Care Accreditation Service
- Στη Ρουμανία το National Commission for Hospital Accreditation.

Κάποιες χώρες εκτός από την ίδρυση και τη λειτουργία αυτών των φορέων προχώρησαν στην υλοποίηση και συγκεκριμένων δράσεων όπως ήταν τα εθνικά προγράμματα διαπίστευσης τα οποία ξεκίνησαν το 1995 (Πίνακας 2). Τα προγράμματα αυτά τις περισσότερες φορές είναι υποχρεωτικά προκειμένου για τη λήψη χρηματοδότησης αλλά και τη λειτουργία των Οργανισμών παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Ο κορυφαίος Οργανισμός για την Διαπίστευση των Οργανισμών παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι ο αμερικανικός, ο οποίος έχει αναπτύξει πρότυπα και κριτήρια ποιότητας για κάθε υπηρεσία υγείας.

Πίνακας 2: εθνικά προγράμματα διαπίστευσης σε διάφορες χώρες

Country	Year	Title
France (72)	1999	Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) established under national law; government agency has a mandate to accredit all health services in France, public and private. Initial technical assistance from Canada and United Kingdom
Germany (73)	2001	Collaboration of federal medical chamber, insurers, nurses and hospital societies (KTQ); independent voluntary accreditation of hospitals supported by government
Ireland (74)	2001	Irish Health System Accreditation Scheme; Government-funded major academic teaching hospitals (MATH) pilot project. Initial technical assistance from Canada
Italy	2001	National health care reform law 1992 and specific law 1997 mandatory accreditation by Regional governments to obtain financial payments from the NHS
Kyrgyzstan	1997	Combined state licensing and accreditation programme for health care facilities; functions separated between MoH and independent accreditation commission 2001
Lithuania	1998	State Health Care Accreditation Service for Licensing of institutions and specialists, approval of medical devices
Netherlands (75)	1998	Institute for Accreditation of Hospitals (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen, NIAZ) supported by government
Poland (76)	1998	Program Akredytacji Szpitali Hospital Accreditation programme: developed with support from MoH. Initial technical assistance from the United States
Portugal (77)	2000	Instituto da Qualidade em Saúde Pilot programme by government-assisted institute for quality with technical assistance from United Kingdom
Switzerland (78, 79)	1998	Two independent programmes: Agence pour la Promotion et l'Evaluation de la Qualité (APEQ) and Vereinigung für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen (VQG), promulgate joint standards

Πηγή: Shaw C & Kalo I (2002)

2.2. Η άποψη των πολιτών για τους κινδύνους και τα λάθη στον χώρο της Υγείας

Στην έρευνα του Ευρωβαρομέτρου (European Commission Eurobarometer, 2006), που αποτέλεσε έναν σημαντικό σταθμό διαπιστώθηκε ότι σχεδόν τέσσερις στους πέντε πολίτες της ΕΕ (78%) ταξινομούν τα ιατρικά λάθη ως ένα σημαντικό πρόβλημα στη χώρα τους. Συγκεκριμένα, το 48% των ευρωπαίων πολιτών δηλώνουν ότι οι νοσηλευόμενοι πρέπει να ανη-

συχούν για την πιθανότητα ενός σοβαρού ιατρικού λάθους, ενώ 40% αναφέρουν ότι τα ιατρικά λάθη που συμβαίνουν σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Εκείνοι που ζουν στην Ελλάδα (75%), τη Λετονία (74%) και την Ιταλία (69%) ανησυχούν περισσότερο από τους υπόλοιπους Ευρωπαίους. Οι πολίτες της Σουηδίας (20%), της Αυστρίας (24%) και της Τσεχίας (30%) εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό ανησυχίας. Γενικά, οι πολίτες της νότιας Ευρώπης και των νέων κρατών μελών γύρω από τη θάλασσα της Βαλτικής εμφανίζονται να ανησυχούν περισσότερο για την ασφάλεια των νοσηλευόμενων ασθενών, ενώ οι πολίτες της δυτικής Ευρώπης και της Σκανδιναβίας, φαίνεται να έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας τους.

Σε μια δεύτερη μελέτη του ευρωβαρομέτρου το 2010 των απόψεων των ευρωπαϊών πολιτών σχετικά με το θέμα της ασφάλειας των ασθενών και τη θέση τους απέναντι στην ποιότητα υγειονομικής φροντίδας που παρέχεται στη χώρα τους, αλλά και διασυνοριακά. Μέσα από τα αποτελέσματα διαφαίνεται ουσιαστικά η έκταση του προβλήματος στις 27 χώρες της ΕΕ. Το 50% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι «νιώθουν ότι μπορεί να τους συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν» κατά τη νοσηλεία τους. Ωστόσο, το 9% μόνο πιστεύει ότι αυτό είναι πολύ πιθανό να συμβεί. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα δεδομένα από την Κύπρο, όπου το 81% διαισθάνεται αυτόν τον κίνδυνο. Πρώτη κατατάσσεται η Ελλάδα με 83%, δεύτερη η Κύπρος με 81% και ακολούθως η Λετονία με 75%. Οι χώρες όπου οι πολίτες θεωρούν λιγότερο πιθανό να συμβεί λάθος είναι η Αυστρία (19%), η Φινλανδία (27%) και η Γερμανία (31%) (European Commission, 2010).

3. Ανάγκη για την ανάπτυξη ενός Εθνικού φόρουμ για την ποιότητα και την ασφάλεια των πασχόντων στον Τομέα της Υγείας στην Κύπρο

Σε χώρες όπως η Κύπρος, η ποιότητα, έτσι όπως προσεγγίζεται από το παράδειγμα των άλλων χωρών, δεν φαίνεται να συγκαταλέγεται στην επίσημη ατζέντα του Υπουργείου Υγείας. Ως εκ τούτου οποιαδήποτε ενέργεια προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης κάποιου συστήματος ποιότητας ή κάποιου φορέα που θα διαχειρίζεται σε εθνικό επίπεδο της ποιότητα στον χώρο της Υγείας, θα πρέπει να αποτελεί επίσημη δέσμευση της Ηγεσίας, που θα εκφραστεί μέσω της χρηματοδότησης αυτής της δράσης και της υλοποίηση των συμφωνημένων δράσεων. Επιπρόσθετα είναι πολύ σημαντικό να αναπτυχθεί και να υλοποιηθεί ένα **Εθνικό Σχέδιο Δράσης (Στρατηγική) για την Ποιότητα** στον χώρο της Υγείας στην Κύπρο το οποίο θα εμπλέκει όλους τους αρμόδιους και συναρμόδιους φορείς, την Κοινωνία των Πολιτών, τους επαγγελματικούς συνδέσμους, τους συνδέσμους των ασθενών, τα ερευνητικά κέντρα και τους ακαδημαϊκούς φορείς.

Στην Κύπρο απαιτείται η δημιουργία ενός *Εθνικού Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία* ο οποίος θα εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και θα χρηματοδοτείται από το Κράτος και από ευρωπαϊκά κονδύλια. Ο φορέας αυτός πρέπει να έχει τη δυνατότητα να προσλαμβάνει προσωπικό με κατάλληλη εκπαίδευση στην ποιότητα. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να αποσπά προσωπικό από διάφορες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και εκπαίδευση για ζητήματα ποιότητας. Ο φορέας αυτός μπορεί:

- Να διαχειριστεί έναν ανοικτό Εθνικός διάλογος για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας της Υγείας. Στον διάλογο αυτό θα συμμετέχουν οι αρμόδιοι και συναρμόδιοι φορείς, η Κοινωνία των Πολιτών, οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι, οι σύνδεσμοι των ασθενών, τα ερευνητικά κέντρα και οι ακαδημαϊκοί φορείς. Ο αυτός ο ανοικτός διάλογος θα μπορούσε να συντονιστεί από ένα *Εθνικό Φόρουμ για την Ποιότητα*, όπως υπάρχει στις ΗΠΑ (www.qualityforum.org/Home.aspx). Ο ανοικτός διάλογος για την ποιότητα στην υγεία έχει ως στόχο την δεδηλωμένη δέσμευση όλων και θα συμβάλλει στην διατύπωση ενός εθνικού ορισμού για την ποιότητα στον χώρο της υγείας στην Κύπρο, μέσα και από αντίστοιχες έρευνες. Στην έρευνα της Τσίτση (2010) στην Κύπρο, ποιότητα φροντίδας σημαίνει να αισθάνονται οι ασθενείς ότι οι νοσηλευτές ξέρουν καλά τη δουλειά τους, να τους εξηγούν οι γιατροί τη διάγνωση και τα αποτελέσματα των εξετάσεων με απλό και κατανοητό τρόπο, να τους αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους, να τους συμβουλεύουν οι γιατροί τι πρέπει να κάνουν για να διατηρούν μια καλή υγεία και να τους φροντίζει το ιατρικό προσωπικό χωρίς να τους ζητά χρήματα. Ο φορέας αυτός θα μπορεί να αναλάβει την χρηματοδότηση ερευνών για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των πασχόντων, των πελατών και των επαγγελματιών υγείας. Σε ό,τι αφορά την έρευνα για την ποιότητα, είναι επιτυχημένο το παράδειγμα του Αμερικανικού Agency for Healthcare Research and Quality το οποίο συνεργάζεται με το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ και διενεργεί έρευνες για την ποιότητα.
- να επεξεργαστεί όλη την αναγκαία πληροφορία από έρευνες που έχουν γίνει στην Κύπρο, από έρευνες εκτός Κύπρου, από τα δεδομένα άλλων χωρών που εφάρμοσαν αντίστοιχα Εθνικά Συστήματα Ποιότητας, ώστε να είναι σε θέση να αναπτύξει Εθνικούς δείκτες ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών. Ο δείκτες αυτοί πρέπει να είναι έγκυροι και αξιόπιστοι και να εφαρμόζονται καθολικά και συστηματικά. Προκειμένου να γίνει αυτό θα πρέπει να μελετηθεί η σχετική βιβλιογραφία από πάνελ ειδικών οι οποίοι θα προτείνουν δείκτες ποιότητας και ασφάλειας, θα τύχουν δημόσιας διαβούλευσης, θα δοκιμαστούν πιλοτικά και θα εφαρμοστούν βαθμιαία, ώστε να βελτιω-

θούν. Οι δείκτες μας προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για την τρέχουσα κατάσταση και αποτελούν ένα ασφαλές κριτήριο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων

- να αναπτύξει ένα Εθνικό Σύστημα Κλινικού Ελέγχου της ποιότητας το οποίο θα επιτρέψει και την ιχνηλασιμότητα όλων των ανεπιθύμητων συμβάντων
- να συντάξει τις προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Γραφείων ποιότητας σε κάθε δομή παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα Γραφεία ποιότητας είναι σημαντικό να λειτουργήσουν και να στελεχωθούν από προσωπικό που διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση ή κατάρτιση. Την κατάρτιση θα μπορούσε να αναλάβει ο **Εθνικός Φορέας για την Ποιότητα στην Υγεία** ο οποίος θα μπορούσε να δημιουργήσει ένα τυποποιημένο πρόγραμμα με μαθησιακούς στόχους και εκπαιδευτικό υλικό στοχευόμενο για την ποιότητα. Τα Γραφεία Ποιότητας είναι ο σύνδεσμος του κεντρικού **Εθνικού Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία** με τις περιφερειακές μονάδες υγείας. Η συστηματική συλλογή δεδομένων για την ποιότητα επιτρέπει την Κλινική Διακυβέρνηση η οποία εφαρμόστηκε με επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία και περιλαμβάνει ένα σύστημα μέσω του οποίου οι δομές υγείας του Βρετανικού NHS είναι υπόλογες για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν και εγγυώνται την εφαρμογή των προτύπων ποιότητας σε ένα περιβάλλον που προάγει την τελειότητα (Scully G and Donaldson LJ, 1998)
- να διαμορφώσει, να αναπτύξει και να εποπτεύει την εφαρμογή προτύπων και κριτηρίων ποιότητας από όλες τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας σε εθνικό επίπεδο. Την ίδια στιγμή, ο **Εθνικός Φορέας για την Ποιότητα στην Υγεία** θα μπορούσε να δημιουργήσει κέντρο Κλινικής Αριστείας στα πρότυπα του International Center for Clinical Excellence (www.centerforclinicalexcellence.com) ή στα πρότυπα του Βρετανικού NICE (<http://www.nice.org.uk/>). Το Κέντρο αυτό καλείται να δημιουργήσει ομάδες ειδικών οι οποίοι θα διαμορφώσουν κλινικές οδηγίες στα πρότυπα του Care Bundles του Αμερικανικού Institute for Health Improvement (<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>)
- να αναπτύξει ένα Εθνικό Σύστημα Πιστοποίησης και Διαπίστευσης των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας στο οποίο η συμμετοχή όλων των φορέων παροχής Υπηρεσιών Υγείας θα είναι υποχρεωτική.

Ίσως το σημαντικότερο κομμάτι στην όλη προσπάθεια ανάπτυξης μηχανισμών ποιότητας σε εθνικό επίπεδο είναι η ανάπτυξη ενός **Εθνικού Σχεδίου/Στρατηγικής** για την ποιότητα στην Υγεία. Τα συστατικά στοιχεία αυτής της στρατηγικής είναι τα ακόλουθα:

3.1 Το όραμα της Εθνικής Στρατηγικής για την Ποιότητα:

Το όραμα της Εθνικής Στρατηγικής που προτείνεται είναι η διασφάλιση και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο, στη βάση των διακηρύξεων και των δεσμεύσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκή Ένωσης.

3.2 Η αποστολή της Εθνικής Στρατηγικής:

Η αποστολή της Εθνικής Στρατηγικής είναι ο συντονισμός όλων των δράσεων με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

3.3 Οι αξίες της Εθνικής Στρατηγικής:

- η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας, θεραπεία, αποκατάστασης και φαρμακευτικής αγωγής χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, φυλής, επαγγέλματος, καταγωγής και εισοδήματος
- παροχή υπηρεσιών με βάση τυποποιημένα πρότυπα ποιότητας
- η σχετικότητα με την ανάγκη,
- η αποτελεσματικότητα,
- η αποδοτικότητα,
- και η κοινωνική αποδοχή
- σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή (Maxwell, 1992).

3.4 Οι βασικοί αναπτυξιακοί άξονες της Εθνικής Στρατηγικής (Σχήμα 1,2) είναι:

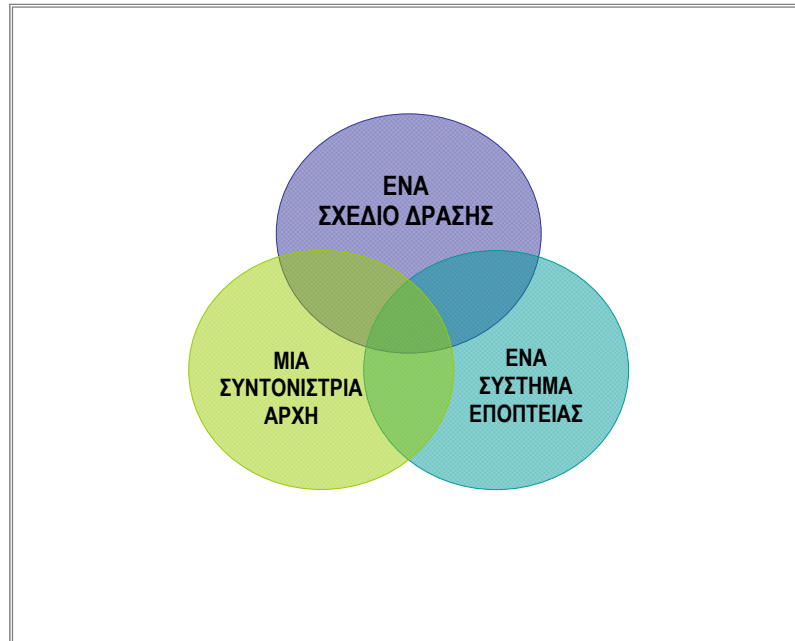
- η Ηλεκτρονική Κλινική Διακυβέρνηση: η οποία θα περιλαμβάνει την ανάπτυξη δεικτών αξιολόγησης για όλες τις υπηρεσίες, οι οποίοι θα συλλέγονται από Επιτροπή στον Εθνικό Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία, θα επεξεργάζονται και θα αποτελούν το υλικό για τον ανασχεδιασμό
- ανάπτυξη εθνικών δεικτών ποιότητας και ασφάλειας ασθενών: οι δείκτες αυτοί θα είναι έγκυροι και αξιόπιστοι με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και μετά από δημόσια διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Ασφαλώς υπάρχουν δείκτες για λόγους σύγκρισης της απόδοσης σε θέματα ποιότητας στην ΕΕ, όπως οι δείκτες ποιότητας του ΟΟΣΑ και του ΠΟΥ, οι οποίοι μπορεί να αποτελέσουν μια βάση για την ανάπτυξη και την προσαρμογή των εθνικών δεικτών ποιότητας και ασφάλειας (Ραφτόπουλος, 2009)

- εκπαίδευση στην ποιότητα: είναι πολύ βασικός άξονας της Εθνικής Στρατηγικής δεδομένου ότι η συστηματική εκπαίδευση όλων των στελεχών και του προσωπικού των Γραφείων Ποιότητας είναι μια σημαντική προϋπόθεση για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος. Την εκπαίδευση μπορεί να οργανώσουν ακαδημαϊκοί και άλλοι φορείς με υψηλή εξειδίκευση στο αντικείμενο. Αυτοί οι εκπαιδευόμενοι θα αποτελέσουν τον πυρήνα εκπαίδευσης και του υπόλοιπου προσωπικού
- ασφάλεια ασθενών και προσωπικού: περιλαμβάνει τον επανασχεδιασμό όλων των διαδικασιών στον χώρο της Υγείας με επίκεντρο την ασφάλεια και του προσωπικού και των ασθενών
- κλινικός έλεγχος ποιότητας: είναι πολύ βασικός για την άμεση διαχείριση καταστάσεων που σχετίζονται με τα λάθη, την υπερχρήση κάποιων υπηρεσιών, την αντοχή στα αντιβιοτικά, τον επιπολασμό των λοιμώξεων σε χώρες παροχής υπηρεσιών υγείας, τις πτώσεις των ασθενών, τα έλκη κατάκλισης και άλλα κρίσιμα συμβάντα
- πιστοποίηση ποιότητας: η ανάπτυξη ενός εθνικού μηχανισμού πιστοποίησης ποιότητας με βάση τα διεθνή πρότυπα είναι πολύ σημαντική και για τον δημόσιο αλλά και για τον ιδιωτικό τομέα. Εξίσου σημαντική είναι η πιστοποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται στον διεθνή ασθενή.

Σχήμα 1: Δομή και άξονες της Εθνικής Στρατηγικής



Σχήμα 2: Το Εθνικό σχέδιο για την ποιότητα στην Υγεία θα έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:



Η ανάπτυξη ενός Εθνικού Φορέα για την Ποιότητα στην Υγεία και η διαμόρφωση μιας Εθνικής στρατηγικής για τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελούν την βάση και τη βασική αναγκαιότητα για την εκκίνηση του διαλόγου για την ποιότητα στην Κύπρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στην Κύπρο και στην Ελλάδα υπάρχουν λίγα δημοσιευμένα δεδομένα που να μπορούν να αποτυπώσουν έστω και προσεγγιστικά το μέγεθος και τις επιπτώσεις των ιατρικών σφαλμάτων. Σύμφωνα με πρόσφατη στατιστική μελέτη, σχεδόν 20 – 30 Έλληνες ασθενείς πεθαίνουν ημερησίως και περίπου 200 υφίστανται σοβαρές βλάβες εξαιτίας ιατρικής αμέλειας ή λάθους. Έρευνα – Δημοσκόπηση ανέδειξε το γεγονός ότι 75 – 83% των Ελλήνων (έναντι 81% των Κυπρίων και 50% κατά μέσο όρο των πολιτών ΕΕ) ανησυχούν στο ενδεχόμενο να υποστούν ιατρικό σφάλμα, 86% αυτών πιστεύει ότι το πρόβλημα στην Ελλάδα είναι σημαντικό, 61% δηλώνει ότι έχει ακούσει ή διαβάσει, ποσοστό 13% αναφέρει ότι οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχουν βιώσει κάποια αντίστοιχη κατάσταση κατά την νοσηλεία τους, ενώ το 9% έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα από λανθασμένη επιλογή φαρμάκου που είχε συνταγογραφηθεί από ιατρό (European Commission, 2006, 2010).

Για κάποιους το θέμα της ασφάλειας σχετίζεται και με τις περιπτώσεις διεκδίκησης αποζημιώσεων για βλάβη. Οι πρώτες διεκδικήσεις ξεκίνησαν από ασφαλιστικές εταιρείες στις ΗΠΑ και σύντομα επεκτάθηκαν στην Ευρώπη και αλλού, ενώ αφορούσαν κυρίως την πρόκληση ιατρογενούς βλάβης φροντίδα, την αντιεπαγγελματική συμπεριφορά και άλλες βλαπτικές για τους ασθενείς πρακτικές (Rigby, 2000, Κάργα και συν, 2008).

Στην τρέχουσα βιβλιογραφία, οι όροι «ασφάλεια των πασχόντων» και «ιατρικά σφάλματα» είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με το «κλίμα ασφάλειας» ενός οργανισμού, όρος που αντικατοπτρίζει μετρήσιμες συνιστώσες, όπως είναι η «κουλτούρα ασφάλειας», η «οργανωσιακή κουλτούρα», και η «γενικότερη στάση των εργαζομένων για την ασφάλεια». Κατά την ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών, υπογραμμίζεται η σημασία μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας, ως βασική προϋπόθεση στην προσπάθεια εισαγωγής αξιών – προτύπων και στάσεων – συμπεριφορών, δεδομένου ότι η καθιέρωσή της αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι μιας ποιοτικής φροντίδας υγείας (Armellino & Griffin, 2010).

2.1 Ιατρικό σφάλμα ή ιατρικό λάθος

Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται η αδυναμία ή η αποτυχία μιας προγραμματισμένης ενέργειας ή παρέμβασης να ολοκληρωθεί όπως αναμένεται ή σχεδιάστηκε. Το λάθος ορίζεται και ως μία πράξη που δεν επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα, που μπορεί να είναι η αναλγησία, η μυοχάλαση ή οποιαδήποτε άλλη ύφεση δυσάρεστων συμπτωμάτων. Ως ιατρικό λάθος, επίσης, ορίζεται η χρήση ενός λανθασμένου σχεδίου για να επιτευχθεί ένας στόχος, ή η επι-

λογή μιας ακατάλληλης για την περίπτωση θεραπευτικής παρέμβασης. Τα ιατρικά σφάλματα μπορεί να αναφέρονται στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, στις ιατρικές επεμβάσεις και στον τεχνολογικό εξοπλισμό (Kohn et al., 1999, Lilford et al., 2004).

Στο American Heritage College Dictionary (2000), το *λάθος* ορίζεται ως μία απόκλιση από αυτό που θεωρείται γενικά αποδεκτό. Στα 1970, οι γνωστικοί ψυχολόγοι, ισχυρίστηκαν ότι τα λάθη δεν είναι τυχαία, αλλά συμβαίνουν κάτω από δεδομένες προβλέψιμες συνθήκες (Ραφτόπουλος, 2009). Το 1999 το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής συντάσσει για πρώτη φορά μια αναφορά με τίτλο «*To Err Is Human: Building a Safer Health System*» δηλαδή ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα, προκειμένου να εξάρει την σπουδαιότητα της αναγνώρισης και της καταγραφής των λαθών (Kohn, h1999).

Τα περισσότερα λάθη στην αξιολόγηση και τη θεραπεία, προκύπτουν όταν ένα ή περισσότερα μέλη της ομάδας φροντίδας ή θεραπείας δεν γνωρίζουν τις στοιχειώδεις οδηγίες για τη φροντίδα του ασθενή. Λάθη παράληψης γίνονται συχνά λόγω του μεγάλου όγκου των ασθενών με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας.

2.2 Ο επιπολασμός των ιατρικών λαθών σε Κυπριακό, Ευρωπαϊκό και Διεθνές Επίπεδο

Στις ΗΠΑ, 44.000 – 98.000 άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως, λόγω κάποιου κλινικού λάθους, ενώ προκαλούνται βλάβες σε 1.000.000 ασθενείς κάθε χρόνο, καθιστώντας τα ιατρικά σφάλματα ως την 8^η πιο κοινή αιτία θανάτου. Έχει δε υπολογισθεί, ότι, ετησίως, τα ιατρικά λάθη αποτελούν συχνότερη αιτία θανάτου από ότι η κακοήθεια του μαστού (42.458), το AIDS (16.516), ή τα τροχαία ατυχήματα (43.458). Επίσης, έχει υπολογισθεί ότι αρκετά συχνά προκαλούνται βλάβες από περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, λοιμώξεις σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και άλλα (Ραφτόπουλος, 2009).

Τα ιατρικά λάθη αποτελούν μια πραγματικότητα ακόμη και στα πιο αναπτυγμένα συστήματα υγείας, όπου τόσο η διαθέσιμη τεχνολογία, όσο και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ακολουθεί κάποια αποδεκτά πρότυπα επαγγελματικής πρακτικής (Ραφτόπουλος, 2009, IOM, 2001). Η ανεπαρκής στελέχωση, τα λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο, η χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών και των ασθενών, η ανεπάρκεια της διοίκησης υπονομεύουν ευθέως την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Παρά το γεγονός ότι τα θέματα ασφάλειας και ποιότητας φροντίδας θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά, αυτό δε μεταφράζεται πάντα σε αντίστοιχη επιδημιολογική μελέτη που θα μπορούσε να εμπλουτίσει περαιτέρω τη γνώση γύρω από το θέμα. Έρευνες κυρίως από τις ΗΠΑ, την Αυστραλία, τη Βρετανία, την Ισπανία και τη Γαλλία παρέχουν πληροφόρηση σχετικά με τον επιπολασμό και τις επιπτώσεις ανεπιθύμη-

των συμβάντων σε εσωτερικούς ασθενείς, ενώ οι μελέτες από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία παραμένουν ίσως οι μόνες που ερευνούν τη συχνότητα του προβλήματος σε επίπεδο πληθυσμού (Altman et al., 2004).

Αντίστοιχα, στην Αυστραλία, σε έρευνα 14.179 ιατρικών φακέλων, ασθενών που εισήχθησαν σε 28 διαφορετικά νοσοκομεία, διαπιστώθηκε ότι στο 16,6% των εισαγωγών μια ανεπιθύμητη ενέργεια, ευθυνόμενη για τη μόνιμη αναπηρία και το θάνατο του 13,7% και 4,9% των ασθενών αντίστοιχα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, το 51% των ανεπιθύμητων συμβάντων θα μπορούσε να έχουν αποφευχθεί. Συνολικά, στην Αυστραλία, τα ιατρικά λάθη ευθύνονται για περίπου 18.000, θανάτους που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, ενώ πάνω από 50.000 ασθενείς ετησίως αποκτούν κάποιας μορφής αναπηρία. Ειδικά στη Νέα Ζηλανδία, πάνω από 50.000 ασθενείς το έτος 2006, ήρθαν αντιμέτωποι με ένα ή περισσότερα ιατρικά σφάλματα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στον Καναδά ανέρχεται σε 10% (Bismark et al., 2006).

2.3 Η κατάσταση στην Κύπρο και την Ελλάδα

Στην Κύπρο δεν υπάρχει κάποιο εθνικό σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων και λαθών. Έχουν γίνει κάποιες αποσπασματικές ενέργειες σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας και νοσοκομείων. Σε επίπεδο νοσοκομείων και ειδικότερα στο Γ.Ν. Λευκωσίας, δημιουργήθηκε Επιτροπή Ελέγχου Κατακλίσεων (Ετήσια Έκθεση Γ.Ν. Λευκωσίας, 2010).

2.4 Το κλίμα ασφάλειας στην Κύπρο

Σε τρεις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Κύπρο σε ΜΕΘ, μαιευτικά, παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των κρατικών νοσοκομείων, παρατηρήθηκαν διαφορές στις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ασφάλεια (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2012). Όπως φαίνεται στον πίνακα 1, η μέση ηλικία των μαιών είναι η μεγαλύτερη σε σχέση με τις ΜΕΘ, τα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των κρατικών νοσοκομείων.

Στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας, και στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα σας οι μέσες τιμές των απαντήσεων των νοσηλευτών δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά.

Πίνακας 1: Μέσες τιμές μεταβλητών σε 3 έρευνες στην Κύπρο

Μεταβλητή	Μέση τιμή		
	Raftopoulos & Pavlakis (2012)	Raftopoulos et al (2011)	Πετρίδης (2012)
Μέση ηλικία	33.09±8.16	38.65±10.09	34.28±10.58
Μέση προϋπηρεσία ως νοσηλευτές	10.82±8.47	11.49±11.56	11.56±10.80
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας,	7.65±1.25	7.57±2.24	7.78±1.42
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα σας,	8.10±1.01	8.24±2.07	8.27±1.19
Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί,	7.01±2.42	5.67±3.45	-
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς,	7.07±1.75	6.21±1.94	7.74±1.55
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές,	8.51±1.15	8.07±1.68	7.17±1.25
Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας,	5.85±2.33	5.49±2.48	8.03±1.28

Στα μαιευτικά τμήματα η βαθμολόγηση αυτού του νοσοκομείου σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχουν εργαστεί ήταν χαμηλότερη, όπως επίσης και η ικανοποίηση από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους Ιατρούς. Αναφορικά με το πόσο ασφαλείς θεωρούν ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα τους, οι βαθμολογίες στις ΜΕΘ και τα μαιευτικά τμήματα ήταν πολύ χαμηλές σε αντίθεση με τα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα μεγάλου νοσοκομείου της Κύπρου.

2.5 Στάση του μαιευτικού προσωπικού ως προς την αναφορά των λαθών

Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφία υποστηρίζεται η άποψη ότι υπάρχει μια μειωμένη δήλωση των ιατρικών λαθών που οφείλεται σε απουσία μηχανισμών συστηματική αναφοράς και καταγραφής, σε συγκεκριμένες στάσεις του προσωπικού ως προς το σύστημα αναφοράς τους, σε προβληματικούς χειρισμούς από τη Διοίκηση και σε απουσία έμπρακτης βούλησης της Ηγεσίας (Kohn et al., 1999, Murff et al., 2003, Thomas & Petersen, 2003, Milch et al., 2006). Ειδικά για τα μαιευτικά τμήματα, η συστηματική ανασκόπηση σε

βάσεις δεδομένων (PubMed, CINAHL, Scopus) με αντίστοιχες λέξεις κλειδιά ανέδειξε πολύ λίγες έρευνες.

Σύμφωνα με τους Martijn et al. (2013) στην έρευνά τους σε 20 μαιευτικές δομές και σε δείγμα 1.000 φακέλων, καταγράφηκαν 86 κρίσιμα περιστατικά τα οποία σχετίστηκαν με θνησιμότητα και με μόνιμη βλάβη.

Στα μαιευτικά τμήματα τα περισσότερα κρίσιμα συμβάντα σχετίζονται με τα ανθρώπινα λάθη, την μη ασφαλή στελέχωση, την χρήση του εξοπλισμού, την γνώση του προσωπικού και την έγκαιρη ανίχνευση των κινδύνων (Smith et al., 2009).

Σε δυο έρευνες σε μαιευτικά τμήματα, γυναικολόγοι και μαίες ισχυρίστηκαν πως έχουν πράξει ή έχουν γίνει μάρτυρες κάποιου σφάλματος ή κάποιας αστοχίας τα οποία απείλησαν την ασφάλεια των πασχόντων. Επίσης πολλοί λίγοι επαγγελματίες συζήτησαν το συμβάν με τους εμπλεκόμενους, ενώ φαίνεται να υπάρχει μια μη λειτουργική συνεργασία με τη διοίκηση για την διαχείριση των συμβάντων και για την αναφορά τους (Maxfield et al, 2013, Lyndon et al, 2014). Η ποιότητα της συνεργασίας του προσωπικού και η ομαδική εργασία είναι οι δυο παράγοντες που προκρίνονται ως οι πιο σημαντική για ένα κλίμα ασφάλειας από τους Thomas et al, (2004).

Στην Ταιβάν παρόλο που ενισχύεται η εθελοντική και μη τιμωρητέα αναφορά των λαθών από το προσωπικό, δεν καθίσταται εφικτή (Barach & Small, 2000, Waring, 2005). Είναι χαρακτηριστικό ότι στην χώρα αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό των λαθών αφορά κυρίως την χορήγηση φαρμάκων (50%-60%).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, προέκυψε ότι το 98,3% του ιατρικού προσωπικού θα ανέφερε το λάθος του σε κάποιον συναδέλφο, το 85,7% θα το ανέφερε στον προϊστάμενο και το 93,8% στον ίδιο τον ασθενή (Linthorst et al., 2012).

Σε μια άλλη έρευνα στην Ιταλία το 98,4% των γιατρών υποστήριξαν ότι θα έρεπε να συζητούν τα λάθη τους με τους συναδέλφους τους (Flotta et al., 2012). Στην ίδια έρευνα, το 61,4% των γιατρών απάντησαν ότι κάποιες φορές έχουν εμπλακεί σε λάθος και το 30,3% συχνά. Το 83,7% συζήτησαν το λάθος με τους συναδέλφους τους και το 43,5% το ανέφεραν στον προϊστάμενό τους. Παρόμοια τα αποτελέσματα και στην έρευνα των Garbutt et al. (2007).

Σε μια ποιοτική έρευνα στο Ιράν, σε δείγμα 115 νοσηλευτών, τα λάθη διαχωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες: λάθη που βλάπτουν τους πάσχοντες, λάθη που συμβαίνουν και δεν προκαλούν βλάβη στον πάσχοντα και λάθη που θα μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη και αποφεύχθηκαν. Τα προβλήματα σχετίζονται με την έλλειψη κουλτούρας ασφάλειας και με προβλήματα του συστήματος καταγραφής των λαθών και η μη ασφαλής στελέχωση.

Σε μια άλλη έρευνα σε δείγμα νοσηλευτών στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνια το 30% ανέφεραν ότι είχαν κάνει τουλάχιστον ένα λάθος τις 28 μέρες που διήρκησε η έρευνα.

Σε μια έρευνα των Weissman et al. (2005) τα διευθυντικά στελέχη υποστήριξαν ότι σε 6 πολιτείες των ΗΠΑ τα συστήματα αναφοράς των λαθών είναι υποχρεωτικά, εμπιστευτικά ή σε μερικές περιπτώσεις μη εμπιστευτικά. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η υποχρεωτική αναφορά των λαθών συνεπάγεται μείωση της συχνότητας αναφοράς και καταγραφής τους, αλλά καταλήγουν ότι θα πρέπει να καταγράφονται ακόμη και όταν δεν έχουν προκαλέσει κάποια βλάβη στον πάσχοντα.

Οι συχνότεροι λόγοι μη αναφοράς των λαθών είναι οι συνέπειες από την δήλωσή τους στην επαγγελματική τους εξέλιξη, τον συναισθηματικό τους κόσμο και τις νομικές (Leape, 1999, Runciman et al., 2001, Lawton & Parker, 2002).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι νοσηλευτές είναι η επαγγελματική ομάδα που αναφέρει την πλειοψηφία των λαθών τους σε ποσοστό 67,1% μέχρι και 93,3% (Day et al., 2004, Tuttle et al., 2004, Schuerer et al., 2006, Hirose et al., 2007, Harris et al., 2007).

Σύμφωνα με τους Angelini & Greenwald (2005) τα πιο πολλά μαιευτικά περιστατικά αφορούν την αξιολόγηση του νεογνού, την δυστοκία ώμου, τα διαγνωστικά λάθη και την επούλωση της καισαρικής τομής.

Οι Ayoubian et al. (2013) μέσα από την έρευνά τους η οποία βασίστηκε στην ανασκόπηση των λαθών που έχουν σημειωθεί από μαίες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τις περισσότερες φορές είναι ασαφής ή απύσα η πολιτική διαχείρισης των λαθών που καθιστά τις μαίες ευάλωτες στη νομοθεσία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1.Σκοπός

Ο σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της στάσης των μαιών σε θέματα ασφάλειας των γυναικών που γεννούν σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου.

Οι στόχοι της έρευνας είναι: (1) η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας στα μαιευτήρια (2) η καταγραφή του επιπολασμού των λαθών αλλά και των τρόπων διαχείρισής τους.

3.2. Σκοπιμότητα της έρευνας

Η αξιολόγηση του επιπολασμού των λαθών του μαιευτικού προσωπικού αλλά και της στάσης του για τα λάθη αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την λήψη κατάλληλων προληπτικών μέτρων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τα λάθη αλλά και η ικανοποίηση των μαιών από τον τρόπο διαχείρισής τους από την Διοίκηση. Τα ευρήματα θα αποτελέσουν μια βάση για την εκκίνηση ενός επιστημονικού διαλόγου για τα λάθη και τα μέτρα πρόληψης αλλά και διαχείρισής τους.

3.3. Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιοι είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την αναφορά των λαθών στα μαιευτήρια των κρατικών νοσηλευτηρίων;
- Ποια είναι η στάση του προσωπικού για τα λάθη και την αναφορά τους;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Μέθοδος

Πρόκειται για μια ποσοτική έρευνα συσχέτισης. Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε σε έντυπη μορφή στις μαίες που συμμετείχαν στην έρευνα. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από τον Δρα Ραφτόπουλο, ο οποίος και παραχώρησε την άδεια χρήσης των δεδομένων.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δυο μέρη: το ένα για την καταγραφή των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος καθώς και ερωτήσεις τύπου Likert για την ασφάλεια των γυναικών, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον επιπολασμό των λαθών, τη στάση του μαιευτικού προσωπικού για τον τρόπο και την αποτελεσματικότητα της διαχείρισής τους καθώς και το επίπεδο συνεργασίες με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Το άλλο περιέχει το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου Safety Attitudes Questionnaire που έχει σταθμιστεί στην Κύπρο (Raftopoulos et al, 2011). Τα δεδομένα αυτά παραχωρήθηκαν από τον Δρα Ραφτόπουλο μετά από σχετική αίτηση.

Για λόγους δεοντολογίας της έρευνας, το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία αναφέρονταν πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση έγινε κατά τον ελεύθερο τους χρόνο και σήμαινε και αποδοχή της συμμετοχής, ενώ κατά μέσο όρο η διάρκεια συμπλήρωσης ήταν περίπου 10 λεπτά.

4.2. Δείγμα

Διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια σε όλο το μαιευτικό προσωπικό των δημοσίων μαιευτηρίων της Κύπρου. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 108 μαίες που εργάζονται στα μαιευτήρια των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου και οι οποίοι συμπλήρωσαν πλήρως το ερωτηματολόγιο. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

1. να είναι μαίες
2. να εργάζονται σε μαιευτήρια των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου και
3. να θέλουν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Τα δημόσια νοσοκομεία ήταν της Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας και Αμμοχώστου.

4.3. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences). Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των μεταβλητών της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν δυο κατηγορικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες και αν οι κατανομές των μεταβλητών είναι ίδιες. η δοκιμασία *student's t-test* που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους.
- η δοκιμασία *ANOVA*, η οποία επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή.
- η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ δυο μεταβλητών. Οι συσχετίσεις μας είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο 0.05. Σε διαφορετική περίπτωση, αναφέρουμε το αντίστοιχο επίπεδο σημαντικότητας.

4.4. Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Το πρωτόκολλο της έρευνας και το ερωτηματολόγιο έχουν λάβει την έγκριση της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής της Κύπρου και της αντίστοιχης επιτροπής του Υπουργείου Υγείας. Το ερωτηματολόγιο εξηγεί στον κάθε συμμετέχοντα το λόγο εκπόνησης της έρευνας. Επίσης τους εξηγήθηκε ότι η βασική αρχή που διέπει την έρευνα είναι η ανωνυμία και ότι δεν θα αναγράφεται πουθενά το όνομα η οποιοδήποτε άλλο προσωπικό αναγνωριστικό των υποκειμένων. Προαπαιτούμενο για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν η συγκατάθεση των ατόμων που θα λάβουν μέρος και η επεξήγηση τους ότι η συμμετοχή τους είναι καθαρά επί εθελοντικής βάσης. Επίσης τους εξηγήθηκε ότι θα μπορούσαν να αποχωρήσουν από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα $38,33 \pm 10,05$ έτη με μικρότερη παρατηρούμενη ηλικία τα 21 έτη και μεγαλύτερη τα 58 (πίνακας 5.1).

Υπήρξε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία των μονίμων και των εκτάκτων μαιών ($p < 0.001$) (πίνακας 5.1α).

Πίνακας 5.1: Ηλικία

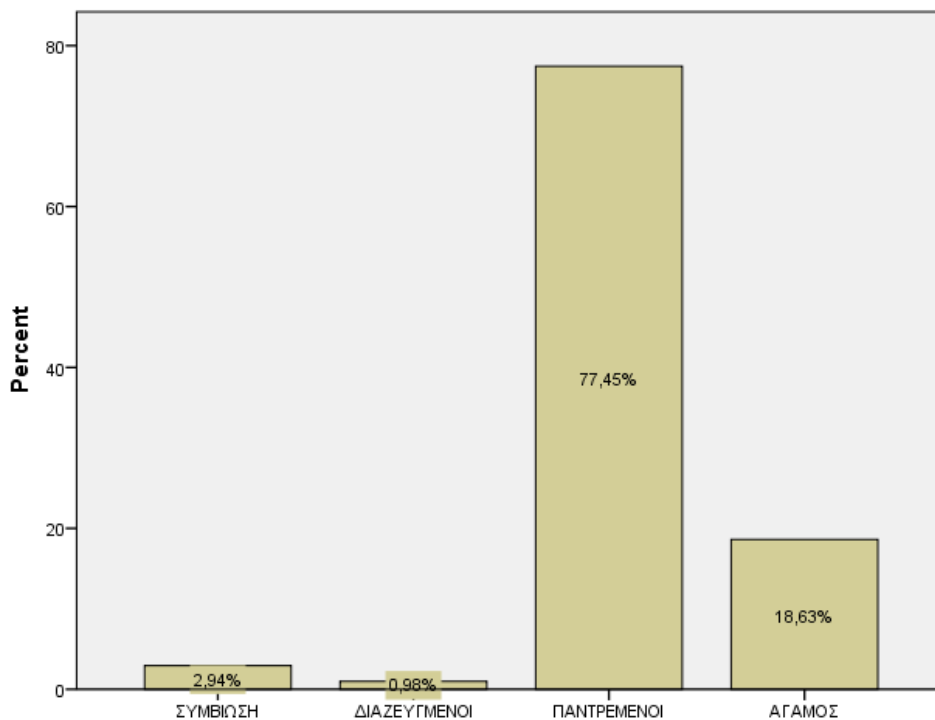
	Μέση	Διάμεση	Τυπ. απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ηλικία	38,33	36,00	10,051	21	58

Πίνακας 5.1α: διαφορά στη μέση ηλικία μόνιμων και έκτακτων

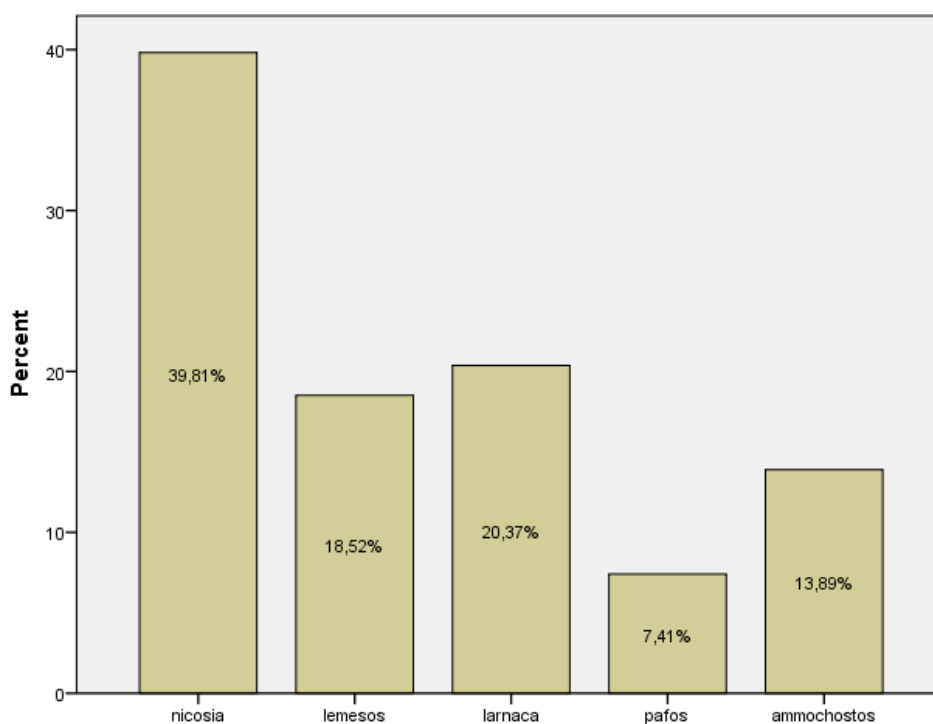
	Σύμβαση	N	Μέση	Τυπ. απόκλιση	p-value
Ηλικία	Μόνιμος	80	40,76	9,620	<0.001
	Έκτακτος	17	28,71	5,157	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες με ποσοστό 97,2%, όπως και έγγαμοι σε ποσοστό 77,45% (γράφημα 1) και με μόνιμη σχέση εργασίας ποσοστό 83,3%.

Οι περισσότερες εργοδοτούνται στο νοσοκομείο Λευκωσίας (γράφημα 2)



Γράφημα 1: ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης



Γράφημα 2: ποσοστιαία κατανομή νοσοκομείου

Η δοκιμασία ANOVA έδειξε ότι η μέση ηλικία των μαιών είναι μεγαλύτερη στο Μαιευτήριο της Αμμοχώστου ($27,80 \pm 4,195$) (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2: Μέση ηλικία μαιών στα νοσοκομεία

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	34	42,09	8,310
Λεμεσός	19	37,63	10,505
Λάρνακα	21	38,90	9,507
Πάφος	8	46,13	10,816
Αμμόχωστος	15	27,80	4,195
Λευκωσία Γενικό	97	38,65	10,090
Σύνολο	34	42,09	8,310

Η συνολική προϋπηρεσία του δείγματος ως νοσηλευτές ήταν 11,5 έτη και η συνολική προϋπηρεσία στο μαιευτήριο ήταν 10 χρόνια.

Στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια η μέση βαθμολογία ήταν $7,59 \pm 2,24$ με ένα εύρος τιμών από 1 ως και 10 και μια διάμεση τιμή 8.

Αντίθετα στην ερώτηση πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στα μαιευτήρια, η μέση βαθμολογία ήταν υψηλότερη ($8,24 \pm 2,07$) με ένα εύρος τιμών από 0 ως και 10 και μια διάμεση τιμή 8.

Σε γενικές γραμμές το προσωπικό στα μαιευτήρια είναι ικανοποιημένο από την εργασία τους ($7,59 \pm 2,17$) με ένα εύρος τιμών από 0 ως και 10 και μια διάμεση τιμή 8.

Οι μαίες βαθμολόγησαν την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους ιατρούς χαμηλότερα σε σύγκριση με την ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές και με τις μαίες.

Στην γενική ερώτηση από 0 έως 10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας η μέση τιμή ήταν 7,76 με ένα εύρος τιμών από 0 ως και 10. (πίνακας 5.3)

Πίνακας 5.3: μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις απαντήσεων σε συνεχείς μεταβλητές

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Συνολική προϋπηρεσία ως νοσηλευτής	11,49	11,562
Συνολική προϋπηρεσία στο μαιευτήριο	10,13	11,127
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στα μαιευτήρια;	8,24	2,07
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στα μαιευτήρια;	7,59	2,24
Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;	5,67	3,45
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς;	6,21	1,95
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;	7,78	1,56
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις Μαίες;	8,07	1,69
Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας;	7,76	2,20

Σχέση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την αυτοαναφερόμενη ποιότητα

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 5.4 η ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι μαιές φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια, με την ικανοποίηση του προσωπικού από την εργασία του, με την συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και με την ασφάλεια στα μαιευτήρια. Η διάμεση ηλικία των μαιών ήταν τα 35 έτη και επιλέχθηκε ως τιμή κατώφλι για τον διαχωρισμό σε δυο ομάδες (<35 και >35).

Πίνακας 5.4: μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις απαντήσεων σε συνεχείς μεταβλητές ως προς την ηλικία

Μεταβλητή	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια;	<35	45	6,91	2,69	0,001
	>35	52	8,30	0,94	
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στα μαιευτήρια;	<35	45	7,62	2,31	<0,001
	>35	52	9,00	0,84	
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στα μαιευτήρια;	<35	45	6,80	2,23	<0,001
	>35	52	8,40	1,37	
Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;	<35	45	4,80	3,41	0,010
	>35	52	6,56	3,19	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;	<35	45	7,76	1,09	0,277
	>35	52	8,02	1,26	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς;	<35	45	5,87	2,08	0,027
	>35	52	6,67	1,42	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις μαιές;	<35	45	8,13	1,35	0,612
	>35	52	8,27	1,27	
Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας;	<35	45	7,13	2,46	0,001
	>35	52	8,50	1,23	

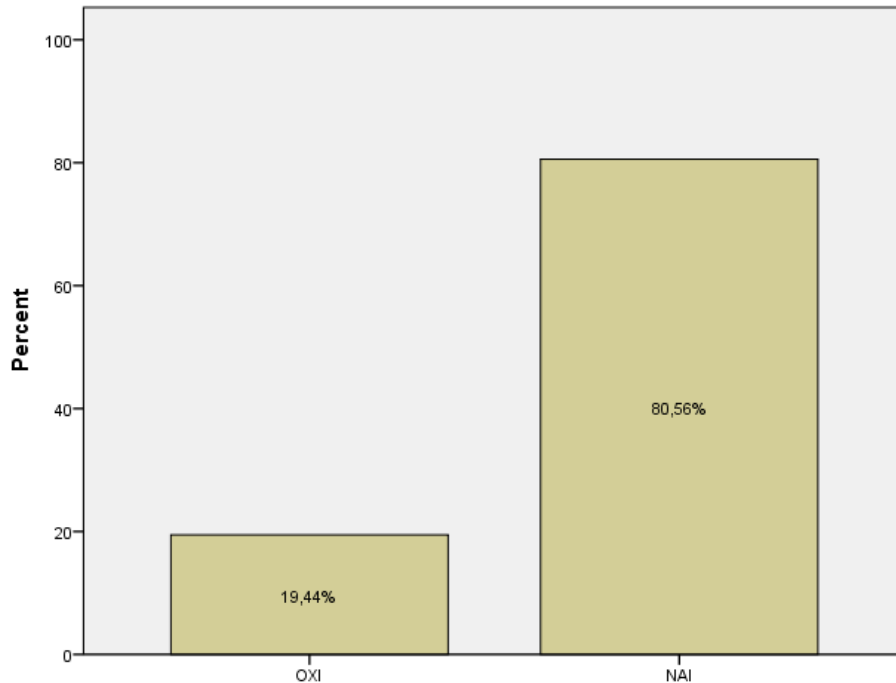
Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.5, η προϋπηρεσία στα μαιευτήρια φαίνεται να σχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια, με την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν προσωπικά στα μαιευτήρια, με την ικανοποίηση από την εργασία τους στα μαιευτήρια, με την ικανοποίηση από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς και με το πόσο ασφαλείς θεωρεί το προσωπικό ότι είναι οι πάσχοντες στο μαιευτήριο.

Πίνακας 5.5: μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις απαντήσεων σε συνεχείς μεταβλητές ως προς την προϋπηρεσία

Μεταβλητή	Προϋπηρεσία	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στα μαιευτήρια;	<3	49	7,55	1,882	0,005
	>3	47	8,42	,9027	
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στα μαιευτήρια;	<3	49	8,31	1,045	<0,001
	>3	47	9,09	,803	
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στα μαιευτήρια;	<3	49	7,29	1,658	<0,001
	>3	47	8,70	,998	
Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;	<3	49	5,14	3,476	0,093
	>3	47	6,34	3,441	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;	<3	49	7,73	1,204	0,199
	>3	47	8,04	1,122	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς;	<3	49	6,02	1,831	0,009
	>3	47	6,91	1,427	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις μαίες;	<3	49	7,98	1,450	0,129
	>3	47	8,38	1,095	
Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας;	<3	49	7,51	1,938	<0,001
	>3	47	8,72	1,097	

Σχέση της ενσυνείδητης επιλογής του τμήματος με τις συνεχείς μεταβλητές

Για την πλειοψηφία των μαιών, η εργασία τους στο μαιευτικό τμήμα αποτέλεσε προσωπική τους ενσυνείδητη επιλογή (διάγραμμα 1).



Διάγραμμα 3: Κατανομή ποσοστών απαντήσεων στην ερώτηση: Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.6, οι μαίες που απάντησαν ότι η εργασία τους στο μαιευτήριο αποτέλεσε προσωπική τους ενσυνείδητη επιλογή είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία σε σύγκριση με τις άλλες που απάντησαν αρνητικά ($p=0,050$).

Το t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των απαντήσεων νοσηλευτών στις υπόλοιπες συνεχείς μεταβλητές.

Πίνακας 5.6: συσχέτιση της συνολικής προϋπηρεσίας ως νοσηλευτές με τις συνεχείς μεταβλητές

	Επιλογή τμήματος	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση	p-value
Ηλικία	OXI	19	39,21	10,518	0,789
	NAI	78	38,51	10,049	
Συνολική προϋπηρεσία ως νοσηλευτές	OXI	18	10,17	10,618	0,594
	NAI	82	11,78	11,801	
Συνολική προϋπηρεσία ως μαίες στο μαιευτήριο	OXI	17	5,71	9,459	0,050
	NAI	79	11,08	11,282	
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο μαιευτήριο;	OXI	21	7,6190	2,10894	0,952
	NAI	87	7,5862	2,29028	
Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο μαιευτήριο;	OXI	21	8,33	2,082	0,821
	NAI	87	8,22	2,088	
Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο μαιευτήριο;	OXI	21	7,86	1,153	0,537
	NAI	87	7,53	2,357	
Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί;	OXI	21	6,52	2,750	0,144
	NAI	87	5,46	3,589	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές;	OXI	21	8,05	1,284	0,382
	NAI	87	7,71	1,628	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς;	OXI	21	5,86	2,056	0,353
	NAI	87	6,30	1,924	
Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τις μαίες;	OXI	21	8,24	1,411	0,622
	NAI	87	8,03	1,755	
Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριο;	OXI	21	7,33	2,745	0,327
	NAI	87	7,86	2,064	

Συσχέτιση του νοσοκομείου με τις συνεχείς μεταβλητές

1. σχέση νοσοκομείου και μέσης ηλικίας

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.7, η μέση ηλικία των μαιών στο μαιευτήριο της Αμμοχώστου είναι στατιστικά σημαντικά η μικρότερη.

Πίνακας 5.7: ANOVA μέσης ηλικίας ως νοσηλευτές και νοσοκομείου

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	34	42,09	8,310
Λεμεσός	19	37,63	10,505
Λάρνακα	21	38,90	9,507
Πάφος	8	46,13	10,816
Αμμόχωστος	15	27,80	4,195
Σύνολο	97	38,65	10,090

2. σχέση νοσοκομείου και μέσης προϋπηρεσίας

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.8, η μέση προϋπηρεσία των νοσηλευτών από τα χειρουργεία της Πάφου είναι στατιστικά σημαντικά η μεγαλύτερη ενώ οι νοσηλευτές από το χειρουργείο του νοσοκομείου Αμμοχώστου έχουν την μικρότερη μέση προϋπηρεσία.

Πίνακας 5.8: ANOVA συνολική προϋπηρεσία ως νοσηλευτές και νοσοκομείου

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	41	14,66	11,162
Λεμεσός	20	9,85	10,937
Λάρνακα	21	8,71	11,345
Πάφος	8	17,50	15,666
Αμμόχωστος	10	2,80	1,317
Σύνολο	100	11,49	11,562

3. σχέση νοσοκομείου και μέσης προϋπηρεσίας στο μαιευτήριο

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.9, η μέση προϋπηρεσία στο μαιευτήριο της Αμμοχώστου είναι στατιστικά σημαντικά η μικρότερη.

Πίνακας 5.9: ANOVA συνολική προϋπηρεσία ως μαίες στο μαιευτήριο

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	38	11,87	11,586
Λεμεσός	20	9,25	10,686
Λάρνακα	21	8,43	9,563
Πάφος	8	17,13	15,487
Αμμόχωστος	9	2,44	,726
Σύνολο	96	10,13	11,127

4. σχέση νοσοκομείου και μέση ποιότητας υπηρεσιών στο μαιευτήριο

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.10, η μέση ποιότητα υπηρεσιών στο μαιευτήριο του νοσοκομείου της Αμμοχώστου είναι στατιστικά σημαντικά η χαμηλότερη σε σχέση με τα υπόλοιπα μαιευτήρια.

Πίνακας 5.10: ANOVA μέση ποιότητα στο μαιευτήριο

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	7,7209	1,94356
Λεμεσός	20	8,1500	1,03999
Λάρνακα	22	8,2727	,76730
Πάφος	8	9,1250	,99103
Αμμόχωστος	15	4,6667	3,55903
Σύνολο	108	7,5926	2,24665

5. σχέση νοσοκομείου και μέσης αυτοαναφερόμενης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στα χειρουργεία

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.11, η μέση αυτοαναφερόμενη ποιότητα υπηρεσιών στο μαιευτήριο του Νοσοκομείου Πάφου είναι στατιστικά σημαντικά η υψηλότερη σε σύγκριση με το Μακάριο, την Αμμόχωστο και τη Λάρνακα.

Πίνακας 5.11: ANOVA αυτοαναφερόμενης ποιότητας υπηρεσιών και νοσοκομείου

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	8,23	2,103
Λεμεσός	20	8,85	1,040
Λάρνακα	22	7,91	1,950
Πάφος	8	9,75	,707
Αμμόχωστος	15	7,13	2,997
Σύνολο	108	8,24	2,077

6. σχέση νοσοκομείου και ικανοποίησης από το μαιευτήριο

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.12, οι μαίες του Νοσοκομείου Πάφου είναι οι πιο ικανοποιημένες και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.12: ANOVA ικανοποίηση από το μαιευτήριο

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	7,67	2,212
Λεμεσός	20	7,40	2,088
Λάρνακα	22	7,91	1,306
Πάφος	8	9,63	,744
Αμμόχωστος	15	6,07	2,764
Σύνολο	108	7,59	2,175

7. σχέση νοσοκομείου και βαθμολόγησης του νοσοκομείου αυτού σε σχέση με τα άλλα που εργάστηκαν

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.13, οι νοσηλευτές στο μαιευτήριο του Νοσοκομείου Λάρνακας βαθμολόγησαν με τη μικρότερη μέση βαθμολογία το νοσοκομεία τους σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία που έχουν εργαστεί και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.13: ANOVA βαθμολόγησης του νοσοκομείου αυτού σε σχέση με τα άλλα που εργάστηκαν

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	6,93	2,772
Λεμεσός	20	5,05	3,591
Λάρνακα	22	3,27	4,073
Πάφος	8	6,13	3,834
Αμμόχωστος	15	6,13	1,922
Σύνολο	108	5,67	3,456

8. σχέση νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους Νοσηλευτές

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.14, οι νοσηλευτές στα χειρουργεία του Νοσοκομείου Λεμεσού και Αμμοχώστου ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους Νοσηλευτές σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία με το Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας να έχει τη μικρότερη βαθμολογία και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.14: ANOVA νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους Νοσηλευτές

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	7,72	2,074
Λεμεσός	20	7,55	1,276
Λάρνακα	22	7,82	1,006
Πάφος	8	8,50	1,069
Αμμόχωστος	15	7,80	1,082
Σύνολο	108	7,78	1,567

9. σχέση νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους γιατρούς

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.15, οι μαίες του Νοσοκομείου Αμμοχώστου ήταν οι λιγότερο ικανοποιημένες από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους γιατρούς σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.15: ANOVA νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους γιατρούς

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	6,09	1,836
Λεμεσός	20	6,85	1,496
Λάρνακα	22	6,55	1,224
Πάφος	8	8,25	,886
Αμμόχωστος	15	4,13	2,326
Σύνολο	108	6,21	1,948

10. *σχέση νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους Νοσηλευτές*

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.16, δεν υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τις άλλες μαίες.

Πίνακας 5.16: ANOVA νοσοκομείου και ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τις μαίες

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	7,77	2,158
Λεμεσός	20	7,70	1,593
Λάρνακα	22	8,32	1,041
Πάφος	8	8,88	,991
Αμμόχωστος	15	8,67	,976
Σύνολο	108	8,07	1,689

11. *σχέση νοσοκομείου και ασφάλειας των ασθενών στο μαιευτήριο*

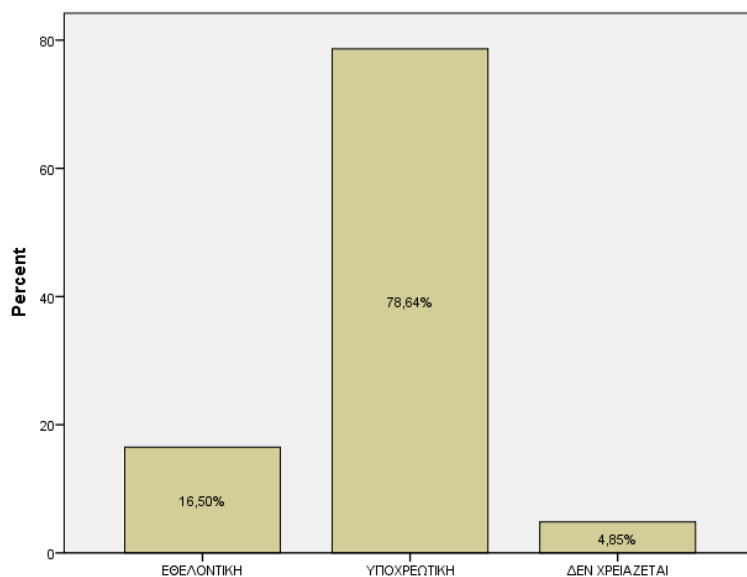
Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.17, οι νοσηλευτές στο μαιευτήριο του Νοσοκομείου Αμμοχώστου θεώρησαν λιγότερο ότι είναι ασφαλείς οι ασθενείς και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.17: ANOVA νοσοκομείου και ασφάλειας των ασθενών στο μαιευτήριο

Νοσοκομείο	N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Λευκωσία Μακάριο	43	7,86	2,145
Λεμεσός	20	8,20	1,196
Λάρνακα	22	8,59	,908
Πάφος	8	9,50	,756
Αμμόχωστος	15	4,73	2,658
Σύνολο	108	7,76	2,208

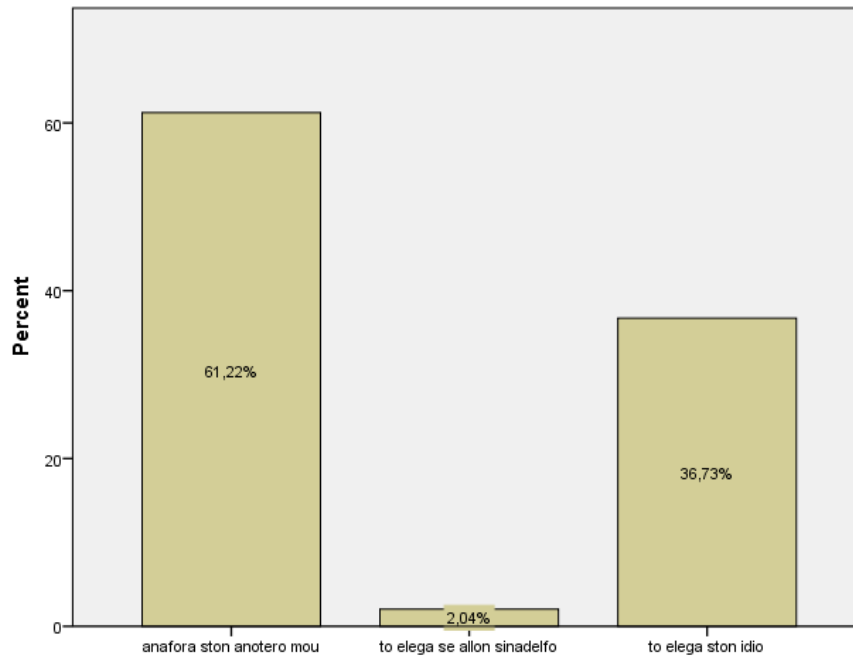
Στάση των μαιών σχετικά με τα λάθη και την αναφορά τους

Προκειμένου να αξιολογηθεί η στάση των μαιών για την αναφορά των λαθών διατυπώθηκαν 3 ερωτήσεις. Στην δήλωση: πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το μαιευτήριο πρέπει να είναι, το 78,5% των μαιών δήλωσαν πως πρέπει να είναι υποχρεωτική η αναφορά των λαθών (διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 3: Κατανομή ποσοστών απαντήσεων στην δήλωση: Πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το μαιευτήριο πρέπει να είναι

Στη δήλωση εάν έπεφτε στην αντίληψή τους κάποιο λάθος συναδέλφου τους που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα.. το 37% των μαιών απάντησαν ότι θα το έλεγαν στον ίδιο το συνάδελφο, ενώ το 61% θα το έλεγε στον ανώτερό του και το 2% θα το απέκρυπτε, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4.



Διάγραμμα 4: Κατανομή ποσοστών απαντήσεων στην δήλωση: εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα..

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.18, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία, στη μέση προϋπηρεσία ως νοσηλευτές και στη μέση προϋπηρεσία στο μαιευτήριο ως προς τις απαντήσεις στη δήλωση πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το μαιευτήριο πρέπει να είναι εθελοντική, υποχρεωτική ή δεν χρειάζεται. Πιο συγκεκριμένα, αυτές που απάντησαν δεν χρειάζεται είχαν μεγαλύτερη μέση ηλικία και μέση προϋπηρεσία ως νοσηλεύτριες και στο μαιευτήριο.

Πίνακας 5.18: διαφορές στη μέση ηλικία, προϋπηρεσία των απαντήσεων στην δήλωση πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το μαιευτήριο πρέπει να είναι

Πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το μαιευτήριο πρέπει να είναι		N	Μέση τιμή	Τυπ. απόκλιση
Ηλικία	Εθελοντική	15	36,33	8,006
	Υποχρεωτική	75	38,28	10,192
	Δεν χρειάζεται	4	53,00	2,944
	Σύνολο	94	38,60	10,120
Προϋπηρεσία	Εθελοντική	15	7,40	9,999
	Υποχρεωτική	77	11,12	11,029
	Δεν χρειάζεται	5	29,40	3,286
	Σύνολο	97	11,48	11,435
Προϋπηρεσία στο μαιευτήριο	Εθελοντική	15	7,13	9,680
	Υποχρεωτική	73	9,41	10,419
	Δεν χρειάζεται	5	28,60	4,099
	Σύνολο	93	10,08	10,971

Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,270$) στη μέση ηλικία και στη μέση προϋπηρεσία ως μαιέες ($p=0,167$) όσων απάντησαν στην ερώτηση τι θα κάνατε εάν έπεφτε στην αντίληψή σας κάποιο λάθος συναδέλφου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή.

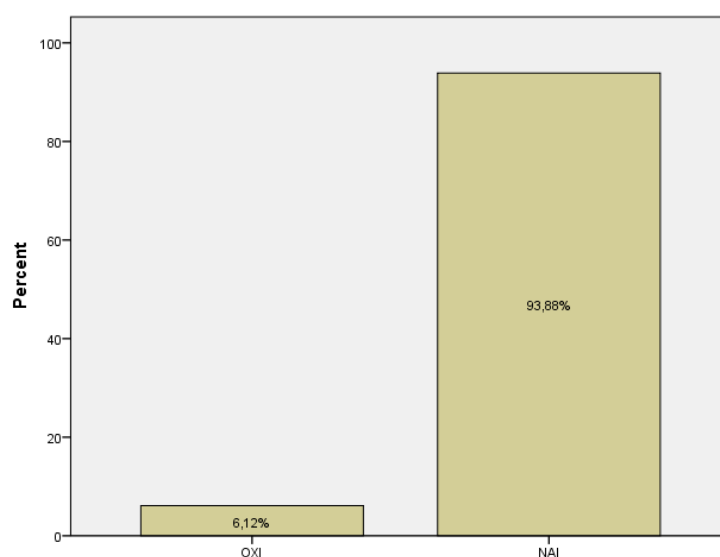
Η δοκιμασία ANOVA έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,014$) στη μέση προϋπηρεσία των ατόμων που απάντησαν στην ερώτηση τι θα κάνατε εάν έπεφτε στην αντίληψή σας κάποιο λάθος συναδέλφου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή (πίνακας 5.19).

Πίνακας 5.19: διαφορές στη μέση ηλικία, προϋπηρεσία ως νοσηλεύτρια και ως μαία των απαντήσεων στην δήλωση εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή

		N	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	Αναφορά στον ανώτερο	56	39,84	10,357
	Σε άλλο συνάδελφο	2	28,50	4,950
	Στον ίδιο	32	37,50	9,193
	Σύνολο	90	38,76	9,983
Προϋπηρεσία	Αναφορά στον ανώτερο	58	12,03	12,026
	Σε άλλο συνάδελφο	2	3,00	1,414
	Στον ίδιο	34	10,09	9,781
	Σύνολο	94	11,14	11,178
Προϋπηρεσία στο μαιευτήριο	Αναφορά στον ανώτερο	56	10,43	11,339
	Σε άλλο συνάδελφο	1	2,00	.
	Στον ίδιο	33	8,61	9,417
	Σύνολο	90	9,67	10,620

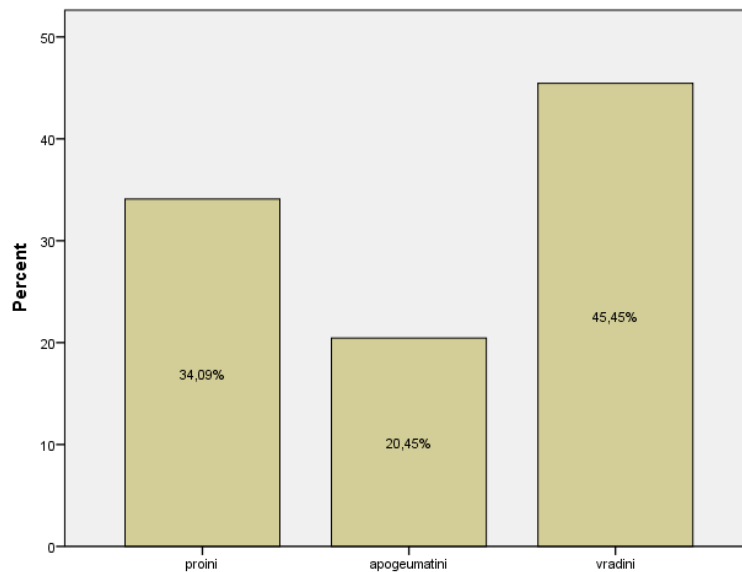
Επιπολασμός των λαθών και ικανοποίηση από τους χειρισμούς της Διοίκησης

Στην ερώτηση αν έχουν κάνει λάθος, το 94% των μαίων δήλωσαν ότι έχουν κάνει κάποιο λάθος στην εργασία τους (διάγραμμα 5).



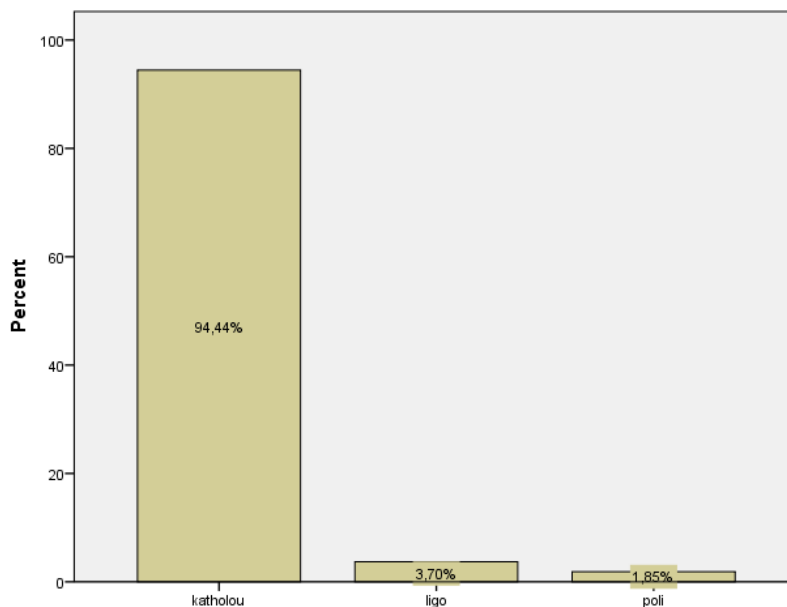
Διάγραμμα 5: ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση αν έχουν κάνει λάθος

Οι περισσότεροι έχουν κάνει λάθος στην βραδινή βάρδια και ακολουθεί η πρωινή (διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6: ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση σε ποια βάρδια έγινε το λάθος

Στο διάγραμμα 7 φαίνεται πως σύμφωνα με το 94% των μαιών, το λάθος τους δεν επηρέασε καθόλου την κατάσταση της υγείας του ασθενή.



Διάγραμμα 7: ποσοστά απαντήσεων στην ερώτηση πόσο το λάθος επηρέασε την κατάσταση του ασθενή

Το t-test δεν έδειξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία, στη μέση προϋπηρεσία ως νοσηλευτές, στη μέση προϋπηρεσία στο μαιευτήριο, στην ποιότητα φροντίδας,

την ικανοποίηση από την εργασία και στην ασφάλεια του πάσχοντα όσων απάντησαν ότι έκαναν λάθος και όσων ότι δεν έκαναν (πίνακας 5.22).

Πίνακας 5.20: Διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ νοσηλευτών που δήλωσαν ότι έκαναν και όσων δεν έκαναν λάθος

Μεταβλητή	Έχω κάνει λάθος	N	Mean	Std. Deviation	p-value
Ηλικία	Όχι	3	41,00	13,077	NS
	Ναι	41	37,76	8,279	
Προϋπηρεσία ως νοσηλευτές	Όχι	3	12,33	15,308	NS
	Ναι	43	9,35	9,675	
Προϋπηρεσία ως μαίες	Όχι	3	10,00	13,00	NS
	Ναι	41	8,02	9,261	
Ποιότητα των υπηρεσιών στο μαιευτήριο	Όχι	3	7,66	,577	NS
	Ναι	46	7,65	1,876	
Ικανοποίηση από την εργασία στο μαιευτήριο	Όχι	3	7,33	,577	NS
	Ναι	46	7,26	2,144	
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας	Όχι	3	8,67	,577	NS
	Ναι	46	7,72	1,601	

Δεν υπήρξε διαφορά ($p=0.774$) στα ποσοστά αναφοράς λαθών μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν αν θα πρέπει να είναι υποχρεωτική ή εθελοντική η αναφορά των λαθών (πίνακας 5.21).

Πίνακας 5.21: Διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ μαιών που δήλωσαν ότι έκαναν και όσων δεν έκαναν λάθος

	Λάθος (NAI)	p-value
Η αναφορά λαθών πρέπει να είναι		
Εθελοντική	9 (19,6%)	0.215
Υποχρεωτική	34 (73,9%)	
Δεν χρειάζεται	3 (6,5%)	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.22, δεν υπήρξε συσχέτιση των απαντήσεων των μαιών στην ερώτηση πόσο το λάθος επηρέασε την κατάσταση της υγείας του ασθενή και στην ηλικία, την προϋπηρεσία τους ως νοσηλευτές και στα μαιευτήρια και στην ικανοποίησή τους από την εργασία στο μαιευτήριο.

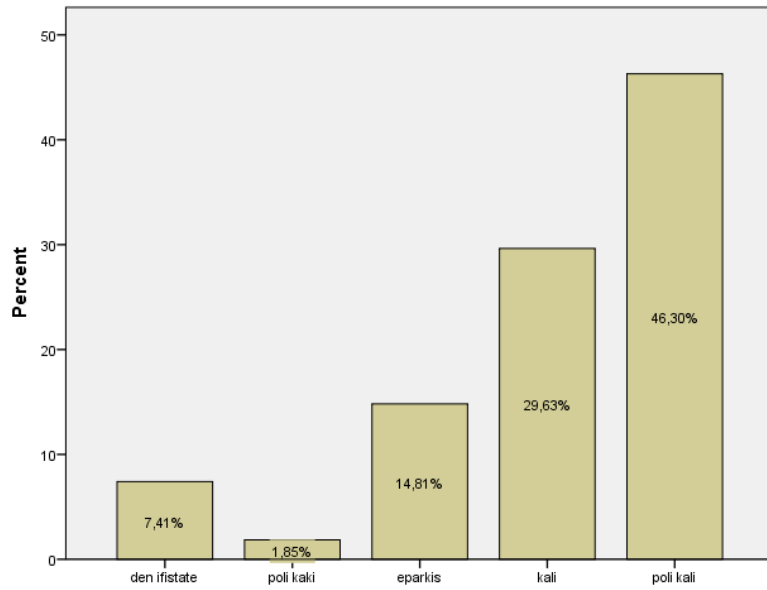
Πίνακας 5.22: Διαφορές στις μέσες τιμές των απαντήσεων των μαίων στην ερώτηση πόσο το λάθος επηρέασε την κατάσταση της υγείας του πάσχοντα

		N	Mean	Std. Deviation	p-value
Ηλικία	Καθόλου	96	11,48	11,636	NS
	Λίγο	2	7,50	3,536	
	Πολύ	2	16,00	16,971	
	Σύνολο	100	11,49	11,562	
Προϋπηρεσία ως νοσηλευτές	Καθόλου	92	10,12	11,231	NS
	Λίγο	2	7,50	3,536	
	Πολύ	2	13,00	15,556	
	Σύνολο	96	10,13	11,127	
Προϋπηρεσία ως μαίες	Καθόλου	102	7,7353	2,04371	NS
	Λίγο	4	4,0000	4,61880	
	Πολύ	2	7,5000	,70711	
	Σύνολο	108	7,5926	2,24665	
Ικανοποίηση από την εργασία στο μαιευτήριο	Καθόλου	102	7,74	1,955	NS
	Λίγο	4	4,00	4,690	
	Πολύ	2	7,50	,707	
	Σύνολο	108	7,59	2,175	
Ασφάλεια ασθενών	Καθόλου	102	7,76	2,265	NS
	Λίγο	4	7,50	,577	
	Πολύ	2	8,00	1,414	
	Σύνολο	108	7,76	2,208	

Ποιότητα συνεργασίας με άλλες ειδικότητες

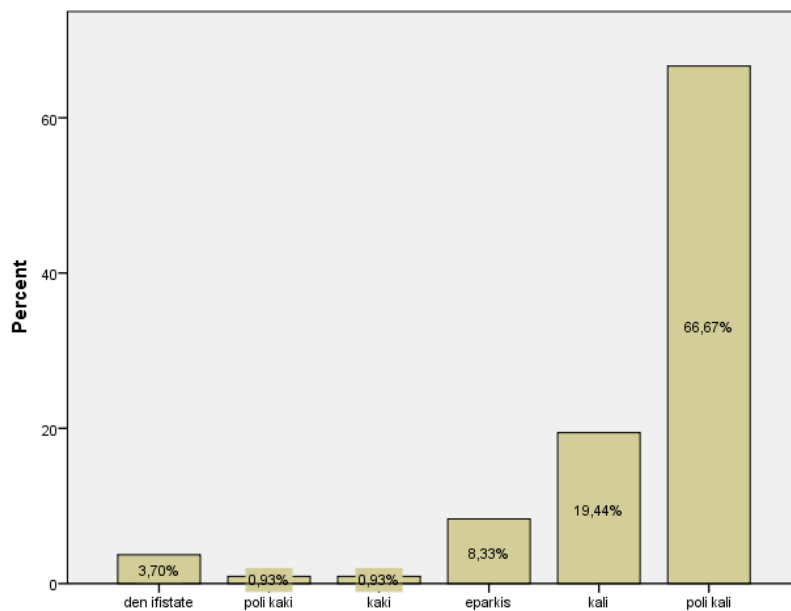
Οι μαίες του δείγματος κλήθηκαν να αξιολογήσουν την ποιότητα της συνεργασίας/επικοινωνίας με όλες τις εμπλεκόμενες ειδικότητες.

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8, οι περισσότεροι χαρακτήρισαν καλή και πολύ καλή τη συνεργασία με τους προϊστάμενους.

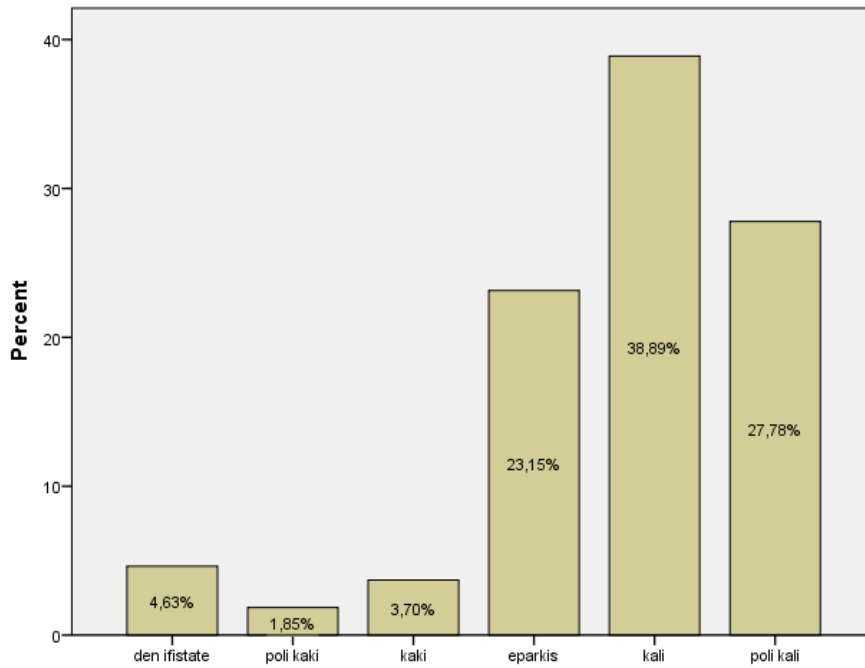


Διάγραμμα 8: ποιότητα συνεργασίας με τους προϊστάμενους

Το 67% των μαιών χαρακτήρισαν καλή και πολύ καλή τη συνεργασία με τους ανώτερους μαιευτικούς λειτουργούς (διάγραμμα 9). Το ποσοστό για τους γυναικολόγους είναι 67% (διάγραμμα 10).

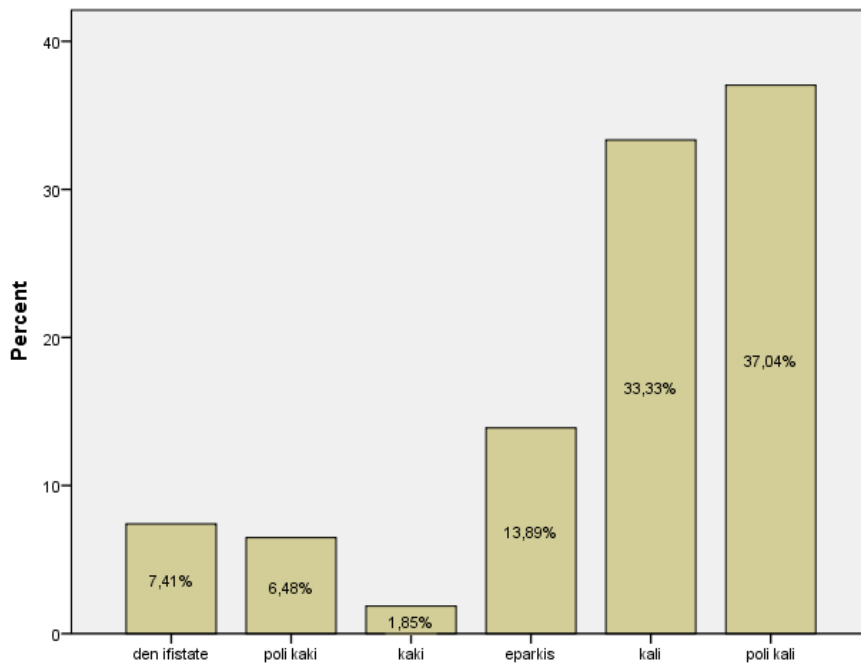


Διάγραμμα 9: ποιότητα συνεργασίας με τους ανώτερους μαιευτικούς λειτουργούς



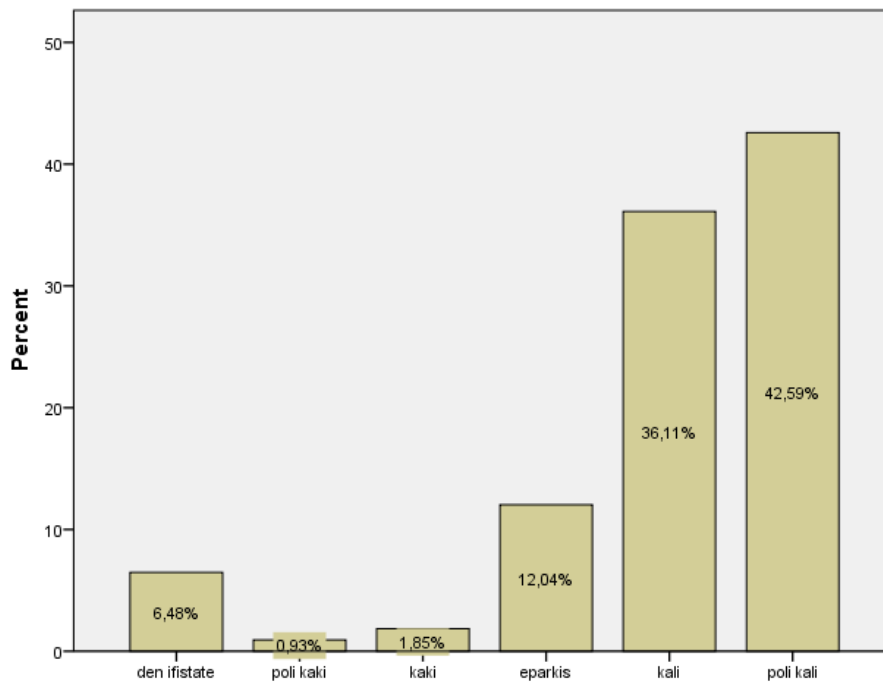
Διάγραμμα 10: ποιότητα συνεργασίας με τους γυναικολόγους

Το 75% των μαιών χαρακτήρισαν καλή και πολύ καλή τη συνεργασία με τους ιατρούς (διάγραμμα 11). Σε ό,τι αφορά τη συνεργασία με τους ορθοπεδικούς 18% απάντησαν επαρκή (διάγραμμα 14).

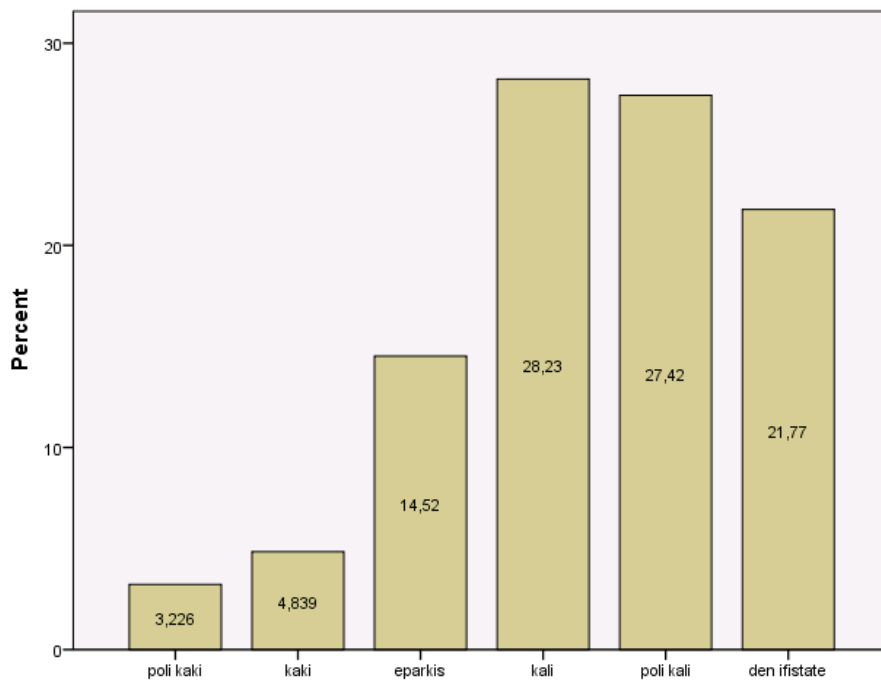


Διάγραμμα 11: ποιότητα συνεργασίας με τους ιατρούς

Το 78% των μαιών χαρακτήρισαν καλή και πολύ καλή τη συνεργασία με τους ειδικευμένους (διάγραμμα 12) και το 48% με τους ασκούμενους (διάγραμμα 13).

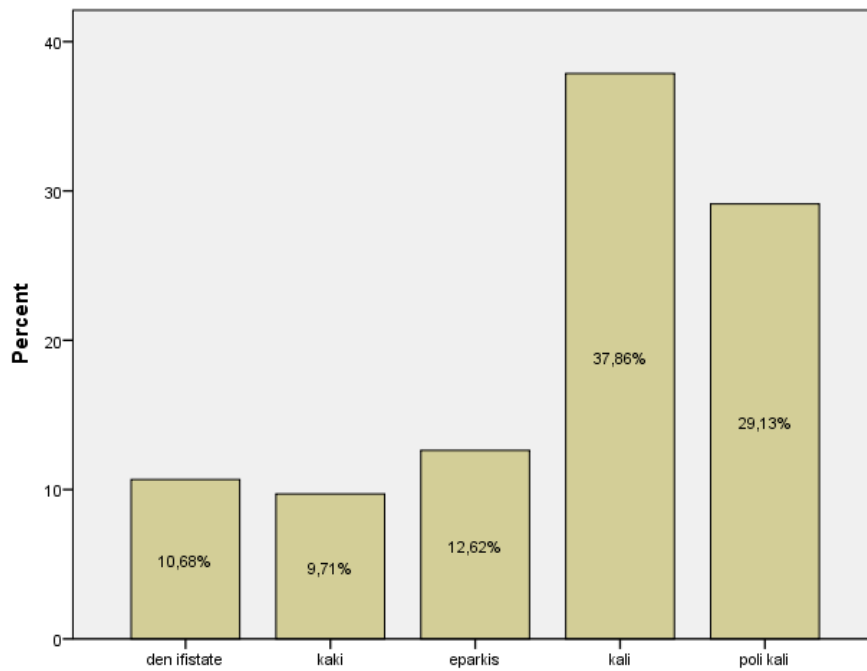


Διάγραμμα 12: ποιότητα συνεργασίας με τους ειδικευμένους



Διάγραμμα 13: ποιότητα συνεργασίας με τους ασκούμενους

Το 67% των μαιών χαρακτήρισαν καλή και πολύ καλή τη συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό (διάγραμμα 14).



Διάγραμμα 14: ποιότητα συνεργασίας με το λοιπό προσωπικό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της στάσης των μαιών σε θέματα ασφάλειας των γυναικών στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Η καταγραφή του επιπολασμού των λαθών καθώς και η καταγραφή της άποψης των μαιών για τα λάθη είναι απαραίτητα για τη λήψη διορθωτικών μέτρων και για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Δυνατό σημείο της παρούσας έρευνας είναι η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος δεδομένου ότι δόθηκαν ερωτηματολόγια σε όλες τις μαιές που εργάζονται στα μαιευτήρια των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου. Αυτό μας επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι μαιές βαθμολόγησαν γενικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα μαιευτήρια με 7,59. Σε τρεις άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Κύπρο σε ΜΕΘ, σε Παθολογικό και Χειρουργικά τμήματα οι αντίστοιχες βαθμολογίες κυμαίνονταν στα ίδια επίπεδα. Δεν διαπιστώνουμε κάποια σημαντική διαφορά που σημαίνει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών στα συγκεκριμένα τμήματα στην Κύπρο χαρακτηρίζεται ικανοποιητική από το νοσηλευτικό προσωπικό (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2013). Υπήρξαν και διαφοροποιήσεις στη μέση ποιότητα υπηρεσιών στα μαιευτήρια με αυτή του νοσοκομείου της Αμμοχώστου να είναι στατιστικά σημαντικά η χαμηλότερη σε σχέση με τα υπόλοιπα μαιευτήρια. Παράγοντες που πιθανό να ερμηνεύουν αυτή την εικόνα είναι η χαμηλότερη ηλικία, μέση προϋπηρεσία των μαιών σε αυτό το νοσοκομείο και μέση ικανοποίηση από την εργασία τους. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται έρευνα, κυρίως ποιοτική, απαιτείται για την διερεύνηση των ιδιαίτερων συνθηκών και παραγόντων που πιθανώς να δικαιολογούν αυτό το εύρημα.

Σε γενικές γραμμές οι μαιές είναι ικανοποιημένες από την εργασία τους στα μαιευτήρια με μέση τιμή 7,59 ενώ στις προηγούμενες έρευνες ήταν ελαφρά χαμηλότερη η ικανοποίηση (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2013). Αν και χρήζει περαιτέρω έρευνας, αυτό πιθανώς να οφείλεται στο ιδιαίτερο προφίλ των μαιών, των οποίων η επιλογή του επαγγέλματος φαίνεται να είναι μια απολύτως συνειδητή επιλογή δοθέντος ότι στην Κύπρο προϋπόθεση είναι η κατοχή πτυχίου νοσηλευτικής. Η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα αλλά και την ικανοποίηση από την παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα. Αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα των Raftopoulos et al., (2011), Raftopoulos & Pavlakis, (2012).

Οι μαίες βαθμολόγησαν σχετικά χαμηλά την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους ιατρούς με μια μέση τιμή 6,21 ενώ στις δυο άλλες έρευνες ήταν αντίστοιχα 7.07 και 7.74 που θεωρείται σχετικά χαμηλή βαθμολογία και υποδεικνύει χαμηλό επίπεδο συνεργασίας και ομαδικότητας (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2013). Σε άλλη έρευνα τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια (Karima et al., 2011). Η ομαδική εργασία είναι σημαντική προϋπόθεση για την παροχή ποιότητας φροντίδας, για τη λήψη κλινικών αποφάσεων και μειώνει την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα (Aiken et al., 2002, Institute of Medicine [IOM], 2004, Rosenstein & O'Daniel, 2005). Οι μαίες του Νοσοκομείου Αμμοχώστου ήταν οι λιγότερο ικανοποιημένες από την ποιότητα της συνεργασίας τους με τους γιατρούς σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία και αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική. Φαίνεται πως η εδραίωση μιας καλής σχέσης συνεργασίας με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αντίληψη που έχει το ίδιο το προσωπικό για την ποιότητα των μαιευτικών υπηρεσιών αλλά για την ικανοποίηση από την εργασία τους.

Η ποιότητα της συνεργασίας με τους νοσηλευτές ήταν 7,78 ενώ στις δυο άλλες έρευνες ήταν αντίστοιχα 8.51, και 7.17 που θεωρούνται σχετικά καλές βαθμολογίες και υποδεικνύουν καλό επίπεδο συνεργασίας και ομαδικότητας (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2013, Maxfield et al, 2013, Lyndon et al, 2014). Η συνεργασία των νοσηλευτών μεταξύ τους φαίνεται να είναι πολύ καλύτερη σε σύγκριση με τους γιατρούς και αυτό πρέπει να ενδυναμωθεί. Η ομαδική εργασία καθώς και η ανάπτυξη ενός κλίματος συνεργασίας είναι ο βασικός παράγοντας που σχετίζεται με την ασφάλεια των πασχόντων σύμφωνα με τη βιβλιογραφία και θα πρέπει να προωθείται μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων (Leape et al, 1991, Sexton et al, 2006, Pronovost et al, 2008, Raftopoulos & Pavlakis, 2012).

Στην ερώτηση πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο μαιευτήριό σας στην κλίμακα βαθμολόγησης 0-10, η μέση τιμή ήταν 7,76 ενώ στις τρεις άλλες έρευνες ήταν αντίστοιχα 5.85 και 8.03. Αν εξαιρέσουμε την έρευνα που αφορούσε τα παθολογικά τμήματα θεωρούνται πολύ χαμηλές βαθμολογίες και υποδεικνύουν προβληματικό επίπεδο ασφάλειας (Raftopoulos et al., 2011, Raftopoulos & Pavlakis, 2012, Πετρίδης, 2013).

Οι έρευνες σε μαιευτικά τμήματα, υποστηρίζουν ότι οι γυναικολόγοι και οι μαίες έχουν πράξει ή έχουν γίνει μάρτυρες κάποιου σφάλματος ή κάποιας αστοχίας τα οποία απείλησαν την ασφάλεια των πασχόντων. Στην παρούσα έρευνα, στην ερώτηση αν έχουν κάνει λάθος, το 94% των μαιών δήλωσαν ότι έχουν κάνει κάποιο λάθος στην εργασία τους. Τα πιο πολλά λάθη σημειώθηκαν κατά την βραδινή βάρδια. Οι Saul et al. (2000) στην ανασκόπησή τους για τα λάθη, ισχυρίστηκαν ότι. Οι έρευνες στις ΗΠΑ και την Αυστραλία έδειξαν ότι οι ιατρογενείς κακώσεις ανέρχονται στο 5-36% όλων των εισαγωγών στο νοσοκομείο και στο 11-13%

των εισαγωγών στις ΜΕΘ (Shimmel, 1964; Steel et al, 1981, Lanshmanan et al, 1986). Η καταγραφή των λαθών και πολύ περισσότερο η σύγκριση με άλλες χώρες είναι πολύ δύσκολη καθώς απαιτεί όχι μόνο την ύπαρξη ενός τυποποιημένου συστήματος καταγραφής αλλά και την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας και καταγραφής. Και άλλες έρευνες αναφέρουν διαφοροποιημένα ποσοστά με την αδυναμία ότι δεν είναι έρευνες σε μεγάλο δείγμα και με μια τυποποιημένη μέθοδο καταγραφής (Day et al, 2004, Tuttle et al, 2004, Schuerer et al. 2006, Hirose et al, 2007, Harris et al, 2007).

Στην παρούσα έρευνα στη δήλωση εάν έπεφτε στην αντίληψή τους κάποιο λάθος συναδέλφου τους που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα.. το 37% των μαιών απάντησαν ότι θα το έλεγαν στον ίδιο το συνάδελφο, ενώ το 61% θα το έλεγε στον ανώτερό του και το 2% θα το απέκρυπτε. Πολλοί λίγοι επαγγελματίες κοινοποιούν και συζητούν τα λάθη τους, ενώ φαίνεται να υπάρχει μια μη λειτουργική συνεργασία με τη διοίκηση για τη διαχείριση των συμβάντων και για την αναφορά τους (Maxfield et al, 2013, Lyndon et al, 2014).

Αναφορικά με την αναφορά των λαθών στο μαιευτήριο το 78,5% των μαιών δήλωσαν πως πρέπει να είναι υποχρεωτική. Στην Ταιβάν παρόλο που ενισχύεται η εθελοντική και μη τιμωρητέα αναφορά των λαθών από το προσωπικό, δεν καθίσταται εφικτή (Barach & Small, 2000, Waring, 2005). Είναι χαρακτηριστικό ότι στην χώρα αυτή το μεγαλύτερο ποσοστό των λαθών αφορά κυρίως την χορήγηση φαρμάκων (50%-60%). Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κύπρο, το 87,5% των νοσηλευτών δήλωσαν πως πρέπει να είναι υποχρεωτική η αναφορά των λαθών (Raftopoulos et al, 2011). Κατά γενική ομολογία, η αναφορά των λαθών μπορεί να είναι εθελοντική αλλά η καταγραφή τους υποχρεωτική (Weissman et al, 2005). Σε μια έρευνα στη Σκωτία, κυριάρχησε η άποψη ότι θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται τα λάθη που προκαλούν σοβαρή βλάβη στον πάσχοντα και εθελοντικά τα σχεδόν λάθη (Eadie, 2012). Το ίδιο υποστήριξαν και οι Paterick et al. (2009).

Η Committee on Patient Safety and Quality Improvement (2009) σε μια έκδοσή της στην οποία καταγράφει κάποιες συστάσεις για την ασφάλεια και την βελτίωση της ποιότητας της μαιευτικής φροντίδας, καταλήγει στα ακόλουθα: (1) δέσμευση για μια κουλτούρα ασφάλειας, (2) μείωση του κινδύνου των χειρουργικών λαθών, (3) βελτίωση της επικοινωνίας του προσωπικού, (4) βελτίωση της επικοινωνίας των πασχόντων, (5) συνεργασία με τους πάσχοντες και (6) η ασφάλεια ως προτεραιότητα σε κάθε δραστηριότητα. Στην Κύπρο επιβάλλεται η έμπρακτη δέσμευση της Ηγεσίας σε θέματα ποιότητας και ασφάλειας πασχόντων καθώς και η αναπροσαρμογή των κανονισμών αλλά και της νομοθεσίας προκειμένου να υπάρξει ένα αρχείο καταγραφής (registry) των λαθών, να οριστούν τα λάθη και να γίνεται παρέμβαση για επανεκπαίδευση του προσωπικού. Η έγκαιρη ανίχνευση και συστηματική καταγραφή των λα-

θών θα πρέπει να αποτελεί το πρώτο βήμα σε μια προσπάθεια εδραίωσης ενός συστήματος υγείας που δίνει έμφαση στην ποιότητα και την ασφάλεια των πασχόντων.

Το 37% των μαιών απάντησαν ότι εάν έπεφτε στην αντίληψή τους κάποιο λάθος συναδέλφου τους που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε έναν πάσχοντα θα το έλεγαν στον ίδιο το συνάδελφο, ενώ το 61% θα το έλεγε στον ανώτερό του και το 2% θα το απέκρυπτε. Η δοκιμασία ANOVA δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση ηλικία και στη μέση προϋπηρεσία ως μαιές που απάντησαν στην ερώτηση τι θα κάνατε εάν έπεφτε στην αντίληψή σας κάποιο λάθος συναδέλφου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή. Αντίθετα υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση προϋπηρεσία των μαιών που απάντησαν στην ερώτηση τι θα κάνατε εάν έπεφτε στην αντίληψή σας κάποιο λάθος συναδέλφου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, οι μαιές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία θα το ανέφεραν στον ανώτερό τους.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ολλανδία, το 98,3% των ιατρών θα ανέφερε το λάθος σε κάποιον συνάδελφο, το 85,7% θα το ανέφερε στον προϊστάμενο και το 93,8% στον ίδιο τον πάσχοντα (Linthorst et al., 2012). Σε έρευνα στην Ιταλία το 98,4% των γιατρών υποστήριξαν ότι θα έρεπε να συζητούν τα λάθη τους με τους συναδέλφους τους (Flotta et al., 2012). Φαίνεται λοιπόν ότι στην Κύπρο μόνο οι μισοί νοσηλευτές θα συζητούσαν το λάθος τους με κάποιον συνάδελφο όπως γίνεται στις υπόλοιπες χώρες, ενώ ο ένας στους τέσσερις θα ενημέρωνε τον προϊστάμενό του. Διαπιστώνουμε ότι για τις μαιές που είναι υπέρ της υποχρεωτικής αναφοράς των λαθών αυτή μεταφράζεται σε αναφορά στον προϊστάμενό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας ήταν η αποκλειστική συλλογή των δεδομένων μόνο από τα μαιευτήρια των δημοσίων μαιευτηρίων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γνωρίζουμε μόνο της κατάσταση που επικρατεί στα δημόσια νοσοκομεία. Ένας άλλος περιορισμός ήταν η συλλογή δεδομένων μόνο από το μαιευτικό προσωπικό δεδομένου ότι ήταν πολύ λίγα τα ερωτηματολόγια και γενικά η ανταπόκριση τους ιατρικούς προσωπικού και έτσι δεν περιλήφθηκαν στην έρευνα. Μια πιθανή συμμετοχή τους θα έδινε την ευκαιρία για συγκρίσεις και θα μας εξασφάλιζε μια συνολικότερη εικόνα της κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι μαίες που εργάζονται στα μαιευτήρια των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου βαθμολογούν σχετικά υψηλά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν οι ίδιοι. Η ποιότητα αποτελεί έναν πολυδιάστατο όρο και η αυτοαναφερόμενη από τις μαίες αποτελεί έναν σημαντικό συντελεστή. Η διαχρονική αξιολόγηση της ασφάλειας των πασχόντων πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας αλλά και των νοσοκομείων ώστε να επιτρέπονται συγκρίσεις και να προτείνονται βελτιώσεις. Η ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής για την πρόληψη και τη διαχείριση των λαθών στην Κύπρο αποτελεί προτεραιότητα.

Η έρευνα έδειξε ότι είναι συγκριτικά χαμηλή η ποιότητα της συνεργασίας μαιών με το ιατρικό προσωπικό. Η ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα της Διοίκησης και του προσωπικού. Η καλή συνεργασία του προσωπικού αποτελεί το εχέγγυο για την παροχή ποιότητας και ασφάλειας φροντίδας. Η συνεργασία μπορεί να εδραιωθεί μέσα από την καλλιέργεια ενός κλίματος ασφάλειας και εθελοντικής αναφοράς των λαθών.

Ένα μεγάλο ποσοστό των μαιών δήλωσαν πως πρέπει να είναι υποχρεωτική η αναφορά των λαθών. Αν και στην βιβλιογραφία είναι διφορούμενες οι γνώμες περί του θέματος θα πρέπει να γίνεται συστηματική καταγραφή των λαθών μέσα από μια σαφή διαδικασία η οποία θα προκύψει μετά από ευρύ εθνικό διάλογο. Η αναφορά μπορεί να είναι εθελοντική και η καταγραφή υποχρεωτική στα πλαίσια ενός συστήματος συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Βιβλιογραφία

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Huber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Altman E, Clancy C, Blendon J. Improving patient safety – 5 years after the IOM Report. *N Engl J Med*, 2004, 351: 2041 – 2043.
- Armellino D, Griffin M. Structural Empowerment and Patient Safety Culture among Registered Nurses working in Adult Critical Care Units. *J Nurse Manage*, 2010, 18: 796 – 803.
- Ayoubian A, Bagherian MahmoodAbadi H, Hashemi Dehaghi Z. Midwifery Errors: a Descriptive Study in Isfahan Forensic Medicine General Department. *Mater Sociomed*. 2013 Sep; 25(3): 175-177
- Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *Br Med J* 2000,320:759-6.
- Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. Accountability sought by patients following adverse events from medical care: The New Zealand Experience. *CMAJ*, 2006, 175: 889–894.
- Day S, Fox J, Reading T. Adverse event reporting: experience and education of trauma personnel at a level one trauma center. *J Trauma Nurs* 2004,11(4):137-43.
- Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann arbor (MI), Health Administration Press, Michigan, 1980:2.
- Donabedian A. (1990) The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*. 114: 1115-1118.
- Eadie A. Medical error reporting should it be mandatory in Scotland? *J Forensic Leg Med*. 2012 Oct,19(7):437-41.
- European Commission. Eurobarometer. *Special Eurobarometer 241. Medical Errors*. European Commission, Directorate General, Press and Communication, 2006, 241: 4 – 27.
- European Commission. Special Eurobarometer. *Patient Safety and Quality of Health Care*. Full Report. Brussels, 2010.
- Federal Ministry of Labour, Health and Social Affairs. *Quality in health care: opportunities and limits of co-operation at EU-level. Report of meeting European Union Health Ministers on quality in healthcare*. Vienna, 1998. www.bmags.gv.at πρόσβαση 25/10/14
- Flotta D, Rizza P, Bianco A, Pileggi C, Pavia M. Patient safety and medical errors: knowledge, attitudes and behavior among Italian hospital physicians. *Int J Qual Health Care*. 2012 Jun,24(3):258-65.

- Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ et al. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians' attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007,161:179–85.
- Harris CB, Krauss MJ, Coopersmith CM, et al. Patient safety event reporting in critical care: a study of three intensive care units. *Crit Care Med* 2007,35(4):1068-76
- Hirose M, Regenbogen SE, Lipsitz S, et al. Lap time in an incident reporting system at a university hospital in Japan. *Qual Saf Health Care* 2007,16:101-4
- Institute of Medicine (IOM). (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Retrieved April 15, 2005, from <http://www.nap.edu/books/0309090679/html>
- Institute of Medicine (IOM). *Crossing the Quality Chiasm: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington DC, 2001: 4.
- Karima A. EL Sayed and Wafaa F. Sleem. Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. *Life Science Journal*, 2011, 8(2):140-146
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- Lanshmanan MC, Hershey CO, Breslau D. Hospital admissions caused by iatrogenic disease. *Arch Intern Med* 1986; 146:1931–1934.
- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a health care system. *Qual Saf Health Care* 2002,11:15-8.
- Leape LL. Why should we report adverse incidents? *J Eval Clin Pract* 1999,5:1-4.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991; 324: 377–384
- Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet* 2004, 363:1147-1154
- Linthorst G.E. Kallimanis-King B.L, Douwes Dekker I, Hoekstra J.B.L, de Haes J.C.J.M. What contributes to internists' willingness to disclose medical errors? *The Netherlands Journal of Medicine*, 2012, 70(5):242-248
- Lohr K. (1992) *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lyndon A, Zlatnik MG, Maxfield DG, Lewis A, McMillan C, Kennedy HP. Contributions of clinical disconnections and unresolved conflict to failures in intrapartum safety. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*.2014;43:2–12.

- Martijn LL, Jacobs AJ, Maassen II, Buitendijk SS, Wensing MM. Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery*. 2013 Jan;29(1):60-6.
- Maxfield DG, Lyndon A, Kennedy HP, O’Keeffe DF, Zlatnik MG. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:402–8.e3.
- Maxwell R.J. (1992) Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*. 1: 171-177.
- Milch CE, Salem DN, Pauker SG, Lundquist TG, Kumar S, Chen J. Voluntary electronic reporting of medical errors and adverse events. *J Gen Intern Med* 2006,21:165-70.
- Murff H, Patel V, Hripcsak G, Bates D. Detecting adverse events for patient safety research: A review of current methodologies. *J Biomed Inform* 2003,36:131-43.
- Paterick ZR, Paterick BB, Waterhouse BE, Paterick TE. The challenges to transparency in reporting medical errors. *J Patient Saf*. 2009 Dec,5(4):205-9.
- Pronovost P J, Berenholtz S M, Goeschel C, Thom I, Watson S R, Holzmueller C G, Lyon J S, Lubomski L H, Thomson D A, Needham D, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Morlock L, Sexton B. Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *Journal of Critical Care* 2008; 23:207-221
- Raftopoulos V, Pavlakis A, Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *J Crit Care*. 2013 Feb; 28(1):51-61
- Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Serv Res*. 2011; Sep 27,11:238.
- Rigby D. Errors in Health Care Management: What do they cost? *Quality HealthCare*. 2000; 9: 216 – 221.
- Rosenstein, A.H., & O’Daniel, M. Disruptive and clinical perceptions of behaviors outcomes: Nurses and physicians. *American Journal of Nursing*. 2005; 105(1), 54-64.
- Runciman W, Merry A, Smith AM. Improving patients’ safety by gathering information. Anonymous reporting has an important role. *BMJ* 2001,323:7308.
- Saul N Weingart, Ross McL Wilson, Robert W Gibberd, Bernadette Harrison. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774–7
- Scally G. & Donaldson LJ. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal* 317(7150) 4 July pp.61-65
- Schuerer DJ, Nast PA, Harris CB, et al. A new safety event reporting system improves physician reporting in the surgical intensive care unit. *J Am Coll Surg* 2006,202:881-7.

- Sexton B, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al., The safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006, 6(44):1-10
- Shaw C. D. & Kalo I. (2002) *A background for national quality policies in health systems*. World Health Organization
- Shimmel EM. The hazards of hospitalization. *Ann Intern Med* 1964; 60: 100–101
- Smith, A.H., Dixon, A.L., Page, L.A., 2009. Health care professionals' views about safety in maternity services: a qualitative study. *Midwifery* 25 (1), 21–31.
- Steel KS, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med* 1981; 304: 638–642
- Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med*, 2003, 18: 61–67.
- Thomas EJ, Sherwood GD, Mulhollem JL, Sexton JB, Helmreich RL. Working together in the neonatal intensive care unit: provider perspectives. *J Perinatol*. 2004;24:552–9.
- Tuttle D, Holloway R, Baird T, et al. Electronic reporting to improve patient safety. *Qual Saf Health Care* 2004,13:281-6.
- Waring JJ. Beyond blame: Cultural barriers to medical incident reporting. *Soc Sci Med* 2005,60:1927-35
- Weissman JS, Annas CL, Epstein AM, et al. Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. *JAMA* 2005,293:1359-66
- WHO *Quality of care: patient safety. FIFTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA55.18 Agenda item 13.9 18 WHO, 2002*
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf [πρόσβαση Απρ. 2012]
- Shaw C. D. Kalo A.I. (2002) *Background for national quality policies in health systems*. WHO

Ελληνική βιβλιογραφία

- Ετήσια έκθεση Γ.Ν. Λευκωσίας 2010. Διαθέσιμο στο:
<http://www.moh.gov.cy/Moh/ngh/NGH.nsf/All/CF991CB652B522DC225792E00266DA4?Opendocument> (πρόσβαση 20/11/2012).
- Κάργα Μ, Καλαφάτη Μ, Γιαννακοπούλου Μ. Διαχείριση λαθών από Έλληνες Νοσηλευτές. *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 2008, 2: 7 – 21.

Πετρίδης Ε, Λαβράνος Γ, Ραφτόπουλος Β. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013'; 30(4):449–455

Ραφτόπουλος Β. *Τα Θέλω και Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*. Κύπρος, 2009

Τσίτση Θ. (2010) *Ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου*. Μεταπτυχιακή Διατριβή ΑΠΚΥ.

Ιστοσελίδες

www.mcare.state.pa.us/mclf/lib/mclf/hb1802.pdf. (πρόσβαση 2/1/2013)

www.jointcommission.org/SentinelEvents/PolicyandProcedures (πρόσβαση 2/1/2013)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Άδεια χρήσης των δεδομένων



CYPRUS UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

NURSING DEPARTMENT

31, Archbishop Kypriakou, 50329, 3603 Limassol
Tel: 0035725002017 Email: vasilios.raftopoulos@cut.ac.cy

Λεμεσός 18/11/14

ΠΡΟΣ: Μαργαριτοπούλου Δήμητρα

Κυρία Μαργαριτοπούλου

Σε συνέχεια του αιτήματός σας, παραχωρούνται τα δεδομένα έρευνας που πραγματοποίησα αναφορικά με το κλίμα ασφάλειας στα μαιευτικά τμήματα των δημοσίων νοσοκομείων της Κύπρου.

Καλή επιτυχία.

Φιλικά

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος

Associate Professor of Nursing Care Quality Management

Head of the Mediterranean Research Centre for Public Health and Quality of Care

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ:

Άνδρας 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 στο χειρουργείο: _____ (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 χειρουργείο, _____

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

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

10. Εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο χειρουργείο:

6 Συμφωνών απόλυτα 5 Συμφωνών κάπως 4 Συμφωνών 3 Διαφωνών κάπως 2 Διαφωνών 1 Διαφωνών απόλυτα

11. Ιδιότητα:

Νοσηλευτικός Λειτουργός (ΝΛ) 5
ΝΛ ειδικότητας 4

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

13. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές,

14. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς,

15. Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο χειρουργείο σας,

16. Πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το χειρουργείο πρέπει να είναι:

1 Εθελοντική 2 Υποχρεωτική 3 Δε χρειάζεται

17. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα:

1 Το ανέφερα στον ανώτερό μου 2 Το έλεγα σε κάποιον άλλο συνάδελφό μου 3 Θα το έλεγα στον ίδιο 4 Το απέκρυπτα

18. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου που προκάλεσε το θάνατο σε ένα ασθενή θα:

1 Το ανέφερα στον ανώτερό μου 2 Το έλεγα σε κάποιον άλλο συνάδελφό μου 3 Θα το έλεγα στον ίδιο 4 Το απέκρυπτα

Χρησιμοποιείστε την κλίμακα που ακολουθεί για να περιγράψετε τη συνεργασία / επικοινωνία που έχετε με τους πιο κάτω:

	Πολύ Κακή	Κακή	Επαρκής	Καλή	Πολύ Καλή	Δεν υφίσταται
Προϊστάμενοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ανώτεροι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλευτικοί Λειτουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Μαίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γυναικολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι Ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ασκούμενοι Ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διοικητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους χειρισμούς της Διοίκησης μετά την αναφορά κάποιου λάθους,

6 Πάρα πολύ 5 Πολύ 4 Αρκετά 3 Λίγο 2 Πολύ λίγο 1 Καθόλου

20. Έχετε κάνει κάποιο λάθος, ΝΑΙ ΟΧΙ

21. Εάν ΝΑΙ σε ποια βάρδια συνέβη, Πρωινή Απογευματινή Βραδινή

22. Πόσο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή, Καθόλου Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα πολύ
 Δε Ξέρω