



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

## ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*Συστηματική ανασκόπηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα  
ασφαλείας των πασχόντων στα ΤΕΠ*

Μάριος Ι. Γρηγορίου

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος  
Αναπληρωτής Καθηγητής, ΣΕΠ ΑΠΚΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

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

*Διερεύνηση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων στα ΤΕΠ*

Μάριος Ι. Γρηγορίου

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος  
Αναπληρωτής Καθηγητής, ΣΕΠ ΑΠΚΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

*“If you are planning for a year, plant rice. If you are planning for a decade, plant trees. If you are planning for a lifetime, educate people”.*

Chinese proverb

## **Ευχαριστίες**

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω προς τον Αναπληρωτή Καθηγητή Δρα Βασίλειο Ραφτόπουλο, για την στήριξη και καθοδήγηση του για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον Σταύρο για την ειλικρινή και ανιδιοτελή του φιλία ο οποίος υπήρξε συνοδοιπόρος σε αυτό το Μεταπτυχιακό.

Επίσης οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον γιο μου Χρίστο για την «δύναμη» που μου πρόσφερε όλο αυτό το διάστημα των τεσσάρων χρόνων.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η μειωμένη ασφάλεια των πασχόντων, σε συνδυασμό με τα αυξημένα λάθη από μέρους των επαγγελματιών υγείας, είναι γεγονός ότι αποτελούν ένα ζήτημα παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Ο επιπολασμός των λαθών είναι άμεσα συνυφασμένος με την παροχή ποιότητας φροντίδας στους πάσχοντες. Υπό αυτό το πρίσμα οι κύριοι πυλώνες οι οποίοι διασφαλίζουν την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας και δημιουργούν ένα κλίμα ασφαλείας σ' ένα νοσοκομείο ή οργανισμό επιβάλλεται να επιδιώκονται και να διασφαλίζονται. Ταυτόχρονα αν οι οργανισμοί υγείας, προσβλέπουν στην βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων, είναι σημαντικό να διερευνήσουν εις βάθος περισσότερα για την κουλτούρα που σχετίζεται μ' αυτήν καθώς και για τους εγκληματικούς παράγοντες που το επηρεάζουν.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων που επικρατεί στα ΤΕΠ.

**Υλικό και μέθοδος:** Το υλικό αποτέλεσαν τα ερευνητικά άρθρα που εντοπίστηκαν σε βάσεις δεδομένων CINAHL, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, PUBMED και IATROTEK με λέξεις κλειδιά patient, safety, attitude, staff, emergency, medical, services. Η αναζήτηση κατέληξε σε 15 πλήρη άρθρα από το 2009-2014.

**Αποτελέσματα:** Συγκεκριμένοι παράγοντες όπως η κόπωση η υποστελέχωση, ο αυξημένος όγκος πασχόντων, η κακή ποιότητα ύπνου συνεπεία του συστήματος βάρδιας αλλά και των αυξημένων ωρών εργασίας δύνανται να οδηγήσουν στην δημιουργία λαθών και δυσμενών συμβάντων με συνεπακόλουθο τη μείωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων. Επιπρόσθετα παράγοντες όπως η αναποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η εκπαίδευση, η κακή οργάνωση, η ανεπαρκής υποδομή καθώς και οι επικρατούσες αντιλήψεις και οι στάσεις της διοίκησης για το θέμα αυτό αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλουν στη δημιουργία λαθών και παράλληλα στην μείωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων. Παράλληλα, σε κάποιες περιπτώσεις αν και οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στον ίδιο κλινικό χώρο, εντούτοις ενδέχεται να έχουν διαφορετικές στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Σε αυτό το φαινόμενο ενδέχεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ο επαγγελματίας υγείας (ιατρός, νοσηλεύτης, διάσωσης, πρώτος βοηθός), τα χαρακτηριστικά του κλινικού χώρου όπου προέρχονται, και κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας.

**Συμπεράσματα:** Γενικά διαπιστώνεται ότι ο ρόλος των νοσοκομειακών διοικήσεων αλλά και των εκάστοτε αρμόδιων φορέων χρήζουν ποιοτικής αναβάθμισης. Συμπερασματικά είναι ουσιαστική η αναγνώριση της σημασίας της κουλτούρας και κλίματος ασφαλείας στα ΤΕΠ ούτως ώστε άπαντες οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΤΕΠ να βρίσκονται σε θέση να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τους πάσχοντες και να εκπληρώνουν τις προσδοκίες των εκάστοτε νοσοκομειακών μονάδων αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων.

**Λέξεις κλειδιά:** Ασφάλεια, πάσχοντες, κουλτούρα, προσωπικό, τμήματα, παροχής επείγουσας, φροντίδας.

## **ABSTRACT**

**Background:** Decreased patient safety, combined with increased errors on the part of health professionals, is considered as a matter of global concern. The prevalence of errors, are directly linked to the provision of quality care to patients. Having these concerns in mind, the main pillars that ensure the quality of care and creating a security climate in a hospital or organization should be pursued and ensured. The fact is that, if health organizations want to improve patient safety, it is important to know more about the culture that it's associated and the factors that affect it.

**Aim:** The purpose of this literature review is to explore the safety culture climate of patients in EMS setting, in order to clarify the main factors that affect it.

**Sample and method:** The research articles were identified in databases CINAHL, SCOPUS, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, PUBMED and IATPOTEK. The search resulted in 15 articles from 2009-2014.

**Results:** Specific factors such as fatigue, understaffing, increased number of patients, poor sleep quality due to the shift system and increased working hours can lead to the creation of errors and affect the climate safety of patients. Additional factors such as poor communication and collaboration among health professionals, education, proper organization, inadequate infrastructure, perceptions and attitudes of the administration on this issue are also important factors that may contribute to this issue. Some cases, although the healthcare professionals from the same clinical setting, however, may have different perceptions regarding climate safety of patients. This may be related with the profession (doctor, nurse, rescue, first responder) the characteristics of the clinical setting where they come from, and some demographic characteristics of the health professionals.

**Conclusion:** Generally, the role of administrations and governments seems to need quality improvement. In conclusion it is important to recognize the importance of culture and safety climate in EMS setting so that all health professionals working in these settings to be able to offer a safe environment for patients and achieve the aspirations of individual hospitals on patient safety.

**Keywords:** patient, safety, attitude, staff, emergency, medical, services.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
Περίληψη.....	v
ABSTRACT .....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	xi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	1
2. ΣΚΟΠΟΣ.....	4
3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....	4
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	7
4.1. Επισκόπηση της Κουλτούρας και της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	7
4.1.1 Κουλτούρα ασφάλειας στην εργασία.....	9
4.1.2 Η ασφάλεια των πασχόντων .....	11
4.1.3 Ασφάλεια των πασχόντων στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	11
4.2 Ποιότητα Υγειονομικής φροντίδας.....	14
4.3 Ευρωπαϊκή Πολιτική για την ασφάλεια των πασχόντων .....	17
4.4. Ιατρικά σφάλματα .....	19
4.4.1 Νοσηλευτικά σφάλματα.....	20
4.4.2 Ταξινόμηση Λαθών.....	21
4.5 Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και η ασφάλεια του ασθενή .....	24
4.6. Τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).....	24
4.6.1 Ιστορική αναδρομή και αρμοδιότητες ΤΕΠ .....	25
5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ .....	28
5.1 Είδος εκπαίδευσης και τα χαρακτηριστικά επαγγέλματος σε σχέση με το κλίμα ασφάλειας.....	28



5.2 Η ποιότητα του ύπνου και η κόπωση.....	31
5.3 Δυσμενή συμβάντα και λάθη .....	33
5.4 Επικοινωνία.....	36
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	44
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	50
7.1. Περιορισμοί.....	52
7.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	54

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Πόσο πιθανό είναι να συμβεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός όταν νοσηλεύεστε σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο στη χώρα σας.....	13
Πίνακας 2: Ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όπως την βλέπουν οι Ευρωπαίοι πολίτες ανά χώρα.....	17
Πίνακας 3: Τύποι Ιατρικού σφάλματος.....	22
Πίνακας 4: Κατηγοριοποίηση της βαρύτητας των πιθανών βλαβών-συνεπειών για τον ασθενή από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής.....	23
Πίνακας 5: Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων για παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των πασχόντων .....	38
Πίνακας 6: Παράγοντες που μειώνουν την ασφάλεια των πασχόντων.....	49

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Διαδικασία επιλογής των άρθρων ..... 6

Διάγραμμα 2: Πώς θα μπορούσε να αξιολογηθεί η συνολική ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στη χώρα σας; Αρκετά καλή/Πολύ καλή/αρκετά κακή/πολύ κακή/δεν γνωρίζω... 16

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

EUNetPaS	European network for patient safety
JCI	Joint Commission International (JCI)
IOM	Institute of Medicine
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
WHO	World Health Organization

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η μειωμένη ασφάλεια των πασχόντων, σε συνδυασμό με το αυξημένο ποσοστό λαθών από μέρους των επαγγελματιών υγείας, είναι γεγονός ότι αποτελούν ζήτημα παγκόσμιου ενδιαφέροντος δεδομένου ότι επηρεάζουν άμεσα την ασφάλεια των πασχόντων, με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία τους. Το γεγονός αυτό δύναται να επιφέρει αλυσιδωτές επιπτώσεις τόσο στους ίδιους τους οργανισμούς όσο και στα συστήματα υγείας, στην οικονομία και στην κοινωνία ευρύτερα. Παράλληλα, η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί σημαντική μεταβλητή η οποία συσχετίζεται θετικά με την παροχή της ποιοτικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, οι κύριοι πυλώνες δράσης της ποιότητας στον νοσοκομειακό κλινικό χώρο αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων, το περιβάλλον φροντίδας και τη διαχείριση των κινδύνων και των λαθών (Ραφτόπουλος, 2007).

Τα λάθη, παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει σημειωθεί στον υγειονομικό τομέα και ειδικότερα της τεχνολογίας, πληροφορίας και επικοινωνίας (ΤΠΕ) πάντα θα υφίστανται και θα θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή των πασχόντων. Το γεγονός αυτό είναι αναπόφευκτο δεδομένου ότι καθοριστικό ρόλο στην παρουσία λαθών διαδραματίζει ο ανθρώπινος παράγοντας. Η Joint Commission International (JCI) πιστεύει ότι για να εδραιωθεί η ασφάλεια των πασχόντων, τα νοσοκομεία και οι άλλοι οργανισμοί υγείας επιβάλλεται να αναπτύξουν στρατηγικές με τις οποίες: α) το ενδεχόμενο λάθος θα αναγνωρίζεται πριν συμβεί β) οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο θα αισθάνονται άνετα να αναφέρουν όλα τα είδη των συμβάντων και των παραλίγο συμβάντων και γ) η ασφάλεια του ασθενούς θα είναι σημαντικό μέρος και θα αποτελεί προτεραιότητα της καθημερινής εργασίας των ατόμων που συμμετέχουν στην παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Ένας σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας σε αυτό είναι ο φόβος της τιμωρίας (όπως νομικά μέτρα, αγωγές, απώλεια εργασίας) γεγονός που αποτρέπει τους επαγγελματίες υγείας να καταγράψουν, να αναφέρουν ή ακόμη να αποκαλύψουν ή να συζητήσουν λάθη (JCI, 2002).

Σύμφωνα με έρευνες, παράγοντες όπως η κόπωση, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η κακή ποιότητα ύπνου ενδέχεται να οδηγήσουν στην δημιουργία λαθών και παράλληλα στην μείωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων. Επιπρόσθετα παράγοντες όπως η αναποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η εκπαίδευση, η σωστή οργάνωση, η ανεπαρκής υποδομή, οι αντιλήψεις και οι στάσεις της διοίκησης είναι επίσης σημαντικοί εγκλιτικοί παράγοντες που δύναται να συμβάλουν σε

αυτό (Atack and Maher 2010, Fernandez et al. 2011 Camargo et al., 2012, Weaver et al., 2012, Patterson et al. 2012, Wang, et al. 2013, Van Noord et al. 2013, Kallberg et al. 2014).

Επιπλέον μελέτες έχουν αποδείξει ότι σε αρκετές χώρες διαπράττονται σημαντικά λάθη σε ποσοστό 10% περίπου των περιπτώσεων νοσηλείας σε νοσοκομείο (WHO, 2009). Στις αναπτυγμένες χώρες ένας στους δέκα πάσχοντες βλάπτεται κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής νοσηλείας εξαιτίας λαθών, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος αυτός είναι τουλάχιστον 20 φορές υψηλότερος. Τα λάθη αυτά αφορούν κυρίως λανθασμένες παρεμβάσεις ή διαδικασίες από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίες ενδεχομένως να βλάψουν τους πάσχοντες και όχι μόνο, επιφέροντας συνέπειες με επακόλουθο τον τραυματισμό του ασθενή, την παράταση της νοσηλείας ή και ακόμη δύνανται να οδηγήσουν σε αναπηρία ή και στον θάνατο του ασθενούς (WHO, 2010).

Ειδικότερα, στις ΗΠΑ περίπου 120.000 πάσχοντες πεθαίνουν συνεπεία ιατρικών λαθών, στο Ηνωμένο Βασίλειο 20.000 έως 30.000, ενώ πολύ μεγαλύτερος αριθμός ταλαιπωρούνται λόγω επιπλοκών στην υγεία τους από ιατρικά λάθη. Επιπλέον, στον Καναδά σημειώνονται πέραν των 24000 θανάτων ανά έτος λόγω ιατρικών λαθών, ενώ στην Αυστραλία πέραν των 18.000 θανάτων, ενώ παράλληλα πάνω από 50.000 πάσχοντες ανά έτος καταλήγουν με προκύπτουσα σοβαρή ανικανότητα (Λιακοπούλλου, 2001)

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (2009) (Institute of Medicine – IOM), απαραίτητη συνθήκη για την παροχή ποιότητας και ασφάλειας υπηρεσιών υγείας στους πάσχοντες είναι η εμπέδωση της κουλτούρας για την ασφάλεια των πασχόντων και η εφαρμογή ασφαλών κλινικών πρακτικών. Οι εν λόγω συνθήκες δεν απαιτούν αύξηση των επενδύσεων και εν γένει του κόστους, αλλά βελτιστοποιούν τις ακολουθούμενες διαδικασίες υγειονομικής φροντίδας, καθώς και τις γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Όπως έχει αποδειχθεί, η εφαρμογή ασφαλέστερων πρακτικών συμβάλλει όχι μόνο στην προστασία της ζωής των πασχόντων αλλά και στη μείωση των δαπανών υγειονομικής φροντίδας. Συνάμα, αν συνυπολογιστεί ότι ο επιπολασμός των λαθών, είναι άμεσα συνυφασμένος με την παροχή ποιοτικής φροντίδας τότε οι οργανισμοί υγείας, αν επιθυμούν να βελτιώσουν την ασφάλεια των πασχόντων, είναι σημαντικό να γνωρίζουν περισσότερα για την κουλτούρα που σχετίζεται μ' αυτήν καθώς και για τους επιβαρυντικούς παράγοντες.

Ο όρος «κουλτούρα ασφάλειας» χρησιμοποιείται γενικά για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ευρέως ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι η αποδοτικότητα των πρακτικών ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά

από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας» ( IOET, 2009).

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

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο κάθε οργανισμός που εμπλέκεται είτε άμεσα είτε έμμεσα με την υγεία, επιβάλλεται να λειτουργεί έχοντας ως γνώμονα την καλλιέργεια ενός κλίματος ασφάλειας, προωθώντας με αυτό τον τρόπο μια κουλτούρα ποιότητας στο προσωπικό του, χτίζοντας στρατηγική για εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού και αναπτύσσοντας στρατηγικές ανάληψης δράσης. Υπό αυτό το πρίσμα οι διοικήσεις των οργανισμών υγείας επιβάλλεται να δημιουργήσουν τέτοιες προϋποθέσεις, οι οποίες ενδέχεται να οδηγούν σε ένα κατάλληλο περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρηση της ιδέας ότι η ποιότητα δύναται να γίνει αναπόσπαστη πτυχή των δραστηριοτήτων κάθε εργαζομένου (Μαλιαρού και συν., 2008).

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτελεί ιδιαίτερο τμήμα στους οργανισμούς υγείας και ταυτόχρονα επιρρεπή σε λάθη, είτε λόγω του όγκου των διαφορετικών πασχόντων που προσέρχονται σε αυτό με εντελώς διαφορετικές ανάγκες, είτε λόγω της αυξημένης πίεσης χρόνου, γεγονός που πλήττει την ορθολογική λήψη αποφάσεων αναφορικά με την ορθή χορήγηση φαρμάκων και παρεμβάσεων.

Τα προαναφερθέντα καθιστούν επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων που επικρατεί στα ΤΕΠ, με στόχο να αποσαφηνιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Αυτό κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικό γιατί με τον εντοπισμό αυτών των παραγόντων καθίσταται ακόμα μεγαλύτερη και η ανάγκη για την στοχευόμενη λήψη μέτρων.

Ιδιαίτερη προσδοκία της παρούσας μελέτης είναι να αποτελέσει σημείο αναφοράς τόσο για την διεύθυνση των οργανισμών υγείας όσο και για τις υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων στα ΤΕΠ. Υπό το

πρίσμα αυτό θα εντοπιστούν τυχόν ανεπάρκειες και παραλήψεις που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων ούτως ώστε να τύχουν της ανάλογης προσαρμογής και βελτίωσης. Γνωρίζοντας όλοι οι επαγγελματίες υγείας αυτούς τους παράγοντες θα καταστεί εφικτή η βελτίωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων στα ΤΕΠ. Στη συνέχεια, παρατίθενται οι στόχοι και ο σκοπός της παρούσας μελέτης και ακολούθως επιχειρείται η ανάλυση του μεθοδολογικού πλαισίου, (υλικό και μέθοδος) και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης σύμφωνα με την αναφερόμενη βιβλιογραφία και η συζήτηση. Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν.

## **2. ΣΚΟΠΟΣ**

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας στα ΤΕΠ ή/και προνοσοκομειακής φροντίδας.

## **3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας και διενεργήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων CINAHL, GOOGLE SCHOLAR, MEDLINE, PUBMED και SCOPUS. Ως λέξεις κλειδιά για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα: patient, safety, attitude, staff, emergency, medical, services.

Επίσης, αναζήτηση έγινε στην ελληνική βάση δεδομένων ΙΑΤΡΟΤΕΚ, και στα «Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά», με τις ίδιες λέξεις κλειδιά στα ελληνικά μεμονωμένα και συνδυαστικά. Η παρούσα συστηματική αναζήτηση στις πιο πάνω βάσεις δεδομένων, περιορίστηκε σε ερευνητικά άρθρα στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα.

Τα κριτήρια ένταξης ήταν έρευνες οι οποίες διερευνούσαν τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας σε τμήμα/τα επειγόντων περιστατικών ή/και προνοσοκομειακής φροντίδας με δείγμα επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον. Η βιβλιογραφική αναζήτηση κατέληξε σε 19 άρθρα τα οποία ανακτήθηκαν για την λεπτομερέστερη αξιολόγηση. Τα άρθρα αυτά αξιολογήθηκαν για τη συνάφεια, τη μεθοδολογία, την αξιοπιστία, και μόνο τα άρθρα με σημαντικά ευρήματα είχαν συμπεριληφθεί. Το τελικό αποτέλεσμα συμπεριέλαβε 15 ποσοτικές μελέτες ειδικά



επιλεγμένες για να αποσαφηνίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων στα ΤΕΠ. Προκειμένου να συμπεριληφθεί ένα άρθρο στην παρούσα ανασκόπηση πρέπει να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού όπως:

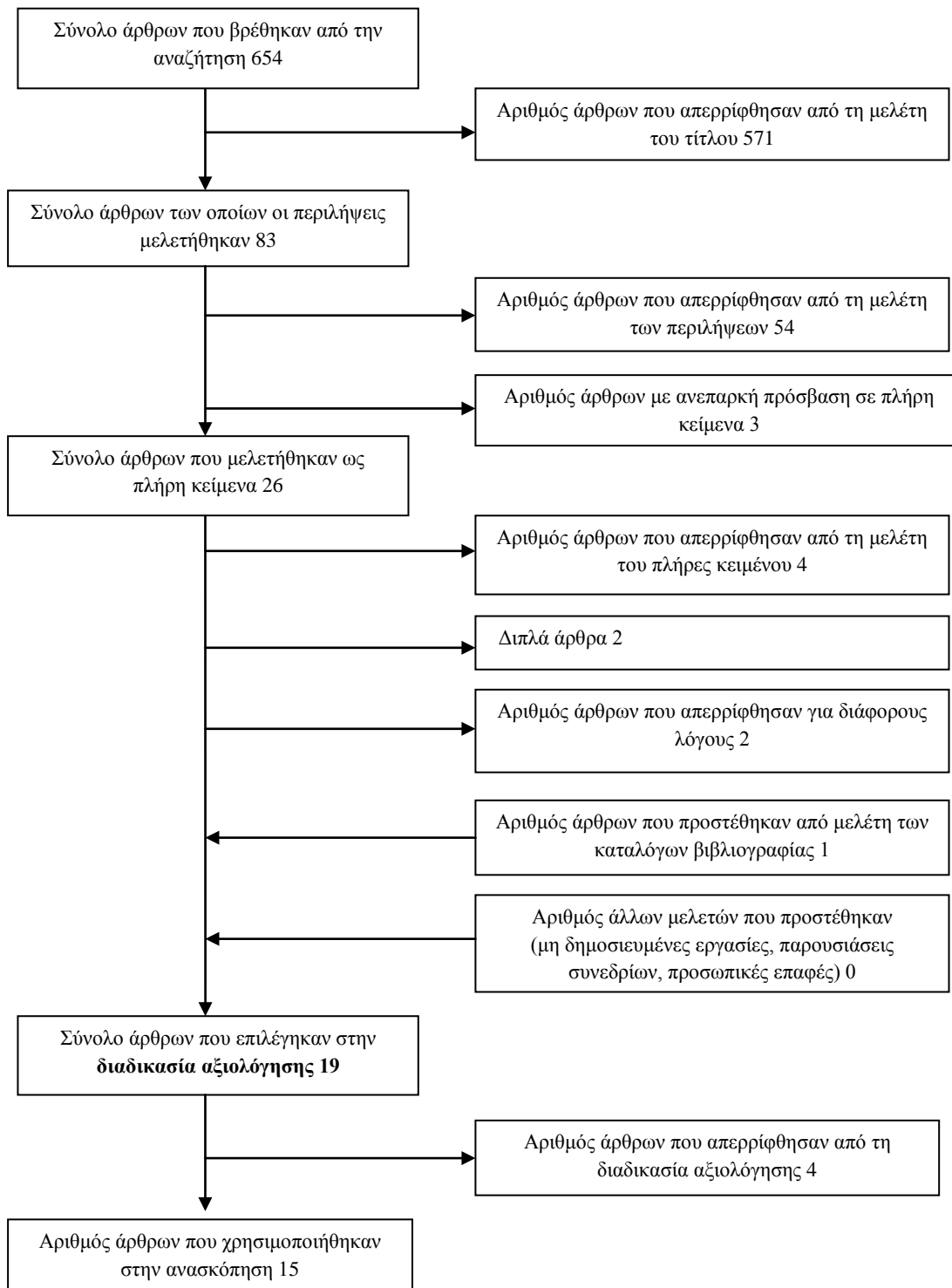
Κριτήρια εισδοχής:

- i. Ερευνητικές μελέτες
- ii. Όλα τα είδη ερευνητικών μεθοδολογιών
- iii. Άρθρα μόνο στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα
- iv. Τα άρθρα να ήταν της τελευταίας πενταετίας (2009-2014)
- v. Ασφάλεια πασχόντων στο ΤΕΠ ή/και προνοσοκομειακής φροντίδας μόνο

Κριτήρια αποκλεισμού:

- i. Τα άρθρα που δεν αναφύονταν ως πλήρη κείμενα
- ii. Τα άρθρα που διερευνούσαν γενικά την ασφάλεια
- iii. Τα άρθρα που είχαν στο δείγμα επαγγελματίες υγείας εκτός ΤΕΠ ή/και προνοσοκομειακής φροντίδας
- iv. Τα άρθρα που δεν αποτελούσαν προϊόν πρωτογενούς έρευνας
- vi. Τα άρθρα με συγγραφή πριν το 2009.

Στην πρώτη φάση η αναζήτηση απέδωσε συνολικά 654 τίτλους άρθρων, από τους οποίους απερρίφθησαν 571 σύμφωνα με τα πιο πάνω κριτήρια εισδοχής και αποκλεισμού. Στη δεύτερη φάση μελετήθηκαν επισταμένα οι περιλήψεις των υπόλοιπων 83 άρθρων. Από αυτά απερρίφθησαν τα 54 άρθρα. Δεν υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για 3 άρθρα. Στην τρίτη φάση μελετήθηκαν ως πλήρη κείμενα 26 άρθρα. Από αυτά απερρίφθησαν 4 άρθρα από τη μελέτη τους ως πλήρη κείμενα, κατόπι απερρίφθησαν 2 άρθρα ως διπλοεγραφές και 2 άρθρα απερρίφθησαν σύμφωνα με τα πιο πάνω κριτήρια. Προστέθηκε 1 άρθρο κατόπιν μελέτης των καταλόγων βιβλιογραφίας. Στην τέταρτη φάση τέθηκαν στην διαδικασία αξιολόγησης 19 άρθρα, κατόπι απερρίφθησαν 4. Ο τελικός αριθμός των άρθρων της ανασκόπησης είναι 15. Η διαδικασία της αναζήτησης συνοψίζεται στο πιο κάτω διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 1: Διαδικασία επιλογής των άρθρων

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για να αποτιμηθεί διεξοδικά η έννοια της ασφάλειας των πασχόντων επιβάλλεται να αποσαφηνιστούν πρώτα έννοιες, οι οποίες σχετίζονται με την ασφάλεια πασχόντων και είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Τέτοιες έννοιες είναι η κουλτούρα, η οργανωσιακή κουλτούρα και η κουλτούρα ασφαλείας.

### 4.1. Επισκόπηση της Κουλτούρας και της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Ιστορικά η κουλτούρα ως όρος πρωτοεμφανίζεται στις επιστήμες της κοινωνίας και της ανθρωπολογίας και αναφέρεται από τον λατινικό όρο *cultura*, ο οποίος αναφέρεται ως καλλιέργεια, και χρησιμοποιήθηκε στην αγγλική, γαλλική και γερμανική γλώσσα από τον 15<sup>ο</sup> αιώνα προσδιορίζοντας την διαδικασία καλλιέργειας και ανάπτυξης των φυτών και των ζώων αντίστοιχα. Από τις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα και έπειτα η αρχική αυτή έννοια του όρου άρχισε να διαφοροποιείται σταδιακά λόγω της μετεξέλιξης του γερμανικού όρου *kultur* ο οποίος χρησιμοποιείτο για τον προσδιορισμό της καλλιέργειας του ανθρώπινου πνεύματος (Williams, 1981). Επιπλέον στην επιστήμη της ανθρωπολογίας ο όρος κουλτούρα χρησιμοποιείται για να προσπορίσει τη δυνατότητα των ανθρώπων να ταξινομούν, κωδικοποιούν και να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους χρησιμοποιώντας διάφορα σύμβολα.

Σύμφωνα με τον Hofstede (1980), κουλτούρα ορίζεται ο συλλογικός προγραμματισμός του ανθρώπινου νου που διακρίνει τα μέλη μιας ανθρώπινης ομάδας έναντι μιας άλλης. Υπό αυτό το πρίσμα κουλτούρα είναι ένα συλλογικό σύστημα πραγματοποιηθέντων αξιών. Η επέκταση της συγκεκριμένης άποψης υποστηρίζει ότι τα ίδια τα άτομα είναι αυτοτελείς κοινωνικές μονάδες και επομένως διακρίνονται από την ατομική τους κουλτούρα.

Ένας σύγχρονος πιο μοντέρνος ορισμός της έννοιας κουλτούρα αναφέρει ότι η κουλτούρα περιγράφεται ως σύνθετο «όλον», το οποίο περιλαμβάνει το σύνολο των γνώσεων, των πεποιθήσεων, της τέχνης, των ηθών, του δικαίου, των εθίμων, καθώς και άλλες δυνατότητες και συνήθειες που αποκτώνται από τα μέλη της κοινωνίας (Taylor, 1877).

Ο Ouchi (1981) όρισε την κουλτούρα υπό διαφορετική προσέγγιση μιας και την περιέγραψε ως ένα σύνολο συμβόλων, τελετουργιών και μύθων που επικοινωνούν τις υφιστάμενες αξίες και «πιστεύω» ενός οργανισμού στους εργαζομένους του.

Συνεπώς, ο λόγος για τον οποίο η κουλτούρα έλαβε μια τόσο ιδιαίτερη σημασία είναι η παραδοχή ότι συνδέεται στενά με την αποτελεσματικότητα της οργάνωσης. Το γεγονός αυτό

ενδεχομένως να οφείλεται σε 2 σημαντικούς παράγοντες: πρώτον υπάρχει στενή σχέση μεταξύ κουλτούρας και στρατηγικής οργάνωσης και κατά δεύτερον για να υπάρξει μια δυνατή και αξιόπιστη κουλτούρα χρειάζεται μεγαλύτερη συνεισφορά εκ μέρους των εργαζομένων (Aderson & Kyrrianiou, 1994).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο ορισμός της κουλτούρας χρησιμοποιείται για να αναδείξει την άρτια πνευματική καλλιέργεια, με παράλληλη εκλέπτυνση των τρόπων αλλά και της συμπεριφοράς. Γενικότερα, αναφέρεται επίσης και σε όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου, τα οποία εκ πρώτης όψεως δυνατό να θεωρηθούν ως ασήμαντα, εντούτοις όμως διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσωπικότητα και το χαρακτήρα του. Επομένως η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις κουλτούρες των ατόμων του στενού αλλά και του ευρύτερου περιβάλλοντός του και αποτελεί για μια ομάδα ότι αποτελεί ο χαρακτήρας ή η προσωπικότητα για ένα άτομο.

Επιπλέον, η οργανωσιακή κουλτούρα, αποτελεί όρο που χρησιμοποιείται για να περιγράψουν οι κοινές θέσεις και πεποιθήσεις, καθώς και οι προσδοκίες των ατόμων που αποτελούν στελέχη ενός οργανισμού. Γενικότερα δύναται να χαρακτηριστεί ως ένα σύστημα κοινών προσανατολισμών τα οποία παρέχουν στον οργανισμό την ταυτότητα μιας «ομάδας». Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα «κοινό παρονομαστή» σε ένα οργανισμό στον οποίο περιλαμβάνονται η κοινή γλώσσα, ενδυμασία, συμπεριφορά, πεποιθήσεις, αξίες, απαιτήσεις, τα σύμβολα της θέσης και της εξουσίας, δεδομένα τα οποία συμβάλουν στον καθορισμό του χαρακτήρα και των κανόνων ενός οργανισμού (Hoy et al., 1997).

Η σπουδαιότητα της οργανωσιακής κουλτούρας σε ένα οργανισμό έγκειται στο γεγονός ότι αποτελεί το σύνολο των αντιλήψεων, αξιών, συνηθειών, παραδόσεων και πρακτικών οι οποίες έχουν διάρκεια και αποτελούν βιώματα και πεποιθήσεις όλων των στελεχών του οργανισμού. Οι προσδοκίες οι οποίες απορρέουν από την κουλτούρα δημιουργούν πρότυπα αποδεκτής συμπεριφοράς και τρόπους πραγματοποίησης των καθηκόντων. Παράλληλα, η οργανωσιακή κουλτούρα συναρτάται με την προσωπικότητα του ατόμου, συνεπώς επηρεάζει τον τρόπο κατά τον οποίο τα στελέχη ενός οργανισμού συμπεριφέρονται είτε σε ατομικό είτε σε ομαδικό επίπεδο τόσο εντός όσο και εκτός οργανισμού (Πολλάλης, 2012).

Ο Schein (2009) σε μια διαφορετική προσέγγιση, όρισε την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα δομημένο σύνολο επιτυχημένων συνταγών του παρελθόντος, σύμφωνα με τις οποίες, μια συγκεκριμένη ομάδα έχει εφεύρει ή ανακαλύψει για να μπορεί να αντιμετωπίσει προβλήματα είτε εξωτερικής προσαρμογής, είτε εσωτερικής αφομοίωσης.

Αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η παρατήρηση του Pacanowsky (1983), για τον ορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας αναφέροντας ότι «η

οργανωσιακή κουλτούρα δεν αποτελεί ένα ακόμη κομμάτι του πάζλ αλλά το ίδιο το πάζλ, δεν είναι κάτι που έχει ένας οργανισμός αλλά κάτι που ένας οργανισμός είναι.

#### **4.1.1 Κουλτούρα ασφάλειας στην εργασία**

Η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί μια σύνθετη δομή με πολλές διαστάσεις και περιγράφηκε για πρώτη φορά σε μία έρευνα της Διεθνούς Επιτροπής Ατομικής ενέργειας (International Nuclear Safety Advisory Group, INSAG) η οποία όρισε την κουλτούρα ασφαλείας στην εργασία ως *«...το σύνολο των χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων των οργανισμών ή των ατόμων που καθορίζουν πως πρώτιστη προτεραιότητα στη λειτουργία των οργανισμών ή των ατόμων παίζει η εφαρμογή μέτρων ασφάλειας και αυτά τα μέτρα ασφαλείας λαμβάνουν την απαραίτητη προσοχή που εγγυάται την εφαρμογή τους»*. Επιπρόσθετα, τονίζει και συνιστά τη δέουσα προσοχή τόσο σε άτομα όσο και σε οργανισμούς ότι τα πρωτόκολλα ασφαλείας των πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων.

Συνεπώς, ο όρος κουλτούρα ασφαλείας έχει πλήρως υιοθετηθεί στη διοίκηση των οργανισμών λαμβάνοντας υπόψη την τροποποίηση των συμπεριφορών των εργαζομένων και των ομάδων. Έτσι η Συμβουλευτική Επιτροπή για την Ασφάλεια των Πυρηνικών Εγκαταστάσεων (Advisory- Installations, ACSNI) καθορίζει τον όρο κουλτούρα ασφαλείας ως *«...τη συνισταμένη των ατομικών και ομαδικών αξιών, συμπεριφορών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζει το επίπεδο δέσμευσης και το ύφος και την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού και της διαχείρισης ασφαλείας»* (ACSNI, 1993). Επομένως η κουλτούρα ασφαλείας δύναται να συσχετίζεται τη ευθύνη της κάθε διοίκησης για την τήρηση των πρωτοκόλλων ασφαλείας, το ύφος επικοινωνίας αλλά και τους κανόνες για την αντίληψη και αναφορά λαθών και επιπρόσθετα, να προσδιορίζει την παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, με την παράλληλη ηθική τους ενίσχυση.

Παρότι όμως, έχουν εκπονηθεί πληθώρα μελετών σχετικά με τη θεώρηση της κουλτούρας ασφαλείας, εντούτοις δεν έχουν καταλήξει σε έναν συγκεκριμένο και κοινό ορισμό. Μετά την πρώτη εμφάνιση του ορισμού της «κουλτούρας ασφαλείας» ακολούθησαν και αρκετοί άλλοι ορισμοί, γεγονός που καθιστά εμφανές ότι κέντρισε το ενδιαφέρον αρκετών και αξιόλογων ερευνητών.

Σύμφωνα με την INSAG (1991) η κουλτούρα ασφαλείας ορίζεται ως η συναρμολόγηση (assembly) των χαρακτηριστικών και των συνηθειών των οργανισμών και των ιδιοτήτων που την καθιερώνουν ως υπερισχύουσα προτεραιότητα, ενώ σύμφωνα με τους Cox & Cox,

(1991) η κουλτούρα ασφαλείας αντανακλά τις συνήθειες, τις αντιλήψεις και τις αξίες που μοιράζονται οι εργαζόμενοι σε σχέση με την ασφάλεια.

Ο Lee (1993) σε μια διαφορετική προσέγγιση ορίζει την κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού ως το προϊόν ξεχωριστών και ομαδικών αξιών, συνηθειών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που προσδιορίζουν τη δέσμευση, το στυλ και την ικανότητα –επάρκεια του μάνατζμεντ του οργανισμού σε θέματα υγεία και ασφάλειας.

Αντίθετα, ο Berends (1996) όρισε την κουλτούρα ασφάλειας ως τη συλλογική διάνοηση-αντίληψη που προγραμματίζει προς την κατεύθυνση της ασφάλειας μιας ομάδας στελεχών του οργανισμού.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, αξιολογείται το γεγονός ότι αν και υπάρχουν πολλοί και ποικίλοι ορισμοί, εντούτοις όλοι κινούνται γύρω από τον ίδιο άξονα και μελετούν όλα τα χαρακτηριστικά τα οποία ελαχιστοποιούν την έκθεση των εργαζομένων, των μάνατζερ, των πελατών και του κοινού σε συνθήκες θεωρούμενες επικίνδυνες ή επιβλαβείς. Για να γίνει αυτό αντιληπτό, κρίνεται σημαντικό να γίνει αναφορά στις πέντε διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας τις οποίες αποτελούν η δέσμευση, η συμπεριφορά, η ευαισθητοποίηση, η προσαρμοστικότητα και οι πληροφορίες (Piers et al., 2009):

- i. Η δέσμευση αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η διοίκηση καθορίζει πολύ περισσότερο από κάθε άλλο τη νοοτροπία στους κόλπους της, καθορίζοντας τους πόρους που διατίθενται για την ασφάλεια και την υγεία ενώ παρέχει περισσότερα κίνητρα για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας.
- ii. Η συμπεριφορά αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο κάθε επίπεδο της οργάνωσης συμπεριφέρεται έτσι ώστε να διατηρήσει και να βελτιώσει το επίπεδο της ασφάλειας.
- iii. Η ευαισθητοποίηση αναφέρεται στο βαθμό κατά τον οποίο οι εργαζόμενοι και η διοίκηση τυγχάνουν επίγνωσης των κινδύνων οι οποίοι προέρχονται από τις δραστηριότητες του οργανισμού.
- iv. Η προσαρμοστικότητα αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο οι εργαζόμενοι και η διοίκηση μαθαίνουν από τα λάθη τους και είναι σε θέση και ετοιμότητα να λάβουν οποιαδήποτε μέτρα προκειμένου να διαφυλαχτεί και να ενισχυθεί το επίπεδο της ασφάλειας εντός του οργανισμού.

- v. Η ενημέρωση αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η πληροφορία κυκλοφορεί στους κατάλληλους ανθρώπους στον οργανισμό. Ως επί αυτού, οι εργαζόμενοι δύνανται, να ενθαρρύνονται στο να αναφέρουν τις οποιεσδήποτε ανησυχίες τους για θέματα ασφάλειας.

#### **4.1.2 Η ασφάλεια των πασχόντων**

Ένα ζήτημα παγκοσμίου ενδιαφέροντος το οποίο αναμφισβήτητα επηρεάζει όλες τις χώρες ανεξάρτητα με το επίπεδο ανάπτυξης τους είναι η ασφάλεια των πασχόντων (WHO, 2009). Αν και θεωρείται ότι ο υπολογισμός του μεγέθους του προβλήματος στα τμήματα επειγόντων είναι ανεπαρκής σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι εκατομμύρια πάσχοντες στερούνται ασφαλούς φροντίδας με αποτέλεσμα να υποβάλλονται αναίτια σε σωματική βλάβη, τραυματισμούς ή θάνατο (Patterson et al., 2010).

Η ασφάλεια των πασχόντων ορίζεται ως η πρόληψη και η μείωση των τραγικών συμβάντων και των αποτελεσμάτων που ενδέχεται να τύχει ένας πάσχοντας κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας (Alahmadi, 2010). Τα αποτελέσματα αυτά δυνατό να περιλαμβάνουν λάθη στην χορήγηση φαρμάκων, χειρουργικά σφάλματα, λανθασμένες διαγνώσεις, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, πτώσεις από κλίνες, κατακλίσεις, λάθος θεραπείες (Abdi et al., 2012).

Ο Zohar (1980) σε μια πιο απλή προσέγγιση, όρισε την ασφάλεια πασχόντων ως την ελευθερία από περιττά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που συνδέονται με την υγειονομική φροντίδα του ασθενούς.

Σε έκθεση του, το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) όρισε τη ασφάλεια των πασχόντων ως την απουσία κλινικού λάθους, είτε λόγω ακούσιου σφάλματος, είτε λόγω αμέλειας. Επιπλέον, οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχουν υιοθετήσει τη χρήση του όρου ασφάλεια των πασχόντων, σε αντιπαραβολή με τον όρο «ιατρικό λάθος» (WHO, 2009).

#### **4.1.3 Ασφάλεια των πασχόντων στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του ευρωβαρομέτρου (2013) που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Νοεμβρίου και Δεκεμβρίου, το πρόβλημα της ασφάλειας των πασχόντων είναι υπαρκτό, αφού περισσότεροι από τους μισούς (53%) των ερωτηθέντων από

τις 28 χώρες της ΕΕ, δήλωσαν ότι «νιώθουν ότι θα έχουν κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν» αν νοσηλευθούν στο νοσοκομείο (πίνακας 1). Ιδιαίτερα απογοητευτικά είναι τα αποτελέσματα για την Κύπρο αφού κατατάσσεται πρώτη με 82% του πληθυσμού να νιώθει ορατό τον κίνδυνο αυτό, ενώ η Ελλάδα κατατάσσεται δεύτερη με 78%. Αντίθετα, η Αυστρία κατατάσσεται στην τελευταία θέση με μόλις 21% του πληθυσμού να νιώθει ότι θα έχει κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν. Επιπρόσθετα, από αυτά τα άτομα μόνο το 46% ανέφερε ότι το κατήγγειλε, σε σύγκριση με μόλις 28% το 2009, γεγονός που καταδεικνύει ότι έχει εμφανώς ισχυροποιηθεί η θέση των πασχόντων. Η αύξηση του ποσοστού ήταν ακόμη πιο σημαντική σε συγκεκριμένες χώρες, όπως είναι η Γαλλία (+61%), η Ισπανία (+40%) και το Λουξεμβούργο (+32%).

Παρόλα ταύτα, το 37% αυτών που κατάγγειλαν τα ανεπιθύμητα συμβάντα ανέφερε ότι δεν υπήρξαν οποιεσδήποτε συνέπειες. Ωστόσο, καταγράφηκε ότι σε ένα στα πέντε άτομα υπήρξε απολογία από την/τον γιατρό ή την/τον νοσηλεύτή/τρια, ενώ το 17% έλαβε εξηγήσεις για το σφάλμα από το ίδρυμα υγειονομικής φροντίδας.



**Πίνακας 1: Πόσο πιθανό είναι να συμβεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός 'όταν νοσηλεύεστε σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο στη χώρα σας.**

Χώρα	Νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας %	Έξω – νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας %
Κύπρος	82	75
Ελλάδα	78	71
Πορτογαλία	75	71
Πολωνία	73	70
Λεττονία	71	69
Ρουμανία	67	61
Γαλλία	63	53
Δανία	62	59
Βουλγαρία	58	62
Ιταλία	57	57
Λουξεμβούργο	54	47
Ιρλανδία	54	44
Ισπανία	54	50
Λιθουανία	53	58
Τσεχία	53	55
Σλοβακία	51	53
Βέλγιο	49	47
Ηνωμένο Βασίλειο	49	43
Ολλανδία	47	48
Κροατία	47	47
Μάλτα	46	47
Σλοβενία	45	51
Ουγγαρία	41	38
Σουηδία	40	43
Εσθονία	37	37
Γερμανία	37	34
Φιλανδία	34	34
Αυστρία	21	33

Πηγή: Ευρωβαρόμετρο 2013 (τροποποιημένος πίνακας)

## 4.2 Ποιότητα Υγειονομικής φροντίδας

Η ποιότητα δύναται να οριστεί ως «μια δυναμική κατάσταση η οποία συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον και η οποία ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη» (Παπανικολάου 2007). Η επαρκής ποιοτική προσέγγιση ενός επαγγελματία υγείας δύναται να οδηγεί στην βελτίωση της φυσικής, της νοητικής και συναισθηματικής λειτουργίας του ασθενή να προλαμβάνει τη νόσο ή την αναπηρία, να παρέχεται χωρίς καθυστερήσεις και να ενθαρρύνει τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων (Χρυσού, 2006).

Ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2000) όρισε την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» συμπεριλαμβάνοντας δείκτες ποιότητας όπως η καταλληλότητα, διαθεσιμότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ασφάλεια, σεβασμός, επικαιρότητα (Βότση, 2000).

Ο Donabedian (1986) όρισε την ποιότητα ως τη «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στα κέρδη και στις ζημιές που προκύπτουν σε μια διαδικασία φροντίδας» ενώ ο Ovretveit, (2007) ανέφερε ότι στην έννοια της ποιότητας συμπεριλαμβάνονται οι ανάγκες του ασθενούς, καθώς και ο βαθμός κατά τον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν αυτές τις ανάγκες.

### 4.2.1 Ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Σύμφωνα με έρευνα των (Parasuraman et al., 1988) διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι αλληλένδετη με την αξιοπιστία ή οποία περιβάλλεται από την σταθερότητα της φροντίδας, τη συνέπεια, την ασφάλεια και τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον βαθμό ετοιμότητας και ανταπόκρισης του προσωπικού, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τον επαγγελματισμό καθώς και τη σωστή επικοινωνία των επαγγελματιών της υγείας.

Οι αυξημένες ανάγκες ανά το παγκόσμιο αναφορικά με την διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών των συστημάτων υγείας σε όλα τα επίπεδα, απαιτεί ενέργειες όπως η μετάβαση από το μονομερές μοντέλο της ασθένειας, σε ένα διαφορετικό μοντέλο το οποίο να προσεγγίζει το θέμα ολιστικά λαμβάνοντας υπόψη τις υπηρεσίες των οργανισμών, την ικανότητα χρηματοδότησης το επίπεδο και την απόδοση της κλινικής επάρκειας των

επαγγελματιών υγείας και το επίπεδο της ικανοποίησης, ασφάλειας και προστασίας των πασχόντων (Λαζάρου & Οικονοπούλου, 2007).

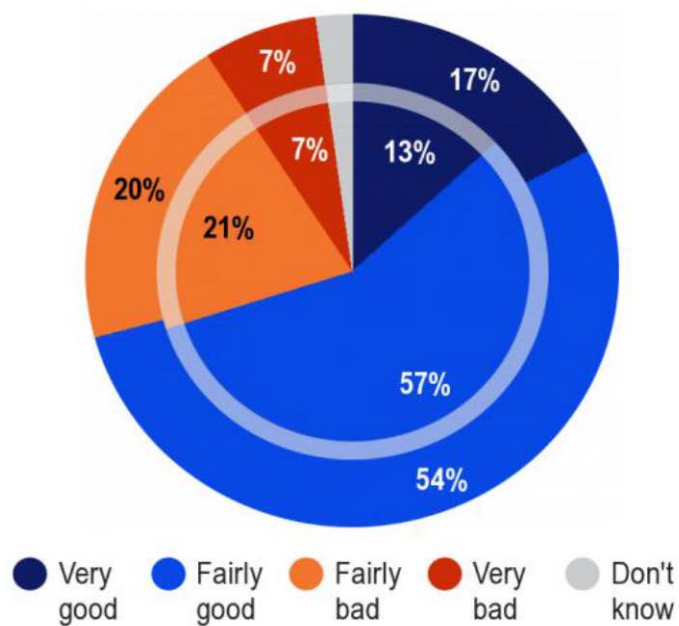
Σύμφωνα με δελτίο τύπου της ΕΕ το οποίο δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2014, ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα ειδικής έρευνας (ευρωβαρόμετρο) για την άποψη των Ευρωπαίων πολιτών (διάγραμμα 2) αναφορικά με το επίπεδο της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας στην χώρα τους αν είναι θετικό (αρκετά καλό/ πολύ καλό) ή αρνητικό (αρκετά κακό/πολύ κακό). Η έρευνα αφορούσε τους πολίτες των 28 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανάμεσα τους η Κύπρος και η Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η πλειοψηφία όλων των Ευρωπαίων πολιτών (71%) θεώρησε ότι η συνολική ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στη χώρα τους είναι θετική με το 17% να το δηλώνει ως πολύ καλό ενώ το υπόλοιπο 54% να το δηλώνει ως αρκετά καλό. Αντίθετα το 27% θεώρησε ότι το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας είναι αρνητικό με το 20% του πληθυσμού να το διαχωρίζει σε αρκετά κακό, ενώ το 7% να το διαχωρίζει σε πολύ κακό (European commission, 2010).

Συγκριτικά με την ίδια έρευνα το 2009 παρατηρείται ότι η ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της χώρας τους αυξάνεται ελαφρώς μιας και το 70% του πληθυσμού παρουσίασε θετική στάση από το οποίο το 57% δήλωσε ότι το επίπεδο είναι αρκετά καλό ενώ το 13% το δήλωσε ως πολύ καλό. Αντίθετα το 28% είχε αρνητική στάση από το οποίο το 21% το δήλωσε ως αρκετά κακό ενώ το 7% το δήλωσε ως πολύ κακό.

Τα ψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (πίνακας 2) ανά χώρα είχαν το Βέλγιο 97%, η Αυστρία 96%, η Μάλτα 94% και η Φιλανδία 94%. Το ποσοστό της Κύπρου ήταν 73%. Αντίθετα η Πολωνία 32%, η Βουλγαρία 29%, η Ελλάδα 26% και η Πολωνία 32% παρουσίασαν τα χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στην χώρας τους.

Το άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό (53%) και η κατάλληλη θεραπεία (40%) ήταν τα κύρια κριτήρια για την υψηλής ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας.

QC2. How would you evaluate the overall quality of healthcare in (OUR COUNTRY)?



Inner pie : EB72.2 Sept.-Oct. 2009

Outer pie : EB80.2 Nov.-Dec. 2013

EU28

Πηγή: Ευρωβαρόμετρο (2013).

**Διάγραμμα 2: Πώς θα μπορούσε να αξιολογηθεί η συνολική ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας στη χώρα σας; Αρκετά καλή/Πολύ καλή/αρκετά κακή/πολύ κακή/δεν γνωρίζω**

**Πίνακας 2: Ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας όπως την βλέπουν οι Ευρωπαίοι πολίτες ανά χώρα**

Σειρά Κατάταξης	ΧΩΡΑ		Ποσοστό	Σειρά Κατάταξης	ΧΩΡΑ		Ποσοστό
1	Βέλγιο	BE	97%	15	Εσθονία	EE	73%
2	Αυστρία	AT	96%	16	Κύπρος	CY	73%
3	Μάλτα	MT	94%	17	Λιθουανία	LT	65%
4	Φιλανδία	FI	94%	18	Ιρλανδία	IE	62%
5	Ολλανδία	NL	91%	19	Κροατία	HR	59%
6	Λουξεμβ.	LU	90%	20	Ιταλία	IT	56%
7	Γερμανία	DE	90%	21	Πορτογαλία	PT	55%
8	Γαλλία	FR	88%	22	Σλοβακία	SK	50%
9	Δανία	DK	87%	23	Λετονία	LV	47%
10	Σουηδία	SE	86%	24	Ουγγαρία	HU	47%
11	Αγγλία	UK	85%	25	Πολωνία	PL	32%
12	Τσεχία	CZ	78%	26	Βέλγιο	BG	29%
13	Ισπανία	ES	77%	27	Ελλάδα	EL	26%
14	Σλοβενία	SI	73%	28	Ρουμανία	RO	25%

Πηγή: Ευρωβαρόμετρο (2013)

### 4.3 Ευρωπαϊκή Πολιτική για την ασφάλεια των πασχόντων

Σύσταση του Συμβουλίου 2009/C 151/01, της 9ης Ιουνίου 2009, αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων (EE C 151 της 3.7.2009, σ 16)., προτείνει μια σειρά μέτρων σχετικά με τη γενική ασφάλεια των πασχόντων και τις λοιμώξεις που συνδέονται με την υγειονομική φροντίδα. Ως εκ τούτου, καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή να υποβάλει σχετική έκθεση για την αποτελεσματική λειτουργία των μέτρων αλλά και να εξεταστεί η ανάγκη ανάληψης περαιτέρω δράσης για την ασφάλεια των πασχόντων.

Η πρώτη έκθεση της Ευρωπαϊκής επιτροπής δημοσιεύτηκε το 2012, η οποία κατέδειξε σημαντική πρόοδο αναφορικά με την ανάπτυξη εθνικών πολιτικών και προγραμμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων. Εντοπίστηκαν όμως σημεία, στα οποία απαιτείτο μεγαλύτερη προσπάθεια, όπως είναι η εκπαίδευση και κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων, την ενίσχυση των δικαιωμάτων των πασχόντων και τη ανάπτυξη κλίματος διδαχής από τα σφάλματα.

Επιπλέον, μέσα από την έκθεση προέκυψε το γεγονός ότι η πρόοδος που επιτεύχθηκε, ήταν μεν ικανοποιητική αλλά ανομοιόμορφα κατανομημένη μεταξύ των χωρών. Συνεπώς, ορισμένα κράτη μέλη επισήμαναν ότι η υλοποίηση των προτεινόμενων μέτρων είχε επιβραδυνθεί λόγω κάποιων σημαντικών εγχώριων προβλημάτων, όπως είναι οι δημοσιονομικοί περιορισμοί που αναπόφευκτα απορρέουν από την οικονομική κρίση. Ως εκ τούτου, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή πρότεινε διετή παράταση της παρακολούθησης της υλοποίησης των διατάξεων για τη γενική ασφάλεια των πασχόντων.

Σε συνέχεια της έκθεσης του 2012 σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων και την ποιότητα της φροντίδας τον Ιούνιο 2014 δημοσιεύτηκε νεώτερη έκθεση, η οποία κατέδειξε ότι έχει σημειωθεί περαιτέρω πρόοδος κατά την τελευταία διετία. Ποιο συγκεκριμένα όλες οι χώρες ανέφεραν την ύπαρξη ρυθμιστικών μέτρων σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2014). Επιπλέον σε 20 χώρες οι προδιαγραφές για την ασφάλεια των πασχόντων κατέστησαν υποχρεωτικές (11 το 2012), ενώ σε τέσσερις άλλες οι προδιαγραφές είναι ακόμη προαιρετικές.

Συνάμα, 19 χώρες ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων, οι οποίες ως επί το πλείστον διαμορφώθηκαν σε εθνικό επίπεδο, από το υπουργείο υγείας ή κάποιον άλλο εξειδικευμένο οργανισμό.

Επιπλέον, 27 χώρες ανέφεραν την δημιουργία συστημάτων υποβολής παραπόνων και μάθησης όσον αφορά τα ανεπιθύμητα συμβάντα (15 το 2012). Δεδομένης της εφαρμογής του νέου συστήματος, οι πάσχοντες είναι πιθανότερο να καταγγείλουν τη βλάβη που υπέστησαν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Ενδεικτικά, 46% των πασχόντων κατήγγειλαν ανεπιθύμητα συμβάντα το 2013, σε σύγκριση με μόλις 28% το 2009.

Παράλληλα, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την ασφάλεια των πασχόντων (EUNetPaS) το οποίο εγκαινιάστηκε επίσημα στις 28 Φεβρουαρίου 2008 στην Ουτρέχτη της Ολλανδίας, εγκαθίδρυσε ένα σχέδιο, το οποίο θα περιλάμβανε κάτω από την «ομπρέλα» του όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ καθώς και άλλους εμπλεκόμενους ευρωπαϊκούς φορείς και θα αποσκοπούσε στην ενδυνάμωση της συνεργασίας του τομέα της ασφάλειας των πασχόντων. Οι βασικοί πυλώνες στους οποίους εστίασε το EUNetPaS ήταν η προώθηση της κουλτούρας ασφαλείας των πασχόντων, η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εμπλεκόμενων στην ασφάλεια των πασχόντων, η δημιουργία βασικών ευρωπαϊκών προγραμμάτων σπουδών για την ασφάλεια των πασχόντων, η ανάπτυξη συστημάτων εφαρμογής προγραμμάτων διαχείρισης λαθών, αναφοράς και μάθησης, και τέλος η δημιουργία και εφαρμογή πρωτοκόλλων και σχεδίων ασφαλείας σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή (EUNetPaS, 2008). Η Κύπρος σύμφωνα με την τελευταία έκθεση της Eunetpas 2008, συγκαταλέγεται

ανάμεσα στα κράτη από τα οποία δεν είχαν υιοθετήσει ένα εργαλείο μέτρησης της ασφάλειας των πασχόντων.

#### **4.3.1 Πολιτική ασφάλειας της Κύπρου για την ασφάλεια στην φροντίδα πασχόντων**

Η Πολιτική που εφαρμόζεται στην Κύπρο αναφορικά με την ασφάλεια στην φροντίδα πασχόντων, ως κράτος-μέλος είναι η εναρμόνιση με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τους κανονισμούς της Λευκής Βίβλου.

Στην Κυπριακή πραγματικότητα, αναγνωρίζεται ότι η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί ένα γεγονός το οποίο χρήζει ιδιαίτερης σημασίας, δεδομένου ότι κινείται γύρω από ένα άξονα πολιτικής με θέμα την ανάπτυξη και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας (Υγεία, 2012).

Ωστόσο, στην Κύπρο, παρά τις εναρμονιστικές προσπάθειες, δεν επιτεύχθηκε ο στόχος για δημιουργία ενός ολοκληρωμένου μοντέλου αποκλειστικής διαχείρισης θεμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων, του προσωπικού και της κουλτούρας ασφαλείας. Υπό αυτό το πρίσμα η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας και η λήψη στοχευόμενων μέτρων για τη δημιουργία ενός θετικού κλίματος κουλτούρας στην Κύπρο κρίνεται ως επιτακτική ανάγκη γεγονός το οποίο αναμένεται να συμβάλει τα μέγιστα στην πρόληψη περαιτέρω σωματικής βλάβης ως αποτέλεσμα λαθών, αμέλειας ή παραλείψεων.

#### **4.4. Ιατρικά σφάλματα**

Το Εθνικό Ίδρυμα για την ασφάλεια των πασχόντων (National Patient Safety Foundation, 2003), όρισε ως λάθος στον υγειονομικό τομέα την ακούσια έκβαση που προκαλείται από κάποια ατέλεια στην παροχή φροντίδας στον ασθενή ενώ ενδεχομένως δύνανται να προκύψουν από οποιοδήποτε μέλος της ομάδας παροχής υπηρεσιών υγείας σε οποιαδήποτε υγειονομική υπηρεσία (Cunningham & Geller, 2009).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι τα ιατρικά σφάλματα έχουν αναδειχθεί, εδώ και αρκετά χρόνια, ως σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας και θανάτου, παγκοσμίως (Bismark, 2006)

Σύμφωνα με έρευνες, κάθε έτος στις ΗΠΑ αναφέρονται πάνω από 98.000 θάνατοι ετησίως λόγω ιατρικών σφαλμάτων στα νοσοκομεία (McLean, 1997; Koch et al., 2000), ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο περίπου 30.000 πολίτες αποβιώνουν ή ταλαιπωρούνται αναίτια από επιπλοκές στην υγεία τους συνεπεία ιατρικών σφαλμάτων (Thomas et al., 2000).

Επιπλέον στην Γερμανία καταγράφονται πέραν των 30.000 θανάτων ετησίως, ενώ στην Νέα Ζηλανδία το 2006 αναφέρθηκαν πάνω από 50.000 θάνατοι λόγω ιατρικών σφαλμάτων (McLean, 1997; Bismark, 2006).

Τις κυριότερες αιτίες ιατρικών σφαλμάτων αποτελούν τα πολύπλοκα συστήματα υγείας, τα οποία περιπλέκουν την παροχή υγείας, η ασφυκτική πίεση του χρόνου, οι ανακριβείς πληροφορίες που οι πάσχοντες παρέχουν στον ιατρό και η ελλιπής πληροφόρηση των ιατρών για την ύπαρξη παθολογικών προβλημάτων.

Σε ιατρικά λάθη επίσης μπορεί να οδηγήσει και η κακή συνεννόηση για τη χορήγηση φαρμάκων λόγω δυσανάγνωστου γραφικού χαρακτήρα, σύγχυσης φάρμακων παρόμοιας ονοματολογίας, λανθασμένης χρήσης μηδενικών και δεκαδικών ψηφίων στη δοσολογία, σύγχυσης στο μετρικό σύστημα με άλλες μονάδες και ακατάλληλων συντομογραφιών. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ιατρικών λαθών διαδραματίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο φωτισμός, η ζέστη, ο θόρυβος και η απόσπαση της προσοχής του ιατρού.

#### **4.4.1 Νοσηλευτικά σφάλματα**

Το νοσηλευτικό σφάλμα, αποτελεί ένα επιστημονικά εξειδικευμένο όρο, ο οποίος περιλαμβάνει ένα ατύχημα που προκλήθηκε από νοσηλευτή, ο οποίος βρίσκεται σε άμεση επαφή με ένα γεγονός ή συμβάν το οποίο επηρέασε δυσμενώς, ή θα μπορούσε να επηρεάσει δυσμενώς την ασφάλεια του ασθενή ή την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο νοσηλευτής σε αντίθεση με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως οι ιατροί ή οι φαρμακοποιοί πολλές φορές είναι το τελευταίο άτομο, το οποίο συνδέεται με μια ακούσια έκβαση). Το λάθος μπορεί να εμπλέκει περισσότερους από έναν νοσηλευτές ή και άλλους επαγγελματίες υγείας (Johnstone & Kanitsaki, 2006).

Το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών, όπως και αυτά των ιατρικών λαθών είναι υπαρκτό και γιγαντώνεται καθημερινά, επηρεάζοντας σημαντικά την ασφάλεια των πασχόντων, την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, υπονομεύοντας με αυτό τον τρόπο την αξιοπιστία της νοσηλευτικής (Taylor et al., 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας του Ινστιτούτου Ιατρικής η οποία δημοσιεύτηκε το 2000 στις ΗΠΑ, 44.000 με 98.000 θάνατοι συνδέονται με νοσηλευτικά και ιατρικά λάθη κάθε έτος, ενώ οι σωματικές βλάβες που προκαλούνται σε πάσχοντες ανέρχονται σε 1.000.000. Το γεγονός αυτό καθιστά τα λάθη την 8<sup>η</sup> πιο κοινή αιτία θανάτου (Koch et al., 2000).



Ο Meurier (1997) όρισε το νοσηλευτικό λάθος ως κάθε αδικαιολόγητη απόφαση, παράλειψη ή άλλη ενέργεια για την οποία ο νοσηλευτής καθίσταται υπεύθυνος και το συγκεκριμένο λάθος είχε δυσμενείς επιπτώσεις για τον ίδιο τον ασθενή γεγονός που μπορούσε να αξιολογηθεί αρνητικά από έμπειρους συναδέλφους την στιγμή που πραγματοποιήθηκε.

Παράλληλα οι Donchin et al. (1995) όρισαν ως νοσηλευτικό λάθος κάθε απόκλιση από τους καθιερωμένους κανόνες και πρακτικές του χώρου εργασίας, ενώ οι Graf et al. (2005) σημείωσαν ότι νοσηλευτικό λάθος ορίζεται κάθε ακούσιο συμβάν που δύναται να μειώσει το επίπεδο ασφαλείας κάθε ασθενή.

#### **4.4.2 Ταξινόμηση Λαθών**

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα λάθη, συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια των πασχόντων. Σήμερα, η καταγραφή και η μελέτη των λαθών αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και οι προσπάθειες επικεντρώνονται κατά βάση στην πρόληψη και στη μείωσή τους.

Παρά την σημαντικότητα του προβλήματος, μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο ταξινόμησης των λαθών. Η πιο ολοκληρωμένη ταξινόμηση επιχειρήθηκε από τον Reason (1990), ο οποίος επισήμανε ότι τα ανθρώπινα λάθη δύναται να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τις συνέπειες τους ή τις υποτιθέμενες αιτίες τους. Υποστήριξε ότι κάθε προσπάθεια για τον καθορισμό του ανθρώπινου λάθους επιβάλλεται να ξεκινάει καταρχήν από τη μελέτη της σκοπιμότητας της συμπεριφοράς. Επίσης υποστήριξε ότι κάθε φορά που πρόκειται να ταξινομηθεί ένα λάθος, επιβάλλεται να απαντώνται τα ερωτήματα: α) Οι δραστηριότητες κατευθύνονταν από κάποιο αρχικό σκοπό; β) οι δραστηριότητες εξελίχθηκαν όπως είχαν σχεδιαστεί; γ) επιτεύχθηκε ο επιθυμητός σκοπός;

Μια ταξινόμηση με διαφορετικά κριτήρια είναι αυτή των Miller & Swain (1987) οι οποίοι ταξινόμησαν τα λάθη στις εξής πέντε κατηγορίες:

1. Σφάλματα παραλείψεων (omission errors). Μια πράξη δεν γίνεται ενώ έπρεπε να γίνει
2. Σφάλματα υλοποίησης (Commission errors). Μια πράξη γίνεται ενώ δεν πρέπει να γίνει.
3. Εξωγενή σφάλματα (extraneous errors). Μια πράξη γίνεται και πιθανόν να παρακωλύει την επίτευξη των σκοπών του συστήματος.
4. Διαδοχικά σφάλματα (sequential errors). Ένα στάδιο μιας διαδικασίας δεν γίνεται σε σωστή σειρά.

5. Χρονοεξαρτώμενα σφάλματα (time errors). Μια πράξη γίνεται πολύ νωρίς ή πολύ αργά ή δε γίνεται στην απαραίτητη χρονική διάρκεια.

Παράλληλα σε μια διαφορετική ταξινόμηση, τα ιατρικά σφάλματα δύνανται να παρουσιαστούν κατά τη διαδικασία της πρόληψης, της εκτίμησης, της διάγνωσης ή και της θεραπείας. Στον Πίνακα 3, παρουσιάζονται αναλυτικά οι τύποι του ιατρικού σφάλματος, όπως κατηγοριοποιούνται από διεθνείς ερευνητές (Leape, 1994) ενώ στον πίνακα 3.1 κατηγοριοποιείται η βαρύτητα της επίπτωσης του λάθους για τον ασθενή (National Quality Forum, NQF, 2006).

**Πίνακας 3: Τύποι Ιατρικού σφάλματος**

Διάγνωση	Σφάλμα ή καθυστέρηση στην διάγνωση
	Μη κατοχή ενδεικνυόμενων εξετάσεων
	Χρήση απαρχαιωμένης θεραπείας
	Μη έγκαιρη παρέμβαση
Θεραπεία	Σφάλμα στην εκτέλεση μιας χειρουργικής ή άλλης παρέμβασης
	Σφάλμα στην παροχή της θεραπευτικής αγωγής
	Σφάλμα στην δοσολογία ή στην μέθοδο λήψης του φαρμάκου
	Μη αποδεκτή καθυστέρηση στη θεραπεία
	Ακατάλληλη, μη ενδεικνύομενη θεραπεία
Ενέργειες πρόληψης	Μη παροχή προληπτικής θεραπείας
	Απουσία συνεχούς παρακολούθησης της θεραπείας
Άλλες αιτίες	Κακή επικοινωνία ιατρού-ασθενή
	Ανορθόδοξη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού

Πηγή: Leape (1994)

**Πίνακας 4: Κατηγοριοποίηση της βαρύτητας των πιθανών βλαβών-συνεπειών για τον ασθενή από την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής**

Κατηγορία A	Περιπτώσεις ή γεγονότα που πιθανό να προκαλέσουν κάποιο ιατρικό σφάλμα .
Κατηγορία B	Ένα ιατρικό σφάλμα που έγινε αλλά τελικά δεν προκάλεσε βλάβη στον ασθενή.
Κατηγορία C	Ένα ιατρικό σφάλμα που προκλήθηκε στον ασθενή αλλά τελικά δεν του προκάλεσε βλάβη
Κατηγορία D	Ένα ιατρικό σφάλμα που προκλήθηκε στον ασθενή και χρειάστηκε περαιτέρω παρακολούθηση ή παρέμβαση για να επιβεβαιωθεί ότι τελικά δεν προκλήθηκε οποιαδήποτε βλάβη στον ασθενή
Κατηγορία E	Το ιατρικό σφάλμα προκάλεσε μια προσωρινή βλάβη στον ασθενή και κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρέμβαση
Κατηγορία F	Δημιουργία προσωρινής βλάβης στον ασθενή η οποία χρήζει απαραίτητως μιας αρχικής ή παρατεταμένης νοσηλείας
Κατηγορία G	Δημιουργία μόνιμης αναπηρίας του ασθενούς
Κατηγορία H	Απαιτείται ιατρική παρέμβαση για να διατηρηθεί στη ζωή ο ασθενής.
Κατηγορία I	Θάνατος ασθενούς

Πηγή: National Quality Forum

([http://www.qualityforum.org/publications/2006/12/A\\_National\\_Framework\\_and\\_Preferred\\_Practices\\_for\\_Palliative\\_and\\_Hospice\\_Care\\_Quality](http://www.qualityforum.org/publications/2006/12/A_National_Framework_and_Preferred_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality))

#### **4.5 Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και η ασφάλεια του ασθενή**

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πλειοψηφία των εργαζομένων σε ένα σύστημα υγείας. Αυτό εξυπακούει ότι η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό δυναμικό αποτελεί ένα παράγοντα που δυνατό να επιφέρει σημαντικό κίνδυνο στην ασφάλεια ενός ασθενή. Το γεγονός ότι τα περισσότερα νοσοκομεία είναι υποστελχωμένα, αναγκάζει το προσωπικό να εργάζεται περισσότερες ώρες για να καλυφθούν οι ήδη αυξημένες ανάγκες (Green, 2004). Σύμφωνα με αρκετές έρευνες έχει σημειωθεί ότι η έλλειψη νοσηλευτών είναι ένας από τους ουσιαστικότερους παράγοντες για την ασφάλεια και την θνησιμότητα των πασχόντων στα νοσοκομεία (Aiken et al., 2003).

Οι Needleman et al. (2002) σε μια έρευνά τους, διαπίστωσαν μια σχέση ανάμεσα στην υποστελέχωση νοσηλευτικού προσωπικού με θανάτους πασχόντων, οι οποίοι προήλθαν από επιπλοκές όπως πνευμονία, σήψη, καρδιακή ανακοπή, αιμορραγία και θρόμβωση. Παράλληλα συσχέτισαν θετικά την επιμήκυνση του χρόνου αποθεραπείας των πασχόντων με την ίδια αιτία.

Αντίθετα, οι ίδιοι ερευνητές το 2003 σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση αμφισβήτησαν μερικώς τα προηγούμενα συμπεράσματα τους, τονίζοντας ότι ενδέχεται η νοσηλευτική υποστελέχωση σε ένα οργανισμό υγείας να έχει θετική επίδραση στην θνησιμότητα των πασχόντων, όμως σύμφωνα και με άλλες μελέτες δυνατό να συσχετίζεται και με άλλους παράγοντες (Needleman et al., 2003).

Παρόλα ταύτα αυτές οι έρευνες αποτελούν έστω μια ένδειξη για την σχέση που υπάρχει μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και δυσμενών συμβάντων στα συστήματα υγείας.

#### **4.6. Τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ)**

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Επείγουσας Ιατρικής (EuSEM, European Society of Emergency Medicine) η οποία ενσωματώνει μία ομοσπονδία από 24 εθνικές εταιρείες Επείγουσας Ιατρικής με περισσότερα από 14,000 ιατρικά μέλη το ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) αποτελεί ένα αυτοτελές και αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου που έχει ως κύριο στόχο την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των οξέων και επειγόντων περιστατικών.

Γενικά τα ΤΕΠ ανά το παγκόσμιο είναι τμήματα τα οποία δέχονται μεγάλο όγκο πασχόντων και προσφέρουν άμεση φροντίδα στα θύματα βίας, καρδιακής ανακοπής, δηλητηριάσεων,

μαζικών καταστροφών και αποτελεί για πολλούς το αρχικό σημείο πρόσβασης στο σύστημα υγείας της χώρας.

Συνεπώς, ο ουσιαστικός ρόλος του ΤΕΠ είναι η παροχή αρχικής άμεσης θεραπείας, σε πάσχοντες οι οποίοι προσκομίζονται στο Νοσοκομείο είτε με ιδιωτικό μέσο, είτε με ασθενοφόρο. Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες δύναται να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας που δυνητικά να απειλούν την ζωή τους, γεγονός που χρήζει άμεσης εκτίμησης και φροντίδας μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (Λάμπρου, 2005).

Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες ερχόμενοι στο ΤΕΠ, δέχονται μια αρχική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους, δηλαδή τίθεται η διάγνωση των προβλημάτων τους, ούτως ώστε να τους παρασχεθεί η κατάλληλη αρχική παρέμβαση και θεραπεία έως την στιγμή του εξιτηρίου ή της εισαγωγής τους σε κάποιο άλλο εξιδανικευμένο τμήμα του νοσοκομείου (Λάμπρου, 2005).

Μερικά παραδείγματα συχνότερων επειγόντων περιστατικών που αντιμετωπίζονται στα ΤΕΠ αποτελούν (Mengert et al., 1997):

- i. Τραύματα (το αργότερο μέχρι δύο ημέρες μετά τον τραυματισμό)
- ii. Επιληπτικά επεισόδια
- iii. Οξείες λοιμώξεις
- iv. Αναπνευστική δυσχέρεια
- v. Πόνος (ο οποίος δεν υποχωρεί με τη λήψη αναλγητικών φαρμάκων)
- vi. Πνευμοθώρακας υπό τάση
- vii. Αιμορραγία γαστρεντερικού (μαζική ή ακατάσχετη)
- viii. Κρίση άσθματος
- ix. Υπογλυκαιμικό κώμα

#### **4.6.1 Ιστορική αναδρομή και αρμοδιότητες ΤΕΠ**

Με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service) στο Ην. Βασίλειο κατά το 1948, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν υπήρχαν ή δεν λειτουργούσαν με την μορφή που τα γνωρίζουμε σήμερα. Κατά κύριο λόγο λειτουργούσαν κάποια τμήματα ή υπηρεσίες ατυχημάτων («casualty departments» ή «casualty services») μετά από πρωτοβουλία κάποιων ορθοπεδικών και χειρουργών της χώρας. Το μέγεθος των τμημάτων αυτών και γενικότερα το επίπεδο δραστηριότητας τους εξαρτιόταν από το μέγεθος των νοσοκομείων. Ειδικότερα στις ΗΠΑ κατά τη δεκαετία του 1950 δεν υπήρχαν μόνιμοι γιατροί στα τμήματα αυτά, αλλά κάποιοι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι είχαν απλώς την ευθύνη

για τους πάσχοντες σε κάθε τμήμα ατυχημάτων και αναλάμβαναν είτε να εξετάσουν οι ίδιοι τους πάσχοντες, είτε να τους παραπέμψουν σε κάποιο άλλο ιατρείο ούτως ώστε να γίνει αξιολόγηση από το γιατρό του νοσοκομείου και να κληθεί εκεί ο χειρουργός, ο παθολόγος κλπ. αν το απαιτούσε η ανάγκη (Graff, 1997).

Από το 1960 και έπειτα άρχισε η εξέλιξη και η ανάπτυξη των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων, τα οποία με την πάροδο του χρόνου εξελίχθηκαν στα σημερινά Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Η συγκεκριμένη εξέλιξη συνεχίστηκε μέχρι το 1970 όπου η επείγουσα ιατρική ανέπτυξε και αναγνώρισε δύο πολύ σημαντικές για τον τομέα της επείγουσας φροντίδας ειδικότητες:

- Την Επείγουσα Ιατρική
- Την Επείγουσα Νοσηλευτική

Η εξελικτική αυτή πορεία καταδεικνύει ότι η αποστολή του ΤΕΠ είναι ιδιαίτερα σημαντική και το προσωπικό που εργάζεται σε τέτοιους οργανισμούς καλείται να ανταπεξέλθει άμεσα σε σοβαρές καταστάσεις και υποχρεούται να αναλάβει πληθώρα αρμοδιοτήτων (Mengert et al., 1997, Λάμπρου, 2005;). Κάποιες από τις κύριες αρμοδιότητες ενός ΤΕΠ είναι οι ακόλουθες:

- i. Η παροχή επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, επί 24ώρου βάσεως 365 ημέρες για όλο το έτος, σε άτομα που χρήζουν ιατρικής φροντίδας
- ii. Η παροχή νοσηλείας, σε δικούς τους χώρους
- iii. Η λειτουργία του ως «φίλτρο». Δηλαδή προλαμβάνει τις άσκοπες εισαγωγές οι οποίες επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό ενός νοσοκομείου ( Λάμπρου 2005)
- iv. Η προώθηση των επικείμενων εισαγωγών σε άλλα τμήματα και μονάδες του νοσοκομείου (ΜΕΘ, χειρουργικό, παθολογικό, κλπ.) μετά από ανάλογη συνεννόηση με τον προϊστάμενο του εν λόγω τμήματος. Η ευθύνη της μεταφοράς του ασθενούς από το ΤΕΠ προς το ανάλογο τμήμα βαραίνει αποκλειστικά το ΤΕΠ.
- v. Έχει την ευθύνη αντιμετώπισης και φροντίδας μεγάλου αριθμού θυμάτων συνέπεια καταστάσεων μαζικών καταστροφών (τροχαία ατυχήματα, φυσικές καταστροφές, ακραία καιρικά φαινόμενα, τρομοκρατικές ενέργειες)
- vi. Κινητοποιεί, μετά από συνεννόηση με τα κέντρα συντονισμού προνοσοκομειακής βοήθειας, τις κινητές μονάδες (ασθενοφόρα) της αρμοδιότητάς του.
- vii. Έχει την ευθύνη της κατάλληλης στελέχωσης και εξοπλισμού των κινητών μονάδων της αρμοδιότητάς του (Λάμπρου, 2005).

- viii. Ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η διάσωση της ζωής είναι δύσκολή ή σχεδόν αδύνατη δύναται να διασφαλίζεται εξολοκλήρου η ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Ασκητοπούλου, 1991).
- ix. Συμβάλλει έτσι ώστε να προασπιστεί και να προαχθεί η εκπαίδευση και η έρευνα στον τομέα της επείγουσας φροντίδας.
- x. Παρέχει αποτελεσματική εκπαίδευση, διδασκαλία αλλά και σωστή ενημέρωση τόσο των πασχόντων όσο και των οικογενειών τους αναφορικά με την πρόληψη αλλά και την σωστή συνέχιση της θεραπείας στο σπίτι και την αλλαγή του τρόπου ζωής, όπου ενδείκνυται (Λάμπρου, 2005).

## 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

### 5.1 Είδος εκπαίδευσης και τα χαρακτηριστικά επαγγέλματος σε σχέση με το κλίμα ασφάλειας

Τα χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα την ποιότητα της φροντίδας των πασχόντων (Wiskow et al., 2010). Σε μια έρευνα συσχέτισης οι Lambrou et al. (2014) στην Κύπρο σε πέντε τμήματα επειγόντων περιστατικών τη περίοδο μεταξύ Ιουνίου και Αύγουστου 2013, σε δείγμα 210 νοσηλευτές και 67 ιατροί με μέσο όρο ηλικίας 32 έτη (46% άντρες) διαπιστώθηκε ότι οι θετικές αντιλήψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και στις δυο ομάδες ήταν ιδιαίτερα χαμηλές ( $\chi=43,75$   $SD=14,25$ ) ενώ οι ιατροί παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία από τους νοσηλευτές αναφορικά με τις αντιλήψεις για το επαγγελματικό τους περιβάλλον, ιδίως αναφορικά με τις σχέσεις του προσωπικού, τα εσωτερικά κίνητρα, και την ευαισθησία του κλίματος εργασίας. Επιπλέον διαφάνηκε ότι όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με το επαγγελματικό περιβάλλον (ηγεσία και αυτονομία στην κλινική πρακτική, ο έλεγχος στην πρακτική, η επικοινωνία με τους πάσχοντες, η ομαδική εργασία, η διαχείριση των διαφωνιών οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και η ευαισθησία του κλίματος της εργασίας) εντοπίστηκε να συσχετίζονται θετικά με την κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων.

Είναι προφανές ότι, στην απουσία ενός θετικού κλίματος ασφαλείας σε όλους τους χώρους υγειονομικής φροντίδας, δεν πρόκειται να υπάρξει οποιαδήποτε βελτίωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους πάσχοντες (Wilson, 2007). Ως εκ τούτου, σε μια συγχρονική μελέτη οι Mozafari et al. (2013) διερεύνησαν τις αντιλήψεις των ιατρών που εργάζονταν σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων. Η μελέτη διενεργήθηκε στο Ιράν σε τμήμα επείγουσας ιατρικής ενός μεγάλου Πανεπιστημίου Ιατρικών Επιστημών και το δείγμα αποτέλεσαν 29 ειδικευόμενοι ιατροί (55% γυναίκες) επείγουσας Ιατρικής με μέσο όρο ηλικίας 32 έτη. Η ανταπόκριση ήταν 100%. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC), το οποίο σχεδιάστηκε από τον Οργανισμό για την Υγεία Έρευνας και Ποιότητας (AHRQ) και λάμβανε πληροφορίες αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι το 62.1% του δείγματος παρουσίασε θετική συνολική αντίληψη αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Εξ' αυτών οι περισσότεροι σύνδεσαν την δεδομένη θετικότητα με την σωστή



υποστήριξη της διαχείρισης των πασχόντων (89,7%) και στο άνοιγμα επικοινωνίας (75,9%). Η μειοψηφία εξ' αυτών σύνδεσε την θετική άποψη για την ασφάλεια με την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση σφάλματος και την καταγραφή της συχνότητας των αναφερόμενων σφαλμάτων (24,1%). Επιπλέον η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος και τα έτη εμπειρίας δεν εντοπίστηκε να παρουσιάζουν οποιαδήποτε συσχέτιση με το κλίμα ασφαλείας.

Επιπλέον, πληθώρα ερευνητών τόνισαν ότι ένα ευνοϊκό κλίμα ασφαλείας σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου αποτελεί βασική προϋπόθεση για ένα ψηλό επίπεδο ασφαλείας και ότι οι αντιλήψεις για την ασφάλεια ανάμεσα σε άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων που δουλεύουν στον ίδιο οργανισμό είναι δυνατό να διαφέρουν. Οι Van Noord et al. (2013) σε μια συγχρονική μελέτη διερεύνησαν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας στην Ολλανδία, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των εργαζομένων. Ακολούθως είχαν στόχο να συγκρίνουν αυτή την συσχέτιση μεταξύ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Η μελέτη διεξήχθη στη Ολλανδία το 2007 και το δείγμα αποτέλεσαν 480 νοσηλευτές, 159 ιατροί και 91 άλλοι επαγγελματίες υγείας. Το δείγμα επιλέχθηκε ανάμεσα σε 33 τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας στην Ολλανδία με κριτήριο να είχαν εργαστεί τουλάχιστον 1 ή περισσότερες βάρδιες την εβδομάδα σε τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας. Για την συλλογή των δεδομένων έγινε χρήση του ερωτηματολογίου (HSOPSC) το οποίο προσαρμόστηκε στην Ολλανδική γλώσσα και μετρούσε το επίπεδο της κουλτούρας ασφαλείας των πασχόντων και τον αριθμό των δυσμενών συμβάντων τα οποία αναφέρθηκαν τους τελευταίους 12 μήνες. Για την καλύτερη ανάλυση τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε η υψηλότερη βαθμολογία να καταδεικνύει και το καλύτερο επίπεδο φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όλες οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας σχετίζονταν θετικά με το αναφερόμενο επίπεδο της ασφαλείας των πασχόντων. Συνάμα, 6 σημεία από αυτές τις διαστάσεις (ομαδικότητα, συχνότητα αναφοράς λαθών, επικοινωνία, μαθαίνω από τα λάθη μου, υποστήριξη από την διοίκηση για την ασφάλεια των πασχόντων) διαφάνηκε να έχουν στατιστική σημαντικότητα. Ανάμεσα στις ομάδες των ιατρών και των νοσηλευτών εντοπίστηκαν διαφορές σε δυο διαστάσεις (συχνότητα αναφοράς λαθών και στην υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια των πασχόντων). Εν κατακλείδι οι ιατροί έτειναν να βαθμολογήσουν την ασφάλεια των πασχόντων υψηλότερα από τους νοσηλευτές παρά τις παρόμοιες βαθμολογίες στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας

Η συμπεριφορά στον χώρο της εργασίας, οι πεποιθήσεις και η κουλτούρα είναι πιθανό να επηρεάσουν την ασφάλεια της φροντίδας του πάσχοντος. Οι Patterson et al. (2010a) διενήργησαν μια συγχρονική έρευνα, με σκοπό να διερευνήσουν τις αντιλήψεις των

εργαζομένων διαφόρων οργανισμών επείγουσας φροντίδας σε σχέση με το εν λόγω θέμα. Η μελέτη διενεργήθηκε στην Βόρεια Αμερική και το δείγμα αποτέλεσαν 1715 διασώστες από 61 ειδικευμένα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας από ΗΠΑ και Καναδά (ποσοστό ανταπόκρισης 47%). Όλα τα τμήματα είχαν προσωπικό που κυμαινόταν από 21 έως 50 άτομα τα οποία αποδέχτηκαν να λάβουν μέρος στην εν λόγω έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου EMS-SAQ το οποίο περιείχε 30 ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν 6 τομείς ασφάλειας: 1) Κλίμα ασφάλειας, 2) Εργασιακή ικανοποίηση, 3) αντιλήψεις για την διοίκηση, 4) εργασιακές συνθήκες, 5) ομαδικότητα και 6) στρες. Συγκεκριμένα, οι οργανισμοί εξειδικευμένης επείγουσας ανταπόκρισης όπως οι οργανισμοί εναέριας επείγουσας διάσωσης, παρουσίασαν ψηλότερη βαθμολογία, αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας από τους υπόλοιπους οργανισμούς. Αντίθετα, οι χαμηλές βαθμολογίες στην κουλτούρα ασφαλείας, συνδέθηκαν με τον ετήσιο αυξανόμενο αριθμό πασχόντων, ενώ ο μέσος όρος του κλίματος ασφαλείας ήταν χαμηλότερος για τους πρώτους βοηθούς από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Συνάμα, ο μέσος όρος του κλίματος ασφαλείας ήταν ψηλότερος στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ 41 εις 50 ετών και σε αυτούς που διέθεταν λιγότερη πείρα σε οργανισμούς επείγουσας αντιμετώπισης.

Σήμερα οι περισσότερες έρευνες αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων, αφορούσαν μόνο τον ενδονοσοκομειακό τομέα και όχι τα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας γενικότερα. Υπό το πρίσμα αυτό οι Atack και Maher (2010) σε μια ποιοτική μελέτη διερεύνησαν τις αντιλήψεις έμπειρων επαγγελματιών υγείας επείγουσας παροχής φροντίδας, σε θέματα που αφορούσαν την ασφάλεια των πασχόντων. Η μελέτη διενεργήθηκε τον Μάιο του 2009 στον Καναδά. Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 16 επαγγελματίες υγείας (διάσωσης, ιατροί, διευθυντές τμήματος) από τους οποίους οι 14 ήταν Καναδοί, ένας από ΗΠΑ και ένας από Ευρώπη. Όλοι οι επιλεγέντες διέθεταν εμπειρία σε τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας από 20 έως 32 έτη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω σαραντάλεπτων τηλεφωνικών συνεντεύξεων οι οποίες ηχογραφήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν. Οι συγκεκριμένες συνεντεύξεις βασίζονταν σε 2 βασικά θέματα: α) στην λήψη κλινικών αποφάσεων σε ένα επείγον περιστατικό και β) στις αντιλήψεις και στην σχέση που είχαν οι εργαζόμενοι με τον κλινικό χώρο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εντοπίστηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος (75%) ανέφερε ότι η κλινική κρίση είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την διασφάλιση ενός κλίματος ασφαλείας για τους πάσχοντες σε ένα τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας. Επιπλέον ως σημαντικοί παράγοντες αναφέρθηκαν οι τροχαίες συγκρούσεις, η κατάλληλη εκπαίδευση, τα φαρμακευτικά λάθη και τα γνωσιολογικά κενά. Συνοψίζοντας, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι για την καλύτερη

εναρμόνιση των υπηρεσιών παροχής επείγουσας φροντίδας με τον τομέα της υγείας, χρειάζονται αλλαγές στην εκπαιδευτική δομή και στην διαδικασία ανάπτυξης ισχυρότερων κλινικών αποφάσεων και δεξιοτήτων.

Οι εργασιακές συνθήκες διαφέρουν από οργανισμό σε οργανισμό και επιπρόσθετα οι εργαζόμενοι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις αναφορικά με την ασφάλεια αναλόγως των χαρακτηριστικών και της φύσης της εργασίας τους. Οι Patterson et al. (2010b) σε μια συγχρονική μελέτη, διερεύνησαν την κουλτούρα ασφαλείας σε διαφορετικά τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας. Η μελέτη διεξήχθη στις ΗΠΑ τον Μάιο του 2008 και το δείγμα αποτέλεσαν 91 διασώστες βασικού και πανεπιστημιακού επιπέδου, οι οποίοι εργάζονταν σε 3 διαφορετικά τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας. Από την επιλογή αποκλείστηκαν όλα τα διευθυντικά στελέχη. Η πλειοψηφία του δείγματος είχε ηλικία μεταξύ 18 έως 30 ετών, το 78% ήταν άντρες και το 22% γυναίκες. Το ερωτηματολόγιο SAQ τροποποιήθηκε με βάση το περιβάλλον έρευνας, που στην προκείμενη περίπτωση ήταν ο χώρος παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας. Οι σημαντικότερες διαστάσεις που αξιολογούσε το ερωτηματολόγιο ήταν το κλίμα ασφαλείας, η ικανοποίηση από την εργασία, οι αντιλήψεις της διοίκησης, το κλίμα ομαδικής εργασίας, οι συνθήκες εργασίας και η αναγνώριση του στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πλειοψηφία του δείγματος σημειώθηκε να έχει θετική αντίληψη σχετικά με το κλίμα ασφαλείας, την εργασιακή ικανοποίηση και τις αντιλήψεις της διοίκησης. Παράλληλα λιγότεροι από τους μισούς είχαν θετικές αντιλήψεις για το ομαδικό κλίμα, τις συνθήκες εργασίας και την αναγνώριση του στρες. Όσο αφορά τα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας, διαφάνηκε να έχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας, το κλίμα της ομαδικής εργασίας, της αντίληψης της διοίκησης, της ικανοποίησης από την εργασία και των συνθηκών της εργασίας. Αναφορικά με τους διασώστες βασικής εκπαίδευσης, διαφάνηκε να έχουν ψηλότερα ποσοστά αναγνώρισης στρες από τους διασώστες πανεπιστημιακού επιπέδου.

## **5.2 Η ποιότητα του ύπνου και η κόπωση**

Η κακή ποιότητα ύπνου και η κόπωση των επαγγελματιών υγείας θεωρούνται από πολλούς ως σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων, προδιαθέτοντας στην δημιουργία σφαλμάτων (West et al., 2009). Οι Patterson et al. (2012) σε μελέτη στις ΗΠΑ την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου και Ιουνίου 2010 διενέργησαν μια συγχρονική μελέτη με δείγμα 511 επαγγελματίες υγείας από 30 διαφορετικά τμήματα

παροχής επείγουσας φροντίδας. Οι περισσότεροι από αυτούς (59.6%) ήταν διασώστες πανεπιστημιακού επιπέδου με τουλάχιστον 10 έτη εμπειρίας και οι υπόλοιποι (40.4%) ήταν διασώστες βασικής εκπαίδευσης. Η μέση ηλικία ήταν 37 έτη, ενώ το 74% του δείγματος αφορούσε άντρες και το 26% γυναίκες. Η ποιότητα του ύπνου καθορίστηκε με την χρήση του εργαλείου Pittsburgh sleep index (PSQI), ενώ η κόπωση στην εργασία καθορίστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 304 άτομα (59.4%) δήλωσαν ότι έχουν κακή ποιότητα ύπνου, ενώ 281 άτομα (55%) δήλωσαν ότι αισθάνονται κόπωση στην εργασία. Επιπλέον 91 άτομα (17.8%) ανέφεραν ένα τουλάχιστον τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες, ενώ η αναλογία των τραυματισμών ήταν 2.3 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που ανέφεραν κακή ποιότητα ύπνου. Παράλληλα, 4 στους 10 ερωτηθέντες ανέφερε τουλάχιστο ένα ιατρικό λάθος ή περισσότερα τους τελευταίους 3 μήνες ενώ η αναλογία αναφοράς λαθών στις υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας ήταν 50% μεγαλύτερη στα άτομα με κακή ποιότητα ύπνου και 2.3 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που αισθάνονταν κόπωση. Αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας, το 90% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι αισθανόταν τόσο τη προσωπική του ασφάλεια όσο και των πασχόντων να βρίσκεται υπό αυξημένο κίνδυνο. Τα άτομα με κακή ποιότητα ύπνου είχαν 2.7 φορές αυξημένη πιθανότητα για μειωμένη ασφάλεια από τα άτομα με καλή ποιότητα ύπνου, ενώ τα άτομα με κόπωση είχαν 4.9 φορές αυξημένη πιθανότητα από τα άτομα που δεν είχαν κόπωση. Επομένως το κλίμα ασφαλείας παρουσιάστηκε να έχει ισχυρή θετική συσχέτιση τόσο με την κακή ποιότητα ύπνου όσο και με την σωματική κόπωση στην εργασία.

Σε συνάρτηση με τα ανωτέρω, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Archer et al. (2011) οι ανάγκες για παροχή προνοσοκομειακής φροντίδας υγείας αυξάνονται διαρκώς και οι εν λόγω επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με βαρύ εργασιακό φόρτο ο οποίος κατά συνέπεια προκαλεί σωματική, διανοητική και συναισθηματική κόπωση. Επιπλέον η κόπωση και οι διαταραχές του ύπνου είναι δυνατό να θέσουν σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα του προσωπικού στον κλινικό χώρο με αποτέλεσμα διακυβεύεται η ασφάλεια των πασχόντων αλλά και η υγεία και κοινωνική ευεξία των ίδιων των εργαζομένων. Η πλειοψηφία του δείγματος (31.7%) είχε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών, ενώ το 35% είχε εμπειρία από 5 έως 10 έτη, ενώ το 16% είχε εμπειρία 10 έως 15 έτη. Αναλυτικότερα σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 92% του δείγματος ανέφερε έντονη κόπωση κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Από αυτούς το 88% ανέφερε ότι αυτό επηρέασε την απόδοση του στον κλινικό χώρο. Επιπλέον το 30% του δείγματος ανέφερε ότι πάσχει από υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας, ενώ το 10% ανέφερε ότι πάσχει από υπερβολική υπνηλία.

Επιπρόσθετα, το 48% του δείγματος ανέφερε ότι είχε αποκοιμηθεί κατά την διάρκεια της οδήγησης. Παράλληλα το 68% των ερωτηθέντων φάνηκε να πάσχει από κακή ποιότητα ύπνου, ενώ το 21% ήταν σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει άπνοια. Ήπια μορφή κατάθλιψης καταγράφηκε από το 27% του δείγματος και μέτριας μορφής κατάθλιψης στο 10% του δείγματος.

Λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα των ανωτέρω ερευνητών είναι προφανές ότι, η υπνηλία που ενδεχομένως να αισθάνονται οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας θεωρείται ένα πρόβλημα υψίστης σημασίας γιατί συσχετίζεται άμεσα με την ασφάλεια των πασχόντων. Οι Fernandez et al. (2011) σε μια διαχρονική μελέτη στις ΗΠΑ την περίοδο μεταξύ Απριλίου και Μαΐου 2007 σε δείγμα 1.905 εργαζόμενων (ποσοστό ανταπόκρισης 67,2%) σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας οι οποίοι είχαν λάβει προηγουμένως μέρος στην έρευνα Longitudinal Emergency Medical Technician Attributes and demographics Study (LEADS) η οποία αποτελούσε έρευνα 10 ετών και είχε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε συστήματα παροχής επείγουσας φροντίδας. Το 38% των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι αισθάνονται υπνηλία κατά την διάρκεια της εργασίας, γεγονός το οποίο συσχετίστηκε θετικά με τις αυξημένες ώρες εργασίας. Ακολούθως, η υπνηλία και οι αυξημένες ώρες εργασίας συσχετίστηκαν θετικά με τα δυσμενή συμβάντα κατά των πασχόντων τα οποία οφείλονταν σε λάθη. Επίσης συσχετίστηκαν θετικά με τους τραυματισμούς στην εργασία καθώς και με την δημιουργία κακών διαπροσωπικών σχέσεων. Επιπλέον παρόλο που η υπνηλία συσχετίστηκε θετικά με τις κακές συναδελφικές σχέσεις, αυτό δεν εντοπίστηκε να συσχετίζεται με τις αυξημένες ώρες εργασίας.

### **5.3 Δυσμενή συμβάντα και λάθη**

Οι υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας αποτελούν ένα σύνθετο και δυναμικό περιβάλλον, το οποίο συχνά οδηγεί σε απρόβλεπτο και ανεξέλεγκτο φόρτο εργασίας με αποτέλεσμα να προκύπτουν δυσμενή συμβάντα και λάθη τα οποία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ασφάλεια των πασχόντων. Οι Kallberg et al. (2014) σε μια περιγραφική μελέτη το 2009 στην Σουηδία μελέτησαν 64 περιπτώσεις αναφοράς λαθών από νοσηλευτές και ιατρούς από 35 τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας και τα οποία είχαν δηλωθεί. Αυτές οι 64 περιπτώσεις αναφοράς λαθών, αφορούσαν 66 πάσχοντες. Τα στοιχεία που ήταν αναγκαία για την διεξαγωγή της έρευνας ανακτήθηκαν από την βάση δεδομένων του Σουηδικού Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και πρόνοιας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση της μεθόδου της επαγωγικής αφαιρετικής ανάλυσης (Deductive Content analysis).

Ακολούθως τα δεδομένα κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το πλαίσιο του Cosby. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι τα ανθρωπινά λάθη εντοπίστηκαν σε 44 περιπτώσεις (69%), το περιβάλλον εργασίας σε 38 περιπτώσεις (59%), η αποτυχία της ομαδικής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού σε 27 περιπτώσεις (42%). Άλλες περιπτώσεις με μικρότερο ποσοστό αναφέρονταν σε παράγοντες που αφορούσαν το περιβάλλον του νοσοκομείου, την διαλογή, την κακή επικοινωνία και την διοίκηση του νοσοκομείου. Αξίζει να σημειωθεί ότι από τις 64 περιπτώσεις λαθών που καταγράφηκαν το 78% είχε συσχέτιση με περισσότερο από ένα προδιαθεσικό παράγοντα ενώ 30 εξ αυτών είχε συσχέτιση με πάνω από 3 προδιαθεσικούς παράγοντες.

Οι Wang et al. (2013) σε μια παρόμοια προσέγγιση διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων και τις συσχέτισαν με την συχνότητα των δυσμενών συμβάντων σε βάρος των πασχόντων. Η έρευνα διενεργήθηκε στην Κίνα σε 7 μεγάλα νοσοκομεία από 5 μεγάλες αστικές περιοχές της πόλης Guangzhan την περίοδο μεταξύ Οκτωβρίου 2010 και Ιανουαρίου 2011. Από τα 7 νοσοκομεία επιλέγησαν 28 τμήματα νοσηλείας και τμήματα επειγόντων περιστατικών. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 463 νοσηλευτές/τριες ηλικίας από 21 μέχρι 53 ετών. Από αυτούς το 95% ήταν άντρες και 5% ήταν γυναίκες. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου (HSOPSC) το οποίο συνέλεγε πληροφορίες για το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων μέσω 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας και ενός άλλου ειδικά διαμορφωμένου ερωτηματολογίου για επείγοντα περιστατικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εντοπίστηκε ότι η πλειοψηφία (57.4%) παρουσίασε θετική αντίληψη αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας. Αναλυτικότερα τις υψηλότερες βαθμολογίες έλαβε η συνεχής οργανωσιακή μάθηση με ποσοστό 89.7% και η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων 86.5%. Αντίθετα την χαμηλότερη βαθμολογία έλαβε η στελέχωση των τμημάτων με 23,6%, η οποία κρίθηκε ιδιαίτερος χαμηλή. Επιπλέον παράγοντες όπως η επικοινωνία και η συχνότητα αναφοράς λαθών έλαβαν βαθμολογία κάτω από 50%. Αναφορικά με τα δυσμενή συμβάντα εις βάρος των πασχόντων, η πλειοψηφία (61.8%) ανέφερε ότι παρουσιάστηκαν 6-7 συμβάντα κατά το περασμένο έτος, ενώ το 10.8% ανέφερε ότι παρουσιάζεται ένα δυσμενές συμβάν ή λιγότερο εβδομαδιαίως. Το συμπέρασμα λοιπόν που εξήχθη ήταν ότι η βελτίωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων είναι αντιστρόφως ανάλογη με τον κίνδυνο παρουσίας δυσμενών συμβάντων, γεγονός που καταδεικνύει την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δυο παραμέτρων.

Παράλληλα, τα ιατρικά λάθη αποτελούν μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις ΗΠΑ γεγονός που μπορεί να προδιαθέσει την δημιουργία δυσμενών συμβάντων. Οι Camargo et al. (2012) σε μια συγχρονική μελέτη διενέργησαν την συχνότητα

και το είδος των ιατρικών λαθών σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας. Η μελέτη διεξήχθη στις ΗΠΑ την περίοδο μεταξύ 2005 και 2006 και το δείγμα αποτέλεσαν 3,562 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, φοιτητές νοσηλευτικής, ιατροί και ειδικευόμενοι ιατροί) με μέσο όρο ηλικίας 46 έτη (52% άνδρες) οι οποίοι επιλέγηκαν με την μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας με μοναδικό κριτήριο να είχαν εργασθεί τουλάχιστον 1 ή περισσότερες βάρδιες την εβδομάδα σε τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας. Επιπλέον για την αξιολόγηση των ιατρικών λαθών εξετάστηκαν 9.821 ιατρικά αρχεία πασχόντων οι οποίοι επισκέφθηκαν τα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας με έμφραγμα του μυοκαρδίου, έξαρση άσθματος και εξαρθρώματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα 647 πάσχοντες (7%) ανέφεραν 402 δυσμενή συμβάντα και 532 παραλίγο δυσμενή συμβάντα. Κρίθηκε ότι το 37% των δυσμενών συμβάντων θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Επιπρόσθετα το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση με το εργασιακό περιβάλλον των τμημάτων παροχής επείγουσας αντιμετώπισης όπως η στελέχωση, η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, η οργάνωση, η διαλογή και η παρακολούθηση. Επιπρόσθετα, το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων διαφάνηκε να συσχετίζεται θετικά με την πιθανότητα παρουσίας δυσμενών συμβάντων. Αντίθετα, καμιά συσχέτιση δεν βρέθηκε μεταξύ κουλτούρας ασφαλείας και των παραβιάσεων των διεθνών κατευθυντηρίων οδηγιών θεραπείας.

Η κουλτούρα του κλίματος ασφαλείας στον κλινικό χώρο παρουσιάζει σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργική και κλινική πρακτική στους οργανισμούς παροχής επείγουσας φροντίδας. Οι Weaver et al., (2012) διενήργησαν μια μελέτη στις ΗΠΑ την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου και Ιουνίου 2010 και το δείγμα ευκολίας αποτέλεσαν 27 οργανισμοί παροχής επείγουσας φροντίδας, από τους οποίους ανταποκρίθηκαν μόνο οι 21 (77.7%). Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 416 άτομα (διασώστες και Ιατρικοί διευθυντές) με μέσο όρο ανταπόκρισης 42.1%. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το 69.2% ήσαν γυναίκες, ενώ το 36% του δείγματος είχε ηλικία από 26 έως 35 έτη. Οι αντιλήψεις του προσωπικού για το επίπεδο του κλίματος ασφαλείας συλλέχθηκαν με την χρήση του ερωτηματολογίου EMS-SAQ, ενώ η μέτρηση των δυσμενών συμβάντων έγινε με την χρήση του ερωτηματολογίου EMS-Safety Inventory (EMS-SI) το οποίο αποτελείται από 44 σημεία, τα οποία εστίαζαν σε συμβάντα ή συμπεριφορές με βλάβη ή επικείμενο κίνδυνο βλάβης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 16% του συνόλου του δείγματος ανέφερε ότι αντιμετώπισε ένα τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες, ενώ 4 στους 10 ερωτηθέντες ανέφερε τουλάχιστο ένα σφάλμα ή ένα δυσμενές συμβάν προς τους πάσχοντες. Όσοι ανέφεραν έναν τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες, ένα σφάλμα ή ένα δυσμενές συμβάν προς τους πάσχοντες, παρουσίασαν ταυτόχρονα και χαμηλή βαθμολογία αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας στο κλινικό χώρο. Το γεγονός αυτό

καταδεικνύει την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του κλίματος ασφαλείας και των δυσμενών συμβάντων προς τους πάσχοντες.

## 5.4 Επικοινωνία

Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των πασχόντων από το ασθενοφόρο στο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας αναγνωρίζεται ως επιβαρυντικός παράγοντας ο οποίος οδηγεί σε δυσμενή συμβάντα τα οποία διακυβεύουν την ασφάλεια των πασχόντων. Οι Bost et al. (2012) διενέργησαν μια μελέτη την περίοδο μεταξύ Ιουνίου και Δεκεμβρίου 2008 στην Αυστραλία σε δείγμα 79 διασώστες από 8 τοπικούς σταθμούς παροχής επείγουσας φροντίδας και 65 νοσηλευτές και 19 ιατρούς από ένα μεγάλο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας στην Νοτιοανατολική Queensland. Κατά τη διάρκεια αυτή, οι διακομιδές των πασχόντων παρακολουθούνταν και όλες οι σημαντικές πληροφορίες καταγράφονταν μέσω σημειώσεων (check list) και διαγραμμάτων. Αυτές οι πληροφορίες αφορούσαν τη διάρκεια, το ύψος και την ποιότητα της επικοινωνίας καθώς και την συμπεριφορά του προσωπικού. Επιπλέον, ακολούθησαν προσωπικές συνεντεύξεις για να καταγραφούν οι αντιλήψεις των ίδιων των εργαζομένων για την ποιότητα της «διακομιδής». Τα αποτελέσματα ανασκοπούσαν, ανά δεκαπενθήμερο, από την ερευνητική ομάδα. Ένα σύνολο 38 μεταφορών και 20 συνεντεύξεων (με ένα ή δυο διάσωσης ταυτόχρονα) είχαν πραγματοποιηθεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι κατά την άφιξη των πασχόντων στο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας, παρατηρήθηκε άσκοπη καθυστέρηση, κακή οργάνωση και κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι πάσχοντες δεν έφεραν αναγνωριστικό βραχιόλι στον καρπό, ενώ άσκοπες καθυστερήσεις παρατηρήθηκαν λόγω του γεγονότος ότι «ουδέτεροι» εργαζόμενοι διέκοπταν την διαδικασία διακομιδής για άλλους άσχετους λόγους. Συνάμα, παρατηρήθηκε ότι οι «εμπλεκόμενοι» επαναλάμβαναν τις ίδιες ερωτήσεις ασυντόνιστα και χωρίς αυτές να καταγράφονται κάπου, με ενδεχόμενο κίνδυνο να προκύψουν λάθη. Επιπρόσθετα οι διασώστες ανέφεραν κόπωση και εξουθένωση, συνεπεία του αυξημένου χρόνου που επιβαλλόταν να αναμένουν στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν βρισκόταν σε κρίσιμη κατάσταση. Συνάμα, φάνηκε ότι οι παρεχόμενες πληροφορίες από την μια ομάδα στην άλλη λαμβάνονταν ως αξιόπιστες ή όχι ανάλογα με ποιον νοσηλευτή είχαν απέναντι τους και τι αντίληψη είχαν για αυτόν από προηγούμενες εμπειρίες.

Οι Carter et al. (2009) διενέργησαν μια παρόμοια έρευνα, το 2008 στις ΗΠΑ σε ένα αστικό Αμερικανικό ακαδημαϊκό κέντρο τραύματος. Το δείγμα αποτέλεσαν όλες οι



περιπτώσεις πασχόντων 16 ετών και άνω των οποίων τα τραύματα κατηγοριοποιήθηκαν ως «πρώτου επιπέδου» με βάση ειδικά κριτήρια τα οποία είχαν βιντεοσκοπηθεί κατά την άφιξη τους στο τμήμα μέχρι και την αποχώρησή τους από το τμήμα. Για τις ανάγκες της έρευνας διαμορφώθηκαν ειδικοί κατάλογοι με 16 σημαντικά σημεία ανά περίπτωση στα οποία σύμφωνα με την βιβλιογραφία ενδείκνυται να δίνεται ιδιαίτερη σημασία κατά την διακομιδή και παράδοση των πασχόντων. Ακολούθως, 2 ιατροί παροχής επείγουσας φροντίδας έπειτα από παρακολούθηση των βιντεοσκοπημένων διακομιδών αλλά και των αναφορών των πληρωμάτων, σημείωναν σε κάθε κατάλογο ( check list) τόσο τον αριθμό των σημείων που ανέφερε το πλήρωμα του ασθενοφόρου όσο και τον αριθμό των σημείων που κατέγραφε η ομάδα τραύματος σε κάθε περίπτωση. Συγκεκριμένα υπήρχαν 113 βιντεογραφημένες περιπτώσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου και Ιουνίου 2008. Από αυτές μόνο οι 96 αποτέλεσαν το τελικό δείγμα λόγω ελλিপών στοιχείων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο μεγαλύτερος αριθμός στοιχείων που είχε σημειωθεί ανά περίπτωση ήταν 9 από 16 και ο μικρότερος 1. Από τα 1.536 σημεία στο σύνολο (96 πάσχοντες χ 16 σημεία) μόνο 473 είχαν αναφερθεί από τους διασώστες εκ των οποίων μόνο τα 328 καταγράφηκαν από την ομάδα τραύματος (72.9%). Από τα 1063 σημεία τα οποία δεν καταγράφηκαν, τα 483 δεν μπορούσαν να αναφερθούν (π.χ ταχύτητα του οχήματος σε μια πτώση ασθενούς) και τα 580 ήταν διαθέσιμα αλλά δεν αναφέρθηκαν. Τα πιο κοινά σημεία που είχαν καταγραφεί ήταν ο μηχανισμός κάκωσης (94 φορές), η ανατομική τοποθεσία τραυματισμού (81 φορές), και η ηλικία (67 φορές). Συμπερασματικά διαπιστώθηκε ότι ακόμη και σε ένα ελεγχόμενο χώρο σε μια διακομιδή ασθενή από το πλήρωμα του ασθενοφόρου στην ομάδα τραύματος του τμήματος παροχής επείγουσας φροντίδας, μόνο το 72.9% των μεταδιδόμενων πληροφοριών από το πλήρωμα του ασθενοφόρου καταγράφηκε από την ομάδα τραύματος. Επιπλέον σημαντικά στοιχεία όπως η υπόταση, η κλίμακα Γλασκώβης (GCS) και άλλα σημαντικά στοιχεία πολύ συχνά δεν αναφέρονται. Αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη εξεύρεσης μεθόδων «μετάδοσης» και «υποδοχής» πληροφοριών από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας για την διασφάλιση της ασφάλειας των πασχόντων.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα των μελετών με τους παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων.

**Πίνακας 5: Συγκεντρωτικός πίνακας αποτελεσμάτων για παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των πασχόντων**

Μελέτη/ Χώρα	Σκοπός	Σχεδιασμός	Δείγμα, μέθοδος	Εργαλείο/α	Αποτελέσματα
1) Lambrou et al. (2014) Κύπρος	Να εξεταστεί η σχέση των αντιλήψεων των νοσηλευτών και ιατρών για το εργασιακό τους περιβάλλον με την ασφάλεια πασχόντων	Μελέτη συσχέτισης	n=174 νοσηλευτές n=50 Ιατροί(55% άνδρες με Μ.Ο ηλικίας 32 ετών) Από πέντε τμήματα επειγόντων περιστατικών	κλίμακα Revised Professional Practice Environment (RPPE) ερωτηματολόγιο Safety Attitudes Questionnaire (EMS-SAQ)	Οι θετικές αντιλήψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και στις δυο ομάδες ήταν ιδιαίτερα χαμηλές $\chi = 43,75$ (SD = 14,25) Οι ιατροί παρουσίασαν ψηλότερη βαθμολογία από τους νοσηλευτές αναφορικά με τις αντιλήψεις για το εργασιακό τους περιβάλλον ( σχέσεις προσωπικού, εσωτερικά κίνητρα, ευαισθησία κλίματος) Υπήρχαν ίδιες αντιλήψεις νοσηλευτών και ιατρών για την κουλτούρα ασφαλείας Όλοι οι παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (ηγεσία και αυτονομία στην κλινική πρακτική, ο έλεγχος στην πρακτική, η επικοινωνία με τους πάσχοντες, η ομαδική εργασία, η διαχείριση των διαφωνιών οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και η ευαισθησία του κλίματος της εργασίας) φάνηκε να συσχετίζονται θετικά με την κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων.
2) Kallberg et al. (2014) Σουηδία	Να διερευνηθούν τους παράγοντες που συμβάλλουν στην απόρροια λαθών εις βάρος των πασχόντων.	περιγραφική μελέτη	N=64 περιπτώσεις αναφοράς λαθών από νοσηλευτές και ιατρούς από 35 μεγάλα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας και τα οποία είχαν δηλωθεί κατά το έτος 2009.	Δεδομένα από την βάση δεδομένων του Σουηδικού Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και πρόνοιας.	Διαπιστώθηκε ότι τα ανθρωπινά λάθη εντοπίστηκαν σε 44 περιπτώσεις (69%), το περιβάλλον εργασίας σε 38 περιπτώσεις (59%), η αποτυχία της ομαδικής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού σε 27 περιπτώσεις (42%). Άλλες περιπτώσεις με μικρότερο ποσοστό αναφέρονταν σε παράγοντες που αφορούσαν το περιβάλλον του νοσοκομείου, την διαλογή, την κακή επικοινωνία και την διοίκηση του νοσοκομείου. Από τις 64 περιπτώσεις λαθών που καταγράφηκαν το 78% είχε συσχέτιση με πάνω από ένα προδιαθεσικό παράγοντα ενώ 30 εξ αυτών είχε συσχέτιση με πάνω από 3 προδιαθεσικούς παράγοντες.

3) Mozafari et al., (2013) Ιράν	Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ιατρών που εργάζονται σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων	Μελέτη συσχέτισης	n=29 ειδικευόμενοι ιατροί (45% άνδρες με Μ.Ο ηλικίας 32 ετών) Σε τμήμα επείγουσας ιατρικής φροντίδας	Ερωτηματολόγιο Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPSC),	Το 76% του δείγματος είχε θετική συνολική αντίληψη αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Από αυτούς οι περισσότεροι σύνδεσαν αυτήν την θετικότητα με την σωστή υποστήριξη της διαχείρισης των πασχόντων (89,7%) και στο άνοιγμα επικοινωνίας (75.9%). Η μειοψηφία από αυτούς σύνδεσε την θετικότητα με την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση σφάλματος και την καταγραφή της συχνότητας των αναφερόμενων σφαλμάτων ( 24.1%).
4) Van Noord et al. (2013) Ολλανδία	Να διερευνηθεί η κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας στην Ολλανδία, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των εργαζομένων	Συγχρονική Μελέτη	n=480 νοσηλευτές, n=159 ιατροί n=91 άλλοι επαγγελματίες υγείας. 33 τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας	Ερωτηματολόγιο (HSOPSC)	Όλες οι διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας συσχετίστηκαν θετικά με το αναφερόμενο επίπεδο της ασφαλείας των πασχόντων. Συνάμα, 6 σημεία από αυτές τις διαστάσεις( ομαδικότητα, συχνότητα αναφοράς λαθών, επικοινωνία, μαθαίνω από τα λάθη μου, υποστήριξη από την διοίκηση για την ασφάλεια των πασχόντων) φάνηκε να έχουν στατιστική σημαντικότητα. Ανάμεσα στις ομάδες των ιατρών και των νοσηλευτών βρέθηκαν διαφορές σε δυο διαστάσεις (συχνότητα αναφοράς λαθών και στην υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια των πασχόντων). Οι Ιατροί έτειναν να βαθμολογήσουν την ασφάλεια των πασχόντων ψηλότερα από τους νοσηλευτές παρά τις παρόμοιες βαθμολογίες στις διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας
5) Wang et al. (2013) Κίνα	Να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων και να συσχετιστούν με την συχνότητα των δυσμενών συμβάντων	Περιγραφική ή μελέτη	n=463 νοσηλευτές/τριες ηλικίας από 21 μέχρι 53 ετών.(95% άντρες και 5% γυναίκες) 28 τμήματα εντατικής επείγουσας ιατρικής φροντίδας	Ερωτηματολόγιο (HSOPSC) Διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για επείγουσα ιατρική	Η πλειοψηφία (57.4%) είχε θετική αντίληψη αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας τις ψηλότερες βαθμολογίες πήρε η συνεχής οργανωσιακή μάθηση με ποσοστό 89.7% και η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων 86.5%. Αντίθετα την χαμηλότερη βαθμολογία πήρε η στελέχωση των τμημάτων με 23,6%. Η επικοινωνία και η συχνότητα αναφοράς λαθών πήραν βαθμολογία κάτω από 50% Το 61.8% ανέφερε ότι υπήρξαν 6-7 συμβάντα το περασμένο έτος, ενώ το 10.8% ανέφερε ότι συμβαίνει ένα δυσμενές συμβάν ή λιγότερο κάθε εβδομάδα. Το κλίμα ασφαλείας συσχετίζεται με τα δυσμενή συμβάντα

<p>6) Bost et al. (2012) Αυστραλία</p>	<p>Να διερευνηθούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία κατά την διαδικασία μεταφοράς και παράδοσης των πασχόντων από το ασθενοφόρο στο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας ούτως ώστε να καθοριστούν στρατηγικές βελτίωσης</p>	<p>Ποιοτική μελέτη</p>	<p>N=79 διασώστες από 8 τοπικούς σταθμούς παροχής επείγουσας φροντίδας N= 65 νοσηλευτές N= 19 ιατροί από ένα μεγάλο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας στην Νοτιοανατολική Queensland.</p>	<p>Ερωτηματολόγιο για την συλλογή των δημογραφικών στοιχείων παρακολούθηση για 7 ημέρες (Καταγραφή 38 μεταφορών) Προσωπικές συνεντεύξεις Συζήτηση μεταξύ των ερευνητών</p>	<p>Κατά την διακομιδή των πασχόντων στο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας, παρατηρήθηκε άσκοπη καθυστέρηση κακή οργάνωση και κακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι πάσχοντες δεν είχαν αναγνωριστικό βραχιόλι στον καρπό, ενώ άσκοπες καθυστερήσεις παρατηρήθηκαν λόγω του ότι «ουδέτεροι» εργαζόμενοι διέκοπταν την διαδικασία για άλλους άσχετους λόγους. Συνάμα, καταγράφηκε ότι όλοι οι εμπλεκόμενοι επαναλάμβαναν τις ίδιες ερωτήσεις, χωρίς συντονισμό και χωρίς αυτές να καταγράφονται κάπου με κίνδυνο να γίνονται λάθη. Επιπρόσθετα οι διασώστες ανέφεραν κόπωση και εξουθένωση, λόγω του αυξημένου χρόνου που έπρεπε να περιμένουν στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν ήταν σοβαρά. Συνάμα, φάνηκε ότι οι παρεχόμενες πληροφορίες από την μια ομάδα στην άλλη λαμβάνονταν ως αξιόπιστες ή όχι ανάλογα με ποιον νοσηλευτή είχαν απέναντι τους και τι αντίληψη είχαν για αυτόν από προηγούμενες εμπειρίες.</p>
<p>7) Camargo et al. (2012) ΗΠΑ</p>	<p>Να διερευνηθεί η συχνότητα και το είδος των ιατρικών λαθών σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας</p>	<p>Συγχρονική μελέτη</p>	<p>n=3,562 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, ιατροί, φοιτητές) 52% άνδρες Μέσος όρος ηλικίας 46 ετών Σε τμήματα επείγουσας ιατρικής φροντίδας Τυχαία δειγματοληψία</p>	<p>διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο 9.821 ιατρικά αρχεία πασχόντων</p>	<p>647 πάσχοντες (7%) είχαν 402 δυσμενή συμβάντα και 532 παραλίγο δυσμενή συμβάντα. Κρίθηκε ότι το 37% των δυσμενών συμβάντων θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Επιπρόσθετα το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων είχε ισχυρή συσχέτιση με το εργασιακό περιβάλλον των τμημάτων όπως η στελέχωση, η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, η οργάνωση, η διαλογή και η παρακολούθηση. Το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων φαίνεται να συσχετίζεται με την πιθανότητα παρουσίας δυσμενών συμβάντων</p>

8) Patterson et al. (2012) ΗΠΑ	Να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην κακή ποιότητα ύπνου, της κόπωσης και των αναφερόμενων αποτελεσμάτων ασφάλειας	Συγχρονική Μελέτη	N=304 διασώστες πανεπιστημιακού επιπέδου N=207 διασώστες βασικού επιπέδου από 30 διαφορετικά τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας	Pittsburgh sleep index (PSQI) ερωτηματολόγιο Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ) ερωτηματολόγιο EMS Safety Inventory (EMS-SI)	304 άτομα (59.4%) δήλωσαν ότι έχουν κακή ποιότητα ύπνου, ενώ 281 άτομα (55%) δήλωσαν ότι αισθάνονται κόπωση στην εργασία. Επιπλέον 91 άτομα (17.8%) ανέφεραν ένα τουλάχιστον τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες. Επιπλέον 4 στους 10 ερωτηθέντες ανέφερε τουλάχιστο ένα ιατρικό λάθος ή περισσότερα τους τελευταίους 3 μήνες. Η αναλογία αναφοράς λαθών στις υπηρεσίες παροχής επείγουσας αντιμετώπισης ήταν 50% περισσότερη στα άτομα με κακή ποιότητα ύπνου και 2.3 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που αισθάνονται κόπωση. Η αναλογία της πιθανότητας για μειωμένη ασφάλεια ήταν κατά 2.7 φορές μεγαλύτερη στα άτομα με κακή ποιότητα ύπνου και κατά 4.9 φορές μεγαλύτερη στα άτομα που αισθάνονταν ένιωθαν κόπωση.
9) Weaver et al., (2012) ΗΠΑ	Να προσδιορίσουν την συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας ασφαλείας που υπάρχει στους οργανισμούς παροχής επείγουσας φροντίδας και των δυσμενών συμβάντων προς τους πάσχοντες	Συγχρονική μελέτη	n=416 (διασώστες και Ιατρικοί Διευθυντές) 69.2% ήταν γυναίκες, ενώ το 36% του δείγματος είχε ηλικία από 26 έως 35 ετών 21 οργανισμοί παροχής επείγουσας φροντίδας δείγμα ευκολίας	Ερωτηματολόγιο EMS-SAQ ερωτηματολόγιο EMS-Safety Inventory (EMS-SI)	Το 16% του συνόλου του δείγματος ανέφερε ότι αντιμετώπισε ένα τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες, ενώ 4 στους 10 ερωτηθέντες, ανέφερε τουλάχιστο ένα σφάλμα ή ένα δυσμενές συμβάν προς τους πάσχοντες. Όσοι ανέφεραν έναν τραυματισμό τους τελευταίους 3 μήνες, ένα σφάλμα ή ένα δυσμενές συμβάν προς τους πάσχοντες, είχαν ταυτόχρονα και χαμηλή βαθμολογία όσο αφορά το κλίμα ασφαλείας στο κλινικό χώρο. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει την έντονη συσχέτιση μεταξύ του κλίματος ασφαλείας και των δυσμενών συμβάντων προς τους πάσχοντες.
10) Archer et al. (2011) Αυστραλία	Να διερευνηθούν κατά πόσο οι αυξημένες ώρες εργασίας λόγω βάρδιας συσχετίζονται με την σωματική κόπωση, τον ύπνο, τον ψυχολογικό τομέα και την ασφάλεια τόσο για τους εργαζομένους όσο και	Συγχρονική Μελέτη	N= 60 διασώστες Από ένα μεγάλο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας. (77%) ήταν άντρες και οι 14 (23%) γυναίκες	Ερωτηματολόγιο Epworth Sleepiness Scale (ESS) ερωτηματολόγιο Berlin Questionnaire (BQ) κλίμακα	Το 92% του δείγματος ανέφερε έντονη κόπωση κατά τους τελευταίους 6 μήνες. Από αυτούς το 88% ανέφερε ότι αυτό επηρέασε την απόδοση του στον κλινικό χώρο. Επιπλέον το 30% του δείγματος ανέφερε ότι πάσχει από υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας, ενώ το 10% ανέφερε ότι πάσχει από υπερβολική υπνηλία. Επιπρόσθετα, το 48% του δείγματος ανέφερε ότι είχε αποκοιμηθεί κατά την διάρκεια της οδήγησης. Παράλληλα το 68% των ερωτηθέντων φάνηκε να πάσχει από κακή ποιότητα ύπνου, ενώ το 21% ήταν σε αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει άπνοια..

	για τους πάσχοντες			Pittsburgh sleep Quality Index (PSQI) Beck Depression inventory (BDI)	Ήπια μορφή κατάθλιψης καταγράφηκε από το 27% του δείγματος και μέτριας μορφής κατάθλιψης στο 10% του δείγματος. Η ασφάλεια των πασχόντων λόγω αυτών των παραγόντων φάνηκε να επηρεάζεται γεγονός που καθιστά αναγκαία την περαιτέρω έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα.
11) Fernandez et al. (2011) ΗΠΑ	Να διερευνήσουν την υπνηλία των εργαζομένων στις υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας σε σχέση με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων	διαχρονική μελέτη	N=1.905 εργαζόμενοι σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας οι οποίοι είχαν λάβει μέρος προηγουμένως μέρος στην έρευνα Longitudinal Emergency Medical Technician Attributes and demographics Study (LEADS)	Κλίμακα Epworth Sleepiness Scale (ESS) διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο 38 ερωτήσεων.	Το 38% των ερωτηθέντων είχε αναφέρει ότι νιώθει υπνηλία κατά την διάρκεια της εργασίας, γεγονός το οποίο συσχετίστηκε θετικά με τις αυξημένες ώρες εργασίας. Ακολούθως, η υπνηλία και οι αυξημένες ώρες εργασίας συσχετίστηκαν θετικά με τα δυσμενή συμβάντα κατά των πασχόντων τα οποία οφείλονταν σε λάθη. Επίσης συσχετίστηκαν θετικά με τους τραυματισμούς στην εργασία καθώς και με την δημιουργία κακών διαπροσωπικών σχέσεων.
12) Atack and Maher (2010) Καναδάς	Να διερευνήσουν τις αντιλήψεις έμπειρων επαγγελματιών υγείας επείγουσας παροχής φροντίδας, σε θέματα που αφορούσαν την ΑΑ	Ποιοτική μελέτη	n=16 επαγγελματίες υγείας (διάσωσες, ιατροί, διευθυντές τμήματος από 20 έως 32 ετών) σκόπιμη δειγματοληψία	Τηλεφωνικές μαγνητοσκοπημένες συνεντεύξεις	Η πλειοψηφία του δείγματος (75%) ανέφερε ότι η κλινική κρίση είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την διασφάλιση ενός κλίματος ασφαλείας για τους πάσχοντες σε ένα τμήμα επειγόντων (προνοσοκομειακά). Σημαντικοί παράγοντες αναφέρθηκαν οι τροχαίες συγκρούσεις, η κατάλληλη εκπαίδευση, τα φαρμακευτικά λάθη και τα γνωσιολογικά κενά.
13) Patterson et al. (2010a) B. Αμερική	Να διερευνήσουν κατά πόσο η συμπεριφορά στον χώρο της εργασίας, οι πεποιθήσεις και η κουλτούρα μπορούν να	Συγχρονική μελέτη	n=1715 (διασώστες, πρώτοι βοηθοί, ιατροί) από 61 ειδικευμένα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας	Ερωτηματολόγιο EMS-SAQ	Σημειώθηκαν μεγάλες διακυμάνσεις στην βαθμολογία για το κλίμα ασφαλείας μεταξύ των οργανισμών. Συγκεκριμένα, οι οργανισμοί εξειδικευμένης επείγουσας ανταπόκρισης όπως οι οργανισμοί εναέριας επείγουσας διάσωσης, είχαν ψηλότερη βαθμολογία, αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας από τους υπόλοιπους οργανισμούς. Αντίθετα, οι χαμηλές βαθμολογίες στην κουλτούρα ασφαλείας, συνδέθηκαν με

	επιρεάσουν την ασφάλεια της φροντίδας του ασθενούς				τον ετήσιο αυξανόμενο αριθμό πασχόντων, ενώ ο μέσος όρος του κλίματος ασφαλείας ήταν χαμηλότερος για τους πρώτους βοηθούς από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Συνάμα ο μέσος όρος του κλίματος ασφαλείας ήταν ψηλότερος στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ 41 εις 50 ετών και σε αυτούς που είχαν λιγότερη πείρα σε οργανισμούς επείγουσας αντιμετώπισης.
14) Patterson et al. (2010b) HΠΑ	Να διερευνηθεί η κουλτούρα ασφαλείας στα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας. Να αξιολογηθεί η δυνατότητα προσαρμογής του εργαλείου SAQ σε τμήματα παροχής επείγουσας αντιμετώπισης	Συγχρονική μελέτη	n=91 διασώστες βασικού και πανεπιστημιακού επιπέδου, 18 έως 30 ετών, 78% άνδρες Σε 3 μεγάλα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας	Ερωτηματολόγιο SAQ	Η δυνατότητα προσαρμογής του εργαλείου SAQ σε τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας επιβεβαιώθηκε, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος φάνηκε να έχει θετική αντίληψη σχετικά με το κλίμα ασφαλείας, την εργασιακή ικανοποίηση και τις αντιλήψεις της διοίκησης. Οι λιγότεροι από τους μισούς είχαν θετικές αντιλήψεις για το ομαδικό κλίμα, τις συνθήκες εργασίας και την αναγνώριση του στρες. Τα τμήματα παροχής επείγουσας φροντίδας, είχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας, το κλίμα της ομαδικής εργασίας, της αντίληψης της διοίκησης, της ικανοποίησης από την εργασία και των συνθηκών της εργασίας. Οι διασώστες βασικού επιπέδου, είχαν ψηλότερα ποσοστά αναγνώρισης στρες από τους διασώστες πανεπιστημιακού επιπέδου.
15) Carter et al. (2009) HΠΑ	Να διερευνηθούν κατά πόσο οι πληροφορίες που μεταδίδονται κατά την μεταφορά των πασχόντων από το πλήρωμα του ασθενοφόρου στην ομάδα τραύματος του τμήματος παροχής επείγουσας φροντίδας είναι ελλιπείς	Ποιοτική μελέτη	N= 96 βιντεοσκοπημένες περιπτώσεις πασχόντων 16 ετών και άνω εκ των οποίων τα τραύματα κατηγοριοποιήθηκαν ως «πρώτου επιπέδου» με βάση κριτηρίων	Κατάλογοι check list με 16 ειδικά σημεία. Παρακολούθηση βιντεοσκοπημένων περιπτώσεων	Ο μεγαλύτερος αριθμός στοιχείων που είχε σημειωθεί ανά περίπτωση ήταν 9 και ο μικρότερος 1. Από τα 1.536 σημεία (96 πάσχοντες x 16 σημεία) μόνο 473 είχαν αναφερθεί από τους διασώστες εκ των οποίων μόνο τα 328 καταγράφηκαν από την ομάδα τραύματος (72.9%) Συμπερασματικά φάνηκε ότι μόνο το 72.9% των μεταδιδόμενων πληροφοριών από το πλήρωμα του ασθενοφόρου καταγράφηκε από την ομάδα τραύματος. Επιπλέον σημαντικά στοιχεία όπως η προνοσοκομειακή υπόταση, η κλίμακα Γλασκώβης (GCS) και άλλα σημαντικά στοιχεία πολύ συχνά δεν αναφέρονται. Αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη εξεύρεσης μεθόδων «μετάδοσης» και «υποδοχής» πληροφοριών από τους εμπλεκόμενους παροχής υγείας για την διασφάλιση της ασφαλείας των πασχόντων.

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφαλείας στα ΤΕΠ. Γενικά εντοπίστηκαν 15 άρθρα εκ των οποίων 7 αφορούσαν συγχρονικές μελέτες, 3 ποιοτικές μελέτες, 2 μελέτες συσχέτισης, 2 περιγραφικές μελέτες και 1 διαχρονική μελέτη. Από αυτές οι 7 διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, οι 2 Αυστραλία, 1 στην Κύπρο, 1 στο Ιράν, 1 στην Κίνα, 1 στην Ολλανδία, 1 στον Καναδά και 1 στην Σουηδία.

Ο πίνακας 5 συνοψίζει τις 15 έρευνες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Όλες οι έρευνες είχαν αντικείμενο μελέτης τους το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων και τους παράγοντες που το επηρεάζουν σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας, όμως με διαφοροποίηση ως προς τη διερεύνηση.

Αναφορικά με το δείγμα που συμπεριλήφθηκε στις 15 έρευνες αφορούσε αποκλειστικά προσωπικό που εργαζόταν σε υπηρεσίες παροχής επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα 1 έρευνα συμπεριέλαβε μόνο ιατρούς στο δείγμα της (Mozafari et al., 2013), 3 έρευνες συμπεριέλαβαν μόνο νοσηλευτές (Patterson et al. 2010b Archer, et al.2011, Patterson et al. 2012), ενώ οι υπόλοιπες έρευνες στο δείγμα τους είχαν συμπεριλάβει τόσο νοσηλευτές όσο και ιατρούς. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το δείγμα όλων των ερευνών είχε ποσοστό ανταπόκρισης περισσότερο από 74%.

Τα πιο κοινά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή των ερευνών ήταν το ερωτηματολόγιο EMS-SAQ, το ερωτηματολόγιο HSOPSC και το ερωτηματολόγιο EMS-SI. Συγκεκριμένα 4 έρευνες έκαναν χρήση του EMS-SAQ (Patterson et al., 2010a, Patterson et al., 2010b, Weaver et al., 2012, Lambrou et al., 2014), 3 έκαναν χρήση του HSOPSC (Mozafari et al., 2013; Wang et al., 2013; Van Noord et al., 2013) και 2 έκαναν χρήση του EMS-SI (Weaver et al., 2012; Patterson et al., 2012).

Ο σημαντικότερος από τους παράγοντες που διαπιστώθηκε ότι επηρεάζει το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων ήταν τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα. Ετησίως, ανά το παγκόσμιο τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα επηρεάζουν την ασφάλεια χιλιάδων πασχόντων, γεγονός που επιφέρει επιπρόσθετο κόστος 28 δισεκατομμυρίων για υγειονομική περίθαλψη (Kohn et al. 2000). Συγκεκριμένα ο παράγοντας αυτός εντοπίστηκε σε 8 από τις 15 μελέτες, οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση (Atack and Maher, 2010; Fernandez et al., 2011 Camargo et al., 2012; Patterson et al., 2012 Weaver et al., 2012; Wang et al., 2013; Van Noord et al., 2013; Kallberg et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ανωτέρω ερευνητές εντόπισαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ



του κλίματος ασφάλειας και των δυσμενών συμβάντων, εκ των οποίων κάποια μπορούσαν να είχαν προληφθεί. Οι Weaver et al. (2012) κατέληξαν στο γεγονός ότι τα άτομα που υποπίπτουν σε λάθη και σε δυσμενή συμβάντα προς τους πάσχοντες παρουσιάζουν και αρνητική αντίληψη όσο αφορά το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων.

Ωστόσο, τα λάθη και η συχνότητα τους δεν είναι σε όλες τις έρευνες ο μόνος επιβαρυντικός παράγοντας για την ασφάλεια των πασχόντων. Το είδος του επαγγέλματος (ιατρός, νοσηλευτής, διασώστης βασικής εκπαίδευσης/πανεπιστημιακού επιπέδου) καθώς και τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο όσο αφορά την αντίληψη των εργαζομένων για το κλίμα ασφαλείας ( Atack and Maher, 2010, Patterson et al., 2010b, Patterson et al., 2012 Mozafari et al., 2013, Van Noord et al., 2013 ,Lambrou et al., 2014 )

Η υπνηλία, η κόπωση, ο αυξημένος όγκος πασχόντων, οι αυξημένες ώρες εργασίας, φάνηκε επίσης να επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων στον κλινικό χώρο και επιβαρύνουν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων (Patterson et al., 2011; Archer et al., 2011; Fernandez et al., 2011; Bost et al., 2012) Παράλληλα δεν είναι ουδόλως τυχαίο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιόρισε την κόπωση ως τον κορυφαίο παράγοντα πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων και τραυματισμών στον χώρο της υγείας (WHO 2009).

Επιπρόσθετα το σύστημα βάρδιας είναι πιθανό επίσης να προκαλέσει αισθήματα κόπωσης κυρίως λόγω των αυξημένων ωρών εργασίας και της κακής ποιότητας ύπνου. Το γεγονός αυτό δύναται να οδηγήσει και σε προβλήματα ψυχολογικής φύσεως όπως είναι η κατάθλιψη και η ανία (Archer et al., 2011).

Η κακή επικοινωνία κατά την διάρκεια της μεταφοράς των πασχόντων από το ασθενοφόρο στο τμήμα παροχής επείγουσας φροντίδας, έχει επισημανθεί ως επιβαρυντικός παράγοντας για παρουσία δυσμενών συμβάντων, τα οποία ενδεχομένως να επηρεάσουν ανεπιθύλακτα την ασφάλεια των πασχόντων. Υπό αυτό το πρίσμα, το γεγονός αυτό έχει καθοριστεί ως στόχος προς βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων τόσο στο γενικό νοσοκομειακό περιβάλλον, όσο και στο περιβάλλον των υπηρεσιών παροχής επείγουσας φροντίδας υγείας (Australian Medical Association 2006). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Cooper, (2000) η αποτελεσματική επικοινωνία διευκολύνει τις διαδικασίες σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων και στοχοθέτησης. Αυτό διαπιστώνεται μέσα από τις έρευνες των Bost et al. (2012), Carter et al. (2009) και Kallberg et al. (2014) στις οποίες η καλή επικοινωνία διαπιστώθηκε ως καθοριστικός παράγοντας για την ασφαλή διακομιδή των πασχόντων, τονίζοντας συμπερασματικά την επιτακτική ανάγκη εξεύρεσης μεθόδων «μετάδοσης» και «υποδοχής» πληροφοριών από τους εμπλεκόμενους φορείς παροχής υγείας για την

διασφάλιση της ασφάλειας των πασχόντων. Όσο αφορά την επικοινωνία εντός του κλινικού χώρου οι Wang et al., (2013), οι Mozafari et al., (2013) και οι Van Noord et al., (2013) τον χαρακτήρισαν ως ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες ο οποίος συσχετίζεται με το κλίμα ασφάλειας των πασχόντων παρόλο που δεν παρουσιάστηκε ο πιο σημαντικός παράγοντας σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών τους.

Παράλληλα η ομαδικότητα τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και μεταξύ των τμημάτων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ο οποίος συσχετίζεται με την ασφάλεια των πασχόντων, δεδομένου ότι καλλιεργεί τη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας. Για τον λόγο αυτό η «ομαδική εργασία» προωθείται από την Αμερικανική Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανισμών Υγείας ως στρατηγική πρόληψης λαθών που επιβάλλεται να υιοθετηθεί από τους οργανισμούς υγείας, που αποβλέπουν στην κουλτούρα ασφάλειας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002). Σε έρευνες (Lambrou et al., 2014, Van Noord et al., 2013, Patterson et al., 2010b) βρέθηκε ότι η ομαδικότητα και γενικά οι συναδελφικές σχέσεις συνδέονται με τη κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων. Ταυτόχρονα έρευνες (Fernandez et al., 2011, Bost et al., 2012, Kallberg et al., 2014) κατέδειξαν ότι οι κακές συναδελφικές σχέσεις σχετίζονται με την απόρροια λαθών εις βάρος των πασχόντων.

Ένα εργασιακό περιβάλλον ενδέχεται να έχει ως στόχο την ανάλυση οποιωνδήποτε λαθών ή δυσμενών συμβάντων, ούτως ώστε να κατανοηθούν οποιεσδήποτε αδυναμίες και να επέλθει βελτίωση. Προς επίτευξη του δεδομένου στόχου επιβάλλεται να γίνεται αναφορά και καταγραφή όλων γενικά των λαθών που γίνονται στον κλινικό χώρο χωρίς το φόβο τιμωρίας από την διοίκηση. Σύμφωνα με τον Leape (2000) *«η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ότι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών.»* Οι Mozafari et al. (2013), Wang et al. (2013) και Van Noord et al. (2013) επιβεβαιώνουν αυτό το γεγονός αφού στα αποτελέσματα των μελετών τους συνδέουν την συχνότητα αναφοράς λαθών με την θετικότητα του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων.

Επιπλέον, η συνεχής οργανωσιακή μάθηση και γενικότερα εκπαίδευση του προσωπικού συμβάλλει στην διασφάλιση της επικαιροποιημένης παροχής υπηρεσιών από τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, συμβάλλει στην ασφάλεια και βελτίωση της έκβασης της ασθένειας για τους πάσχοντες, αναπτύσσει αποτελεσματικούς τρόπους σκέψης, συμπεριφοράς και επίλυσης προβλημάτων, επιφέρει αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, καλλιεργεί την ουσιαστική επικοινωνία στον εργασιακό χώρο και ενισχύει τη δέσμευση στη γνώση (Scott et al., 2003). Οι Atack & Maher (2010) στην μελέτη που διενέργησαν,

τάσσονται σύμφωνοι με αυτήν την διαπίστωση, καταλήγοντας στο γεγονός ότι η κλινική κρίση, η κατάλληλη εκπαίδευση και τα γνωσιολογικά κενά είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την διασφάλιση ενός κλίματος ασφάλειας για τους πάσχοντες σε ένα τμήμα επειγόντων (προνοσοκομειακά) τονίζοντας την ανάγκη για αλλαγές στην εκπαιδευτική δομή και στην διαδικασία ανάπτυξης ισχυρότερων κλινικών αποφάσεων και δεξιοτήτων. Επιπρόσθετα οι Patterson et al. (2010b) και οι Wang et al. (2013) συσχέτισαν την συνεχή οργανωσιακή μάθηση και την εκπαίδευση με την θετική αντίληψη αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας.

Επιπλέον, η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό δυναμικό είναι ένας παράγοντας που δυνατό να επιφέρει σημαντικό κίνδυνο στην ασφάλεια ενός ασθενή, δεδομένων των αποτελεσμάτων αρκετών ερευνών αφού έχει διαπιστωθεί ότι η έλλειψη νοσηλευτών αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ασφάλεια και την θνησιμότητα των πασχόντων στα νοσοκομεία (Aiken et al., 2003; Green 2004). Αυτή η διαπίστωση όμως δεν επιβεβαιώνεται πλήρως στην συγκεκριμένη μελέτη δεδομένου του γεγονότος ότι μόνο οι μελέτες των Camargo et al., (2012) και Wang et al., (2013) συσχέτισαν το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων με την υποστελέχωση.

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι φάνηκε να συσχετίζονται με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων είναι η ανεπαρκής οργάνωση των τμημάτων παροχής επείγουσας φροντίδας και η διαλογή των πασχόντων (Camargo et al., 2012; Bost et al., 2012) καθώς και οι θετικές αντιλήψεις της διοίκησης σχετικά με τα θέματα ασφαλείας των πασχόντων (Patterson et al., 2010b; Van Noord et al., 2013; Kallberg et al., 2014).

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των εργαζομένων αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων διαπιστώθηκε σε κάποιες μελέτες ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσίασε θετική στάση (Mozafari et al., 2013; Wang et al., 2013; Van Noord et al., 2013). Ωστόσο οι συγκεκριμένοι ερευνητές συσχέτισαν την δεδομένη θετικότητα με διαφορετικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα οι Mozafari et al. (2013) συσχέτισαν την θετικότητα ως προς την κουλτούρα ασφαλείας των πασχόντων με το άνοιγμα επικοινωνίας, με την επιβολή κυρώσεων σε περίπτωση σφάλματος και την καταγραφή της συχνότητας των αναφερόμενων σφαλμάτων. Οι Wang et al. (2013) σύνδεσαν την θετικότητα με την συνεχή οργανωσιακή μάθηση, με τη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, τη στελέχωση των τμημάτων, την επικοινωνία και την συχνότητα αναφοράς λαθών. Τέλος οι Van Noord et al. (2013) σύνδεσαν την θετικότητα με την ομαδικότητα, την συχνότητα αναφοράς λαθών, την επικοινωνία και την υποστήριξη από την διοίκηση για την ασφάλεια των πασχόντων.

Αντίθετα, σε μελέτη των Lambrou et al. (2014) οι θετικές αντιλήψεις σχετικά με το κλίμα ασφάλειας και στις δυο ομάδες (νοσηλευτές και ιατροί) ήταν ιδιαίτερα χαμηλές. Ωστόσο οι 2 ομάδες φάνηκε να έχουν τις ίδιες αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφαλείας αν και οι ιατροί παρουσίασαν ψηλότερη βαθμολογία από τους νοσηλευτές αναφορικά με το εργασιακό τους περιβάλλον, ενώ σε μελέτη των Van Noord et al. (2013) ανάμεσα στις ομάδες των ιατρών και των νοσηλευτών εντοπίστηκαν διαφορές σε δυο διαστάσεις (συχνότητα αναφοράς λαθών και στην υποστήριξη της διοίκησης για την ασφάλεια των πασχόντων).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι σημειώθηκαν μεγάλες διακυμάνσεις στην βαθμολογία για το κλίμα ασφαλείας μεταξύ διάφορων οργανισμών παροχής επείγουσας φροντίδας. Συγκεκριμένα, οι οργανισμοί εξειδικευμένης επείγουσας ανταπόκρισης όπως οι οργανισμοί εναέριας επείγουσας διάσωσης, είχαν ψηλότερη βαθμολογία, αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας από τους υπόλοιπους οργανισμούς ενώ γενικά ο μέσος όρος του κλίματος ασφαλείας ήταν χαμηλότερος για τους πρώτους βοηθούς από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (Patterson et al., 2010a).

Πίνακας 6: Παράγοντες που μειώνουν την ασφάλεια των πασχόντων

Παράγοντας	Μελέτη														
	Lambrou et al. (2014)	Kallberg et al. (2014)	Mozafari et al. (2013)	Wang et al. (2013)	Van Noord et al. (2013)	Camargo et al. (2012)	Weaver et al., (2012)	Bost et al. (2012)	Patterson et al. (2012)	Archer et al. (2011)	Fernandez et al. (2011)	Patterson et al. (2010a)	Atack and Maher (2010)	Patterson et al. (2010b)	Carter et al. (2009)
Δυσμενή συμβάντα/λάθη		*		*	*	*	*		*		*		*		
Επικοινωνία		*	*	*	*			*							*
Ομαδικότητα/εργασιακές σχέσεις	*	*			*			*			*			*	
Είδος εκπαίδευσης/ χαρακτηριστικά επαγγέλματος	*		*		*							*	*	*	
Ύπνος/κόπωση								*	*	*	*				
Συχνότητα Καταγραφής λαθών			*	*	*										
Συνεχής οργανωσιακή μάθηση/εκπαίδευση				*								*	*	*	
Αντιλήψεις/Υποστήριξη από την διοίκηση		*			*									*	
Στελέχωση τμήματος				*		*									
Οργάνωση/διαλογή						*		*							
Αυξημένος όγκος πασχόντων								*							

## 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ποιότητα και ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική για τους πάσχοντες. Υπό αυτό το πρίσμα, ο σκοπός κάθε επαγγελματία υγείας, είναι να εξασκεί το επάγγελμά του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο προς όφελος των πασχόντων και της κοινωνίας. Επιπρόσθετα, τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στην ασφάλεια, στις ανάγκες και το βαθμό ικανοποίησής των πασχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Robinson et al., 2008).

Το προσωπικό που εργάζεται καθημερινά στα ΤΕΠ έχει να «αντιμετωπίσει» ένα μεγάλο όγκο πασχόντων αλλά και άλλες ιδιόζουσες συνθήκες οι οποίες απορρέουν από το εργασιακό περιβάλλον των δεδομένων κλινικών χώρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας τα λάθη τα οποία λαμβάνουν χώρα καθημερινά στους χώρους παροχής επείγουσας υγειονομικής φροντίδας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ασφάλεια των πασχόντων και πολλές φορές ενδέχεται να οδηγήσουν σε δυσμενή συμβάντα, σε αναπηρία η και στο θάνατο. Παράγοντες όπως η κόπωση η υποστελέχωση, ο αυξημένος όγκος πασχόντων και η κακή ποιότητα ύπνου λόγω του συστήματος βάρδιας αλλά και των αυξημένων ωρών εργασίας ενδέχεται να οδηγήσουν στην δημιουργία λαθών και παράλληλα στην μείωση του κλίματος ασφαλείας των πασχόντων. Επιπρόσθετα παράγοντες όπως η κακή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η εκπαίδευση, η σωστή οργάνωση, η ανεπαρκής υποδομή, οι αντιλήψεις και οι στάσεις της διοίκησης για το θέμα αυτό είναι επίσης ουσιαστικοί παράγοντες που δύνανται να συμβάλουν σε αυτό.

Παράλληλα διαφάνηκε ότι σε κάποιες των περιπτώσεων παρόλο που οι επαγγελματίες υγείας δυνατό να προέρχονται από τον ίδιο κλινικό χώρο, εντούτοις ενδέχεται να έχουν διαφορετικές αντιλήψεις αναφορικά με το κλίμα ασφαλείας των πασχόντων. Ενδεχομένως να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος (ιατρός, νοσηλεύτης, διάσωσης, πρώτος βοηθός) τα χαρακτηριστικά του κλινικού χώρου όπου προέρχονται και κάποια δημογραφικά χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας.

Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση από την JCI η οποία είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να πιστοποιεί ότι ένας οργανισμός υγείας πληροί τα κριτήρια ποιότητας και ασφαλείας τα οποία είναι απαραίτητα για την καλή έκβαση του ασθενούς. Συνεπώς, ένα διαπιστευμένο νοσοκομείο επιβάλλεται διαρκώς να προσβλέπει στην βελτίωση της λειτουργίας του.

Προκειμένου λοιπόν για την ασφάλεια των πασχόντων κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή κατάλληλων μέτρων που να περιορίζουν το φαινόμενο αυτό κυρίως με τη ευαισθητοποίηση όλων των αρμόδιων φορέων (Health and Safety Executive, 2005).

Γενικά η θέσπιση νέων αλλά και η τροποποίηση των υφιστάμενων πρωτοκόλλων αναφορικά με νοσηλευτικές και ιατρικές διαδικασίες κρίνεται ως αδήριτη ανάγκη. Επιπλέον, επιβάλλεται η στοχοθεσία να προσβλέπει στην δια βίου εκπαίδευση του προσωπικού και γενικότερα στη αύξηση της συχνότητας εφαρμογής προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης. Η ασφάλεια των πασχόντων θα μπορούσε να υιοθετηθεί έως κουλτούρα, αν ξεκινούσε από το στάδιο της εκπαίδευσης των νέων επαγγελματιών υγείας μέσα από το πτυχιακό επίπεδο, αλλά και μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που εξασκούν ήδη το επάγγελμα.

Οι κυβερνήσεις παρά την οικονομική κρίση επιβάλλεται να επενδύσουν στην υγεία και να διασφαλίσουν την επαρκή στελέχωση και οργάνωση των ΤΕΠ καθώς για την εφαρμογή ενός πιο ανθρώπινου ωραρίου για τους επαγγελματίες υγείας.

Επομένως, ο σωστός σχεδιασμός του συστήματος και των διαδικασιών του είναι το απαιτούμενο για να αποφεύγονται τα λάθη. Υπό αυτό το πρίσμα τα ΤΕΠ των Δημόσιων Νοσοκομείων, αλλά και το υγειονομικό μας σύστημα γενικότερα, χρειάζεται να εισάγει ένα σύστημα αναφοράς λαθών, όχι για τιμωρητέες αιτίες, αλλά για να παρέχεται η δυνατότητα να αναγνωριστούν τα βαθύτερα αίτια και να βελτιωθούν οι διαδικασίες για αποφυγή τους στο μέλλον. Σύμφωνα με την JCI οργανισμοί οι οποίοι δεν ακλουθούσανε την πολιτική της τιμωρίας του προσωπικού σε ενδεχόμενα λάθη παρουσίασαν εντυπωσιακή αύξηση της αναφοράς συμβάντων, που μερικές φορές έφτασε στο δεκαπλάσιο. Τα γενικά μέτρα πρόληψης των συμβάντων είναι: η χρήση της τεχνολογίας, η εκπαίδευση του προσωπικού, η μείωση της κόπωσης του προσωπικού, η πιστοποίηση και εξειδίκευση του προσωπικού στο αντικείμενο που έχει αναλάβει και η ταυτοποίηση των πασχόντων υψηλού κινδύνου (JCI, 2002). Αυτό δύναται να καταστεί εφικτό μέσω νομοθετικών παρεμβάσεων που θα παρέχουν κίνητρα (ανωνυμία, απουσία κυρώσεων/τιμωρίας) στο ιατρικό προσωπικό να αναφέρει τα σφάλματα που λαμβάνουν χώρα. Είναι επίσης απαραίτητη η ταυτόχρονη δημιουργία συστημάτων καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Το σύστημα, τότε, θα επικεντρώνεται στην διόρθωση των αδυναμιών του κι όχι στην αναζήτηση του ενόχου. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθεί ότι όλο το προσωπικό των ΤΕΠ επιβάλλεται να έχει συναίσθηση των παραγόντων κινδύνου των πασχόντων και να κατανοήσουν ότι τα λάθη που συγκαλύπτονται θα επαναλαμβάνονται τα ίδια.

Γενικά διαπιστώνεται ότι ο ρόλος των διοικήσεων και της κυβέρνησης φαίνεται να χρήζει ποιοτικής αναβάθμισης. Συμπερασματικά είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί η σημασία της κουλτούρας και κλίματος ασφαλείας στα ΤΕΠ ούτως ώστε άπαντες οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα ΤΕΠ να βρίσκονται σε θέση να προσφέρουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τους πάσχοντες και να επιτυγχάνουν τις προσδοκίες των εκάστοτε νοσοκομειακών μονάδων σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων.

## **7.1. Περιορισμοί**

Στο σημείο αυτό αναφέρονται συνοπτικά οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης.

Τα ερευνητικά άρθρα που εντοπιστήκαν ήταν γραμμένα στην ελληνική ή στην αγγλική γλώσσα. Στην απουσία του δεδομένου γλωσσικού περιορισμού ενδεχομένως η ηλεκτρονική αναζήτηση να απέδιδε περισσότερα άρθρα. Σύμφωνα με το θέμα της παρούσας εργασίας τέθηκε και ο περιορισμός ως προς τον χώρο διεξαγωγής των ερευνών και τον πληθυσμό του δείγματος, ο οποίος αφορούσε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν αποκλειστικά σε ΤΕΠ. Συνάμα μέσα από τις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων υπήρξε περιορισμός στα άρθρα τα οποία απαραίτητως αναφύονταν ολόκληρα και όχι μόνο η περίληψη. Ένας άλλος σημαντικός περιορισμός αποτέλεσε το εύρος στη χρονολογία εκπόνησης των ερευνών (τελευταία πενταετία) ο οποίος περιόρισε σε μεγάλο βαθμό την απόδοση των τελικών άρθρων.

Επιπρόσθετα σημαντικός περιορισμός κρίθηκε ο μειωμένος αριθμός ερευνών (1 έρευνα) στην Κύπρο αλλά και η ανυπαρξία ερευνών στην Ελλάδα σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων στα ΤΕΠ, γεγονός που αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την χώρα μας.

## **7.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Αναντίλεκτα, πρέπει να αποφασιστούν και να εφαρμοστούν τα κατάλληλα μέτρα ούτως ώστε να εξαλειφθεί ή τουλάχιστον να μειωθεί στο ελάχιστο το φαινόμενο αυτό, το οποίο ανεπιφύλακτα πλήττει ασθενείς, συγγενείς, επαγγελματίες υγείας, συστήματα υγείας, την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και γενικότερα την οικογενειακή γαλήνη τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας. Τα όποια μέτρα όμως ενδεχομένως, πρέπει να συνάδουν με την κουλτούρα ασφαλείας και πρέπει να υιοθετηθούν από τα «κατάλληλα άτομα» όπως είναι οι αρμόδιοι φορείς στο υπουργείο υγείας.



Επομένως, μια ενδεχόμενη μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αφορά στην διερεύνηση των αντιλήψεων των αρμόδιων φορέων στο Υπουργείο Υγείας αναφορικά με την ασφάλεια των πασχόντων στα δημόσια ΤΕΠ στην Κύπρο, με την προσδοκία να ευαισθητοποιηθούν και να συμβάλουν αποτελεσματικότερα στην ανάπτυξη στρατηγικών επί του θέματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόφωνη

Βότση Ε.(2000): Διασφάλιση της ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ΕΚΠΑ Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα

Δημόσια Υγεία (2010) Available from: <http://www.cyprus.gov.cy/moa/Agriculture.nsf/All/>.

Δημόσια Υγεία (2012). Available from: <http://www.cyprus.gov.cy/moa/Agriculture.nsf/All>. Accessed: 25 oct

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (Ημερομηνία πρόσβασης 12/2/2014 [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_el.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_el.htm).

Ευρωβαρόμετρο Ασφάλεια των πασχόντων και ποιότητα της φροντίδας, που δημοσιεύτηκε τον Ιούνιο του 2014·[http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm)

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014) Δελτίο Τύπου Βρυξέλλες, 19 Ιουνίου [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-14-694\\_el.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_el.htm)

Κωσταγιόλας Π, Καϊτελίδου Δ, Χατζοπούλου Μ. (2008) Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

Λαζάρου Π, Οικονομοπούλου Χ.(2007) Δείκτες αποτίμησης ποιότητας υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Διεθνή δεδομένα και ελληνική πραγματικότητα. *Νοσηλευτική* 46(2):199-214.

Λιακόπουλλου Χ. (2001). Βρετανοί πεθαίνουν από ιατρικά λάθη! Εφημερίδα επενδυτής Απρίλιος 2001 σελ 501.

Λάμπρου Π. ( 2005 ). Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση και Λειτουργία. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. 1991: Σύγγραμμα: Ε. Ασκητοπούλου: «Επείγουσα και Εντατική Ιατρική», Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. 1994-2000: Επιστημονική διευθύντρια Επιστημονική Διευθύντρια του ΕΚΑΒ .

Μαλλιάρου Μ, Δαμίγου Δ, Χανδρινού Α, Σαράφης Α (2008). Δείκτες Ποιότητας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Πρακτικά 4ο Συμπόσιο Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής. *Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική: Ασφάλεια-Ποιότητα- Αλλαγή*. Θεσσαλονίκη, 7-9/11/2008. Τόμος πρακτικών 278-288.

- Μάτης Γ, Χρυσού Ο, Μπιρμπίλης Θ (2006). Υπηρεσίες Υγείας και Ποιότητα. *Ελληνική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 40:105-110.
- Νέα Στρατηγική Προσέγγιση της ΕΕ την υγεία (2008-2013). Available from: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/c1157](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/c1157). [Accessed 19 April 2014].
- Παπανικολάου Β.(2007) Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Πετρίδης Ε, Λαβράνος Γ, Ραφτόπουλος Β (2013) Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30 (4): 449-455
- Πολλάλης Ι.( 2012), Σημειώσεις Μαθήματος: Οργανωσιακή Συμπεριφορά. Διαθέσιμο στο: <http://www.mba-teipir.gr/userfiles/image/K2.pdf>
- Ραφτόπουλος Β.(2007) Ωφελείν ή μη Βλάβειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 2007;46 (2):167-8.
- Ραφτόπουλος, Β.(2009) Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας: οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Εκδ., ιδίου, Λευκωσία, 2009.
- Williams R. (1981), *Culture*, Τρίτη έκδοση, Γλασκώβη: Fontana Press

## Αγγλόφωνη

- Abdi Zh., Maleki M. and Khosravi A., (2012) Staff perception about patient safety culture in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences *Payesh Quarterly*, 10: 411-419.
- ACSNI, (1993), Advisory committee on the safety of nuclear installations: Human Factors Study Group Third Report: Organising for safety. HSE Books, Sheffield.
- Aiken L.H, Clarke S.P, Cheney RB, Sloane DM, Silber JH. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical patient mortality. *JAMA*, 290 (12):1617-1623
- Alahmadi, H.A., 2010. *Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals*. *Quality SafetyHealth Care*, 19: 1-5.
- Anderson, A & Kyprianou, A (1994) “effective organizational behavior. Skills and activity

- Archer F., Sofianopoulos S., Williams B., Thompson B. (2011) The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 9, 1, 990-35.
- Archer, F., Williams, B., Sofianopoulos, S., & Thompson, B. (2011): The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. *Australasian Journal of Paramedicine*, 9 (1). Retrieved from <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol9/iss1/3>
- Atack L, Maher J., (2010) Emergency medical and health providers perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehospital emergency care*, 14:95–102.
- Berends, J.J. 1996. On the Measurement of Safety Culture (Unpublished graduation report), Eindhoven University of Technology, Eindhoven.
- Bismark M, Dauer E, Paterson R, Studdert D. (2006) Accountability sought by patients following adverse events from medical care: the New Zealand experience-Research. *CMAJ*;175(8):889-894.
- Bost N., Crilly J., Patterson E., Chaboyer W. (2012): Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study *International Emergency Nursing* 20, 133–141.
- Camargo C.A, Tsai C.L, Sullivan A.F, Cleary P.D, Gordon J.A, et al. (2012): Safety Climate and Medical Errors in 62 US Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine* Volume 60, no 5.
- Carter A.E, Davis K.A, Evans V.L, Cone D.C (2009): Information Loss in Emergency Medical Services Handover of Trauma Patients. *Prehospital emergency care*;13:280–285
- Cox, S. & Cox, T. 1991. The structure of employee attitudes to safety: An European example, *Work and Stress* 5(2).
- Cunningham T., and Geller E.,( 2009). Organizational Behavior Management in Health Care: Applications for Large-Scale Improvements in Patient Safety. PhD Thesis. Διαθέσιμο στο: [http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol2/Advances-Cunningham\\_11.pdf](http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol2/Advances-Cunningham_11.pdf)
- Donabedian A. (1986) Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality review*, 12 (28): 99-108.

- Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, Rizov R, Catev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1995, 23: 294-300.
- EUNetPaS *Patient Network for Europe* EUNetPaS, 2008 <http://90plan.ovh.net/~extranetn/> [πρόσβαση Νοε. 2014].
- EUNetPaS *Patient Safety Culture Instruments used in Member States* EUNetPaS, 2009 [http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS\\_Publications/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf](http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-catalogue-use-of-psci-in-ms-april-13-2010.pdf) [πρόσβαση Νοε. 2014].
- Graf J, Von den Driesch A, Koch K, Jansseus V. *Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scand* 2005, 49: 930-939.
- Green M. (2004): Nursing error and Human natural. *Journal of Nursing Low* 9:37-45
- Health and Safety Executive (2005): “A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit”. *Research Report 367*. <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr367.pdf>
- Hofstede, G. (1980) Culture's consequences: International differences in work-related values  
στο: Davidson M., 2010. Exploring culture in international learning. Academic Development Advisor, for PESL. Available at: <http://www.nottingham.ac.uk/pesl/internationalisation/docs/Internationalisation-Exploring-culture-in-international-learning.pdf>
- Hoy K, Tarter J, Kott Kamp B (1997), The nature of the work place in open schools/ healthy schools measuring organizational climate. *Colompus: Arlighton Writers Ltd* 1997
- INSAG (1991), International Nuclear Safety Advisory Group, Safety Culture, Safety Series 75-INSAG-4. International Atomic Energy Agency, Vienna. [http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub882\\_web.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub882_web.pdf)
- Institute of Medicine (1999), To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington. DC: National Academy Press.
- Institution of Engineering and Technology (2009): Health & Safety Briefing No. 07, [www.theiet.org/factfiles](http://www.theiet.org/factfiles)

- International Nuclear Safety Advisory Group- INSAG.(2001) Safety Culture. Report 75-INSAG4 –International Atomic Energy Agency. Vienna;.
- Joint Commission International JCI, (2002). Accreditation Standards for Hospitals. 2nd Edn.,Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL., ISBN: 0866887792, pp: 190.
- Johnstone M. J. and Kanitsaki O. 2006. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 43 367–376.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2002):“Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction”. Oakbrook Terrace, IL:*JCAHO*
- Johnstone M. Kanitsaki O. (2006) The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper *Int j Nurse Studies* 2006, 43: 367-376
- Källberg A.S, Göransson K.E , Florin J., Östergren J.,Brixey J.J ,Ehrenberg A., (2014): Contributing factors to errors in Swedish emergency departments *International Emergency Nursing*
- Koch LT, Corrigan J, Donaldson MS (2000). To error is human: building a safer health system. Washington, D.C.: *National Academy Press*.
- Kohn LT, Corigan JM, Donaldson MS, (eds) (2000): “To err is human: building a safer health system”. *National Academy Press*, Washington DC
- Lambrou, P., Papastavrou, E., Merkouris, A.,Middleton N.(2014) Professional environment and patient safety in emergency departments.*International Emergency Nursing journal*.homepage: [www.elsevier.com/locate/aaen](http://www.elsevier.com/locate/aaen)
- Leape L. Error in Medicine 1994; *Journal of the American Medical Association* 272 (23):1851-57.
- Leape L., (2000): “Can we make health care safe?”. In: *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicine*.“Accelerating Change Today For America’s Health”. The Institute Coalition on Health Care – The Institute for Healthcare Improvement

- Lee, T.R. 1993. Seeking a safety culture, *Atom*, Vol. 424, pp. 20-3.
- McLean (1997). Nationwide poll on patient safety: 100 million Americans see medical mistakes directly touching them (press release). VA: National Patient Safety Foundation.
- Meurier CE (1997). Learning from errors in nursing practice. *J Adv Nurs* 6:111-119.
- Miller, D.P, Swain, A.D, (1987). Human Error and Human Reliability. In G. Salvendy (ED), *Handbook of Human Factors*. New York: Jonh Willy and sons inc.
- Mozafari J, Fahimi A.M, Masoumi K., Darian A.A, Forouzan A., (2013). Emergency Medicine Residents Perceptions about safety culture. *Advances in Biological Research* 7 (5): 155-158,
- National Quality Forum (NQF) (2006). Serious Reportable Events in Healthcare Washington, D.C.  
[http://www.qualityforum.org/publications/2006/12/A\\_National\\_Framework\\_and\\_Preferred\\_Practices\\_for\\_Palliative\\_and\\_Hospice\\_Care\\_Quality](http://www.qualityforum.org/publications/2006/12/A_National_Framework_and_Preferred_Practices_for_Palliative_and_Hospice_Care_Quality)
- Needleman J, Buerhaus P, (2003): “Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action”. *International Journal for Quality in Health Care*; Vol 15, Number 4 pp. 275-277
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Zdevinsky K, (2002): “Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals”. *N Engl J Med*; 346:1415-1422
- Ouchi, W. G. and Wilkins, A. L. (1985), “Organizational Culture”, *Annual Review of Sociology*, 11, 457-483
- Ovretveit J. (2004) Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17:368–376.
- Pacanowsky, M,E, O Donnel-Trujillo N (1983). Organizational communication as culture performance, *communication Monographs*, 50, 126-147.
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Servqual: A multiple-item scale for measuring perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988, 64:12-40.
- Patterson P. D, Huang D.T, Fairbanks R.J., Wang H.E,(2010): The Emergency Medical Services Safety Attitudes Questionnaire. *American Journal of Medical Quality* 25(2) 109.

- Patterson P.D, Huang, D.,T, Fairbanks J.R., Simeone S, BS, Matthew Weaver Wang, H.E, (2010) Variation in emergency medical services. *Workplace safety culture*;14:448–460
- Patterson P.D, Weaver M.D, Frank R.C, Warner W, Martin-Gill C, Guyette F.X, MD, Fairbanks R.J, Hubble M.W, Songer T.J, Callaway C.W, Kelsey S.F, Hostler D (2012): Association between poor sleep, fatigue, and safety outcomes in Emergency Medical Services providers. *Prehosp Emerg Care*, 16 (1): 86–97.
- Piers, Montijn & Balk 2009. Safety Management System and Safety Culture Working Group (SMS WG). Safety Culture Framework for the Ecast SMS-WG. Dutch National Aerospace Laboratory (NLR). <https://www.easa.europa.eu/essi/documents/WP1-ECASTSMSWG-SafetyCultureframework.pdf>
- Reason J. Human Error. New York: Cambridge University Press; In: Lindvall J., (2011). Doctoral Dissertation in Psychology: Aeronautical decision-making in context: Influence of affect and experience on procedure violations. Department of Psychology, University of Gothenburg, Sweden. Διαθέσιμο στο: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/27956>
- Robinson JH., Callister LC., Berry JA., (2008):Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.*;20(12):600-7.
- Schein E, (2009) Organizational psychology (3<sup>rd</sup> edition) prentice hall: Englewood Cliffs,
- Scott K, Mannion R, Davies H, Mashall M. (2003): The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Serv Res*, 38:923–945
- Taylor C., Lillis C., Lemone P., (2002) Τεκμηρίωση Αναφορά και σύσκεψη. Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Εκδ. Πασχαλίδης.
- Taylor, E. B. (1877) στο: Kashima Y. & Gelfand M. (IN PRESS). A History of Culture in Psychology.
- Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Sexton EJ, Wilson RM et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA, I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal for*



- Quality in Health Care Journal of the International Society for Quality in Health Care  
ISQua 2000; 12(5): 371–378
- Van Noord I.V, Wagner C., Van Dyck C., Twisk J.R, Bruijne M.C (2013): Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. International Journal for Quality in Health Care Advance Access published December 10, 2013 *International Journal for Quality in Health Care*; 1–7
- Von Thaden T.L., & Gibbons A.M. (2008): “The safety culture indicator scale measurement system (SCISMS)”. <http://www.te.faa.gov/LOGISTICS/GRANTS>
- Wanga X., Liu K., You L., Xiang J., Hud H., Zhang L., Zheng J, Zhu X.,(2014).The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 51 1114–1122
- Weaver M.D., Wang S.H, Fairbanks R.J, Patterson D., (2012). The association between EMS workplace safety culture and safety outcome. *Prehosp Emerg Care*; 16(1): 43–52.
- West CP., Tan AD., Habermann TM., Sloan JA., Shanafelt TD. (2009): Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.*; 302(12):1294–1300. [PubMed: 19773564]
- Wiskow, C., Albrecht, T., De Pietro, C., (2010). How to Create an Attractive and Supportive Working Environment for Health Professionals. World Health Organization, Copenhagen.
- World Health Organization (2009): Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva.
- World Health Organization (2009). Patient Safety. Global Priorities for Patient Safety. Research Geneva: WHO Publications
- World Health Organization (2009): Conceptual framework for the international classification of patient safety.
- World Health Organization (2009). Global priorities for patient safety research.
- World Health Organization (2010). Patient safety research. Assessing and tackling patient harm. WHO, Geneva.
- Zohar, D., 1980. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. *The Journal of Applied Psychology*. 65, 96–102.

