



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
—ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837—

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΜΣ «ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική εργασία

ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

της

ΑΣΤΕΡΗ ΕΥΓΕΝΙΑΣ

Επιβλέποντες

κ. Κυριάκος Σουλιώτης

Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών
Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE
Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Δρ. Βασιλική Καπάκη

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

Στον σύζυγό μου Δημήτρη,
Τα παιδιά μας Κοραλία, Μάξιμο, Διώνη.

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει δημιουργηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου της Αθήνας με τίτλο «Σχεδιασμός και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας». Προτού παρουσιάσω το περιεχόμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους, οι οποίοι συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωσή της .

Αρχικά θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στον Κο Ιωάννη Τούντα , καθηγητή της Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Σχεδιασμός και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας» που μου έδωσε την ευκαιρία να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό. Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου Κο Κυριάκο Σουλιώτη Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Αναπληρωτής Διευθυντής, LSE Enterprise - Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας που μου επέτρεψε να διεξάγω την συγκεκριμένη έρευνα. Τα ευχαριστώ είναι λίγα για την Κα Βασιλική Καπάκη, Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου η οποία με καθοδηγούσε, με συμβούλευε και με ενθάρρυνε να συνεχίσω - παρόλα τα διοικητικά κυρίως εμπόδια που συνάντησα - κατά την διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας και της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας. Επιπλέον οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ και στον Δρ Βασίλειο Ραφτόπουλο Επίκουρο Καθηγητή στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου και Υπεύθυνο του Μεσογειακού Ερευνητικού Εργαστηρίου για τη Δημόσια Υγεία και την Ποιότητα Φροντίδας που μου επέτρεψε να χρησιμοποιήσω το ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με την ελληνική έκδοση της κλίμακας "Πεποιθήσεις για την ασφάλεια" (SAQ).

Ασφαλώς οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους συντονιστές των Κέντρων υγείας που με εμπιστεύτηκαν και μου επέτρεψαν αλλά και με διευκόλυναν να διεξάγω την έρευνα στα υπό την εποπτεία τους Κέντρα Υγείας. Αλφαβητικά λοιπόν ευχαριστώ τον Κο Νικόλαο Αγοράνο συντονιστή του Κέντρου Υγείας Νέας Μάκρης, τον Κο Αριστοφάνη Γκίκα συντονιστή του Κέντρου Υγείας Καλυβίων, τον Κο Γεώργιο Μπέλλο συντονιστή του Κέντρου Υγείας Κορωπίου, τον Κο Σπυρίδων Σερλεμέ συντονιστή του Κέντρου Υγείας Μαρκόπουλου και την Κα Μαρία Χατζηγιαννακού συντονίστρια του Κέντρου Υγείας Σπάτων.

Στα πλαίσια της διενέργειας της ερευνητικής διαδικασίας καθοριστική ήταν και η συμμετοχή των συναδέλφων που συμμετείχαν στην έρευνα διαθέτοντας το χρόνο τους για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια συντελώντας στην επιτυχή ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας.

Την στατιστική επεξεργασία επιμελήθηκε η στατιστικός Χαρά Τζαβάρα Msc, Phd Βιοστατιστικός - Επιστημονικός συνεργάτης της Ιατρικής Σχολής Αθηνών .

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Δημήτρη και τα τρία μας παιδιά Κοραλία, Μάξιμο και Διώνη για την υπομονή, ανοχή και αμέριστη υποστήριξη και συμπαράστασή τους σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Κουλτούρα Ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού.

Η ασφάλεια των ασθενών συνδέεται άρρηκτα με την αποτελεσματικότητα της μονάδας και την έκβαση της υγείας των ασθενών εφόσον αποτελεί διάσταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα εργασία προσπάθησε να διερευνήσει την κουλτούρα ασφάλειας που επικρατεί σε 5 Κέντρα Υγείας της Αττικής και να κάνει προτάσεις για την βελτίωση αυτής. Για την διενέργεια της έρευνας επιδόθηκε στους επαγγελματίες υγείας ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με την ελληνική έκδοση της κλίμακας « Πεπιοθήσεις για την ασφάλεια » SAQ . Στην έρευνα συμμετείχαν 176 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται την στιγμή της έρευνας στις υπό μελέτη πρωτοβάθμιες δομές υγείας και παρέθεσαν τις απόψεις τους σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για την ικανοποίηση από την εργασία και την ομαδική εργασία, ακολουθούμενη από το κλίμα ασφαλείας, ενώ λιγότερες θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για τις εργασιακές συνθήκες και την αναγνώριση του στρες

Λέξεις κλειδιά : Κουλτούρα ασφάλειας , ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Κέντρα υγείας.

ABSTRACT

The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, skills and behavior that determine the commitment, style and experience of the management of Health and Safety of an organization. (HSE, 2005) The patients' safety is closely linked with the efficiency of the unit and the health outcomes of patients because it is a dimension of quality of health services. The present study aimed to investigate the safety culture that prevails in 5 health centers of Athens and make proposals to improve this. To conduct the research the healthcare professionals filled out an anonymous self-administered questionnaire of the Greek version of the scale "Beliefs about security "SAQ. The participants 176 health professionals working at the time of this research in the primary health structures and have given their views on the safety culture. The results showed that more positive beliefs appear for job satisfaction and teamwork, followed by the security climate, while fewer positive beliefs occur for work conditions and stress recognition.

Keywords: safety culture, quality health services, health centers.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
1.1 Τοποθέτηση του προβλήματος	7
1.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	7
1.3 Σημαντικότητα του θέματος	8
1.4 Δομή της εργασίας	8
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
2.1.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας.	9
2.1.2 Προσεγγίσεις της έννοιας ποιότητα φροντίδας	10
2.1.3 Μέθοδοι και τεχνικές λειτουργίας κύκλων ποιότητας	15
2.2 Κουλτούρα ασφάλειας	
2.2.1 Η Ασφάλεια στις Υπηρεσίες Υγείας	17
2.2.2 Ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών	22
2.2.3 Οργανωσιακή Κουλτούρα VS Οργανωσιακό Κλίμα	24
2.2.4 Εργαλεία αξιολόγησης ασφάλειας	28
2.2.5 Κίνδυνος-Ιατρικό λάθος	29
2.3 Υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα	33
2.3.1 Εθνική πολιτική για ποιότητα – ελληνική πραγματικότητα	34
2.4 Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο	
2.4.1 Ιταλία: Εθνικό Παρατηρητήριο	37
2.4.2 Έρευνες διεθνείς	37
2.5 Η συνεργασία LINNEAUS	39
2.5.1 Η επιδημιολογία του σφάλματος στην πρωτοβάθμια	41
2.5.2 Το πλαίσιο της πολιτικής	42
Β΄ ΜΕΡΟΣ	44
3. Έρευνα στα Κέντρα Υγείας της Αθήνας σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενή	
3.1 Μεθοδολογία	
3.1.1 Η μέθοδος της έρευνας	44
3.1.2 Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας	44
3.1.3 Το δείγμα της έρευνας	46
3.2 Αποτελέσματα	
3.2.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	47
3.2.2 Κλίμακα πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια (SAQ)	50
3.2.3 Συσχέτιση των διαστάσεων πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία	56
3.2.4 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις	66
4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
4.1 Συζήτηση – Συμπεράσματα	68
4.2 Περιορισμοί της έρευνας	70
4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	78

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Τοποθέτηση του προβλήματος

Κάθε υγειονομική μονάδα έχει στόχο την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να τηρούν όλους τους κανόνες και τις αρχές που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής βλάβης. Πολλοί ασθενείς είτε στην πρωτοβάθμια είτε στην δευτεροβάθμια περίθαλψη αντιμετωπίζουν προβλήματα με το σύστημα υγείας. Τα προβλήματα αυτά οφείλονται είτε στον ανθρώπινο παράγοντα είτε στο οργανωτικό και διοικητικό σύστημα.

Με τον όρο ασφάλεια ασθενών εννοούμε την προστασία των ασθενών από πρόσθετα προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.

Η Κουλτούρα Ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού. (Health and Safety Statistics 2005/06)

Οι παράμετροι που επηρεάζουν θετικά την διαμόρφωση κουλτούρας ασφάλειας σε δομές υγείας σχετίζονται κυρίως με την ηγεσία, τις πρακτικές ασφάλειας, το εργασιακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας.

1.2 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Στην παρούσα έρευνα θα γίνει προσπάθεια αφενός να καταγραφεί το κλίμα ασφάλειας και αφετέρου να διερευνηθούν οι παράγοντες που επιδρούν στο κλίμα ασφάλειας στο σύνολο των τμημάτων των Κέντρων Υγείας της Αθήνας (π.χ. επείγοντα περιστατικά, βραχεία νοσηλεία, ακτινολογικά τμήματα, μικροβιολογικά τμήματα, παιδιατρικά τμήματα, οδοντιατρικά τμήματα, διοικητικά τμήματα και λοιπά).

Αρχικά θα επιχειρηθεί να διερευνηθεί η στάση των εργαζόμενων επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, τεχνολόγων, διοικητικών και λοιπού προσωπικού) τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που θα διαρκέσει η έρευνα (Φεβρουάριος 2018 – Ιούλιος 2018) στα Κέντρα Υγείας Μαρκόπουλου, Κορωπίου, Νέας Μάκρης, Καλυβίων, και Σπάτων. Επιπρόσθετος στόχος είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας σε ένα οποιοδήποτε τμήμα μιας πρωτοβάθμιας δομής υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν στην ασφάλεια του ασθενούς;
- Υπάρχουν διαφορές στην κουλτούρα και στο επίπεδο ασφαλείας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων των Κέντρων Υγείας;
- Παράγοντες όπως η ψυχολογία του εργαζομένου ή ο φόρτος εργασίας επηρεάζουν την ασφάλεια του ασθενούς;
- Υπάρχει τακτική ενημέρωση όλου του προσωπικού για λάθη που συμβαίνουν στην ρουτίνα;

- Ποιες οι απόψεις τους σχετικά με την αποκάλυψη ατυχημάτων ή λαθών;
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην έρευνα επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας που υπάρχει στην κάθε υγειονομική υπηρεσία;

1.3 Σημαντικότητα του θέματος

Η διερεύνηση της κουλτούρας ασφαλείας ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό θέμα διότι αποτελεί πρωταρχικό μέλημα για τους υπεύθυνους του σχεδιασμού και διοίκησης υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα δυστυχώς υπάρχει περιορισμένη έρευνα γύρω από την ασφάλεια των ασθενών αν και ενδιαφέρει τους χαράκτες πολιτικής υγείας και τους αρμόδιους φορείς. Γι' αυτό τον λόγο υπάρχει κάποια δυσκολία αναφορικά με τις επεμβάσεις στον τομέα βελτίωσης της ασφάλειας, άρα και εν γένει της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας της χώρας μας.

Η συγκεκριμένη πρωτότυπη έρευνα αναμένεται να προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο ασφάλειας και την κουλτούρα ασφάλειας που επικρατεί σε πρωτοβάθμια Κέντρα Υγείας της Αθήνας. Επιπλέον, θα αποτελέσει τη βάση για την χάραξη πολιτικών και στρατηγικών αλλαγών προκειμένου να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών σε πρωτοβάθμιες δομές της υγείας που αποτελούν και τον ηθμό των ασθενών σε ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης.

1.4 Δομή της εργασίας

Η εργασία απαρτίζεται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος απαρτίζεται από 4 κεφάλαια. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αφορά την κουλτούρα και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα αναλύονται οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και η σχέση μεταξύ ποιότητας και ασφάλειας ασθενών. Επιπλέον περιγράφονται οι στρατηγικές και τα εργαλεία βελτίωσης της ποιότητας που έχουν στην φάρετρα τους οι χαράκτες πολιτικών υγείας προκειμένου να βελτιστοποιήσουν το κλίμα ασφάλειας στις δομές υγείας. Εν συνεχεία δίδεται ο ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών καθώς επίσης και τα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας καθώς και οι στρατηγικές δημιουργίας κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας απαρτίζεται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο δίδονται πληροφορίες σχετικά με την μέθοδο της έρευνας, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιείται και την αξιοπιστία αυτού. Στη συνέχεια αναλύεται το δείγμα της έρευνας και παρατίθενται επιπλέον λεπτομέρειες σχετικά με την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Στο δεύτερο και σημαντικότερο κεφάλαιο δίδονται τα αποτελέσματα της έρευνας με στόχο να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία τέθηκαν ευθύς εξ αρχής. Τα ευρήματα αφορούν συσχετίσεις δημογραφικών στοιχείων του δείγματος. Στο τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας προχωράμε στα συμπεράσματα και τα θέματα προς συζήτηση αναφέροντας ταυτόχρονα τους περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας. Εν κατακλείδι, παρατίθενται προτάσεις για μελλοντική έρευνα στις υπηρεσίες υγείας και δη σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.

A ΜΕΡΟΣ

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας.

Η ποιότητα έχει οριστεί με πληθώρα διαφορετικών τρόπων από πολλούς ανθρώπους και οργανισμούς. Διαφορετικοί ορισμοί και προσεγγίσεις γύρω από την ποιότητα έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί , ενώ αρκετοί είναι οι συγγραφείς οι οποίοι αναφέρουν ότι ο όρος ποιότητα προκαλεί συχνά σύγχυση. Για πάρα πολλούς η έννοια της ποιότητας μεταβάλλεται και μετασχηματίζεται ανάλογα με τις αλλαγές στην οργάνωση και διοίκηση των οργανισμών.

Ο Juran (1986) όρισε την ποιότητα ως «καταλληλότητα προς χρήση». Οι χρήστες δηλαδή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται σε αυτά γι'αυτό το οποίο ήθελαν να κάνουν με αυτά. Επιπλέον αναγνωρίζει πέντε διαστάσεις καταλληλότητας χρήσης:

- α) ποιότητα του σχεδίου,
- β) ποιότητα ανταπόκρισης ,
- γ) διαθεσιμότητα ,
- δ) ασφάλεια και
- ε) επιτόπια χρήση. Εισηγήθηκε την έννοια του εσωτερικού πελάτη και του συμβουλίου ποιότητας.

Μια πιο στενή προσέγγιση στον ορισμό της ποιότητας χρησιμοποιείται από τον Crosby(1980): « Ποιότητα είναι η συμμόρφωση του προϊόντος στις απαιτήσεις». Οι απαιτήσεις πρέπει να δηλώνονται ξεκάθαρα , ώστε να μην υπάρχει ενδεχόμενο να παρερμηνευτούν. Οι μετρήσεις γίνονται συνεχώς για να καθορίσουν την ανταπόκριση σε αυτές τις απαιτήσεις. Η αποτυχία ανταπόκρισης αποτελεί την έλλειψη ποιότητας. Τα προβλήματα ποιότητας μετασχηματίζονται σε προβλήματα αποτυχημένης ανταπόκρισης. Ανέπτυξε τις πέντε απαραίβτες αρχές της ποιότητας οι οποίες στηρίζονται στη φιλοσοφία της νοοτροπίας συμμόρφωσης. Ανέπτυξε επίσης ένα πρόγραμμα 14 σημείων για την ποιότητα.

Ο Deming (1993) ορίζει: « Ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη». Η ικανοποίηση εκφράζεται από την σχέση : Ικανοποίηση = τωρινή απόδοση –αναμενόμενη απόδοση. Η δυσκολία στον καθορισμό της ποιότητας είναι να μεταφράσει τις μελλοντικές ανάγκες του χρήστη σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά ώστε ένα προϊόν να σχεδιαστεί και να δίνει ικανοποίηση στον πελάτη με μια τιμή στην οποία θα μπορεί να ανταπεξέλθει. Η ποιότητα οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας είναι μια πολυεπίπεδη έννοια.

Ο Deming υποστηρίζει ότι η ποιότητα έχει πολλά διαφορετικά κριτήρια τα οποία αλλάζουν διαρκώς. Και μάλιστα διαφορετικά άτομα αξιολογούν τα ίδια κριτήρια διαφορετικά. Ο Deming είναι γνωστός για την άποψή του ότι το 94% των εργασιακών προβλημάτων προκύπτουν στις διαδικασίες και όχι στα άτομα τα οποία αποτελούν μέρη των διαδικασιών. Συγκεκριμένα έγραψε: « Τα άτομα τα οποία δεν έχουν καμία θεωρία δεν ξέρουν που πηγαίνουν».

Ο Deming στο βιβλίο του « Out of crisis» (1986) τονίζει ότι η βασική ευθύνη για την ποιότητα τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο ανήκει πρωταρχικά στη διοίκηση του κάθε οργανισμού. Χαρακτηριστικές για το θέμα είναι οι παρακάτω φράσεις του : « η αποτυχία της διοίκησης να προγραμματίσει το μέλλον , προβλέποντας τα πιθανά προβλήματα προκαλεί σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού , πρώτων υλών χρόνου και μηχανών τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους παραγωγής άρα και της τελικής τιμής του προϊόντος».

Τα πλέον γνωστά σημεία της θεωρίας του Deming είναι : α. τα δεκατέσσερα σημεία του Deming για τη διοίκηση β. οι επτά θανατηφόρες ασθένειες.(deadly diseases) γ. ο κύκλος του Deming.

Ο Ishikawa (1985) ένας από τους διάσημους Ιάπωνες πρωτοπόρους του κινήματος της ποιότητας , κάνει ένα διαχωρισμό μεταξύ στενού και ευρέως ορισμού της ποιότητας : αν ερμηνευτεί στενά ποιότητα σημαίνει : ποιότητα ενός προϊόντος. Αν ερμηνευτεί ευρέως ποιότητα σημαίνει : ποιότητα εργασίας, ποιότητα υπηρεσιών, ποιότητα πληροφόρησης, ποιότητα διαδικασιών, ποιότητα τμήματος ,ποιότητα ανθρώπων –συμπεριλαμβανομένων των εργατών , των μηχανικών, των διευθυντών , των διοικητικών στελεχών- ποιότητα συστήματος, ποιότητα οργανισμού, ποιότητα αντικειμενικών στόχων κτλ. Άρα η ποιότητα εφαρμόζεται στα προϊόντα, στις υπηρεσίες , στους ανθρώπους , στις διαδικασίες και στο περιβάλλον, η ποιότητα αποτελεί μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση. Ο Ishikawa είναι γνωστός κυρίως για την συνεισφορά του στο μάντζιμεντ της ποιότητας μέσω του στατιστικού ελέγχου ποιότητας. Η ανάπτυξη του διαγράμματος Ishikawa (ψαροκόκαλο) και η χρήση των επτά παλαιών εργαλείων της ποιότητας έδωσαν στους εργαζόμενους την ικανότητα να χρησιμοποιούν τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Κύριος στόχος του ήταν η καθολική συμμετοχή των εργαζομένων στην ανάπτυξη της ποιότητας , όχι μόνο των στελεχών.

Ο Oakland (1994) ορίζει τις βάσεις του μοντέλου διοίκησης ολικής ποιότητας.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει μια ένας παγκόσμια κοινά αποδεκτός ορισμός για τη ποιότητα , αλλά όλοι οι παραπάνω επιχειρούν να θέσουν τις βάσεις για την ουσιαστική και αποτελεσματική λειτουργία αυτής της έννοιας. (Παπανικολάου Βίκυ, 2007)

2.1.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία ο Avedis Donabedian (1980),προχώρησε σε μία εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας :

- (1) Το τεχνικό μέρος (technical , science of medicine)
- (2) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
- (3) Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας καθώς και των άλλων επιστημών υγείας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη - ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική ηθική δεοντολογία ,τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. Η διαπροσωπική φροντίδα ενεργεί συνήθως συμπληρωματικά και αντανακλά ουσιαστικά την αλληλεπίδραση λειτουργιών υγείας και ασθενούς.

Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο ,το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες και ευκολίες. Η διάσταση αυτή θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και στο διαπροσωπικό μέρος της φροντίδας, καθώς υποδηλώνει κάποιο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση του ασθενή.

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις ο Donabedian προχώρησε στον πρώτο, κλασικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην ιατρική ως : « αυτό το είδος της φροντίδας , το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή , λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών αλλά και των απωλειών οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους σημεία». (1980)

Βάσει αυτού του ορισμού της ποιότητας ο Donabedian προχώρησε στον καθορισμό των συντελεστών σε κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες. Ως ποιότητα της τεχνικής περίθαλψης μπορεί να εκληφθεί η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας κατά τρόπο ο οποίος να μεγιστοποιεί τις ωφέλειες υγείας (health benefits) χωρίς ταυτόχρονη αύξηση του κινδύνου (health risks). Το επίπεδο ποιότητας είναι ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη αναμένεται να επιτύχει την πλέον ευμενή στάθμιση ωφελειών και κινδύνων. Τα συστατικά στοιχεία της ποιότητας της διαπροσωπικής φροντίδας είναι πιο δύσκολο να συνοψιστούν. Η διαπροσωπική σχέση οφείλει να τηρεί κοινωνικά καθορισμένες αξίες και κανόνες, οι οποίοι ενισχύονται από την ηθική προσταγή του ιατρικού και νοσηλευτικού λειτουργήματος και τις προσδοκίες των ασθενών. Το επίπεδο ποιότητας μπορεί επομένως να μετρηθεί με το μέτρο συμμόρφωσης στις αξίες, προσδοκίες και τους κανόνες, θεωρώντας την έλλειψή της ως προσωπική και κοινωνική ζημία. Αξίζει να σημειωθεί ότι η διαπροσωπική σχέση επηρεάζει και την επιτυχία της τεχνικής περίθαλψης, καθώς μπορεί να συνεισφέρει στο ισοζύγιο ωφελειών και κινδύνων. Ένα κλασικό παράδειγμα της ποιοτικής αυτής διάστασης είναι η καλή πληροφόρηση του ασθενή από το γιατρό και τον νοσηλεύτη , η οποία είναι δυνατόν να επηρεάσει τη συμμόρφωση του πρώτου στην προτεινόμενη θεραπεία και νοσηλεία. (Donabedian 1986)

Ο Donabedian (1990) στο άρθρο με τίτλο : “the seven pillars of quality” «οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας» περιγράφει τα επτά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα :

- ❖ Κλινική αποτελεσματικότητα (Efficacy): η βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας
- ❖ Αποτελεσματικότητα (Effectiveness) : ο βαθμός στον οποίο υλοποιούνται εφικτές υγειονομικές βελτιώσεις
- ❖ Αποδοτικότητα (Efficiency) : η ικανότητα επίτευξης των μέγιστων δυνατών υγειονομικών βελτιώσεων με το χαμηλότερο κόστος
- ❖ Βελτιστότητα (Optimality) : το ισοζύγιο κόστος – όφελος με τα μέγιστα πλεονεκτήματα

- ❖ Αποδεκτικότητα (Acceptability): η προσαρμογή στις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά στην προσπελασιμότητα, τη σχέση επαγγελματία ασθενή, τις παροχές, τις συνέπειες της φροντίδας και το κόστος φροντίδας
- ❖ Νομιμότητα (Legitimacy): η οποία σχετίζεται με όλα τα παραπάνω
- ❖ Δίκαιη διανομή ωφελειών (Equity): ο δίκαιος καταμερισμός της παροχής φροντίδας και οι επιπτώσεις στην υγεία

Ο Maxwell (1984) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους:

- ❖ Προσπελασιμότητα : η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων(γεωγραφικών, οικονομικών ,γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- ❖ Ισότητα : η παροχή υπηρεσιών οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα
- ❖ Κοινωνική αποδοχή : η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών , η κριτική του , η αξιολόγηση της υπηρεσίας η οποία του προσφέρεται
- ❖ Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες : συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας η οποία γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία η οποία παρέχεται
- ❖ Αποδοτικότητα : το χαμηλότερο δυνατό κόστος για συγκεκριμένες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- ❖ Τεχνική αποτελεσματικότητα : η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

Ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO 2000) ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση», ο JCAHO καθόρισε 9 παράγοντες οι οποίοι ορίζουν την ποιότητα στη φροντίδα υγείας :

- ❖ Appropriateness (καταλληλότητα) : ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα η οποία παρέχεται είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς , με δεδομένη την παρούσα γνώση.
- ❖ Availability (διαθεσιμότητα) : ο βαθμός στον οποίο η κατάλληλη φροντίδα είναι διαθέσιμη ώστε να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς ο οποίος εξυπηρετείται.
- ❖ Continuity (συνέχεια) : ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα για τον ασθενή είναι συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες, στους οργανισμούς και στο πέρασμα του χρόνου.
- ❖ Effectiveness (αποτελεσματικότητα) : ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται με τον σωστό τρόπο, με δεδομένη την παρούσα γνώση, με στόχο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή.
- ❖ Efficacy (δραστηριότητα) : ο βαθμός στον οποίο η παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή φάνηκε να πραγματοποιεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- ❖ Efficiency (αποδοτικότητα) : η αναλογία των αποδόσεων για έναν ασθενή ,προς τις πηγές οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή φροντίδας.
- ❖ Respect and caring (σεβασμός και φροντίδα) : ο βαθμός στον οποίο ένας ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις της δικής του φροντίδας και εκείνοι οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες το κάνουν με ευαισθησία και σεβασμό για τις ανάγκες , προσδοκίες και προσωπικές διαφορές του.

- ❖ **SAFETY (ασφάλεια) ;** ο βαθμός στον οποίο το ρίσκο μιας μεσολάβησης και το ρίσκο στο περιβάλλον φροντίδας μειώνονται για τον ασθενή και τους λοιπούς εμπλεκομένους.
- ❖ **Timeliness (επικαιρότητα) :** ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή την πιο ευεργετική ή απαραίτητα στιγμή.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές τόσο για τα επτά βασικά στατιστικά εργαλεία ελέγχου ποιότητας (Ishikawa 1982) όσο και για πλήθος άλλων εργαλείων ποιότητας (Montgomery 1985, Garant & Leavenworth 1980, Girlow 1989, Gulezian 1991, Leebon & Ersoz 1991) ,η επιλογή και χρήση των οποίων είναι καθοριστική για τη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας. Η επιλογή και χρήση των εργαλείων σχετίζεται με το στάδιο ανάπτυξης το οποίο διέρχεται ο οργανισμός με το όραμα και τους στόχους του(διάγνωση προβλημάτων, συνεχή βελτίωση κ .λ. π.).

Τα κυριότερα εργαλεία είναι :

- **Ιστογράμματα :** γραφική αναπαράσταση ενός συγκεκριμένου συνόλου δεδομένων. Χρησιμοποιούνται για την οπτική παρουσίαση δεδομένων.
- **Διαγράμματα αιτίου αποτελέσματος :** γραφική αναπαράσταση η οποία δείχνει τη σχέση μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος. Βοηθούν στην αναγνώριση και στην απομόνωση των αιτιών των προβλημάτων.
- **Διαγράμματα Pareto :** απεικονίζουν σχηματικά και ποσοτικά τα αίτια τα οποία κυρίως ευθύνονται για την εμφάνιση ενός προβλήματος. Βασίζονται στην αρχή του Pareto που είναι γνωστή και σαν κανόνας 80/20.
- **Διαγράμματα ελέγχου :** είναι εργαλεία σχεδιασμένα για να παρακολουθούν μια διαδικασία στην πορεία της μέσα στο χρόνο και να μελετούν την τάση της και τη μεταβολή – απόκλισή της.
- **Φύλλα ελέγχου :** χρησιμοποιούνται για τη συλλογή δεδομένων. Περιλαμβάνουν προσδιορισμό συχνοτήτων και ορισμένες φορές χρησιμοποιούν πινακοποιημένες διαστάσεις.
- **Διαγράμματα διασποράς (συσχετισμού) :** μια γραφική ανάλυση της σχέσης μεταξύ μιας μεταβλητής και μιας άλλης. Αυτό το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξεταστούν πιθανές σχέσεις αιτίας – αποτελέσματος.
- **Διαγράμματα ροής :** προβάλλουν μια οπτική αναπαράσταση όλων των βημάτων, διαδικασιών και υπο-διαδικασιών συμπεριλαμβανομένων γεγονότων, αντιδράσεων και αποφάσεων.
- **Brainstorming (καταιγισμός ιδεών):** είναι ένα γρήγορο , απλό και χρήσιμο εργαλείο , σημαντικό για τη δημιουργία αποφάσεων βελτίωσης ποιότητας. Συνεισφέρει στη λύση ενός προβλήματος ,προωθεί την ομαδική συμμετοχή και παρέχει ερεθίσματα για τη γένεση όσο το δυνατόν περισσότερων ιδεών μέσα σε μια μικρή χρονική περίοδο.
- **Brainwriting :** παρόμοια τεχνική με το brainstorming όπου τα μέλη μιας ομάδας συγκεντρώνονται για την παραγωγή μιας λίστας ιδεών σχετικά με την αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Αντίθετα από το Brainstorming , οι ιδέες οι οποίες παράγονται εκτιμούνται και χρησιμοποιούνται επιθετικά από άλλα μέλη της ομάδας για να επεκτείνουν τις δικές τους λίστες ιδεών.
- **Τεχνική ονομαστικής λειτουργίας της ομάδας :** αποτελεί μια συγκεκριμένη μορφή ομαδικού καταιγισμού ιδεών η οποία χρησιμοποιείται για την αποτροπή κυριαρχίας

συγκεκριμένων ατόμων. Συνδέει τις δύο ξεχωριστές δραστηριότητες της γένεσης ιδεών και της εκτίμησης ιδεών και οδηγεί σε κοινή συναίνεση της ομάδας.

- Multiple voting technique : συμπληρωματική τεχνική στο brainstorming και στο brainwriting το multiple voting technique είναι ένας άλλος τρόπος να συντομεύεις , να αξιολογείς, να αναλύεις κριτικά και να κατηγοριοποιείς μια μεγάλη λίστα από ιδέες.
- Διαγράμματα συνάφειας : χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση θεμάτων τα οποία δεν είναι συναφή στην κατανόηση εξαιτίας της πολυπλοκότητάς τους. Η τεχνική συμβάλλει στη μείωση ενός κατά τα άλλα δύσχρηστου όγκου πληροφοριών σε μικρότερο αριθμό ομοιογενών ομάδων και κατάταξή τους κατά σειρά σπουδαιότητας.
- Ανάλυση πεδίου δυνάμεων : είναι μια τεχνική για προσδιορισμό των δυνάμεων οι οποίες εμποδίζουν ή υποβοηθούν αποκλίσεις μεταξύ επιθυμητής και πραγματικής κατάστασης.
- Ανάλυση κινδύνων : εντοπισμός και ποσοτικοποίηση όλων των προβλημάτων τα οποία θα μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την επιτυχημένη ολοκλήρωση ενός προγραμματισμένου έργου ή μιας προσπάθειας για τη βελτίωση της ποιότητας.
- Ανάλυση αποφάσεων : τεχνική η οποία βοηθά στην επιλογή μιας ενέργειας και της πορείας της από την άποψη των στόχων , των άλλων εναλλακτικών λύσεων και των κινδύνων τους οποίους συνεπάγονται .
- Πίτες : γραφική αναπαράσταση στοιχείων δεδομένων , τα οποία είναι μέρη ενός συνόλου. Τα τμήματα της πίτας θα πρέπει να σχηματίζουν το 100% του συνόλου, ο αριθμός των τμημάτων δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 6 ώστε να αποφευχθεί ο συνωστισμός
- Διαγράμματα GANNT : σημειώνουν τη χρονική εξέλιξη διαφόρων γεγονότων και δραστηριοτήτων. Περιέχουν την πληροφόρηση : τι θα γίνει ,ποιος θα το κάνει, πότε θα ολοκληρωθεί.

Ένας τρόπος για να καταφέρουμε να εμπλακούν όλοι οι εργαζόμενοι στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας είναι ο σχηματισμός μικρών ομάδων οι οποίες διαπραγματεύονται διάφορα προβλήματα και προτείνουν ιδέες βελτίωσης. Συνήθως αναφερόμαστε σε αυτή τη δραστηριότητα με τον όρο κύκλοι ποιότητας (ΚΠ). Η ιδέα του κύκλου ποιότητας καλλιεργήθηκε στην Ιαπωνία το 1960.

Ως κύκλος ποιότητας ορίζεται μια ομάδα τεσσάρων μέχρι δώδεκα ατόμων τα οποία προέρχονται από την ίδια περιοχή ,εκτελούν παρόμοια εργασία, συναντιούνται εθελοντικά σε τακτική βάση προκειμένου να αναγνωρίσουν, ερευνήσουν, αναλύσουν και να επιλύσουν τα σχετικά με την εργασία τους προβλήματα. Ο κύκλος προσφέρει λύσεις στη διοίκηση και συνήθως σχετίζεται αρχικά με την εφαρμογή αυτών και στη συνέχεια με την καταγραφή των προβλημάτων.

Προκειμένου οι κύκλοι να είναι αποτελεσματικοί και να ανθίζουν πρέπει να υπάρχει : (a) υποστήριξη από την ανώτερη διοίκηση (b) ουσιαστική εθελοντική συμμετοχή (c) υποστήριξη ειδικών από την πρώτη ακόμη φάση (d) λειτουργική διοικητική υποστήριξη (e) εκπαίδευση στις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (f) αναγνώριση και επιβράβευση του έργου τους .

Οι κύκλοι ποιότητας για να λειτουργήσουν χρειάζονται:

- Μια οργανωτική επιτροπή
- Ένα συντονιστή

- Έναν επικεφαλής
- Μέλη
- Γνώση της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων
- Αναφορά και παρουσίαση του έργου στη διοίκηση

2.1.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΥΚΛΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι κύκλοι ποιότητας δεν αντιπροσωπεύουν μια νέα σειρά μεθόδων και τεχνικών για την επίτευξη παραγωγικότητας και υψηλής ποιότητας. Οι κύκλοι ποιότητας συγκεντρώνουν τις ήδη αναπτυγμένες μεθόδους και τεχνικές σε ένα οργανωμένο πρόγραμμα στόχος του οποίου είναι η παραγωγικότητα και η αυξημένη ποιότητα. Οι τεχνικές και οι μέθοδοι που αναπτύσσονται οι κύκλοι ποιότητας για την αποτελεσματική λειτουργία τους μπορούν να χωριστούν σε δύο ευρείες κατηγορίες :

- Σε μια μικρή ομάδα επίλυσης προβλημάτων και σε δημιουργικές τεχνικές λειτουργίας
- Στη συλλογή δεδομένων, τη στατιστική ανάλυση και τις τεχνικές έκθεσης δεδομένων.

Μια μικρή ομάδα επίλυσης προβλημάτων και δημιουργικές τεχνικές λειτουργίας. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία πρέπει να εμφανίζονται σε οποιαδήποτε δεδομένη μικρή ομάδα ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά είναι : α. κοινή στοχοθεσία ή κοινό πρόβλημα β. τα μέλη οφείλουν από την αρχή να συμφωνούν με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (η ομάδα χρειάζεται να κατασταλάξει στον τρόπο με τον οποίο λαμβάνει αποφάσεις γ. η διαδικασία της γένεσης ιδεών είναι σημαντικό να παραμένει ανεξάρτητη , αποσυνδεδεμένη από τη διαδικασία εκτίμησης ιδεών δ. όταν οι ιδέες κρίνονται , να κρίνονται σύμφωνα με την αξία τους και όχι σε σχέση με το άτομο ή τα άτομα τα οποία τις εισηγήθηκαν ε. όταν η ομάδα καταλήξει σε κάποιο συμπέρασμα ή λύση όλα τα μέλη της ομάδας πρέπει να αισθάνονται ότι αυτό ήταν αποτέλεσμα της ομάδας , όχι ενός ή περισσότερων ατόμων στ. τα μέλη της ομάδας πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι το πιο πολύτιμο αγαθό το οποίο έχουν είναι ο χρόνος που μοιράζονται μαζί σαν ομάδα. Για αυτό τον λόγο πρέπει να εργάζονται για να πάρουν όσο το δυνατόν περισσότερα από το χρόνο που περνούν μαζί. ζ. κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να είναι ελεύθερο να εκφράζει ιδέες καθώς και να συμμετέχει σε κάθε είδους δραστηριότητα της ομάδας η. τέλος χρειάζεται να ληφθούν υπόψη κάποιοι παράγοντες που τείνουν να παρεμποδίσουν τη λειτουργία μιας μικρής ομάδας και είναι οι εξής :

A) Η δεσποτική συμπεριφορά κάποιου ατόμου ή μιας κλίκας μέσα στην ομάδα κατά τη διάρκεια των συναντήσεων των μελών. Οι διαφορές όσον αφορά τον βαθμό εξουσίας ή την οργανωτική δικαιοδοσία αποτελούν τροχοπέδη για την αποτελεσματικότητα της ομάδας.

B) Διαφορές όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο ή τα επαγγελματικά προσόντα που εμποδίζουν την ομάδα να χρησιμοποιήσει κοινούς όρους και να συμφωνήσει ως προς τους κοινούς στόχους.

Γ) Η αίσθηση της ομάδας ότι ο οργανισμός είναι απρόθυμος να δεχτεί ή να εφαρμόσει τις προτάσεις τις οποίες κάνει ή κρίνει πολύ αυστηρά τις όποιες αποτυχίες της.

Για να αξιοποιηθούν στο μέγιστο βαθμό οι δυνατότητες της ομάδας είναι αναγκαία η χρήση τριών τεχνικών : brainstorming, ονομαστική λειτουργία της ομάδας και τεχνική Delphi. Η

τεχνική Delphi δημιουργήθηκε το 1950 από την Rand Corporation και είναι μια δομημένη μέθοδος λειτουργίας της ομάδας η οποία οδηγεί σε μια ομαδική απόφαση ή κοινή συναίνεση. Είναι μια διαδικασία κατά την οποία όχι μόνο γεννιούνται ιδέες, προβλήματα ή θέματα συζητήσεων, αλλά γίνεται και εκτίμησή τους. Η τεχνική Delphi αποτελεί μια συστηματική συλλογή κρίσεων από τα άτομα σχετικά με ένα επιλεγμένο θέμα, με την χρήση προσεχτικά σχεδιασμένων ερωτηματολογίων. Μαζί με τα ερωτηματολόγια υπάρχουν επίσης περιλήψεις πληροφοριών οι οποίες έχουν συγκεντρωθεί από προηγούμενα ερωτηματολόγια. Είναι μια τεχνική η οποία προωθεί την ίση συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας, ενώ τα μέλη της ομάδας παραμένουν άγνωστα μεταξύ τους για να διασφαλιστεί ότι οι απαντήσεις δεν είναι μεροληπτικές ή επηρεασμένες.

Συλλογή δεδομένων, στατιστική ανάλυση και τεχνικές έκθεσης δεδομένων. Οι κύκλοι ποιότητας οι οποίοι λειτουργούν για να λύσουν ή να αντιμετωπίσουν κάποια προβλήματα στο περιβάλλον εργασίας είναι απαραίτητο να συγκεντρώνουν και να αναλύουν κάποια δεδομένα για να προσδιοριστεί ή να επαληθευτεί η ύπαρξη πραγματικών ή πιθανών προβλημάτων. Τίθενται προτεραιότητες ώστε να καθορίζονται ποια προβλήματα θα πρέπει να επιλύονται και με ποια σειρά. Βοηθούν ώστε να προσδιορίζονται οι γενεσιουργές αιτίες των προβλημάτων. Αυτές οι δραστηριότητες προϋποθέτουν κάποια εξειδίκευση σε βασικές στατιστικές αρχές και μεθόδους από τα μέλη του κύκλου, ώστε ο κύκλος να μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Έρευνες από τους Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988), έχουν δείξει ότι ανεξάρτητα από τον τύπο της υπηρεσίας οι καταναλωτές χρησιμοποιούν βασικά παρόμοια κριτήρια στην αξιολόγηση των υπηρεσιών. Τα κριτήρια αντιστοιχούν σε 10 κατηγορίες-κλειδιά τα οποία καλούνται « καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών » και είναι οι ακόλουθες:

- 1) Αξιοπιστία (reliability) : σταθερότητα φροντίδας, συνέπεια εκτέλεσης και διάρκεια στην παροχή υπηρεσιών.
- 2) Ανταπόκριση (responsiveness) : προθυμία, ετοιμότητα των εργαζόμενων να εξυπηρετήσουν τον χρήστη.
- 3) Ικανότητα (competence) : απαραίτητα προσόντα-δεξιότητες των εργαζόμενων για να εκτελέσουν την υπηρεσία.
- 4) Πρόσβαση (access) : πόσο εύκολο είναι να έρθεις σε επαφή ή να εισχωρήσεις στην υπηρεσία.
- 5) Ευγένεια (courtesy) : φιλικότητα και προσανατολισμός του προσωπικού στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- 6) Επικοινωνία (communication) : τρόποι πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητούς όρους και ενδιαφέρον για τις ανησυχίες του.
- 7) Επαγγελματική πίστη (credibility) : εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια και καλή φήμη του προσωπικού.
- 8) Ασφάλεια (security) : σωματική ασφάλεια, όχι ρίσκο ή αμφιβολίες, εχεμύθεια.
- 9) Κατανόηση (understanding) : σκληρή δουλειά από τους εργαζόμενους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη καθώς και επίδειξη της κατανόησης στην πράξη.
- 10) Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles) : ευχάριστο περιβάλλον εργασίας, εμφάνιση εργαζόμενων και άλλων προμηθευτών. (Παπανικολάου Βίκυ, 2007)

2.2 ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

2.2.1. Η Ασφάλεια στις Υπηρεσίες Υγείας

- Η φροντίδα η οποία παρέχεται χωρίς λάθη και παραλήψεις, τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία του ασθενούς και έχει αντικειμενικές παραμέτρους (Rice, 2003)
- Η αποφυγή, πρόληψη και βελτίωση ατυχών γεγονότων ή και σωματικών βλαβών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας (NPSF)
- Η απαλλαγή από τον κίνδυνο τυχαίου τραυματισμού κατά την παροχή φροντίδα υγείας (IOM, 2000)

«Το *err is human*» αναφέρει η πρώτη δημόσια επιστημονική αναγνώριση στο βιβλίο που εκδόθηκε από το Ινστιτούτο της Ιατρικής το 2000. «Τα λάθη μπορούν να προληφθούν, σχεδιάζοντας συστήματα στα οποία οι εργαζόμενοι δύσκολα θα κάνουν το λάθος και εύκολα θα κάνουν το σωστό. Είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης τόσο να κάνει λάθη όσο και να δημιουργεί λύσεις, να βρίσκει εναλλακτικές και να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις.» (Kohn et al, 2000)

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση για την ασφάλεια των ασθενών του Παγκόσμιου Οργανισμού υγείας (International Classification for Patient Safety (ICPS 2007) το error ορίζεται ως η αποτυχία μιας σχεδιασμένης πράξης να ολοκληρωθεί όπως είχε σχεδιαστεί ή η χρήση ακατάλληλου σχεδίου».

Safety Improvement for Patients in Europe (SIMPATIE)

Είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτείται στο πλαίσιο του Κοινοτικού Προγράμματος Δημόσιας Υγείας για την περίοδο 2003-2008 .

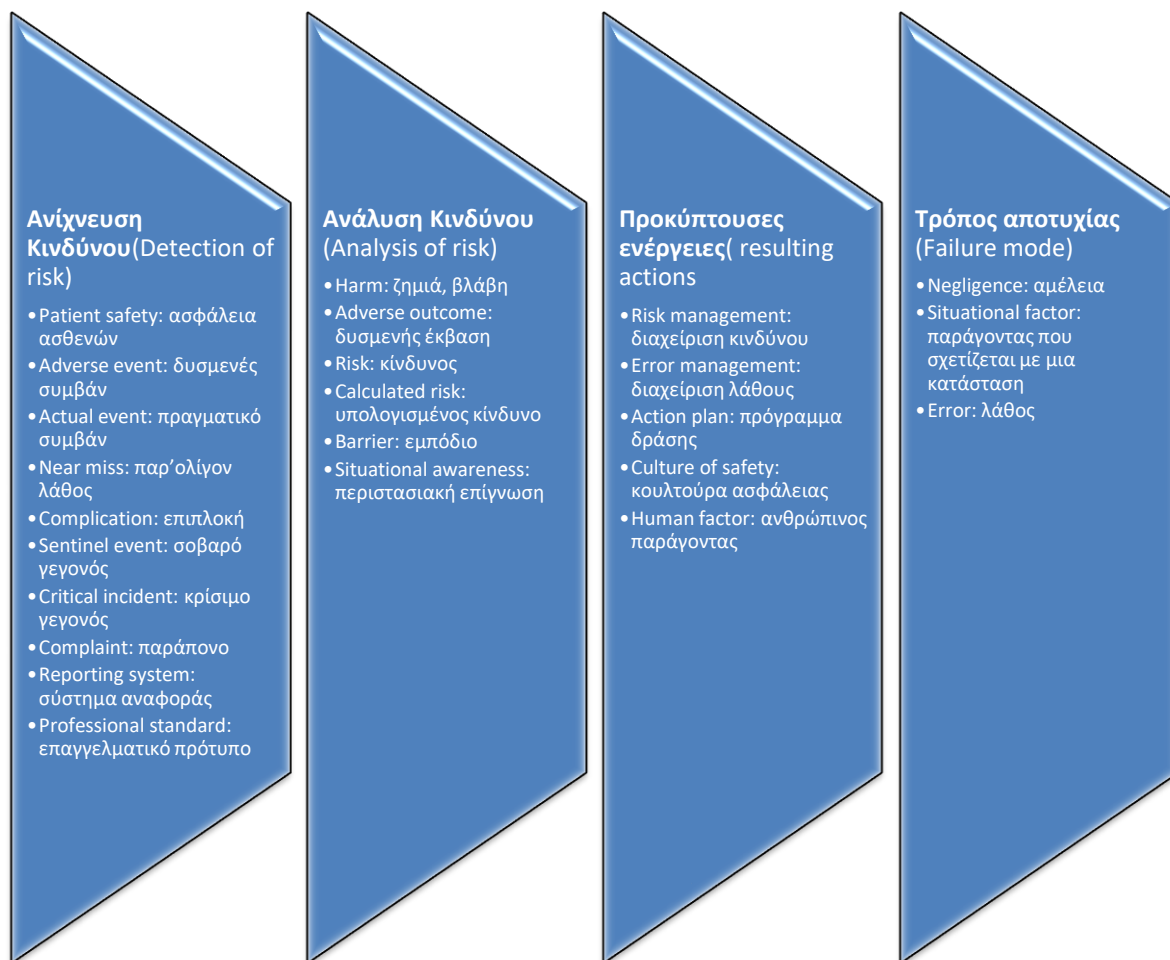
Σκοπός του είναι η θέσπιση κοινής ευρωπαϊκής ορολογίας, δεικτών και εσωτερικών και εξωτερικών μέσων για τη βελτίωση της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης (24 όροι) για :

- Πανευρωπαϊκά Δίκτυα Οργανώσεων
- Εμπειρογνώμονες
- Επαγγελματίες Υγείας
- Άλλους ενδιαφερόμενους φορείς

Στόχοι του είναι:

- Ο καθορισμός βασικών εννοιών και όρων της ασφάλειας
- Η διευκόλυνση της επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας
- Με όρους εύκολα κατανοητούς και από άτομα που δεν έχουν την αγγλική γλώσσα ως μητρική
- Διαφορετικές ευρωπαϊκές απόψεις –συσχέτιση με διαφορετικές κουλτούρες

Ακολουθούν οι όροι και βασικές έννοιες της ασφάλειας που ορίστηκαν από SIMPATIE



Η ύπαρξη ιατρικών σφαλμάτων και δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις το 30- 40% των ανεπιθύμητων περιστατικών κατά την παροχή περίθαλψης στο νοσοκομείο, αλλά και στα εξωτερικά ιατρεία, φαίνεται ότι προκαλούνται από συστημικούς παράγοντες που μπορούν να αποφευχθούν. Για το λόγο αυτό άλλωστε, έχουν αναπτυχθεί και συστήματα καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Οι έννοιες ιατρικό σφάλμα και δυσμενές συμβάν είναι σχετικές, όχι όμως ταυτόσημες. Προκειμένου να προσεγγίσουμε την εννοιολογική τους διαφορά (Garrouste-Orgeas et. al., 2012), θα πρέπει να εξετάσουμε την έκβαση της πορείας του ασθενούς. Το ιατρικό σφάλμα είναι πιθανό να λάβει χώρα σε οποιοδήποτε στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης ενός ασθενούς (πρόληψη, διάγνωση ή θεραπεία) και μπορεί να αφορά πλημμελή, εσφαλμένη ή ακόμα και ελλειμματική διάγνωσης. Εντούτοις, οι λανθασμένοι αυτοί χειρισμοί δεν οδηγούν πάντα σε πρόκληση βλαβών στον ασθενή. Η πλειονότητα των ιατρικών σφαλμάτων δε σχετίζεται με ανεπιθύμητα περιστατικά, αλλά με την ιατρική αμέλεια. Ομοίως, τα περισσότερα ανεπιθύμητα συμβάντα δε σχετίζονται με ιατρικά λάθη και ως εκ τούτου δεν είναι δυνατό να προβλεφθούν (Fryer - Edwards et. al., 2004), Ένα ανεπιθύμητο περιστατικό, μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή, τα αίτια όμως της εμφάνισής του δεν οφείλονται στην υπάρχουσα κατάσταση της υγείας του. Επίσης, υπάρχει κι ένα ποσοστό ανεπιθύμητων περιστατικών που προέρχονται από ιατρικά λάθη (περιοχή αλληλοκάλυψης) και είναι δυνατό να προβλεφθούν. Αντιθέτως, τα ανεπιθύμητα περιστατικά που δεν οφείλονται σε ιατρικά λάθη ή όσα δεν προλαβαίνουν να

δημιουργήσουν βλάβη στον ασθενή (near misses), δεν μπορούν εύκολα να προβλεφθούν. Όλα σχεδόν τα δυσμενή συμβάντα είναι απόρροια του συνδυασμού δύο παραγόντων, των ενεργών αποτυχιών (active failures), ατόμων που βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή ή το σύστημα υγείας, και των λανθανόντων συνθηκών (latent conditions), που αποτελούν αναπόφευκτες παθογένειες του συστήματος. Σε αντίθεση με τις ενεργές αποτυχίες, οι περισσότερες από τις οποίες δε μπορούν να εντοπιστούν εγκαίρως, οι λανθάνουσες συνθήκες είναι δυνατό να διορθωθούν πριν την επέλευση ενός ατυχούς συμβάντος, γεγονός που οδηγεί σε μια εκ των προτέρων κι όχι εκ των υστέρων διαχείριση του κινδύνου (La Pietra et. al., 2005).

Σφάλματα και δυσμενή συμβάντα λαμβάνουν χώρα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλες τις χώρες παγκόσμια. Πολύ συχνά, τα ιατρικά σφάλματα οφείλονται σε συστημικούς παράγοντες και για το λόγο αυτόν έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται συστήματα καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων σε ορισμένες χώρες. Παρ' όλα αυτά, τα περισσότερα συστήματα υγείας εξακολουθούν να εστιάζουν στην ευθύνη των μεμονωμένων ατόμων και δεν δίνουν την απαραίτητη σημασία στην εξέταση των βαθύτερων αιτιών που οδήγησαν στα δυσμενή συμβάντα. Η εν λόγω λανθασμένη ατομοκεντρική προσέγγιση του σφάλματος οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στο υπάρχον νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης, το οποίο –με εξαίρεση τις χώρες στις οποίες ισχύει ευθύνη χωρίς πταίσμα– ευνοεί την εξεύρεση εξιλαστήριων θυμάτων και στοχεύει στην τιμωρία της αμέλειας μεμονωμένων ατόμων. (Α. Παναγιώτου 2014)

Δείκτες ΟΟΣΑ για την ασφάλεια του ασθενούς (OECD, 2004)

Τομέας	Δείκτης
Νοσοκομειακές λοιμώξεις	Πνευμονία Λοιμώξεις τραυμάτων Λοιμώξεις από ιατρική φροντίδα Έλκη κατάκλισης
Χειρουργικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές	Επιπλοκές κατά την αναισθησία Μετεγχειρητικό κάταγμα ισχίου Μετεγχειρητική πνευμονική εμβολή ή εν τω βάθει θρόμβωση Μετεγχειρητική σήψη Τεχνικές δυσκολίες με τη διαδικασία
Επικίνδυνα Συμβάντα	Αντίδραση λόγω μετάγγισης Λάθος ομάδα αίματος Χειρουργική επέμβαση σε λάθος πλευρά Παραμονή ξένου σώματος μέσα στον οργανισμό κατά τη διαδικασία Ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με μηχανικό εξοπλισμό Φαρμακευτικά λάθη
Γυναικολογία	Τραυματισμός νεογέννητου Γυναικολογικό τραύμα (κόλπος) Γυναικολογικό τραύμα (καισαρική τομή) Προβλήματα με τη γέννηση του παιδιού
Άλλα ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας	Πτώσεις ασθενών Ενδονοσοκομειακό κάταγμα ισχίου

Μοντέλο του Donabedian (WHO, 2008)

Τομέας	Δείκτης
Δομικοί παράγοντες που συμβάλλουν σε μη ασφαλή φροντίδα	Οργανωτικοί παράγοντες και λανθάνουσες αποτυχίες Κουλτούρα ασφαλείας Κατάρτιση, εκπαίδευση και ανθρώπινοι πόροι Στρες και κόπωση Άσκηση πίεσης για απόδοση στην εργασία (production pressure) Έλλειψη κατάλληλης γνώσης και μετάδοσής της Συσκευές και διαδικασίες χωρίς την παρουσία ανθρώπινου παράγοντα
Διαδικασίες που συμβάλλουν σε μη ασφαλή φροντίδα	Λάθος διάγνωση Πλημμελής παρακολούθηση Πλαστά φάρμακα Ανεπαρκή μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς Έλλειψη συμμετοχής ασθενών σε θέματα ασφαλείας ασθενούς
Αποτελέσματα μη ασφαλούς ιατρικής φροντίδας	Ανεπιθύμητα φαρμακευτικά συμβάντα και βλάβες λόγω ιατρικών συσκευών Βλάβες λόγω χειρουργικών και αναισθησιολογικών λαθών Νοσοκομειακές λοιμώξεις Μη ασφαλείς πρακτικές ενέσεων Μη ασφαλή προϊόντα αίματος Ασφάλεια εγκύων και νεογνών Ασφάλεια ηλικιωμένων Τραυματισμοί από πτώσεις σε νοσοκομεία Έλκη πίεσης

Ακολουθούν οι παραινέσεις της Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ (AHRQ, 2007)

Εκτιμήστε και βελτιώστε την κουλτούρα ασφάλειας ασθενούς στο νοσοκομείο σας	
Καλλιεργήστε ομαδικό πνεύμα και δημιουργείτε εποικοδομητικές συνεργασίες	
Περιορίστε τις βάρδιες του προσωπικού κατά το δυνατόν	
Τοποθετείτε σωλήνες στο θώρακα με ασφάλεια	
Προλάβετε την εμφάνιση ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων	
Αξιοποιήστε κατάλληλα τους προϊστάμενους των τμημάτων και ιδιαίτερα των ΜΕΘ	
Χρησιμοποιείτε αξιόπιστα εργαλεία που υποστηρίζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων	
Δημιουργήστε σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	
Ελαχιστοποιείτε τη χρήση ουροκαθετήρων στις τρεις ημέρες	
Περιορίστε στο ελάχιστο τις άνευ λόγου διακοπές των επαγγελματιών υγείας κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους	

Σύμφωνα με την έρευνα των Sorra et al (2007) οι παράγοντες που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας είναι οι ακόλουθοι:

Ανοικτή επικοινωνία (το προσωπικό μιλά ελεύθερα εάν δει κάτι που ίσως επηρεάσει αρνητικά τον ασθενή και μπορεί να αμφισβητήσει ελεύθερα εκείνους με περισσότερη εξουσία)
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (το προσωπικό ενημερώνεται για τυχόν λάθη και τους δίνεται ανατροφοδότηση για αλλαγές και γίνεται συζήτηση τρόπων πρόληψης λαθών)
Συχνότητα αναφοράς λαθών (λάθη τέτοιου τύπου αναφέρονται : 1) λάθη που διορθώνονται πριν επηρεάσουν τον ασθενή 2) λάθη χωρίς πρόθεση να βλάψουν τον ασθενή 3) λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή, αλλά δεν τον βλάπτουν
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (σημαντική πληροφόρηση αναφορικά με τον ασθενή διατμηματικά και κατά την διάρκεια αλλαγής βάρδιας)
Υποστήριξη της Διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (η διοίκηση του νοσοκομείου παρέχει εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια ασθενούς και δείχνει ότι η ασφάλεια αυτή αποτελεί προτεραιότητα)
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη και οι αναφορές λαθών δεν θα κρατηθούν στον φάκελό τους)
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση (υπάρχει κουλτούρα μάθησης στην οποία τα λάθη οδηγούν σε θετικές αλλαγές)
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (οι διαδικασίες και τα συστήματα είναι καλά στο να προλαμβάνουν τα λάθη και υπάρχει έλλειψη προβλημάτων ασφάλειας ασθενών)
Στελέχωση (υπάρχει επαρκές προσωπικό να διαχειριστεί τον φόρτο εργασίας και οι ώρες εργασίας είναι κατάλληλες ώστε να παρέχουν την άριστη φροντίδα ασθενών)
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων για την ασφάλεια (οι προϊστάμενοι ενθαρρύνουν το προσωπικό να ακολουθεί διαδικασίες ασφάλειας και δεν παραβλέπουν τα προβλήματα ασφάλειας ασθενών)
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων (τα τμήματα συνεργάζονται και συντονίζονται ώστε να παρέχουν την βέλτιστη φροντίδα στους ασθενείς)
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων (το προσωπικό υποστηρίζει το ένα το άλλο ,φέρεται με σεβασμό και δουλεύει σαν ομάδα)

2.2.2 Ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών

Τι εννοούμε με τον όρο ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

Ο όρος κουλτούρα (Culture) έχει τις ρίζες του στο λατινικό ρήμα (Colere), που σημαίνει <<καλλιεργώ>> και χρησιμοποιήθηκε από τον 15ο αιώνα για να προσδιορίσει τη διαδικασία ανάπτυξης (καλλιέργεια) των φυτών και των ζώων. Από τον 18ο αιώνα αλλάζει η σημασία του όρου λόγω της μετεξέλιξης της γερμανικής λέξης (Kultur) που χρησιμοποιείται για την <<καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος>>. Η γερμανική επιστήμη θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι η νίκη του ανθρώπου επί του ίδιου του εαυτού του. Ο όρος με την περιορισμένη σημασία, δηλώνει την ανάπτυξη ή το αποτέλεσμα της ανάπτυξης ορισμένων ικανοτήτων του σώματος ή του πνεύματος με την κατάλληλη άσκηση. Με την ευρύτερη σημασία ο όρος κουλτούρα χρησιμοποιείται για να δηλώσει τον πνευματικό πολιτισμό σε αντιδιαστολή προς τον υλικό (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα 1989). Σύμφωνα με το λεξικό της κοινής νεοελληνικής γλώσσας (του 2007) ο όρος κουλτούρα αναφέρεται στην πνευματική και ψυχική καλλιέργεια σαν αποτέλεσμα της διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή σαν σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα κοινωνικό σύνολο. Στην κοινωνιολογία <<κουλτούρα>> σημαίνει το συνολικό τρόπο ζωής μιας κοινωνικής ομάδας. Η κουλτούρα είναι αλληλένδετη με την έννοια της κοινωνικής ομάδας γι'αυτό δεν υπάρχει κοινωνία ή κοινωνική ομάδα χωρίς κουλτούρα ή αντίστροφα δεν υπάρχει κουλτούρα που να μην εκφράζεται από μια κοινωνική ομάδα ή κοινωνία. Η κουλτούρα χαρακτηρίζεται και ως πολιτιστικό μάρφωμα, όρος που αναφέρεται σε έναν τρόπο σκέψης, αίσθησης και δράσης όπως αυτός εκφράζεται στις κοινωνικές σχέσεις και κοινωνικές τάξεις. (Αγγραφιώτης, 2003). Με την ως άνω άποψη

φαίνεται να συμφωνεί και η Hatch (1997) η οποία υποστηρίζει ότι η ίδια η κοινωνία διαμορφώνει τον τρόπο σκέψης και δράσης των ανθρώπων μέσα από τους θεσμούς της οικογένειας, την εκπαίδευση και την θρησκεία. Μια άλλη προσέγγιση περιγράφει την οργανωσιακή κουλτούρα ως μια ανθρωπολογική αλληγορία ή ένα παράδειγμα για την ανάλυση των οργανώσεων ως μικροκοινωνίες. (Scott K. et al., 2003). Τέλος ο Tylor χαρακτηρίζει την κουλτούρα σαν μια ολότητα που περιλαμβάνει την γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, την ηθική, το δίκαιο, τα έθιμα και όλες τις άλλες ικανότητες και αντιθέσεις που αποκτά ο άνθρωπος ως μέλος μιας κοινωνίας (Κοντης, 1994)

Σε γενικές γραμμές, η κουλτούρα προσδιορίζει έντονα τις αποφάσεις και τις συμπεριφορές των ατόμων και των ομάδων. Προσδιορίζει τις σωστές ή λάθος πρακτικές οργάνωσης, τις προτεραιότητες, τον τρόπο επίλυσης θεμάτων σχετικά με τους πελάτες, τους ανταγωνιστές, τα προϊόντα, την ποιότητα, τις ανθρώπινες σχέσεις ή τον τρόπο επικράτησης στην αγορά. (Μπουραντάς Δ.). Ο Hofstede (1994) πιστεύει ότι ο άνθρωπος, δρα κατά την διάρκεια της ζωής του μέσα από μοντέλα σκέψεων, στάσεων, συμπεριφορών και αισθημάτων που έχουν επηρεαστεί από την οικογένεια, το έθνος, την εκκλησία, το εκπαιδευτικό του σύστημα ή άλλους θεσμούς. Όταν επομένως εισχωρεί σε έναν οργανισμό μεταφέρει μέσα του όλα τα προαναφερόμενα στοιχεία και τη δική του προσωπική κουλτούρα. Στον ακαδημαϊκό χώρο ορισμένοι μελετητές θεωρούν ότι κουλτούρα είναι: ..ειδικές και μετρήσιμες μεταβλητές, χαρακτηριστικά ή διαδικασίες, ..η ιδιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος που διαμορφώνεται κάθε φορά που οι άνθρωποι έχουν συνενωθεί σε μια κοινή επιχείρηση. Η κουλτούρα, σύμφωνα με τον Γιάννης χαρακτηρίζεται ως η έκφραση ασυνείδητων ψυχολογικών και ψυχο-κοινωνικών διαδικασιών. (Yiannis 1999 στο Scott T., et al 2003) Το περιβάλλον που δημιουργεί ο άνθρωπος όταν συναναστρέφεται με άλλα άτομα ονομάζεται πολιτιστικό περιβάλλον και καλλιεργείται μόνο εκεί που υπάρχουν άνθρωποι και ζωή. (Κουλουγλιώτης Ν. 1995)

Με την περιορισμένη σημασία του, ο όρος δηλώνει την ανάπτυξη ή το αποτέλεσμα της ανάπτυξης ορισμένων ικανοτήτων του πνεύματος με την κατάλληλη άσκηση. Με την ευρύτερη σημασία του, δηλώνει:

- i. Την ιδιότητα ενός μορφωμένου προσώπου, που με την καλλιέργειά του, ανέπτυξε το γούστο, την αντίληψη και την κριτική του ικανότητα.
- ii. Την εκπαίδευση, που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αυτής της ιδιότητας.
- iii. Τον πολιτισμό που προέρχεται από τη σημασία του όρου Kultur (που χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να προσδιορίσει τη διαδικασία ανάπτυξης φυτών και ζώων και στη συνέχεια για την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος) δηλώνοντας, όμως, πρωτίστως τον πνευματικό πολιτισμό σε αντιδιαστολή προς τον υλικό. (Παρασκευά Ε., 2009).

Μερικοί από τους πιο αντιπροσωπευτικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται στη **διεθνή**

βιβλιογραφία είναι οι εξής :

1. Κουλτούρα είναι ένα σύστημα από «σημασίες» που έχουν γίνει συλλογικά αποδεκτές από μία δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο. Αυτό το σύστημα, αποτελούμενο από νοήματα, έννοιες, κατηγορίες και εικόνες ερμηνεύει τη συνολική κατάσταση στα μέλη μιας ομάδας. Αυτή είναι και μία βασική διαφορά του ανθρώπου από τα άλλα ζώα: μπορεί να εφευρίσκει και να επικοινωνεί σημεία προσδιοριστικά της συμπεριφοράς του (Pettigrew, 1979).

2. Η κουλτούρα αποτελείται από τα ρητά ή άρρητα πρότυπα συμπεριφοράς που προσλαμβάνονται και μεταδίδονται με σύμβολα και τα οποία συνιστούν ιδιαίτερα επιτεύγματα και τεχνήματα ανθρώπινων ομάδων (A. Kroeber- C. Kluchohn, 1963).

3. Η κουλτούρα είναι το μέσο για τους ανθρώπους. Δεν υπάρχει ούτε μία όψη της ανθρώπινης ζωής που να μην επηρεάζεται από την κουλτούρα: η προσωπικότητα, ο τρόπος έκφρασης, ο τρόπος εκδήλωσης της συγκίνησης, πως σκεφτόμαστε, πως κινούμαστε, πως λύνουμε προβλήματα, πως οργανώνουμε και λειτουργούμε πόλεις, οργανισμούς, οικονομίες και κυβερνήσεις... (Hall, 1976).

4. Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν ανακαλυφθεί - εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μια δεδομένη ομάδα, καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης - οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά (E. Schein, 1985).

5. Σύμφωνα με τον ορισμό του W. H. Goodenough, ενός από τους βασικούς εκφραστές της γνωστικής προσέγγισης στην ανθρωπολογία, η κουλτούρα είναι «μια δέσμη νοημάτων, οργανωμένων σε ένα σύστημα γνώσης που περιέχει οτιδήποτε χρειάζεται να γνωρίζει ή να πιστεύει ένα άτομο, για να λειτουργεί κατά τρόπο αποδεκτό από τα μέλη της κοινωνίας στην οποία ανήκει». Δηλαδή η κουλτούρα ερμηνεύεται ως ένα μοναδικό σύστημα για την πρόσληψη και οργάνωση των υλικών φαινομένων, πραγμάτων, γεγονότων, συμπεριφορών και συναισθημάτων. (Wesley, 1971).Βέβαια, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι το συνονθύλευμα των στοιχείων στα οποία επεκτείνεται η έννοια της κουλτούρας, η ετερόκλητη υφή (υποκειμενικότητα) και η χρήση τους στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος καθιστούν τον όρο αδόκιμο. Επιπλέον οι συνεξαρτήσεις του με ένα πλήθος μεταβλητών, όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η ιεραρχία, ο χαρακτήρας της διοίκησης, η εκπαίδευση των στελεχών, ο ψυχισμός και η κοινωνικοποίηση των μελών μιας επιχείρησης, το εργασιακό κλίμα και η απόδοση των υπαλλήλων αποδεικνύουν την σημαντικότητά της και την επιτακτική ανάγκη για καθορισμό των ορίων της (Kohn, 1980) (Παρασκευά Ε., 2009)

Ο ρόλος της κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας

Μια ενθαρρυντική οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται συχνά ως βασικό συστατικό των επιτυχών πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου και αυτού της υγειονομικής περίθαλψης. Τα μέτρα της οργανωσιακής κουλτούρας συσχετίζονται με τη δυνατότητα μιας οργάνωσης να προσαρμοστεί στις γρήγορα μεταβαλλόμενες επιχειρησιακές απαιτήσεις, να παραμείνει ανταγωνιστική, και να στηρίξει τα υψηλά επίπεδα απόδοσης.(Glisson & Hemmelgam,1998). Τέτοια πρότυπα απεικονίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως κεντρική στη λειτουργία και το ρόλο της οργάνωσης, που παρέχει ένα κοινό όραμα που μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας αποτελεσματικός οδηγός στις κατάλληλες και στοχευμένες κοινωνικές και μεμονωμένες συμπεριφορές. Αυτό το όραμα τοποθετεί τους εργαζομένους μέσα σε ένα συνεπές πλαίσιο που θέτει τον άξονα για τη βελτίωση της ποιότητας .

2.2.3 Οργανωσιακή Κουλτούρα VS Οργανωσιακό Κλίμα

Η Οργανωσιακή Κουλτούρα είναι ένα σύνολο από κοινές αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις, προσδοκίες και κανόνες που ελέγχουν τις δράσεις και αντιδράσεις των μελών του

οργανισμού μεταξύ τους, με τους προμηθευτές, τους πελάτες και άλλους ανθρώπους έξω από τον οργανισμό. Αναπτύσσεται μέσω της:

- αλληλεπίδρασης των χαρακτηριστικών των μελών του οργανισμού
- οργανωσιακής ηθικής
- πολιτικής ανταμοιβής
- οργανωσιακής δομής (Jones, 2010)

Το Οργανωσιακό Κλίμα είναι ένα σύνολο συνθηκών που υπάρχουν και έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά των ατόμων. Αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του οργανισμού (οργανωτική δομή, κανάλια επικοινωνίας, πολιτικές, διαδικασίες κ.ά) όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τα μέλη του. Αποτελεί τρόπο μέτρησης της κουλτούρας! Είναι προσωρινό, υποκειμενικό και συχνά επηρεάζεται και χειραγωγείται από την εκάστοτε ηγεσία (Verbeke et al, 1998)

Οι οργανωσιακές κουλτούρες στις μονάδες υγείας διαφέρουν από άλλες κουλτούρες εξαιτίας των μοναδικών διοικητικών και οργανωτικών δομών μιας μονάδας υγείας. Επομένως, διαφορετικοί είναι και οι τρόποι διοίκησης από αυτούς σε άλλους τομείς. Οι κοινές παραδοχές, στάσεις, αξίες και συμπεριφορές σε μία μονάδα υγείας είναι ριζωμένες στις παραδόσεις και συνήθως υπάρχει αυστηρή υιοθέτησή τους από το προσωπικό. (Seren, Baykal, 2007). Σε πολλές επιτυχημένες υγειονομικές μονάδες μια διακριτή κουλτούρα μπορεί να γίνει πηγή συγκριτικού πλεονεκτήματος, καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν μία «αόρατη δομή» που καθοδηγεί και επιπλέον διαμορφώνει κανόνες, συμπεριφορές και άγραφους κανόνες τους οποίους ακολουθούν οι εργαζόμενοι. Μπορεί, επίσης, να λειτουργήσει ως «άυλο περιουσιακό στοιχείο» που βοηθάει στην ενοποίηση του οργανισμού, αποτρέποντας τους εργαζομένους και τα διευθυντικά στελέχη από το να παρεκτραπούν. Ωστόσο, οι κοινές αξίες και μια ισχυρή κουλτούρα μπορούν να αποδειχτούν «δίκτοπο μαχαίρι». Ενώ, δηλαδή, η κουλτούρα μπορεί να παράσχει τον αόρατο συνεκτικό δεσμό ενός οργανισμού, μία ισχυρή κουλτούρα μπορεί να παρεμποδίσει ή να μειώσει την ικανότητα του οργανισμού να ανιχνεύει και να ανταποκρίνεται στις νέες εξελίξεις του περιβάλλοντος. Οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων ίσως τείνουν να βλέπουν τα πράγματα μέσα από το φίλτρο της καθιερωμένης κουλτούρας ερμηνεύοντας και θεσπίζοντας στρατηγικές ανάπτυξης μόνο μέσα στα πλαίσια της υφιστάμενης κουλτούρας. Μια ισχυρή, επικρατούσα κουλτούρα μπορεί να περιορίζει την ποικιλία των στρατηγικών επιλογών που είναι διαθέσιμες στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων. (K. Rondeau, T. Wagar, 1999). Όπως επισημαίνουν οι Wooten και Crane (2003), είναι κρίσιμης σημασίας, η ύπαρξη ή η ανάπτυξη (εάν δεν υπάρχει), ενός τύπου αποδοτικής κουλτούρας, στους οργανισμούς υγείας που αντιμετωπίζουν πολύπλοκες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Η μελέτη των παραμέτρων αυτών, δηλαδή κυρίως της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τις Μονάδες Υγείας, θα μπορούσε κάλλιστα να προσφέρει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη ερμηνεία για τις δυσλειτουργίες τους, που προηγούμενες μελέτες έχουν διαπιστώσει. Επιπρόσθετα, η καταγραφή της οργανωτικής κουλτούρας που διέπει τις Μονάδες Υγείας, θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής των οργανισμών αυτών και υιοθέτησης διοικητικών δομών και πρακτικών, που λειτουργούν με βάση τον σκοπό των οργανισμών, δηλαδή την προαγωγή, την πρόληψη και την προσφορά υψηλής ποιότητας και απόδοσης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. (Σαχινίδης, 2009).

Ο όρος «Κουλτούρα Ασφάλειας» εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency για τη διερεύνηση του ατυχήματος στο Chernobyl το 1986 (International Nuclear Safety Advisory Group – INSAG, 1991). Στην έκθεση του INSAG η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας περιγράφεται ως εξής: «Κουλτούρα Ασφάλειας είναι εκείνο το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από τη σπουδαιότητά της». Αυτή η έννοια εισήχθη με σκοπό να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του κινδύνου και της ασφάλειας τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τον οργανισμό ως σύνολο συνέβαλε στην έκβαση της καταστροφής. Από τότε έχει εισαχθεί ένας μεγάλος αριθμός ορισμών για την Κουλτούρα Ασφάλειας. Η επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου ανέπτυξε έναν από τους περισσότερους χρησιμοποιημένους ορισμούς, ο οποίος την περιγράφει ως εξής: «Η Κουλτούρα Ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού.» (HSE, 2005)

Συνεπώς, ο όρος «Κουλτούρα Ασφάλειας» κατακτώντας διεθνή χρήση πια κατά την προηγούμενη δεκαετία, χρησιμοποιείται, για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε είναι ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι η απόδοση ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας» (Institution of Engineering and technology, 2009). Από τη δεκαετία του '80 και μετά υπάρχει μια πληθώρα ερευνών γύρω από τα θέματα της κουλτούρας ασφάλειας, αλλά όπως ειπώθηκε και παραπάνω, η «έννοια» σε μεγάλο βαθμό παραμένει «ασαφώς ορισμένη» (Guldenmund, 2000). Ωστόσο, υπάρχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά τα οποία αναγνωρίζονται στους περισσότερους ορισμούς. Αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά, που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας, ενσωματώνουν τις έννοιες των πεποισήσεων, των αξιών και των νοοτροπιών που μοιράζεται μια ομάδα ανθρώπων. Οι Glendon et al., (2006) τονίζουν ότι ένας αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας εξαρτάται από τις αντιλήψεις, που μοιράζονται τα άτομα μιας ομάδας μέσα σε έναν οργανισμό ή σε ένα κοινωνικό περιβάλλον. Άρα, είναι εμφανές ότι υπάρχει η τάση αυτή να εκφράζεται με όρους νοοτροπιών και συμπεριφορών. Επίσης επισημαίνουν ότι η πρόθεση μερικών μελετητών είναι να εστιάσουν στις νοοτροπίες ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στην κουλτούρα ασφάλειας μέσα από συμπεριφορές και εργασιακές δραστηριότητες. Κατά την άποψή τους δηλαδή, η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού λειτουργεί ως οδηγός για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας. Οι συμπεριφορές, βέβαια, των εργαζομένων επηρεάζονται ή/και καθορίζονται από το ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και συνάμα επιβραβεύονται. Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε την αντίληψη ενός οργανισμού για την κουλτούρα ασφάλειας, καθώς αυτή αποτελεί τον αποφασιστικότερο παράγοντα της ανθρώπινης απόδοσης και της οργανωσιακής ασφάλειας. Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι άτομα και ομάδες δεσμεύονται προσωπικά για την ασφάλεια: Με άλλα λόγια, 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».

Κουλτούρα Ασφάλειας λέγεται το υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού

«... την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα...» . Είναι οι κοινές πεποιθήσεις, οι αξίες και οι νοοτροπίες (Institute of Engineering and Technology, 2009)

Πίνακας Α: Συστατικά και ορισμοί νοοτροπίας ασφάλειας των ασθενών

Συστατικό νοοτροπίας ασφάλειας ασθενούς	Ορισμός : ο βαθμός στον οποίο
Ειλικρινής επικοινωνία	Το προσωπικό εκφράζει ελεύθερα την γνώμη του ,εάν δει κάτι, το οποίο ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά έναν ασθενή και αισθάνεται ελεύθερο να αμφισβητήσει εκείνους που διαθέτουν μεγαλύτερη εξουσία
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία σχετικά με σφάλμα	Το προσωπικό ενημερώνεται σχετικά με σφάλματα που συμβαίνουν ,λαμβάνει ανατροφοδότηση σχετικά με τις υλοποιούμενες αλλαγές και συζητά τρόπους πρόληψης σφαλμάτων
Συχνότητα αναφερόμενων περιστατικών	Αναφέρονται τα παρακάτω σφάλματα i)σφάλματα που γίνονται αντιληπτά και διορθώνονται πριν επηρεάσουν τον ασθενή ii) σφάλματα που δεν έχουν την δυνατότητα να βλάψουν τον ασθενή iii) σφάλματα που θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή, αλλά δεν το κάνουν
Μεταβιβάσεις και ανταλλαγές	Οι σημαντικές πληροφορίες φροντίδας του ασθενούς μεταβιβάζονται σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες και κατά την αλλαγή βάρδιας
Διοικητική υποστήριξη ασφάλειας των ασθενών	Η διοίκηση παρέχει ένα εργασιακό κλίμα το οποίο προάγει την ασφάλεια των ασθενών και δείχνει ότι αυτή αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα
Μη τιμωρητική αντίδραση σε σφάλμα	Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα σφάλματά του και οι αναφορές περιστατικών δεν θα προκαλέσουν μνησικακία και ότι τα σφάλματα δεν θα τηρηθούν στον προσωπικό τους φάκελο
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	Τα σφάλματα έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές οι οποίες αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους
Γενικές αντιλήψεις σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	Οι διαδικασίες και τα συστήματα είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη σφαλμάτων και απουσιάζουν τα προβλήματα ασφαλείας των ασθενών
Επάνδρωση	Υπάρχει αρκετό προσωπικό για να διαχειριστεί τον όγκο εργασίας και το ωράριο εργασίας είναι κατάλληλο για την παροχή της καλύτερης φροντίδας στους ασθενείς.
Προσδοκίες και ενέργειες του προϊστάμενου/διευθυντή οι οποίες προάγουν την ασφάλεια των ασθενών	Οι προϊστάμενοι/διευθυντές λαμβάνουν υπόψη τους τις προτάσεις του προσωπικού για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών το επαινούν για το ότι ακολουθεί τις διαδικασίες ασφαλείας των ασθενών και δεν παραβλέπουν τα σχετικά προβλήματα
Ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων	Τα τμήματα συνεργάζονται και συντονίζονται μεταξύ τους για να παράσχουν την καλύτερη φροντίδα στους

	ασθενείς
Ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	Τα μέλη του προσωπικού αλληλοϋποστηρίζονται και συνεργάζονται ως ομάδα

Πηγή : Rockville 2016

Κλίμα Ασφάλειας

Το Κλίμα Ασφάλειας είναι μια σύνθετη μεταβλητή ένας δείκτης για την επικρατούσα κουλτούρα ασφάλειας μιας εργασιακής ομάδας ή γενικότερα ενός οργανισμού .«Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τις πρακτικές που ισχύουν στον οργανισμό όπως αυτές συνδέονται με την αξία, τη σπουδαιότητα και την πραγματική προτεραιότητα της ασφάλειας εντός του οργανισμού»(1) «Οι αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την προστασία των ασθενών από ιατρικά λάθη και τραυματισμούς που προκύπτουν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας και το εργασιακό περιβάλλον» (2).((1) Zohar, 1980; (2)Blegen et al, 2005))

Το Κλίμα Ασφάλειας επηρεάζεται τόσο από εγγενή χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας (ένταση – ρυθμός εργασίας - stress, απόκτηση εμπειρίας, είδος περιστατικών) όσο και από τις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας (ρόλος διοίκησης, ομαδικό κλίμα) .Επιπλέον επηρεάζεται και από κάθε μεμονωμένο επαγγελματία υγείας (ικανοποίηση από την εργασία, αγάπη για το επάγγελμα).

2.2.4 Εργαλεία αξιολόγησης ασφάλειας

ΠΙΝΑΚΑΣ Β : Τα εργαλεία που αξιολογούν το κλίμα ασφάλειας (Sexton et al,2006)

Εργαλεία	Αριθμός των ερωτήσεων και η φύση τους
Safety Attitudes Questionnaire	63 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Veteran Affairs Palo Alto/Stanford Patient Safety Center for Inquiry	89 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Veterans Health Administration Patient Safety Questionnaire	112 στοιχεία κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Hospital Safety Culture Questionnaire(modified from Operating Room Management Attitudes Questionnaire[ORMAQ])	99 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Survey on Patient Safety	44 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Safety Climate Survey	21 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Allina Hospitals and Clinics	20 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Culture of Safety Survey	27 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Safety Climate Scale	10 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ με 5 σημεία
Trainee Supplemental Survey (Children's Hospital Boston)	41 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ με 6 σημεία
Teamwork and Patient Safety Attitudes	24 ερωτήσεις κλειστού τύπου

Questionnaire	Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ με 5 σημεία
Modified ORMAQ	60 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Patient Safety Climate in Anesthesia	54 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert συμφωνώ-διαφωνώ
Trainee Supplemental Survey(Children's Hospital Boston)	41 ερωτήσεις κλειστού τύπου Κλίμακα Likert με 6 σημεία

2.2.5 Κίνδυνος-Ιατρικό λάθος

Ο κίνδυνος χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει μια ενδεχομένως επιβλαβή κατάσταση, αν και όχι συνήθως το ίδιο το γεγονός. Το επιβλαβές γεγονός, μόλις αρχίσει, ταξινομείται ως έκτακτη ανάγκη ή περιστατικό. Υπάρχουν διάφορες καταστάσεις ενός κινδύνου, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- **Ανεπεργή** - μία κατάσταση που έχει τη δυνατότητα να γίνει επικίνδυνη, αλλά δεν πρόκειται να επηρεάσει κανέναν άνθρωπο, ιδιοκτησία ή το περιβάλλον.
- **Πιθανή** - μια κατάσταση όπου ο κίνδυνος μπορεί να έχει επιπτώσεις σε πρόσωπα, ιδιοκτησία ή το περιβάλλον. Αυτός ο τύπος κινδύνου είναι πιθανό να απαιτήσει την περαιτέρω αξιολόγηση κινδύνου.
- **Ενεργή** - ο κίνδυνος είναι βέβαιο πως θα προκαλέσει ζημιά, δεδομένου ότι καμία επέμβαση δεν είναι δυνατή προτού να εμφανιστεί το γεγονός.
- **Μετριασμένη** - ένας πιθανός κίνδυνος έχει προσδιοριστεί, αλλά έχουν ληφθεί οι απαιτούμενες ενέργειες προκειμένου να εξασφαλισθεί ότι δεν θα εξελιχθεί σε περιστατικό. Αυτό μπορεί να μην αποτελεί απόλυτη εγγύηση εξάλειψης του κινδύνου, είναι όμως πιθανό να μειώσει σημαντικά τις συνέπειες του κινδύνου.(Wikipedia)

Κίνδυνος = Η πιθανότητα εμφάνισης ενός μη επιθυμητού ή αντίστοιχα η απουσία ενός επιθυμητού αποτελέσματος(1)

Κίνδυνος = Αβεβαιότητα + Βλάβη(2)

Η ακόλουθη εξίσωση συνδέει την έννοια του κινδύνου με την ασφάλεια :

$KINΔΥΝΟΣ = ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ\ KINΔΥΝΟΥ / ΑΣΦΑΛΕΙΑ$

Οι κίνδυνοι ,λοιπόν, μπορεί να μειωθούν αν αυξήσουμε την ασφάλεια, αλλά ποτέ δεν μπορούν να μηδενιστούν (Kaplans & Garrick, 1981). ((1) Lhabitant, 2001

Κατηγορίες Κινδύνου

Προσδιορισμένος κίνδυνος (Identified Risk): Ο κίνδυνος ο οποίος έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων

Απροσδιόριστος κίνδυνος (Unidentified Risk): Ο κίνδυνος ο οποίος δεν έχει προσδιοριστεί ότι υπάρχει

Συνολικός κίνδυνος (Total Risk): Προσδιορισμένος και μη

Αποδεκτός κίνδυνος (Acceptable Risk): Ο προσδιορισμένος κίνδυνος που παραμένει ακόμα και μετά την εφαρμογή ελέγχων

Μη αποδεκτός κίνδυνος (Unacceptable Risk): Ο προσδιορισμένος κίνδυνος ο οποίος πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω και να μειωθεί

Υπολειπόμενος κίνδυνος (Residual Risk): Ο κίνδυνος που παραμένει μετά τις προσπάθειες διαχείρισής του (αποδεκτός + απροσδιόριστος κίνδυνος) (Federal Aviation Administration, 2000)

Λάθος – Σφάλμα

Λάθος: Μια ενέργεια ή μια παράλειψη και όχι το αποτέλεσμα αυτής

Σφάλμα: Δυσμενής έκβαση μιας ενέργειας ή μιας παράλειψης

Ιατρικό Σφάλμα: «Η μη ολοκλήρωση μιας προγραμματισμένης πράξης ή η χρήση ενός ατελέσφορου σχεδιασμού για την επίτευξη ενός στόχου» (IOM, 2000)

Δυσμενές συμβάν: «Εντοπισμένη βλάβη ή επιπλοκή που προκαλείται στους ασθενείς από την ιατρική φροντίδα, δεν οφείλεται στην επικείμενη νόσο του ασθενούς και οδηγεί σε αναπηρία, σε παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο ακόμη και σε θάνατο» (IMO, 2000)

Ιατρική Αμέλεια: «Η συμπεριφορά του ιατρού που αξιολογείται ως υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης, στο επάγγελμα του και στη συγκεκριμένη περίπτωση, επιμέλειας κατά κανόνα λόγω μη τήρησης του επαγγελματικού standard ή παραβίασης των κανόνων και των αρχών της ιατρικής επιστήμης και τέχνης (lege artis), από τον ίδιο τον ιατρό» (Φουντεδάκη, 2003)

Ιατρικό Λάθος

Ιατρικό λάθος = Η πράξη ή η παράλειψη του επαγγελματία υγείας, στο στάδιο του σχεδιασμού ή

της υλοποίησης της παροχής φροντίδας υγείας, η οποία συνέβαλλε ή θα μπορούσε να συμβάλει στην περεταίρω επιβάρυνση αφενός της κατάστασης της υγείας του ασθενούς αφετέρου του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας. (Καπάκη, 2015)

Οι κατηγορίες των ιατρικών λαθών είναι οι εξής:

- Φαρμακευτικά λάθη
- Χειρουργικά λάθη
- Διαγνωστικά λάθη
- Λοιμώξεις
- Λάθη κατά την μετάγγιση αίματος
- Παρερμηνείες και παραλείψεις ιατρικών εντολών (Bates et al, 2003)

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του ιατρικού λάθους είναι οι εξής:

- Χαρακτηριστικά των ασθενών
- Παράγοντες που σχετίζονται με τα καθήκοντα

- Ατομικοί παράγοντες
- Ομαδική εργασία και επικοινωνία
- Περιβάλλον εργασίας
- Οργανωτικοί και διαχειριστικοί παράγοντες
- Θεσμικό πλαίσιο

Το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ανέπτυξε ένα πιλοτικό σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία MERIS. Medical Error Reporting Information System. Το ICU-MERIS για την κατηγοριοποίηση της βαρύτητας των σφαλμάτων έχει λάβει επίσης υπ' όψη του το National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Index.

Είναι η δυνατότητα διαδικτυακής υποβολής οικειοθελών αναφορών για ανεπιθύμητα περιστατικά . Σκοποί του συστήματος είναι :

- ☐ ο εμπλουτισμός γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών,
- ☐ η ενθάρρυνση του υγειονομικού προσωπικού και των πολιτών για την ανάδειξη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων περιστατικών
- ☐ η αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και όχι η αναζήτηση και απόδοση ευθυνών σε μονάδες υγείας και το υγειονομικό προσωπικό

Το μεγαλύτερο εμπόδιο παγκοσμίως για την αναφορά των σφαλμάτων και τη μάθηση από αυτά είναι η ομοκεντρική προσέγγιση στο λάθος που επικρατεί σε πολλές χώρες (Blame culture Απόδοση προσωπικών-μόνο-ευθυνών/ εξιλαστήρια θύματα) . Το υγειονομικό προσωπικό συχνά φορτώνεται της αδυναμίας ενός ολόκληρου συστήματος/ όχι λόγος απαλλαγής σε ενδεχόμενο δικαστικό αγώνα/ επαγγελματικές, ψυχολογικές, οικονομικές συνέπειες .Συγκάλυψη λαθών υπό το φόβο της τιμωρίας. Τα πραγματικά και βαθύτερα αίτια του δυσμενούς συμβάντος (συστημικοί παράγοντες) δεν διερευνώνται, δεν εντοπίζονται και δεν αναλύονται. Το Σύστημα Υγείας δεν μαθαίνει από τα λάθη του και δεν διορθώνει τις αδυναμίες του. Τα λάθη επαναλαμβάνονται καθώς τα βαθύτερα συστημικά τους αίτια παραμένουν . Περισσότερα λάθη=περισσότερα έξοδα τα οποία μετακυλούν στις παρεχόμενες υπηρεσίες χωρίς να ενισχύεται η ασφάλεια των ασθενών. Ο βασικός λόγος που σε πολλές χώρες εξακολουθεί να προσεγγίζεται το ιατρικό λάθος με τον τρόπο αυτό είναι το νομικό πλαίσιο της ιατρικής ευθύνης (ευθύνη από πταίσμα) Παράδειγμα: στη χώρα μας υφίσταται η ποινικοποίηση του ιατρικού λάθους με στόχο: την τιμωρία του θεωρούμενου ως ενόχου, την οικονομική και ψυχική αποζημίωση παθόντος ή συγγενών, τη χρήση της δίωξης για παραδειγματισμό και συνετισμό όλων των ιατρών/αποτρεπτικός χαρακτήρας (adversarial system) .Ασφαλώς αυτή είναι μια λανθασμένη προσέγγιση, διότι το ανθρώπινο λάθος ,εξ ορισμού ακούσιο, δεν είναι εύκολο να «αποθαρρυνθεί» μέσω της αποτρεπτικής λειτουργίας του δικαίου (Alan Merry, Alexander McCall Smith, Errors, Medicine and the Law) η ευθύνη εξαρτάται από το αποτέλεσμα μίας πράξης κι όχι από τον επιλήψιμο της χαρακτήρα. Έμφαση δίδεται μόνο όταν προκαλείται θάνατος ή σοβαρή βλάβη. Ένα σύστημα αποτροπής λαθών με τόσο τυχαίες βάσεις είναι απίθανο να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

Με άλλα λόγια, είναι απαραίτητη η προώθηση της κουλτούρας ασφάλειας (safety culture) έναντι της κουλτούρας επίρριψης ευθυνών σε μεμονωμένα άτομα (blame culture). Είναι,

άλλωστε, χαρακτηριστική η πρόταση του Institute of Medicine στις ΗΠΑ, σύμφωνα με την οποία «η μεγαλύτερη πρόκληση για ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας είναι η μεταβολή της κουλτούρας από μια όπου τα άτομα κατηγορούνται για τα λάθη τους, σε μια όπου τα λάθη αντιμετωπίζονται όχι ως προσωπικές αποτυχίες αλλά ως ευκαιρίες για τη βελτίωση του συστήματος και την πρόληψη των λαθών». Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η μετάβαση από μια παθολογική κουλτούρα (pathological culture), όπου η αποτυχία τιμωρείται ή αποκρύπτεται και τα άτομα αρνούνται να αναγνωρίσουν ότι τα προβλήματα είναι μέρος της πραγματικότητας, σε μια κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, όπου αναγνωρίζεται το αναπόφευκτο του σφάλματος και γίνεται προσπάθεια για την προληπτική αναγνώριση λανθανόντων κινδύνων. Στην κατεύθυνση της ενίσχυσης της ασφάλειας των ασθενών και της αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών συμβάλλουν και δύο ακόμη παράγοντες: Η ολοένα και μεγαλύτερη διάδοση της τεκμηριωμένης ιατρικής φροντίδας (“evidence-based medicine”, κλινικά πρωτόκολλα, κλινικές οδηγίες κ.ο.κ.) και η ανθρωποκεντρική Ιατρική.² Αν και σε θεωρητικό/δογματικό επίπεδο οι δύο συγκεκριμένες έννοιες φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση (η πρώτη καταργεί έως ένα βαθμό τον υποκειμενισμό κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας, ενώ η δεύτερη αντιμετωπίζει κάθε ασθενή ως ξεχωριστή οντότητα), η συνύπαρξή τους είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς καλύπτει και τα δύο σκέλη της παροχής ιατρικών υπηρεσιών – το επιστημονικό και το προσωπικό/ψυχολογικό. Στην ιδανική της μορφή, η συνύπαρξη αυτή έχει ως συνέπεια να λαμβάνει ο ασθενής την –κατ’ αντικειμενική κρίση– αρτιότερη επιστημονικά ιατρική φροντίδα και ταυτόχρονα να αντιμετωπίζεται με τρόπο προσαρμοσμένο στην προσωπικότητα και τις ξεχωριστές του ανάγκες. Η τεκμηριωμένη ιατρική φροντίδα, εφ’ όσον στηρίζεται σε στέρεες βάσεις, συμβάλλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των ιατρικών πράξεων, στην εξοικονόμηση πόρων και στην υποστήριξη –μέσω της αξιοποίησης των σύγχρονων ιατρικών δεδομένων– του ιατρικού προσωπικού κατά τη λήψη αποφάσεων. Σκοπός, επομένως, είναι η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας. (Α. Παναγιώτου 2015).

Οι βελτιώσεις στην ασφάλεια των πασχόντων απαιτούν μια σειρά από ενέργειες που αποσκοπούν στην ασφαλή εκτέλεση των διαδικασιών, στην περιβαλλοντική ασφάλεια και στη διαχείριση κινδύνων, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου λοιμώξεων, της ασφαλούς χρήσης των φαρμάκων, της ασφάλειας του εξοπλισμού και της ασφαλούς κλινικής πρακτικής. Η ασφάλεια του πάσχοντα είναι ένα σοβαρό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας και κατέχει πρωτεύουσα θέση στην πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία. Το 2005, τα κράτη μέλη θέσπισαν ένα μηχανισμό για τη συζήτηση των θεμάτων που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων και για την προώθησή τους ως αντικείμενο προτεραιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 9ης Ιουνίου 2009 σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Η ανεπαρκής ασφάλεια των ασθενών αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας και επιβαρύνει ιδιαίτερα τους περιορισμένους πόρους για την υγεία. Μεγάλο ποσοστό των ανεπιθύμητων περιστατικών, τόσο στο νοσηλευτικό τομέα όσο και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι δυνατόν να αποφευχθεί καθώς η πλειονότητά τους φαίνεται ότι οφείλεται σε συστημικούς παράγοντες. Η παρούσα σύσταση βασίζεται και συμπληρώνει το έργο που πραγματοποιούν στον τομέα της ασφάλειας των ασθενών η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) μέσω της παγκόσμιας ένωσης για την ασφάλεια των ασθενών (World Alliance for Patient Safety), το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Οργανισμός

Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Η Επιτροπή, στη Λευκή της Βίβλο «Μαζί για την υγεία: μια στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008- 2017», της 23ης Οκτωβρίου 2007, αναγνωρίζει την ασφάλεια των ασθενών ως έναν τομέα δράσης.

2.3 Υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κέντρα Υγείας έχουν στόχο την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αφορούν :

- Παρακολούθηση ασθενών σε πρωινά τακτικά ιατρεία ,
- εφημερίες και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ,
- διακομιδή βαρέως πασχόντων μέσω του ΕΚΑΒ ,
- συνεργασία με γιατρούς ειδικοτήτων ,
- βραχυχρόνια νοσηλεία ,
- προληπτική γενική ιατρική ,
- οδοντιατρική ενηλίκων και παιδοοδοντιατρική προληπτική ιατρική ,
- βασικός ακτινολογικός και μικροβιολογικός έλεγχος ,
- εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και πρόληψης της υγείας στη σχολική κοινότητα , εμβολιασμός ατόμων με κινητικά προβλήματα ,
- εμβολιασμοί σε σχολεία ,
- εκπαίδευση ειδικευόμενων ιατρών Γενικής Ιατρικής ,
- υλοποίηση πρακτικής άσκησης στους χώρους του Κέντρου Υγείας.(Πολύζος Ν. et al ,2007)

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

Η ΠΦΥ είναι μια δέσμη υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει:

- Την αγωγή – Προαγωγή και άρα πρόληψη και προάσπιση της υγείας
- Την διάγνωση ,την περίθαλψη και τη θεραπεία
- Την παρακολούθηση, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη ή την τελική φροντίδα

Στην πράξη όμως έχουμε ένα είδος Πρωτοβάθμιας περίθαλψης που ασχολείται με την διάγνωση , την πρώτη αντιμετώπιση , την παραπομπή είτε επείγουσα είτε όχι , τη θεραπεία, την παρακολούθηση και τη συνταγογράφηση.

Οι καινοτομίες των τελευταίων χρόνων είναι οι ακόλουθες:

- Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η προσπάθεια ενοποίησης των ταμείων
- Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση
- Το πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Το ΠΕΔΥ περιλαμβάνει τις εξής δομές:

- Τα Κέντρα Υγείας Αστικού τύπου
- Τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού τύπου
- Τις πρώην Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ)

ΔΕΝ περιλαμβάνει :

- Τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων
- Τα ιδιωτικά ιατρεία και τα αναδυόμενα ιδιωτικά πολυιατρεία
- Τα ιδιωτικά εργαστήρια
- Τα δημοτικά ιατρεία
- Τα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία(ΤΕΠ)
- ΕΚΑΒ
- Επείγουσα Προνοσοκομειακή Φροντίδα
- Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι των ΟΤΑ
- Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα Φροντίδας Μάνας Παιδιού

Ακόμα δεν υπάρχει :

- Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού(το σημείο της πρώτης επαφής)
- Η ομάδα υγείας
- Σύστημα παραπομπής
- Ο ιατρικός φάκελος

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτέλεσε τομή για τα δεδομένα της Ελλάδας , αλλά στην αρχή υπήρξαν πολλαπλά προβλήματα τεχνικού χαρακτήρα. Επιπλέον, τα πρωτόκολλα αφορούν μόνο στη συνταγογράφηση και όχι και διάγνωση, μη φαρμακευτική θεραπεία κλπ.).Ακόμα δεν έχουν εισαχθεί οι Ελληνικές Κατευθυντήριες Οδηγίες που αφορούν την Πρωτοβάθμια. Τέλος δεν είναι υποχρεωτικό το σύστημα κατάταξης ICPC2 που αφορά την πρωτοβάθμια.(Δημοπούλου Σοφία, 2015)

2.3.1 Εθνική πολιτική για ποιότητα – Ελληνική πραγματικότητα

Νόμος 2519/1997

- Άρθρο 1: κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των ασθενών με τη σύσταση υπηρεσίας «ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών».
- Άρθρο 9: θεσμοθετείται ο ποιοτικός έλεγχος των προσφερόμενων υπηρεσιών, με το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του: α) η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας β) η στατιστική ανάλυση και η οικονομική αξιολόγηση γ) ο έλεγχος διασφάλισης ποιότητας υπηρεσιών υγείας δ) η χορήγηση πιστοποιητικών διασφάλισης ποιότητας ε) η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς στον τομέα υγείας στ) η σύνταξη και υποβολή εκθέσεων για τις ιατρικές υπηρεσίες
- Άρθρο 11: συστήνεται Συμβούλιο συντονισμού ενιαίας δράσης υπηρεσιών υγείας, καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η οργάνωση και λειτουργία δικτύων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Νόμος 2889/2001

Η μεταρρύθμιση αυτή στόχευε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και στην καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Θεσμοθετήθηκαν όργανα και διαδικασίες όπως:

α) ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας από το κέντρο ποιότητας του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας

β) τμήμα ελέγχου και ποιότητας στα Πε.Σ.Υ.

γ) τμήμα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε νοσοκομεία με 400 και άνω κλίνες

δ) αξιολόγηση των ειδικών ερευνητικών ή κέντρων αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας

ε) σύσταση τμήματος Περιφερειακού χάρτη υγείας σε κάθε Πε.Σ.Υ.

στ) υποχρεωτική σύσταση γραφείου υποδοχής ασθενών

ζ) σύσταση αυτοτελούς Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών σε κάθε νοσοκομείο με περισσότερες από 200 κλίνες

η) υπογραφή Συμβολαίου Αποδοτικότητας ανάμεσα στους διοικητές και τα Πε.Σ.Υ.

Με το ΠΔ 84/2001 που αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η εκτελεστική επιτροπή του Κ.Ε.Σ.Υ. συνιστά ειδικές μόνιμες επιτροπές για τον έλεγχο των φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ποιοτικός έλεγχος διενεργείται από το Ινστιτούτο έρευνας και ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι φορείς παροχής Π.Φ.Υ. υποχρεούνται να τηρούν αρχεία με τα ιατρικά και οικονομικά δεδομένα τους και να εφοδιάζονται με το Πιστοποιητικό διασφάλισης ποιότητας από το αρμόδιο ινστιτούτο. Το ΠΔ 357/2001 αναφέρεται στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) και ορίζει ως αποστολή τους την ανάπτυξη ολοκληρωμένων Συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας. Για την επιτυχία της αποστολής των Πε.Σ.Υ., το διάταγμα συνιστά: α) Τμήμα Περιφερειακού χάρτη υγείας και πρόνοιας β) Τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας γ) Τμήμα έρευνας και ανάπτυξης δ) Τμήμα οργανωτικής ανάπτυξης, μηχανοργάνωσης και εξοπλισμού ε) Τμήμα διαχείρισης ανθρώπινων πόρων στ) Τμήμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών

Νόμος 3172/2003

Η μεταρρύθμιση αυτή αφορά την οργάνωση και εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Θεσμοθετεί τη σύσταση Εθνικού συμβουλίου δημόσιας υγείας με αρμοδιότητες:

α) να γνωμοδοτεί και να προτείνει λύσεις σε θέματα δημόσιας υγείας

β) να υποβάλλει προτάσεις για διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής

γ) να γνωμοδοτεί για το σχέδιο αξιολόγησης ποιότητας δημόσιας υγείας

δ) να γνωμοδοτεί για τις ερευνητικές προτεραιότητες δημόσιας υγείας

Με στόχο τον συντονισμό των πολιτικών και δράσεων της δημόσιας υγείας με αυτές άλλων φορέων, συνιστάται:

α) η Διαγραμματική Συντονιστική δημόσιας υγείας

β) η Συντονιστική Οργανισμών δημόσιας υγείας Σύσταση Γενικής Διεύθυνσης δημόσιας υγείας, η οποία: α) καθορίζει τις αρχές για τον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας β) ελέγχει και αξιολογεί τις πολιτικές για τη δημόσια υγεία γ) μεριμνά για τον συντονισμό δράσεων των φορέων δημόσιας υγείας δ) λαμβάνει αποφάσεις και εφαρμόζει μέτρα σε περίπτωση κρίσεων ή απειλών για τη δημόσια υγεία

γ) Σύσταση Περιφερειακού Συμβουλίου δημόσιας υγείας σε κάθε περιφέρεια . Η Διεύθυνση δημόσιας υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας συντάσσει ανά διετία και υποβάλλει την τακτική έκθεση για τη Δημόσια υγεία . Σύνταξη του χάρτη υγείας ως ένα σύστημα δεδομένων και δεικτών όπως: α) δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, β) στοιχεία για τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους της υγείας, γ) αναλυτικά στοιχεία για την χρήση υπηρεσιών υγείας, δ) στοιχεία κόστους των υπηρεσιών, ε) ποιοτικά στοιχεία, στ) περιβαλλοντικά, οικονομικά και κοινωνικά στοιχεία

Νόμος 3235/2004

Η μεταρρύθμιση στοχεύει στην ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών σε ένα σύστημα ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας υγείας μέσω της παρακολούθησης και της παραπομπής τους από οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό του συστήματος υγείας. Θεσμοθετείται γεωγραφική τομεοποίηση του συστήματος Π.Φ.Υ., μέσα στα όρια κάθε Πε.Σ.Υ.

- Σύσταση ειδικών τομεακών επιτροπών Π.Φ.Υ. Για τη διασύνδεση και τον συντονισμό όλων των μονάδων υγείας της Περιφέρειας.
- Καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού.
- Καθιέρωση του νοσηλευτή Π.Φ.Υ. που στελεχώνει τα κέντρα υγείας.
- Εγκατάσταση πλήρους υποδομής, σε κάθε φορέα Π.Φ.Υ., για την τήρηση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου των πολιτών με όλα τα δεδομένα που αφορούν την υγεία τους.
- Εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας του πολίτη.
- Διασφάλιση της προστασίας των ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων.
- Σύσταση φορέα πιστοποίησης κέντρων υγείας, ο οποίος ελέγχει τους φορείς παροχής Π.Φ.Υ.

2.4 Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο

2.4.1 Ιταλία: Εθνικό Παρατηρητήριο για καλές πρακτικές στην ασφάλεια των ασθενών

Το Εθνικό Παρατηρητήριο της Ιταλίας για καλές πρακτικές σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών προωθεί την ανταλλαγή γνώσης και εκμάθηση για αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.

Ενώ η ατζέντα πολιτικής ασφάλειας των ασθενών στην Ιταλία είναι σχετικά πρόσφατη, το Εθνικό Παρατηρητήριο θεωρείται διεθνώς ως πρότυπο προς μίμηση.

Ιδρύθηκε μόλις το 2008 για την ανάπτυξη:

- στρατηγικών για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της περίθαλψης, με την προώθηση της μεταφοράς ασφαλών πρακτικών
- παρεμβάσεων βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών
- δικτύου επαγγελματιών υγείας που μοιράζονται γνώσεις και εμπειρίες για τη διευκόλυνση της μεταφοράς εμπειρίας.

Η προσέγγιση "από κάτω προς τα πάνω" υλοποιείται μέσω περιφερειακών και διαπεριφερειακών workshops στα οποία συμμετέχουν όλες οι ιταλικές περιφέρειες και οι αυτόνομες επαρχίες (R & AP). Τα αποτελέσματα από τα εργαστήρια αυτά αναδεικνύονται ως εθνικές συστάσεις που ισχύουν σε ολόκληρη τη χώρα και δημοσιοποιούνται στη δικτυακή πύλη του Παρατηρητηρίου. Το επόμενο βήμα, η περιφερειακή εφαρμογή αυτών των συστάσεων. Με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων παρακολουθείται η συμμόρφωση με τις συστάσεις.

2.4.2 Έρευνες διεθνείς

Ακολούθως παραθέτονται τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών που διεξήχθησαν σε ευρωπαϊκό επίπεδο με θέμα την κουλτούρα ασφάλειας στην πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας μετά από αναζήτηση στην πλατφόρμα της Pubmed:

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι η νορβηγική μεταφρασμένη έκδοση του Ερωτηματολογίου για τη Συμπεριφορά στην Ασφάλεια, με τους πέντε επιβεβαιωμένους παράγοντες κλίμα ομαδικής εργασίας, κλίμα ασφαλείας, ικανοποίηση από την εργασία, συνθήκες εργασίας και αντιλήψεις διαχείρισης, μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη μέτρηση διαφόρων πτυχών της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στη ρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να διερευνήσει εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως μετριέται από το Ερωτηματολόγιο για τη Συμπεριφορά στην Ασφάλεια - Εξελικτική Έκδοση και την εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων και αρνητικών αποτελεσμάτων του ασθενούς. (Bondevik GT et al, 2014)

Παρόλο που η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στη ρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας του ΑΙ-Mukala είναι γενικά θετική, η ασφάλεια των ασθενών και η αξιολόγηση της ποιότητας ήταν αρκετά χαμηλά. Η εφαρμογή ενός συστήματος διαχείρισης της ασφάλειας και της ποιότητας στη ρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ΑΙ-Mukala είναι πρωταρχικής σημασίας. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να επιβεβαιωθεί η δυνατότητα εφαρμογής της

Έρευνας του Ιατρικού Γραφείου για την Πολιτική Ασφάλειας Ασθενών (MOSPSC) για την πρωτοβάθμια περίθαλψη Al-Mukala . (Webair HH et al, 2015)

Αυτές οι μελέτες στη γενική πρακτική παρέχουν μια πρώτη κατανόηση των στρατηγικών βελτίωσης και της επίδρασής τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Δεδομένου ότι το επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων ήταν χαμηλό, δεν μπορεί να προσδιοριστεί σαφής προτίμηση. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να βοηθήσουν τις πρακτικές να κάνουν μια ενημερωμένη επιλογή για μια παρέμβαση.(Verbakel NJ et al,2016)

Η ανασκόπηση αυτή εντόπισε εργαλεία και δείκτες που είναι διαθέσιμοι για χρήση στην οικογενειακή πρακτική για τη μέτρηση της ασφάλειας των ασθενών , η οποία είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ασφάλειας και το σχεδιασμό ενός kit εργαλείων για την ασφάλεια των ασθενών . Ωστόσο, πολλά από τα εργαλεία δεν έχουν ακόμη χρησιμοποιηθεί σε στρατηγικές και κύκλους βελτίωσης της ποιότητας, όπως η πράξη σχεδιασμού-μελέτης (PDSA), οπότε υπάρχει έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων για τη χρησιμότητά τους στη βελτίωση, σε αντίθεση με τη μέτρηση και την επισήμανση ζητημάτων ασφάλειας . Η έλλειψη εστίασης στη διάγνωση, στην ασφάλεια των συστημάτων και στη διαχείριση των αποτελεσμάτων παρέχει κατεύθυνση και προτεραιότητες για μελλοντική έρευνα. (Spencer R et al,2014)

Αυτή ήταν η πρώτη γνωστή προσπάθεια μέτρησης των αντιλήψεων σχετικά με το κλίμα ασφάλειας στη βασική φροντίδα του Ηνωμένου Βασιλείου με επικυρωμένο μέσο ειδικά σχεδιασμένο για το σκοπό αυτό. Οι αναφερόμενες αντιλήψεις για το επικρατούμενο κλίμα ασφαλείας ήταν γενικά θετικές. Αυτό μπορεί να αντικατοπτρίζει τις συνεχιζόμενες προσπάθειες για την οικοδόμηση ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή, εναλλακτικά, την υπερεκτίμηση της αποτελεσματικότητας των τοπικών συστημάτων ασφάλειας . Η σημαντική μεταβολή της αντίληψης μεταξύ ορισμένων ομάδων προσωπικού έχει πιθανές συνέπειες στην ασφάλεια και ίσως χρειαστεί να ευθυγραμμιστεί για την οικοδόμηση θετικής και ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας . Ενώ η ασφάλεια και η μέτρηση του κλίματος έχει διάφορα οφέλη στην ομάδα των ατόμων, στην πρακτική και στο περιφερειακό επίπεδο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα σχετικά με τη σύνδεσή της με συγκεκριμένα αποτελέσματα ασφάλειας . (de Wet C et al,2010)

Η βελτίωση της νοοτροπίας ασφάλειας των ασθενών θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα μεταξύ των διαχειριστών των κέντρων υγείας . Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ενθαρρύνεται να αναφέρει λάθη χωρίς φόβο τιμωρίας.(Bodur S et al,2009)

Τα προγράμματα ασφάλειας των ασθενών στοχεύουν ως επί το πλείστον συγκεκριμένα θέματα, όπως η αναφορά περιστατικών και η ασφάλεια των φαρμάκων . Ωστόσο, οι γιατροί και οι νοσηλευτές είχαν μια ευρεία άποψη για το τι συνιστά η ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αυτό έχει συνέπειες για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Οι απόψεις των γενικών ιατρών σχετικά με την ασφάλεια και τον κίνδυνο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν συμπίπτουν πλήρως με εκείνες που παρουσιάζονται σε δημοσιευμένα έγγραφα και έγγραφα πολιτικής. Οι χειρουργοί στην παρούσα μελέτη κρίνουν ευρύτερο φάσμα παραγόντων από ό, τι στην προηγούμενη δημοσιευμένη έρευνα για την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης μιας κακής σχέσης γιατρού-ασθενούς, για να αποτελέσουν πιθανή απειλή για την ασφάλεια

των ασθενών . Άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως η πρόληψη των λοιμώξεων, η απόκλιση από τις κατευθυντήριες γραμμές και η αναφορά περιστατικών κρίνεται ότι είναι λιγότερο σχετικές από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής.(Gaal S et al,2010)

Οι διαφορές όσον αφορά τη στάση του προσωπικού έχουν αποδειχθεί σε μακροοικονομικό επίπεδο σε όλες τις υπηρεσίες υγείας αλλά, ως επί το πλείστον, οι διαφορές δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη σύνθεση του προσωπικού.(Gallego B et al,2012)

Η αντίληψη του PS στο HUVN είναι καλή, ακόμη και αν η επικοινωνία των σφαλμάτων είναι κακή. Ο κύριος τομέας για βελτίωση είναι μια μη ποινική επικοινωνία των σφαλμάτων. Είναι σκόπιμο να προωθηθεί μια εκστρατεία για την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με το πρόβλημα, την εκπόνηση προγραμμάτων κατάρτισης για τους επαγγελματίες και την εφαρμογή συστημάτων για την καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών.(Skodová M et al,2006)

Η μελέτη αυτή είναι το πρώτο στάδιο στην ανάπτυξη ενός κατάλληλα έγκυρου και αξιόπιστου μέτρου για το κλίμα ασφάλειας για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η μέτρηση των αντιλήψεων σχετικά με το κλίμα ασφάλειας έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει τις οργανώσεις και τις ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης να εστιάσουν την προσοχή τους σε ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια και στοχεύουν στη βελτίωση μέσω εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να διερευνηθούν τα θέματα αποδοχής και σκοπιμότητας για τις ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και το δυναμικό για οργανωτική συγκριτική αξιολόγηση.(de Wet C et al,2010)

Το ερωτηματολόγιο SCOPE-PC έχει υγιή ψυχομετρικά χαρακτηριστικά για χρήση από τα διάφορα επαγγέλματα της ολλανδικής πρωτοβάθμιας φροντίδας για να αποκτήσει γνώσεις σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας . (Verbakel NJ et al,2013)

Η κλινική ασφάλεια βρίσκεται στην ημερήσια διάταξη των κέντρων υγείας . Οι προσδιορισμένοι τομείς αβεβαιότητας είναι εύκολα προσιτοί και εξετάζονται στο μελλοντικό σύστημα διαπίστευσης της καταλανικής κυβέρνησης. Οι γενικοί ιατροί είναι πιο επικριτικοί απ 'ό, τι οι διοικητές , και τα κέντρα φροντίδας υγείας , τα αγροτικά και τα μικρά HCC είχαν καλύτερη αίσθηση ασφάλειας.(Ruiz Sánchez M et al,2012)

2.5 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ LINNEAUS

Η συνεργασία LINNEAUS περιελάμβανε ερευνητές και επαγγελματίες από το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Δανία, τις Κάτω Χώρες, τη Γερμανία, την Αυστρία, την Πολωνία, την Ελλάδα και την Ισπανία. Αντιπροσώπευσε έναν συνασπισμό ερευνητών και επαγγελματιών από χώρες όπου οι πρωτοβουλίες για την ασφάλεια των ασθενών είναι σχετικά ανεπτυγμένες (Ηνωμένο Βασίλειο, Κάτω Χώρες, Δανία και Γερμανία) σε χώρες όπου δεν υπάρχει σχεδόν καμία υποδομή για την υποστήριξη επαγγελματιών και ερευνητών που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Αυστρία, Ελλάδα). Επιπλέον, υπήρξε συνεργασία με μια ευρύτερη ομάδα ερευνητών για τη διάδοση των ευρημάτων μας στη Ρουμανία, την Κροατία, τη Λιθουανία, την Αλβανία, τη Γαλλία και τη Σουηδία. Στην πραγματικότητα, η συνεργασία LINNEAUS εκπροσώπησε έναν μεγάλο συνασπισμό ερευνητών στην Ευρώπη που ασχολείται με την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Στόχοι της συνεργασίας του LINNEAUS για την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

- Υποστήριξη της ανάπτυξης μιας ευρωπαϊκής ταξινόμησης των ανεπιθύμητων συμβάντων και σφαλμάτων.
- Προσδιορίστε τις καλύτερες κλινικές πρακτικές όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών στη λήψη διαγνωστικών αποφάσεων, τη χρήση εργαστηριακών εξετάσεων και τη συνταγογράφηση φαρμάκων.
- Να επιτευχθεί συναίνεση όσον αφορά τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας και να αναπτυχθεί συμφωνία για τους δείκτες.
- Βελτιώστε τις υπάρχουσες γνώσεις από τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας και τις εφαρμόστε στους κύκλους μάθησης για βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών.
- Δημιουργία συνεργασίας και απόκτηση εμπειρίας σε χώρες με αναδυόμενη συνειδητοποίηση της ασφάλειας των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Δημιουργία πανευρωπαϊκού δικτύου για την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, για την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών και για τη συνεργασία σε μελλοντικές έρευνες για παρεμβάσεις μέσω δοκιμών μεγάλης κλίμακας.

Υπήρξε μια έκρηξη ενδιαφέροντος για την ασφάλεια των ασθενών την τελευταία δεκαετία και μισή, με πολλές κυβερνήσεις να ανταποκρίνονται με σημαντικές πρωτοβουλίες όπως περιγράφονται παρακάτω. Μια ανάλυση των αναφορών δείχνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών που επικεντρώνονται στην ασφάλεια των ασθενών - είτε πρόκειται για ζητήματα επιδημιολογίας, για ψυχολογία ή κοινωνιολογία, είτε σπανιότερα για παρεμβάσεις - επικεντρώνεται σχεδόν αποκλειστικά σε νοσοκομειακή / εξειδικευμένη περίθαλψη (Lilford R et al, 2006). Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για αυτό. Πρώτον, υπάρχει η αντίληψη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ως περιβάλλον χαμηλής τεχνολογίας, όπου η ασφάλεια δεν αποτελεί πρόβλημα και ως εκ τούτου προκαλεί χαμηλότερο προφίλ από τον οξύ τομέα. Δεύτερον, η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι πολύ πιο ετερογενής στις οργανωτικές της ρυθμίσεις. Σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, οι οργανωτικές ρυθμίσεις μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι διαφορετικές και πολύπλοκες και υπάρχει πληθώρα χώρων όπου πραγματοποιείται η πρωτοβάθμια φροντίδα (το γραφείο του κλινικού ιατρού, τηλεφωνικά και το σπίτι των ασθενών). Τρίτον, οι διασυνδέσεις μεταξύ πρωτοβάθμιας και εξειδικευμένης περίθαλψης είναι εξαιρετικά σημαντικές και ποικίλλουν ευρέως μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, καθιστώντας προβληματική τη μελέτη της ασφάλειας των ασθενών στη διεπαφή. Τέταρτον, οι διαβουλεύσεις και οι διαπροσωπικές δεξιότητες είναι κρίσιμες για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η διερεύνηση ζητημάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών στον τομέα αυτό εγείρουν συγκεκριμένες προκλήσεις.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες καθιστούν δύσκολη τη μελέτη της ασφάλειας των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι επαφές των γιατρών πρώτης φροντίδας αντιπροσωπεύουν περισσότερο από 75-80% των ανησυχιών για την υγεία που αναφέρθηκαν σε έναν γιατρό, ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύει μόνο περίπου το 5%. Ακόμη και αν ο κίνδυνος είναι χαμηλότερος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το μέγεθος καθιστά την πρωτοβάθμια φροντίδα σημαντικό πεδίο ανησυχίας.

3.5.1 Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ

Οι έρευνες υποδηλώνουν ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα και τα λάθη δεν είναι ασυνήθιστα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και όταν εξετάζονται στο πλαίσιο, ένας τεράστιος αριθμός αλληλεπιδράσεων μπορεί να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα (Sandars J et al , 2003, Weingart S et al , 2000). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι σε πολλές χώρες της Ευρώπης, η πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα γίνεται με τη βοήθεια πρωτοβάθμιας ή γενικής περίθαλψης.

Χρησιμοποιώντας το Ηνωμένο Βασίλειο ως παράδειγμα, το 85% των επαφών με την Εθνική Υπηρεσία Υγείας λαμβάνει χώρα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και υπάρχουν 300 εκατομμύρια γενικές συναντήσεις κάθε χρόνο. Αυτό σημαίνει ότι σχεδόν 750 000 ασθενείς συμβουλευονται το GP τους κάθε μέρα. Στη Γερμανία, τα ποσοστά επαφής είναι ακόμη υψηλότερα - περίπου 1,5 εκατομμύρια επισκέψεις ημερησίως σε γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με GPs και γενικούς internists που εκδίδουν 550 εκατομμύρια συνταγές ετησίως (αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 73% όλων των συνταγών που εκδίδονται εκτός νοσοκομείου). Το απλό σημείο που θα κάνουμε είναι ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι ένας τεράστιος οργανωμένος τομέας για την υγειονομική περίθαλψη, με εκατομμύρια αλληλεπιδράσεις που συμβαίνουν καθημερινά σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Επομένως, το ενδεχόμενο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών είναι τεράστιο, αλλά η βάση γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο πλαίσιο αυτό είναι ελάχιστη. (Weingart S et al ,2000). Ίσως μια πιο ρεαλιστική εκτίμηση παρέχεται σε μια μεγάλη αναδρομική αναθεώρηση που πραγματοποιήθηκε στις Κάτω Χώρες (Gaal S et al, 2011), η οποία πρότεινε ότι το 2% όλων των διαβουλεύσεων γενικής πρακτικής οδήγησε σε ένα περιστατικό ασφάλειας ασθενών. Ωστόσο, ακόμη και με αυτήν την πολύ χαμηλότερη εκτίμηση, ο συνολικός αριθμός συμβάντων θα είναι πολύ μεγάλος λόγω του μεγάλου αριθμού διαβουλεύσεων γενικής πρακτικής σε κάθε μήνα ή έτος.

Η συντριπτική πλειονότητα των περιστατικών μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις κύριους τομείς, που καλύπτουν τη διάγνωση, τη συνταγογράφηση, την επικοινωνία μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών και οργανωτικά περιστατικά (διοικητικά προβλήματα εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή) (Dovey S et al, 2003 , Vincent C et al , 2004). Επομένως, αν και το δυναμικό σφάλματος είναι μεγάλο, η ανάλυση των ιατρικών νομικών βάσεων δεδομένων δείχνει ότι το 50% δεν έχει καμία συνέπεια, το 20% έχει ως αποτέλεσμα μη κλινικά σημαντικές καθυστερήσεις στη διάγνωση, το 10% οδηγεί σε αναστατωμένους ασθενείς, αλλά πιο σημαντικά το 20% των σφαλμάτων θα μπορούσε να έχει σοβαρές συνέπειες (Vincent C et al , 2004). Στο πλαίσιο ενός μεγάλου αριθμού αλληλεπιδράσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αυτό γίνεται ένα σημαντικό πρόβλημα, ακόμη και αν αποδεχθούμε τους περιορισμούς της μεταφοράς των πληροφοριών από τις μελέτες των ιατροδικαστικών βάσεων δεδομένων στη γενικότερη περίθαλψη.

Η έλλειψη έρευνας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη βρέθηκε επίσης στη Βόρεια Αμερική. Μια πρόσφατη ανασκόπηση της έρευνας σχετικά με την περιπατητική ασφάλεια μεταξύ 2000 και 2010 εξέτασε τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία και τις ιδιωτικές πρωτοβουλίες, τις κρατικές επιχορηγήσεις και τις κανονιστικές και νομοθετικές πρωτοβουλίες στις ΗΠΑ. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εξακολουθούν να υπάρχουν μεγάλα κενά στην κατανόησή μας για την ασφάλεια των ασθενών στο περιπατητικό περιβάλλον και με ουσιαστικά καμία αξιόπιστη μελέτη σχετικά με τον τρόπο βελτίωσης της ασφάλειας (Wynia M et al, 2011).

2.5.2 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Υπάρχει αυξανόμενη κατανόηση της σημασίας της ασφάλειας των ασθενών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι μελέτες ορόσημων στις ΗΠΑ, την Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Δανία και τις Κάτω Χώρες έχουν επιχειρήσει να αξιολογήσουν τη συμβολή των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούν βλάβη στους ασθενείς και έχουν οδηγήσει σε σημαντικές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε πολλές χώρες. Ωστόσο, καμία χώρα δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι έχει αντιμετωπίσει πλήρως το πρόβλημα της ασφάλειας των ασθενών. Όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παραμένει ένα ζήτημα δημόσιας υγείας και ποιότητας που δεν έχει επαρκώς ερευνηθεί και δεν λαμβάνει αυτή τη στιγμή τη χρηματοδότηση και τη διεθνή προτεραιότητα που δικαιολογεί.

Τόσο η Λουξεμβουργιανή όσο και η Βρετανική Προεδρία της ΕΕ το 2006 προσδιόρισαν την ασφάλεια των ασθενών ως βασικό θέμα που συνδέεται με τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Το 2005, μια ομάδα εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης συνέταξε σύσταση για την ασφάλεια των ασθενών, η οποία εγκρίθηκε από την Επιτροπή Υπουργών το 2006. Η παγκόσμια συμμαχία για την ασφάλεια των ασθενών της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας εξέθεσε επίσης τις αρχές και τις δράσεις που μπορούν να αναλάβουν τα κράτη μέλη να αναπτύξει μια συνεκτική στρατηγική για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Ο ΠΟΥ πρόσφατα κατέληξε σε συναίνεση σχετικά με την ανάγκη αντιμετώπισης της έλλειψης έρευνας για την ασφάλεια των ασθενών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (WHO; Geneva: 2012).

Οι περισσότερες πρωτοβουλίες στην Ευρώπη που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών έχουν εθνικό χαρακτήρα και συνήθως ξεκινούν από κυβερνήσεις. Το πρόγραμμα «Βελτίωση της Ασφάλειας για τους Ασθενείς στην Ευρώπη» (SIMPATIE) που χρηματοδοτήθηκε από την ΕΕ χρησιμοποίησε ένα ευρωπαϊκό δίκτυο οργανισμών, εμπειρογνομόνων και επαγγελματιών για τη θέσπιση ενός κοινού ευρωπαϊκού συνόλου λεξιλογίου, δεικτών και εσωτερικών και εξωτερικών μέσων για τη βελτίωση της ασφάλειας στην υγεία φροντίδα (SIMPATIE 2007). Μια από τις δραστηριότητες που πραγματοποίησε ήταν μια άσκηση χαρτογράφησης, η οποία παρήγαγε ένα αρχείο καταγραφής γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών σε σχέση με τη νομοθεσία, τις ρυθμίσεις και τις δράσεις στα κράτη της ΕΕ. Εντοπίστηκε διαφορετική δέσμευση για την ασφάλεια των ασθενών σε όλη την Ευρώπη. Το έργο διαπίστωσε ότι το Υπουργείο Υγείας (ή ισοδύναμο) θεωρείται ως ο κύριος παράγοντας στην προώθηση της ασφάλειας των ασθενών σε οκτώ χώρες και έχουν συσταθεί εθνικοί φορείς μόνο σε πέντε χώρες που ειδικεύονται στην ασφάλεια των ασθενών.

Το έργο SIMPATIE εντόπισε μια τεράστια ποικιλία σε τομείς που σχετίζονται με την αναφορά, τα πρότυπα, τη συμμετοχή του κοινού, την κατάρτιση και την ευθύνη μεταξύ των κρατών μελών. Ακόμα και σε θέματα που σχετίζονται με τους ορισμούς, υπήρξε μια τεράστια ποικιλία. Για παράδειγμα, 10 κράτη μέλη δήλωσαν ότι είχαν έναν ορισμό εργασίας για την ασφάλεια των ασθενών. τέσσερις χώρες είχαν έναν ορισμό αλλά χωρίς να συμφωνήσουν για το τι ήταν. Οι υπόλοιπες οκτώ χώρες δεν είχαν αναγνωρισμένο ορισμό. Το SIMPATIE επικεντρώθηκε στη διευκόλυνση της ανάπτυξης της ασφάλειας των ασθενών ως ζήτημα ποιότητας της υγείας και παρείχε μια χρήσιμη ανασκόπηση των μέσων που μπορεί να είναι χρήσιμα για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών και την ανάπτυξη μιας προσέγγισης για την επίτευξη στρατηγικής υγείας όσον αφορά την ασφάλεια των ασθενών.

Ενώ υπάρχει επίσης η κατάλληλη εστίαση σε συστήματα και οργανισμούς που δίνουν ολοένα και μεγαλύτερη έμφαση στην κουλτούρα, την ηγεσία και την κλινική διακυβέρνηση της ασφάλειας, μεγάλο μέρος αυτής της δραστηριότητας επικεντρώνεται και πάλι σε νοσοκομειακές και περιφερειακές οργανώσεις και όχι σε κλινικούς και ομάδες που εργάζονται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό ισχύει ακόμη και σε χώρες όπου υπάρχουν εθνικές οργανώσεις που είναι υπεύθυνες για την ασφάλεια των ασθενών - για παράδειγμα, ούτε το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Κάτω Χώρες, η Δανία ή η Γερμανία έχουν αναπτύξει βιώσιμες πρωτοβουλίες που επικεντρώθηκαν και βελτίωσαν την ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Υπάρχει επίσης σήμερα έλλειψη συνέργειας μεταξύ ερευνητικών ομάδων που εργάζονται στον τομέα αυτό και αυτό πιθανώς συμβάλλει στη σχετική έλλειψη έρευνας σχετικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την πρωτοβάθμια / δευτεροβάθμια διεπαφή.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα δεν επικεντρώνεται αποκλειστικά στους γενικούς ιατρούς ή στους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι κοινοτικοί νοσοκόμοι, οι φαρμακοποιοί της κοινότητας, οι εργαζόμενοι στον τομέα της ψυχικής υγείας αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς που βρίσκονται στη βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επομένως, τα θέματα ασφάλειας των ασθενών ξεπερνούν τα επαγγελματικά όρια, αλλά το πιο σημαντικό μπορεί να συμβάλει σε προβλήματα που εμφανίζονται στη γραμμή όταν ο ασθενής εισέρχεται στη φροντίδα ειδικών. Η καθυστερημένη διάγνωση, οι αποτυχίες του συντονισμού της περίθαλψης, τα λάθη της φαρμακευτικής αγωγής είναι παραδείγματα σφαλμάτων που μπορεί να έχουν τη γένεσή τους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά τα οποία μπορεί να έχουν σημαντικές διακλαδώσεις για τους ασθενείς σε πιο εξειδικευμένα περιβάλλοντα. Είχαμε επίγνωση της ανάγκης να μελετήσουμε μερικά από αυτά τα διεπαγγελματικά ζητήματα, αλλά σε αυτό το στάδιο επικεντρώθηκε κυρίως στους γενικούς ιατρούς.

B ΜΕΡΟΣ

3. ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Μεθοδολογία

3.1.1 Η μέθοδος της έρευνας

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05/κ (κ= αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες διαστάσεις της κλίμακας πεποιθήσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

3.1.2 Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας και η αξιοπιστία του

Όσον αφορά στην αξιοπιστία των μετρήσεων, απαραίτητα κρίνεται η χρήση κάποιου τεστ αξιοπιστίας με τον οποίο εκτιμάται η εσωτερική συνέπεια των στοιχείων ενός ερωτηματολογίου. Ο δείκτης Cronbach's α (alpha) ή δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας. Η εκτίμηση γίνεται με βάση τις συσχετίσεις μεταξύ των items της κλίμακας και κυμαίνεται από – άπειρο έως το 1.

Ακολουθούν οι ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας:

<.06 : η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0,60 : το ελάχιστο αποδεκτό όριο

0,70 : ικανοποιητικό

0,80 : αρκετά καλή αξιοπιστία

0,90 : πολύ υψηλή αξιοπιστία

Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο χωρίζεται σε δύο τμήματα. Στο πρώτο καταγράφονται τα κοινωνικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δεύτερο τμήμα περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια (Safety Attitudes Questionnaire – SAQ) το οποίο αναπτύχθηκε από τους Sexton et al.(Sexton et al 2006) Έγιναν έρευνες για την ευθεία και αντίστροφη μετάφραση από δίγλωσσα άτομα ,αξιολόγηση της εγκυρότητας δομής και προσώπου και υπολογισμός του συντελεστή Cronbach's α .

Το SAQ θεωρείται ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των αντιλήψεων ασφάλειας σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο σε δομές υγείας και μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Το ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης των στάσεων του προσωπικού για την ασφάλεια SAQ (Safety Attitudes Questionnaire είναι το κορυφαίο εργαλείο Διασφάλισης Ποιότητας επαγγελματικού οργανισμού γνωστή ως καινοτόμος ηγέτης στην παροχή επαγγελματικής ανάπτυξης , εκπαίδευσης και κατάρτισης (Νταντάνα , 2010) . Το SAQ αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο με έναν συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's $\alpha = 0,90$.



Οι ερωτήσεις αφορούν :

- 1.ΚΛΙΜΑ ΟΜΑΔΙΚΟΤΗΤΑΣ : η αντιληπτή ποιότητα της ομαδικότητας και συνεργασίας μέσα σε μία δεδομένη ομάδα
- 2.ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ : το αντιληπτό επίπεδο αφοσίωσης και συγκέντρωσης (focus) στην ασφάλεια των ασθενών στην μονάδα
- 3.ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ : γενικά αισθήματα θετικότητας των εργαζομένων αναφορικά με την εργασία
- 4.ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΤΡΕΣ : η αναγνώριση του πως οι παράγοντες στρες επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων
- 5. ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ : η αντίληψη των εργαζομένων αναφορικά με την ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας
- 6.ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ : η αντίληψη των εργαζομένων της υποστήριξης και της ικανότητας της διοίκησης.
- 7. Συχνότητα αναφοράς λαθών

- 8. Ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη
- 9. Συνολική αντίληψη της ασφάλειας



Για τον έλεγχο των παραπάνω διαστάσεων χρησιμοποιούνται 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε επαγγελματίες υγείας δημόσιων κέντρων υγείας της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε χωρίς να υπάρξει προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες, ώστε να μην επηρεαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας και άρα να διασφαλιστεί η αντικειμενικότητα. Η διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε περίπου 2 μήνες προκειμένου αφενός μεν να υπάρξει συμμετοχή από όσο τον δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας και αφετέρου ώστε να προκύψουν αντιπροσωπευτικά ευρήματα για το σύνολο των πρωτοβάθμιων δομών υγείας.

Η απάντηση σε κάθε μία από τις ερωτήσεις της κλίμακας SAQ αντιστοιχεί στην 5 point LIKERT κλίμακα. (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ κάπως, 3=ουδέτερος, 4=συμφωνώ κάπως, 5=συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton μετατρέπονται σε μια κλίμακα 0 -100 (1= 0% 2=25% 3=50% 4=75% και 5=100%) θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι >75%.

Τέλος τέθηκε και μία ερώτηση ανοικτού τύπου στην οποία δόθηκαν απαντήσεις υποκειμενικές και συχνά γενικές και αόριστες.

3.1.3 Το δείγμα της έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν 176 επαγγελματίες υγείας αν και διανεμήθηκαν 215 ερωτηματολόγια. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία βασικό κριτήριο καταλληλότητας του δείγματος αποτελεί το μέγεθος αυτού. Επιπρόσθετα το δείγμα θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό και να ανήκει στο συνολικό πληθυσμό που εξετάζει η έρευνα. Αυτή την συνθήκη την εκπληρώνει η έρευνα δεδομένου ότι τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας.

Το στατιστικό πακέτο SPSS χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση και την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας. Το συγκεκριμένο πακέτο θεωρείται αξιόπιστο και χρησιμοποιείται για την επεξεργασία των δεδομένων σε μία κοινωνιολογική έρευνα. Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιείται η περιγραφική και επαγωγική στατιστική (Creswell, 2011). Με την βοήθεια των πινάκων και των διαγραμμάτων ο αναγνώστης θα μπορέσει να κατανοήσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Για την ανάλυση

των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφική και συμπερασματική στατιστική ανάλυση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη τιμή, ελάχιστη τιμή, διάμεση τιμή, εύρος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι για την διενέργεια της έρευνας τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες δεοντολογίας. Καταρχάς, χορηγήθηκε άδεια από την επιστημονική επιτροπή της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδος στα οποία και ανήκουν διοικητικά τα υπό έρευνα Κέντρα Υγείας. Ενημερώθηκαν ξεχωριστά όλοι οι συντονιστές-Διευθυντές και των 5 Κέντρων Υγείας οι οποίοι εγγράφως χορήγησαν την άδεια για την διενέργεια της έρευνας. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν πλήρως ενημερωθεί σχετικά με τον σκοπό της έρευνας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και κανένας δεν αναγκάστηκε να συμμετέχει παρά τη θέλησή του. Δεδομένου ότι δεν ζητήθηκαν τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων διασφαλίστηκε η ανωνυμία τόσο των συμμετεχόντων όσο και των Κέντρων Υγείας. Επιπλέον, εξασφαλίστηκε η διαβεβαίωση ότι κανένας από τους συμμετέχοντες δεν θα υποστεί βλάβη διότι συμμετείχε στην συγκεκριμένη έρευνα. Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι τηρήθηκαν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις ώστε η έρευνα να είναι ηθική (Creswell, 2011 σελ.66).

3.2 Αποτελέσματα

Σε αυτό το μέρος της διπλωματικής εργασίας δίδονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των 176 συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνά μας με σκοπό την καταγραφή της άποψής τους σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενούς που επικρατεί στην κάθε πρωτοβάθμια μονάδα. Στην πρώτη παράγραφο δίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν

3.2.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 176 άτομα με μέση ηλικία τα 45,1 έτη (SD=11,2 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

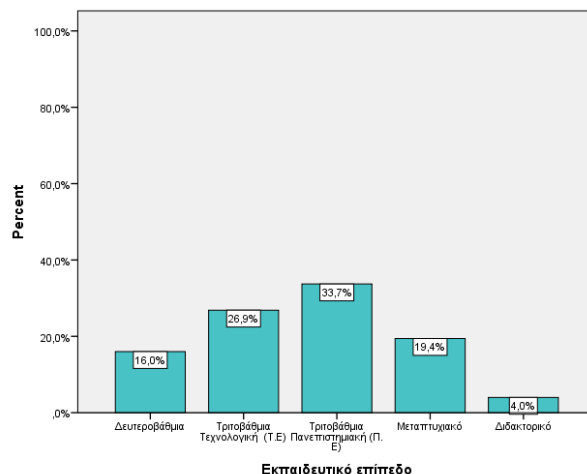
Πίνακας 1 : Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Ανδρας	55	31,3
	Γυναίκα	121	68,8
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		45,1 (11,2)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια	28	16,0
	Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε)	47	26,9
	Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε)	59	33,7
	Μεταπτυχιακό	34	19,4
	Διδακτορικό	7	4,0
Ειδικότητα	Όχι	118	67,0
	Ναι	58	33,0

Το 68,8% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 33,7% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 26,9% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης. Το 33,0% των συμμετεχόντων είχε ειδικότητα.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.

Γράφημα 1: Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 2 : Στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων.

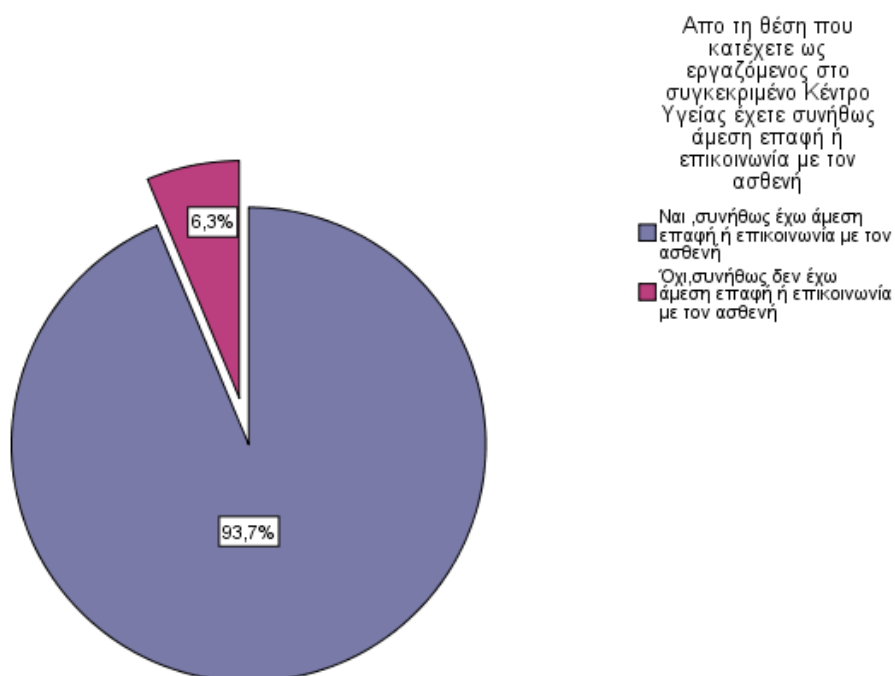
		N	%
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας?, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		9,1 (10,6)	3,8 (1,3 - 15,0)
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρο Υγείας?, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		8,9 (10,5)	3,3 (1,5 - 12,0)
Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		37,4 (17,2)	
Τι θέση κατέχετε στο Κέντρο Υγείας που εργάζεστε?	Ειδικευόμενος ιατρός	12	6,8
	Ειδικός ιατρός	58	33,0
	ΤΕ Νοσηλεύτης	28	15,9
	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	13	7,4
	ΥΕ Βοηθητικό προσωπικό	7	4,0
	Φυσιοθεραπευτής,Εργοθεραπευτής,Λογοθεραπευτής	3	1,7
	Επισκέπτρια Υγείας	12	6,8
	Διοικητικός υπάλληλος	10	5,7
	Άλλο	33	18,8
Αν άλλο τι	Βοηθός Μικροβιολόγου	1	0,6
	Γενικών Καθηκόντων	1	0,6
	Διδακτικό προσ.	1	0,6
	Κοινωνική Εργασία (Κοινων. Λειτουργός)	1	0,6
	Μαία	3	1,7
	Παρασκευάστρια	1	0,6
	ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας	9	5,1
	Τεχνολόγος	2	1,1

	Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων	6	3,4
	Τραυματιοφορέας	1	0,6
	Φοιτήτρια	5	2,8
	Φοιτήτρια Νοσηλευτικής	1	0,6
	Χειριστής Εμφανιστής	1	0,6
Απο τη θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή	Ναι ,συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή	163	93,7
	Όχι,συνήθως δεν έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή	11	6,3
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		16,3 (11,7)	

Ο διάμεσος χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας ήταν 3,8 έτη (1,3- 15 έτη) και στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν 3,3 έτη (1,5-12 έτη). Ο μέσος χρόνος εργασίας ήταν 37,4 ώρες την εβδομάδα (SD=17,2 ώρες). Το 39,8% των συμμετεχόντων ήταν ιατροί (ειδικευόμενοι ή ειδικευμένοι) και το 15,9% ήταν νοσηλεύτες. Ακόμα, το 93,7% των συμμετεχόντων είχαν συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή. Ο μέσος χρόνος που εργάζονταν στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα ήταν 16,3 έτη (SD=11,7 έτη).

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή.

Γράφημα 2: Ποσοστό των συμμετεχόντων που είχαν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή.



3.2.2 Κλίμακα πεπιοιθήσεων για την ασφάλεια (SAQ)

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι πεπιοιθήσεις των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους στο χώρο εργασίας.

Πίνακας 3: Πεπιοιθήσεις των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους στο χώρο εργασίας.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως/ Συμφωνώ απόλυτα (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1.Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	2 (1,1)	1 (0,6)	17 (9,7)	55 (31,4)	100 (57,1)	88,5
2.Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	1 (0,6)	6 (3,4)	13 (7,4)	58 (33)	98 (55,7)	88,7
3.Οι εισηγήσεις των συναδέλφων λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα	2 (1,1)	3 (1,7)	36 (20,5)	65 (36,9)	70 (39,8)	76,7
4.Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	49 (27,8)	49 (27,8)	32 (18,2)	24 (13,6)	22 (12,5)	26,1
5.Οι διαφωνίες στο τμήμα επιλύονται κατάλληλα ((π.χ.όχι ποιος έχει δίκιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	6 (3,4)	15 (8,6)	36 (20,6)	60 (34,3)	58 (33,1)	67,4
6.Οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας στο τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	6 (3,4)	14 (8)	29 (16,5)	64 (36,4)	63 (35,8)	72,2
7.Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων	5 (2,8)	6 (3,4)	51 (29)	60 (34,1)	54 (30,7)	64,8
8.Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό τον κλινικό χώρο	6 (3,4)	12 (6,8)	49 (27,8)	53 (30,1)	56 (31,8)	61,9
9.Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα	22 (12,5)	24 (13,6)	33 (18,8)	48 (27,3)	49 (27,8)	55,1
10.Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	10 (5,7)	13 (7,4)	45 (25,6)	45 (25,6)	63 (35,8)	61,4
11.Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία	8 (4,5)	14 (8)	46 (26,1)	66 (37,5)	42 (23,9)	61,4
12.Θα ένιωθα ασφαλής αν νοσηλευόμουν σε αυτόν τον κλινικό χώρο	8 (4,5)	14 (8)	47 (26,7)	60 (34,1)	47 (26,7)	60,8
13. Σε αυτό τον κλινικό χώρο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	46 (26,1)	41 (23,3)	56 (31,8)	22 (12,5)	11 (6,3)	18,8
14.Αυτή η μονάδα υγείας είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	5 (2,8)	6 (3,4)	36 (20,5)	61 (34,7)	68 (38,6)	73,3
15. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτή την μονάδα υγείας	2 (1,1)	8 (4,5)	56 (31,8)	41 (23,3)	69 (39,2)	62,5
16. Όταν εργάζεσαι σε αυτή τη μονάδα υγείας είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	6 (3,4)	10 (5,7)	47 (26,9)	38 (21,7)	74 (42,3)	64,0
17.Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	5 (2,8)	13 (7,4)	48 (27,3)	48 (27,3)	62 (35,2)	62,5
18. Μου αρέσει η δουλειά μου	3 (1,7)	7 (4)	14 (8)	41 (23,3)	111 (63,1)	86,4
19. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η	31 (17,6)	24 (13,6)	29 (16,5)	56 (31,8)	36 (20,5)	52,3

απόδοσή μου						
20. Είναι πιθανότερο μα κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	17 (9,7)	14 (8)	29 (16,5)	50 (28,4)	66 (37,5)	65,9
21. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά την διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. τροχαίο)	21 (11,9)	30 (17)	40 (22,7)	49 (27,8)	36 (20,5)	48,3
22. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός /ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	16 (9,1)	29 (16,6)	33 (18,9)	58 (33,1)	39 (22,3)	55,4
23.Η Διοίκηση της μονάδας υγείας δεν διακινδυνεύει(εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	2 (1,1)	13 (7,5)	48 (27,6)	40 (23)	71 (40,8)	63,8
24.Η Διοίκηση της μονάδας υγείας στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	13 (7,4)	17 (9,7)	49 (27,8)	49 (27,8)	48 (27,3)	55,1
25.Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στη μονάδα υγείας και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	10 (5,7)	21 (12)	58 (33,1)	47 (26,9)	39 (22,3)	49,2
26.Η στελέχωση είναι επαρκής στο τμήμα που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών	14 (8)	45 (25,6)	37 (21)	43 (24,4)	37 (21)	45,4
27.Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση.	10 (5,7)	12 (6,9)	69 (39,4)	42 (24)	42 (24)	48,0
28.Αυτή η μονάδα υγείας αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	13 (7,4)	25 (14,2)	77 (43,8)	35 (19,9)	26 (14,8)	34,7
29.Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	4 (2,3)	5 (2,9)	71 (40,8)	48 (27,6)	46 (26,4)	54,0
30.Αυτή η δομή υγείας κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού.	3 (1,7)	11 (6,3)	68 (38,6)	47 (26,7)	47 (26,7)	53,4

Τα ποσοστά συμφωνίας κυμαίνονταν από 18,8% μέχρι 88,7%. Συγκεκριμένα, το 18,8% των συμμετεχόντων συμφωνούσε κάπως/απόλυτα με την πρόταση «Σε αυτό τον κλινικό χώρο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη» και το 26,1% με την πρόταση «Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών». Το 88,7% των συμμετεχόντων συμφωνούσε κάπως/απόλυτα με την πρόταση «Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς» και το 88,5% με την πρόταση «Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους. Οι βαθμολογίες μπορούν να κυμανθούν από 0% μέχρι 100%, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν θετικότερες πεπιοθήσεις.

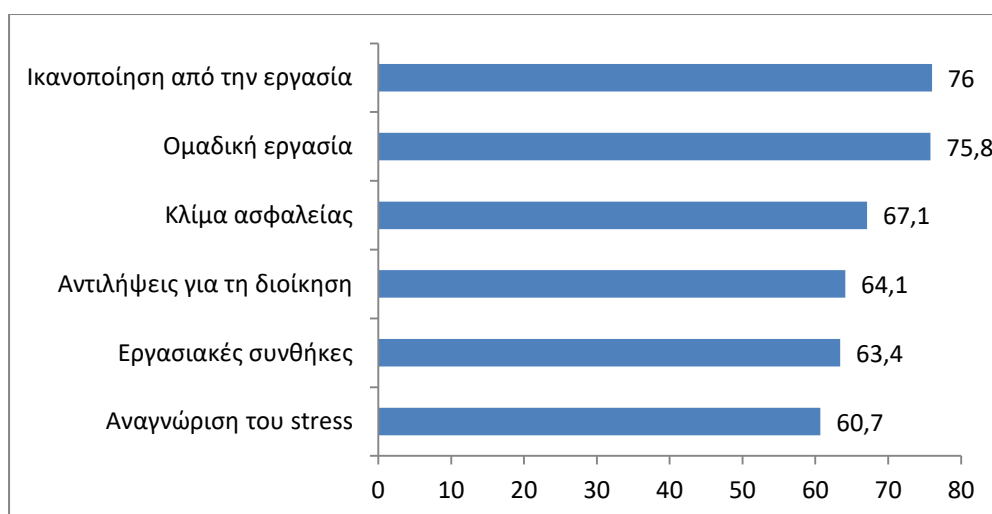
Πίνακας 4 : Βαθμολογίες στις διαστάσεις πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Ομαδική εργασία	37,5	100,0	75,8	15,3
Κλίμα ασφαλείας	7,1	100,0	67,1	20,1
Ικανοποίηση από την εργασία	25,0	100,0	76,0	20,7
Αναγνώριση του stress	0,0	100,0	60,7	27,4
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	0,0	100,0	64,1	21,7
Εργασιακές συνθήκες	0,0	100,0	63,4	20,2

Η βαθμολογία στη διάσταση «Ομαδική εργασία» κυμαινόταν από 37,5% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 75,8% (SD=15,3%) και στη διάσταση «Κλίμα ασφαλείας» κυμαινόταν από 7,1% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 67,1% (SD=20,1%). Η βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση από την εργασία» κυμαινόταν από 25% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 76,0% (SD=20,7%) και στη διάσταση «Αναγνώριση του stress» κυμαινόταν από 0% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 60,7% (SD=27,4%). Ακόμα, η βαθμολογία στη διάσταση «Αντιλήψεις για τη διοίκηση» κυμαινόταν από 0% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 64,1% (SD=21,7%) και στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες» κυμαινόταν από 0% μέχρι 100% με τη μέση τιμή να είναι 63,4% (SD=20,2%).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζονται οι μέσες τιμές στις διαστάσεις πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους με φθίνουσα σειρά. Άρα θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για την Ικανοποίηση από την εργασία και την ομαδική εργασία, ακολουθούμενη από το κλίμα ασφαλείας, ενώ λιγότερες θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για τις εργασιακές συνθήκες και την αναγνώριση του στρες.

Γράφημα 3: οι μέσες τιμές στις διαστάσεις πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους.

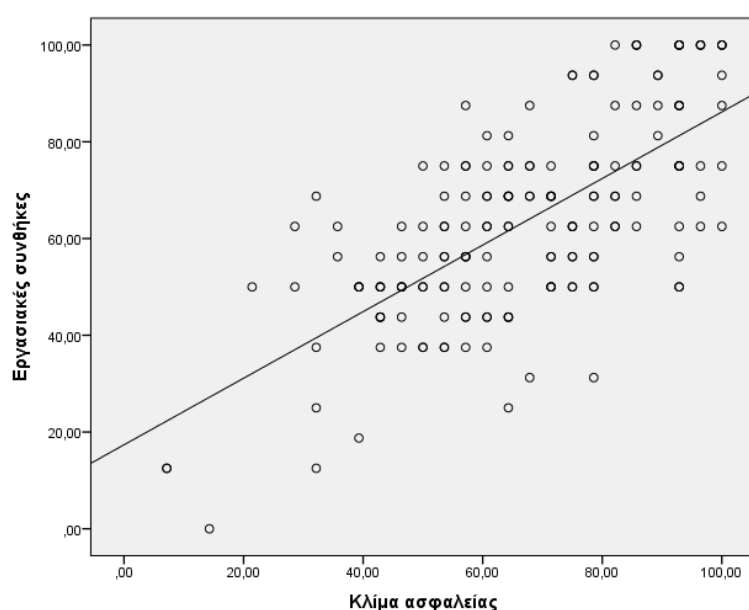
Πίνακας 5: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας πεπιοθήσεων των συμμετεχόντων για την ασφάλειά τους.

		Κλίμα ασφαλείας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του stress	Αντιλήψεις για τη διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Ομαδική εργασία	r	0,71	0,61	0,12	0,61	0,63
	P	<0,001	<0,001	0,123	<0,001	<0,001
Κλίμα ασφαλείας	r	1,00	0,63	-0,06	0,64	0,69
	P		<0,001	0,402	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από την εργασία	r		1,00	0,00	0,56	0,59
	P			0,971	<0,001	<0,001
Αναγνώριση του stress	r			1,00	0,07	-0,12
	P				0,342	0,117
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r				1,00	0,67
	P					<0,001

Υπήρξαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των διαστάσεων της κλίμακας πεπιοθήσεων εκτός από τη διάσταση «Αναγνώριση του stress» που δεν συσχετιζόταν με καμία από τις υπόλοιπες. Οπότε όσο πιο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις των συμμετεχόντων στον ένα τομέα τόσο πιο θετικές ήταν και στους υπόλοιπους.

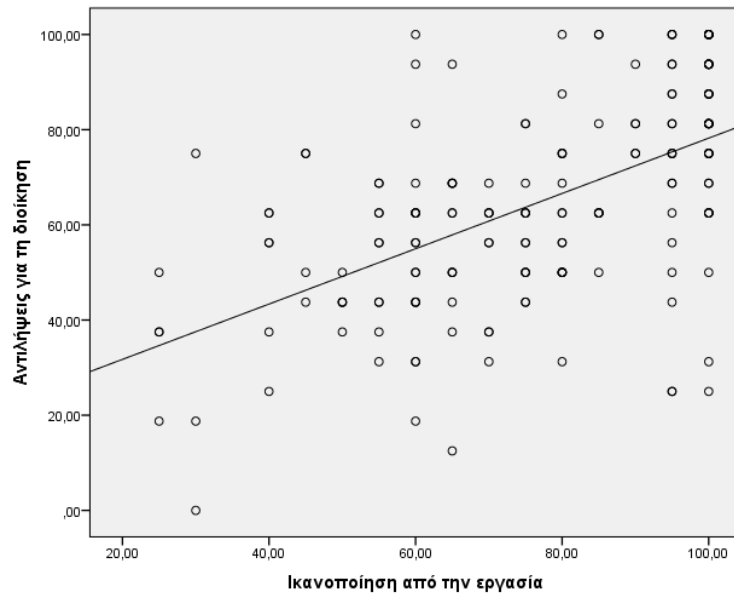
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Κλίμα ασφαλείας» και «Εργασιακές συνθήκες».

Γράφημα 4: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Κλίμα ασφαλείας» και «Εργασιακές συνθήκες»



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Ικανοποίηση από την εργασία» και «Αντιλήψεις για τη διοίκηση».

Γράφημα 5: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Ικανοποίηση από την εργασία» και «Αντιλήψεις για τη διοίκηση»



3.2.3 Συσχέτιση των διαστάσεων πεπιοθήσεων για την ασφάλεια με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το φύλο τους.

Πίνακας 6: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το φύλο τους

	Φύλο				P Student's t-test
	Άνδρας		Γυναίκα		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ομαδική εργασία	76,3	15,5	75,6	15,2	0,774
Κλίμα ασφαλείας	63,5	21,6	68,7	19,2	0,111
Ικανοποίηση από την εργασία	73,4	19,4	77,2	21,2	0,250
Αναγνώριση του stress	63,7	25,8	59,4	28,1	0,344
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	61,2	22,8	65,4	21,1	0,237
Εργασιακές συνθήκες	62,4	20,1	63,9	20,4	0,642

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το φύλο τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 7: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

	Εκπαιδευτικό επίπεδο								P ANOVA
	Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε)		Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε)		Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ομαδική εργασία	75,9	16,6	75,2	15,1	75,2	15,9	77,1	14,2	0,933
Κλίμα ασφαλείας	70,5	15,0	66,9	21,9	68,1	18,4	63,0	23,1	0,445
Ικανοποίηση από την εργασία	81,1	21,7	74,5	21,7	74,7	18,9	76,1	21,8	0,547
Αναγνώριση του stress	58,0	33,3	54,0	25,1	62,2	24,5	67,8	28,7	0,115
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	68,3	20,5	67,0	22,0	62,2	21,1	61,4	23,0	0,419
Εργασιακές συνθήκες	62,0	18,8	67,3	21,6	62,6	18,9	61,0	21,7	0,475

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν ειδικότητα ή όχι.

Πίνακας 8: Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν ειδικότητα ή όχι

	Ειδικότητα				P Student's t-test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ομαδική εργασία	74,8	15,4	78,0	14,9	0,199
Κλίμα ασφαλείας	65,4	20,4	70,4	19,0	0,120
Ικανοποίηση από την εργασία	75,3	21,1	77,4	20,0	0,535
Αναγνώριση του stress	59,0	27,7	64,3	26,7	0,236
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	64,1	21,2	64,2	22,8	0,966
Εργασιακές συνθήκες	62,8	20,2	64,7	20,5	0,569

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν ειδικότητα ή όχι.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με τη θέση τους.

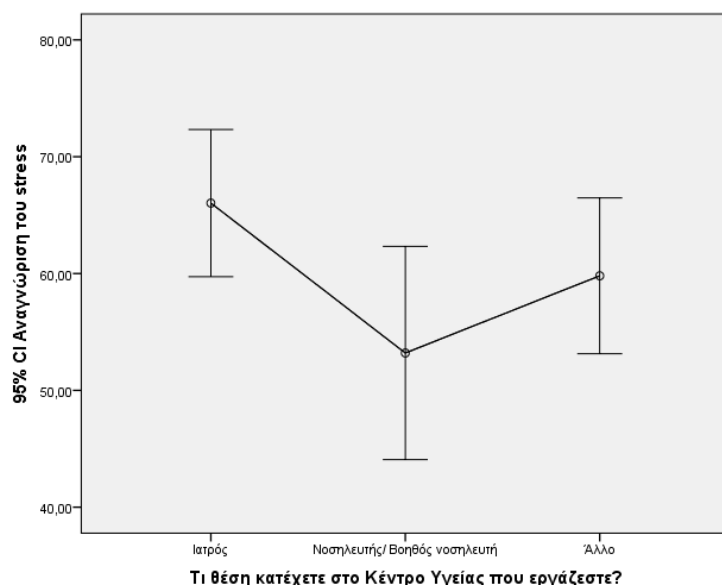
Πίνακας 9 : Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με τη θέση τους

	Τι θέση κατέχετε στο Κέντρο Υγείας που εργάζεστε?						P ANOVA
	Ιατρός		Νοσηλεύτης/ Βοηθός νοσηλεύτη		Άλλο		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ομαδική εργασία	75,1	15,8	74,9	14,6	77,1	15,3	0,687
Κλίμα ασφαλείας	65,6	20,8	67,7	18,4	68,3	20,5	0,725
Ικανοποίηση από την εργασία	73,1	20,7	76,8	21,9	78,6	19,8	0,297
Αναγνώριση του stress	66,0	26,2	53,2	28,9	59,8	26,9	0,046
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	62,3	22,6	63,4	19,0	66,6	22,3	0,518
Εργασιακές συνθήκες	61,0	20,4	66,4	19,6	64,3	20,5	0,370

Υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της διάστασης «Αναγνώριση του στρες» ανάλογα με τη θέση των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ιατροί είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει ότι αναγνωρίζουν περισσότερο το στρες, σε σύγκριση με τους νοσηλεύτες/βοηθούς νοσηλευτών ($p=0,043$). Στις υπόλοιπες διαστάσεις, οι βαθμολογίες ήταν παρόμοιες στις διάφορες θέσεις που είχαν οι συμμετέχοντες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αναγνώριση του στρες» ανάλογα με τη θέση που είχαν.

Γράφημα 6: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αναγνώριση του στρες» ανάλογα με τη θέση που είχαν



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς ή όχι.

Πίνακας 10 :Βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς ή όχι.

	Απο τη θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή				P Student's t-test
	Ναι ,συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή		Όχι,συνήθως δεν έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή		
	Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
Ομαδική εργασία	76,0	15,1	71,2	18,4	0,321
Κλίμα ασφαλείας	67,4	19,7	61,7	27,2	0,365
Ικανοποίηση από την εργασία	76,2	20,7	71,8	22,5	0,502
Αναγνώριση του stress	60,7	27,5	57,4	28,6	0,701
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	64,8	21,3	54,0	26,4	0,111
Εργασιακές συνθήκες	64,0	19,9	54,0	25,5	0,115

Δεν διέφεραν σημαντικά οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια, ανάλογα με το αν είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς ή όχι.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια με την ηλικία των ασθενών.

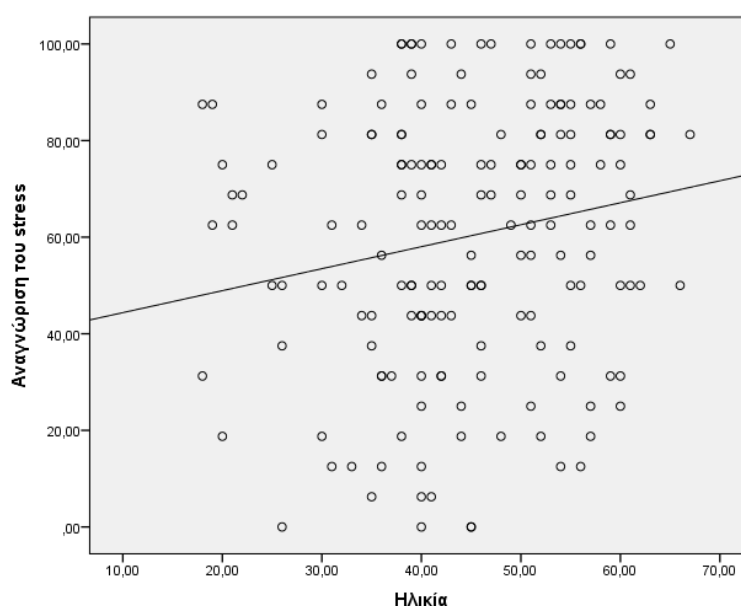
Πίνακας 11: συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια με την ηλικία των ασθενών

		Ηλικία
Ομαδική εργασία	r	0,07
	P	0,394
Κλίμα ασφαλείας	r	0,10
	P	0,191
Ικανοποίηση από την εργασία	r	0,03
	P	0,694
Αναγνώριση του stress	r	0,19
	P	0,014
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r	0,05
	P	0,522
Εργασιακές συνθήκες	r	0,07
	P	0,352

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με τη διάσταση «Αναγνώριση του stress». Οπότε, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία ήταν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο αναγνώριζαν το στρες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».

Γράφημα 7: Συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια με τις ώρες εργασίας των ασθενών.

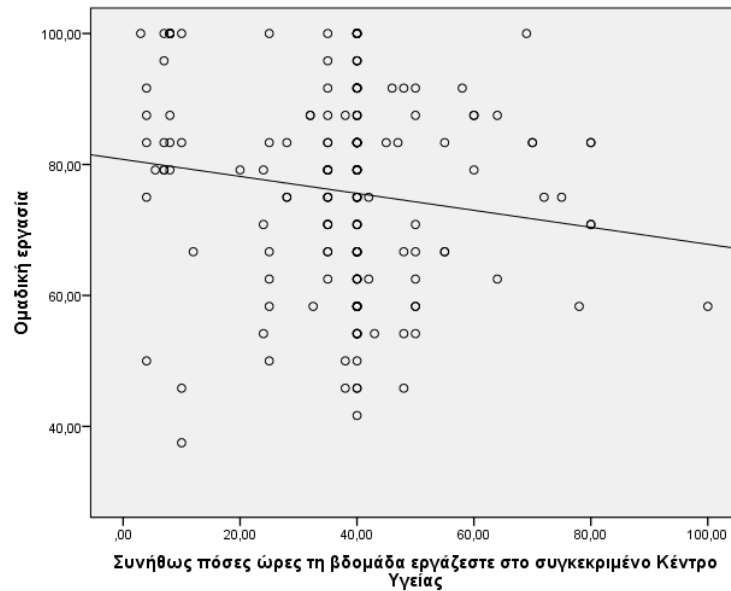
Πίνακας 12: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπτοιθήσεων για την ασφάλεια με τις ώρες εργασίας των ασθενών

		Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας
Ομαδική εργασία	r	-0,15
	P	0,050
Κλίμα ασφαλείας	r	-0,15
	P	0,050
Ικανοποίηση από την εργασία	r	-0,09
	P	0,256
Αναγνώριση του stress	r	-0,04
	P	0,568
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r	-0,14
	P	0,049
Εργασιακές συνθήκες	r	-0,15
	P	0,049

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση των ωρών εργασίας με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις «Ομαδική εργασία», «Κλίμα ασφαλείας», «Αντιλήψεις για τη διοίκηση» και «Εργασιακές συνθήκες». Οπότε, όσες περισσότερες ώρες εργάζονται οι συμμετέχοντες την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπτοιθήσεις τους για την ομαδική εργασία, το κλίμα ασφαλείας, τις αντιλήψεις τους για τη διοίκηση και τις εργασιακές συνθήκες.

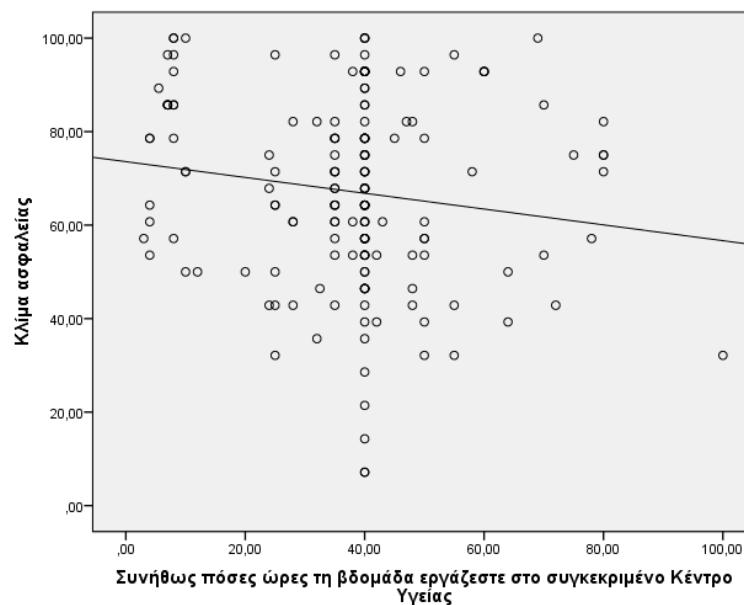
Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ομαδική εργασία».

Γράφημα 8: συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ομαδική εργασία».



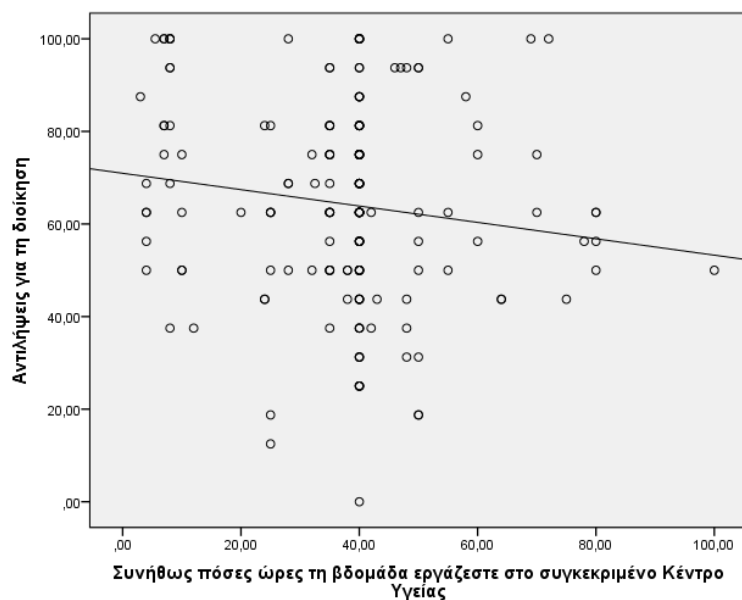
Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κλίμα ασφαλείας».

Γράφημα 9: Συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κλίμα ασφαλείας».



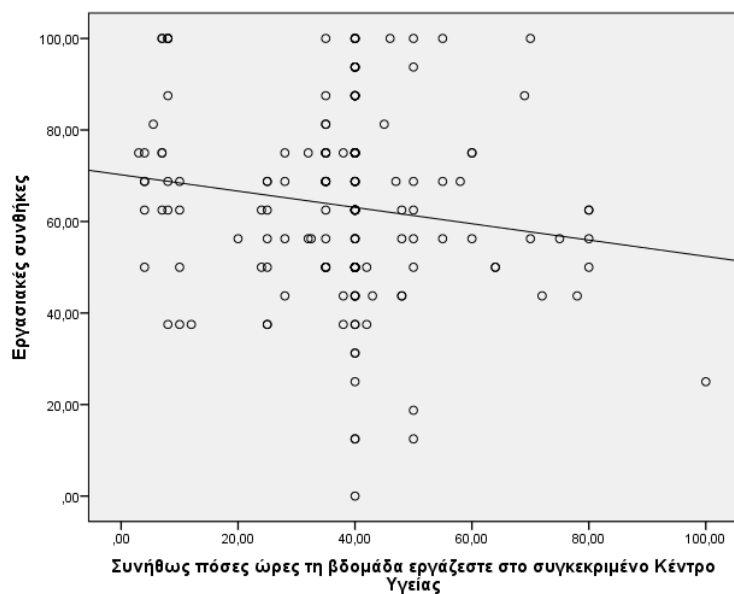
Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντιλήψεις για τη διοίκηση».

Γράφημα 10: Συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντιλήψεις για τη διοίκηση».



Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες».

Γράφημα 11: συσχέτιση των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες».



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο επάγγελμα.

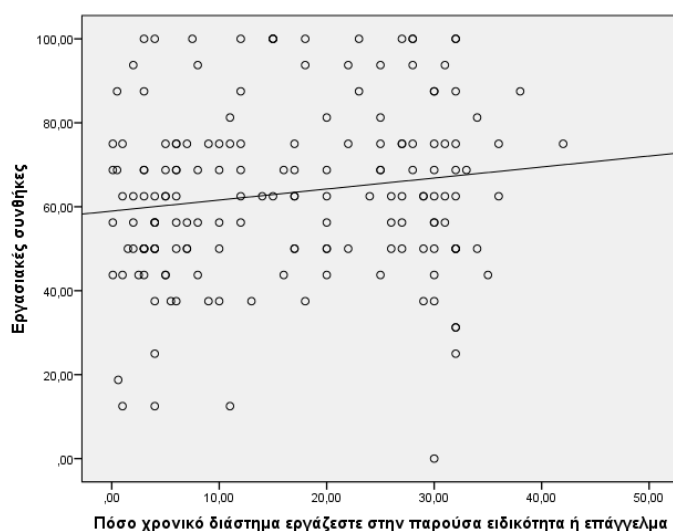
Πίνακας 13: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson των διαστάσεων της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο επάγγελμα.

		Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα
Ομαδική εργασία	r	0,11
	P	0,144
Κλίμα ασφαλείας	r	0,14
	P	0,068
Ικανοποίηση από την εργασία	r	0,10
	P	0,184
Αναγνώριση του stress	r	0,12
	P	0,129
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r	0,05
	P	0,528
Εργασιακές συνθήκες	r	0,15
	P	0,050

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των ετών εργασίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες». Οπότε, όσες περισσότερα έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα τόσο πιο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για τις εργασιακές συνθήκες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των ετών εργασίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες».

Γράφημα 12: Συσχέτιση των ετών εργασίας στην παρούσα ειδικότητα ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες».



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων της κλίμακας πεποιθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας.

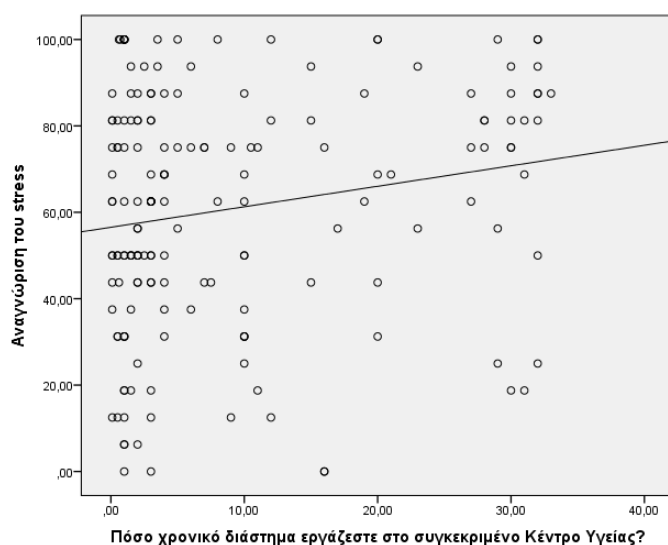
Πίνακας 14: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων της κλίμακας πεποιθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας.

		Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας?
Ομαδική εργασία	r	0,04
	P	0,610
Κλίμα ασφαλείας	r	0,10
	P	0,204
Ικανοποίηση από την εργασία	r	0,10
	P	0,183
Αναγνώριση του stress	r	0,16
	P	0,032
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r	0,05
	P	0,551
Εργασιακές συνθήκες	r	0,08
	P	0,318

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress». Οπότε, όσες περισσότερες έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας τόσο πιο πολύ αναγνώριζαν το στρες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».

Γράφημα 13: Συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων της κλίμακας πεποιθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας.

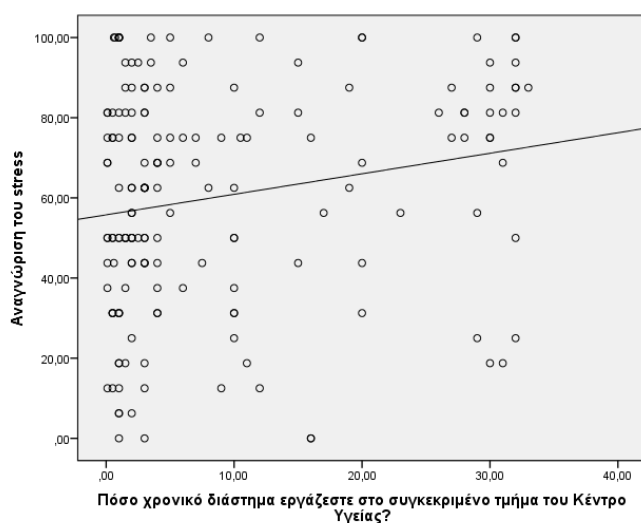
Πίνακας 15: συντελεστές συσχέτισης του Spearman των διαστάσεων της κλίμακας πεποιθήσεων για την ασφάλεια με τα έτη που εργάζονταν οι ασθενείς στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας.

		Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας?
Ομαδική εργασία	r	0,05
	P	0,560
Κλίμα ασφαλείας	r	0,10
	P	0,190
Ικανοποίηση από την εργασία	r	0,12
	P	0,134
Αναγνώριση του stress	r	0,19
	P	0,012
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	r	0,02
	P	0,799
Εργασιακές συνθήκες	r	0,06
	P	0,412

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress». Οπότε, όσες περισσότερες έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας τόσο πιο πολύ αναγνώριζαν το στρες.

Στο ακόλουθο γράφημα δίνεται η συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».

Γράφημα 14: συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας ή επάγγελμα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress».



3.2.4 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Στη συνέχεια έγιναν μοντέλα πολυπαραγοντικών γραμμικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της κλίμακας πεπιοθήσεων για την ασφάλεια και ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ομαδική εργασία»:

	β^*	SE**	P
Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας	-0,13	0,07	0,050

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο ο εβδομαδιαίος όρος ωρών εργασίας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ομαδική εργασία». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για την ομαδική εργασία.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κλίμα ασφαλείας»:

	β^*	SE**	P
Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας	-0,17	0,09	0,050

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο ο εβδομαδιαίος όρος ωρών εργασίας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Κλίμα ασφαλείας». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για το κλίμα εργασίας.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ικανοποίηση από την εργασία» δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας που να σχετίζεται σημαντικά με αυτήν.
- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αναγνώριση του stress»:

		β^*	SE**	P
Τι θέση κατέχετε στο Κέντρο Υγείας που εργάζεστε?	Ιατρός (αναφ.)			
	Νοσηλεύτης/ Βοηθός νοσηλεύτη	-16,66	5,26	0,002
	Άλλο	-14,80	5,02	0,004
Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας?		0,71	0,21	0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Η θέση εργασίας και ο χρόνος προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress». Συγκεκριμένα:

- Οι νοσηλεύτες/βοηθοί νοσηλευτών είχαν κατά 16,66 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, δηλαδή λιγότερη αναγνώριση του στρες, σε σύγκριση με τους ιατρούς.
- Οι συμμετέχοντες με «άλλο» επάγγελμα είχαν κατά 14,80 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους ιατρούς.
- Όσα περισσότερα έτη εργάζονταν στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας τόσο περισσότερο αναγνωρίζουν το στρες.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αντιλήψεις για τη διοίκηση»:

	β^*	SE**	P
Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας	-0,18	0,10	0,049

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο ο εβδομαδιαίος ωρών εργασίας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αντιλήψεις για τη διοίκηση». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεποιθήσεις τους για τη διοίκηση.

- Έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες»:

	β^*	SE**	P
Συνήθως πόσες ώρες τη βδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας	-0,18	0,09	0,049

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο ο εβδομαδιαίος ωρών εργασίας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες». Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεποιθήσεις τους για τις εργασιακές συνθήκες.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Συζήτηση- Συμπεράσματα

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η καταγραφή, η μέτρηση και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του προσωπικού σε Κέντρα Υγείας της Αθήνας. Στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας των Κέντρων Υγείας της Αθήνας σχετικά με τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή, την ικανοποίηση τους και την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους, τα πιθανά λάθη και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς όφελος του ασθενούς. Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε βάσει της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στην ασφάλεια, τα λάθη και στα συστήματα αναφοράς λαθών, βάσει της ανασκόπησης των υπαρχόντων ερευνών κουλτούρας ασφάλειας και συνεντεύξεων με εργαζόμενους και διοικητές διαφορετικών κέντρων υγείας. Το δείγμα εργασίας αποτέλεσαν 176 επαγγελματίες υγείας 5 Κέντρων Υγείας της Αθήνας και συγκεκριμένα του Μαρκόπουλου, Κορωπίου, Σπάτων, Νέας Μάκρης και Καλυβίων στους οποίους δόθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο τον Απρίλιο –Μάιο του 2018, με την ελληνική εκδοχή της κλίμακας <<Πεπιοθήσεις για την Ασφάλεια>>: SAQ (Self Assessment Questionnaire) (Safety Attitudes Questionnaire). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. Για την αποτελεσματικότερη μελέτη και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, δημιουργήθηκαν 6 μεταβλητές: ΟΕ (Ομαδική Εργασία), Α(Ασφάλεια), ΕΙ(Εργασιακή ικανοποίηση), ΣΕ (Συνθήκες Εργασίας), ΑΕ (Αντιλήψεις εργαζομένων) και ΕΑ (Εργασιακό Άγχος).

- θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για την Ικανοποίηση από την εργασία και την ομαδική εργασία, ακολουθούμενη από το κλίμα ασφαλείας, ενώ λιγότερες θετικότερες πεπιοθήσεις εμφανίζονται για τις εργασιακές συνθήκες και την αναγνώριση του στρες.
- σημαντική θετική συσχέτιση των ετών εργασίας στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας με τη βαθμολογία στη διάσταση «Αναγνώριση του stress». Οπότε, όσες περισσότερα έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας τόσο πιο πολύ αναγνώριζαν το στρες, γιατί έχει επέλθει η κούραση με τα χρόνια ή έχουν κάποια θέση ευθύνης.
- όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για την ομαδική εργασία.
- όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για το κλίμα εργασίας
- Οι νοσηλευτές/βοηθοί νοσηλευτών είχαν κατά 16,66 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή, δηλαδή λιγότερη αναγνώριση του στρες, σε σύγκριση με τους ιατρούς.
- Οι συμμετέχοντες με «άλλο» επάγγελμα είχαν κατά 14,80 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους ιατρούς.
- Όσα περισσότερα έτη εργάζονταν στο συγκεκριμένο κέντρο υγείας τόσο περισσότερο αναγνωρίζουν το στρες.
- όσο περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πεπιοθήσεις τους για τη διοίκηση
- Μόνο ο εβδομαδιαίος ωρών εργασίας των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαθμολογία στη διάσταση «Εργασιακές συνθήκες». Συγκεκριμένα, όσο

περισσότερες ώρες εργάζονταν την εβδομάδα τόσο λιγότερο θετικές ήταν οι πετποιθήσεις τους για τις εργασιακές συνθήκες

Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι προτεραιότητα στον σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων. Υπάρχουν αλλαγές που βελτιώνουν την ποιότητα , χωρίς οικονομικό κόστος .Η αλλαγή τρόπου σκέψης είναι η σημαντικότερη ,διότι οδηγεί στην αλλαγή του τρόπου οργάνωσης. Επίσης θα μπορούσαμε να προτείνουμε τα εξής:

- Αισθητή μείωση του ωραρίου εργασίας των ιατρών εφημερίας
- Κατάλληλη στελέχωση
- Ανανέωση εργατικού δυναμικού- νέες προσλήψεις
- βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας,
- χρήση έξυπνων τεχνολογιών (barcodes),
- ανάπτυξη και καθιέρωση κατευθυντήριων γραμμών (guidelines) και προτυποποιημένων τεχνικών εφαρμογής της νοσηλείας καθώς επίσης και
- ανάπτυξη ενός εθνικού σχεδίου για την ασφάλεια των ασθενών με τη χρήση εργαλείων όπως το SAQ.

Με την μείωση των δυσμενών συμβάντων και των ιατρικών σφαλμάτων που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μπορεί να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης στο ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και να γίνει ενδυνάμωση της προάσπισης των δικαιωμάτων και της ασφάλειας των ασθενών. Επιπλέον, μπορούν να εξοικονομηθούν πόροι για τον τομέα υγείας και την εθνική οικονομία.

Ανάγκη αλλαγής κουλτούρας

- Ομαδικότητα. Συνεργασία. Συντονισμένη αποδοτική εργασία.
- Επίγνωση της ατομικής ευθύνης σε σχέση με την ποιότητα και την ασφάλεια.
- Διοίκηση «ανοιχτή» και δίκαιη με αποδεδειγμένη δέσμευση στις αξίες της ποιότητας και ασφάλειας. Διάχυση των αξιών στο προσωπικό.
- Υλοποίηση μετρήσεων και καταγραφών. Δεν μπορεί να υπάρξει βελτίωση της ποιότητας χωρίς μέτρηση της απόδοσης.
- Εφαρμογή προτύπων και διεθνώς αναγνωρισμένων καλών πρακτικών.
- Προτεραιότητα ασφάλειας έναντι επιχειρησιακών και οικονομικών στόχων.
- Αναφορά και καταγραφή λαθών, ανάλυση αιτιών και παραγόντων , εκπαίδευση. (Νάνος Π,2014)

Εν κατακλείδι, η ασφάλεια του ασθενούς φαίνεται να είναι ένας τομέας, ο οποίος απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα σε χώρες όπως η δική μας , οι οποίες υστερούν στο συγκεκριμένο πεδίο, τόσο σε επίπεδο εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο έρευνας του θέματος, είναι ανάγκη να προσανατολιστεί στη λήψη άμεσων μέτρων. Οι επιστήμονες υγείας οφείλουν να πράττουν κατά την ιπποκρατική παραίνεση «ωφελείν ή μη βλάπτειν » προσπαθώντας κατά την άσκηση του έργου τους να τηρούν όλους εκείνους τους κανόνες και τις αρχές που αποσκοπούν όχι μόνο στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς αλλά και στην πρόληψη επιπρόσθετης συναισθηματικής και σωματικής βλάβης. Γι 'αυτό και απαιτείται η εκπαίδευση τους να έχει σκοπό την ευρύτερη καλλιέργειά τους, ώστε να επιδιώκουν την πλήρη ασφάλεια των ασθενών.

Η ασφάλεια των ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα είναι ένας χώρος όπου οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής, οι κλινικοί και οι ερευνητές θα πρέπει να αφιερώσουν μεγαλύτερη προσοχή εν μέρει επειδή παραμένουν σχετικά ανεπαρκώς ερευνημένοι, αλλά επίσης επειδή θα είναι όλο και πιο σημαντικοί, προς την πρωτοβάθμια φροντίδα και κατανοούμε καλύτερα τις πιθανότητες βλάβης στους ασθενείς που βρίσκονται στη βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Είναι εμφανές, λοιπόν, ότι τα παραπάνω θα έχουν θετικές συνέπειες για όλους, τόσο για τους ασθενείς –λόγω της ενίσχυσης της ασφάλειάς τους και της βελτίωσης των παρεχομένων σε αυτούς υπηρεσιών– όσο και για το υγειονομικό προσωπικό, μέσω της δημιουργίας «ασφαλέστερου» εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς να ελλοχεύει καθημερινά ο κίνδυνος δυσμενών συμβάντων και, ως εκ τούτου, μηνύσεων και αγωγών. Ωφελημένο, ωστόσο, θα είναι και το ίδιο το σύστημα υγείας, στο οποίο θα υπάρχει μεγαλύτερη διαφάνεια, δεν θα υπάρχει συγκάλυψη λαθών και θα διορθώνονται οι αδυναμίες του και οι οργανωτικές του ελλείψεις. Δεν θα πρέπει, άλλωστε, να λησμονείται το γεγονός ότι σε ένα ασφαλέστερο σύστημα υγείας η συνολική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και η μείωση των ιατρικών σφαλμάτων συνεπάγονται αξιοσημείωτη μείωση δαπανών και εξοικονόμηση πόρων

Η ποιότητα και η ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι προτεραιότητα στον σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων. Υπάρχουν αλλαγές που βελτιώνουν την ποιότητα , χωρίς οικονομικό κόστος .Η αλλαγή τρόπου σκέψης είναι η σημαντικότερη ,διότι οδηγεί στην αλλαγή του τρόπου οργάνωσης. Η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα για όλο το ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό των υγειονομικών μονάδων. Η ασφάλεια και οι λύσεις για μεγαλύτερη ασφάλεια δεν αφορούν μόνο μία μονάδα ή κλάδο (Patient Safety Network) .

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε σε κάποια Κέντρα Υγείας της Αττικής (Μαρκόπουλο, Κορωπί, Καλύβια, Σπάτα, Νέα Μάκρη) και εξέτασε τις απόψεις όλων των κατηγοριών των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτά. Συνεπώς δεν είναι εύκολο να αποτυπωθεί η ευρύτερη κουλτούρα ασφαλείας που επικρατεί στο σύνολο των πρωτοβάθμιων δομών της χώρας εφόσον αποτελεί έρευνα περιορισμένης εμβέλειας. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα αφορά αποκλειστικά την περίοδο Απριλίου –Μαΐου 2018 την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από ένα δείγμα στο οποίο δεν έχει διεξαχθεί προηγουμένως σχετική έρευνα.

Η ενδογενής προκατάληψη , οι ατομικές διαφορές (προσωπικότητα, στάσεις και συμπεριφορά) είναι χαρακτηριστικά που πιθανόν επηρεάζουν τα αποτελέσματα της συμμετοχής.

Ο σημαντικότερος περιοριστικός παράγοντας αφορά στην υποκειμενικότητα των δεδομένων καθώς η έρευνα βασίζεται στις δηλώσεις των ερωτηθέντων

Με δεδομένο τον περιορισμένο χρόνο και τον φόρτο εργασίας των στελεχών των Κέντρων Υγείας θεωρούμε ότι τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε είναι επαρκώς αντικειμενικά.

4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον η διενέργεια έρευνας σε πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας σε όλες της περιφέρειες της Ελλάδας αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- Aiken LH, Clarke SP, et al. Hospital nurses staffing and patient Mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002;288:1987-1993
- Aneez Esmail,^a Jose M. Valderas,^b Wim Verstappen,^c Maciek Godycki-Cwirko,^d and Michel Wensing^c, Developing a research agenda for patient safety in primary care. Background, aims and output of the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care, Eur J Gen Pract. 2015 Aug 14; 21(sup1): 3–7. Published online 2015 Sep 4.
- Armellino D, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ, J Nurs Manag, 2010. Structural Empowerment And Patient Safety Culture Among Registered Nurses Working In Adult Critical Care Units. 18:796 – 803
- Bodur S¹, Filiz E., A survey on the safety culture of patients in primary care services in Turkey, Int J Qual Health Care. 2009 Oct;21(5):348-55. doi: 10.1093/intqhc/mzp035. Epub 2009 Aug 22
- Bondevik GT¹, Hofoss D, Hansen EH, Deilgård EC, BMC Health Serv Res. 2014 Mar 29; 14: 139. doi: 10.1186 / 1472-6963-14-139.
- BS EN 15224:2016
- Costs of Unsafe Care and Cost-Effectiveness of Patient Safety Programmes 1, EU PATIENT SAFETY AND QUALITY OF CARE EXPERT GROUP Brussels, September 28th 2015 Johannes Zsifkovits
- de Wet C¹, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P., Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study, J Eval Clin Pract. 2012 Feb;18(1):135-42. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01537.x. Epub 2010 Sep 22.
- de Wet C¹, Spence W, Mash R, Johnson P, Bowie P, The development and psychometric evaluation of a climate of security measure for primary care., 2010
- Deming E. 1982, Out Of The Crisis, Massachusetts Institute Of Technology, Centre For Advanced Engineering Study Cambridge, MA.
- Deming E. 1986, Out Of The Crisis, Massachusetts Institute Of Technology, Centre For Advanced Engineering Study Cambridge, MA.
- Donabedian A. 1996. Milbank Mem Fund Evaluating The Quality Of Medical Care., 44 Q. (Suppl): 166 – 206
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care Milbank Mem Fund Q 1966, 44
- Donabedian A., (1986) Criteria and standards for quality assessment monitoring, quality review bulletin, 14(3):99-108
- Donabedian, A., (1980) The Definition of quality and approaches to its assessment, Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press
- Donabedian, The seven pillars of quality, Archives of pathology and Laboratory Medicine, 1990 Nov; 114(11):1115-8
- Dovey S, Phillips R, Green L, Fryer G. Types of medical errors commonly reported by family physicians. Am Fam Physician. 2003;67:697. [PubMed]

- Dr.Mark Fleming, Developing Safety Culture Measurement Tools And Techniques Based On Site Audits Rather Than Questionnaires. Saint Mary's University.
- EMERGING WORK ON PATIENT SAFETY HCQI Expert meeting 3 November 2016 ,ECONOMY & EFFICIENCY OF PATIENT SAFETY HCQI Expert meeting 3 November 2016 Luke Slawomirski
- First experiences with patient safety initiatives in Greek rural primary care. Action research by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care, Pubmed
- Fryer-Edwards, K., Back, T., Arnold, R. M., Baile, W. and Tulskey, J. (2004), Talking About Harmful Medical Errors with Patients, University of Washington School of Medicine's, Tough Talk: Helping Doctors Approach Difficult Conversations,
- Gaal S ¹ , van Laarhoven E , Wolters R , Wetzels R , Verstappen W , Wensing M ., Patient safety in primary care has many facets: an interview study of primary care physicians and nurses J Eval Clin Pract. 2010 Jun;16(3):639-43. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01448.x. Epub 2010 Apr 29. Patient safety in primary care has many facets: an interview study of primary care physicians and nurses,
- Gaal S ¹ , Verstappen W , Wensing M, Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands, BMC Health Serv Res. 2010 Jan 21;10:21. doi: 10.1186/1472-6963-10-21.
- Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: A retrospective medical record review study. Implementation Science. 2011;6:37. [PMC free article] [PubMed]
- Gallego B ¹ , Westbrook MT , Dunn AG , Braithwaite J, Investigation of patient safety culture in a health system: multilevel modeling of disputes related to service types and demographic personnel, Int J Qual Health Care. 2012 Aug;24(4):311-20. doi: 10.1093/intqhc/mzs028. Epub 2012 Jun 11.
- Gitlow,H.: S.Gitlow; A.Oppenheim; and R.Oppenheim,(1989).Tools and methods for the improvement of quality.Homewood,:Irwin.
- Grant,E.L.and R.S.Leavenworth,(1980).Statistical quality control.5th ed.New York:McGraw-Hill.
- Gruneberg M.Understanding job satisfaction,1979
- Gulezian,R,(1991).Process control statistical Principles and tools New York:Quality alert Institute.
- HARTWIG SC, DENGGER SD, SCHNEIDER PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. Am J Hosp Pharm 1991, 48:2611–2616
- Huamg DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA ET AL., 2007. Perceptions Of Safety Culture Very Across The Intensive Care Units Of A Single institution., Crit Care Med, 35:165 – 176
- Ishikawa,Kaoru (1982) Guide to Quality control,White Plains,N.Y.:Kraus International Publications (Asian Productivity Organization).
- Ishikawa,Kaoru (1985).What is Total Quality Management.The Japanese Way.Englewood Cliffs ,NJ:Prentice Hall
- Joann Sorra, Ph.D. Veronica Nieva, Ph.D. Theresa Famolaro, M.P.S. Naomi Dyer, Ph.D. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 Comparative Database Report,σελ.15-16

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization(2000)Lexicon dictionary of health care terms, organizations and acronyms for the era of reform,Chicago
- Kaplans S, Garrick BJ.The quantitative definition of risk. Risk Anal 1981;1:11-27.
- Kohn T. C., Donaldson S. 2000, To Err Is Human: Building A Safer Health System. National Academy Press Washington.
- Kohn T. CORIGAN M, Donaldson S. 2000, To Err Is Human: Building A Safer Health System. National Academy Press ,Washington,2000
- Konver C,Gergen PJ.Nurse staffing Levels and adverse events following surgery in U.S.hospitals. Journal of Nursing Scholarship 1998;30:315-321.
- La Pietra, L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R. and Brusaferrro, S. (2005), Medical errors and clinical risk managemen,: State of the Art, Acta Otorhinolaryngol, 25, 339-34.
- Lee WC, Wung HY,Liao HH, LO CM, Chang FL, Wang PC. ET AL., 2010 Hospital Safety Culture In Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire BMC Health Serv .Res, 10:234
- Leebow,W.and Ersoz,C.J.(1991).the health care manager's guide to continuous quality improvement,Chicago: American Hospital Association.
- Lilford R, Stirling S, Maillard N. Citation classics in patient safety research: An invitation to contribute to an online bibliography. Qual Saf Health Care. 2006;15:311–3.
- Mitsis D, Kelesi M, Kapadopoulos T. Factors which affect the occurrence of nursing errors in medication administration and the errors' management. Rostrum of Asclepius 2012;11(1):293-312.
- Montgomery,D.C.,(1985).Introduction to statistical quality control,New York:John Wiley & sons
- Oakland,J.S.,1994 Total Quality Management. The Route to Improving Performance Oxford:Butterworth-Heinemann.
- OECD Health Working Papers No. 96 The economics of patient safety STRENGTHENING A VALUE-BASED APPROACH TO REDUCING PATIENT HARM AT NATIONAL LEVEL Luke Slawomirski, Ane Auraaen, Nicolaas S. Klazinga
- Parasuraman,A. Zeithaml,V.and Berry L.,(1988)Servqual:A multiple-Item Scale for Measuring Perceptions of Service Quality,Journal of Retailing,64,pp12-40
- Rigby KD, Litt JC, 2000, Errors In Health Care Management: What Do They Cost? Quall Health Care, 9:216 – 221.
- Ronda H, 2008. Patient Safety And Quality: An Evidence – Based Handbook For Nurses. Agency For Healthcare Research And Quality, Us Department Of Health And Human Services, Rockville
- Ruiz Sánchez M ¹ , Borrell-Carrio F , Ortodó Parra C , Fernandez I Danés N , Fité Gallego A . Clinical safety tests for primary care centers. A pilot study in SPAIN,2012
- Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Maims DA, Lackan NA. 2010, What Is Patient Safety Culture? , A Review Of The Literature. J Nurs Scholarsh, , 42: 156 – 165
- Sanders J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. Fam Pract. 2003;20:231–6. [PubMed]
- Sexton et al ,The safety attitudes questionnaire:psychometric properties, BMC,2006

- Shutter R. SIMPATIE final report—safety improvements for patients in Europe. Standing committee of European doctors. 2007
- Skodová M¹, Velasco Rodríguez MJ, Fernández Sierra MA., [Opinion of professionals in the health sector on patient safety in primary level hospital](#), *Anales del sistema sanitario de Navarra* 29(3):319-23 · September 2006
- Spencer R, Campbell SM, Tools for primary care patient safety: a narrative review., *BMC Fam Pract.* 2014 Oct 26;15:166. doi: 10.1186/1471-2296-15-166.
- The European Journal Of General practice ,Taylor & Francis , *Eur J Gen Pract.* 2015 Aug 14; 21(sup1): 3–7.
- The Health Foundation Inspiring Improvement, Measuring Safety Culture, February 2011. • World Health Organization, Global For Patient Safety Research WHO, Geneva, 2009
- The Safer Primary Care Working Group . A global challenge. WHO; Geneva: 2012. Safer primary care. Report No. WHO/IER/PSP/2012.16.
- Verbakel NJ¹, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL, Improving Patient Safety Policy in Primary Care: A Systematic Review, *J Patient Saf.* 2016 Sep;12(3):152-8.
- Verbakel NJ¹, Zwart DL, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C [Measuring safety culture in primary care in the Netherlands: psychometric characteristics of the questionnaire SCOPE-PC](#), *BMC Health Serv Res.* 2013 Sep 17;13:354. doi: 10.1186/1472-6963-13-354.
- Vincent C, Davey C, Esmail A, Neale G, Elstein M, Firth Cozens J, et al. Learning from litigation: An analysis of claims for clinical negligence. *J Eval Clin Pract.* 2004;12:665–74. [
- Webair HH¹, Al-Assani SS², Al-Haddad RH³, Al-Shaeeb WH⁴, Bin Selma MA⁵, Alyamani AS⁶, Evaluation of culture of patient safety in the setting of primary care Al-Mukala, Yemen, *BMC Family Practice* [13 Oct 2015, 16:136]
- Webair HH¹, Al-Assani SS², Al-Haddad RH³, Al-Shaeeb WH⁴, Bin Selma MA⁵, Alyamani AS⁶, Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen, *BMC Fam Pract.* 2015 Oct 13;16:136.
- Weingart S, Wilson R, Gibberd R, Harrison B. Epidemiology of medical error. *Br Med J.* 2000;320:774–7.[PMC free article] [PubMed]
- World Health Organization .Patient safety research.Assessing and tackling patient harm.WHO,Geneva 2010.
- World Health Organization, Global priorities for Patient Safety Research WHO, Geneva, 2009
- World Health Organization,Geneva, Patient Safety Research, Assessing And Tackling Patient Harm, WHO, 2010
- Wynia M, Classen D. Improving ambulatory patient safety: Learning from the last decade, moving ahead in the next. *J Am Med Assoc.* 2011;306:2504–5. [PubMed]

Ελληνική

- Αλεξάκης Α., Σιγάλας Ι., Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων: Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. Τόμος Δ.ΕΑΠ, Πάτρα, 1999
- ΑΛΕΞΑΚΗΣ Α., ΣΙΓΑΛΑΣ Ι., 1999. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Νοσοκομείων: Εμπειρίες Τάσεις Και Προοπτικές. Τεύχος-Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρας
- ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Ι., ΠΕΡΒΟΛΑΡΑΚΗ Ε., ΜΥΛΩΝΑ Μ., 2012, Οργανωσιακή Κουλτούρα, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων
- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ Ι., ΔΑΡΑΣ Τ., ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ.Α., 2007. Ασκήσεις Υπολογιστικής Στατιστικής στην Υγεία, Τεύχος Β,
- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ Ι., ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ.Α., 2007. Ασκήσεις Υπολογιστικής Στατιστικής στην Υγεία, Τεύχος Α
- Β. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ, 2009. Τα θέλω Και Τα Μπορώ Της Ποιότητας Στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου Λευκωσία Κύπρος.
- Γαλάνης Π., 2012, Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες
- ΓΟΥΛΑ Α., 2013. Οργανωσιακή Κουλτούρα Δημόσιου Νοσοκομείου: Παράγοντες Μετάβασης από το Γραφειοκρατικό σε ένα Νέο Μοντέλο Διοίκησης, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Δημόσιας Διοίκησης, Διδακτορική Διατριβή
- Δημοπούλου Σοφία, 11^ο πανελλήνιο συνέδριο για την διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές της υγείας, 11/12/2015
- Ε. ΣΚΛΑΒΟΥ, Ε. ΤΖΟΥΒΑΛΑΚΗΣ, Μ., 2009. Θεραπευτικό Περιβάλλον Και Στοιχειοθετημένος Σχεδιασμός. Η Διεθνής Εμπειρία Και Η Περίπτωση Της Ελλάδας., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29:154 – 161.
- ΘΩΜΑΣ ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, 2015 Διοίκηση και Διαχείριση της Ασφάλειας Εργασίας, Οργανωσιακή Κουλτούρα και Ασφάλεια Εργασίας
- ΚΑΡΓΑ Μ., ΚΑΛΑΦΑΤΗ Μ., ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Μ., ΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ., ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ., 2008. Διαχείριση Λαθών Από Έλληνες Νοσηλευτές., 2008, Κοινωνία Οικονομία Και Υγεία, 2: 7 – 21
- Κέφης Βασίλης Ν, Διοίκηση ολικής ποιότητας 2^η έκδοση, Αθήνα 2014, Κριτική
- ΚΟΥΡΑΚΟΣ Μ., ΚΑΥΚΙΑ Θ., ΡΕΚΛΕΙΤΗ Μ., ΖΥΓΑ Σ., ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ Ε., ΓΚΟΥΒΑ Μ., 2012 Μελέτη Ικανοποίησης Από Την Εργασία Των Φροντιστών Υγείας – Νοσηλευτών Παθολογικών Κλινικών Του Εθνικού Συστήματος Υγείας., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29: 61 – 69.
- ΜΑΡΚΗΣ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, MIDDLETON Ν. 2011. Η Επαγγελματική Ικανοποίηση Στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία Της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28: 234 – 244
- Νάνος Παναγιώτης, Κτίζοντας την κουλτούρα της ποιότητας και της ασφάλειας στις υπηρεσίες υγείας, Βελλίδειο Συνεδριακό κέντρο 24-25/4/2014
- ΝΤΑΝΤΑΝΑ Α., Μέτρηση του Κλίματος Ασφάλειας των Ασθενών στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου με τη Χρήση Ερωτηματολογίου. Διπλωματική Εργασία, 2010.

- Παναγιώτου Α. ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(3):354-363. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης
- Παπανικολάου Βίκυ ,Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,2007,Παπαζήση,σελ.28,29
- ΠΑΡΑΣΚΕΥΑ Ε., 2009. Οργανωσιακή Κουλτούρα και Περιβάλλον, Διερεύνηση Καλών Πρακτικών σε Επιχειρήσεις Καινοτομίας στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Μεταπτυχιακή Εργασία Τμήμα Διοίκηση Επιχειρήσεων
- Παρασκευά Ε., Οργανωσιακή κουλτούρα και περιβάλλον. Διερεύνηση καλών πρακτικών σε επιχειρήσεις καινοτομίας στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία, Θεσσαλονίκη, 2009.
- ΠΕΤΡΙΔΗΣ, Γ. ΛΑΒΡΑΝΟΣ, Β. ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ, 2013. Διερεύνηση του Κλίματος Ασφάλειας στους Παθολογικούς και Χειρουργικούς Θαλάμους Γενικού Νοσοκομείου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λάτσια, Λευκωσία Κύπρος, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής Μεσογειακό Ερευνητικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Φροντίδας, Λεμεσός, Κύπρος
- Πολύζος Ν, Σινογεώργου Θ, Μαριάτου Δ, 2007.Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας,19(1)
- ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. 2011, Διοικητική, Διευθύντρια Κωνσταντοπούλειου Γ.Ν.Ν .Ιωνίας,, Η υγιεινή και ασφάλεια, μετρήσιμος στόχος βελτίωσης της απόδοσης και μέτρο επιτυχίας στο νοσοκομείο, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 110: 3 – 8
- Σαχινίδης Α. Οργανωσιακή κουλτούρα, Ιούνιος 2009

Διαδικτυακές Πηγές

- <https://el.wikipedia.org/wiki/Κίνδυνος>
- <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29319/linneaus-collaboration-on-patient-safety-in-primary-care>
- <https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/29319/linneaus-collaboration-on-patient-safety-in-primary-care>
- <https://www.ahrq.gov/sites/default/.../hospcult.pdf>
- <https://www.bmj.com/content/bmj>
- <https://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0506.pdf>
- <https://www.simpatie.org>
- https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- Rockville,2016,σελ.3-4,AHPQ Hospital survey on patient safety culture Ανακτήθηκε,7/5/2018,από:
<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : Ερωτηματολόγιο

Κουλτούρα ασφάλειας σε Κέντρα Υγείας της Αθήνας

Αγαπητέ συνάδελφε,

Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί στα πλαίσια της εκπόνησης της Διπλωματικής Εργασίας μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Ιατρικής Σχολής με τίτλο «Σχεδιασμός και Διοίκηση υπηρεσιών Υγείας». Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται **ανώνυμα**. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες της παραπάνω Διπλωματικής Εργασίας. Η απαιτούμενη άδεια για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης έχει χορηγηθεί από την 1^η ΥΠΕ και τους συντονιστές των Κέντρων Υγείας. Παρακαλείσθε να απαντήσετε με κάθε ειλικρίνεια στις ερωτήσεις που ακολουθούν. **Σας ευχαριστώ θερμά** εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας.

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία..... έτη

3α. Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση;

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.) | ☐ |
| 2. Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε.) | ☐ |
| 3. Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε.) | ☐ |

3β. Άλλες σπουδές:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Ειδικότητα | ☐ |
| 2. Μεταπτυχιακές σπουδές | ☐ |
| 3. Διδακτορικό δίπλωμα | ☐ |
| 4. Ειδικότητα και Μεταπτυχιακές σπουδές | ☐ |
| 5. Ειδικότητα και Διδακτορικό δίπλωμα | ☐ |
| 6. Μεταπτυχιακές σπουδές και Διδακτορικό δίπλωμα | ☐ |
| 7. Κανένα από τα παραπάνω | ☐ |

4. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας;
.....

5. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα του Κέντρου Υγείας;
.....

6. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας;
..... ώρες

7. Τι θέση κατέχετε στο Κέντρο Υγείας που εργάζεστε;

- | | |
|--|--|
| 1. Ειδικευόμενος ιατρός | ☐ |
| 2. Ειδικός ιατρός | ☐ |
| 3. ΤΕ Νοσηλεύτης | ☐ |
| 4. ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη | ☐ |
| 5. ΥΕ Βοηθητικό προσωπικό | ☐ |
| 6. Φυσιοθεραπευτής, Εργοθεραπευτής, Λογοθεραπευτής | ☐
☐ |

7. Επισκέπτρια Υγείας
8. Διοικητικός υπάλληλος ☐
9. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

11. Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενούς;

1. ΝΑΙ, συνήθως έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή ☐
2. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή ☐

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

Β. ΣΧΟΛΙΑ

Παρακαλώ να καταγράψετε ελεύθερα τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις σχετικά με ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του Κέντρου Υγείας που εργάζεστε.

.....

Ερωτήσεις	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1.Είναι εύκολο για το προσωπικό στο τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	☐	☐	☐	☐	☐
2.Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	☐	☐	☐	☐	☐
3.Οι εισηγήσεις των συναδέλφων λαμβάνονται υπόψη στο τμήμα	☐	☐	☐	☐	☐
4.Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	☐	☐	☐	☐	☐
5.Οι διαφωνίες στο τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ.όχι ποιος έχει δίκιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	☐	☐	☐	☐	☐
6.Οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας στο τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	☐	☐	☐	☐	☐
7.Η εργασιακή κουλτούρα στο τμήμα διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων	☐	☐	☐	☐	☐
8.Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό τον κλινικό χώρο	☐	☐	☐	☐	☐
9.Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα	☐	☐	☐	☐	☐
10.Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	☐	☐	☐	☐	☐
11.Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία	☐	☐	☐	☐	☐
12.Θα ένιωθα ασφαλή αν νοσηλεύομαι σε αυτόν τον κλινικό χώρο	☐	☐	☐	☐	☐
13. Σε αυτό τον κλινικό χώρο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	☐	☐	☐	☐	☐
14.Αυτή η μονάδα υγείας είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	☐	☐	☐	☐	☐
15. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτή την μονάδα υγείας	☐	☐	☐	☐	☐
16. Όταν εργάζεσαι σε αυτή τη μονάδα υγείας είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	☐	☐	☐	☐	☐
17.Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	☐	☐	☐	☐	☐
18. Μου αρέσει η δουλειά μου	☐	☐	☐	☐	☐
19. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	☐	☐	☐	☐	☐
20. Είναι πιθανότερο μα κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	☐	☐	☐	☐	☐
21. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά την διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. τροχαίο)	☐	☐	☐	☐	☐
22. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός /ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	☐	☐	☐	☐	☐
23.Η Διοίκηση της μονάδας υγείας δεν διακινδυνεύει(εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	☐	☐	☐	☐	☐
24.Η Διοίκηση της μονάδας υγείας στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	☐	☐	☐	☐	☐
25.Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στη μονάδα υγείας και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	☐	☐	☐	☐	☐
26.Η στελέχωση είναι επαρκής στο τμήμα που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών	☐	☐	☐	☐	☐
27.Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση.	☐	☐	☐	☐	☐
28.Αυτή η μονάδα υγείας αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	☐	☐	☐	☐	☐
29.Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	☐	☐	☐	☐	☐
30.Αυτή η δομή υγείας κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού.	☐	☐	☐	☐	☐

