

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΕΡΕΥΝΑ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
(ΠΡΩΗΝ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΑ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΑΜΟΥΤΖΙΑ ΜΟΡΦΩ

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2018

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Αμούτζια Μόρφω

Εξεταστική Επιτροπή

Κουτελέκος Ιωάννης, Επιβλέπων

Κυρίτση Ελένη, Μέλος

Βλάχου Ευγενία, Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςγια την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Αμούτζια Μόρφω, συνεδρίασε σήμερα... /... /....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Αμούτζια Μόρφω με τίτλο: «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους..... προτείνει στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «..... ».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

Κουτελέκος Ιωάννης, Επιβλέπων

(Υπογραφή).....

Κυρίτση Ελένη,

(Υπογραφή).....

Βλάχου Ευγενία,

(Υπογραφή).....

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που βοήθησαν να ολοκληρωθεί η εκπόνηση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών μου.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ. Κυρίτση Ελένη και την κ.Βλάχου Ευγενία για τις πολύτιμες συμβουλές τους. Ιδιαίτερα όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ιωάννη Κουτελέκο για την συμβολή και καθοδήγησή του σε όλη τη διάρκεια της διπλωματικής εργασίας καθώς και για την επιλογή του θέματος.

Επίσης ευχαριστώ το προσωπικό των τριών δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων για την προθυμία που επέδειξε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την αμέριστη υπομονή και υποστήριξη τους όλη αυτή τη χρονική περίοδο.

Περίληψη

Εισαγωγή: Στα παιδιατρικά νοσοκομεία και ειδικά στο χειρουργείο μας ενδιαφέρουν παράγοντες που δυνητικά αυξάνουν την πιθανότητα σφάλματος και καθιστούν τους μικρούς ασθενείς περισσότερο ευάλωτους σε βλάβες σε σχέση με τους ενήλικες. Στα πλαίσια αυτά το κλίμα ασφάλειας εμπεριέχει τις κοινές αντιλήψεις των εργαζομένων που αφορούν την σπουδαιότητα της ασφάλειας στον εργασιακό χώρο. Μια πρακτική είναι και η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας που εφαρμόζεται στους παραπάνω οργανισμούς.

Σκοπός: Η εκτίμηση του κλίματος ασφάλειας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η διερεύνηση της στάσης και των παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν την ασφάλεια στο χώρο των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν χειρουργοί και νοσηλευτές που εργάζονταν ως μόνιμο προσωπικό στα χειρουργεία τριών παιδιατρικών νοσοκομείων. Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, καθώς και το εργαλείο μέτρησης στην ελληνική έκδοση «Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια» πρωτότυπο Safety Attitude Questionnaire (SAQ) με έξι παράγοντες. Τηρήθηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και λήφθηκαν άδειες από τα αντίστοιχα παιδιατρικά νοσοκομεία. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο R και υπολογίστηκε η μέση τιμή των απαντήσεων, η τυπική απόκλιση, η διαφορά των δύο μέσων όρων των βαθμολογήσεων που έδωσαν οι παιδοχειρουργοί και νοσηλευτές χειρουργείου (t-test), και τέλος πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ενώ το ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5% ($p \leq 0,05$).

Αποτελέσματα: Διανεμήθηκαν 252 (94%) ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν απαντημένα 181 (72%) συνολικά των εργαζομένων που πληρούσαν τα κριτήρια. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 46.27 έτη με εργασιακή εμπειρία στο παιδιατρικό χειρουργείο 14.29 έτη. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου SAQ με τις 30 ερωτήσεις ήταν πολύ καλή και η τιμή του συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach ήταν $\alpha=0,87$. Στον παράγοντα ομαδική εργασία τα αποτελέσματα της μέσης τιμής κυμάνθηκαν σε ικανοποιητικό επίπεδο μεταξύ 60/100 και 75/100 αρκετά κοντά στα όρια

του θετικού κλίματος ασφάλειας, στον παράγοντα κλίμα ασφάλειας του ερωτηματολογίου SAQ ήταν σε παρομοίως σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο (61/100), στον παράγοντα ικανοποίηση από την εργασία ήταν πάνω από (72/100) κοντά στα υψηλά επίπεδα, ενώ με τον παράγοντα της αναγνώρισης του στρες στο ερωτηματολόγιο η μέση τιμή κυμάνθηκε σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα (61/100), σχετικά με τον παράγοντα της διοίκηση βρισκόταν κάτω του μετρίου (48/100) και τέλος στον παράγοντα συνθήκες εργασίας η μέση τιμή βρισκόταν σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα (62/100). Σε σύγκριση κάποιων σημαντικών απαντήσεων οι χειρουργοί βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα από τους νοσηλευτές χειρουργείου τις ακόλουθες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ που αφορούσαν ότι «όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση» ($p < 0,001$), «οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το χειρουργείο» ($p = 0,004$). Οι νοσηλευτές χειρουργείου βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τους χειρουργούς κάποιες από τις ακόλουθες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ που αφορούσαν «Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών σε αυτό το χειρουργείο» ($p < 0,001$), «Η στελέχωση είναι επαρκής σε αυτό το χειρουργείο που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών» ($p = 0,003$). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης δείχνουν κυρίως ότι οι συμμετέχοντες που ήθελαν περισσότερο την ομαδικότητα στην εργασία ήταν οι μεγαλύτεροι στην ηλικία ($p = 0,009$). Οι συμμετέχοντες που ήθελαν μεγαλύτερη ασφάλεια στον χώρο εργασίας τους (χειρουργεία) ήταν οι άντρες ($p < 0,001$), οι μεγαλύτερης ηλικίας ($p < 0,001$), όσοι είχαν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($p = 0,007$), λιγότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($p = 0,007$), ένιωθαν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($p < 0,001$), όσοι ήθελαν να συστήνουν το χειρουργείο τους ως ασφαλές για τους μικρούς ασθενείς ($p < 0,001$), όσοι ήταν ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($p = 0,004$) και με τους νοσηλευτές χειρουργείου ($p = 0,010$) στο χειρουργείο που εργάζονταν. Οι συμμετέχοντες που αντλούσαν ικανοποίηση από την εργασία τους ήταν κυρίως όσοι είχαν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($p = 0,007$). Οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερο στρες ήταν οι άντρες ($p = 0,004$), οι μικρότερης ηλικίας ($p < 0,001$), οι έγγαμοι ($p = 0,001$), οι νοσηλευτές χειρουργείου ($p < 0,001$), όσοι είχαν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($p = 0,003$), περισσότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($p = 0,001$), όσοι ένιωθαν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($p < 0,001$), καθώς και όσοι εμπλέκονταν

προσωπικά στην ποιότητα του χειρουργείου που εργάζονταν ($p=0,012$). Οι συμμετέχοντες που ήθελαν αποτελεσματικότερη διοίκηση ήταν όσοι είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p=0,002$), είχαν λιγότερη εμπειρία στα χειρουργεία ($p=0,010$). Οι συμμετέχοντες που ήθελαν καλύτερες συνθήκες στον χώρο εργασίας τους (χειρουργεία) ήταν όσοι είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($p<0,001$), όσοι είχαν λιγότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($p=0,002$), όσοι ήθελαν να συστήσουν το χειρουργείο τους ως ασφαλές για τους μικρούς ασθενείς ($p=0,012$), όσοι ήταν ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($p=0,023$) και με τους νοσηλευτές χειρουργείου ($p=0,014$) στο χειρουργείο που εργάζονταν.

Συμπεράσματα: Πρόκειται για την πρώτη έρευνα του είδους που διαπραγματεύτηκε το κλίμα ασφάλειας σε χειρουργεία παιδιατρικών νοσοκομείων στον Ελλαδικό χώρο. Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία παιδιατρικών νοσοκομείων αντιμετωπίζουν δυσκολίες ώστε να διασφαλίσουν κατάλληλο κλίμα ασφάλειας που να ικανοποιεί το ζητούμενο της ασφαλούς φροντίδας των μικρών ασθενών που χειρουργούνται. Προκύπτει η αναγκαιότητα να επιτελεστούν παρεμβάσεις στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής η οποία θα αποσκοπεί στη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας που υπάρχει στους χώρους των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία.

Λέξεις κλειδιά: Ασφάλεια ασθενών, Κουλτούρα ασφάλειας, Στάσεις ασφάλειας, Ασφάλεια νοσηλευόμενων παιδιών, Παιδιατρικά χειρουργεία, Οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας.

Assessment Safety Climate in the Pediatrics Surgery

Abstract

Introduction: Pediatric hospitals and especially in our surgery are of interest in factors that potentially increase the likelihood of error and make young patients more vulnerable to adult harm. In this context, the security climate embraces the common perceptions of employees regarding the importance of safety in the workplace. One practice is the assessment of the safety culture applied to the above organizations.

Aim: To appreciate the safety of the medical staff and to investigate the attitudes and factors that might affect the safety of the surgeries in the public pediatric hospitals in Athens.

Material-Method: The sample consisted of surgeons and nurses who worked as permanent staff in the operating rooms of three pediatric hospitals. An anonymous self-completed socio-demographic data questionnaire was used, as well as the measurement tool in the six-factor Safety Attitude Questionnaire (SAQ) version of the Greek Standards Safety Questionnaire. Ethical and ethical rules were respected and licensed by the corresponding pediatric hospitals. The statistical packet R was used to calculate the average response value, the standard deviation, as well as the difference between the two averages of the scores given by the pediatric surgeons and nurses (t-test), and a multiple regression analysis was performed, while the a minimum level of statistical significance was set at 5% ($p \leq 0.05$).

Results: 252 (94%) questionnaires were distributed and 181 (72%) respondents were repaired in total to the workers meeting the criteria. The mean age of the participants was 46.27 years with work experience in pediatric operating room 14.29 years. The inner coherence of the SAQ questionnaire with the 30 questions was very good and the Cronbach alpha correlation coefficient was $\alpha = 0.87$. In the team work factor the results of the mean value fluctuated to a satisfactory level, between 60/100 and 75/100, well within the limits of the positive safety climate, the safety factor of the SAQ questionnaire was similarly satisfactory (61/100), the work satisfaction factor was above (72/100) near the high levels, while with the factor of stress recognition in the questionnaire, the mean value fluctuated to relatively satisfactory levels (61/100), on the factor of management it

was below average (48/100) and finally the working conditions factor, the mean was at relatively satisfactory levels (62/100).

In comparison to some important responses, surgeons ranked on average statistically significantly higher than the operative room nurses, the following SAQ questionnaire questions: "All the necessary information on diagnostic and therapeutic decisions is available to me on a daily basis" ($p < 0.001$), "nurses' suggestions are taken into account in this operative room" ($p = 0.004$). Surgeons rated on average statistically significantly higher than the surgeons some of the following questions in the SAQ questionnaire: "I know the appropriate procedures to ask questions about patient safety in this operative room" ($p < 0.001$), "Staffing is adequate in this operative room that I work with regard to the number of patients" ($p = 0.003$). The results of the multiple regression analysis show mainly that the participants who wanted more teamwork at work were the older at the age ($p = 0.009$). The participants who wanted greater safety at their workplaces (operating room) were male ($p < 0.001$), older ($p < 0.001$), those with longer work experience in the hospital ($p = 0.007$), less experience in the operating room ($p = (P < 0.007)$), those who wanted to recommend their surgery as safe for young patients ($p < 0.001$), were satisfied with their workload ($p < 0.001$), those who were satisfied with their cooperation with surgeons ($p = 0.004$) and operative nurses ($p = 0.010$) in the operating room. Participants who were satisfied with their work were mainly those who had more experience at the hospital ($p = 0.007$). The participants with more stress were male ($p = 0.004$), the youngest ($p < 0.001$), married ($p = 0.001$), operative room nurses surgeons ($p < 0.001$), those with longer hospital service ($p = (P = 0.001)$), more experience in the surgery ($p = 0.001$), those who were exhausted by their workload ($p < 0.001$), and those who were personally involved in the quality of the operating room ($p = 0.012$). The participants who wanted more effective administration were those who were older ($p = 0.002$), had less experience in operating room ($p = 0.010$). The participants who wanted better conditions at their workplace (operating room) were those who were older ($p < 0.001$), those with less experience in the operating room ($p = 0.002$), those who wanted to recommend their surgery as safe for young patients ($p = 0.012$), those who were satisfied with their surgery with the surgeons ($p = 0.023$) and operative nurses ($p = 0.014$) in the operating room.

Conclusions: This research was the first study of the kind that negotiated the safety climate in pediatric hospital operating rooms in Greece. The findings of this research have shown that the surgeons and operative room nurses in the pediatric hospital had difficulties to ensure an appropriate safety climate that satisfies the need for safe care for the young patients undergoing surgery. The need arises for interventions in the context of an integrated strategy aimed at improving the climate safety environment in the operating room facilities in pediatric hospitals.

Keywords: Patient safety, Safety culture, Safety perceptions, Safety of hospitalized children, Pediatric surgery, High-reliability organizations.

Περιεχόμενα

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ	1
Ευχαριστίες	2
Περίληψη.....	3
Abstract	6
Εισαγωγή.....	13
1. Οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα ασφάλειας	16
1.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα	16
1.2 Κουλτούρα ασφάλειας	18
1.3 Κλίμα ασφάλειας.....	20
1.4 Μοντέλα και θεωρίες για το ανθρώπινο λάθος	21
1.5 Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας και τα χαρακτηριστικά τους.....	26
1.6 Νοσοκομεία - Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας.....	28
2. Η ασφάλεια στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης	32
2.1 Προσεγγίζοντας το ιατρικό λάθος.....	32
2.2 Παγκόσμια δεδομένα που επιβάλλουν την αλλαγή κουλτούρας στην υγειονομική περίθαλψη	35
2.3 Η σχέση της ποιότητας και της ασφάλειας ασθενών στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.....	38
2.4 Κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών	40
2.5 Παιδιατρικά Νοσοκομεία.....	43
2.6 Χειρουργεία.....	46
2.7 Διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας.....	49
2.7.1 Παράγοντας ομαδική εργασία.....	50

2.7.2 Παράγοντας κλίμα ασφάλειας.....	52
2.7.3 Παράγοντας ικανοποίηση από την εργασία	53
2.7.4 Παράγοντας αναγνώριση του άγχους.....	55
2.7.5 Παράγοντας αντίληψη για τη διοίκηση.....	56
2.7.6 Παράγοντας συνθήκες εργασίας	58
2.8 Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας	59
Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία.....	63
Σκοπός της μελέτης.....	63
Υλικό και μέθοδος	63
Περιγραφή ερωτηματολογίου και εργαλείου μέτρησης.....	64
Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	67
Καταχώρηση δεδομένων της έρευνας.....	67
Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου SAQ	68
Επεξεργασία δεδομένων της έρευνας	68
Στατιστική ανάλυση δεδομένων της έρευνας	68
Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης	70
Αποτελέσματα.....	71
Ανταπόκριση στο διανεμηθέν ερωτηματολόγιο	71
Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου SAQ	71
Δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	71
Σύγκριση δημογραφικών, κοινωνικών και εργασιακών χαρακτηριστικών χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου	73
Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις λοιπές γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου	74
Σύγκριση απαντήσεων χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου στις λοιπές γενικές ερωτήσεις.....	75
Ποσοστά θετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ	76

Σύγκριση απαντήσεων χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ.....	78
Συνολικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου SAQ	79
Συσχέτιση απαντήσεων των συμμετεχόντων στις γενικές ερωτήσεις με παράγοντες ερωτηματολογίου SAQ	83
Ερμηνεία παραγόντων ερωτηματολογίου SAQ με ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.....	90
Συζήτηση.....	93
Περιορισμοί της μελέτης.....	105
Συμπεράσματα	106
Βιβλιογραφία.....	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	123

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η ασφάλεια ασθενών αποτελεί βασικό ζητούμενο στην υγειονομική περίθαλψη. Αποτελεί τη βάση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας και υπερέχει των υπολοίπων διαστάσεων της ποιότητας (Vincent, et al., 2013).

Η έκθεση του Institute of Medicine (IOM) *Err is Human* (το Λάθος είναι Ανθρώπινο) το 1999 έθεσε για πρώτη φορά δημόσια το ζήτημα των ιατρικών λαθών, προκαλώντας συζητήσεις, σε υψηλά επίπεδα παγκοσμίως, για τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια στους χώρους παροχής υγείας (Kohn, et al., 2000).

Στην επόμενη δεκαετία που ακολουθεί φάνηκε καθαρά ότι τα θέματα ασφάλειας ήταν περισσότερο σύνθετα και διαδεδομένα απ' ό,τι είχαν αρχικά εκτιμηθεί. Τα νοσοκομεία εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό αξιοπιστίας. Σήμερα ωστόσο υπάρχει συνειδητοποίηση και αποδοχή του προβλήματος της ιατρικής βλάβης αλλά και εφαρμογή στρατηγικών και διαδικασιών για τη βελτίωση της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη (Berwick, & Shojania, 2015).

Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τις αναλύσεις των ατυχημάτων κατάφεραν να διαμορφώσουν ένα ευρύτερο πλαίσιο κατανόησης των αιτιών που προκαλούν τα ατυχήματα καθώς επίσης και των σχέσεων συνάφειας μεταξύ τους. Δίνουν λιγότερη σημασία στην απόδοση των ευθυνών στο άτομο που κάνει λάθος, ενώ μετατοπίζουν το βάρος της προσοχής τους στην εξέταση των παραγόντων που προϋπάρχουν στην οργανωτική δομή και ευνοούν τις συνθήκες εμφάνισης του σφάλματος (Vincent, et al., 1998).

Μελέτες στο Ηνωμένο Βασίλειο αποδεικνύουν ότι προκύπτει ένα περιστατικό βλάβης κάθε 35 δευτερόλεπτα από τα οποία τουλάχιστον το 50% θα μπορούσαν να έχουν προβλεφθεί. Τα επικρατέστερα από τα ανεπιθύμητα συμβάντα σχετίζονται με τις χειρουργικές επεμβάσεις (27%). Τα ιατρικά λάθη πρωτίστως αντανακλούν στο πρόσωπο του ασθενή δημιουργώντας βλάβες που σχετίζονται με ψυχολογικά τραύματα, με μόνιμη αναπηρία, ακόμη και με το θάνατο. Ταυτόχρονα όμως αποτελούν παράπλευρες ζημιές

λόγω της απώλειας εμπιστοσύνης και της διαμόρφωσης αντιλήψεων που βλάπτουν την αξιοπιστία των συστημάτων υγείας (WHO 2017, 2018).

Αντίστοιχα στην παιδιατρική νοσοκομειακή περίθαλψη που από τη φύση της αποτελεί σύνθετη διαδικασία με μοναδικούς παράγοντες κινδύνου, τα ποσοστά των ανεπιθύμητων συμβάντων ανέρχονται στο 40% των εισαγωγών, από τις βλάβες αυτές το 45% θα μπορούσε να είχε προληφθεί (Stockwell, et al., 2015).

Τα χειρουργεία είναι χώροι που εφαρμόζονται πολύπλοκες διαδικασίες και γίνεται χρήση υψηλής τεχνολογίας. Στο περιβάλλον του χειρουργείου το ατομικό σφάλμα δεν θεωρείται αμελητέο βρίσκεται όμως σε στενή σύνδεση με την εμφάνιση σφαλμάτων που προκύπτουν από συστημικούς παράγοντες οι οποίοι αφορούν την οργανωσιακή δομή και τις διαδικασίες (Bhat, 2016). Ο χώρος των χειρουργείων αποτελεί πεδίο αλληλεπίδρασης διαφόρων επιστημόνων με διαφορετική εκπαίδευση, εμπειρίες και απόψεις οι οποίοι στοχεύουν στο βέλτιστο αποτέλεσμα των ενεργειών τους μέσω μιας συντονισμένης συνεργασίας (Wakeman, & Langham Jr, 2018).

Ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητα της Υγειονομικής Περίθαλψης (AHRQ) υποστηρίζει ότι είναι αναγκαίο η Υγειονομική Περίθαλψη να υιοθετήσει τη θεωρία των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας και να αναπτύξει κουλτούρα για την επίτευξη στόχων ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας (Hines, et al., 2008). Παρά τις πρωτοβουλίες που έχουν ήδη ληφθεί προς αυτή την κατεύθυνση και έχουν επιφέρει αρκετές βελτιώσεις τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Τα ιδιαίτερα συστημικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων και η οργανωτική δομή τους, θέτουν σημαντικά εμπόδια που αναχαιτίζουν την όλη προσπάθεια και δυσκολεύουν τον απαιτούμενο μετασχηματισμό τους (Berwick, 2013).

Οι όροι «κουλτούρα ασφάλειας» και «κλίμα ασφάλειας» συχνά συγχέονται και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία. Προσεγγίζοντας τις δύο έννοιες μέσα από ένα διευρυμένο πλαίσιο το κλίμα ασφάλειας αποτιμά τα μετρήσιμα στοιχεία της κουλτούρας (Flin, 2007). Η μέτρηση και η παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών ακόμη και σήμερα αποτελεί πρόκληση τόσο για τους ακαδημαϊκούς όσο και για τους διαχειριστές των συστημάτων υγείας (Διοίκηση, προϊσταμένους τμημάτων) παρά τη σημαντική πρόοδο στην ανάπτυξη αξιόπιστων δεικτών μέτρησης (Vincent, et al., 2014).

Στο πρώτο κεφάλαιο μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιχειρείται να τονιστεί η έννοια της ασφάλειας και της οργανωσιακής κουλτούρας σ' έναν οργανισμό. Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια να διευκρινιστούν και να διακριθούν οι όροι κουλτούρα ασφάλειας και κλίμα ασφάλειας. Γίνεται αναφορά στις θεωρίες και στα μοντέλα που διαμορφώθηκαν προσπαθώντας οι ερευνητές να προσεγγίσουν τα αίτια και τη διαχείριση του ανθρώπινου λάθους. Στη συνέχεια αναλύονται τα βασικά χαρακτηριστικά των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας και γίνεται προσπάθεια να διευκρινιστούν οι διαφορές που παρουσιάζουν οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας και τα νοσοκομεία κατά τη λειτουργία τους. Το δεύτερο κεφάλαιο αρχικά προσεγγίζεται το ιατρικό λάθος και στη συνέχεια γίνεται μια αναφορά στα σφάλματα και στις επιπτώσεις τους στα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Επιχειρείται να τονιστεί η σχέση της ασφάλειας και της ποιότητας στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Στη συνέχεια προσεγγίζεται η έννοια της ασφάλειας των ασθενών και γίνεται αναφορά στις ιδιότητες που χαρακτηρίζουν ένα μοντέλο ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη. Κατόπιν παρουσιάζονται τα λάθη που επηρεάζουν την ασφάλεια ασθενών στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία και στα Χειρουργεία. Προσεγγίζονται επίσης οι διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας και στο τέλος γίνεται αναφορά των εργαλείων μέτρησης του κλίματος και αναφορά στο Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια [Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)].

Στο ειδικό μέρος στην αρχή γίνεται αναφορά του σκοπού της μελέτης και των επιμέρους στόχων. Στη συνέχεια παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε. Έπειτα παρουσιάζονται τα ευρήματα και ολοκληρώνεται το κεφάλαιο με το σχολιασμό της συζήτησης και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα καθώς και με τις προτάσεις της ερευνήτριας.

1. Οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα ασφάλειας

1.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και κλίμα

Η ασφάλεια αποτελεί μια κανονιστική έννοια για οποιονδήποτε οργανισμό ή οργάνωση και είναι η προϋπόθεση για την ύπαρξη μιας σταθερής κατάστασης κατά την λειτουργία του οργανισμού. Ορίζεται από πρότυπα, κανόνες, επιχειρησιακά σχέδια, πολιτικές που αφορούν το προσωπικό και στοχεύει στην προστασία από κινδύνους και από εξωτερικές ή εσωτερικές ατέλειες του συστήματος, ρυθμίζοντας τις επιλογές σε συγκεκριμένες καταστάσεις, σύμφωνα με το τι είναι αναμενόμενο και τι είναι αποδεκτό (Charles, 2009).

Η ασφάλεια των οργανισμών αποτελεί αντικείμενο συστηματικής μελέτης από το 1980 και μέχρι σήμερα. Σοβαρά ατυχήματα όπως η βύθιση του επιβατικού οχήματος Herald of Free Enterprise, η πυρκαγιά στον υπόγειο σταθμό King's Cross, η συντριβή των επιβατικών αμαξοστοιχιών στο Clapham Junction, η έκρηξη στην πλατφόρμα πετρελαίου Piper-Alpha στη Βόρεια Θάλασσα καθώς επίσης και το ατύχημα στο πυρηνικό εργοστάσιο του Chernobyl οδήγησαν σε σοβαρές έρευνες σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας και το κλίμα ασφάλειας, που διεξήχθησαν σε βιομηχανίες αλλά και σε επίπεδο χωρών (Yule, 2003).

Οι ερευνητές προσπαθώντας να κατανοήσουν τις κοινωνικοτεχνικές διεργασίες που υπήρχαν πίσω απ' τα ατυχήματα διατύπωσαν απόψεις οι οποίες απομακρύνθηκαν απ' την εστίαση των αιτιών σε ατομικό επίπεδο και σταδιακά οδηγήθηκαν στην διερεύνηση των αδυναμιών στο σύνολο του οργανισμού (Mearns, 2003). Κάθε οργανισμός αποτελείται από μέλη-εργαζόμενους οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικά περιβάλλοντα και έχουν ως αφετηρία τους διαφορετικά υπόβαθρα. Τα μέλη αυτά μέσω της συλλογικής τους εργασίας στοχεύουν στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (MSG).

Κατά τη δεκαετία του 1980 η οργανωσιακή ή εταιρική κουλτούρα αποτέλεσε ένα δημοφιλές θέμα για τους συγγραφείς. Άρχισε να διαμορφώνεται η άποψη ότι η άριστη διάκριση ενός οργανισμού περιλαμβάνει τον κοινό τρόπο με τον οποίο σκέφτονται, αισθάνονται και ενεργούν τα μέλη του. (Hofstede, 2010). Στη βιβλιογραφία συναντάται πληθώρα ορισμών της οργανωσιακής κουλτούρας. Σύμφωνα με τον Needle (2004) η οργανωσιακή κουλτούρα αντιπροσωπεύει τις συλλογικές αξίες, τις πεποιθήσεις και τις

αρχές των μελών ενός οργανισμού και διαμορφώνεται από παράγοντες όπως η ιστορία, το προϊόν της επιχείρησης, η αγορά, η τεχνολογία και η στρατηγική. Περιλαμβάνει το όραμα, τις αξίες, τα πρότυπα, τη γλώσσα, τα σύμβολα, τις υποθέσεις, το περιβάλλον, την τοποθεσία, τις πεποιθήσεις και τις συνήθειες του οργανισμού.

Ο Shein το 1985 (Μπουραντάς, 2015) αναφέρει ότι *«κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν αποκαλυφθεί-εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μία 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 ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά»*.

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μια σημαντική παράμετρο και επηρεάζει τη λειτουργία, την απόδοση και γενικότερα την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού. Ο Shein υπογραμμίζει ότι η κουλτούρα επιδρά στην αποτελεσματικότητα μέσω της στρατηγικής, της αποδοχής καινοτομιών και της νέας τεχνολογίας, των συγκρούσεων των ομάδων, του εσωτερικού ανταγωνισμού, των αναποτελεσματικών συσκέψεων, της κακής επικοινωνίας, του κακού επιπέδου της κοινωνικής προσαρμογής των μελών και της παραγωγικότητας (Μπουραντάς, 1992). Η οργανωσιακή κουλτούρα κάθε οργανισμού είναι διαφορετική και μοναδική. Γενικά συναντάμε δύο τύπους οργανωσιακής κουλτούρας στους οργανισμούς. Στους οργανισμούς με ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα οι εργαζόμενοι, οι οποίοι αποτελούν το κύριο πλεονέκτημα ενός οργανισμού, αποδέχονται τους ρόλους τους και τις ευθύνες τους τηρώντας τις κατευθυντήριες γραμμές και φροντίζουν να μην θίγεται η πολιτική του οργανισμού. Αντίθετα στις οργανώσεις με αδύναμη κουλτούρα οι εργαζόμενοι δεν συνδέονται πραγματικά με τον οργανισμό, αποδέχονται ευθύνες και τηρούν τις οδηγίες μόνο εξαιτίας του φόβου απέναντι στους προϊσταμένους τους (MSG, 2018).

Κατά τη δεκαετίες του 1970 και 1980 οι ερευνητές ασχολήθηκαν αρκετά με τις έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος. Η ανάπτυξη των δύο εννοιών υπήρξε διαδοχική και όχι παράλληλη. Από το 1970 πραγματοποιήθηκαν πολλές έρευνες σχετικά με το οργανωσιακό κλίμα. Η κοινότητα των ερευνητών οδηγήθηκε σε συζητήσεις για τον ορισμό της έννοιας. Στην επόμενη δεκαετία σταδιακά ο όρος κουλτούρα αντικατέστησε τον όρο κλίμα. Το 1979 οι Jones και James περιγράφουν το

κλίμα ως εξής: *«είναι το σύνολο των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που βασίζονται στην αντίληψη»*. Το 1983 ο Ekvall προχωρά στη διάκριση του οργανωσιακού κλίματος και της οργανωσιακής κουλτούρας και ορίζει ως οργανωσιακό κλίμα τα κοινά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και έκφρασης συναισθημάτων από τα μέλη του οργανισμού. Ο Click το 1985 προσεγγίζει τις δύο έννοιες με βάση την μεθοδολογία των ερευνών. Το οργανωσιακό κλίμα ερευνήθηκε μέσω μιας ποσοτικής προσέγγισης μέσα σε ένα κοινωνικο-ψυχολογικό πλαίσιο, ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία στηρίζεται στην ανθρωπολογία, ερευνήθηκε με βάση τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της. Ο Hofstede το 1986 αναφέρει ότι το οργανωτικό κλίμα είναι η ικανοποίηση από την εργασία και αποτελεί προτεραιότητα της κατώτερης και μεσαίας διοίκησης ενός οργανισμού, ενώ η κουλτούρα αποτελεί προτεραιότητα της ηγεσίας. Ο Shein το 1992 αναφέρει ότι το κλίμα προηγείται της κουλτούρας και ότι αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία αυτή δημιουργείται (Guldenmund, 2000).

Τέλος οι Glendon και Stanton το 2000 ορίζουν το οργανωτικό κλίμα ως «την αντιληπτή ποιότητα του εσωτερικού περιβάλλοντος ενός οργανισμού». Σήμερα το οργανωσιακό κλίμα εκδηλώνει τα εμφανή τρέχοντα χαρακτηριστικά της κουλτούρας μέσα σε έναν οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτιμάται ποιοτικά, μέσω συνεντεύξεων ή παρατηρήσεων, ενώ το οργανωσιακό κλίμα διερευνάται μέσω ερωτηματολογίων, οι μετρήσεις των οποίων έχουν αντικειμενικό και ημιποσοτικό χαρακτήρα και εκτιμούν τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των εργαζομένων κατά την τρέχουσα χρονική στιγμή που διενεργείται η έρευνα. Με τον τρόπο αυτό γίνονται γνωστές ορισμένες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας (Glendon, & Stanton, 2000).

1.2 Κουλτούρα ασφάλειας

Μετά το πυρηνικό ατύχημα του Chernobyl στην αρχική έκθεση του International Nuclear Safety Group (INSAG) το 1988 γίνεται αναφορά, για πρώτη φορά στον όρο κουλτούρα ασφάλειας. Η κουλτούρα ασφάλειας περιγράφεται ως: *«το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε οργανισμούς και ιδιώτες, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών αποτελούν επιτακτική προτεραιότητα και ότι η ασφάλεια πρέπει να λαμβάνει τη δέουσα προσοχή, η οποία απορρέει από την σπουδαιότητά της»* (IAEA, 1991).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1993 διατυπώθηκε από την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας ένας ευρύτερος ορισμός: *«Κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το σύνολο των ατομικών και ομαδικών αξιών, των στάσεων, των αντιλήψεων, των ικανοτήτων και των προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζουν τη δέσμευση και το στυλ και την επάρκεια των προγραμμάτων Υγείας και Ασφάλειας ενός Οργανισμού»* (HSE, 1993).

Μεταγενέστερα παρατηρήθηκε αυξημένη μελέτη των ζητημάτων που αφορούσαν την ασφάλεια, γεγονός που οδήγησε στην αναγνώριση της σημασίας της κουλτούρας ασφάλειας για τις οργανώσεις. Ο στόχος ήταν η μείωση των ατυχημάτων μέσω της ανάπτυξης μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας. Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας έχει αναλυθεί και εφαρμοστεί στη βιομηχανία πετρελαίου, φυσικού αερίου και ενέργειας καθώς επίσης στον τομέα των μεταφορών, της αεροπορίας και του στρατού (The Health Foundation, 2011).

Η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί μέρος της οργανωσιακής κουλτούρας. Αφορά στα ατομικά, εργασιακά και εταιρικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υγεία και την ασφάλεια (Cooper, 2000). Σύμφωνα με τους Cox&Cox (1991) η κουλτούρα ασφάλειας αντικατοπτρίζει τις στάσεις, πεποιθήσεις, αντιλήψεις και αξίες των εργαζόμενων σε σχέση με την ασφάλεια στον χώρο εργασίας. Γίνεται σαφές ότι η κουλτούρα ασφάλειας δέχεται επιδράσεις από παράγοντες όπως: η δέσμευση και η διαχείριση από πλευράς ηγεσίας σε θέματα ασφάλειας, η θετική συμμετοχή των εργαζομένων, η τήρηση των διαδικασιών, η επικοινωνία και η συνεχή κατάρτιση. Συχνά όμως πολλές εταιρίες όταν αναφέρονται στην κουλτούρα ασφάλειας, αναφέρονται μόνο στην τάση των εργαζομένων να συμμορφώνονται με τα πρότυπα και τους κανόνες ασφάλειας και να ενεργούν με τον κατάλληλο τρόπο. Αυτή η θέση από μόνη της χωρίς την εφαρμογή αποτελεσματικής διοίκησης, χωρίς την καλή συμμετοχή και επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων δεν φέρνει επιτυχή αποτελέσματα (HSE 2018).

Στις Η.Π.Α., στον τομέα της υγείας πραγματοποίησαν μία εκτεταμένη έρευνα στην βιβλιογραφία σχετικά με θέματα ασφάλειας στον υγειονομικό χώρο. Σ' αυτή την ανασκόπηση μελετήθηκαν οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι συμπεριφορές σε σχέση με την κουλτούρα ασφάλειας στα νοσοκομεία. Στόχος της έρευνας ήταν να οργανωθούν όλες οι απόψεις των συγγραφέων, που πρόσφεραν ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο και να ενσωματωθούν όλα τα χαρακτηριστικά ώστε να καθοριστεί με σαφήνεια η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας στο χώρο της υγείας, ορίζοντας ένα μοντέλο που θα αποτελούσε

σημαντικό εργαλείο το οποίο θα στήριζε την ηγεσία των νοσοκομείων για τη δημιουργία ή τη βελτίωση της οργανωσιακής κουλτούρας. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη σημασία ρόλου της ηγεσίας, της ομαδικής εργασίας, της περίθαλψης με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία, της επικοινωνίας, της συνεχούς εκπαίδευσης, της αναγνώρισης του λάθους στηριζόμενοι κατά κύριο λόγο στην θεωρία της συστημικής προσέγγισης παρά της ατομικής και στην περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή (Sammer et al., 2010).

1.3 Κλίμα ασφάλειας

Στα 1980 ο Zohar αναφέρει για πρώτη φορά τον όρο κλίμα ασφάλειας το οποίο ορίζει ως εξής: *«είναι οι κοινές αντιλήψεις των εργαζομένων που αφορούν την σπουδαιότητα της ασφάλειας στον εργασιακό χώρο»*. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν και καθορίζουν το επίπεδο του κλίματος ασφάλειας αφορούν στις αντιλήψεις που έχουν οι εργαζόμενοι σχετικά με τη στάση της διοίκησης για την ασφάλεια αλλά και στις δικές τους αντιλήψεις σχετικά με τη σημασία της ασφάλειας κατά τη διαδικασία παραγωγής. Η ύπαρξη θετικού κλίματος ασφάλειας οδηγεί στην αύξηση της συχνότητας των θετικών συμπεριφορών μεταξύ των εργαζομένων όταν απασχολούνται σε επικίνδυνο περιβάλλον και αντίστροφα. Η πολιτική του οργανισμού, οι διαδικασίες και οι πρακτικές αποτελούν τα δομικά στοιχεία του οργανωσιακού περιβάλλοντος. Οι αντιλήψεις που σχετίζονται με το κλίμα στην προσπάθεια να ερμηνεύσουν το οργανωσιακό περιβάλλον, αναφέρονται στη φύση των σχέσεων ή στις προτεραιότητες μεταξύ των παραπάνω στοιχείων και όχι στην ερμηνεία του καθενός στοιχείου μεμονωμένα (Zohar, 2014).

Οι πληροφορίες που προσλαμβάνουν οι άνθρωποι φιλτράρονται και αξιολογούνται από τις αντιλήψεις τους σχετικά με το τι θεωρούν σημαντικό και τι όχι. Οι αντιλήψεις αυτές καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται. Η άποψη που διαμορφώνουν οι άνθρωποι σχετικά με τους κανόνες ασφάλειας που εφαρμόζει ένας οργανισμός επηρεάζει τον τρόπο που συμπεριφέρονται καθημερινά στο χώρο εργασίας τους δημιουργώντας συγκεκριμένα πρότυπα ασφάλειας. Όσο περισσότεροι άνθρωποι ταυτίζονται μ' αυτά, τόσο περισσότερο επιβεβαιώνεται το πρότυπο (Cooper, 1998).

Αρκετοί μελετητές έχουν διατυπώσει ορισμούς για την έννοια του κλίματος ασφάλειας. Ο όρος κλίμα ασφάλειας συχνά χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο κουλτούρα ασφάλειας στη βιβλιογραφία (Yule 2003). Όλες οι μελέτες ασχολούνται με

τις πεποιθήσεις, τις αντιλήψεις και τις στάσεις των μελών ενός οργανισμού. Οι αντιλήψεις σχετίζονται με το κλίμα, ενώ οι συμπεριφορές με την κουλτούρα. Στους περισσότερους ορισμούς σχετικά με την κουλτούρα και το κλίμα τονίζονται οι όροι *«κοινές αντιλήψεις, ομάδα, μοίρασμα πληροφοριών, πεποιθήσεις των εργαζομένων, στάσεις και πεποιθήσεις της οργάνωσης»*. Οι αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις ή οι συμπεριφορές ταυτίζονται με το εργασιακό περιβάλλον ή ορίζονται ως ασφάλεια. Άλλοι μελετητές τονίζουν κάποιες διαφορετικές πιο σύνθετες διαστάσεις όπως τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά, τις δράσεις, τις πολιτικές και τις διαδικασίες ή αντίστοιχα τις πολιτικές ασφάλειας της οργάνωσης ή ακόμα πιο γενικές διαστάσεις όπως οργανισμός ή ιδιότητες. (Guldenmund, 2000).

Οι Glendon & Stanton αναφέρουν ότι η κουλτούρα αποτιμάται ποιοτικά, ενώ το κλίμα αποτιμάται ποσοτικά. Η βασική μέθοδος διερεύνησης του κλίματος ενός οργανισμού είναι τα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται από επαρκή αριθμό εργαζομένων ώστε να γίνει εφικτή η στατιστική ανάλυση, η οποία παρουσιάζει τις διαστάσεις που αντιπροσωπεύουν το κλίμα ασφάλειας ενός οργανισμού. Τα πορίσματα και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων αφενός αποκαλύπτουν τις αντιλήψεις των εργαζομένων οι οποίες συσχετίζονται με τις συμπεριφορές τους και αφετέρου διαμορφώνουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τη βελτίωση της ασφάλειας (Glendon, & Stanton, 2000).

Συνοψίζοντας, κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι το κλίμα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο ή μια συνιστώσα της κουλτούρας ασφάλειας. Το κλίμα ασφάλειας δίνει έμφαση περισσότερο στις τρέχουσες αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με το πώς ο οργανισμός διαχειρίζεται την ασφάλεια, ενώ η κουλτούρα ασφάλειας, ως ευρύτερος όρος, αντιπροσωπεύει όλες τις απόψεις, πολιτικές και ενέργειες ενός οργανισμού που σχετίζονται με την ασφάλεια (The Health Foundation, 2011).

1.4 Μοντέλα και θεωρίες για το ανθρώπινο λάθος

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξημένη μελέτη των ζητημάτων που αφορούν την βελτίωση της ασφάλειας σ' ένα ευρύ φάσμα οργανώσεων, βιομηχανιών, πυρηνικών σταθμών, σε σιδηροδρομικούς οργανισμούς αλλά και στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Feng et al., 2008). Ταυτόχρονα η θεωρητική μελέτη αντιμετώπισης των

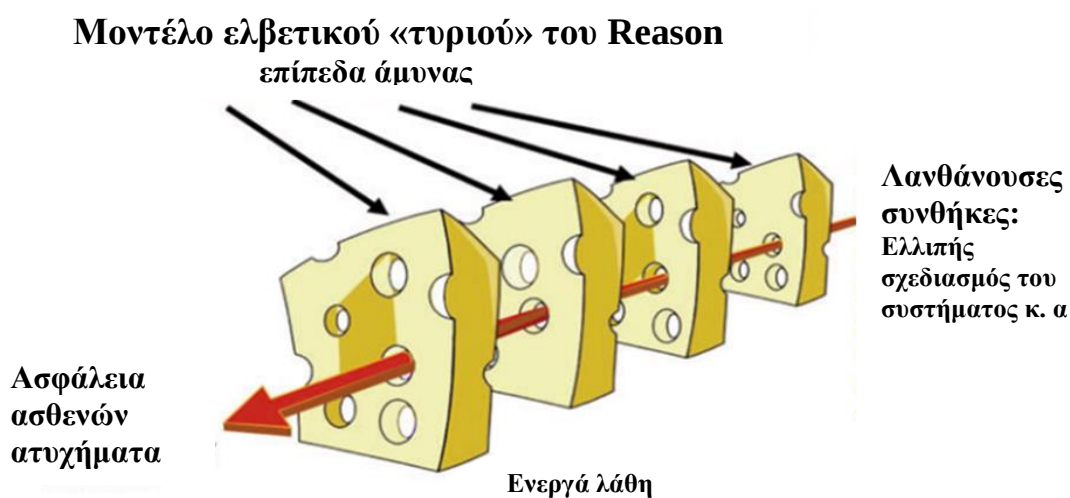
ανθρώπινων σφαλμάτων ή ατυχημάτων εξελίχθηκε σημαντικά, ιδιαίτερα μετά τα μεγάλα ατυχήματα του Chernobyl, της Piper Alpha και του King's Cross (Yule, 2003).

Διαμορφώθηκαν διάφορα μοντέλα και θεωρίες για την αιτία και τη διαχείριση του σφάλματος αλλά ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη θεωρία του Reason, η οποία θεωρείται αποδεκτή στο χώρο της υγείας (Κάργα, 2009). Σφάλμα είναι η αδυναμία εκτέλεσης μιας προγραμματισμένης ενέργειας όπως αυτή προβλέπεται ή η εφαρμογή ενός λανθασμένου σχεδίου. Σφάλματα μπορούν να εκδηλωθούν σε πράξεις, προκύπτοντας από παραλείψεις ή λάθη κατά τη λειτουργία, είτε στη φάση του σχεδιασμού είτε στη φάση της εκτέλεσης (WHO, 2009).

Σύμφωνα με τον Reason (2000) το πρόβλημα των ανθρώπινων σφαλμάτων το προσεγγίζουμε με δύο τρόπους: με την ατομική προσέγγιση και με την προσέγγιση του συστήματος, ενώ το κάθε μοντέλο οδηγεί σε διαφορετική αντιμετώπιση και διαχείριση των σφαλμάτων. Η ατομική προσέγγιση αποτελεί μια μακρόχρονη και ευρέως διαδεδομένη παράδοση η οποία επικεντρώνεται σε ατυχείς πράξεις και συμβάντα και θεωρεί υπεύθυνους γι' αυτά ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων. Θεωρεί ότι τέτοιου είδους συμβάντα προέρχονται από έλλειψη προσοχής, απροσεξία, κακή κινητοποίηση, αμέλεια ή απερισκεψία. Οι υποστηρικτές αυτής της προσέγγισης τείνουν να αντιμετωπίζουν τα σφάλματα ως ηθικά ζητήματα και μόνο. Παρ' όλα αυτά η ατομική προσέγγιση έχει σοβαρές ελλείψεις και δεν είναι η κατάλληλη προσέγγιση για τα συστήματα υγείας (Reason, 2000).

Η προσέγγιση του συστήματος επικεντρώνεται στις συνθήκες κάτω απ' τις οποίες οι άνθρωποι εργάζονται και προσπαθούν να χτίσουν «άμυνες», να δημιουργήσουν εμπόδια και να διασφαλίσουν τη λειτουργία των συστημάτων, προκειμένου να αποτρέψουν σφάλματα ή να αμβλύνουν τις επιπτώσεις αυτών. Βασική προϋπόθεση στην προσέγγιση συστήματος αποτελεί η θέση ότι οι άνθρωποι κάνουν λάθη και ότι αναμένονται λάθη ακόμα και στις οργανώσεις που έχουν θετική οργανωσιακή κουλτούρα. Τα σφάλματα θεωρούνται ως συνέπειες που οφείλονται σε παράγοντες του συστήματος παρά ως αιτίες. Το σημαντικό είναι όχι ποιος προκάλεσε το λάθος, αλλά γιατί απέτυχε το σύστημα και προκλήθηκε το σφάλμα (Reason, 2000). Η προσέγγιση αυτή υιοθετείται κυρίως από οργανισμούς που απαιτούν υψηλή αξιοπιστία και θεωρείται από τους επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί με τον χώρο της υγείας, ως η πλέον ενδεδειγμένη προσέγγιση για τα ιατρικά σφάλματα (Leape et al., 1995, Reason, 2000).

Το 1997 ο Reason ανέπτυξε το μοντέλο του «ελβετικού τυριού» το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση και την κατανόηση των αιτιών του σφάλματος καθώς και για την διαχείριση των κινδύνων. Αρχικά σχεδιάστηκε για χρήση σε πολύπλοκα βιομηχανικά περιβάλλοντα ενώ αργότερα, με τις κατάλληλες προσαρμογές, βρήκε εφαρμογή και στον χώρο της υγείας προκειμένου να περιγράψει τις συνθήκες, το οργανωτικό πλαίσιο αλλά και την εμπλοκή των εργαζομένων σε περιπτώσεις ατυχημάτων (Vincent, et al., 1998). Σύμφωνα με το μοντέλο οι αμυντικές διατάξεις μιας οργάνωσης (μηχανικός εξοπλισμός, ειδική εκπαίδευση, πρωτόκολλα λειτουργίας) αποτελούν μια σειρά φραγμών που προσομοιάζονται ως φέτες τυριού με οπές. Αυτές οι οπές στις φέτες, οι οποίες διαφέρουν ως προς το μέγεθος και την θέση τους, ισοδυναμούν με αδυναμίες και κενά ασφάλειας σε μεμονωμένα μέρη του συστήματος. Η παρουσία οπών σε κάθε “φέτα” μεμονωμένα δεν προκαλεί συνήθως ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Όταν μια οπή ευθυγραμμίζεται στιγμιαία με άλλες τότε προκαλείται σφάλμα (Reason, 2000).



Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.ergonomia.gr/wp-content/uploads/2015/03/HR-Publi-Ergonomia-119.pdf>. Ημερ Πρόσβασης 12-09-2018

Οι οπές στις αμυντικές διατάξεις του συστήματος αντιπροσωπεύουν τις δύο αιτίες που σχετίζονται με τα ατυχήματα: α) τα ενεργά λάθη δηλαδή τις επικίνδυνες πράξεις που διαπράττονται από άτομα τα οποία βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή ή το σύστημα και β) τις λανθάνουσες συνθήκες, τις αναπόφευκτες «παθογόνες καταστάσεις» που υφίστανται μέσα στο σύστημα (Reason, 2000). Οι λανθάνουσες συνθήκες

προκύπτουν από τις αποφάσεις των σχεδιαστών του συστήματος και υλοποιούνται μέσα από την διαχείριση που ασκεί η ηγεσία του οργανισμού. Μπορεί να είναι αποφάσεις λανθασμένες ή όχι που ενδεχόμενα μπορεί να εισάγουν παθολογικές καταστάσεις στο σύστημα. Μεταφράζονται είτε ως συνθήκες που οδηγούν σε σφάλματα στο χώρο εργασίας όπως πίεση χρόνου, έλλειψη προσωπικού, κόπωση, απειρία, ανεπαρκής εξοπλισμός, είτε σαν μακροχρόνιες αδυναμίες στην άμυνα όπως ανεφάρμοστες διαδικασίες, αναξιόπιστοι συναγερμοί και δείκτες, ελλείψεις στο σχεδιασμό και την κατασκευή (Vincent, 2010).

Συχνά τα ατυχήματα προκύπτουν απ' τον συνδυασμό των δύο αυτών αιτιών. Οι λανθάνουσες συνθήκες, όπως άλλωστε δηλώνει και ο ίδιος ο όρος, μπορεί να βρίσκονται σε κατάσταση αδράνειας μέσα στο σύστημα για πολλά χρόνια μέχρις ότου συνδυαστούν με τυχόν ενεργά λάθη ή μέχρις ότου κάποιο στιγμιαίο γεγονός δημιουργήσει αφορμή ατυχήματος. Τα ενεργά λάθη και οι εκδηλώσεις τους είναι δύσκολο να προβλεφθούν σε αντίθεση με τις λανθάνουσες συνθήκες οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν πριν προκύψει ένα ανεπιθύμητο συμβάν. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η προληπτική δράση είναι προτιμότερη από τη διαχείριση του κινδύνου (Reason, 2000).

Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τις αναλύσεις των ατυχημάτων κατάφεραν να διαμορφώσουν ένα ευρύτερο πλαίσιο κατανόησης των αιτιών που προκαλούν τα ατυχήματα καθώς επίσης και των σχέσεων συνάφειας μεταξύ τους. Δίνουν λιγότερη σημασία στην απόδοση των ευθυνών στο άτομο που κάνει λάθος, ενώ μετατοπίζουν το βάρος της προσοχής τους στην εξέταση των παραγόντων που προϋπάρχουν στην οργανωτική δομή και ευνοούν τις συνθήκες εμφάνισης του σφάλματος. Αυτή η αντιμετώπιση των ατυχημάτων μέσω της θεωρίας των ανθρώπινων παραγόντων εστιάζει στον παράγοντα «άνθρωπο» και στον τρόπο που αυτός δρα μέσα σε πολύπλοκα περιβάλλοντα. Ανθρώπινοι παράγοντες (Human Factors) *«είναι η επιστήμη εκείνη, με την οποία επιδιώκουμε τη βελτιστοποίηση της διασύνδεσης του ανθρώπου και της/των μηχανών που αυτός χρησιμοποιεί, το έργο που το σύνολο άνθρωπος-μηχανή εκτελεί και το φυσικό και εργασιακό περιβάλλον μέσα στο οποίο το σύνολο αυτό λειτουργεί»*. Αναπτύχθηκαν εργαλεία για τη διαχείριση επικίνδυνων καταστάσεων μέσω μεθόδων εξέτασης της σειράς των γεγονότων, των ενεργειών των εμπλεκόμενων, των συνθηκών εργασίας και του οργανωτικού πλαισίου (Vincent et al., 1998) .

Η διαχείριση του ανθρώπινου σφάλματος εμπεριέχει δύο βασικά δομικά στοιχεία. Το πρώτο αφορά τον περιορισμό της συχνότητας εμφάνισης επικίνδυνων καταστάσεων και το δεύτερο αφορά την δημιουργία και ανάπτυξη συστημάτων που είναι ικανά να αντιμετωπίσουν την εμφάνιση λαθών και να περιορίσουν τις επιζήμιες συνέπειές τους. Οι υποστηρικτές της ατομικής προσέγγισης διαθέτουν τους περισσότερους πόρους στην εκπαίδευση των ατόμων έτσι ώστε να αποφεύγονται τα λάθη που οφείλονται στην απροσεξία τους ή στην αμέλειά τους.

Οι υποστηρικτές της συστημικής προσέγγισης σχεδιάζουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διαχείρισης το οποίο έχει στόχο αρκετούς παράγοντες: το πρόσωπο, την ομάδα, τα καθήκοντα στον χώρο εργασίας και τον οργανισμό (Reason, 2000). Στη σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρονται δύο θεωρίες που προσπαθούν να κάνουν κατανοητά τα ατυχήματα τα οποία συμβαίνουν στις οργανώσεις που λειτουργούν σε πολύπλοκα και υψηλού κινδύνου περιβάλλοντα: η θεωρία του κανονικού ατυχήματος (Normal Accident Theory) και η θεωρία των Οργανώσεων Υψηλής Αξιοπιστίας (High Reliability Organisation Theory).

Ο Charles Perrow (1984) διατύπωσε τη θεωρία των κανονικών ατυχημάτων η οποία υποστηρίζει ότι μέσα σε οργανώσεις με πολύπλοκο περιβάλλον που εκμεταλλεύονται τεχνολογία υψηλού κινδύνου, είναι αναπόφευκτα τα ατυχήματα. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία τα επίπεδα σύνδεσης των συνιστωσών του συστήματος (π.χ. ατόμων, διαδικασιών, εξοπλισμού) αλλά και το επίπεδο των αλληλεπιδράσεων αυτών των συνιστωσών καθορίζουν και καθιστούν αναπόφευκτη την εμφάνιση ατυχημάτων. Αναγνωρίζονται ως οργανισμοί υψηλού κινδύνου αυτοί που τα συστήματα λειτουργίας τους είναι πολύπλοκα και τα οποία μπορούν να αλληλεπιδράσουν με μη αναμενόμενο τρόπο. Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά οι οργανώσεις που ασχολούνται με πυρηνικά όπλα, με αεροσκάφη και τα στρατιωτικά συστήματα θεωρούνται υψηλού κινδύνου ενώ τα διυλιστήρια πετρελαίου, τα χημικά εργοστάσια και τα εργοστάσια παραγωγής εν γένει κατατάχθηκαν στην κατηγορία των οργανώσεων χαμηλού κινδύνου (Perrow, 1984).

Στη συνέχεια αρκετοί ερευνητές άσκησαν κριτική στη θεωρία του Perrow αφενός μεν γιατί οι χαρακτηριζόμενοι ως οργανισμοί χαμηλού ρίσκου είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ατυχημάτων σε σχέση με τις οργανώσεις υψηλού κινδύνου και αφετέρου γιατί

αυτή η θεωρία δεν παρείχε πληροφορίες για την μείωση των ατυχημάτων στους οργανισμούς (Lekka, 2011).

1.5 Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας και τα χαρακτηριστικά τους

Οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας είναι οργανισμοί οι οποίοι έχουν κατορθώσει να αποφύγουν ατυχήματα παρ' όλο που λειτουργούν μέσα σε πολύπλοκα συστήματα όπου αναμένονται «κανονικά ατυχήματα». Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας Berkeley και του Michigan μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο οι οργανώσεις που δουλεύουν με πολύπλοκα συστήματα λειτουργούσαν χωρίς λάθη (The Health Foundation 2011). Στις ΗΠΑ έχουν ερευνηθεί τρεις τύποι Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας, οι πυρηνικοί σταθμοί, τα κέντρα ελέγχου εναέριας κυκλοφορίας και τα αεροπλανοφόρα του στρατού. Αυτές οι οργανώσεις αντιμετωπίζουν δύο ειδών προκλήσεις: αφενός διαχειρίζονται πολύπλοκες και απαιτητικές τεχνολογίες έτσι ώστε να αποφύγουν σημαντικές αποτυχίες οι οποίες θα έπλητταν ή θα κατέστρεφαν την οργάνωση και αφετέρου μπορούν να καλύπτουν υψηλές απαιτήσεις του συστήματος σε περιόδους αιχμής (Reason, 2000).

Στη θεωρία των Οργανώσεων Υψηλής Αξιοπιστίας οι οργανώσεις υψηλού κινδύνου μπορούν να λειτουργήσουν με ασφάλεια, παρά τους κινδύνους που προκαλούνται απ' τη λειτουργία πολύπλοκων συστημάτων (Tamuz, & Harrison, 2006). Οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας είναι σύνθετοι οργανισμοί οι οποίοι διαθέτουν εσωτερική δυναμική. Σε συνηθισμένες καταστάσεις λειτουργούν με τον τυπικό ιεραρχικό τρόπο αλλά σε περιπτώσεις κινδύνου ή έκτακτης ανάγκης το βάρος της λειτουργίας τους μεταφέρεται στους ειδικούς και έμπειρους (Reason, 2000). Αποτελούν ένα κοινωνικό σύστημα το οποίο έχει αναπτύξει μια κουλτούρα ασφάλειας η οποία επιτρέπει στους εργαζόμενους να αντιμετωπίζουν επικίνδυνες καταστάσεις (Roberts et al., 2004).

Βασική αρχή στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας αποτελεί η θέση ότι αφού ακόμα και το πιο έμπειρο άτομο δεν είναι δεδομένο ότι θα ανταποκριθεί σωστά σε μια κατάσταση κρίσης, οι οργανισμοί αυτοί οργανώνονται γύρω από ομάδες ατόμων οι οποίες εκπαιδεύονται στην συνεργασία, στην ανταλλαγή και στο μοίρασμα των

πληροφοριών. Κυρίαρχο ζήτημα στη λειτουργία αυτών των οργανώσεων αποτελεί η κατάρτιση και η συνεχής εκπαίδευση των εργαζομένων που βοηθά στο να δημιουργηθεί ένα βασικό υπόβαθρο ομαδικής γνώσης και να καταστήσει τους εργαζόμενους ικανούς να αντιμετωπίζουν καταστάσεις κρίσεων (Bagnara et al., 2010).

Η μάθηση μέσω του πειραματισμού είναι ακατάλληλη για περιβάλλοντα που παρέχουν πολλές ευκαιρίες για την εμφάνιση σφάλματος του οποίου οι συνέπειες είναι σημαντικές και συχνά καταστροφικές, όπως συμβαίνει με τους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας (Weick & Sutcliffe, 2011). Η χρήση πολύπλοκων διαδικασιών για τη διαχείριση πολύπλοκων τεχνολογιών με στόχο την ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον μέσα στα οποία συνυπάρχουν η μάθηση προσαρμοσμένη στις καταστάσεις αλλά και η υψηλή απόδοση (Weick et al., 2008). Επειδή οι οργανισμοί αυτοί αναγνωρίζουν την πολυπλοκότητα και τη στενή σύνδεση των υποσυστημάτων τα οποία λειτουργούν ως μέρη ενός γενικότερου συστήματος, διστάζουν να απλοποιήσουν τα συστήματα ασφάλειας. Μ' αυτό τον τρόπο αποδοκιμάζουν τις προφανείς και άμεσες εξηγήσεις για τη δημιουργία σφαλμάτων. Προχωρούν έτσι στην ανάλυση του προβλήματος της ασφάλειας πέρα απ' το ατομικό στο οργανωσιακό επίπεδο (Weick & Sutcliffe, 2011). Η ηγεσία και το υπεύθυνο προσωπικό αναλαμβάνουν από κοινού την ευθύνη για την ασφαλή λειτουργία του οργανισμού. Δημιουργείται συλλογική συνείδηση η οποία διαμορφώνεται από μια γενικευμένη ανησυχία για την αποτυχία αλλά και από την ευαισθησία των μελών της οργάνωσης απέναντι στις λειτουργίες (Weick & Sutcliffe, 2011).

Οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας χαρακτηρίζονται από την χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών ή σφαλμάτων τα οποία μπορούν να τα αποτρέψουν, να τα περιορίσουν ή να τα αποκαταστήσουν διεξάγοντας προληπτικές αναλύσεις. Η ανθεκτικότητα του συστήματος επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση προγραμμάτων προσομοίωσης, τα οποία επιτρέπουν στους εργαζόμενους να προβαίνουν σε εκτιμήσεις και να δρουν ικανοποιητικά σε περιπτώσεις κρίσεων (Bagnara et al., 2010).

Στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας καθιερώνεται μια κουλτούρα για την ασφάλεια η οποία έχει συγκεκριμένα και σταθερά χαρακτηριστικά. Οι εργαζόμενοι μπορούν να αναφέρουν λάθη χωρίς να υπάρχει ο φόβος της επίπληξης ή της τιμωρίας. Ενθαρρύνεται η συνεργασία μεταξύ διαφόρων ομάδων προκειμένου να λυθούν

προβλήματα σχετικά με την ασφάλεια. Διατηρείται σταθερή η δέσμευση της ηγεσίας αλλά και των εργαζομένων για την ασφάλεια, με δεδομένο ότι αναγνωρίζουν τους κινδύνους που προέρχονται από τον χαρακτήρα των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Οι πόροι δεσμεύονται και κατευθύνονται για να αντιμετωπιστούν προβλήματα που αφορούν την ασφάλεια (AHRQ 2014).

Στη βιβλιογραφία ορισμένοι ερευνητές κάνουν εναλλακτική χρήση των όρων Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας και Οργανισμοί Υψηλής Απόδοσης. Κάποιοι άλλοι διαφοροποιούν τους δύο όρους καθώς οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας δυνητικά παρουσιάζουν μεγαλύτερη εμφάνιση κινδύνων. Ωστόσο και οι δύο τύποι οργανισμών παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά: απασχολούν εκπαιδευμένο προσωπικό, δίνουν προτεραιότητα στην ομαδική εργασία και επενδύουν στη συνεχή εκπαίδευση, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν συστήματα ανταμοιβής, διοργανώνουν πρωτοβουλίες συνεχούς βελτίωσης (The Health Foundation 2011). Οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας είναι πολύ σημαντικοί οργανισμοί γιατί αποτελούν το πρότυπο για την προσαρμογή της λειτουργίας των οργανώσεων σε πολύπλοκα περιβάλλοντα, διασφαλίζοντας, μέσα από ένα ιδιαίτερο σύνολο διαδικασιών, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των οργανώσεων (Reason, 2000).

1.6 Νοσοκομεία - Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2017) τα ιατρικά λάθη αποτελούν την Τρίτη κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι προκύπτει ένα περιστατικό βλάβης ασθενούς κάθε 35 δευτερόλεπτα. Περίπου 1 στους 10 νοσηλευόμενους ασθενείς περιέρχεται σε ανεπιθύμητη ή ακραία κατάσταση κατά τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης, εξαιτίας της μη ασφαλούς και κακής ποιότητας φροντίδας. Από αυτά τα περιστατικά τουλάχιστον το 50% θα μπορούσε να έχει προβλεφθεί (WHO 2017). Στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται ότι το 8-12% των ασθενών που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο έχουν υποστεί περιστατικά ανεπιθύμητων ενεργειών (λοιμώξεις, σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή, χειρουργικά λάθη αποτυχίες κατά τη χρήση ιατρικής συσκευής, σφάλματα στη διάγνωση) (European Commission, 2014). Εκτιμάται ότι το κόστος της βλάβης που συνδέεται είτε με την απώλεια ζωής, είτε με μια μόνιμη αναπηρία είναι ιδιαίτερα υψηλό. Η απώλεια της εμπιστοσύνης απέναντι στο σύστημα υγείας και η διαμόρφωση

αντιλήψεων για τη μη αξιοπιστία των υπηρεσιών υγείας αποτελούν παράπλευρες ζημίες (WHO 2017). Στις ΗΠΑ σε δημοσιευμένη έκθεση του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ιατρικής (Institute of Medicine) το 1999 σχετικά με την ασφάλεια ασθενών σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης αναφέρεται ότι ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν εξαιτίας των ιατρικών λαθών είναι πολύ μεγαλύτερος απ' τον αριθμό των ατόμων που χάνουν τη ζωή τους σε ατυχήματα, από καρκίνο του πνεύμονα ή από AIDS. Αντίθετα οι θάνατοι που προκλήθηκαν στην εμπορική αεροπορία ήταν ελάχιστοι (Kohn et al., 2000).

Τα παραπάνω δεδομένα αποδεικνύουν ότι τα νοσοκομεία τα οποία αποτελούν σύνθετους οργανισμούς που λειτουργούν υπό πίεση σε διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, αποτελούν οργανώσεις υψηλού κινδύνου. Το πιο σημαντικό ζήτημα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών αποτελεί η πρόληψη και η αποφυγή της βλάβης κατά την υγειονομική περίθαλψη (WHO 2017). Ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας στην Υγεία (AHRQ) υποστηρίζει με σαφήνεια ότι απαιτείται η εφαρμογή στρατηγικών, προκειμένου να μετατραπούν τα νοσοκομεία σε Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας (Hines et al., 2008). Ο Reason το 2000 τονίζει ότι παρόλο που οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας μπορεί να απέχουν απ' την κλινική πρακτική, ορισμένα από τα πλέον καθοριστικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας τους θα μπορούσαν να εισαχθούν στη λειτουργία ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην μετατροπή των νοσοκομείων σε Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας. Παρά τις προφανείς βελτιώσεις αυτές οι πρωτοβουλίες δεν έχουν φέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Landrigan et al., 2010). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι συστημικές ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων καθώς και τα οργανωτικά εμπόδια δυσχεραίνουν την μετατροπή τους με δεδομένο ότι οι οργανωσιακοί μετασχηματισμοί απαιτούν μεγάλα χρονικά διαστήματα για να αποδώσουν. Στα νοσοκομεία εμφανίζονται συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες που τα αποτελέσματά τους καταλήγουν σε έναν ασθενή ή σε μικρή ομάδα ασθενών. Επιπλέον, οι ανεπιθύμητες ενέργειες στα νοσοκομεία εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη ποικιλία σε μορφή και θέση απ' ότι στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας ενώ σε αντίθεση με τους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας τα νοσοκομεία σπάνια επηρεάζονται από καταστροφές (Bagnara et al., 2010).

Τα νοσοκομεία αποτελούν συστήματα μεταβαλλόμενα και δυναμικά γιατί περιλαμβάνουν ανθρώπινα όντα. Η συναισθηματική εμπλοκή του ιατρονοσηλευτικού

προσωπικού μέσα στο νοσοκομείο βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Επίσης οι σχέσεις αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενών και προσωπικού διαφέρουν ανάλογα με το τμήμα του νοσοκομείου, σε αντίθεση με τους εργαζόμενους στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας οι οποίοι παίρνουν ορθολογικές αποφάσεις που στοχεύουν στην μεγιστοποίηση του αποτελέσματος του ίδιου του συστήματος. Οι άνθρωποι ποτέ δεν μπορούν να θεωρηθούν ως μια «σταθερή» μεταβλητή ιδιαίτερα σε μια παθολογική κατάσταση. Οι ασθενείς λοιπόν δημιουργούν στο νοσοκομείο μια κατάσταση διαρκώς μεταβαλλόμενη και έτσι καθίσταται σχεδόν αδύνατη η θέσπιση πρότυπων διαδικασιών, σαφών και αποτελεσματικών στρατηγικών (Vincent 2010).

Στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας οι εργαζόμενοι όταν συμμετέχουν σε ενεργητικές διαδικασίες ενεργούν τυποποιημένα μέσω πρακτικών στις οποίες είναι πολύ καλά εκπαιδευμένοι προβάλλοντας έτσι την εικόνα του καταξιωμένου επαγγελματία με ισοδύναμα προσόντα ως προς τα άλλα μέλη της ομάδας. Στην υγειονομική περίθαλψη η τυποποίηση απαιτεί σταθερές συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος, γεγονός ανέφικτο σε κάποιους τομείς του συστήματος υγείας (π.χ. μονάδες εντατικής θεραπείας, τμήματα επειγόντων περιστατικών ή χειρουργεία έκτακτης ανάγκης). Στους χώρους αυτούς η αυτονομία των εργαζόμενων είναι δυνατόν να αποτελέσει απειλή για την ασφάλεια. (Amalberti et al., 2005).

Για τους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας υπάρχουν μεγάλες χρονικές περίοδοι κατά τις οποίες οι διαδικασίες είναι «κανονικές» και η οργάνωση σταθερή. Στα νοσοκομεία η οργάνωση δεν είναι ποτέ η ίδια, εξαιτίας των μεταβαλλόμενων καταστάσεων των ασθενών απαιτείται συνεχής αναμόρφωση της οργάνωσης. Έτσι η οποιαδήποτε απρόβλεπτη κατάσταση οδηγεί σε αλλαγή της δυναμικής αλλά και της σύστασης των ομάδων τα μέλη των οποίων καλούνται πλέον να εργαστούν μαζί σε νεοσυσταθείσες ομάδες (Vincent, & Amalberti 2016).

Επιπλέον η μετανάστευση και η κινητικότητα των πληθυσμών οδηγούν στα νοσοκομεία ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα και οι οποίοι χρήζουν θεραπείας και φροντίδας. Έτσι τα νοσοκομεία απαιτείται να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες εφαρμόζοντας συστήματα πληροφόρησης όπου τα ιατρικά αρχεία των ανθρώπων που ανήκουν σε αυτούς τους πληθυσμούς θα είναι προσβάσιμα προσφέροντας άμεσα και αποτελεσματικά την πληροφόρηση σε οποιοδήποτε σημείο της Ευρώπης. Με δεδομένο ότι η σύνδεση των εθνικών συστημάτων

υγείας, μέσω των Τεχνολογιών της Πληροφορίας και Επικοινωνίας (ΤΠΕ), είναι επιβεβλημένη πια θα πρέπει να σχεδιαστούν με ιδιαίτερη προσοχή τα εργαλεία, ώστε να υπάρχει κατανόηση του ιστορικού υγείας και κοινή γραμμή αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας. Μια τέτοια κατάσταση δεν παρουσιάζεται συχνά στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας όπου ενδεχόμενες ασάφειες αποφεύγονται και αποτρέπονται (Caratozzolo et al., 2008).

Οι ασθενείς σήμερα ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την κατάσταση της υγείας τους και συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συχνά δεν είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει αυτή τη διαλεκτική αλληλεπίδραση. Τέτοιου είδους καταστάσεις δεν αντιμετωπίζουν οι Οργανισμοί Υψηλής Αξιοπιστίας (Vincent 2010). Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία καλούνται να χρησιμοποιούν από απλό έως εξελιγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό εκ περιτροπής, ανάλογα με την διαδικασία. Στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας, τέτοιου είδους μεταβολές στις συνθήκες χρήσης τεχνολογικών μέσων είναι άγνωστες (Vincent, & Amalberti 2015).

Ο πειραματισμός είναι ενσωματωμένος στην ιατρική πρακτική. Η πρόοδος στην ιατρική, οι ανακαλύψεις και οι βελτιώσεις προέρχονται και από τις πληροφορίες που παίρνουμε από τα σφάλματα που συμβαίνουν στον χώρο της υγείας. Η πρακτική αυτή αποφεύγεται συστηματικά στους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας (Gawande, 2010). Παρόλα αυτά οι πιο συνηθισμένες αρχές της θεωρίας των Οργανώσεων Υψηλής Αξιοπιστίας που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης περιελάμβαναν: α) την προσπάθεια βελτίωσης της κουλτούρας ασφάλειας β) την τυποποίηση διαδικασιών βάσει πρωτοκόλλων γ) την χρήση λίστας ελέγχου και άλλων εργαλείων δ) προτάσεις για την ενίσχυση της ομαδικής εργασίας ε) τη χρήση στοιχείων των διαδικασιών βασισμένα στο σύστημα CRM (Crew Resource Management: σύνολο εκπαιδευτικών διαδικασιών για χρήση σε περιβάλλοντα, όπου το ανθρώπινο λάθος μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα) στ) ενημερώσεις για την ασφάλεια και ζ) την προσέγγιση της θεωρίας των ανθρώπινων παραγόντων. (The Health Foundation 2011).

2.Η ασφάλεια στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης

2.1 Προσεγγίζοντας το ιατρικό λάθος

Στην δεκαετία του 1950-1960 υπήρξαν ορισμένες μελέτες που ασχολήθηκαν με το ιατρικό λάθος και την βλάβη που προκαλείται στους ασθενείς κατά την διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης (WHO 2002). Μέχρι το 1990 η παραδοσιακή προσέγγιση σχετικά με τα ιατρικά λάθη υποστήριζε ότι οι καλά εκπαιδευμένοι και συνειδητοποιημένοι γιατροί δεν κάνουν λάθη. Σύμφωνα με την ίδια αρχή κάθε σφάλμα ισοδυναμεί με ανικανότητα ενώ η μοναδική κατάλληλη και πιο αποτελεσματική μέθοδος αποτροπής των σφαλμάτων είναι η τιμωρία. Η θέση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την σπάνια αποκάλυψη των λαθών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Συνεπώς ασθενείς και προϊστάμενοι των νοσοκομείων βρίσκονταν σε άγνοια, η μειωμένη αναφορά λαθών έκανε τη μάθηση σχεδόν αδύνατη, ενώ οι νομικοί σύμβουλοι ενθάρρυναν και υποστήριζαν αυτή την πρακτική προς αποφυγή οποιασδήποτε προσφυγής στη δικαιοσύνη (PSEP, 2017).

Μέσα στην δεκαετία του '90 αρκετοί ερευνητές όπως οι Leape και Cooper υποστήριξαν ότι το ζήτημα του ιατρικού λάθους σχετίζεται με την ψυχολογία και τους ανθρώπινους παράγοντες. Ο Reason ανέπτυξε μια συστημική θεωρία (το μοντέλο του ελβετικού τυριού) σχετικά με την αιτία και αντιμετώπιση των ατυχημάτων, το οποίο αν και αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την κατανόηση του σφάλματος σε πολύπλοκα βιομηχανικά περιβάλλοντα στη συνέχεια πρότεινε την εφαρμογή του στην υγειονομική περίθαλψη. Το 1990 σε μια απ' τις κυριότερες βάσεις δεδομένων για ιατρικές έρευνες στην Medline, δεν περιλαμβάνονταν κανένα στοιχείο που αφορούσε το ιατρικό λάθος (Vincent 2010).

Η δημοσίευση της έκθεσης «Err is Human» απ' το Institute of Medicine (IOM) που κυκλοφόρησε στα τέλη του 1999 και στη συνέχεια το πλήρες κείμενο το 2000, υπήρξε η πρώτη δημόσια και καθοριστική αναφορά σχετικά με την ασφάλεια ασθενών. Έφερε στο προσκήνιο τα ιατρικά λάθη και έθεσε το θέμα στην κορυφή του πολιτικού σχεδίου δράσης για την υγεία, προκαλώντας περαιτέρω δημόσια συζήτηση σε παγκόσμιο επίπεδο (Kohn, et al., 2000). Η δήλωση ότι 44.000 ως 98.000 άνθρωποι πεθαίνουν στα αμερικανικά νοσοκομεία ετησίως εξαιτίας ιατρικών λαθών ήταν αυτή που προσέλκυσε

το ενδιαφέρον του κοινού αρχικά. Ο στόχος της συγκεκριμένης έκθεσης ήταν ο καθορισμός της ασφάλειας των ασθενών η οποία αποτελεί βασικό ζητούμενο της υγειονομικής περίθαλψης. Το 2000 το British Medical Journal ασχολήθηκε με το θέμα και προσπάθησε να κινητοποιήσει τόσο τον ακαδημαϊκό χώρο όσο και αυτούς που ασχολούνταν με την κλινική ιατρική (Vincent, 2010).

Στη διάρκεια του ίδιου έτους 2000 το National Health Service (NHS) στη Βρετανία δημοσίευσε μια έκθεση με τίτλο «An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Event in the NHS». Η έκθεση αυτή συντάχθηκε από ομάδα εμπειρογνομόνων υπό την καθοδήγηση του Liam Donaldson και αναγνώρισε ως αιτίες των ανεπιθύμητων συμβάντων όχι μόνο τα λάθη για τα οποία ευθύνονται τα άτομα αλλά και αυτά που οφείλονταν σε παράγοντες του συστήματος. Τόνιζε την ανάγκη για τη δημιουργία μηχανισμών που θα εξασφάλιζαν την αναφορά και ανάλυση των αιτιών που προκαλούσαν ανεπιθύμητα συμβάντα, την ανάγκη δημιουργίας θετικής κουλτούρας για την αναφορά του σφάλματος, τη δημιουργία μηχανισμών που θα εξασφάλιζαν τις απαραίτητες αλλαγές στο σύστημα αλλά και τη σημασία της πρόληψης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Donaldson, et al., 2000).

Στην έκθεση του Institute of Medicine (IOM) ορίζεται το ιατρικό σφάλμα ως «*η αποτυχία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να ολοκληρωθεί όπως είχε προβλεφθεί (σφάλμα εκτέλεσης) ή η χρήση λανθασμένου σχεδίου για την επίτευξη ενός στόχου (σφάλμα σχεδιασμού)*». Στην ίδια έκθεση ορίζεται το ανεπιθύμητο συμβάν ως «*η βλάβη που προκαλείται από μια ιατρική παρέμβαση και δεν είναι αποτέλεσμα της υποκείμενης νόσου ή της κατάστασης του ασθενή*». Κάποια ανεπιθύμητα συμβάντα, αλλά όχι όλα, μπορούν να αποδοθούν σε ιατρικά σφάλματα. Αυτά ακριβώς είναι τα συμβάντα που μπορούν να προληφθούν και ως εκ τούτου να αποτραπούν (Kohn, et al., 2000). Τα ιατρικά λάθη συνήθως αναφέρονται στις παρενέργειες φαρμάκων, στη χρήση του πολύπλοκου τεχνολογικού εξοπλισμού, στις ιατρικές επεμβάσεις και στην κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής (Πολλάλης et al., 2015).

Η υγειονομική περίθαλψη απαιτεί τον συντονισμό και την προσαρμογή των επαγγελματιών υγείας σε σύνθετες και μεταβαλλόμενες καταστάσεις οι οποίες επηρεάζονται ταυτόχρονα από πολλούς παράγοντες. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να επιλύσει προβλήματα τα οποία απαιτούν τον συνδυασμό γνώσεων, δεξιοτήτων αλλά και πρωτοκόλλων. Ο επιστημονικός κλάδος της θεωρίας των

Ανθρώπινων Παραγόντων και Εργονομίας μελετά και παρέχει πληροφορίες που βοηθούν στην κατανόηση των σχέσεων μεταξύ του ατόμου ή ομάδας ατόμων και της αλληλεπίδρασης αυτών με το περιβάλλον εργασίας. (Fortune, et al., 2013). Στόχος αυτής της θεωρίας είναι από τη μία να υποστηρίξει τόσο στον γνωστικό όσο στον σωματικό τομέα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ από την άλλη να προωθήσει την υψηλή ποιότητα και την ασφάλεια των ασθενών στον τομέα της υγείας (Russ,et al., 2013).

Ο επανασχεδιασμός των συστημάτων με βάση τους Ανθρώπινους Παράγοντες στοχεύει όχι μόνο στην πρόληψη των λαθών και στην βελτίωση της ασφάλειας ασθενών αλλά ταυτόχρονα και στην εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού, στην αύξηση των κινήτρων τους και στην αποδοχή από μέρους τους των διαδικασιών που επιβάλλονται στην περίθαλψη. Επίσης εστιάζει στον τρόπο που η ανθρώπινη συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο επηρεάζεται από την κούραση και την πίεση χρόνου (Xie, & Carayon, 2015). Η θεωρία των Ανθρώπινων Παραγόντων και Εργονομίας επηρεάζει σημαντικούς τομείς που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Ο επανασχεδιασμός στη χρήση ιατρικών συσκευών και εργαλείων και η εισαγωγή της Πληροφορικής της Υγείας έχουν στόχο την εξάλειψη των κινδύνων κατά τη διαδικασία της περίθαλψης (Carayon, et al., 2014).

Το ανθρώπινο λάθος και η κατανόηση των αιτιών που το προκαλούν προσεγγίζεται σύμφωνα με τη θεωρία του Reason (μοντέλο του ελβετικού τυριού). Η πρόληψη και η μείωση εμφάνισης σφαλμάτων, βάσει της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων και Εργονομίας, επιτυγχάνεται με τον εκ νέου σχεδιασμό των συστημάτων ενώ η κατάρτιση των εργαζόμενων δεν αποσκοπεί στην εξισορρόπηση των αποτελεσμάτων ενός κακώς σχεδιασμένου συστήματος αλλά βασίζεται στην βελτίωση των διαδικασιών και στην αλληλεπίδραση μέσα στην ομάδα. Η αποδοτικότητα που απαιτείται απ' το προσωπικό υγείας, η επικοινωνία, η συμπεριφορά, οι ικανότητες της ηγεσίας και της διοίκησης και ο ρόλος των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων για την διάγνωση, τη θεραπεία και την αξιολόγηση των πόρων επηρεάζουν το επίπεδο της ασφάλειας των ασθενών (Carayon, et al., 2014, Fortune, et al., 2013).

Η εμφάνιση σφάλματος είναι αναπόφευκτη. Γι' αυτό σχεδιάζονται συστήματα που στηρίζονται στις αρχές των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας και τα οποία προβλέπουν, διορθώνουν και περιορίζουν την εμφάνιση σφαλμάτων. Η ανθεκτικότητα των συστημάτων επηρεάζει καθοριστικά την ασφάλεια των ασθενών. Προτείνονται δύο

πρότυπα συστήματα εργασίας για την φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών. Το ένα προτείνεται από τον Vincent και τους συνεργάτες του και το άλλο το SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) από τον Carayon και την ομάδα συνεργατών του (Carayon, et al., 2014). Αν και είναι πλέον κατανοητό ότι η αφομοίωση των αρχών της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων και Εργονομίας θα αποτελούσε βασικό μηχανισμό στη βελτίωση της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη, δεν έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος προς αυτή την κατεύθυνση (Russ, 2013).

2.2 Παγκόσμια δεδομένα που επιβάλλουν την αλλαγή κουλτούρας στην υγειονομική περίθαλψη

Η ασφάλεια ασθενών αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα που επιζητά λύση. Καθώς στόχος των νοσοκομείων είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν κρίνεται αναγκαία η δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφάλειας σε αυτούς τους οργανισμούς.

Ο ορισμός της κουλτούρας ασφάλειας στην Υγεία είναι *«το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, των στάσεων, των αντιλήψεων, των ικανοτήτων και των προτύπων συμπεριφοράς που καθορίζουν τη δέσμευση τον τύπο και την επάρκεια για την διαχείριση της υγείας και της ασφάλειας ενός οργανισμού. Οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που βασίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη, από κοινές αντιλήψεις για τη σημασία της ασφάλειας και από την εμπιστοσύνη για την αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων»* (Sorra et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ Μάρτιος 2018) η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, αφού υπάρχει πιθανότητα 1 έως 300 ασθενείς να υποστούν βλάβες κατά τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης, σε σχέση με την πιθανότητα ενός ανά εκατομμύριο να τραυματιστεί κάποιος σ' ένα αεροπορικό ταξίδι. Οι αερομεταφορές και οι πυρηνικές βιομηχανίες έχουν πολύ καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη σε αυτόν τον τομέα. Εκτιμάται ότι παγκοσμίως υπάρχουν 421 εκατομμύρια νοσηλείες ετησίως, ενώ 42,7 εκατομμύρια ανεπιθύμητα γεγονότα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτών των νοσηλείων. Οι βλάβες ασθενών αποτελούν την 14η αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο σε σύγκριση με ασθένειες όπως η

φυματίωση και η ελονοσία. Ένας στους δέκα ασθενείς σε χώρες υψηλού εισοδήματος και το 8% των ασθενών σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος βλάπτονται από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σε χώρες με υψηλό εισόδημα το 50% αυτών των περιστατικών είναι αποτρέψιμα ενώ σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος το 83% των ανεπιθύμητων ενεργειών θα μπορούσε να αποφευχθεί και το 30% να οδηγήσει σε θάνατο. Επίσης παρατηρήθηκε ότι τα 2/3 περίπου όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών εμφανίζονται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Ο Π.Ο.Υ επίσης αναφέρει ότι τα σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή αντιστοιχούν στο 1% περίπου των συνολικών δαπανών για την υγεία, ποσό το οποίο εκτιμάται στα 42 εκατομμύρια δολάρια ετησίως. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, άμεσα συνδεδεμένες με την ασφάλεια των ασθενών, επηρεάζουν το 14% των ασθενών που νοσηλεύονται. Οι ανακριβείς ή καθυστερημένες διαγνώσεις βλάπτουν έναν σημαντικό αριθμό ασθενών αντιπροσωπεύοντας το 6%-7% όλων των ανεπιθύμητων ενεργειών στα νοσοκομεία. Στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι το 5% των ασθενών, δηλαδή περισσότερο από 12 εκατομμύρια άτομα αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό διαγνωστικό σφάλμα σύμφωνα με μελέτη των Sigh et al το 2014. Τα στοιχεία είναι περιορισμένα όσον αφορά τις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα λόγω της μη πρόσβασης στα αρχεία, όμως με το αναμενόμενο ποσοστό να είναι υψηλότερο από αυτό των χωρών υψηλού εισοδήματος. Η ακατάλληλη χρήση ακτινοβολίας ή η χρήση της από ανειδίκευτους μπορεί να προκαλέσει βλάβες στην υγεία των ασθενών ή των επαγγελματιών υγείας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την χειρουργική πράξη οδηγούν σε υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα λάθη που σχετίζονται με τα συστήματα και τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύουν το 5%-50% όλων των ιατρικών σφαλμάτων. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 15% των δαπανών για την υγεία ξοδεύεται άσκοπα για να αντιμετωπιστούν τα αποτελέσματα των ανεπιθύμητων ενεργειών με το κόστος των ζημιών να ανέρχεται σε τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.

Η μείωση των περιστατικών βλάβης μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων. Η βλάβη κατά τη διάρκεια της περίθαλψης επιδρά σημαντικά τόσο στον ασθενή όσο και στους συγγενείς του. Προφανώς υπάρχει η άμεση επίδραση των αποτελεσμάτων της βλάβης στον ίδιο τον ασθενή με σωματικά ή ψυχολογικά επακόλουθα. Επιπλέον ο τρόπος που αντιμετωπίζεται το συμβάν από τους υπεύθυνους,

ασκεί έντονη επίδραση στον ασθενή και στους οικείους του. Η συναισθηματική φόρτιση του ασθενή και των συγγενών του είναι πολύ έντονη καθότι τίθεται πλέον θέμα εμπιστοσύνης σε άτομα, που εκ προοιμίου, είχαν εμπιστευθεί λόγω της θέσης τους. (Vincent, 2010). Το ιατρικό λάθος, ιδίως όταν έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη κάποιου ασθενή, μπορεί να έχει σοβαρότατες συνέπειες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ιδιαίτερα όταν αυτό θεωρηθεί είτε σωστά είτε λανθασμένα υπεύθυνο για το συμβάν (Wu, 2012).

Τα προηγούμενα χρόνια ήταν πολύ δύσκολο να βρεθούν σαφείς απολογισμοί για τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Οι νοσοκομειακοί φάκελοι που αποτελούσαν την κύρια πηγή πληροφοριών ήταν προσανατολισμένοι σε στοιχεία που αφορούσαν την αποζημίωση και την ευθύνη και όχι την ασφάλεια (Lee, Domino, 2002). Αντίθετα σήμερα είναι διαθέσιμες οι πηγές για αντίστοιχα περιστατικά αν και κινούνται συνήθως, περισσότερα σ' ένα πλαίσιο λογοδοσίας παρά προβληματισμού και μάθησης. Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί σε πολλές χώρες στην αξιολόγηση της φύσης και της κλίμακας των βλαβών. Οι μελέτες που εκπονήθηκαν οδήγησαν σε αποτελέσματα, ευρέως αποδεκτά, τα οποία παρουσίασαν τη φύση και την έκταση των ανεπιθύμητων γεγονότων στα χειρουργεία, τα σφάλματα σε σχέση με τις λοιμώξεις, τα ανεπιθύμητα γεγονότα που προκύπτουν από τη χορήγηση φαρμάκων και άλλων θεμάτων ασφαλείας. Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στην ανάπτυξη αξιόπιστων δεικτών, εντούτοις η μέτρηση και η παρακολούθηση της ασφάλειας ασθενών εξακολουθεί ν' αποτελεί πρόκληση (Vincent, et al., 2014).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η ασφάλεια ασθενών αποτελεί σημαντικό θέμα ανησυχίας. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα συμπεριλαμβανομένων και αυτά των λοιμώξεων επηρεάζουν το 8-10% των ασθενών που έχουν εισαχθεί στα νοσοκομεία της. Εκτιμάται ότι κάθε χρόνο 4,1 εκατομμύρια ασθενείς αποκτούν λοίμωξη κατά την νοσηλεία τους ενώ περίπου 37000 άνθρωποι πεθαίνουν. Το 20-30% των λοιμώξεων εκτιμάται ότι μπορεί να προληφθεί. Το 2009 το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε μια σειρά συστάσεων με σκοπό την ασφάλεια ασθενών συμπεριλαμβανομένης της πρόληψη και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη. Οι συστάσεις συμπλήρωναν προγενέστερες οδηγίες (Simerka, 2009). Το 2014 η επιτροπή δημοσίευσε έκθεση για την υλοποίηση της σύστασης (2009/C 151/01) στην οποία ήταν φανερό ότι «οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν τουλάχιστον τα μισά από τα μέτρα που

εξετάζονται στην παρούσα έκθεση, ορισμένες χώρες έχουν επιτύχει σχεδόν πλήρη εφαρμογή των 13 μέτρων, ενώ 11 έχουν εφαρμόσει λιγότερο από το ήμισυ των συστάσεων» (COM, 2014). Η έρευνα του Ευρωβαρομέτρου σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της περίθαλψης, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Νοεμβρίου και Δεκεμβρίου 2013 και στις 28 χώρες της ΕΕ, δείχνει ότι: το 53% των πολιτών της Ε.Ε. πιστεύουν ότι είναι πιθανό να υποστούν βλάβες κατά τη διάρκεια της περίθαλψης στη χώρα τους. Το 27% περίπου των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι έχουν εμπειρία ανεπιθύμητου συμβάντος κατά την περίθαλψή τους ενώ το 46% αυτών δηλώνουν ότι το κατήγγειλαν, όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2009 ήταν στο 28% (Ε.Ε. Δελτίο τύπου 2014).

2.3 Η σχέση της ποιότητας και της ασφάλειας ασθενών στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης

Ο Vincent ορίζει ως ασφάλεια ασθενών «την αποφυγή, πρόληψη και βελτίωση των δυσμενών αποτελεσμάτων ή των τραυματισμών που προκύπτουν κατά τη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψης». Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μια πολύ σημαντική πτυχή της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Vincent, 2010). Η ασφάλεια αποτελεί ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης για τους επαγγελματίες Υγείας. Το συγκεκριμένο θέμα μελετάται και αναλύεται από διαφορετικές επιστήμες, εκτός της Ιατρικής, όπως αυτές της Γνωσιακής Ψυχολογίας, της Επιστήμης των Ανθρώπινων Παραγόντων και Εργονομίας και της Επιστήμης της Διοίκησης των Οργανισμών.

Σύμφωνα με τον Institute of Medicine (IOM) ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων, συμβαδίζοντας με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις» (Lohr et al., 1990). Η ποιότητα είναι συγκεκριμένη έννοια και μπορεί να μετρηθεί. Ο Donabedian, μεγάλος θεωρητικός που μελέτησε την ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη, ερευνώντας τις διαστάσεις της ποιότητας καθόρισε τρία συστατικά στοιχεία α) τη δομή η οποία περιλαμβάνει τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, την χρηματοδότηση, τον αριθμό των εργαζομένων και τα προσόντα τους β) τη διαδικασία δηλαδή την οργάνωση και λειτουργία του οργανισμού και την παροχή υπηρεσιών και γ) την αποτίμηση των αποτελεσμάτων των δράσεων και των υπηρεσιών που παρέχονται (Donabedian, 1966).

Το 2001 στις ΗΠΑ δημοσιεύθηκε από το Institute of Medicine (IOM) μία δεύτερη έκθεση σχετικά με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η έκθεση με τον τίτλο «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21th Century» επικεντρώνεται σε έξι βασικά στοιχεία της ποιοτικής φροντίδας, βάσει των οποίων θα πρέπει να σχεδιαστεί το σύστημα παροχής υγείας ώστε να βελτιωθεί η περίθαλψη. Σύμφωνα με την έκθεση η περίθαλψη πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική ως προς την παροχή υπηρεσιών και ταυτόχρονα βασισμένη στην επιστημονική γνώση, επικεντρωμένη στον ασθενή, έγκαιρη, απαλλαγμένη από εθνικές, φυλετικές, κοινωνικές και οικονομικές διακρίσεις, και αποδοτική ως προς τη διαχείριση των πόρων (Wolfe, 2001).

Οι ερευνητές μελετώντας συστηματικά τα θέματα ασφάλειας στον υγειονομικό χώρο, έδωσαν ιδιαίτερη προσοχή τόσο στα ιατρικά λάθη, όσο και στην αντιμετώπιση των αιτιών που τα προκαλούν. Αξιολόγησαν τα αποτελέσματα και τα επακόλουθα ανεπιθύμητα συμβάντα που προκύπτουν εξαιτίας των ιατρικών σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της περίθαλψης. Την απάντηση για τα αίτια που προκαλούν τα ιατρικά λάθη την έδωσαν οι κλάδοι της Ψυχολογίας και της Εργονομίας, εστιάζοντας στη μελέτη του ανθρώπινου παράγοντα. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Xie & Carayon, (2015) επισημαίνεται ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζοντας τη σημασία του επανασχεδιασμού των συστημάτων με βάση τους κανόνες Εργονομίας και της Θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων και επενδύοντας πόρους για τη συμπερίληψη των ανωτέρων κανόνων στις δραστηριότητες τους, οδηγούνται στην βελτίωση της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. Προστέθηκαν νέα εργαλεία και νέες τεχνικές που βελτίωναν την περίθαλψη αν και πολλές από τις βασικές έννοιες και αρχές που αφορούν στην ασφάλεια των ασθενών μπορούσαν να εντοπιστούν σε προγενέστερο χρόνο, μέσα σε μελέτες και γραπτά επιστημόνων. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται και καθορίζεται από την ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων πόρων, από τις θέσεις και τις αξίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας, από τον τρόπο που ασκείται στην πράξη η ιατρική, από την ισότιμη αντιμετώπιση των ατόμων και των πληθυσμών σε θέματα υγείας και από την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών (Vincent, 2010).

Η ασφάλεια των ασθενών διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αποτελεί τη βάση για την παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας στην υγειονομική περίθαλψη (Mitchell,

2008).Στον βιομηχανικό χώρο έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στον τομέα της ασφάλειας, η οποία επιτυγχάνεται δίνοντας την απαραίτητη σημασία στον σχεδιασμό, στη συντήρηση και στην απόδοση των συστημάτων. Οι μεγάλες βιομηχανίες επεδίωξαν τη δημιουργία ποιότητας κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παραγωγής των προϊόντων τους. Όμοια και στην υγειονομική περίθαλψη η οποία απαρτίζεται από διαδικασίες με διαφορετικό βαθμό πολυπλοκότητας, θα πρέπει όλοι οι εμπλεκόμενοι να εκτελούν σωστά το έργο τους και να διαδραματίζουν τον ρόλο τους ώστε να επιτυγχάνεται υψηλότερη ποιότητα στην περίθαλψη των ασθενών (Vincent, 2012).

2.4 Κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών

Η δημοσίευση της έκθεσης «Err is Human» το 2000 υπήρξε κυριολεκτικά μια «επανάσταση» στο χώρο της Υγείας. Επίσης αποτέλεσε μια ισχυρή έκκληση και ταυτόχρονα πρόκληση για άμεση δράση σε διάφορα επίπεδα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την ασφάλεια των ασθενών στις ΗΠΑ.

Καθώς τα δεδομένα και τα πρότυπα στον χώρο της Υγείας συνεχώς μεταβάλλονται και βελτιώνονται η υπόθεση της ασφάλειας των ασθενών ακολουθεί αυτή την συνεχώς μεταβαλλόμενη πορεία (Vincent & Amalberti, 2015). Η προσπάθεια που καταβάλλουν οι οργανισμοί παροχής υγείας για την μείωση και εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν ιατρικά λάθη ή ανεπιθύμητα συμβάντα οδηγεί στην ανάγκη ανάπτυξης μιας κουλτούρας ασφάλειας (Mardon et al., 2010, Berry, et al.,2016).

Η κουλτούρα ασφάλειας στον τομέα της υγείας συμπεριλαμβάνει τις στάσεις των εργαζομένων, τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τα θέματα ασφάλειας αλλά και την ατομική εμπλοκή του καθενός σε θέματα ασφάλειας στην καθημερινή πρακτική. Αποτελεί προϊόν κοινωνικής μάθησης και θεωρείται ως ένα υποσύνολο της οργανωσιακής κουλτούρας (Weaver et al., 2013).

Στην αναφορά του το Institute of Medicine, μετά τη δημοσίευση της έκθεσης «Err is Human» αναφέρει ως κύρια αιτία νοσηρότητας ή θνητότητας στις ΗΠΑ τα ιατρικά λάθη δηλώνοντας ότι 98000 θάνατοι περίπου οφείλονται σ' αυτά ετησίως. Έκτοτε ξεκίνησαν εκτεταμένες έρευνες που είχαν στόχο να ορίσουν και να υποδείξουν τους τρόπους μείωσης της συχνότητας εμφάνισης ιατρικών λαθών στον τομέα της Υγείας, γεγονός που θα οδηγούσε στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Χρειάστηκε να

αναθεωρηθεί η παραδοσιακή θέση η οποία θεωρούσε ως μοναδική αιτία πρόκλησης σφάλματος τις ενέργειες των ατόμων και να αναζητηθούν οι αιτίες τους και στους παράγοντες των συστημάτων υγείας. Έτσι σταδιακά οι ερευνητές οδηγήθηκαν σε συμπεράσματα σύμφωνα με τα οποία τα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα αποτελούν ευκαιρίες για μάθηση και βελτίωση των παραγόντων των συστημάτων υγείας, τα οποία βασίζονται πλέον στις αρχές των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας (Tsao et al., 2015, December).

Η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που ορίζονται ως χαρακτηριστικά της κουλτούρας ενός οργανισμού: α) η δέσμευση για την ασφάλεια οργανώνεται και σχεδιάζεται στα υψηλότερα κλιμάκια του οργανισμού β) οι κοινές στάσεις και αντιλήψεις που μοιράζονται οι εργαζόμενοι σε σχέση με την περίθαλψη και την ασφάλεια γ) η ύπαρξη ρεαλιστικών και ευέλικτων κανόνων και προτύπων ασφάλειας στον οργανισμό και δ) η ανατροφοδότηση μέσω της παρακολούθησης και ανάλυσης των σφαλμάτων με βάση τη συστημική προσέγγιση (Pidgeon, & O'Leary, 2000).

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται αρκετές μελέτες που προσπαθούν να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά των οργανισμών που διαθέτουν ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας (Singer et al., 2003). Το 2010 οι Sammer et al δημοσίευσαν μια ανασκοπική μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, μέσω της οποίας προσπάθησαν να προσδιορίσουν εννοιολογικά την κουλτούρα και να οργανώσουν τις ιδιότητες οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηρίζουν ένα μοντέλο κουλτούρας ασφάλειας στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Επισημάνθηκαν τα παρακάτω επτά χαρακτηριστικά: ο ρόλος της ηγεσίας, η ομαδική εργασία, η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η οργανωτική μάθηση, η χρήση πρακτικών που ενσωματώνουν τυποποιημένες διαδικασίες, λίστες και πρωτόκολλα, η προαγωγή των πληροφοριών για την ασφάλεια μέσω της δημιουργίας ενός κλίματος εμπιστοσύνης και τέλος η περίθαλψη που επικεντρώνεται στον ασθενή και στην οικογένεια του. Η ανάπτυξη αυτών των χαρακτηριστικών θα μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια της ηγεσίας στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να αναπτυχθεί και να βελτιωθεί η κουλτούρα ασφάλειας (Sammer et al., 2010).

Το 2015 το Εθνικό Ίδρυμα για την Ασφάλεια των Ασθενών (NPSF) στις ΗΠΑ, συγκάλεσε μια ομάδα εμπειρογνομόνων η οποία μελέτησε την εξέλιξη του θέματος της

ασφάλειας ασθενών. Η έκθεση Free from Harm Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years After To Err is Human αφενός αναγνωρίζει τους τομείς στους οποίους πραγματοποιήθηκε πρόοδος και αφετέρου επισημαίνει τα κενά που εξακολουθούν να υπάρχουν καταθέτοντας συγκεκριμένες προτάσεις για την επιτάχυνση της βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών. Διαπιστώθηκε ότι παρόλο που στο χώρο της Υγείας είναι πλέον καλύτερα κατανοητό από όλους το πρόβλημα της βλάβης και της ασφάλειας, εντούτοις τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό αξιοπιστίας πράγμα που σημαίνει ότι οι βλάβες που εξακολουθούν να υφίστανται οι ασθενείς θα μπορούσαν να έχουν προβλεφθεί και άρα να έχουν αντιμετωπιστεί. Η προσδοκία που καλλιεργήθηκε μετά τη δημοσίευση του Err is Human, ότι μόνιμη και ουσιαστική βελτίωση των προβλημάτων θα επιτυγχάνονταν μέσω της ανταλλαγής δεδομένων και των παρεμβάσεων, διαψεύστηκε καθότι πλέον καθίσταται ευδιάκριτο τα γεγονός ότι τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια είναι περισσότερο σύνθετα και γενικευμένα (Berwick & Shojania, 2015).

Η ασφάλεια ασθενών παραμένει στο κέντρο της συζήτησης για τη δημόσια υγεία μέχρι σήμερα. Οι σοβαρές βλάβες που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της περίθαλψης σε ασθενείς είναι 10 ως 20 φορές πιο συχνές από τους θανάτους (James, 2013).

Στην έκθεση του Institute of Medicine Committee on the Quality of Health Care in America το 2000 (IOM) διαπιστώθηκαν θέματα ασφάλειας που αφορούσαν όλες τις ηλικίες, σε όλες τις δομές που παρέχεται υγειονομική περίθαλψη και όχι μόνο σε νοσοκομειακούς χώρους. Το Err is Human Building a Safer Health System αναγνωρίζει ότι η ασφάλεια αποτελεί προτεραιότητα σ' όλα τα συστήματα υγείας των κρατών και επικεντρώνεται σε τέσσερις παράγοντες της υγειονομικής περίθαλψης που σχετίζονται με τη βελτίωση της ασφάλειας. Στην έρευνα, στη χρήση εργαλείων και στην εισαγωγή πρωτοκόλλων που παρέχουν τις απαραίτητες γνώσεις για την ασφάλεια. Στη μάθηση που επιτυγχάνεται μέσω εντοπισμού και αναφοράς των σφαλμάτων, ενώ οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται από την ηγεσία να συμμετέχουν σε συστήματα αναφοράς. Στην αντικατάσταση της παραδοσιακής προσέγγισης για την αιτία του σφάλματος και της τιμωρίας του υπεύθυνου από την διερεύνηση των παραγόντων του συστήματος. Στις δράσεις που αναλαμβάνουν και πραγματοποιούν οι ηγεσίες, οι προϊστάμενοι και οι επαγγελματικές ομάδες οι οποίες στοχεύουν στην αύξηση των προτύπων για την βελτίωση της ασφάλειας. Δεκαπέντε χρόνια μετά το Err is Human η υγειονομική

περίθαλψη βελτιώθηκε, ενώ αρκετά νοσοκομεία υιοθέτησαν τις αρχές της θεωρίας των Οργανισμών Υψηλής Αξιοπιστίας. Η επόμενη έκθεση του NPSF το 2015 τονίζει ότι παρόλο που βελτιώθηκαν αρκετοί παράγοντες, η συνεχώς μεταβαλλόμενη φύση της υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί να δοθεί προσοχή και σε άλλες διαστάσεις που δεν είχαν μελετηθεί με την προγενέστερη έρευνα. Η υπερβολική χρήση της ακτινοβολίας, η λανθασμένη διάγνωση, η αντιμετώπιση ζητημάτων ασφάλειας σ' όλους τους χώρους παροχής υγείας, η στήριξη των επαγγελματιών Υγείας και η εκπαίδευση σ' όλα τα επίπεδα πάνω σε θέματα ασφάλειας αποτελούν νέες διαστάσεις του θέματος που επιβάλλεται να μελετηθούν συστηματικά. Επιπλέον η ηλεκτρονική καταχώρηση των σφαλμάτων και η κόπωση συναγερμού ή η λανθασμένη χρήση συσκευής με συναγερμό είναι σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση ενός ασφαλούς υγειονομικού συστήματος. Στόχος είναι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που η πρόοδος του στο μέλλον εξαρτάται από την καλή ομαδική δουλειά και επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, από την ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας και από την ενεργή συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών τους. Συγκεκριμένα η ομάδα των εμπειρογνομόνων στην έκθεση του Εθνικού Ιδρύματος για την Ασφάλεια των Ασθενών (NPSF) προτείνει μια δέσμη μέτρων τα οποία είναι αναγκαία προκειμένου να βελτιωθεί η ασφάλεια στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Συστήνει να ληφθούν μέτρα που αφορούν τη δέσμευση της ηγεσίας για την ασφάλεια σε όλα τα επίπεδα και συστήνει την υποστήριξη των εργαζομένων, τη χρήση της Τεχνολογίας Πληροφορίας και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) προς όφελος των ασθενών, προτείνει τη συνεργασία φορέων σχετικών με την βελτίωση της ασφάλειας και την αύξηση των οικονομικών πόρων για την έρευνα και την επικοινωνία και τέλος συστήνει την ανταλλαγή πληροφοριών καθ' όλη τη διάρκεια της περίθαλψης (Berwick & Shojania, 2015).

2.5 Παιδιατρικά Νοσοκομεία

Τα παιδιατρικά νοσοκομεία από τη φύση τους αποτελούν πολύπλοκους και σύνθετους οργανισμούς με δεδομένο ότι υπάρχουν σημαντικοί και μοναδικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι καθιστούν την περίθαλψη των παιδιών περισσότερη σύνθετη σε σχέση με αυτή των ενηλίκων. Το αναπτυξιακό στάδιο, η ανεπαρκής επικοινωνία λόγω της ανωριμότητας στον γλωσσικό τομέα και οι υπάρχουσες κοινωνικές τους δεξιότητες, η διαφορετική επιδημιολογία καθώς τα περισσότερα παιδιά δεν έχουν χρόνια νοσήματα

άρα η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι αναγκαία σε οξείες παθήσεις, οι δυσκολίες στον υπολογισμό και στη χορήγηση φαρμάκων, η ανάγκη εξειδικευμένου και ειδικού εξοπλισμού λόγω της φυσιολογίας και του μεγέθους τους είναι μόνο λίγοι από τους ιδιαίτερους παράγοντες που δυνητικά αυξάνουν την πιθανότητα σφάλματος και καθιστούν τους μικρούς ασθενείς περισσότερο ευάλωτους σε βλάβες σε σχέση με τους ενήλικες (Lacey, et al., 2008, Skapik et al., 2009).

Οι επαγγελματικές ομάδες που ασχολούνται με την περίθαλψη παιδιών είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν έγκαιρα σε δεξιότητες όπως αυτές της μελέτης των αναπτυξιακών σταδίων του παιδιού και της συνεργασίας με άλλες ειδικότητες αφού η γνώση απλά της παθοφυσιολογίας κατά περίπτωση δεν είναι αρκετή ώστε να παρέχουν ασφαλή φροντίδα στα παιδιά (Nagelkerk et al., 2014).

Το 2005 οι Donna Woods et al πραγματοποίησαν έρευνα σε Παιδιατρικά Νοσοκομεία δύο πολιτειών των ΗΠΑ και διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των ανεπιθύμητων συμβάντων που θα μπορούσε να προληφθεί ήταν 60%. Από αυτά το 32,2% αφορούσε τις περιγεννητικές κακώσεις, το 30,4% ήταν σχετιζόμενο με τη διάγνωση και το 3,5 % αφορούσε τα χειρουργικά σφάλματα (Woods et al., 2005). Αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στα Παιδιατρικά Νοσοκομεία έξι πολιτειών των ΗΠΑ εντόπισε ότι το 40% των ασθενών υπέστησαν βλάβη ενώ το 45% των ανεπιθύμητων συμβάντων εκτιμήθηκε ότι ήταν δυνατόν να αποφευχθεί (Stockwell et al., 2015).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο τα ποσοστά των βλαβών λόγω των διαγνωστικών σφαλμάτων εκτιμάται ότι ανερχόταν στο 5% των παιδιών που χρειάστηκαν αντιμετώπιση στην οξεία φάση της νόσου. Η προέλευση των σφαλμάτων οφειλόταν σε πολλαπλούς παράγοντες που σχετίζονταν με ανεπαρκή ή λανθασμένη συλλογή πληροφοριών (ιστορικό), με λάθη στην κλινική εξέταση και με λάθη του συστήματος (Warrick, et al., 2014).

Τα διαγνωστικά σφάλματα αποτελούν την 6^η κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και μπορούν να προκαλέσουν το θάνατο ασθενών δύο φορές περισσότερο από κάθε άλλη αιτία σφάλματος. Ο περιορισμένος χρόνος, η βιβλιογραφία, η κουλτούρα, τα τεχνολογικά εργαλεία, τα γλωσσικά εμπόδια και η ακρίβεια της διάγνωσης είναι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαγνωστική διαδικασία. Η έλλειψη γνώσης συχνά αναφέρεται ως η κύρια αιτία της πρόκλησης διαγνωστικών σφαλμάτων (Walsh, et

al., 2018). Η διάγνωση αποτελεί μια διαδικασία που κατά βάση στηρίζεται στη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας. Τα διαγνωστικά σφάλματα συμβαίνουν όχι μόνο εξαιτίας του ανθρώπινου λάθους αλλά και εξαιτίας σφαλμάτων του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης. Στοχεύοντας στη μείωση τους τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης, της ομαδικής εργασίας αλλά και της επικοινωνίας. Η οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου που προωθεί την ανοιχτή συζήτηση και την ανατροφοδότηση, η διδασκαλία των γεγονότων μέσω της οργανωτικής μάθησης, η ανάδειξη του ρόλου των ακτινολόγων και παθολόγων στη διαγνωστική ομάδα αλλά και η ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση της Πληροφορικής στην υγεία, η οποία αποτελεί όμως σημαντικό εργαλείο πρόληψης, αποτρέπουν εμπόδια που έχουν σχέση με την περίθαλψη και βοηθούν στη μείωση των σφαλμάτων διάγνωσης (National Academy Press 2016, Warrick, et al.,2014).

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την ασφάλεια στα παιδιατρικά νοσοκομεία έχουν διερευνήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τα σφάλματα στην φαρμακευτική αγωγή. Αποδείχθηκε ότι στα παιδιά τα σοβαρά σφάλματα φαρμακευτικής αγωγής είναι τρεις φορές συχνότερα από ότι στους ενήλικες, ενώ τα πολύ μικρά παιδιά διατρέχουν τον κίνδυνο να υποστούν δεκαπλάσια σφάλματα εξαιτίας της δοσολογίας (Woods et al., 2005). Σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Agarwal, et al., (2010) το 62% των παιδιών που νοσηλεύονταν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είχε την εμπειρία ενός τουλάχιστον ανεπιθύμητου συμβάντος. Το 10% των ανεπιθύμητων συμβάντων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που προκύπτουν από τη χορήγηση φαρμάκων, θεωρήθηκε ότι θα μπορούσε να είναι απειλητική πράξη για τη ζωή ή να έχει προκαλέσει σοβαρές μόνιμες βλάβες, ενώ το 45% αυτών θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί. Στην ίδια μελέτη επισημάνθηκε η συσχέτιση της ηλικίας με την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη χορήγηση φαρμάκων. Συγκεκριμένα για κάθε αύξηση της ηλικίας κατά ένα έτος παρατηρήθηκε αύξηση του ρυθμού των συμβάντων κατά 4%, με αποκορύφωμα τους εφήβους στους οποίους εμφανίζονται τα υψηλότερα ποσοστά ανεπιθύμητων συμβάντων εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής. Η χρήση πρωτοκόλλων για τις διαδικασίες αυξημένου κινδύνου, η επαρκής στελέχωση και βελτίωση της παρακολούθησης, η κατάρτιση των εργαζομένων και η βελτίωση της επικοινωνίας είναι μέτρα που αποσκοπούν στη μείωση των κινδύνων και στη βελτίωση της ασφάλειας στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Skapik et al., 2009).

Ο ρόλος των γονιών στη διάρκεια της νοσηλείας για την πρόληψη των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι καθοριστικός εξαιτίας της εξάρτησης των παιδιών από τον τρόπο επικοινωνίας των γονιών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Περίπου τα 2/3 των γονιών που τα παιδιά τους νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο των ΗΠΑ δήλωσαν ότι θεωρούσαν απαραίτητη την παρουσία τους εκεί και τη συμμετοχή τους στην φροντίδα των παιδιών προκειμένου να αποφευχθούν λάθη (Cox, et al., 2013).

2.6 Χειρουργεία

Το National Quality Forum και τα Centers for Medicare and Medicaid Services δίνουν δύο διαφορετικές διαστάσεις στον όρο «ποτέ γεγονότα». Ο πρώτος οργανισμός αναφέρεται μ' αυτή την ορολογία σε σοβαρά γεγονότα που πρέπει να ανακοινωθούν και τα προσδιορίζει ως εξής: γεγονότα που προκύπτουν από επέμβαση σε λάθος σημείο του σώματος, από επέμβαση σε λάθος ασθενή, από λανθασμένη χειρουργική επέμβαση, από διατήρηση ξένου σώματος στο χειρουργικό τραύμα και από το θάνατο ασθενούς (διεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά) κατηγορίας ASA 1. Ο δεύτερος ορισμός αναφέρεται σε γεγονότα που προκύπτουν από σοβαρές μη επιστρέψιμες νοσοκομειακές καταστάσεις και προσθέτει στην ανωτέρω λίστα και την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (Cross & Mauffrey, 2014).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 2002 με το ψήφισμα WHA 55.18 καλεί τις χώρες να λάβουν μέτρα με στόχο την αύξηση της ασφάλειας των ασθενών και την αύξηση της παρακολούθησης κατά την υγειονομική περίθαλψη. Ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι 187-281 εκατομμύρια χειρουργικές επεμβάσεις συμβαίνουν ετησίως. Στις βιομηχανικές χώρες ο αριθμός των επιπλοκών των χειρουργικών επεμβάσεων ανέρχεται στο 3-22% και οι θάνατοι στο 0,4-0,8%. Τα μισά περίπου ανεπιθύμητα συμβάντα θεωρείται ότι θα μπορούσαν να προληφθούν. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η θνησιμότητα ανέρχεται στο 5-10% των σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων. Οι λοιμώξεις και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν προβλήματα που ανησυχούν σοβαρά την παγκόσμια κοινότητα. Το γεγονός ότι ο μισός αριθμός των σημαντικών ανεπιθύμητων γεγονότων συμβαίνουν κατά την χειρουργική επέμβαση καθιστά το θέμα της χειρουργικής ασφάλειας πολύ σημαντικό. Με δεδομένο ότι παρουσιάζονται 3% περιεγχειρητικές βλάβες και 0.5% ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως συμπεραίνουμε ότι 7 εκατομμύρια χειρουργημένοι ασθενείς υποφέρουν ετησίως από σημαντικές επιπτώσεις εξαιτίας χειρουργικών

επιπλοκών εκ των οποίων το 1 εκατομμύριο πεθαίνουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή αμέσως μετά από αυτή. Τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια χειρουργείου είναι γνωστά στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Δεν ακολουθούν αξιόπιστες πρακτικές ασφάλειας όλες οι χώρες είτε λόγω έλλειψης πόρων (χώρες με χαμηλά εισοδήματα), είτε λόγω της αδυναμίας στην οργανωσιακή διαχείριση και στην εφαρμογή μέτρων για τις λοιμώξεις και τα αντιβιοτικά (WHO 2009, WHO 2018).

Η χειρουργική ασφάλεια σχετίζεται με θέματα που αφορούν τις λοιμώξεις, την αναισθησία και τη διατήρηση ξένου σώματος στο χειρουργικό τραύμα (WHO 2009). Η αναισθησία αν και αποτελεί ακόμα και σήμερα ένα σοβαρό ζήτημα που σχετίζεται με την ασφάλεια, οι κίνδυνοι απ' αυτήν περιορίζονται πλέον σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Η μείωση της θνησιμότητας στη διάρκεια τριών δεκαετιών, από 10-30 θάνατοι ανά 100.000 επεμβάσεις αναισθησίας σε 1-3 θάνατοι, είναι σημαντικό γεγονός. Η ανάπτυξη εργαλείων βελτίωσης πρακτικών και η εισαγωγή νέων τεχνολογικών μέσων προσδιορίζει και καθιστά σαφή τον ρόλο τους στην βελτίωση της ασφάλειας ασθενών (Hogan, 2017).

Το πρόβλημα της θνησιμότητας και νοσηρότητας που σχετίζονται με τη χειρουργική δεν αποτελεί νέο πεδίο προβληματισμού. Ο Godman στις αρχές του 20^{ου} αιώνα προσπάθησε να καθορίσει ένα πρόγραμμα τυποποίησης των σφαλμάτων για τα νοσοκομεία. Περίπου 80 χρόνια μετά ο Leape (1991) κάνει γνωστό σε όλους ότι τα σφάλματα στο χώρο της υγείας βαρύνουν τόσο τον γιατρό όσο και τα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης τα οποία προσφέρουν στους ασθενείς κακής ποιότητας περίθαλψη (Prabhakar, 2014).

Η αξιολόγηση της ποιότητας στην χειρουργική επέμβαση είναι μια διαδικασία που δύσκολα μπορεί να πραγματοποιηθεί αν και η προσοχή των μελετητών γι' αυτό το θέμα παρουσιάζει συνεχή αύξηση. Ακόμα και σήμερα ο δείκτης ο οποίος χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας είναι αυτός που μετρά τις επιπτώσεις των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Στοιχεία για την καταγραφή των επεμβάσεων που δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν βλάβες, όπως και στοιχεία για την μέτρηση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης αλλά και για τα δεδομένα που προκύπτουν από τη συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των χειρουργικών επεμβάσεων, είναι περιορισμένα εξαιτίας του κόστους αλλά και του φόβου για τις νομικές συνέπειες. Αντίθετα υπάρχουν βάσεις δεδομένων που συμπληρώνονται από την διοίκηση οι οποίες

θεωρούνται συχνά αναξιόπιστες γιατί σχεδιάζονται και ελέγχονται από τους ίδιους τους γιατρούς (Dindo & Clavien, 2014).

Η φύση της χειρουργικής διαδικασίας είναι πολύπλοκη, σύνθετη και απαιτεί συνεχώς έναν αυξανόμενο αριθμό συμμετεχόντων. Η γνώση και η εμπειρία σε συνδυασμό με την αλληλεπίδραση των εμπλεκόμενων λειτουργούν ως άμυνες για την αποτροπή εμφάνισης επικίνδυνων επιπλοκών (Groene, 2017). Στο σύνθετο περιβάλλον του χειρουργείου το ατομικό σφάλμα αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέο είναι στενά συνδεδεμένο με τους συστημικούς παράγοντες (Gao & Dekker, 2017). Σε συστήματα περίπλοκα, όπως είναι το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης, η εμφάνιση σφάλματος είναι στενά συνδεδεμένη με την κλιμακούμενη παροχή πληροφοριών και με την λογοδοσία που δεν είναι συγκεκριμένη και σωστά εστιασμένη (Sanchez & Lobdell, 2017).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βόρεια Αμερική τη διετία 2008-2010 αναφέρεται ότι 80.000 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για συγγενείς καρδιακές παθήσεις. Η συνολική θνησιμότητα που αφορά τέτοιες παθήσεις ανέρχεται στο 4%. Το 25% του συνολικού αριθμού των χειρουργημένων αναφερόταν σε νεογνά τα οποία αντιπροσωπεύουν το 50% των συνολικών θανάτων μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Το 20% των θανάτων σε επεμβάσεις συγγενούς καρδιοπάθειας οφείλεται σε γεγονότα που θα μπορούσαν να προληφθούν (Bhat, 2016).

Στα παιδιατρικά χειρουργεία οι χειρουργοί είναι υποχρεωμένοι να συνεργάζονται με γιατρούς άλλων ειδικοτήτων συχνά κάτω από πίεση χρόνου. Επίσης ο κακός προγραμματισμός των περιπτώσεων, τα τεχνικά λάθη και η εισαγωγή ασθενών με λανθασμένη διάγνωση στο χειρουργείο είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια της όλης διαδικασίας. Παράλληλα παράγοντες που σχετίζονται με το σύστημα όπως η κακή οργανωτική δομή ή έλλειψη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι που δεν επαρκούν για αγορά εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας και για την εκπαίδευση του προσωπικού συνεπικουρούν στην πιθανή εμφάνιση σφάλματος και επηρεάζουν την ποιότητα της περίθαλψης (Bhat, 2016, Wakeman, & Langham Jr, 2018).

Πρέπει να υπάρξουν δράσεις για την βελτίωση της ασφάλειας στα χειρουργεία οι οποίες θα συνδέονται: με τη χρήση εργαλείων για τη μέτρηση των χειρουργικών

αποτελεσμάτων και των καρτών αναφοράς, με την ανίχνευση των ανεπιθύμητων συμβάντων, με την προσπάθεια για την κατάρτιση της ομάδας, με την ενημέρωση η οποία θα πρέπει να είναι συγκεκριμένη και πρέπει να προηγείται της διαδικασίας για τη λήψη της συναίνεσης, με ασκήσεις προσομοίωσης καταστάσεων για τη βελτίωση της συλλογικής μάθησης, με την εισαγωγή μηχανογράφησης και τέλος με την ετοιμότητα για το σχεδιασμό ενός συστήματος που θα ανταποκρίνεται άμεσα σε οποιονδήποτε κίνδυνο (Groene, 2017).

Ο χώρος του χειρουργείου αποτελεί ένα πεδίο σύνθετης αλληλεπίδρασης διαφόρων επιστημόνων οι οποίοι ξεκινούν από διαφορετικό υπόβαθρο, έχουν διαφορετικές εμπειρίες και απόψεις και στοχεύουν στην καλύτερη περίθαλψη των ασθενών μέσω της αρμονικής και συντονισμένης συνεργασίας (Wakeman, & Langham Jr, 2018). Η εκπαίδευση με βάση τη συστημική επιστήμη και τη θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων αποκτά θεμελιώδη σημασία για την ανάπτυξη της ομαδικότητας αλλά και για τη βελτίωση των συνθηκών επικοινωνίας, στοιχεία που είναι απαραίτητα στους οργανισμούς υψηλής αξιοπιστίας και αυτό επιτυγχάνεται μόνο με την αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού (Sanchez, et al., 2017).

2.7 Διαστάσεις του κλίματος ασφάλειας

Στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης η κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας αποτελεί το μέσο για την βελτίωση της ασφάλειας ασθενών και για την πρόληψη των σφαλμάτων (Sammer et al., 2010). Τα μετρήσιμα στοιχεία της κουλτούρας αποτιμώνται με την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ένα μεγάλο φάσμα δεικτών που χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας. Οι πιο συνηθισμένοι δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι αυτοί που αποτυπώνουν τις στάσεις των εργαζομένων απέναντι σε παράγοντες που διαμορφώνουν το οργανωσιακό κλίμα όπως είναι οι παράγοντες της ικανοποίησης από την εργασία, της αντίληψης για τη διαχείριση και των συνθηκών εργασίας, αλλά και δείκτες που σχετίζονται με τις ενέργειες των εργαζομένων (Schwatka, et al., 2016).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται έξι παράγοντες/διαστάσεις που επηρεάζουν την κουλτούρα ασφάλειας.

2.7.1 Παράγοντας ομαδική εργασία

Στο *Err is Human* αναφέρει ότι μια από τις πέντε βασικές αρχές για τη δημιουργία ασφαλών νοσοκομείων είναι η προώθηση της αποτελεσματικής λειτουργίας της ομάδας (Wakeman, & Langham Jr, 2018). Δύο ή περισσότερα άτομα που εργάζονται έχοντας κοινούς και αμοιβαίους στόχους, οι οποίοι δεν θα μπορούσαν να επιτευχθούν αποτελεσματικά ή και καθόλου από ένα άτομο ορίζονται ως ομάδα. Η ομαδική εργασία σχετίζεται με τις συμπεριφορές, τις στάσεις και τα κοινά γνωστικά μοντέλα των μελών της ομάδας. Οι ομάδες πετυχαίνουν κοινούς στόχους μέσω της επικοινωνίας, του συντονισμού και της συνεργασίας (Weaver, et al., 2017, Ballangrud, et al., 2017).

Οι Weaver, et al.(2017) προσδιόρισαν ένα μοντέλο ομαδικής εργασίας που μπορεί να βρει εφαρμογή στην υγειονομική περίθαλψη στοχεύοντας στην ασφάλεια των ασθενών. Η ομάδα επηρεάζεται ως προς την αποτελεσματικότητα και ως προς την απόδοση από πολλαπλούς παράγοντες. Τα μέλη μιας αποτελεσματικής ομάδας επικοινωνούν μεταξύ τους ενώ συνδυάζουν προηγούμενες εμπειρίες, τις γνώσεις τους, την εκπαίδευσή τους και τις δεξιότητές τους, με στόχο την παροχή ασφαλούς περίθαλψης. Επίσης η αποτελεσματικότητα της ομάδας επηρεάζεται από τον τρόπο που δρουν και αλληλεπιδρούν μέσα σ' αυτήν παράγοντες που αφορούν τον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία, την οργανωτική δομή του συστήματος, τη διαχείριση, την τεχνολογία, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τον ορισμό των καθηκόντων.

Η περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή και η αποφυγή γεγονότων που εμπεριέχουν επικινδυνότητα βασίζονται στον συντονισμό, στην καλή επικοινωνία και στην συνεργασία (Carvalho, et al. 2015). Η ακριβής και έγκαιρη επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Ο κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών ή ακόμα και θανάτων έχει άμεση σχέση με ελλείψεις στην ανταλλαγή πληροφοριών και γενικά στην ομαδικότητα κατά την περιεγχειρητική διαδικασία (Wakeman, & Langham Jr, 2018). Ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι το 3% ως 16% όλων των ασθενών που νοσηλεύονται επηρεάζονται από ανεπιθύμητες ενέργειες. Θεωρεί ότι η ομαδική εργασία είναι μία από τις αιτίες που συντελούν στην πρόληψη σφάλματος. Επικεντρώνεται στις ικανότητες και στα χαρακτηριστικά της ομάδας εργασίας στην υγειονομική περίθαλψη και αναγνωρίζει τους ρόλους του συντονισμού και της ηγεσίας στην ομάδα, ως κυρίαρχους στο θέμα της ασφάλειας ασθενών. Η από κοινού εκπαίδευση των μελών μιας ομάδας βελτιώνει την

δυναμική και την αποτελεσματικότητά της (Ballangrud, et al., 2017). Ο ρόλος της ηγεσίας στην δυναμική της ομάδας είναι καθοριστικός. Η αποτελεσματική ηγεσία προωθεί πρακτικές που συντονίζουν, υποστηρίζουν και βελτιώνουν την επικοινωνία των μελών, μέσα σ' ένα κλίμα σεβασμού και αμοιβαίας υποστήριξης, που χαρακτηρίζεται από την έλλειψη εγωκεντρισμού και προσφοράς της ατομικής εμπειρίας κάθε μέλους (Wakeman, & Langham Jr, 2018).

Η κατανόηση της δυναμικής των ομάδων, η εκπαίδευση με βάση την θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων και η υιοθέτηση των αρχών του Crew Resource Management (CRM) γίνονται τα ζητούμενα πλέον στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης σήμερα. Το CRM είναι ένα κοινό εργαλείο που χρησιμοποιείται στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης με ιδανικό χώρο εφαρμογής τα νοσοκομεία, τα χειρουργεία και τις μονάδες εντατικής θεραπείας. Πρόκειται για μια μέθοδο ομαδικής κατάρτισης που στοχεύει στην αύξηση της απόδοσης της ομαδικής εργασίας και στη βελτίωση της ασφάλειας (Moffatt-Bruce, et al., 2017). Η μέτρηση της απόδοσης, ο απολογισμός, οι ενημερώσεις και η προσομοίωση μειώνουν τα σφάλματα και τονώνουν την ομαδικότητα ενώ βελτιώνονται οι αντιλήψεις του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας συντελώντας σταδιακά στη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας. Στο χώρο του χειρουργείου η χρήση λίστας διεγχειρητικού ελέγχου, η οποία αναπτύχθηκε από τον ΠΟΥ ενσωματώνοντας στοιχεία του CRM, αποδείχθηκε ότι μείωσε τη θνησιμότητα ενώ ταυτόχρονα αποτέλεσε ένα σημαντικό εργαλείο για την διαχείριση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (Wakeman, & Langham Jr, 2018). Η χρήση εργαλείων για τη βελτίωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της περίθαλψης των ασθενών, αυτή καθ' αυτή δεν είναι σημαντικό γεγονός. Περισσότερη σημασία έχει ο τρόπος με τον οποίο τα εργαλεία αυτά πληροφορούν και εμπλέκουν τα μέλη της ομάδας και παρακολουθούν την πρόοδο της βελτίωσης στην περίθαλψη (Johnson & Barach, 2015).

To Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS) που δημοσιεύτηκε από τον AHRQ είναι ένα πρόγραμμα που βασίζεται σε ορθές πρακτικές (πρακτικές βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία) και στοχεύει σε καλύτερη περίθαλψη μέσω της βελτίωσης της επικοινωνίας και της ομαδικής εργασίας παρέχοντας, σε όλο το προσωπικό του χειρουργείου, εργαλεία και στρατηγικές που βελτιώνουν την ομαδική εργασία και την επικοινωνία με αποτέλεσμα την μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας στα χειρουργεία (Mayer, et al., 2011).

Το Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) είναι ένα μοντέλο συστήματος εργασίας που στηρίζεται στη θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων και εργονομίας. Σύμφωνα μ' αυτό το μοντέλο η ομαδική εργασία επηρεάζεται από ένα σύνθετο σύστημα στοιχείων που αλληλεπιδρά με τους ανθρώπους (Carayon, et al., 2014).

2.7.2 Παράγοντας κλίμα ασφάλειας

Το κλίμα ασφάλειας αποτελεί μια επιφανειακή αποτύπωση της κουλτούρας ασφάλειας και απεικονίζει τις στάσεις και τις αντιλήψεις που μοιράζονται οι εργαζόμενοι σε συγκεκριμένο χρόνο (Halligan, & Zecevic, 2011).

Η κουλτούρα ασφάλειας αναφέρεται στις αξίες, στις στάσεις, στις αντιλήψεις και στις συμπεριφορές του οργανισμού οι οποίες είναι σχετικές με την ασφάλεια. Το κλίμα ασφάλειας αποτελεί ένα υποσύνολο της κουλτούρας ασφάλειας. Αποτιμάται ποσοτικά ενώ η μέτρηση της κουλτούρας αποτιμάται ποιοτικά. Συχνά δεν γίνεται κατανοητό από την διοίκηση με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται ο κατάλληλος σχεδιασμός των διαδικασιών (Pinheiro, & de Sousa Uva, 2016). Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης το κλίμα ασφάλειας μπορεί να δράσει προληπτικά και η μέτρησή του οδηγεί τα συστήματα στην αναγνώριση των τυχόν αδυναμιών αλλά και στον εντοπισμό των μερών του συστήματος που απαιτείται να γίνουν παρεμβάσεις. (Carvalho, et al., 2015). Οι οργανισμοί με θετική κουλτούρα βελτιώνονται μέσω της κατανόησης των αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν σφάλμα. Ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των μερών του συστήματος που είναι αδύναμα οδηγεί στην πρόληψη των ανεπιθύμητων γεγονότων (Tsao, & Browne, 2015).

Η ασφαλής περίθαλψη συσχετίζεται με την κουλτούρα ασφάλειας η οποία στηρίζεται στην εμπιστοσύνη, στην αναφορά και στην βελτίωση. Η εμπιστοσύνη απέναντι στους συναδέλφους και στην οργάνωση αποδεικνύεται με την αναφορά είτε των λαθών ρουτίνας είτε των ανεπιθύμητων συμβάντων. Σε οργανισμούς με ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ διοίκησης και εργαζομένων, αυτό ενισχύει τη διαφάνεια και τονώνει τις διαδικασίες παρατήρησης των λαθών που σχετίζονται με τον ανθρώπινο παράγοντα, ενώ αντιμετωπίζει τις ενέργειες που σκόπιμα προκάλεσαν σφάλματα (Tsao, & Browne, 2015).

Η μάθηση μέσω της μελέτης των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι σημαντική στη διαμόρφωση μιας κουλτούρας ασφάλειας. Εξίσου όμως σημαντική είναι η αναφορά και

παρακολούθηση των ατυχημάτων. Η ανατροφοδότηση μετά από αναφορά ανεπιθύμητου συμβάντος και γενικότερα η αντιμετώπιση που δεν θα έχει τιμωρητικό χαρακτήρα, τονώνει την επικοινωνία από τη βάση προς την ηγεσία και αμφίδρομα και σαφώς αποτελεί ένα από τα βασικά θεμέλια της κουλτούρας ασφάλειας (Berman, et al., 2018, Fischer, et al., 2018).

Η δέσμευση της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας εκφράζεται με τις αντιλήψεις και τις δράσεις που σχεδιάζονται. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης κινδύνων ορίζεται βάσει των στόχων που θέτει η ηγεσία, με τις πληροφορίες που κατευθύνονται προς τη βάση, με τη χρήση της τεχνολογίας, από τη χρηματοδότηση για εκπαίδευση των εργαζομένων και με τις διαδικασίες που επιλέγονται για τον σχεδιασμό ενός αξιόπιστου συστήματος πληροφόρησης και αναφοράς (Sutcliffe, 2017).

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία, η εκπαίδευση των εργαζομένων και η στήριξή τους από την ηγεσία αλλά και η ανθεκτικότητα του συστήματος που αντιστακτά την ικανότητα να ανακάμπτει ύστερα από αναπάντεχα γεγονότα και να μετατρέπει προηγούμενες εμπειρίες σε μάθηση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του κλίματος ασφάλειας το οποίο επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση περιστατικών νοσηρότητας ή θνησιμότητας και μειώνει το κόστος στα συστήματα της υγειονομικής περίθαλψης (Fischer, et al., 2018).

2.7.3 Παράγοντας ικανοποίηση από την εργασία

Στην υγειονομική περίθαλψη η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους επιδρά έντονα στους τομείς της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, της παραγωγικότητας καθώς επίσης και στον τομέα των δαπανών (Janicijevic, et al., 2013).

Η ικανοποίηση από την εργασία έχει σχέση με παράγοντες που επηρεάζουν αφενός την ευχαρίστηση και το ηθικό των εργαζομένων και αφετέρου τον τρόπο που οι εργαζόμενοι δρουν και συμπεριφέρονται στο χώρο εργασίας τους. Η παροχή ασφαλούς περίθαλψης στους ασθενείς είναι στενά συνδεδεμένη με την ασφάλεια των εργαζομένων, το ηθικό και την ευεξία που αισθάνονται μέσα από τη δουλειά τους (Berwick, & Shojania, 2015).

Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία συχνά εκτίθενται σε φυσικούς χημικούς ή μολυσματικούς κινδύνους. Κάποιες φορές αναλαμβάνουν καθήκοντα που τους εκθέτουν σε πλήθος κινδύνων λόγω της κακής οργάνωσης του νοσοκομείου που εργάζονται (Joint Commission, 2012). Επιπλέον συχνά δέχονται σωματική ή συναισθηματική βία από κάποιους ασθενείς ή από τις οικογένειες τους. Ο εκφοβισμός των εργαζομένων έχει σοβαρές επιπτώσεις στο αίσθημα ασφάλειας που αναπτύσσεται στο χώρο εργασίας και στην ασφάλεια των ασθενών γενικότερα αφού όταν φοβούνται οι εργαζόμενοι υπάρχει η πιθανότητα να μην αναφέρουν ούτε τις ελλείψεις που αφορούν την ασφάλεια, ούτε τα λάθη και τις αποτυχίες τους (Berwick, & Shojania, 2015).

Ένα περιβάλλον που προσφέρει ικανοποίηση στους εργαζόμενους χαρακτηρίζεται από την συνεργασία, την ομαδικότητα, τους οργανωτικούς στόχους που θέτει μία ηγεσία που συνδράμει με την ανοικτή επικοινωνία και την εμπιστοσύνη, από τον σεβασμό μεταξύ των συναδέλφων, και την αναγνώριση της συνεισφοράς. Η κατάλληλη στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού και οι ώρες που εργάζονται έχουν συνδεθεί με την αποτελεσματικότητα. Για την ικανοποίηση από την εργασία και για την ενίσχυση της ασφάλειας απαιτείται να ληφθούν μέτρα και να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις για να υποστηριχθούν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτελεσματική τακτική αλλά και ευκαιριακή υποστήριξη όταν απαιτείται, βοηθά στην αντιμετώπιση της εργασιακής εξάντλησης (burnout) και του χαμηλού ηθικού των εργαζομένων (Blake, et al., 2013, Berwick, & Shojania, 2015).

Ο υψηλός φόρτος εργασίας, οι συχνές αλλαγές στη χρήση τεχνολογικών υλικών, οι κατευθυντήριες γραμμές, η απαίτηση για υψηλή ποιότητα στην φροντίδα και η συναισθηματική φόρτιση που προκαλείται από σοβαρά περιστατικά και για την αντιμετώπιση των οικογενειών συχνά οδηγεί τους εργαζόμενους σε εργασιακή εξάντληση (burnout syndrome). Το σύνδρομο αυτό περιγράφει μια κατάσταση κόπωσης, αδιαφορίας και κυνισμού που προκαλείται από έντονο άγχος. Έχει αποδεχθεί ότι το 27% ως 86% των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται από αυτό το σύνδρομο. Οι Tawfik et al., το 2017 διαπίστωσαν ότι τα αυξημένα ποσοστά αυτού του συνδρόμου έχουν θετική σχέση με την εμπειρία των εργαζομένων εξαιτίας της αθροιστικής επίδρασης της κόπωσης (Tawfik, et al., 2017).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 12 Ευρωπαϊκές χώρες και στις Η.Π.Α. διαπιστώθηκε ότι η νοσηλευτές στην Ελλάδα δήλωσαν υψηλά επίπεδα εργασιακής

εξουθένωσης (burnout syndrome), δυσαρέσκειας και υψηλά επίπεδα πρόθεσης να παραιτηθούν. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τη συσχέτιση της οργανωτικής δομής και της ύπαρξης ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού με την βελτίωση των δεικτών της ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών (Aiken, et al., 2012).

2.7.4 Παράγοντας αναγνώριση του άγχους

Ο παράγοντας που σχετίζεται με την αναγνώριση του άγχους μετράει τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζονται οι επιδόσεις των εργαζομένων από την κόπωση και το άγχος (Weng, et al., 2017). Στο εργασιακό περιβάλλον η ασφάλεια καθορίζεται από τις σχέσεις αλληλεπίδρασης των εργαζομένων και του τεχνολογικού εξοπλισμού. Η αναποτελεσματική ομαδική εργασία, η ανεπαρκής επικοινωνία και τα ελλείμματα στην οργανωσιακή δομή δημιουργούν συνθήκες ικανές να προκαλέσουν σφάλματα (Boermeester, 2017).

Το άγχος αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που οφείλεται στην κακή ομαδική εργασία. Ο βαθμός εμφάνισης του άγχους σχετίζεται με την κατάρτιση και την εμπειρία του κάθε εργαζόμενου. Δημιουργεί καταστάσεις που επηρεάζουν τη λειτουργία της ομάδας, προκαλεί εξάντληση και προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι πιο σημαντικοί όμως περιορισμοί είναι αυτοί που αφορούν την μνήμη και τις γνωστικές λειτουργίες αλλά και την ανάλυση συμβάντων ή σφαλμάτων. Το άγχος είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ασφάλεια ασθενών γιατί περιορίζει την επεξεργασία των πληροφοριών που δέχονται οι εργαζόμενοι (Hull, et al., 2011, Arora, et al., 2010).

Η κόπωση είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τις γνωστικές λειτουργίες των εργαζομένων. Προκαλείται από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, με τις υπερωρίες, από την πίεση χρόνου και την αύξηση της διάρκειας της εργασίας εξαιτίας της υποστελέχωσης του προσωπικού ή της κακής οργάνωσης και του προγραμματισμού. Η κόπωση οδηγεί σε μικρότερη ικανότητα προσαρμογής σε νέα ζητούμενα, η σκέψη τους γίνεται άκαμπτη, μειώνεται η ικανότητα τους να αξιολογούν σωστά τα γεγονότα και τέλος επιδρά αρνητικά στο τρόπο που επικοινωνεί και ενεργεί η ομάδα. Ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η κόπωση καθώς επίσης και ο περιορισμένος χρόνος αποτελούν παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν σφάλματα διάγνωσης. Η αναγνώριση της κόπωσης και του άγχους μέσα στην ομάδα είναι σημαντική για τη λειτουργία της και συμβάλλει στην παρεμπόδιση της εμφάνισης σφαλμάτων (Fortune, et al., 2013).

Οι ανομοιογενείς επαγγελματικές ομάδες, ο φόρτος εργασίας και η πίεση χρόνου, η έλλειψη προσωπικού και ο ατελής εξοπλισμός σε συνάρτηση με την πιθανή πολυπλοκότητα του περιστατικού δημιουργεί εργασιακό άγχος στην χειρουργική ομάδα και επηρεάζει την ασφάλεια. Κάποιες διαδικασίες και πρωτόκολλα πρέπει να βελτιωθούν γιατί η χρήση τους προκαλεί πρόσθετο άγχος στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η συμβολή της ηγεσίας στον προγραμματισμό και στον σχεδιασμό συστημάτων που προωθούν την ασφάλεια, η εκπαίδευση και η προώθηση της ανοιχτής επικοινωνίας είναι καθοριστική για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας στο χώρο του χειρουργείου (Berwick & Shojania, 2015).

2.7.5 Παράγοντας αντίληψη για τη διοίκηση

Το κρίσιμο ζήτημα της ασφάλειας και της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη σχετίζεται σημαντικά με την ηγεσία και τις αντιλήψεις της για τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας. Η προώθηση και διατήρηση μιας σταθερής κουλτούρας για την ασφάλεια προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ισχυρής ηγεσίας η οποία με τις κατάλληλες στρατηγικές αναβαθμίζει τη οργανωσιακή λειτουργία, βελτιώνοντας παράλληλα την ασφάλεια των ασθενών (McKee, et al., 2013).

Ο τομέας της υγείας θεωρείται από αρκετούς μελετητές πλέον όμοιος με τους Οργανισμούς Υψηλής Αξιοπιστίας. Το πολύπλοκο και σύνθετο περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ανοικτό σε κινδύνους που μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο την ασφάλεια των ασθενών αλλά και των εργαζομένων. Τα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, τα λάθη κατά τη χειρουργική διαδικασία (επιπλοκές ή χειρουργική επέμβαση σε λάθος σημείο), τα διαγνωστικά σφάλματα, οι λοιμώξεις, οι μεταγγίσσεις και οι τραυματισμοί κατά τη μεταφορά είναι οι πιο σημαντικοί κίνδυνοι που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία εκτίθενται σε χημικούς και μολυσματικούς παράγοντες, αντιμετωπίζουν προβλήματα από τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα στην εργασία τους που μπορεί να απαιτούν ανυψώσεις ή μεταφορές, αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της μειωμένης απόδοσης λόγω της ρουτίνας και του σφάλματος, δέχονται βία και αισθάνονται έντονο στρες στο χώρο εργασίας. Παράλληλα βρίσκονται εκτεθειμένοι σε κινδύνους που προκαλούνται εξαιτίας της κακής οργανωτικής λειτουργίας του νοσοκομείου. Έχει ανιχνευτεί ότι το πολύπλοκο αυτό περιβάλλον προκαλεί στις ομάδες των εργαζομένων προβλήματα υγείας που σχετίζονται με λοιμώξεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, πτώση ακοής, μυοσκελετικούς τραυματισμούς και οξείς τραυματισμούς ακόμη

και τον θάνατο. Τα προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών και τα συστήματα διαχείρισης κινδύνων θα πρέπει να αποτυπώνονται σε δραστηριότητες που θα «τρέχουν» παράλληλα (Joint Commission, 2012).

Η αποτελεσματική ηγεσία σχετίζεται πρωτίστως με τον τομέα του σχεδιασμού. Η αντίληψη της ηγεσίας για την ασφάλεια θα πρέπει να εφαρμόζεται σ' όλα τα επίπεδα του οργανισμού (Moldenhauer, & Alder, 2014). Η δέσμευση της Διοίκησης για την διαχείριση των κινδύνων και για την βελτίωση της ασφάλειας πρέπει να είναι ορατή και να αποδεικνύεται όταν σχεδιάζονται, εφαρμόζονται και αξιολογούνται οι διαδικασίες. Η αποτελεσματική Διοίκηση επιδεικνύει συμπεριφορές και καθημερινές πρακτικές που βοηθούν τους εργαζόμενους να κατανοήσουν τους κινδύνους. Η εκπαίδευση του προσωπικού και η βελτίωση της ομαδικής εργασίας αναδεικνύουν τη δέσμευση της ηγεσίας στον τομέα της ασφάλειας και βοηθούν στην επίτευξη υψηλών επιπέδων ασφάλειας. Η αμφίδρομη πρόσβαση σε πληροφορίες και η ενημέρωση είναι σημαντικά ζητούμενα για τη διαχείριση καθότι δημιουργούν κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία για περισσότερη βελτίωση (Weng, et al., 2017).

Η διοίκηση σχετίζεται πέραν του σχεδιασμού και με την ανακατανομή των πόρων, με τη συζήτηση και με τη δέσμευση για την ασφάλεια, με τον σχεδιασμό κατάλληλων συστημάτων για τον εντοπισμό και την ανάλυση ανεπιθύμητων συμβάντων. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται κρίσιμοι για την επίτευξη της κουλτούρας ασφάλειας στον οργανισμό (Moldenhauer, & Alder, 2014). Οι πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ασφάλειας απαιτούν αλλαγές στην οργανωσιακή λειτουργία και στις δομές του οργανισμού. Οι οργανωσιακές αλλαγές επιτυγχάνονται με την ηγετική υποστήριξη και με τη δέσμευσή της για ζητήματα ασφάλειας. Επιπρόσθετα οι αλλαγές που συμβαίνουν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθιστούν αναγκαίο τον μετασχηματισμό της. Η αποτελεσματική ηγεσία βοηθά στη διαμόρφωση αξιών που αφορούν τη λειτουργία της οργάνωσης. Δημιουργεί πρότυπα και συμπεριφορές ικανά να αυξήσουν την απόδοση του συστήματος και να βελτιώσουν την ασφάλεια και την ποιότητα (Joint Commission, 2012).

Η διοίκηση επηρεάζει άμεσα τις αντιλήψεις του προσωπικού για την ασφάλεια, για την εκπαίδευση και την ομαδικότητα. Η επικοινωνία μεταξύ της Διοίκησης και των εργαζομένων θα πρέπει να είναι ανοικτή και όχι επικριτική. Οι απόψεις της διεύθυνσης

του τμήματος και της Γενικής Διεύθυνσης, καθώς και οι διαδικασίες που εφαρμόζονται, ο εντοπισμός των κινδύνων και η εφαρμογή των πολιτικών του οργανισμού θα πρέπει να συζητιούνται στους χώρους εργασίας (WalkRounds). Τα παραπάνω σε συνάρτηση με την παροχή κινήτρων και την αναγνώριση των προσπαθειών αποτελούν σημαντικά εργαλεία που θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας (Steelman, & Stratton, 2017, Berwick & Shojania, 2015).

2.7.6 Παράγοντας συνθήκες εργασίας

Η ασφάλεια στον υγειονομικό χώρο επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζεται με τις συνθήκες που επικρατούν σ' αυτόν. Η έλλειψη προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευση που συνδέεται άμεσα με το αίσθημα της αδυναμίας για την αντιμετώπιση των αναγκών, η απειρία των ειδικευομένων γιατρών και ο ανεπαρκής ή δυσλειτουργικός τεχνολογικός εξοπλισμός αλλά και η φύση της ίδιας της εργασίας που απαιτεί πολύωρη στασιμότητα ή περπάτημα καθώς και οι μετακινήσεις των ασθενών δημιουργούν συνθήκες που ευνοούν την εμφάνιση σφάλματος (Hull, et al., 2011).

Η μειωμένη προστασία των εργαζομένων και η έλλειψη σεβασμού και υποστήριξης από τις Διοικήσεις των νοσοκομείων, είναι εμπόδια τα οποία θέτουν φραγμούς στην απόδοση των εργαζομένων αλλά και στην ασφάλεια που συνδέεται με την περίθαλψη των ασθενών. Η ψυχολογική ασφάλεια των εργαζομένων αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό μιας οργανωσιακής κουλτούρας ασφάλειας που επιτρέπει και ενθαρρύνει την αναφορά των σφαλμάτων από τους εργαζόμενους. Η ισχυρή ηγεσία που δίνει προτεραιότητα στην ασφάλεια και αναλαμβάνει την ευθύνη για τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας, δημιουργεί τα κατάλληλα πρότυπα και διαμορφώνει τις συνθήκες οι οποίες βελτιώνουν την περίθαλψη των ασθενών, ενώ εκπαιδεύει τους εργαζόμενους να ανιχνεύουν προβλήματα σχετικά με την ασφάλεια. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται ασφαλείς όταν γνωρίζουν ότι η ψυχολογική και σωματική τους ασφάλεια αποτελεί μια διαρκή και μόνιμη υποχρέωση της ηγεσίας σε όλα τα επίπεδα (LLI, 2013).

Οι ταχύτατοι ρυθμοί με τους οποίους οι διαδικασίες αναπροσαρμόζονται και η επέκταση της τεχνολογίας κατά τη χειρουργική επέμβαση, αυξάνει τον ήδη υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας που κυριαρχεί στο χειρουργείο σήμερα. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας συνδέεται με τον συνδυασμό ατομικών και οργανωτικών παραγόντων και με την αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Η ομαδική εργασία και η συνεχής εκπαίδευση σε τεχνικές

αλλά και μη τεχνικές δεξιότητες, η τεχνολογία και η απειρία του προσωπικού χαρακτηρίζουν τις συνθήκες εργασίας στο χώρο (Sanchez, & Barach, 2012).

Η χρήση της Τεχνολογίας Πληροφορίας και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε), κατά τη διάρκεια της περίθαλψης στηρίζει τη λήψη αποφάσεων που οδηγούν σε εμφανή μείωση των σφαλμάτων. Η μελέτη των ανεπιθύμητων συμβάντων και των σταδιακών επιπτώσεων στην ασφάλεια των ασθενών, επιτρέπει τον εντοπισμό των σημείων που χρειάζονται βελτίωση στην τήρηση πρωτοκόλλων ασφάλειας. Η σωστή διάγνωση, η κατάλληλη χρήση φαρμάκων και η ελαχιστοποίηση του σφάλματος είναι οι τομείς της περίθαλψης που βελτιώνονται με την χρήση Τ.Π.Ε. (Patrick, et al., 2017).

Σημαντικό εργαλείο υποστήριξης των εργαζομένων αποτελεί η συνεχής κατάρτιση που αφορά μεθόδους για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας. Η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης και της ηγεσίας καθοδηγεί τους εργαζόμενους ώστε να λειτουργούν συστηματικά και αποτελεσματικά ως ομάδα. Γίνονται ικανοί να διαχειρίζονται κρίσιμες καταστάσεις και να επεξεργάζονται τις πληροφορίες παίρνοντας σωστές αποφάσεις, ενώ επαναπροσδιορίζουν και οριστικοποιούν γνώσεις και δεξιότητες. κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης χρησιμοποιούνται διάφορες στρατηγικές για την επιτυχία του στόχου όπως αυτή της προσομοίωσης (Berwick, 2013).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι καλές συνθήκες εργασίας των ιατρών (Weigl et al., 2013) και των νοσηλευτών (Stone et al., 2007) προάγουν την ασφάλεια των ασθενών που περιθάλπουν. Επιπλέον η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο με σκοπό να αξιολογήσει τα αποτελέσματα από την εφαρμογή ενός προγράμματος για την βελτίωση των σοβαρών συμβάντων ασφάλειας και των συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία, έδειξε ότι η εκπαίδευση και οι παρεμβάσεις στην οργανωτική δομή, σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, ήταν προς όφελος των ασθενών (Phipps, et al., 2018).

2.8 Αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας

Ο Don Berwick το 2013 συστήνει στους οργανισμούς να αναζητούν το σημαντικότερο όφελος για την παρακολούθηση της ασφάλειας και της ποιότητας στην περίθαλψη, που δεν είναι άλλο από τη «φωνή» του ασθενή και του εργαζόμενου καθώς

έτσι μπορεί να υποστηριχτεί η βελτίωση των διαδικασιών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης (Berwick, 2013).

Η κουλτούρα ασφάλειας αναφέρεται στις πεποιθήσεις, στις αξίες και στις βασικές αντιλήψεις του οργανισμού, ενώ το κλίμα σχετίζεται με τις στάσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια των ασθενών (The Health Foundation, 2011).

Στις έρευνες που πραγματοποιούνται με την χρήση ερωτηματολογίων ο όρος κλίμα ασφάλειας θεωρείται ως ο πλέον κατάλληλος διότι αποτιμά τα μετρήσιμα στοιχεία της κουλτούρας και αποτυπώνει τα παροδικά και επιφανειακά χαρακτηριστικά (στιγμιότυπα) τα οποία αντιλαμβάνονται και διακρίνουν οι εργαζόμενοι σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο. Η κουλτούρα ασφάλειας αποτιμάται μόνο ποιοτικά ενώ το κλίμα ποσοτικά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από επαρκή αριθμό εργαζομένων ώστε να είναι έγκυρη η στατιστική ανάλυση. Αποκαλύπτονται οι αντιλήψεις των εργαζομένων που σχετίζονται με τις συμπεριφορές τους στον εργασιακό χώρο ενώ ταυτόχρονα αποτελούν ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της ασφάλειας (Glendon, & Stanton, 2000). Οι βαθμολογίες των εργαζομένων αποτυπώνουν ένα «στιγμιότυπο» του συνολικού κλίματος ασφάλειας αλλά και των παραγόντων που θεωρούνται ως βασικές πτυχές του κλίματος στο χώρο εργασίας (Flin, 2007).

Τα πιο πολλά εργαλεία μέτρησης αφορούν την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας και όχι την κουλτούρα. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα εργαλεία που είναι συνοπτικά, εύκολα, προσβάσιμα σε διαφορετικά περιβάλλοντα και μπορούν να επαναληφθούν με την πάροδο του χρόνου είναι αυτά που θεωρούνται πρακτικά (The Health Foundation, 2013).

Στον υγειονομικό χώρο έχουν αναπτυχθεί πολλά εργαλεία αξιολόγησης για την κουλτούρα ασφάλειας. Αρκετά επικρίθηκαν σε σχέση με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους ενώ αμφισβητήθηκε η χρήση των ερωτηματολογίων σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα στα οποία παρατηρούνται διαφορετικές κλινικές συνθήκες. Τα πιο γνωστά εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας και του κλίματος σύμφωνα με το NHS 2010 είναι τα εξής:

Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Patient Safety Culture in Healthcare Organisations (PSCHO), Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) , Safety Climate Survey (SCS), Manchester Patient Safety Assessment Framework (MPSAF).

Το Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια [Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)] των Sexton, et al., (2006) προέρχεται από μια προσαρμογή του Flight Management Attitude Questionnaire (FMAQ) που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των στάσεων των εργαζομένων στο πιλοτήριο, σε αεροσκάφη της εμπορικής αεροπορίας. Στοχεύει στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας, ζητώντας από τις ομάδες των επαγγελματιών υγείας να περιγράψουν τις στάσεις τους σε σχέση με έξι παράγοντες. Για την αξιολόγηση χρησιμοποιείται η κλίμακα Likert και οι εργαζόμενοι καλούνται να βαθμολογήσουν τις στάσεις τους απέναντι στο κλίμα της ομαδικής εργασίας, στο κλίμα ασφάλειας, στην ικανοποίηση από την εργασία τους, στην αναγνώριση του άγχους, στις αντιλήψεις για τη Διοίκηση και στις εργασιακές συνθήκες (Sexton, et al., 2006, Kristensen, et al., 2015).

Το SAQ είναι ένα αξιόπιστο και επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης και έχει χρησιμοποιηθεί στις Η.Π.Α. και σε πολλές άλλες χώρες μεταξύ των οποίων η Κίνα, η Νορβηγία, η Σουηδία και η Γερμανία. Αποτελεί τη συνέχεια του FMAQ που χρησιμοποιείται 30 χρόνια σχεδόν και επιτρέπει να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ των βιομηχανιών και να αναγνωριστούν τα κοινά ζητήματα που αφορούν τους ανθρώπινους παράγοντες. Σε αντίθεση με άλλα εργαλεία οι υψηλότερες βαθμολογίες στο SAQ συσχετίζονται με θετικά δεδομένα αποτελεσμάτων για ασθενείς και εργαζόμενους. Είναι προσαρμοσμένο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα χειρουργεία, στις Μ.Ε.Θ., στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, σε κλινικές των μονάδων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και σε χώρους μακρόχρονης νοσηλείας (The Health Foundation, 2011, Pinheiro et al., 2016, Poley, et al., 2011, Olsson, et al., 2016).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η εκτίμηση του κλίματος ασφάλειας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας τον Μάιο του 2018 .

Επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση:

1. της στάσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας αναφορικά με θέματα ασφάλειας στον χώρο της εργασίας τους και
2. των παραγόντων εκείνων που ενδεχομένως να επηρέαζαν τη στάση των ανωτέρω επαγγελματιών υγείας σε ό, τι αφορούσε στην ασφάλεια τους στον χώρο των χειρουργείων των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας που εργάζονταν.

Υλικό και μέθοδος

Διεξαγωγή της έρευνας

Συλλογή δείγματος

Ο πληθυσμός που αποτελούσε τον στόχο της παρούσας έρευνας ήταν οι χειρουργοί και νοσηλευτές που εργάζονταν ως μόνιμο προσωπικό τον Μάιο του 2018 στα χειρουργεία των τριών δημόσιων Νοσοκομείων Παίδων της Αθήνας. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν, ως εκ τούτου, το επικουρικό προσωπικό και, για ευνόητους λόγους, οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικών σχολών (Πίνακας 1). Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα, όπως διευκρινίστηκε στους συμμετέχοντες, ήταν ανώνυμη και σε εθελοντική βάση.

Για τη διανομή του ερωτηματολογίου αφού δόθηκε άδεια από τη διοίκηση των τριών δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας (βλέπε παρακάτω),

ενημερώθηκαν οι Συντονιστές Διευθυντές των Χειρουργικών Κλινικών τους και οι Προϊσταμένες των αντίστοιχων χειρουργείων, τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και ο τρόπος συλλογής και διανομής των ερωτηματολογίων. Ορίστηκε, επίσης, ένα υπεύθυνο άτομο σε κάθε χειρουργείο για τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων, μαζί με τα οποία παρέχόταν στους συμμετέχοντες μια σύντομη και περιεκτική περιγραφή του σκοπού της παρούσας έρευνας. Το επιθυμητό ήταν να ανέλθει γύρω στο 70% ή και παραπάνω το ποσοστό εκείνων που τους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο και το επέστρεψαν απαντημένο.

Πίνακας 1. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού των ερωτηθέντων.

Κριτήρια ένταξης	
1.	Χειρουργοί μόνιμοι/επί θητεία
2.	Μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό
3.	≥1 έτος εργασιακή εμπειρία σε παιδιατρικό νοσοκομείο
4.	≥1 έτος προϋπηρεσίας στο χειρουργείο που εργάζονταν
5.	Έκφραση βούλησης για εθελοντική συμμετοχή
Κριτήρια αποκλεισμού	
1.	Απουσία μακράς χρονικής διάρκειας λόγω ασθένειας
2.	Επικουρικοί χειρουργοί
3.	Επικουρικοί νοσηλευτές
4.	Φοιτητές Ιατρικής
5.	Φοιτητές Νοσηλευτικής

Περιγραφή ερωτηματολογίου και εργαλείου μέτρησης

Διανεμήθηκαν γενικές ερωτήσεις που επιλέχθηκαν με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για το τι είναι δυνατό να επηρεάζει το κλίμα ασφάλειας στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας και το Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια [Safety Attitude Questionnaire (SAQ)] των Sexton et al. (2006). Το ανώνυμο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες στην έρευνα είναι ένα ειδικά σχεδιασμένο ερευνητικό εργαλείο που μετρά τις στάσεις των εργαζομένων αναφορικά με το συνολικό κλίμα ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Οι γενικές ερωτήσεις και το ερωτηματολόγιο SAQ διανεμήθηκαν ως σύνολο προς συμπλήρωση στους συμμετέχοντες

στην παρούσα έρευνα σε έντυπη μορφή, στην οποία τα δύο αυτά μέρη διακρίνονταν μεταξύ τους με σαφή τρόπο.

Οι γενικές ερωτήσεις επιλέχθηκαν με βάση τη διαθέσιμη βιβλιογραφία για τις παραμέτρους που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας στο χώρο της υγείας και αποσκοπούσαν στη συλλογή πληροφοριών αναφορικά με 1) τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, 2) την αναγνώριση της εργασιακής εξουθένωσης και του επαγγελματικού άγχους των ερωτηθέντων, 3) τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την ποιότητα του χώρου εργασίας τους (χειρουργεία παιδιατρικών νοσοκομείων), 4) τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων σε ό, τι αφορούσε στο επίπεδο της φροντίδας υγείας που παρεχόταν στους μικρούς ασθενείς στα χειρουργεία που εργάζονταν αυτοί στα παιδιατρικά νοσοκομεία, 5) τις αντιλήψεις των ερωτηθέντων που αφορούσαν στη συνεργασία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα ανωτέρω χειρουργεία, καθώς και 6) την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τους χειρισμούς της διοίκησης.

Στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στο μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων των ανωτέρω νοσοκομείων περιλαμβανόταν η εκδοχή του πρότυπου ερωτηματολογίου SAQ στην Ελληνική γλώσσα, όπως έχει σταθμιστεί στους Ελληνοκυπρίους επαγγελματίες υγείας από τους Raftopoulos et al. το 2011 που είχαν προηγουμένως εξασφαλίσει τη σχετική άδεια με δήλωση της χρήσης του ερωτηματολογίου SAQ στον ιστότοπο του Sexton. Μετά από τη σύμφωνη γνώμη των ανωτέρω ερευνητών, η προαναφερθείσα Ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου SAQ χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης των στάσεων των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων, αφού πρώτα τροποποιήθηκε κατά τρόπο ώστε να εναρμονιστεί με την τρέχουσα πραγματικότητα των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας.

Η απάντηση σε κάθε ένα από τα λήμματα του ερωτηματολογίου SAQ ακολουθεί μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, στην οποία η αντιστοίχιση είχε ως εξής: 1=«Διαφωνώ απόλυτα», 2 = «Διαφωνώ κάπως», 3 = «Ουδέτερος/η», 4 = «Συμφωνώ κάπως», 5= «Συμφωνώ απόλυτα».

Πίνακας 2. Βαθμολόγηση ερωτηματολογίου SAQ.

Βαθμοί κλίμακας Likert	Βαθμοί εκατοντάβαθμης κλίμακας
1	0
2	25
3	50
4	75
5	100

Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του πρότυπου ερωτηματολογίου μετατράπηκαν σε κλίμακα από 0 μέχρι 100, όπως εξηγείται στον Πίνακα 2. Ως θετικά αποτελέσματα θεωρήθηκαν εκείνα που ισούταν ή υπερέβαιναν το 75. Κατά συνέπεια, η βαθμολογία για να μπορέσει να θεωρηθεί θετική σε μια από τις κύριες κατηγορίες, θα έπρεπε ο ερωτηθείς να απαντήσει είτε «Συμφωνώ κάπως» είτε «Συμφωνώ απόλυτα». Οι ερωτήσεις 2 και 10 του ερωτηματολογίου SAQ είναι αρνητικά διατυπωμένες. Για το λόγο αυτό, έγινε στις συγκεκριμένες ερωτήσεις μετατροπή της βαθμολογίας τους σύμφωνα με τις οδηγίες του πρότυπου ερωτηματολογίου ($5 \rightarrow 0$, $4 \rightarrow 25$, $3 \rightarrow 50$, $2 \rightarrow 75$, $1 \rightarrow 100$).

Το ερωτηματολόγιο SAQ των 30 ερωτήσεων (βλέπε Παράρτημα) εξέτασε τις πεποιθήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των χειρουργείων των παιδιατρικών νοσοκομείων μέσα από έξι παράγοντες (Raftopoulos et al., 2011) που αναφέρονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Παράγοντες και ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ, όπως χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα (Raftopoulos et al., 2011).

Παράγοντες SAQ	Ερωτήσεις
Ομαδική εργασία	1–6
Κλίμα ασφάλειας	7–13
Ικανοποίηση από την εργασία	14–18
Αναγνώριση του στρες	19–22
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	23–26
Εργασιακές συνθήκες	27–30

Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Αναφορικά με ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, το πρωτόκολλο της έρευνας κατατέθηκε στα Επιστημονικά Συμβούλια των τριών δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας (Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Νοσοκομείο Παίδων Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού, Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης) ώστε να εξασφαλιστεί η άδεια διεξαγωγής της παρούσας ερευνητικής εργασίας (βλέπε Παράρτημα). Η σχετική άδεια δόθηκε από τα Διοικητικά Συμβούλια των τριών παιδιατρικών νοσοκομείων. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στα χειρουργεία των ανωτέρω νοσοκομείων και επρόκειτο να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ενημερώθηκαν ώστε να λάβουν γνώση σε ό, τι αφορούσε στον σκοπό της παρούσας έρευνας. Τους δόθηκαν γραπτώς επαρκείς και σαφείς εξηγήσεις τόσο για την ορθή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου όσο και το δικαίωμα τους να αρνηθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα αυτή. Οι συμμετέχοντες έδωσαν ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας διατηρούνται με ασφαλή τρόπο.

Καταχώρηση δεδομένων της έρευνας

Για να προχωρήσει η επεξεργασία των δεδομένων και η στατιστική ανάλυση, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν καταχωρήθηκαν σε λογιστικά φύλλα του προγράμματος Microsoft Excel 2007.

Όσο αφορούσε στις γενικές ερωτήσεις του διανεμηθέντος ερωτηματολογίου που εξέφραζαν μεταβλητές που πιθανώς να επηρεάζουν την ασφάλεια στο χώρο των χειρουργείων, η καταχώρηση των δεδομένων έγινε με βάση α) τον αλφαριθμητικό κώδικα σύμφωνα με τον οποίο η απάντηση «Όχι» αντιστοιχεί στο 0 και η απάντηση «Ναι» στο 1 για τις διχοτομικές ποιοτικές μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, εργασιακή εξουθένωση επαγγελματικό άγχος) και β) την κωδικοποίηση είτε από 1 έως 10 που ακολουθούσε η δεκάβαθμη κλίμακα Likert είτε από 1 έως 6 που ακολουθούσε η εξάβαθμη κλίμακα Likert για τις μεταβλητές που εκτιμούνταν ημιποσοτικά.

Σε ό, τι αφορούσε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ, η καταχώρηση των δεδομένων έγινε, όπως περιγράφηκε παραπάνω, με βάση την κλιμάκωση της βαθμολογίας 0-25-50-75-100 που ακολουθούσε η αναγωγή της πεντάβαθμης βαθμολογίας Likert στα 100, ενώ έγινε αναστροφή βαθμολογίας πριν την ανάλυση των δεδομένων τους σε όσες ερωτήσεις ήταν αρνητικά διατυπωμένες.

Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου SAQ

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας, στο συγκεκριμένο δείγμα (μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας) που μελέτησε η παρούσα έρευνα, τόσο της κλίμακας SAQ των 30 ερωτήσεων όσο και των έξι παραγόντων της χρησιμοποιήθηκε όσο αφορούσε στην εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ο συντελεστής συσχέτισης άλφα του Cronbach με την τιμή $\alpha=0,60$ να αποτελεί το ελάχιστο αποδεκτό όριο για ερευνητική χρήση.

Επεξεργασία δεδομένων της έρευνας

Την κάθε ερώτηση του διανεμηθέντος ερωτηματολογίου όφειλε να την έχει απαντήσει τουλάχιστον το 95% των ερωτηθέντων ώστε να καθίσταται δυνατή η απρόσκοπτη επεξεργασία των πληροφοριών που παρείχε. Προτού να προχωρήσει η ανάλυση των δεδομένων για να συσχετισθούν οι γενικές ερωτήσεις (πλην εκείνων των ποιοτικών χαρακτηριστικών) του διανεμηθέντος ερωτηματολογίου με τους παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ, δημιουργήθηκαν ψευδομεταβλητές με μετατροπή των συνεχών μεταβλητών (ηλικία, εργασιακή εμπειρία στο νοσοκομείο, εργασιακή εμπειρία στο χειρουργείο) και των ημιποσοτικών μεταβλητών σε διχοτομικές με χρήση της διάμεσης τιμής των δηλώσεων και των βαθμολογιών τους, αντίστοιχα, ως τιμή του διαχωριστικού ορίου.

Στατιστική ανάλυση δεδομένων της έρευνας

Η στατιστική ανάλυση όλων των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια έγινε με χρήση του στατιστικού πακέτου R. Το ελάχιστο επίπεδο

στατιστικής σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης τέθηκε στο 5% ($p \leq 0,05$).

Για τις διχοτομικές ποιοτικές μεταβλητές, η περιγραφή έγινε στο σύνολο του δείγματος και η σύγκριση ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες του δείγματος των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα (χειρουργοί, νοσηλευτές χειρουργείου) για την αναζήτηση πιθανών διαφορών αναλογιών βασίστηκε στη δοκιμασία χ^2 για τετράπτυχους πίνακες.

Σε όλες τις συνεχείς και κωδικοποιημένες γενικές ερωτήσεις υπολογίστηκε η μέση τιμή των απαντήσεων και η τυπική απόκλιση, καθώς και η μέγιστη και η ελάχιστη, για το σύνολο του δείγματος. Στη συνέχεια, για καθεμιά από τις γενικές ερωτήσεις (συνεχείς και ημιποσοτικές) αναζητήθηκε η στατιστική σημαντικότητα που πιθανώς να είχε η διαφορά των δύο μέσων όρων των απαντήσεων και των βαθμολογήσεων, αντίστοιχα, που έδωσαν οι δύο επαγγελματικές ομάδες του δείγματος των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα (χειρουργοί, νοσηλευτές χειρουργείου) ως ανεξάρτητα δείγματα με έλεγχο t της ισότητας δύο μέσων όρων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων.

Για τις ερωτήσεις της κλίμακας SAQ, εκτός της μέσης βαθμολογίας και της τυπικής απόκλισης, υπολογίστηκε επιπλέον το ποσοστό των θετικών αποτελεσμάτων (βαθμολογία $\geq 75/100$) και αναζητήθηκαν τυχόν διαφορές στις απαντήσεις ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες του δείγματος των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα (χειρουργοί, νοσηλευτές χειρουργείου). Έπειτα υπολογίστηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση, καθώς και η μέγιστη και η ελάχιστη, καθενός από τους έξι παράγοντές της, καθώς και της συνολικής κλίμακας SAQ. Στη συνέχεια, για καθένα από τους έξι παράγοντες αναζητήθηκε η στατιστική σημαντικότητα που πιθανώς να είχε η διαφορά των δύο μέσων όρων των βαθμολογήσεων που έδωσαν οι δύο υποομάδες (όπως ορίζονταν κάθε φορά από τον αλφαριθμητικό κώδικα ή τη διάμεση τιμή των απαντήσεων σε καθεμιά από τις ποιοτικές ή συνεχείς/ημιποσοτικές γενικές ερωτήσεις, αντίστοιχα) ως ανεξάρτητα δείγματα με έλεγχο t της ισότητας δύο μέσων όρων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων.

Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Ο έλεγχος της απόφασης να εφαρμοστεί πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι τα δεδομένα της παρούσας έρευνας κάλυπταν τις προϋποθέσεις για την εφαρμογή της. Στην ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης επιλέχθηκε το βέλτιστο υποσύνολο των ερμηνευτικών μεταβλητών που θα ήταν χρήσιμες για την ερμηνεία του καθενός από τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ. Οι ερμηνευτικές μεταβλητές που προέκυψαν από τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις απαντήσεις τους στις λοιπές γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν οι εξής: 1. φύλο, 2. ηλικιακή ομάδα, 3. οικογενειακή κατάσταση, 4. επίπεδο εκπαίδευσης, 5. επαγγελματική ιδιότητα, 6. εργασιακή εμπειρία στο νοσοκομείο, 7. εργασιακή εμπειρία στο χειρουργείο, 8. εργασιακή εξουθένωση, 9. επαγγελματικό άγχος, 10. αντιλαμβανόμενη ποιότητα χειρουργείου, 11. προσωπική συμμετοχή στην ποιότητα του χειρουργείου, 12. αντίληψη για ασφάλεια (παιδιατρικών) ασθενών στο χειρουργείο, 13. σύσταση σε άλλους του χειρουργείου ως ασφαλούς (για τους παιδιατρικούς ασθενείς), 14. ικανοποίηση από συνεργασία με χειρουργούς, 15. ικανοποίηση από συνεργασία με νοσηλευτές χειρουργείου, 16. ικανοποίηση από συνεργασία με λοιπούς νοσηλευτές και 17. ικανοποίηση από χειρισμούς διοίκησης.

Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση έγινε με την τεχνική της προς τα πίσω απαλοιφής ερμηνευτικών μεταβλητών. Η επιλογή του βέλτιστου, καλύτερα προσαρμοσμένου υποδείγματος για την ερμηνεία του καθενός από τους έξι παράγοντες του ερωτηματολογίου SAQ έγινε με 1. το κριτήριο πληροφοριών του Akaike [Akaike information criterion (AIC)] που η τιμή του μειωνόταν με την εισαγωγή ερμηνευτικών μεταβλητών στο εκάστοτε υπόδειγμα έως την εισαγωγή κάποιας ερμηνευτικής μεταβλητής που η εισαγωγή της θα οδηγούσε σε αύξηση της τιμής του, ώστε να επιλεγεί το πλέον φειδωλό σε ερμηνευτικές μεταβλητές υπόδειγμα, 2. τον έλεγχο F που χρησίμευσε για να καθοριστεί αν η παράλειψη μιας ερμηνευτικής μεταβλητής από το εκάστοτε υπόδειγμα με παρούσες τις εναπομείναντες ερμηνευτικές μεταβλητές θα μείωνε στατιστικά σημαντικά την ερμηνευτική ικανότητα του υποδείγματος και 3. τον τροποποιημένο συντελεστή προσδιορισμού R_{2Trop} που αντιπροσώπευε το ποσοστό διακύμανσης της απόκρισης που εξηγείτο από το συνδυασμό των ερμηνευτικών μεταβλητών και οφείλει να πλησιάζει τη μονάδα.

Αποτελέσματα

Ανταπόκριση στο διανεμηθέν ερωτηματολόγιο

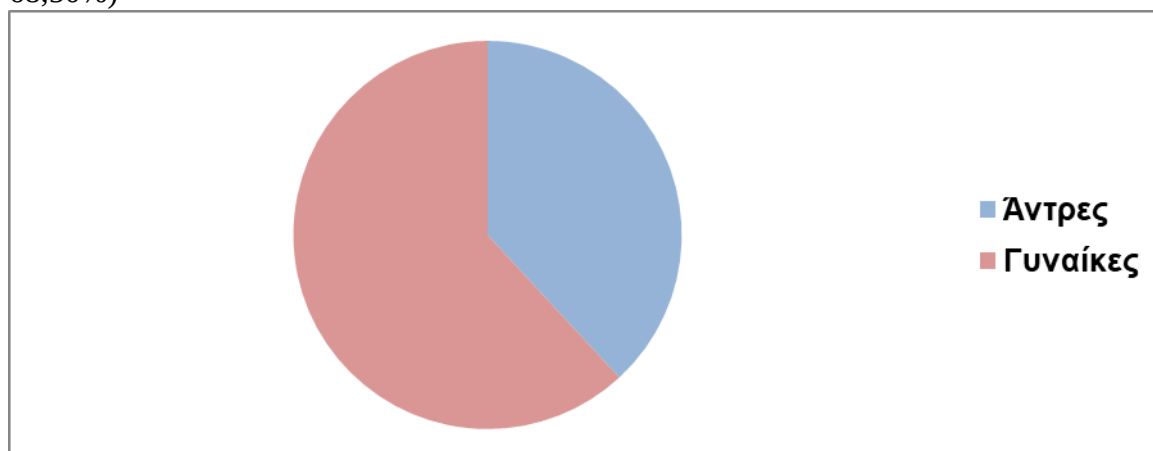
Τον Μάιο του 2018, στα τρία δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας, στον οποίων τα χειρουργεία εργάζονταν ως μόνιμο προσωπικό 267 χειρουργοί και νοσηλευτές χειρουργείου, διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια στους 252 (94%) εργαζόμενους που πληρούσαν τα κριτήρια που είχε θέσει για την ένταξή τους η παρούσα έρευνα. Επιστράφηκαν απαντημένα συνολικά 181 (72%) ερωτηματολόγια από ισάριθμους συμμετέχοντες, 105/144 (73%) χειρουργούς και 76/108 (70%) νοσηλευτές χειρουργείου. Την κάθε ερώτηση την απάντησε το 97,5% των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου SAQ

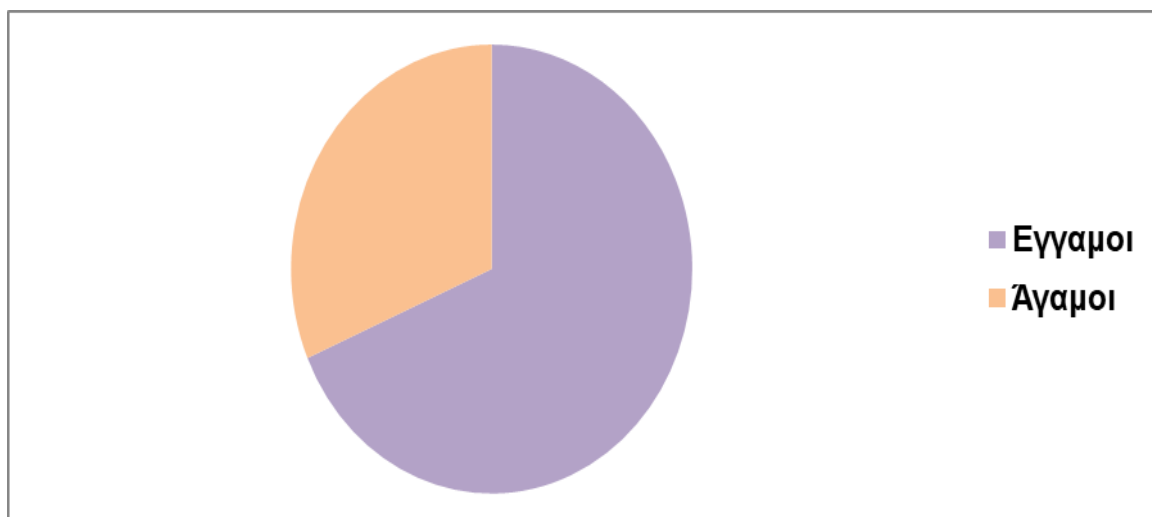
Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου SAQ με τις 30 ερωτήσεις ήταν πολύ καλή, αφού η τιμή του συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach ήταν $\alpha=0,87$. Αναλυτικότερα, ο συντελεστής συσχέτισης άλφα του Cronbach στην ομαδική εργασία είχε την τιμή 0,69, στο κλίμα ασφάλειας 0,76, στην ικανοποίηση από την εργασία 0,78, στην αναγνώριση του στρες 0,80, στις αντιλήψεις για τη διοίκηση 0,67 και στις εργασιακές συνθήκες 0,62.

Δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

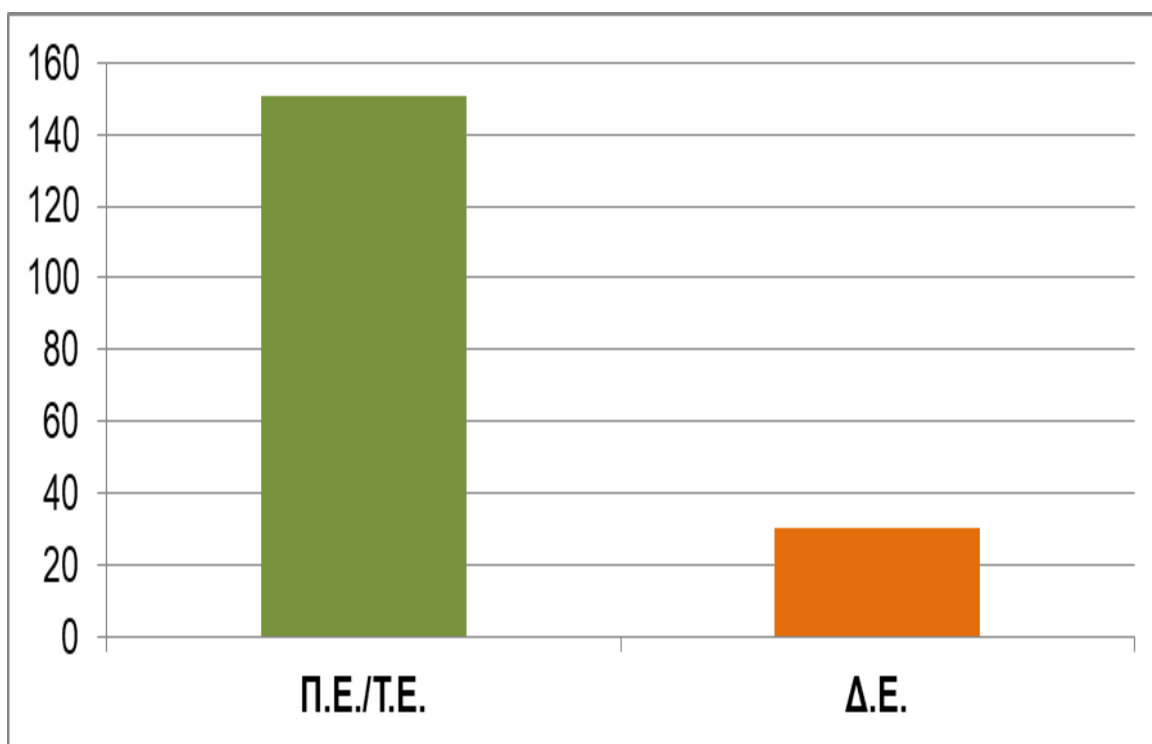
Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (112/181, 62%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 46 έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι (124/181, 68,50%)



Διάγραμμα 1. Κατανομή μόνιμου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας το 2018 ανάλογα με το φύλο.



Διάγραμμα 2. Κατανομή μόνιμου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας το 2018 ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



Διάγραμμα 3. Κατανομή μόνιμου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού χειρουργείων δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας το 2018 ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής του.

Πίνακας 4. Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

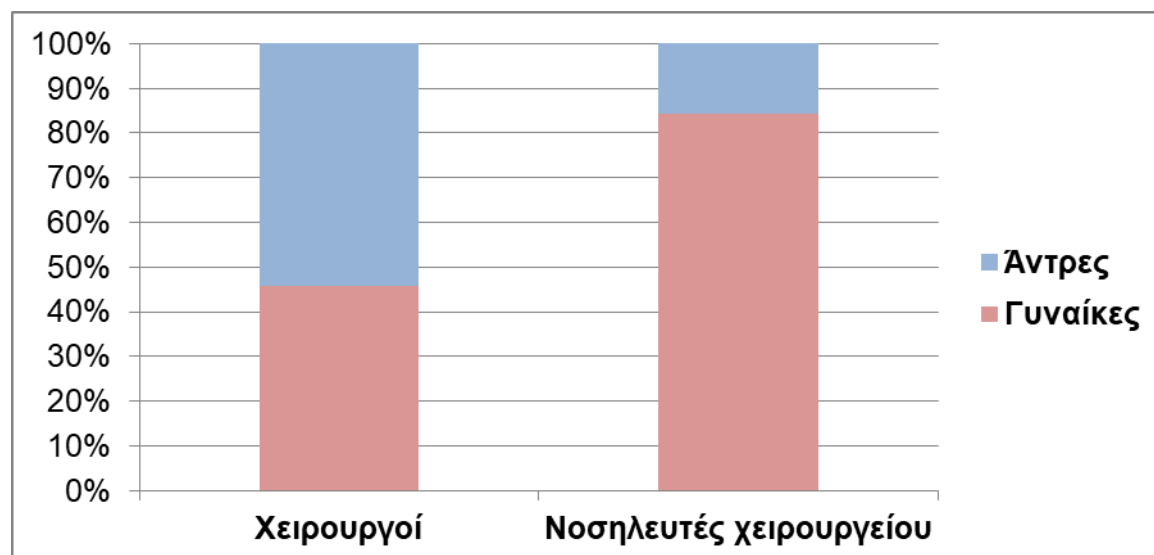
Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Μ.Ο.	Τ.Α.	Ελάχιστη	Μέγιστη
Ηλικία (έτη)	46,27	10,46	25	67
Εργασιακή εμπειρία στο νοσοκομείο (έτη)	20,51	10,68	1	42
Εργασιακή εμπειρία στο χειρουργείο (έτη)	14,29	9,93	0	35

Μ.Ο.: μέσος όρος, Τ.Α.: τυπική απόκλιση

Η εκπαίδευση των περισσότερων συμμετεχόντων (151/181, 83,4%) ήταν τριτοβάθμια. Οι συμμετέχοντες υπηρετούσαν κατά μέσο όρο 20 έτη στο νοσοκομείο τους και εργάζονταν στο χειρουργείο του κατά μέσο όρο 14 έτη.

Σύγκριση δημογραφικών, κοινωνικών και εργασιακών χαρακτηριστικών χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου

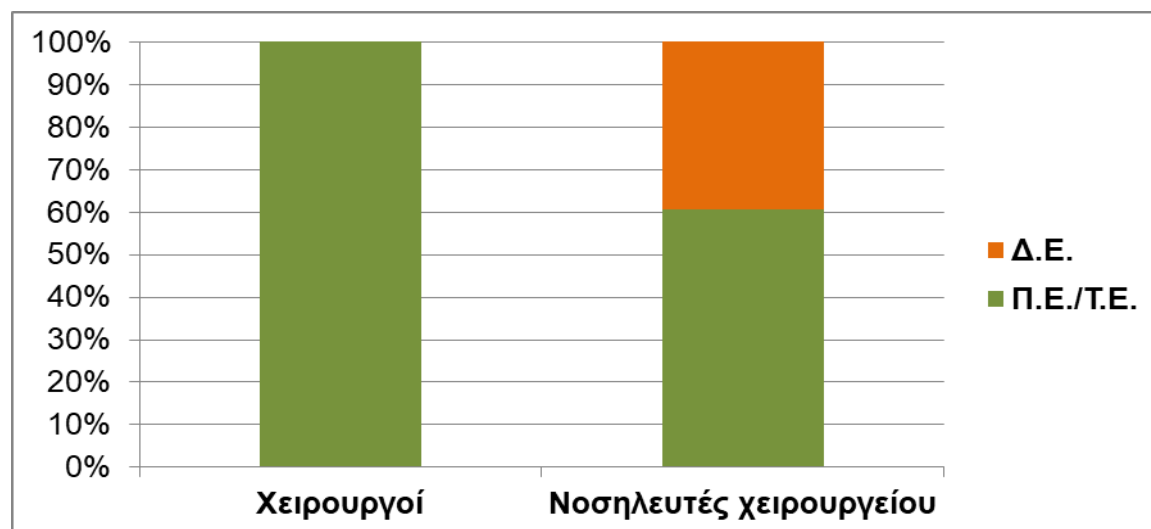
Οι γυναίκες νοσηλεύτριες χειρουργείου ήταν σχεδόν 40% περισσότερες από όσο ήταν οι γυναίκες χειρουργοί (διαφορά αναλογιών=38,50%, διάστημα εμπιστοσύνης 95%: 24,83-49,78%, $\chi^2=27,55$, $p<0,001$). Η μέση ηλικία χειρουργών (47 ετών) και νοσηλευτών χειρουργείου (46 ετών) και η οικογενειακή τους κατάσταση δεν διέφεραν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά ($p=0,462$ και $p=0,763$, αντίστοιχα).



Διάγραμμα 4. Αναλογία (%) αντρών και γυναικών μεταξύ χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου.

Σε σύγκριση με τους χειρουργούς οι νοσηλευτές χειρουργείου βρέθηκε ότι υπολείπονταν στατιστικά σημαντικά ως προς το επίπεδο της εκπαίδευσής τους κατά

ποσοστό 40% (διαφορά αναλογιών=39,47%, διάστημα εμπιστοσύνης 95%Δ.Ε.95%: 28,65–50,71%, $\chi^2=49,40$, $p<0,001$).



Διάγραμμα 5. Αναλογία (%) των επιπέδων εκπαίδευσης μεταξύ χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου.

Σε ό, τι αφορούσε στο χρόνο προϋπηρεσίας τους στο δημόσιο παιδιατρικό νοσοκομείο που είχαν τοποθετηθεί δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους οι χειρουργοί και οι νοσηλεύτες χειρουργείου (20 έτη έναντι 21 έτη, $t=0,992$, $p=0,322$).

Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις λοιπές γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Οι συμμετέχοντες είχαν σχεδόν άριστη αντίληψη (9/10) για την ασφάλεια που παρέχονταν στους παιδιατρικούς ασθενείς στο χειρουργείο που εργάζονταν. Στις υπόλοιπες γενικές ερωτήσεις, η βαθμολογία των συμμετεχόντων ήταν πολλή καλή, εκτός από την ικανοποίηση τους για τους χειρισμούς της διοίκησης που την βαθμολόγησαν ως μέτρια (3/6).

Πίνακας 5. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στις λοιπές γενικές ερωτήσεις.

Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Κλίμακα	Μ.Ο.	Τ.Α.	Ελαχ.	Μέγ.
Αντιλαμβανόμενη ποιότητα χειρουργείου	1-10	7,88	1,33	4	10
Προσωπική συμμετοχή στην ποιότητα του χειρουργείου	1-10	8,51	1,04	5	10
Αντίληψη για ασφάλεια ασθενών στο χειρουργείο	1-10	8,90	1,16	5	10
Σύσταση σε άλλους του χειρουργείου ως ασφαλούς	1-6	5,09	1,11	2	6
Ικανοποίηση από συνεργασία με χειρουργούς	1-10	7,90	1,48	3	10
Ικανοποίηση από συνεργασία με νοσηλεύτες χειρουργείου	1-10	8,46	1,53	3	10
Ικανοποίηση από συνεργασία με λοιπούς νοσηλευτές	1-10	8,45	1,43	1	10
Ικανοποίηση από χειρισμούς διοίκησης	1-6	3,05	1,24	1	6

Μ.Ο.: μέσος όρος, Τ.Α.: τυπική απόκλιση, Ελαχ.: ελάχιστη βαθμολογία, Μέγ.: μέγιστη βαθμολογία

Σύγκριση απαντήσεων χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου στις λοιπές γενικές ερωτήσεις

Τόσο οι χειρουργοί όσο και οι νοσηλευτές χειρουργείου βίωναν σε μεγάλο ποσοστό >70% (72,4% έως 85,5%) εργασιακή εξουθένωση και επαγγελματικό άγχος ($p=0,224$ και $p=0,647$, αντίστοιχα) στο χώρο εργασίας τους (χειρουργεία δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας).

Σε σύγκριση με τους χειρουργούς, οι νοσηλευτές χειρουργείου διέθεταν στατιστικά σημαντικά καλύτερη αντίληψη κατά μέσο όρο όσο αφορούσε στην ποιότητα του χώρου εργασίας τους (χειρουργεία δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας) (8,13/10 έναντι 7,70/10, $t=2,233$, $p=0,027$) και θεωρούσαν ότι συμμετείχαν στατιστικά σημαντικά περισσότερο κατά μέσο όρο στην επίτευξη της ποιότητας του χώρου εργασίας τους (8,77/10 έναντι 8,31/10, $t=3,135$, $p=0,002$).

Σε ό, τι αφορούσε στην ασφάλεια των μικρών ασθενών στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων, οι νοσηλευτές χειρουργείου που εργάζονταν σε αυτά είχαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη άποψη κατά μέσο όρο από ό, τι είχαν οι χειρουργοί (8,91/10 έναντι 8,90/10, $t=0,065$, $p=0,011$), ενώ τόσο οι νοσηλευτές χειρουργείου όσο και οι χειρουργοί σύστηναν κατά μέσο όρο σχεδόν ανεπιφύλακτα, βαθμολογώντας το 5/6 (4,93/6 έως 5,21/6), το χειρουργείο που εργάζονταν ως ασφαλές για τους παιδιατρικούς ασθενείς ($p=0,111$).

Οι χειρουργοί και οι νοσηλευτές χειρουργείου εξέφρασαν, βαθμολογώντας την 8/10 (7,68/10 έως 8,56/10), τη μεγάλη τους ικανοποίηση από τη συνεργασία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (χειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου) που εργαζόταν μαζί τους στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων και με τους νοσηλευτές του νοσοκομείου τους που έρχονταν σε επαφή ($p=0,193$, $p=0,808$ και $p=0,197$, αντίστοιχα). Μέτρια ήταν, βαθμολογώντας την 3/6 (2,95/6 έως 3,20/6), η ικανοποίηση που είχαν τόσο οι χειρουργοί όσο και οι νοσηλευτές χειρουργείου από τη διαχείριση της διοίκησης του νοσοκομείου, στου οποίου το χειρουργείο εργάζονταν, ($p=0,093$).

Ποσοστά θετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ

Η συντριπτική πλειονότητα (93%) του μόνιμου προσωπικού στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων απάντησε θετικά στην ερώτηση «Μου αρέσει η δουλειά μου» του παράγοντα της ικανοποίησης από την εργασία του. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις απάντησε θετικά >50% (58,9–72,8%).

Το μόνιμο προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία απάντησε θετικά σχεδόν σε ποσοστό 80% (79%) στην ερώτηση του παράγοντα αναφορικά με τις πεποιθήσεις του όσο αφορούσε στην ομαδική εργασία «Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το χειρουργείο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι».

Παρόμοια σε ποσοστό >80% απάντησε θετικά στις ερωτήσεις του παράγοντα που αφορούσε στις πεποιθήσεις του για το κλίμα ασφάλειας που υπήρχε στον εργασιακό τους χώρο (χειρουργεία δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων) «Θα ένιωθα ασφαλής αν επρόκειτο να χειρουργηθεί το δικό/συγγενικό μου παιδί σε αυτό το χειρουργείο» και «Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρουργείο» (88% και 80%), ενώ απάντησε θετικά στην ερώτηση «Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία» μόνο ένα ποσοστό >25% (26,4%).

Σε μεγάλο ποσοστό, περίπου στο 80% (79,3%), το μόνιμο προσωπικό στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων απάντησε θετικά στην ερώτηση «Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου» του παράγοντα της αναγνώρισης του στρες.

Πίνακας 6. Μέση βαθμολογία και ποσοστό θετικών αποτελεσμάτων στις ερωτήσεις ερωτηματολογίου SAQ.

Ερωτήσεις SAQ	M.B. ^α	T.A. ^β	Θετικά αποτελέσματα (%) ^γ
Ομαδική εργασία			
Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το χειρουργείο	66,62	26,30	64,77
Σε αυτό το χειρουργείο είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών ^δ	58,52	32,68	51,96
Οι διαφωνίες σε αυτό το χειρουργείο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	59,06	29,95	51,96
Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	68,09	25,83	69,06
Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το χειρουργείο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	75,83	23,85	79,00
Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το χειρουργείο εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	68,33	27,67	68,33
Κλίμα ασφάλειας			
Θα ένιωθα ασφαλής αν επρόκειτο να χειρουργηθεί το δικό/συγγενικό μου παιδί σε αυτό το χειρουργείο	83,19	20,38	88,14
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρουργείο	76,11	25,18	80,00
Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία	41,85	30,48	26,40
Σε αυτό το χειρουργείο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη ^δ	50,69	30,21	38,12
Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	62,71	28,46	57,45
Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το χειρουργείο διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων	57,12	20,18	46,37
Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών σε αυτό το χειρουργείο	54,05	33,43	45,25
Ικανοποίηση από την εργασία			
Μου αρέσει η δουλειά μου	90,03	18,43	93,06
Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	63,81	30,32	59,12
Αυτό το νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	72,08	25,66	72,78
Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο	72,21	23,08	68,16
Το ηθικό σε αυτό το χειρουργείο είναι υψηλό	64,58	27,32	58,89
Αναγνώριση του στρες			
Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. ΚΑΡΠΑ, αιμορραγία, επείγον χειρουργείο)	51,39	35,13	45,56
Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	57,26	32,83	53,07
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	64,86	29,75	68,33
Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	73,04	29,92	79,32
Αντιλήψεις για τη διοίκηση			
Η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	37,92	27,90	19,44
Η διοίκηση του νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	68,53	27,63	60,92
Η στελέχωση είναι επαρκής σε αυτό το χειρουργείο που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών	38,12	34,62	30,94
Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	47,50	28,72	32,22

α. M.B.: μέση βαθμολογία, β. T.A.: τυπική απόκλιση, γ. Το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Συμφωνώ κάπως» και «Συμφωνώ απόλυτα», δ. Στις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις ως θετικά αποτελέσματα (%) νοείται το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ κάπως»

Πίνακας 6. (Συνέχεια). Μέση βαθμολογία και ποσοστό θετικών αποτελεσμάτων στις ερωτήσεις ερωτηματολογίου SAQ.

Ερωτήσεις SAQ	M.B. ^α	T.A. ^β	Θετικά αποτελέσματα (%) ^γ
Εργασιακές συνθήκες			
Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	61,67	31,20	56,11
Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	58,89	30,43	52,78
Αυτό το νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	45,25	30,30	37,75
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	78,29	21,94	76,57

α. M.B.: μέση βαθμολογία, β. T.A.: τυπική απόκλιση, γ. Το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Συμφωνώ κάπως» και «Συμφωνώ απόλυτα»

Όσο αφορούσε στις πεποιθήσεις που είχε το μόνιμο προσωπικό για τις συνθήκες εργασίας στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων, >75% (76,8%) απάντησε θετικά στην ερώτηση κατά πόσο «Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς», ενώ στο κατά πόσο «Αυτό το νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό» απάντησε θετικά κοντά στο 40% (37,8%).

Σε όλες τις υπόλοιπες ερωτήσεις των τεσσάρων αυτών παραγόντων του SAQ απάντησε θετικά περίπου το 50% (45,3–57,5%) του μόνιμου προσωπικού στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων.

Σε ό, τι αφορούσε στις αντιλήψεις του μόνιμου προσωπικού στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων για τη διοίκηση μόνο στην ερώτηση «Η διοίκηση του νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών» απάντησαν θετικά >50% (60,9%). Στις υπόλοιπες ερωτήσεις απάντησε θετικά το 30% (30,9–32,2%), με εξαίρεση την ερώτηση «Η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες» που απάντησε θετικά μόλις το 20% (19,4%).

Σύγκριση απαντήσεων χειρουργών και νοσηλευτών χειρουργείου στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ

Οι χειρουργοί βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χειρουργείου τις ακόλουθες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ κατά φθίνουσα σειρά: την ερώτηση «Μου αρέσει η δουλειά μου» (93/100 έναντι 85/100, $t=2,803$, $p=0,006$), την ερώτηση «Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το χειρουργείο» (71/100 έναντι 60/100, $t=2,960$, $p=0,04$),

την ερώτηση «Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση» (69/100 έναντι 45/100, $t=5,439$, $p<0,001$), καθώς και την ερώτηση «Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. ΚΑΡΠΑ, αιμορραγία, επείγον χειρουργείο)» (56/100 έναντι 44/100, $t=2,306$, $p=0,022$).

Οι νοσηλευτές χειρουργείου βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τους χειρουργούς τις ακόλουθες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ κατά φθίνουσα σειρά: την ερώτηση «Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών» (69/100 έναντι 56/100, $t=2,743$, $p=0,007$), την ερώτηση «Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών σε αυτό το χειρουργείο» (66/100 έναντι 46/100, $t=4,022$, $p<0,11$), την ερώτηση «Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το χειρουργείο διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων» (64/100 έναντι 52/100, $t=2,771$, $p=0,006$), «Αυτό το νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό» (51/100 έναντι 41/100, $t=2,028$, $p=0,044$), «Η στελέχωση είναι επαρκής σε αυτό το χειρουργείο που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών» (47/100 έναντι 32/100, $t=3,014$, $p=0,003$).

Στις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ, οι βαθμολογίες των χειρουργών και των νοσηλευτών χειρουργείου δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων (Πίνακας 7).

Συνολικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου SAQ

Η βαθμολόγηση από τους συμμετέχοντες της ικανοποίησης από την εργασία τους στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων ήταν

Πίνακας 7. Μέσες βαθμολογίες στα 100 των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από τους χειρουργούς και τους νοσηλευτές χειρουργείου των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, 2018.

Ερωτήσεις SAQ	Χειρουργοί		Νοσηλ.Χειρ.		t	p
	M.O. ^a	T.A. ^β	M.O. ^a	T.A. ^β		
Ομαδική εργασία						
Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το χειρουργείο	71,32	23,70	60,14	26,15	2,960	0,004
Σε αυτό το χειρουργείο είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών ^δ	57,38	32,32	60,14	33,34	-0,554	0,580
Οι διαφωνίες σε αυτό το χειρουργείο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	55,48	29,62	64,19	29,86	-1,932	0,055
Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	65,71	27,36	71,38	23,35	-1,461	0,146
Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το Χειρουργείο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	76,19	23,61	75,33	24,32	0,239	0,811
Οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το χειρουργείο εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	66,90	26,52	70,33	29,26	-0,819	0,414
Κλίμα ασφάλειας						
Θα ένιωθα ασφαλής αν επρόκειτο να χειρουργηθεί το δικό/συγγενικό μου παιδί σε αυτό το χειρουργείο	83,98	20,07	82,09	20,90	0,606	0,545
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρουργείο	73,81	25,80	79,33	24,10	-1,455	0,147
Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία	40,78	29,70	43,33	31,66	-0,551	0,582
Σε αυτό το χειρουργείο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη ^δ	48,33	31,45	53,95	28,30	-1,236	0,218
Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	57,86	28,44	69,41	27,26	-2,743	0,007
Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το χειρουργείο διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων	52,14	28,40	64,19	28,99	-2,771	0,006
Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών σε αυτό το χειρουργείο	45,95	32,91	65,54	30,88	-4,022	<0,001

^α. Μ.Ο.: μέσος όρος, ^β. Τ.Α.: τυπική απόκλιση, ^γ. Το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Συμφωνώ κάπως» και «Συμφωνώ απόλυτα», ^δ. Στις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις ως θετικά αποτελέσματα (%) νοείται το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Διαφωνώ απόλυτα» και «Διαφωνώ κάπως»

Πίνακας 7. (Συνέχεια). Μέσες βαθμολογίες στα 100 των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από τους χειρουργούς και τους νοσηλευτές χειρουργείου των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, 2018.

Ερωτήσεις SAQ	Χειρουργοί		Νοσηλ.Χειρ.		t	p
	M.O. ^a	T.A. ^β	M.O. ^a	T.A. ^β		
Ικανοποίηση από την εργασία						
Μου αρέσει η δουλειά μου	93,20	15,73	85,36	21,06	2,803	0,006
Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	65,00	30,34	62,17	30,41	0,618	0,537
Αυτό το νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	71,63	27,88	72,70	22,43	- 0,274	0,785
Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το νοσοκομείο	70,19	22,86	75,00	23,25	- 1,378	0,170
Το ηθικό σε αυτό το χειρουργείο είναι υψηλό	65,00	28,08	64,00	26,39	0,241	0,809
Αναγνώριση του στρες						
Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. ΚΑΡΠΑ, αιμορραγία, επείγον χειρουργείο)	56,49	33,59	44,41	36,19	2,036	0,022
Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	60,58	31,29	52,67	34,53	1,598	0,112
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	66,90	26,97	62,00	33,23	1,091	0,277
Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	75,48	27,20	69,67	33,21	1,285	0,200

α. M.O.: μέσος όρος, β. T.A.: τυπική απόκλιση, γ. Το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Συμφωνώ κάπως» και «Συμφωνώ απόλυτα»,

Πίνακας 7. Πίνακας 1. (Συνέχεια). Μέσες βαθμολογίες στα 100 των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από τους χειρουργούς και τους νοσηλευτές χειρουργείου των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, 2018.

Ερωτήσεις SAQ	Χειρουργοί		Νοσηλ.Χειρ.		t	p
	M.O. ^a	T.A. ^β	M.O. ^a	T.A. ^β		
Αντιλήψεις για τη διοίκηση						
Η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	34,86	27,74	42,11	27,75	-1,731	0,085
Η διοίκηση του νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	65,87	28,74	72,50	25,59	-1,559	0,121
Η στελέχωση είναι επαρκής σε αυτό το χειρουργείο που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών	31,67	34,19	47,04	33,41	-3,014	0,003
Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	48,33	27,58	46,33	30,40	0,460	0,646
Εργασιακές συνθήκες						
Αυτό το νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	60,34	31,08	63,49	31,48	-0,668	0,505
Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	68,57	27,74	45,33	28,97	5,439	<0,001
Αυτό το νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	41,43	29,79	50,68	30,40	-2,028	0,044
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	77,16	22,61	79,93	20,97	-0,818	0,414

α. M.O.: μέσος όρος, **β.** T.A.: τυπική απόκλιση, **γ.** Το ποσοστό (%) όσων απάντησαν «Συμφωνώ κάπως» και «Συμφωνώ απόλυτα»,

αρκετά καλή (72/100). Στους υπόλοιπους παράγοντες, η βαθμολογία των συμμετεχόντων ήταν αρκετά πάνω από το μέτριο (>50/100), εκτός από την ικανοποίηση τους για τους χειρισμούς της διοίκησης που ήταν μέτρια (48/100). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας SAQ ήταν σχετικά ικανοποιητική (62/100). (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα κλίμακας SAQ

Παράγοντες κλίμακας SAQ	M.O.	T.A.	Ελάχιστη	Μέγιστη
Ομαδική εργασία	66,01	17,70	13	100
Κλίμα ασφάλειας	60,86	18,10	4	100
Ικανοποίηση από την εργασία	72,27	18,84	15	100
Αναγνώριση του στρες	61,48	25,45	0	100
Αντιλήψεις για τη διοίκηση	47,88	20,93	0	100
Εργασιακές συνθήκες	60,92	19,60	13	100
M.O.: μέσος όρος, T.A.: τυπική απόκλιση				

Συσχέτιση απαντήσεων των συμμετεχόντων στις γενικές ερωτήσεις με παράγοντες ερωτηματολογίου SAQ

Όσο αφορούσε στους παράγοντες που απαρτίζουν το ερωτηματολόγιο SAQ, δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο πώς απάντησαν κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα που να αποδίδονται στο φύλο τους ή την ηλικιακή τους ομάδα ($p=0,097-0,830$ και $p=0,070-0,394$, αντίστοιχα). Οι έγγαμοι βαθμολόγησαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα κατά μέσο όρο τις συνθήκες εργασίας στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων που εργάζονταν από ό, τι τις βαθμολόγησαν οι άγαμοι (63/100 έναντι 57/100, $t=1,996$, $p=0,047$). Όσοι είχαν λάβει τριτοβάθμια εκπαίδευση φάνηκε από το πώς βαθμολόγησαν ότι ήταν στατιστικά σημαντικά λιγότερο ευχαριστημένοι από το κλίμα ασφάλειας που επικρατούσε στον εργασιακό τους χώρο (χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας), καθώς και από τη διοίκηση του νοσοκομείου τους, από ό, τι ήταν όσοι είχαν λάβει δευτεροβάθμια εκπαίδευση (59/100 έναντι 69/100, $t=-2,615$, $p=0,010$ και 46/100 έναντι 55/100, $t=-2,140$, $p=0,034$, αντίστοιχα).

Οι χειρουργοί βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα το κλίμα ασφάλειας και τη Διοίκηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χειρουργείου

(58/100 έναντι 65/100, $t = -2,967$, $p = 0,003$ και 45/100 έναντι 52/100, $t = -2,061$, $p = 0,041$, αντίστοιχα). Σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χειρουργείου, οι χειρουργοί αντιλαμβάνονταν κατά μέσο στατιστικά σημαντικά περισσότερο το εργασιακό στρες (65/100 έναντι 57/100, $t = 2,111$, $p = 0,036$). Όσοι υπηρετούσαν στο παιδιατρικό νοσοκομείο τους πάνω από 20 χρόνια βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα στο χώρο της εργασίας τους (χειρουργείο) και ήταν κατά μέσο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους από ό, τι όσοι υπηρετούσαν λιγότερο από 20 χρόνια (69/100 έναντι 63/100, $t = 2,214$, $p = 0,028$ και 75/100 έναντι 69/100, $t = -2,130$, $p = 0,03$, αντίστοιχα). Παρομοίως, όσοι εργάζονταν στο χειρουργείο πάνω από 11 χρόνια βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο οριακά υψηλότερα το κλίμα ομαδικής εργασίας στο χειρουργείο σε σύγκριση με όσους εργάζονταν λιγότερο από 11 χρόνια (69/100 έναντι 63/100, $t = 1,977$, $p = 0,050$).

Η εργασιακή εξουθένωση έκανε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία που την ένιωθε, σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν ένιωθαν εξουθενωμένοι από την εργασία τους, να βαθμολογήσει κατά μέσο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα το κλίμα της ομαδικότητας (64/100 έναντι 72/100, $t = -2,626$, $p = 0,009$) και της ασφάλειας (60/100 έναντι 67/100, $t = -2,511$, $p = 0,013$) στον χώρο εργασίας τους (χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων), την ικανοποίηση από την εργασία του (70/100 έναντι 78/100, $t = -2,496$, $p = 0,013$), τη διοίκηση (46/100 έναντι 54/100, $t = -2,389$, $p = 0,018$) και τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν στα παραπάνω χειρουργεία (58/100 έναντι 70/100, $t = -3,621$, $p < 0,001$). Οι εξουθενωμένοι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας αντιλαμβάνονταν κατά μέσο στατιστικά σημαντικά περισσότερο το εργασιακό στρες από ό, τι όσοι δεν ένιωθαν εργασιακή εξουθένωση (65/100 έναντι 52/100, $t = 3,052$, $p = 0,003$). Παρομοίως, οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας που διακατέχονταν από επαγγελματικό άγχος βαθμολόγησαν, σε σύγκριση με όσους δεν διακατέχονταν, κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα την ομαδικότητα στο χώρο των χειρουργείων (65/100 έναντι 72/100, $t = -1,993$, $p = 0,028$), ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους (71/100 έναντι 78/100, $t = -2,115$, $p = 0,036$.) και εργασιακές συνθήκες (60/100 έναντι 67/100, $t = -2,085$, $p = 0,038$), ενώ κατά μέσο καταλάβαιναν στατιστικά σημαντικά περισσότερο το εργασιακό στρες (64/100 έναντι 52/100, $t = 2,424$, $p = 0,016$).

Το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας που θεωρούσε ότι η ποιότητα του χώρου εργασίας του ήταν υψηλή βαθμολόγησε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (71/100 έναντι 57/100, $t=5,533$, $p<0,001$), το κλίμα ασφάλειας (66/100 έναντι 52/100, $t=5,209$, $p<0,001$) και τις συνθήκες εργασίας (67/100 έναντι 50/100, $t=6,138$, $p<0,001$) στο χειρουργείο που εργαζόταν, ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (78/100 έναντι 62/100, $t=5,790$, $p<0,001$) και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (54/100 έναντι 37/100, $t=5,427$, $p<0,001$) από ό, τι οι εργαζόμενοι που δεν θεωρούσαν ότι η ποιότητα του χώρου εργασίας τους ήταν αρκούντως υψηλή. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε ότι η ποιότητα του χειρουργείου που εργαζόταν ήταν υψηλή, είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο στρες από ό, τι όταν ήταν προδιατεθειμένοι λιγότερο θετικά προς την ποιότητα που υπήρχε στο χώρο που εργαζόταν (59/100 έναντι 67/100, $t= -2,371$, $p=0,019$). Το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας που θεωρούσε ότι η προσωπική του συμμετοχή στην επίτευξη της ποιότητας του χώρου εργασίας του ήταν μεγάλη βαθμολόγησε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (69/100 έναντι 63/100, $t=2,376$, $p<0,019$), το κλίμα ασφάλειας (64/100 έναντι 58/100, $t=2,344$, $p<0,020$) και τις συνθήκες εργασίας (64/100 έναντι 57/100, $t=6,138$, $p<0,014$) στο χειρουργείο που εργαζόταν και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (51/100 έναντι 44/100, $t=2,181$, $p<0,031$) από ό, τι οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν λιγότερο. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε ότι συμμετείχε ενεργά στην ποιότητα του χειρουργείου που εργαζόταν, είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο στρες από ό, τι όταν δεν συμμετείχε τόσο πολύ (58/100 έναντι 66/100, $t= -2,190$, $p=0,030$).

Όσοι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας θεωρούσαν ότι το χειρουργείο που εργάζονταν παρείχε ασφάλεια στους παιδιατρικούς ασθενείς και το σύστηναν ανεπιφύλακτα βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (74/100 έναντι 59/100, $t=6,263$, $p<0,001$ και 75/100 έναντι 57/100, $t=7,921$, $p<0,001$, αντίστοιχα), το κλίμα ασφάλειας (68/100 έναντι 54/100, $t=5,384$, $p<0,001$ και 70/100 έναντι 52/100, $t=7,485$, $p<0,001$, αντίστοιχα) και τις συνθήκες εργασίας (69/100 έναντι 53/100, $t=5,856$, $p<0,001$ και 71/100 έναντι 51/100, $t=7,956$, $p<0,001$, αντίστοιχα) στο χειρουργείο που εργαζόταν,

ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (81/100 έναντι 65/100, $t=6,390$, $p<0,001$ και 82/100 έναντι 63/100, $t=7,790$, $p<0,001$, αντίστοιχα) και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (55/100 έναντι 42/100, $t=4,439$, $p<0,001$ και 54/100 έναντι 41/100, $t=4,293$, $p<0,001$, αντίστοιχα) από ό, τι οι εργαζόμενοι που δεν θεωρούσαν ότι η ασφάλεια που παρέχόταν στους μικρούς ασθενείς στο χειρουργείο που εργάζονταν ήταν επαρκής και το σύστηναν με επιφύλαξη. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είχε θετική αντίληψη για την παρεχόμενη ασφάλεια στους παιδιατρικούς ασθενείς στο χειρουργείο που εργάζονταν, το οποίο και σύστηναν είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο στρες από ό, τι όταν δεν είχε τόσο θετική αντίληψη και το σύστηναν με επιφύλαξη (57/100 έναντι 65/100, $t= -2,087$, $p=0,039$ και 57/100 έναντι 65/100, $t= -1,978$, $p=0,049$, αντίστοιχα).

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας που ήταν πολύ ικανοποιημένο από τη συνεργασία του με τους χειρουργούς βαθμολόγησε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (71/100 έναντι 60/100, $t=4,606$, $p<0,001$), το κλίμα ασφάλειας (69/100 έναντι 55/100, $t=6,323$, $p<0,001$) και τις συνθήκες εργασίας (69/100 έναντι 53/100, $t=6,615$, $p<0,001$) στο χειρουργείο που εργάζονταν, ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (81/100 έναντι 64/100, $t=6,822$, $p<0,001$) και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (57/100 έναντι 39/100, $t=6,126$, $p<0,001$) από ό, τι οι εργαζόμενοι που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς. Όταν οι εργαζόμενοι ήταν σαφώς ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς είχαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο στρες από ό, τι όταν δεν ήταν και τόσο ικανοποιημένοι (55/100 έναντι 68/100, $t= -3,570$, $p<0,001$).

Όσοι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας ήταν πολύ ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές χειρουργείου και τους νοσηλευτές των άλλων τμημάτων των

Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία

Πίνακας 9. Μέσες βαθμολογίες στα 100 των παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από το μόνιμο προσωπικό των χειρουργείων των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους, 2018.

Χαρακτηριστικά	Κατηγορίες χαρακτηριστικών	Μέσες βαθμολογίες παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ					
		Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφάλειας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντιλήψεις για τη διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Φύλο	Άντρες	68,53 ± 17,66	60,38 ± 18,15	74,35 ± 19,67	65,01 ± 23,60	47,37 ± 21,34	63,89 ± 20,41
	Γυναίκες	64,32 ± 17,65	60,98 ± 18,12	70,92 ± 18,34	59,33 ± 26,51	48,12 ± 20,85	58,90 ± 18,92
	<i>t</i>	1,553	-0,215	1,187	1,456	-0,233	1,670
	<i>p</i>	0,122	0,830	0,237	0,147	0,816	0,097
Ηλικιακή ομάδα	>46 ετών	68,59 ± 17,55	61,84 ± 18,03	73,54 ± 19,25	59,50 ± 25,82	49,36 ± 20,68	62,33 ± 20,42
	<46 ετών	63,73 ± 17,32	59,48 ± 17,97	70,01 ± 19,01	64,08 ± 24,82	45,09 ± 21,08	58,81 ± 19,25
	<i>t</i>	1,824	0,855	0,867	-1,183	1,335	1,158
	<i>p</i>	0,070	0,394	0,387	0,238	0,184	0,248
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι	67,35 ± 17,64	60,57 ± 18,67	73,52 ± 18,99	60,95 ± 26,27	49,03 ± 22,09	63,00 ± 19,65
	Άγαμοι	63,26 ± 17,95	61,30 ± 17,02	69,52 ± 18,62	62,79 ± 23,98	44,92 ± 18,31	56,76 ± 19,04
	<i>t</i>	1,437	-0,250	1,321	-0,450	1,221	1,996
	<i>p</i>	0,152	0,803	0,188	0,653	0,224	0,047
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	Ναι	65,51 ± 17,69	59,32 ± 18,23	71,75 ± 19,11	62,18 ± 25,13	46,41 ± 20,70	60,42 ± 19,87
	Όχι	68,50 ± 17,81	68,63 ± 15,50	74,89 ± 17,44	57,92 ± 27,17	55,28 ± 20,97	63,47 ± 18,32
	<i>t</i>	-0,844	-2,615	-0,832	0,838	-2,140	-0,779
	<i>p</i>	0,400	0,010	0,407	0,403	0,034	0,437
Επαγγελματική ιδιότητα	Χειρουργοί	65,51 ± 17,99	57,74 ± 18,65	72,98 ± 19,60	64,84 ± 23,12	45,18 ± 20,55	61,88 ± 19,74
	Νοσηλ.χειρουργείου	66,70 ± 17,38	65,46 ± 16,35	71,30 ± 17,81	56,83 ± 27,84	51,62 ± 21,01	59,59 ± 19,46
	<i>t</i>	-0,446	-2,967	0,588	2,111	-2,061	0,775
	<i>p</i>	0,656	0,003	0,557	0,036	0,041	0,439
Εργασιακή εμπειρία στο νοσοκομείο	>20 έτη	68,98 ± 17,17	63,29 ± 17,97	75,26 ± 17,99	58,21 ± 27,25	50,88 ± 22,09	62,71 ± 20,62
	<20 έτη	63,13 ± 18,05	58,42 ± 18,29	69,27 ± 19,47	64,21 ± 23,43	45,58 ± 19,30	59,19 ± 18,82
	<i>t</i>	2,214	1,791	2,130	-1,576	1,705	1,191
	<i>p</i>	0,028	0,075	0,035	0,117	0,090	0,235

Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία

Πίνακας 9. (Συνέχεια). Μέσες βαθμολογίες στα 100 των παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από το μόνιμο προσωπικό των χειρουργείων των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους, 2018.

Χαρακτηριστικά	Κατηγορίες χαρακτηριστικών	Μέσες βαθμολογίες παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ					
		Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφάλειας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντιλήψεις για τη διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Εργασιακή εμπειρία στο χειρουργείο	>11 έτη	68,58 ± 16,39	62,50 ± 17,98	73,30 ± 18,07	62,66 ± 25,42	50,57 ± 21,94	61,26 ± 20,05
	<11 έτη	63,34 ± 18,91	59,08 ± 18,45	71,11 ± 19,85	59,77 ± 25,64	45,71 ± 19,43	60,58 ± 19,55
	<i>t</i>	1,977	1,251	0,769	0,755	1,561	0,229
	<i>p</i>	0,050	0,213	0,443	0,451	0,120	0,819
Εργασιακή εξουθένωση	Ναι	64,08 ± 17,30	59,98 ± 16,51	70,32 ± 19,20	64,67 ± 24,63	45,80 ± 21,22	58,03 ± 19,32
	Όχι	72,01 ± 17,80	66,74 ± 21,52	78,35 ± 16,42	51,52 ± 25,66	54,36 ± 18,82	69,93 ± 17,83
	<i>t</i>	-2,626	-2,511	-2,496	3,052	-2,389	-3,621
	<i>p</i>	0,009	0,013	0,013	0,003	0,018	<0,001
Επαγγελματικό άγχος	Ναι	64,78 ± 17,91	59,70 ± 17,99	70,89 ± 19,44	63,61 ± 25,11	47,02 ± 20,94	59,50 ± 18,89
	Όχι	71,52 ± 15,83	66,10 ± 17,97	78,48 ± 14,55	51,89 ± 25,12	51,77 ± 20,78	67,30 ± 17,10
	<i>t</i>	-1,993	-1,848	-2,115	2,424	-1,180	-2,085
	<i>p</i>	0,048	0,066	0,036	0,016	0,239	0,038
Αντιλαμβανόμενη ποιότητα χειρουργείου	Υψηλή (>8/10)	71,00 ± 17,03	65,71 ± 17,26	77,79 ± 17,99	58,42 ± 27,13	53,69 ± 20,55	66,95 ± 17,87
	Χαμηλή (<8/10)	56,89 ± 15,17	52,01 ± 16,26	62,19 ± 16,06	67,06 ± 21,14	37,27 ± 17,24	49,90 ± 17,87
	<i>t</i>	5,533	5,209	5,790	-2,371	5,427	6,138
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,019	<0,001	<0,001
Προσωπική συμμετοχή στην ποιότητα του χειρουργείου	Μεγάλη (>9/10)	69,15 ± 17,63	64,09 ± 17,74	73,90 ± 19,46	57,70 ± 28,41	51,11 ± 21,74	64,42 ± 19,14
	Μικρή (<9/10)	62,96 ± 16,96	57,80 ± 17,91	71,12 ± 17,57	65,88 ± 21,01	44,36 ± 19,21	57,21 ± 19,58
	<i>t</i>	2,376	2,344	0,997	-2,190	2,181	2,479
	<i>p</i>	0,019	0,020	0,320	0,030	0,031	0,014
Αντίληψη για ασφάλεια ασθενών στο χειρουργείο	Υψηλή (>9/10)	73,82 ± 16,27	67,94 ± 16,66	80,85 ± 16,92	57,42 ± 28,94	54,94 ± 21,16	69,10 ± 17,01
	Χαμηλή (<9/10)	58,86 ± 15,73	54,45 ± 16,97	64,58 ± 17,14	65,41 ± 21,25	41,69 ± 18,87	53,43 ± 16,66
	<i>t</i>	6,263	5,364	6,390	-2,087	4,439	5,856
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,039	<0,001	<0,001

Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία

Πίνακας 9. (Συνέχεια). Μέσες βαθμολογίες στα 100 των παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ που δόθηκαν από το μόνιμο προσωπικό των χειρουργείων των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους, 2018.

Χαρακτηριστικά	Κατηγορίες χαρακτηριστικών	Μέσες βαθμολογίες παραγόντων του ερωτηματολογίου SAQ					
		Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφάλειας	Ικανοποίηση από την εργασία	Αναγνώριση του στρες	Αντίληψεις για τη διοίκηση	Εργασιακές συνθήκες
Σύσταση σε άλλους του χειρουργείου ως ασφαλούς	Ναι (6/6)	74,86 ± 15,27	69,61 ± 15,70	81,58 ± 15,48	57,72 ± 27,51	54,23 ± 20,21	70,83 ± 16,98
	Όχι (<6/6)	56,79 ± 15,33	51,96 ± 15,30	62,58 ± 17,23	65,18 ± 22,70	41,43 ± 19,79	50,83 ± 16,74
	<i>t</i>	7,921	7,485	7,790	-1,978	4,293	7,956
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,049	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από συνεργασία με χειρουργούς	Μεγάλη (>9/10)	71,72 ± 16,12	68,54 ± 15,44	80,76 ± 15,32	54,97 ± 25,51	56,52 ± 18,70	69,05 ± 17,13
	Μικρή (<9/10)	60,23 ± 17,43	53,11 ± 17,34	63,69 ± 18,23	68,06 ± 23,77	39,14 ± 19,47	52,71 ± 18,57
	<i>t</i>	4,606	6,323	6,822	-3,570	6,126	6,615
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από συνεργασία με νοσηλευτές χειρουργείου	Μεγάλη (>9/10)	72,62 ± 16,52	64,71 ± 18,02	79,68 ± 17,17	59,48 ± 27,13	53,67 ± 20,81	69,08 ± 16,85
	Μικρή (<9/10)	58,54 ± 16,00	56,52 ± 17,29	63,91 ± 17,13	63,73 ± 23,36	41,35 ± 19,18	51,72 ± 18,45
	<i>t</i>	5,808	3,110	6,172	-1,120	4,123	6,445
	<i>p</i>	<0,001	0,002	<0,001	0,264	<0,001	<0,001
Ικανοποίηση από συνεργασία με λοιπούς νοσηλευτές	Μεγάλη (>9/10)	71,69 ± 17,51	65,03 ± 17,47	78,67 ± 18,66	61,47 ± 27,28	52,84 ± 21,76	69,18 ± 17,17
	Μικρή (<9/10)	60,00 ± 15,90	56,47 ± 17,81	65,51 ± 16,61	61,48 ± 23,51	42,64 ± 18,76	52,20 ± 18,26
	<i>t</i>	4,695	3,264	5,002	-0,003	3,372	6,445
	<i>p</i>	<0,001	0,001	<0,001	0,997	0,001	<0,001
Ικανοποίηση από χειρισμούς διοίκησης	Μεγάλη (>3/6)	68,07 ± 17,53	62,95 ± 18,34	73,92 ± 18,36	58,21 ± 25,59	53,06 ± 19,80	62,64 ± 19,61
	Μικρή (<3/6)	59,13 ± 16,49	54,86 ± 17,33	66,67 ± 18,07	67,52 ± 24,01	35,42 ± 19,38	54,21 ± 19,51
	<i>t</i>	3,092	2,673	2,367	-2,210	5,310	2,568
	<i>p</i>	0,002	0,008	0,019	0,028	<0,001	0,011

νοσοκομείων τους βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (73/100 έναντι 59/100, $t=5,808$, $p<0,001$ και 72/100 έναντι 60/100, $t=4,695$, $p<0,001$, αντίστοιχα), το κλίμα ασφάλειας (65/100 έναντι 57/100, $t=3,110$, $p=0,002$ και 65/100 έναντι 56/100, $t=3,264$, $p<0,001$, αντίστοιχα) και τις συνθήκες εργασίας (69/100 έναντι 52/100, $t=6,445$, $p<0,001$ και 69/100 έναντι 52/100, $t=6,445$, $p<0,001$, αντίστοιχα) στο χειρουργείο που εργαζόταν, ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (80/100 έναντι 64/100, $t=6,172$, $p<0,001$ και 79/100 έναντι 66/100, $t=5,002$, $p<0,001$, αντίστοιχα) και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (54/100 έναντι 41/100, $t=4,123$, $p<0,001$ και 53/100 έναντι 43/100, $t=3,372$, $p=0,001$, αντίστοιχα) από ό,τι οι εργαζόμενοι που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας που ήταν σχετικά ικανοποιημένο από τους χειρισμούς της διοίκησης βαθμολόγησε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα την ομαδικότητα (68/100 έναντι 59/100, $t=3,092$, $p=0,002$), το κλίμα ασφάλειας (63/100 έναντι 55/100, $t=2,673$, $p=0,008$) και τις συνθήκες εργασίας (63/100 έναντι 54/100, $t=2,568$, $p=0,011$) στο χειρουργείο που εργαζόταν, ήταν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του (74/100 έναντι 67/100, $t=2,357$, $p=0,019$) και είχε κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά θετικότερη θεώρηση της διοίκησης (53/100 έναντι 35/100, $t=5,310$, $p<0,001$) από ό,τι οι εργαζόμενοι που δεν ήταν ικανοποιημένοι από τη διαχείριση της διοίκησης. Όταν οι εργαζόμενοι ήταν έστω μετρίως ικανοποιημένοι από τους χειρισμούς της διοίκησης είχαν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά λιγότερο στρες από ό,τι όταν δεν ήταν ικανοποιημένοι (58/100 έναντι 68/100, $t=-2,210$, $p=0,028$).

Ερμηνεία παραγόντων ερωτηματολογίου SAQ με ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

Για την ερμηνεία της αίσθησης της ομαδικής εργασίας που είχε το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία, το καλύτερα προσαρμοσμένο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=100,8$) μεταξύ των 10 υποδειγμάτων, όπως κατατάχθηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=3,748$, $p=0,020$) με όλες τις

μεταβλητές του να ερμηνεύουν το 45% ($R_{2Τροπ}=0,45$) της ολικής διακύμανσης του παράγοντα της ομαδικής εργασίας. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχθηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που θέλουν περισσότερο την ομαδικότητα στην εργασία είναι οι μεγαλύτεροι στην ηλικία ($\beta=18,7$, $p=0,009$), καθώς και όσοι νιώθουν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($\beta=20,3$, $p=0,035$).

Όσο αφορά στην αίσθηση για το κλίμα ασφάλειας που υπήρχε στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων, το βέλτιστο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=66,53$) μεταξύ των επτά υποδειγμάτων, όπως κατατάχθηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=16,30$, $p<0,001$) με όλες τις μεταβλητές που περιελάμβανε να ερμηνεύουν το 89% ($R_{2Τροπ}=0,89$) της ολικής μεταβλητότητας διακύμανσης του κλίματος ασφάλειας. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχθηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που θέλουν μεγαλύτερη ασφάλεια στον χώρο εργασίας τους (χειρουργεία) είναι οι άντρες ($\beta=18,38$, $p<0,001$), οι μεγαλύτερης ηλικίας ($\beta=21,5$, $p<0,001$), όσοι έχουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($\beta=10,6$, $p=0,007$), λιγότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($\beta=-10,1$, $p=0,007$), νιώθουν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($\beta=33,3$, $p<0,001$), θεωρούν χαμηλή την ποιότητα στον εργασιακό τους χώρο ($\beta=-6,00$, $p=0,027$), αισθάνονται ότι το χειρουργείο που εργάζονται δεν είναι αρκετά ασφαλές για τους παιδιατρικούς ασθενείς ($\beta=-10,7$, $p=0,015$), θέλουν να συστήνουν το χειρουργείο τους ως ασφαλές για τους μικρούς ασθενείς ($\beta=22,2$, $p<0,001$), είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($\beta=11,4$, $p=0,004$), καθώς και με τους νοσηλευτές χειρουργείου ($\beta=8,70$, $p=0,010$) στο χειρουργείο που εργάζονται.

Για την ερμηνεία της ικανοποίησης από την εργασία του που είχε το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία, το καλύτερα προσαρμοσμένο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=89,52$) μεταξύ των πέντε υποδειγμάτων, όπως κατατάχθηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=4,620$, $p=0,019$) με όλες τις μεταβλητές που περιελάμβανε να ερμηνεύουν το 69% ($R_{2Τροπ}=0,69$) της ολικής διακύμανσης του παράγοντα της ικανοποίησης από την εργασία. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχθηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους είναι όσοι έχουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($\beta=25,3$, $p=0,007$), είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($\beta=10,5$,

$p=0,038$), καθώς και με τους νοσηλευτές χειρουργείου ($\beta=19,5$, $p=0,025$) στο χειρουργείο που εργάζονται.

Όσο αφορά στην αναγνώριση του στρες από τους εργαζόμενους στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων, το βέλτιστο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=104,2$) μεταξύ των επτά υποδειγμάτων, όπως κατατάχτηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=11,33$, $p<0,001$) με όλες τις μεταβλητές που περιελάμβανε να ερμηνεύουν το 84% ($R_{2Τροπ}=0,84$) της ολικής μεταβλητότητας διακύμανσης του παράγοντα της αναγνώρισης του στρες. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχτηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που έχουν περισσότερο στρες είναι οι άντρες ($\beta=24,4$, $p=0,004$), οι μικρότερης ηλικίας ($\beta=-59,9$, $p<0,001$), οι έγγαμοι ($\beta=24,4$, $p=0,001$), οι νοσηλευτές χειρουργείου ($\beta=-48,2$, $p<0,001$), όσοι έχουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία στο νοσοκομείο ($\beta=34,8$, $p=0,003$), περισσότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($\beta=28,7$, $p=0,001$), νιώθουν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($\beta=50,5$, $p<0,001$), καθώς και όσοι εμπλέκονται προσωπικά στην ποιότητα του χειρουργείου που εργάζονται ($\beta=19,9$, $p=0,012$).

Για την ερμηνεία των αντιλήψεων για τη διοίκηση που είχε το μόνιμο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία, το καλύτερα προσαρμοσμένο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=111,2$) μεταξύ των 12 υποδειγμάτων, όπως κατατάχτηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=6,159$, $p=0,002$) με όλες τις μεταβλητές που περιελάμβανε να ερμηνεύουν το 61% ($R_{2Τροπ}=0,61$) της ολικής διακύμανσης του παράγοντα των αντιλήψεων για τη διοίκηση. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχτηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που θέλουν αποτελεσματικότερη τη διοίκηση είναι όσοι είναι μεγαλύτερης ηλικίας ($\beta=28,4$, $p=0,002$), έχουν λιγότερη εμπειρία στα χειρουργεία ($\beta=-21,6$, $p=0,010$), θεωρούν χαμηλή την ποιότητα στον εργασιακό τους χώρο ($\beta=-6,00$, $p=0,027$), καθώς και αυτοί που είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($\beta=19,5$, $p=0,030$) στο χειρουργείο που εργάζονται.

Όσο αφορά στις εργασιακές συνθήκες που επικρατούσαν στα χειρουργεία των δημόσιων παιδιατρικών νοσοκομείων, το βέλτιστο υπόδειγμα που τελικά επιλέχθηκε ως το πλέον φειδωλό ($AIC=98,40$) μεταξύ των έξι υποδειγμάτων, όπως κατατάχτηκαν με το κριτήριο πληροφοριών Akaike, ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=6,484$, $p=0,005$) με

όλες τις μεταβλητές που περιελάμβανε να ερμηνεύουν το 75% ($R_{2Top}=0,75$) της ολικής μεταβλητότητας διακύμανσης του παράγοντα των εργασιακών συνθηκών. Ως προγνωστικοί παράγοντες αναδείχτηκαν τα εξής: Οι συμμετέχοντες που θέλουν καλύτερες συνθήκες στον χώρο εργασίας τους (χειρουργεία) είναι όσοι είναι μεγαλύτερης ηλικίας ($\beta=43,4$, $p<0,001$), όσοι έχουν λιγότερη εμπειρία στο χειρουργείο ($\beta=-25,4$, $p=0,002$), νιώθουν εξουθενωμένοι από τον φόρτο της εργασίας τους ($\beta=36,0$, $p=0,008$), συμμετέχουν λιγότερο στην ποιότητα του χειρουργείου που εργάζονται ($\beta=-19,3$, $p=0,005$), αισθάνονται ότι το χειρουργείο που εργάζονται δεν είναι αρκετά ασφαλές για τους παιδιατρικούς ασθενείς ($\beta=-17,2$, $p=0,045$), θέλουν να συστήνουν το χειρουργείο τους ως ασφαλές για τους μικρούς ασθενείς ($\beta=23,2$, $p=0,012$), είναι ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους χειρουργούς ($\beta=19,6$, $p=0,023$), καθώς και με τους νοσηλευτές χειρουργείου ($\beta=21,1$, $p=0,014$) στο χειρουργείο που εργάζονται.

Συζήτηση

Στην παρούσα ερευνητική εργασία έγινε προσπάθεια να αποτυπωθούν οι στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονταν σε ένα εργασιακό χώρο ιδιαίτερα στρεσογόνο, όπως είναι ο χώρος των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία, αναφορικά με το κλίμα ασφάλειας που υφίστατο στα συγκεκριμένα χειρουργεία και να διερευνηθούν οι παράγοντες που το επηρέαζαν. Πρόκειται για την πρώτη έρευνα του είδους που διαπραγματεύτηκε το κλίμα ασφάλειας σε χειρουργεία παιδιατρικών νοσοκομείων στον Ελλαδικό χώρο.

Το δείγμα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που μελετήθηκε θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό εφόσον μελετήθηκε η συντριπτική πλειοψηφία, σχεδόν το 95%, του συνόλου του προσωπικού που εργάζονταν στα συγκεκριμένα χειρουργεία την περίοδο διεξαγωγής της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Το ποσοστό ανταπόκρισης των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων που μελετήθηκαν έφτασε το 72%. Το ποσοστό αυτό μπορεί να συγκριθεί με εκείνο που βρέθηκε σε έρευνες που διεξήχθησαν σε άλλες χώρες για τη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας που υπάρχει στα χειρουργεία με χρήση το ίδιου ερωτηματολογίου για τη μέτρηση των στάσεων του προσωπικού (Devriendt et al., 2012; Goras et al., 2013; Bognár et al., 2006; Makary et al., 2006). Παρόμοια με το ποσοστό που βρέθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία ήταν και τα ποσοστά ανταπόκρισης που παρατηρήθηκαν σε άλλες έρευνες που

αφορούσαν στο κλίμα ασφάλειας οργανισμών και τμημάτων παροχής φροντίδας υγείας (Raftopoulos and Pavlakis, 2013; Raftopoulos et al., 2011; Patterson et al., 2010; Pronovost et al., 2008; Sexton et al., 2006; Krogstad et al., 2004).

Έως τώρα, δεν έχει καταστεί δυνατό να διατυπωθεί ποιο είναι το κλίμα ασφάλειας εκείνο που απαιτείται να υπάρχει σε ένα χώρο παροχής φροντίδας υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία και τα επιμέρους τμήματά τους, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργείων, που εξυπηρετούν αυτό τον σκοπό. (Fleming, 2005). Επιπλέον, δεν έχει κατασκευασθεί μέχρι σήμερα μια βάση δεδομένων που να επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των διάφορων οργανισμών υγείας σε ό, τι αφορά στις βέλτιστες πρακτικές που οφείλουν να εφαρμόζουν για να πετύχουν την εγκαθίδρυση και διατήρηση ενός κλίματος ασφάλειας στους χώρους τους (Fleming, 2005). Για τους λόγους αυτούς, κατά τη διενέργεια της παρούσας ερευνητικής εργασίας λήφθηκε η απόφαση να ακολουθηθεί η ίδια μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε σε μονάδες των Ελληνοκυπριακών νοσοκομείων αναφορικά με το κλίμα ασφάλειας και να χρησιμοποιηθεί η ερευνητική κλίμακα SAQ ώστε να μπορέσει να επιτευχθεί η ερμηνεία των σχετικών αποτελεσμάτων που θα προέκυπταν για τα χειρουργεία των Ελληνικών παιδιατρικών νοσοκομείων που εδράζονται στην Αθήνα (Raftopoulos and Pavlakis, 2013; Raftopoulos et al., 2011).

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου SAQ που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία ελέγχθηκε με τον συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach που η τιμή του υπολογίστηκε στο 0,87 που θεωρείται πολύ καλή και είναι παραπλήσια με τα αποτελέσματα των ερευνών που διεξάχθηκαν στα Ελληνοκυπριακά νοσοκομεία (Raftopoulos and Pavlakis, 2013, Raftopoulos et al., 2011). Σε κανένα από τους έξι παράγοντες δεν υποχώρησε κάτω από το όριο του 0,60 που είναι αποδεκτό για τη χρήση ερωτηματολογίων για ερευνητικούς σκοπούς. Στην παρούσα ερευνητική εργασία η τιμή του συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach για την ικανοποίηση από την εργασία ήταν 0,78 που ήταν ταυτόσημη με την τιμή που υπολογίστηκε σε πρόσφατη έρευνα που είχε διεξαχθεί σε χειρουργεία της Σουηδίας (Goras et al., 2013). Και στις δύο έρευνες ο παράγοντας που αφορούσε στη διοίκηση και ο παράγοντας που αναφερόταν στις συνθήκες εργασίας έδωσαν χαμηλές τιμές, κοντά στο όριο 0,60 που θεωρείται αποδεκτό για ερευνητική χρήση (Goras et al., 2013). Σε σύγκριση με προγενέστερη έρευνα που είχε διενεργηθεί για τις στάσεις αναφορικά με το κλίμα ασφάλειας σε

χειρουργεία καρδιάς παιδιατρικών νοσοκομείων στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι τιμές του συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach για το κλίμα ασφάλειας και την αναγνώριση του στρες κυμάνθηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία στα ίδια ικανοποιητικά επίπεδα άνω του 0,70 (Bognár et al., 2006). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι ως προς την ομαδική εργασία, η τιμή 0,69 του συντελεστή συσχέτισης άλφα του Cronbach που υπολογίστηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία ήταν αρκετά χαμηλότερη σε σύγκριση με την τιμή 0,89 που βρέθηκε στα χειρουργεία καρδιάς των παιδιατρικών νοσοκομείων (Bognár et al., 2006). Είναι πιθανό αυτό το έλλειμμα να αντανakλά σε κάποιο βαθμό την πεποίθηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα χειρουργεία των Ελληνικών παιδιατρικών νοσοκομείων ότι η ομαδική εργασία που είναι απαραίτητη για την ασφάλεια των ασθενών (Watts et al., 2010; Provonost et al., 2008; Kohn et al., 2000) χρήζει ανάγκης περαιτέρω καλλιέργειας και εμπέδωσης.

Στην παρούσα εργασιακή έρευνα, εκείνο που βρέθηκε, κυρίως, ήταν ότι στην πλειονότητά τους οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων αντιλαμβάνονταν την αξία της ύπαρξης ενός κλίματος ασφάλειας στον χώρο εργασίας τους και ήταν αρκετά ενημερωμένοι για το θέμα αυτό. Θεωρούσαν, μάλιστα, ότι το κλίμα ασφάλειας που υφίστατο στα χειρουργεία που εργάζονταν ήταν σχετικά ικανοποιητικό. Το εύρημα αυτό συνηγορούσε στο ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία ενδιαφέρονταν να υπάρχει κλίμα ασφάλειας στους συγκεκριμένους χώρους. Από την άλλη μεριά, το γεγονός ότι θεωρούσαν ότι το κλίμα ασφάλειας που είχε ήδη εγκαθιδρυθεί στα χειρουργεία που εργάζονταν δεν ήταν το βέλτιστο δυνατό σήμαινε ότι η κατάσταση που υφίστατο στα χειρουργεία αυτά επιδεχόταν βελτίωση με παρεμβάσεις που θα αποσκοπούσαν να καλυφθούν τα κενά στο κλίμα ασφάλειας, όπως αυτά καταγράφηκαν από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις.

Οι απαντήσεις που έδωσαν, στην παρούσα ερευνητική εργασία οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων στις ερωτήσεις που αφορούσαν στις αντιλήψεις για το κλίμα ασφάλειας που υπήρχε στους χώρους αυτούς ήταν, σε γενικές γραμμές, στο ίδιο μήκος κύματος με εκείνες που δόθηκαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε προηγούμενες μελέτες που είχαν ως αντικείμενο την κουλτούρα ασφάλειας που διέθεταν οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας, όπως είναι τα

νοσοκομεία (Raftopoulos and Pavlakis, 2013; Raftopoulos et al., 2011; Bognár et al., 2006; Kaldjian et al., 2006; Katzenbach et al., 1993).

Στην παρούσα ερευνητική εργασία, η στάση που είχε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων χαρακτηριζόταν από τη διατήρηση ανοικτών των διαύλων επικοινωνίας που είχαν μεταξύ τους. Ωστόσο, περίπου οι μισοί από τους εργαζομένους στα χειρουργεία αυτά ένιωθαν αφενός ότι δεν τους ήταν δυνατόν να εκφράσουν τις τυχόν διαφωνίες τους αφετέρου ότι οι διαφωνίες που ανέκυπταν σε επαγγελματικά ζητήματα δεν επιλύονταν. Επιπρόσθετα, σε ποσοστό γύρω στο 40% το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε ότι το ηθικό στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων που εργάζονταν ήταν χαμηλό. Αυτό δεν αντιμαχόταν το γεγονός ότι σε ποσοστό που έφτανε σχεδόν το 95% δήλωναν ικανοποιημένοι από την εργασία τους, αφού το ηθικό των εργαζομένων δεν αφορά μόνο στην ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους αλλά, κυρίως, αντανακλά τόσο την συναισθηματική φόρτιση του ατόμου-μέλους μιας ομάδας, όπως είναι η χειρουργική ομάδα, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που έχει από αυτό η ομάδα όσο και την αφοσίωση του στην ομάδα που ανήκει (Katzenbach et al., 1993).

Παρότι, όπως έδειξαν οι απαντήσεις των εργαζομένων, στα συγκεκριμένα χειρουργεία υπήρχαν πράγματα που θα μπορούσαν να γίνουν στους εργασιακούς αυτούς χώρους ώστε να επιτευχθεί μια οργανωσιακή κουλτούρα που να βασίζεται στο πνεύμα της ομαδικότητας για την αποφυγή λάθους, στη συντριπτική τους πλειονότητα που άγγιζε το 90% θα ένιωθαν ασφαλείς εάν επρόκειτο να υποβληθεί σε επέμβαση στο χειρουργείο που εργάζονταν το δικό τους παιδί ή το παιδί συγγενούς τους. Το εύρημα αυτό σήμαινε ότι οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των Ελληνικών παιδιατρικών νοσοκομείων είχαν την πεποίθηση ότι τα χειρουργεία τους είχαν ως κύριο μέλημά τους την ασφάλεια των μικρών ασθενών. Παρόμοια, ήταν τα ευρήματα των Haynes et al. (2011) που αναφέρονταν, όμως, σε γενικά νοσοκομεία και αποτύπωναν την αντίληψη που είχαν οι εργαζόμενοι ότι θα αισθάνονταν οι ίδιοι ασφαλείς αν νοσηλεύονταν στο χειρουργείο που εργάζονταν. Ωστόσο, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία σε ποσοστό πάνω από το 50% δεν γνώριζε ποιες είναι οι κατάλληλες διαδικασίες που όφειλαν να ακολουθήσουν για να αναφέρουν τις τυχόν ανησυχίες τους αναφορικά με την ασφάλεια των παιδιατρικών ασθενών τους και δεν προέβαινε σε αναφορά σχετικών συμβάντων. Το ανωτέρω έδειξε ότι το

ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα συγκεκριμένα χειρουργεία δίσταζε να μοιραστεί με συναδέλφους συμβάντα που κατά τη γνώμη τους πιθανόν να έθεταν σε κίνδυνο την ασφάλεια των μικρών ασθενών. Σε επίρρωση, μόλις το 25% θεωρούσε ότι λάμβανε σε ό, τι αφορούσε στην επίδοσή του την ανατροφοδότηση εκείνη που θα το βοηθούσε να αποκτήσει δεξιότητες απαραίτητες για να αναλύει τα γενεσιουργά αίτια των λαθών ώστε να τα αποφεύγει. Αυτή τους την ανάγκη πιθανώς την μετουσίωσαν σε ατομικό επίπεδο, όπως φάνηκε από τις θετικές απαντήσεις που έδωσε το 75% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία, στην προσοχή που έδιναν στους νεότερους συναδέλφους τους που είχαν αναλάβει να εκπαιδεύσουν και εποπτεύσουν, βελτιώνοντας, κατά αυτόν τον τρόπο, τις συνθήκες εργασίας όλων.

Οι Sexton et al., το 2006, είχαν επισημάνει ότι το εργασιακό στρες αφορούσε πολύ λιγότερο στους επαγγελματίες υγείας από ό, τι στους πιλότους, αφού οι επαγγελματίες υγείας το αναγνώριζαν σε ποσοστό 40% έναντι του 70% των πιλότων. Ωστόσο, οι Bognár et al. την ίδια χρονιά (2006) βρήκαν ότι πάνω από το 70% των εργαζομένων σε χειρουργεία καρδιάς παιδιατρικών χειρουργείων ένιωθαν υπερβολικό στρες και κόπωση που εξηγείτο από το άκρως στρεσογόνο περιβάλλον των εξειδικευμένων αυτών χειρουργείων. Στην παρούσα ερευνητική εργασία, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό των παιδιατρικών νοσοκομείων που συμμετείχε σε χειρουργεία διαφόρων ειδικοτήτων, μικρότερης ή μεγαλύτερης βαρύτητας, βίωνε στρες που επηρέαζε την επίδοσή τους σε ποσοστό 50% και πάνω γιατί παρότι δεν λάμβανε μέρος αποκλειστικά σε εξαιρετικά μεγάλες επεμβάσεις, όπως είναι οι καρδιοχειρουργικές, περίθαλπε παιδιά, γεγονός που συνιστούσε από μόνο του πηγή στρες, αφού τα παιδιά αποτελούν την πλέον ευαίσθητη και πολύτιμη ομάδα του πληθυσμού. Εκείνο, όμως, που θεωρούσαν με τις απαντήσεις τους οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα ερευνητική εργασία ότι ήταν καίριας σημασίας, σε ποσοστό 80%, ήταν η διασφάλιση ενός εργασιακού περιβάλλοντος χωρίς εντάσεις που θα μείωνε το στρες κατά την άσκηση του λειτουργήματός τους.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία, φάνηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν σε ερωτήσεις οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των Ελληνικών παιδιατρικών νοσοκομείων σε μεγάλο ποσοστό που σε κάποιες από τις ερωτήσεις έφτανε και το 70% των ερωτηθέντων αναφορικά με την εδραίωση ενός κλίματος ασφάλειας στα νοσοκομεία τους (Raftopoulos and Pavlakis, 2013; Bognár et al., 2006; Gaba et al., 2003; Singer et al., 2003; Vincent et

al., 1998), όπως ήταν οι ερωτήσεις που αναφέρονταν στην επίδοση των διοικήσεων των παιδιατρικών νοσοκομείων για το συγκεκριμένο θέμα, ότι υπήρχε το περιθώριο για ακόμη μεγαλύτερη υποστήριξη ώστε να γίνει πραγματικότητα η βελτιστοποίηση του κλίματος ασφάλειας, όπως απαιτεί η ίδια η φύση των παιδιατρικών νοσοκομείων που είναι ταγμένα να εξυπηρετούν τις ανάγκες παροχής φροντίδας υγείας στην ευαίσθητη και πολύτιμη, όπως ειπώθηκε παραπάνω, πληθυσμιακή ομάδα των παιδιών.

Τη μεγαλύτερη μέση τιμή όλων των παραγόντων που αναλύθηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία που βρισκόταν πολύ κοντά στα υψηλά επίπεδα (72/100), την συγκέντρωσε ο τομέας της ικανοποίησης από την εργασία, όπως έχει παρατηρηθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Chaboyer et al., 2013; Raftopoulos and Pavlakis, 2013; Raftopoulos et al., 2011). Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ικανοποίηση που αντλούν οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους σχετίζεται με θετικό πρόσημο με το ζητούμενο της ασφάλειας των ασθενών, αφού έχει ως επακόλουθο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας που παρέχουν και τελικά την επιθυμητή βελτίωση της πορείας της υγείας των ασθενών (Janicijevic et al., 2013). Τόσο οι παιδοχειρουργοί και οι νοσηλευτές χειρουργείου συγκέντρωσαν εξίσου υψηλές τιμές στον παράγοντα της ικανοποίησης από την εργασία τους στον χώρο των χειρουργείων των παιδιατρικών νοσοκομείων που εργάζονταν. Μόνο στην ερώτηση που αναφερόταν στο αν τους άρεσε η δουλειά τους στο χειρουργείο του παιδιατρικού νοσοκομείου που υπηρετούσαν οι παιδοχειρουργοί δήλωσαν ότι τους άρεσε η δουλειά τους στατιστικά περισσότερο από ό, τι οι νοσηλευτές χειρουργείου. Εύρημα που πιθανόν να αντανακλά τον διαφορετικό τρόπο που γίνεται η επιλογή της συγκεκριμένου εργασιακού χώρου με τους παιδοχειρουργούς να επιλέγουν το μελλοντικό τους εργασιακό περιβάλλον στο πλαίσιο της ειδικότητάς τους και τους νοσηλευτές να τοποθετούνται στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο χωρίς να τον έχουν επιλέξει πρωτύτερα. Ωστόσο, επρόκειτο για μια ερώτηση που έλαβε το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας, συγκεντρωτικά το 90%, από όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ. Το εξαιρετικά μεγάλο αυτό ποσοστό θετικών αποτελεσμάτων στις απαντήσεις που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν, μάλιστα, μεγαλύτερο από εκείνο που είχε βρεθεί σε προηγούμενη έρευνα για την ασφάλεια σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας (Sexton et al., 2006). Ένα τόσο μεγάλο ποσοστό θετικών απόψεων αποτελεί όπλο στο χέρι των ηγεσιών που οφείλουν να το αξιολογούν και να το λαμβάνουν υπόψη τους κατά τον σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης, αφού πρόκειται για εποικοδομητικές απόψεις επαγγελματιών υγείας

ευχαριστημένων από τη δουλειά τους με καλή προαίρεση. Στη σχετικά πρόσφατη έρευνά τους οι Raftopoulos and Pavlakis (2013) είχαν βρει ότι το φύλο των εργαζομένων στα τμήματα των νοσοκομείων μπορεί να ερμηνεύσει την όποια ικανοποίηση έχουν από την εργασία τους. Σε αντίθεση, στην παρούσα ερευνητική εργασία δεν διαπιστώθηκε, από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της πολλαπλής παλινδρόμησης που έγινε, κάτι παρόμοιο. Οι εργαζόμενοι εκείνοι που νιώθουν ικανοποίηση από την εργασία τους στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων, όπως επεξήγησε η ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης, είναι όσοι έχουν υπηρετήσει στα συγκεκριμένα νοσοκομεία περισσότερο και τα νιώθουν δεύτερο σπίτι τους, αφού, μάλιστα, έχουν αποκτήσει άριστες σχέσεις συνεργασίας με τους υπόλοιπους εργαζομένους, παιδοχειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου, στον ίδιο εργασιακό χώρο.

Οι βαθμολογίες που δόθηκαν από τις δυο ομάδες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, παιδοχειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου, που εργάζονταν στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SAQ που αφορούσαν στην ομαδική εργασία κυμάνθηκαν σε ικανοποιητικό επίπεδο, μεταξύ 60/100 και 75/100, αρκετά κοντά στα όρια του θετικού κλίματος ασφάλειας. Υψηλές ήταν, επίσης, οι βαθμολογίες που σημείωσε η αντίληψη που είχαν για την ομαδική εργασία οι εργαζόμενοι στα Σουηδικά χειρουργεία (Goras et al., 2013). Έχει διαπιστωθεί ότι η συμβολή του πνεύματος της ομαδικότητας είναι καθοριστική για την καθιέρωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τους ασθενείς ώστε η φροντίδα της υγείας τους να επιτυγχάνεται με λιγότερα λάθη και χωρίς ανεπιθύμητα συμβάντα (Thomas et al, 2003, Huang et al, 2010). Κατά τη διερεύνηση των αντιλήψεων των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων αναφορικά με την ομαδική εργασία δεν βρέθηκαν, εν γένει, στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους παιδοχειρουργούς και στους νοσηλευτές χειρουργείου. Σε αντίθεση, σε ανάλογη έρευνα που είχε γίνει στο παρελθόν (Sexton et al., 2006), είχε βρεθεί ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων με τους παιδοχειρουργούς να παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θετικών αποτελεσμάτων από ό,τι οι νοσηλευτές χειρουργείου. Στην ερώτηση, ωστόσο, για το αν εισακούγονται οι απόψεις των νοσηλευτών στα χειρουργεία αυτά, οι νοσηλευτές χειρουργείου θεωρούσαν ότι η γνώμη τους δεν λαμβάνεται υπόψη όσο θα ήθελαν από τη χειρουργική ομάδα που συμμετείχαν με αποτέλεσμα να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς και τα υπόλοιπα μέλη (χειρουργούς) της ομάδας. Το ανωτέρω φανέρωσε ότι παρότι σε γενικές γραμμές κρατιούνται ανοικτοί οι διάλογοι

επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη των χειρουργικών ομάδων υπήρχε διαφορά ως προς την συναντίληψη που είχαν για την ομαδική εργασία. Η διαπίστωση αυτή κάνει αναγκαία τη συνέχιση της προσπάθειας με στόχο τη βελτίωση της ομαδικής εργασίας μέσα από την κοινή γλώσσα όλων των μελών της χειρουργικής ομάδας, μια προσπάθεια που οφείλει να αποτελέσει προτεραιότητα για τα συγκεκριμένα χειρουργεία. Οι Raftopoulos and Pavlakis (2013) είχαν βρει στην έρευνα που είχαν κάνει ότι μεγαλύτερη αίσθηση της ομαδικότητας είχαν οι εργαζόμενοι στα τμήματα των νοσοκομείων που ήταν μεγαλύτεροι σε ηλικία. Παρόμοιο ήταν το αποτέλεσμα από την ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης που έγινε στην παρούσα ερευνητική εργασία που έδειξε ότι ήταν το πιο μεγάλο σε ηλικία ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων εκείνο που επιδιώκει την ομαδική εργασία, ενώ, επιπλέον, ανέδειξε, επεξηγώντας ακόμη περισσότερο αυτήν τους την επιδίωξη, ότι το αυτό επιθυμούν και όσοι από τους εργαζομένους έχουν καταπονηθεί από το φόρτο εργασίας που επωμίζονται στο γεμάτο ευθύνες περιβάλλον του χώρου των παιδιατρικών χειρουργείων. Σε αντίθεση, πάντως, με την εργασία των Siassakos et al. (2011) δεν βρέθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία να επηρεάζει το φύλο των εργαζομένων την επιθυμία τους η εργασία τους στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων να γίνεται μέσα σε πνεύμα ομαδικότητας.

Σε ό, τι αφορούσε στις συνθήκες εργασίας στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων, οι εργαζόμενοι σε αυτά έδωσαν απαντήσεις που η μέση τιμή τους βρισκόταν σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα (62/100). Έχει βρεθεί ότι οι καλές συνθήκες εργασίας των ιατρών (Weigl et al., 2013) και των νοσηλευτών (Stone et al., 2007) προάγουν την ασφάλεια των ασθενών που περιθάλπουν. Τόσο οι παιδοχειρουργοί όσο και οι νοσηλευτές χειρουργείου θεωρούσαν εξίσου ότι η εκπαίδευση και η εποπτεία του νέου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ήταν ικανοποιητική. Η σπουδαιότητα της ομαλής ενσωμάτωσης του νέου προσωπικού είχε αναδειχθεί σε πρόσφατη έρευνα σε μαιευτήρια της Αυστραλίας (Chaboyer et al., 2013). Πράγματι, παρότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, η ενσωμάτωση του νέου προσωπικού για την κάλυψη των πάγιων αναγκών στους χώρους των χειρουργείων στα Ελληνικά παιδιατρικά νοσοκομεία φάνηκε να γίνεται χωρίς βιασύνη με συνέπεια να παρέχεται στους νέους συναδέλφους ουσιαστική γνώση, καθησυχάζοντας τις όποιες ανασφάλειες, ενώ οι παλαιότεροι δεν επιβαρύνονται από το επιπρόσθετο καθήκον της εποπτείας. Περιθώρια βελτίωσης στις συνθήκες εργασίας της χειρουργικής ομάδας αναδείχθηκαν από το ότι οι παιδοχειρουργοί

θεωρούσαν ότι γίνονταν κοινωνοί των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ό, τι οι νοσηλευτές χειρουργείου. Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση κάνει πρόδηλο ότι στο πλαίσιο του ιατροκεντρικού προτύπου που εξακολουθεί να υφίσταται στο Ελληνικό σύστημα υγείας είναι οι ιατροί εκείνοι που έχουν απρόσκοπτη την πρόσβαση στα δεδομένα που αφορούν στον προγραμματισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών, γεγονός που καλεί σε ανάληψη διορθωτικών ενεργειών με στόχο τη διευκόλυνση του έργου και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως ολότητα ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα για τους ασθενείς. Από την άλλη μεριά, ήταν οι νοσηλευτές χειρουργείου εκείνοι που θεωρούσαν στατιστικά σημαντικά περισσότερο σε σύγκριση με τους παιδοχειρουργούς ότι η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο των χειρουργείων γίνεται με ικανό τρόπο. Πρόκειται, μάλλον, για την έκφραση της πάγιας θέσης του νοσηλευτικού προσωπικού να γίνεται η στελέχωση των διαφόρων τμημάτων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανόμενων των χειρουργείων, ανάλογα με τις ικανότητες του προσωπικού και όχι με τα βάση μόνο τα τυπικά προσόντα του. Στην έρευνά τους που είχαν κάνει οι Raftopoulos and Pavlakis (2013) είχαν βρει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι στα τμήματα ενός νοσοκομείου ήταν εκείνοι που τους απασχολούσε περισσότερο να είναι καλές οι συνθήκες εργασίας τους. Παρομοίως, στην παρούσα ερευνητική εργασία, φάνηκε από τα αποτελέσματα της ανάλυσης της πολλαπλής παλινδρόμησης ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων που επιθυμεί καλύτερες συνθήκες εργασίας είναι το πιο μεγάλο σε ηλικία. Η ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης που έγινε στην παρούσα ερευνητική εργασία επεξήγησε ακόμη περισσότερο την επιθυμία αυτή των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων αναδεικνύοντας, επιπλέον, εκείνοι που θέλουν καλύτερες συνθήκες στον χώρο εργασίας τους είναι όσοι διαθέτουν μικρότερη εμπειρία στο χειρουργείο με συνέπεια να τους καταβάλει η μεγάλη προσπάθεια που κάνουν για να ανταπεξέλθουν, ενώ χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αφομοιώσουν τα νέα ερεθίσματα και να μπορέσουν να συμμετάσχουν ενεργητικά, συνεπικουρούμενοι από τους υπόλοιπους εργαζομένους, παιδοχειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου, στην ποιότητα του χειρουργείου που εργάζονται και να διαπιστώσουν οι ίδιοι την ασφάλεια που παρέχει αυτό στους μικρούς ασθενείς.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία, η μέση τιμή της βαθμολογίας για τον παράγοντα που αναφέρεται στο κλίμα ασφάλειας του ερωτηματολογίου SAQ ήταν σε

παρομοίως σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο (61/100). Για την επίτευξη της ασφάλειας των ασθενών που έχει οριστεί ως η πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς που συνάδει με τον Ιπποκράτειο όρκο χρειάζεται να δοθεί έμφαση όχι μόνο στην πρόληψη τυχόν λαθών και τη μάθηση από τα λάθη ώστε να αποφευχθούν στο μέλλον αλλά και στην υιοθέτηση από τον οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας μιας κουλτούρας ασφάλειας που μέτρο της αποτελεί το κλίμα ασφάλειας (Groves et al., 2014, Halligan and Zecevic, 2011, Runciman et al., 2009, Mitchell, 2008). Σε παλαιότερη μελέτη από την ερευνητική ομάδα του Sexton (Makary et al., 2006) είχε επισημανθεί ότι δεν υπάρχει διαφορά στις αντιλήψεις ανάμεσα στις διαφορετικές κατηγορίες των επαγγελματιών υγείας σε ό, τι αφορά στα θέματα ασφάλειας στον εργασιακό τους χώρο, όπως είναι το χειρουργείο. Πράγματι, παρόμοια ήταν τα ευρήματα που αφορούσαν στη διαχείριση τυχόν λαθών που μπορούσαν να γίνουν, εφόσον δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν στις συγκεκριμένες ερωτήσεις οι δύο ομάδες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, παιδοχειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου, που εργάζονταν στα χειρουργεία των Ελληνικών παιδιατρικών νοσοκομείων. Πίστευαν εξίσου ότι στα συγκεκριμένα χειρουργεία τα λάθη συζητιούνταν με δυσκολία, ενώ οι ίδιοι δεν λάμβαναν ενημέρωση για την επίδοσή του, αφού βαθμολόγησαν τις σχετικές ερωτήσεις κάτω του μετρίου. Σε παρόμοια χαμηλά επίπεδα, όπως και στην παλαιότερη έρευνα των Haynes et al. (2011), ήταν, επίσης, οι μέσες τιμές που προέκυψαν στην παρούσα ερευνητική εργασία σε ό, τι αφορούσε στη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας. Στην περίπτωση αυτή, όμως, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους παιδοχειρουργούς και τους νοσηλευτές χειρουργείου. Διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν οι παιδοχειρουργοί στις σχετικές ερωτήσεις ότι υστερούσαν έναντι των νοσηλευτών χειρουργείου στον τρόπο που επικοινωνούσαν τις ανησυχίες τους για την ασφάλεια των μικρών ασθενών τους μέσα από τον προσδιορισμό των λαθών. Μια πιθανή εξήγηση της αμυντικής στάσης των παιδοχειρουργών και της στατιστικά σημαντικής υστέρησής τους στην κουλτούρα ασφάλειας θα μπορούσε να συνιστά το μοντέλο παροχής φροντίδας υγείας που αναγνωρίζει τον ιατρό ως αυθεντία και εξακολουθεί να υφίσταται στη χώρα μας ακόμη και σήμερα. Στην έρευνά τους που είχαν κάνει οι Raftopoulos and Pavlakis (2013) είχαν βρει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι στα τμήματα ενός νοσοκομείου διαθέτουν μεγαλύτερη αίσθηση σε ό, τι αφορά στην ασφάλεια στον χώρο που εργάζονται. Παρόμοιο ήταν και το αποτέλεσμα από την ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης που έγινε στην παρούσα ερευνητική εργασία και έδειξε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα χειρουργεία

των παιδιατρικών νοσοκομείων που επιθυμεί μεγαλύτερη ασφάλεια στον εργασιακό τους χώρο είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Επεξηγώντας, ακόμη περισσότερο, την επιδίωξη αυτή των εργαζομένων των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία, η ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης ανέδειξε, επιπλέον, στην παρούσα ερευνητική εργασία ότι εκείνοι που θέλουν μεγαλύτερη ασφάλεια στον χώρο της εργασίας τους είναι, κυρίως, άντρες που, αν και έχουν υπηρετήσει επί μακρόν στο παιδιατρικό νοσοκομείο, δεν έχουν τόση εμπειρία από το χειρουργείο με συνέπεια η μεγάλη προσπάθεια που κάνουν για να ανταπεξέλθουν στο νέο περιβάλλον να τους καταβάλλει, ενώ χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αφομοιώσουν τα νέα ερεθίσματα μέσα από την καλή συνεργασία τους με τους υπόλοιπους εργαζομένους, παιδοχειρουργούς και νοσηλευτές χειρουργείου, και να διαπιστώσουν την ποιότητα που υπάρχει στο νέο για αυτούς περιβάλλον του χειρουργείου και να εκτιμήσουν την ασφάλεια που παρέχει αυτό στους μικρούς ασθενείς ώστε να το συστήνουν ανεπιφύλακτα.

Αναφορικά με τον παράγοντα της αναγνώρισης του στρες στο ερωτηματολόγιο SAQ, η μέση τιμή του κυμάνθηκε και αυτή σε σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα (61/100) και ήταν παραπλήσια με εκείνη που είχε παρατηρηθεί στους εργαζόμενους άλλων κλειστών τμημάτων, όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας (Chaboyer et al., 2013). Είναι, πράγματι, αναγκαίο να αναγνωρίζεται στους επαγγελματίες υγείας το στρες που απορρέει από την εργασία τους, αφού έχει διαπιστωθεί ότι αυτό σχετίζεται όχι μόνο με την υγεία των ιδίων αλλά και με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας που μέρος της αποτελεί η ασφάλεια των ασθενών τους (Berland et al, 2008). Το ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καταλάβαινε το στρες που υπήρχε στο εργασιακό περιβάλλον των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία, από τη μια μεριά, δεν επίδρασε αρνητικά στο κλίμα ασφάλειας, όπως το τελευταίο αποτυπώθηκε στην παρούσα ερευνητική εργασία, από την άλλη, όμως, δεν το βελτίωσε κιόλας. Το αναμενόμενο ήταν να είναι πιο επιβαρυνμένοι οι νοσηλευτές χειρουργείου, αφού κάλυπταν στα συγκεκριμένα παιδιατρικά νοσοκομεία σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις διαφορετικών ειδικοτήτων, με συνέπεια οι απαιτήσεις να είναι μεγαλύτερες ιδιαίτερα κατά την απογευματινή και βραδινή βάρδια που το προσωπικό μειώνεται και δεν είναι πάντα ειδικευμένο για τη συγκεκριμένη επέμβαση. Παρόλα αυτά δεν βρέθηκαν, σε γενικές γραμμές, διαφορές ανάμεσα σε παιδοχειρουργούς και σε νοσηλευτές χειρουργείου σε ό, τι αφορούσε την επιβάρυνσή τους από το στρες. Η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά τους συνίστατο στο ότι οι παιδοχειρουργοί ένιωθαν μεγαλύτερο εργασιακό φόρτο σε σύγκριση με τους

νοσηλευτές χειρουργείου κατά την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, μολονότι σε παλαιότερη έρευνα από την Ολλανδία είχε βρεθεί ότι η απόδοση τόσο του ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού επιβαρυνόταν κατά τη διάρκεια των επειγόντων περιστατικών (Listyowardjo et al, 2011). Ως πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να χρησιμεύσει το ότι οι παιδοχειρουργοί έχουν την ευθύνη των περιστατικών ήδη από την προσέλευση αυτών στα εξωτερικά ιατρεία σε αντίθεση με τους νοσηλευτές χειρουργείου που διαχειρίζονται τα περιστατικά μόνο στο χειρουργείο.. Σε πρόσφατη έρευνα για το κλίμα ασφάλειας σε χώρους οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας είχε βρεθεί ότι οι πιο νέοι σε ηλικία αντιμετωπίζουν καλύτερα το στρες που απορρέει από την εργασία τους (Raftopoulos and Pavlakis, 2013). Αντίθετα, κατά την ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης που έγινε στην παρούσα ερευνητική εργασία διαπιστώθηκε ότι είναι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι, κυρίως άνδρες, στο χειρουργείο εκείνοι που βιώνουν περισσότερο στρες, μολονότι μπορεί να έχουν μεγάλη εργασιακή εμπειρία και στον χώρο του νοσοκομείου τους και στον χώρο τους χειρουργείου τους, ιδιαίτερα, όταν, εκτός από τις οικογενειακές υποχρεώσεις που τυχόν έχουν, επιβαρύνονται από καθήκοντα που αφορούν στη διασφάλιση της ποιότητας στον εργασιακό τους χώρο με συνέπεια ο φόρτος από την εργασία τους να αυξάνει και εντέλει να εξουθενώνονται.

Η μέση τιμή των αντιλήψεων που είχε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων για τη διοίκηση βρισκόταν κάτω του μετρίου (48/100). Πρόσφατα, διαπιστώθηκε, σε ό, τι αφορά στη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, η σπουδαιότητα που έχει η διαχείριση που κάνει και η προσήλωση που επιδεικνύει η ηγεσία στον στόχο αυτό (Weng et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί, όμως, ότι η όχι και τόσο καλή αντίληψη που είχαν οι εργαζόμενοι για τη διοίκηση αποτελεί μάλλον κοινό τόπο σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού αρνητικές αντιλήψεις με ποσοστά παρόμοια με αυτά που βρέθηκαν στην παρούσα ερευνητική εργασία έχουν αποτυπωθεί και σε άλλες χώρες (Sexton et al., 2006). Στο πλαίσιο αυτό, οι απαντήσεις τόσο των παιδοχειρουργών όσο και των νοσηλευτών χειρουργείου δήλωναν εξίσου ότι υπήρχε μεγάλο περιθώριο για λήψη δράσεων από τις διοικήσεις των παιδιατρικών νοσοκομείων που στα χειρουργεία τους εργάζονταν. Θα μπορούσε, μάλιστα, να ειπωθεί με σχετικά ασφάλεια ότι οι απαντήσεις των εργαζομένων στους χώρους των συγκεκριμένων χειρουργείων αποτύπωναν τα σημερινή πραγματικότητα των Ελληνικών νοσοκομείων που τα εγγενή προβλήματα στη λειτουργία τους έχουν επιδεινωθεί από την οικονομική κρίση των τελευταίων οκτώ χρόνων. Αυτό φάνηκε περισσότερο από το ότι οι

νοσηλευτές χειρουργείου έδωσαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας σε σύγκριση με τους παιδοχειρουργούς στην ερώτηση που αφορούσε στο αν τα χειρουργεία στα παιδιατρικά νοσοκομεία που εργάζονταν ήταν επαρκώς στελεχωμένα. Το χρόνιο πρόβλημα της υπό-στελέχωσης των νοσοκομείων έγινε ακόμη πιο έντονο με την έξοδο του προσωπικού και τη μη ανανέωσή του σε όλη τη διάρκεια της οικονομικής δυσπραγίας που είχε περιέλθει η χώρα. Εξαιτίας αυτού, το περιορισμένο αριθμητικά νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων στα Ελληνικά παιδιατρικά χειρουργεία καλείτο να καλύψει το κενά που δημιουργούνταν καθημερινά με τις απαιτήσεις να μεγαλώνουν ιδιαίτερα κατά την απογευματινή και βραδινή βάρδια που το προσωπικό μειωνόταν και δεν ήταν πάντα ειδικευμένο για τη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση που συμμετείχε. Με δεδομένο ότι οι νοσηλευτές χειρουργείου απαρτίζουν το σταθερότερο κομμάτι όσων εργάζονται στα χειρουργεία είναι στο χέρι της διοίκησης στο κάθε παιδιατρικό νοσοκομείο να αφουγκραστεί τις ανάγκες τους και να εγκαθιδρύσει τρόπους επικοινωνίας μαζί τους ώστε να κατανοήσει και να υποστηρίξει την εργώδη καθημερινότητά τους που βιώνουν κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων που υποβάλλονται οι παιδιατρικοί ασθενείς. Από την αναδίφηση της βιβλιογραφίας, βρέθηκε ότι η επαγγελματική ιδιότητα των εργαζομένων σε έναν οργανισμό παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα των αντιλήψεων που έχουν για τη διοίκηση του οργανισμού που εργάζονται (France et al., 2010). Στην παρούσα ερευνητική εργασία, όμως, η ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης ανέδειξε ότι εκείνοι που θέλουν αποτελεσματικότερη τη διοίκηση είναι οι εργαζόμενοι στο χειρουργείο ενός παιδιατρικού νοσοκομείου που, παρότι είναι πιο μεγάλοι σε ηλικία και συνεργάζονται καλά με τους παιδοχειρουργούς, τυχάνει να έχουν μικρότερη εργασιακή εμπειρία στο χειρουργείο και θέλουν περισσότερο χρόνο για να σχηματίσουν πλήρη άποψη για την ποιότητα που υπάρχει στο περιβάλλον του χειρουργείου τους.

Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα ερευνητική εργασία υπήρξαν αρκετοί περιορισμοί. Παρότι η συλλογή των δεδομένων αφορούσε στο σύνολο των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων που εδράζονται στην Αθήνα με καλή, μάλιστα, απαντητικότητα, το δείγμα που μελετήθηκε παρέμεινε σχετικά μικρό, γεγονός που

αποτρέπει την όποια γενίκευση των ευρημάτων. Παρά το μικρό δείγμα, ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν πλούσια σε σύγκριση με άλλες έρευνες που αφορούσαν σε άλλα νοσοκομειακά τμήματα. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι, εν γένει, ο χώρος των χειρουργείων, και πόσο μάλλον όταν πρόκειται για παιδιατρικά χειρουργεία, είναι ένας χώρος που όσοι εργάζονται σε αυτόν είναι πλέον ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ασφάλειας. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, μπορούν να εκληφθούν τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας ως μια πρώτη, αποδοτική προσπάθεια να διερευνηθεί το κλίμα ασφάλειας που υπάρχει στον χώρο των χειρουργείων στα παιδιατρικά νοσοκομεία που, όμως, οφείλουν να ερμηνευθούν με προσοχή. Κατά αυτόν τον τρόπο, θα αποτελέσουν έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση και σύγκριση με μελλοντικές έρευνες που θα ασχοληθούν με την ασφάλεια των παιδιατρικών χειρουργείων.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στη καθημερινή τους εργώδη προσπάθεια να διασφαλίσουν ένα κλίμα ασφάλειας στο χώρο των παιδιατρικών χειρουργείων ώστε να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον κατάλληλο που να ικανοποιεί το ζητούμενο της ασφάλειας των μικρών ασθενών που χειρουργούνται. Τόσο οι παιδοχειρουργοί όσο και οι νοσηλευτές χειρουργείου που εργάζονται στα χειρουργεία αυτά χρειάζεται να συσφίξουν τις μεταξύ τους σχέσεις συνεργασίας λειτουργώντας αρτιότερα ως ομάδα και να ελαφρυνθούν από το εργασιακό στρες μαθαίνοντας να διαχειρίζονται τυχόν λάθη. Ένα περιβάλλον που θα προσφέρει καλές εργασιακές συνθήκες με την υποστήριξη της διοίκησης θα συνεισφέρει στην ακόμη μεγαλύτερη προσωπική ικανοποίηση των εργαζομένων στα χειρουργεία των παιδιατρικών νοσοκομείων που ενδυναμωμένοι θα πετύχουν με το μέγιστο των δυνατοτήτων τους να προσφέρουν ασφαλή φροντίδα υγείας στους παιδιατρικούς ασθενείς.

Εκτός από την προσεκτική ανάγνωση που χρειάζεται να τύχουν τα ανωτέρω και την περαιτέρω έρευνα που καλό θα ήταν να γίνει, προκύπτει, επίσης, η αναγκαιότητα να επιτελεστούν παρεμβάσεις στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής που θα αποσκοπεί στη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας που υπάρχει στους χώρους των

χειρουργείων των παιδιατρικών νοσοκομείων. Με διορθωτικές ενέργειες, όπως είναι η συγκέντρωση πριν και μετά από την προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση όλου του εμπλεκόμενου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από την επαγγελματική του ιδιότητα, για τη συζήτηση του περιστατικού ώστε να αποφευχθεί η τυχόν πρόκληση βλάβης στον μικρό ασθενή, θα αυξηθεί ακόμη περισσότερο η ικανοποίηση που νιώθουν οι εργαζόμενοι στα παιδιατρικά χειρουργεία από την εργασία τους, ενώ θα εμπεδωθεί το πνεύμα ομαδικότητας, θα καλυτερεύσουν τις συνθήκες της εργασίας τους, θα εντοπίζουν ευκολότερα το στρες από το φόρτο της εργασίας τους, θα υπάρξει καλύτερη διαχείριση από πλευράς διοίκησης, σε καθημερινή βάση, των θεμάτων που άπτονται της ασφάλειας και θα βελτιωθεί, εντέλει, το κλίμα ασφάλειας, όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι εργαζόμενοι. Οι συντονισμένες κινήσεις για την επίτευξη των ανωτέρω θα ενδυναμώσουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στην προσπάθειά του να εδραιώσει και να διατηρήσει ένα καλό κλίμα ασφάλειας στον χώρο της εργασίας του και, κατά αυτόν τον τρόπο, θα προσφέρουν στους μικρούς ασθενείς την απαιτούμενη για αυτούς παροχή μιας φροντίδας υγείας, ασφαλούς και ποιοτικής, στα παιδιατρικά χειρουργεία.

Βιβλιογραφία

1. Agarwal, S., Classen, D., Larsen, G., Tofil, N. M., Hayes, L. W., Sullivan, J. E., ... & Bisarya, H. (2010). Prevalence of adverse events in pediatric intensive care units in the United States. *Pediatric critical care medicine*, 11(5), 568-578.
2. AHRQ Patient Safety Network - AHRQ PSNet (2018). Patient Safety Primer: Safety Culture. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5>. Ημερ. πρόσβασης 10/9/2018
3. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.
4. Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., & Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Annals of internal medicine*, 142(9), 756-764.
5. Arora, S., Hull, L., Sevdalis, N., Tierney, T., Nestel, D., Woloshynowych, M., ... & Kneebone, R. (2010). Factors compromising safety in surgery: stressful events in the operating room. *The American Journal of Surgery*, 199(1), 60-65.
6. Bagnara, S., Parlangeli, O., & Tartaglia, R. (2010). Are hospitals becoming high reliability organizations?. *Applied ergonomics*, 41(5), 713-718.
7. Ballangrud, R., Husebø, S. E., Aase, K., Aaberg, O. R., Vifladt, A., Berg, G. V., & Hall-Lord, M. L. (2017). "Teamwork in hospitals": a quasi-experimental study protocol applying a human factors approach. *BMC nursing*, 16(1), 34.
8. Berland, A., Natvig, G. K., & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive and critical care nursing*, 24(2), 90-97.
9. Berman, L., Rangel, S., Goldin, A., Skarda, D., Ottosen, M., Bliss, D., ... & Tsao, K. (2018). Safety culture among pediatric surgeons: A national survey of attitudes and perceptions of patient safety. *Journal of pediatric surgery*, 53(3), 381-395.
10. Berry, J. C., Davis, J. T., Bartman, T., Hafer, C. C., Lieb, L. M., Khan, N., & Brilli, R. J. (2016). Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated With Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *Journal of patient safety*.
11. Berwick, D. (2013). A promise to learn—a commitment to act: improving the safety of patients in England. London: Department of Health, 6.

12. Berwick, D. M., & Shojania, K. G. (2015). *Free from harm: Accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human*. Boston, MA National Patient Safety Foundation.
13. Bhat, A. N. (2016). Role of human factors in pediatric cardiac surgery. *Global cardiology science & practice*, 2016(4).
14. Blake, N., Leach, L. S., Robbins, W., Pike, N., & Needleman, J. (2013). Healthy work environments and staff nurse retention: The relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 356-370.
15. Boermeester, M. A. (2017). Surgical Safety Checklists. In *Patient Safety in Surgery* (pp. 353-371). Springer, London.
16. Bognár, A., Barach, P., Johnson, J. K., Duncan, R. C., Birnbach, D., Woods, D., ... & Bacha, E. A. (2008). Errors and the burden of errors: attitudes, perceptions, and the culture of safety in pediatric cardiac surgical teams. *The Annals of Thoracic Surgery*, 85(4), 1374-1381.
17. Caratozzolo, M. C., Bagnara, S., & Parlangei, O. (2008). Use of information and communication technology to supply health-care services to nomadic patients: An explorative survey. *Behaviour & Information Technology*, 27(4), 345-350.
18. Carayon, P., Xie, A., & Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practice. *BMJ Qual Saf*, 23(3), 196-205.
19. Carvalho, P. A., Göttems, L. B. D., Pires, M. R. G. M., & Oliveira, M. L. C. D. (2015). Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(6), 1041-1048.
20. Chaboyer, W., Chamberlain, D., Hewson-Conroy, K., Grealy, B., Elderkin, T., Brittin, M., ... & Thalib, L. (2013). CNE article: safety culture in Australian intensive care units: establishing a baseline for quality improvement. *American Journal of Critical Care*, 22(2), 93-102.
21. Cooper Ph. D, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety science*, 36(2), 111-136.
22. Cooper, D. (1998) *Measuring Safety Climate*. In *Improving Safety Culture. A Practical Guide* (p.p. 200-217). First published 1998 by John Wiley & Sons Ltd.
23. Cox & Cox, T. (1991) The structure of employee attitudes to safety-a European example *Work and Stress*, 5, 93-106.

- 24.Cox, E. D., Carayon, P., Hansen, K. W., Rajamanickam, V. P., Brown, R. L., Rathouz, P. J., ... & Buel, L. A. (2013). Parent perceptions of children's hospital safety climate. *BMJ Qual Saf, bmjqs-2012*, 22(8),1-14.
- 25.Cross, M. B., & Mauffrey, C. (2014). Incidence of ‘Never Events’ and Common Complications. In *Patient Safety in Surgery* (pp. 11-17). Springer, London.
- 26.Denison, D. R. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of management review*, 21(3), 619-654.
- 27.Devriendt, E., Van den Heede, K., Coussement, J., Dejaeger, E., Surmont, K., Heylen, D., ... & Milisen, K. (2012). Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *International journal of nursing studies*, 49(3), 327-337.
- 28.Dindo, D., & Clavien, P. A. (2014). Quality Assessment in Surgery: Mission Impossible?. In *Patient Safety in Surgery* (pp. 3-10). Springer, London.
- 29.Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- 30.Donaldson, L. J., Appleby, L., & Boyce, J. (2000). An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Norwich, United Kingdom: Stationery Office.
- 31.European Commission. (2014). Special Eurobarometer 411: patient safety and quality of care. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf
Ημερ.πρόσβασης 07/09/2018
- 32.European Opinion Research Group. (2010). Patient Safety and Quality of Healthcare—Full Report Special Euro Barometer 327/72.2. Directorate-General for Health and Consumers, European Commission, Belgium.
- 33.Feng, X., Bobay, K., & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 63(3), 310-319.
- 34.Fischer, S. A., Jones, J., & Verran, J. A. (2018). Consensus achievement of leadership, organisational and individual factors that influence safety climate: Implications for nursing management. *Journal of nursing management*, 26(1), 50-58.
- 35.Fleming, M. (2005). Patient safety culture measurement and improvement: a “how to” guide. *Healthc Q*, 8(Spec No), 14-19.

- 36.Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety science*, 45(6), 653-667.
- 37.Fortune, P. M., Davis, M., Hanson, J., & Phillips, B. (Eds.). (2013). *Human factors in the health care setting: a pocket guide for clinical instructors*. John Wiley & Sons.
- 38.France, D. J., Greevy Jr, R. A., Liu, X., Burgess, H., Dittus, R. S., Weinger, M. B., & Speroff, T. (2010). Measuring and comparing safety climate in intensive care units. *Medical care*, 48(3), 279-284.
- 39.Gaba, D. M., Singer, S. J., Sinaiko, A. D., Bowen, J. D., & Ciavarelli, A. P. (2003). Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Human Factors*, 45(2), 173-185.
- 40.Gao, J., & Dekker, S. (2017). Concepts and Models of Safety, Resilience, and Reliability. In *Surgical Patient Care* (pp. 25-37). Springer, Cham.
- 41.Gawande, A. (2010). *Complications: A surgeon's notes on an imperfect science*. Profile Books.
- 42.Glendon, A. I., & Stanton, N. A. (2000). Perspectives on safety culture. *Safety Science*, 34(1), 193-214.
- 43.Göras, C., Wallentin, F. Y., Nilsson, U., & Ehrenberg, A. (2013). Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMC health services research*, 13(1), 104.
- 44.Groene, O. (2017). Risk Factors and Epidemiology of Surgical Safety. In *Surgical Patient Care* (pp. 15-24). Springer, Cham.
- 45.Groves, P. S. (2014). The relationship between safety culture and patient outcomes: results from pilot meta-analyses. *Western journal of nursing research*, 36(1), 66-83.
- 46.Guldenmund, F. W. (2000). The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety science*, 34(1-3), 215-257.
47. Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2010.20(4),1-11.

- 48.Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H. S., Dellinger, E. P., ... & Merry, A. F. (2011). Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ quality & safety*, 20(1), 102-107.
- 49.Health and Safety Executive - HSE (2018). Human factors and ergonomics. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/culture.htm> Ημερ.πρόσβασης 12/10/2018.
- 50.Hines, S., Luna, K., Lofthus, J., Marquardt, M., & Stelmokas, D. (2008). Becoming a high reliability organization: operational advice for hospital leaders. AHRQ publication, (08-0022).
- 51.Hofstede, G., & Hofstede, G. J. M. Minkov (2010). The Elephant and the Stork: Organizational Cultures In Cultures and organizations: software of the mind. (p.p 341-371).
- 52.Hogan K. J. (2017). The Anesthesia Perspective. In Patient Safety in Surgery (pp. 375-393). Springer, London.
- 53.Huang Y.H, Chen P, Grosch J. (2010). Safety Climate: New developments in conceptualization, theory, and research. *Accid Anal Prev* 2010; 42(5): 1421–1422.
- 54.Hull, L., Arora, S., Kassab, E., Kneebone, R., & Sevdalis, N. (2011). Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. *The American Journal of Surgery*, 201(1), 24-30.
- 55.International Atomic Energy Agency-IAEA, (1991) Safety Culture A report by the International Nuclear Safety Advisory Group- Vienna (Safety Series No. 75-INSAG-4) (pp.1).
- 56.International Ergonomics Association. What is Ergonomics. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.iea.cc/whats/index.html> Ημερ.πρόσβασης 05/09/2018
- 57.James, J. T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of patient safety*, 9(3), 122-128.
- 58.Janicijevic, I., Seke, K., Djokovic, A., & Filipovic, T. (2013). Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction—where is the linkage?. *Hippokratia*, 17(2), 157.
- 59.Johnson, J. K., & Barach, P. R. (2015). Improving Pediatric Cardiac Care with Continuous Quality Improvement Methods and Tools. In *Pediatric and Congenital Cardiac Care* (pp. 39-50). Springer, London.

60. Joint Commission. (2012). Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission, 171.
61. Kaldjian, L. C., Jones, E. W., Rosenthal, G. E., Tripp-Reimer, T., & Hillis, S. L. (2006). An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *Journal of General Internal Medicine*, 21(9), 942-948.
62. Katzenbach JR, Smith DK. (1993) The wisdom of teams: creating the high performance organization. Cambridge, MA: Harvard Business School Press;
63. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000). To err is human. Building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine National Academy Press; Washington, DC;
64. Kristensen, S., Sabroe, S., Bartels, P., Mainz, J., & Christensen, K. B. (2015). Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clinical epidemiology*, 7, 149.
65. Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdahl, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 491-497.
66. Lacey, S., Smith, J. B., & Cox, K. (2008). Pediatric safety and quality. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2662/> Ημ. πρόσβασης 12/10/2018.
67. Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A., & Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2124-2134.
68. Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., ... & Nemeskal, R. (1995). Systems analysis of adverse drug events. *Jama*, 274(1), 35-43.
69. Lee LA, Domino KB (2002) The Closed Claims Project: has it influenced anaesthetic practice and outcome? *Anesthesiol Clin North America* 20(3):485–501.
70. Lekka, C. (2011). High reliability organisations: a review of the literature . Research Report RR889 . Liverpool : Health and Safety Executive.

71. Listyowardojo, T. A., Nap, R. E., & Johnson, A. (2011). Variations in hospital worker perceptions of safety culture. *International journal for quality in health care*, 24(1), 9-15.
72. Lohr K. Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance. In: Medicare, editor. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Vol. 1. Washington, DC: National Academy Press; 1990
73. Lucian Leape Institute National Patient Safety Foundation (LLI). (2013). *Through the eyes of the workforce: Creating Joy, Meaning and Safer Health Care*. National Patient Safety Foundation.
74. Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752.
75. Management Study Guide-MSG (2018). *Organization Culture*. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.managementstudyguide.com/role-of-employees-in-organization-culture.htm> Ημερ. Πρόσβασης: 23/07/2018.
76. Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, 6(4), 226-232.
77. Mayer, C. M., Cluff, L., Lin, W. T., Willis, T. S., Stafford, R. E., Williams, C., ... & Amoozegar, J. B. (2011). Evaluating efforts to optimize TeamSTEPPS implementation in surgical and pediatric intensive care units. *The Joint Commission journal on quality and patient safety*, 37(8), 365-AP3.
78. McKee, L., Charles, K., Dixon-Woods, M., Willars, J., & Martin, G. (2013). 'New' and distributed leadership in quality and safety in health care, or 'old' and hierarchical? An interview study with strategic stakeholders. *Journal of health services research & policy*, 18(2_suppl), 11-19.
79. Mearns, K., Whitaker, S. M., & Flin, R. (2003). Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety science*, 41(8), 641-680.
80. Mitchell, P. H. (2008). *Defining patient safety and quality care*.
81. Moffatt-Bruce, S. D., Hefner, J. L., Mekhjian, H., McAlearney, J. S., Latimer, T., Ellison, C., & McAlearney, A. S. (2017). What is the return on investment for

- implementation of a crew resource management program at an academic medical center?. *American Journal of Medical Quality*, 32(1), 5-11.
82. Moldenhauer, K. L., & Alder, P. (2014). Compliance to Patient Safety Culture. In *Patient Safety in Surgery* (pp. 151-173). Springer, London.
83. Nagelkerk, J., Peterson, T., Pawl, B. L., Teman, S., Anyangu, A. C., Mlynarczyk, S., & Baer, L. J. (2014). Patient safety culture transformation in a children's hospital: an interprofessional approach. *Journal of interprofessional care*, 28(4), 358-364.
84. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). Improving diagnosis in health care. National Academies Press. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/> Ημερ. Πρόσβασης: 17/07/2018
85. National Health System –NHS, (2010). An introduction to safety climate, NHS Education for Scotland. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.nes.scot.nhs.uk/media/6364/SC%20overview%20for%20practices%20MASTERCOPY.pdf> Ημερ. Πρόσβασης: 18/04/2018.
86. Needle David (2004) *Business in Context: An introduction to Business and its Environment* ISBN 978-1861529923.
87. Oakes, C. G. (2009). PhD, Blue Ember Technologies, LLC. Safety versus Security in Fire Protection Planning, The American Institute of Architects: Knowledge Communities Oakes, Ch. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο :<http://www.aia.org/practicing/groups/kc/AIAB079791>. Ofitsiiniyi sait Derzhavnoho komitetu statystyky Ukrainy. [www. ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua). Ημ. Πρόσβασης 2-9-2018.
88. Olsson, C., Forsberg, A., & Bjerså, K. (2016). Safety climate and readiness for implementation of evidence and person centered practice—A national study of registered nurses in general surgical care at Swedish university hospitals. *BMC nursing*, 15(1), 54.
89. Patrick, J. D., Barach, P., & Besiso, A. (2017). Information technology infrastructure, management, and implementation: the rise of the emergent clinical information system and the chief medical information officer. In *Surgical Patient Care* (pp. 247-262). Springer, Cham.

90. Patterson, P. D., Huang, D. T., Fairbanks, R. J., & Wang, H. E. (2010). The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *American journal of medical quality*, 25(2), 109-115.
91. Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. New York: Basic Books.
92. Phipps, A. R., Paradis, M., Peterson, K. A., Jensen, J., Nielsen, K., Hall, M., ... & Norton, B. M. (2018). Reducing Serious Safety Events and Priority Hospital-Acquired Conditions in a Pediatric Hospital with the Implementation of a Patient Safety Program. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(6), 334-340.
93. Pidgeon, N., & O'Leary, M. (2000). Man-made disasters: why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34(1-3), 15-30.
94. Pinheiro, J. P. A., & de Sousa Uva, A. (2016). Safety climate in the operating room: Translation, validation and application of the Safety Attitudes Questionnaire. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(2), 107-116.
95. Poley, M. J., van der Starre, C., van den Bos, A., van Dijk, M., & Tibboel, D. (2011). Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric critical care medicine*, 12(6), e310-e316.
96. Prabhakar, H. (2014). Translation of Aviation Safety Principles to Patient Safety in Surgery. In *Patient Safety in Surgery* (pp. 217-233). Springer, London.
97. Pronovost P, Berenholtz S M, Goeschel C, Thom I, Watson S R, Holzmüller C G, Lyon J S, Lubomski L H, Thomson D A, Needham D, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Morlock L, Sexton B. (2008) Improving patient safety in intensive care units in Michigan. *J Critical Care*; 23(2): 207–221.
98. Raftopoulos, V., & Pavlakis, A. (2013). Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Critical Care*, 28(1), 51-61.
99. Raftopoulos, V., Savva, N., & Papadopoulou, M. (2011). Safety culture in the maternity units: a census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC health services research*, 11(1), 238.
100. Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.

- 101.Roberts, K. H., Yu, K., & Van Stralen, D. (2004). Patient safety is an organizational systems issue: Lessons from a variety of industries. *Patient safety handbook*, 169-186.
- 102.Runciman, W., Hibbert, P., Thomson, R., Van Der Schaaf, T., Sherman, H., & Lewalle, P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International journal for quality in health care*, 21(1), 18-26.
- 103.Russ, A. L., Fairbanks, R. J., Karsh, B. T., Militello, L. G., Saleem, J. J., & Wears, R. L. (2013). The science of human factors: separating fact from fiction. *BMJ Qual Saf*, 22(10), 802-808.
- 104.Safety, W. P., & World Health Organization. (2009). WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives (No. WHO/IER/PSP/2008.08-1E). Geneva: World Health Organization.
- 105.Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.
- 106.Sanchez, J. A., & Barach, P. R. (2012). High reliability organizations and surgical microsystems: re-engineering surgical care. *Surgical Clinics*, 92(1), 1-14.
- 107.Sanchez, J. A., & Lobdell, K. W. (2017). The Burning Platform: Improving Surgical Quality and Keeping Patients Safe. In *Surgical Patient Care* (pp. 3-13). Springer, Cham.
- 108.Sanchez, J. A., Barach, P., Johnson, J. K., & Jacobs, J. P. (Eds.). (2017). *Surgical Patient Care: Improving Safety, Quality and Value*. Springer.
- 109.Schwatka, N. V., Hecker, S., & Goldenhar, L. M. (2016). Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature. *Annals of occupational hygiene*, 60(5), 537-550.
- 110.Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., ... & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6(1), 44.
- 111.Siassakos, D., Fox, R., Hunt, L., Farey, J., Laxton, C., Winter, C., & Draycott, T. (2011). Attitudes toward safety and teamwork in a maternity unit with embedded team training. *American Journal of Medical Quality*, 26(2), 132-137.

- 112.Simerka, P. (2009). Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Official Journal of the European Union, 1-6.
- 113.Singer, S. J., Gaba, D. M., Geppert, J. J., Sinaiko, A. D., Howard, S. K. S., & Park, K. C. (2003). The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 112-118.
- 114.Singh, H., Meyer, A. N., & Thomas, E. J. (2014). The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2013, 23(9), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002627>
- 115.Skapik, J. L., Pronovost, P. J., Miller, M. R., Thompson, D. A., & Wu, A. W. (2009). Pediatric safety incidents from an intensive care reporting system. *Journal of patient safety*, 5(2), 95-101.
116. Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). AHRQ Hospital survey on patient safety culture: User's guide. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- 117.Steelman, V. M., & Stratton, M. D. (2017). The Leadership Role: Designing Perioperative Surgical Services for Safety and Efficiency. In *Surgical Patient Care* (pp. 297-311). Springer, Cham.
- 118.Stockwell, D. C., Bisarya, H., Classen, D. C., Kirkendall, E. S., Landrigan, C. P., Lemon, V., ... & Hall, M. (2015). A trigger tool to detect harm in pediatric inpatient settings. *Pediatrics*, peds-2014.135(6), 1-9.
- 119.Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J., & Dick, A. W. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical care*, 45(6), 571-578.
- 120.Sutcliffe, K. M. (2017). Organizational and Cultural Determinants of Surgical Safety. In *Surgical Patient Care* (pp. 145-157). Springer, Cham.
- 121.Tamuz, M., & Harrison, M. I. (2006). Improving patient safety in hospitals: contributions of high-reliability theory and normal accident theory. *Health services research*, 41(4p2), 1654-1676.
- 122.Tawfik, D. S., Sexton, J. B., Kan, P., Sharek, P. J., Nisbet, C. C., Rigdon, J., ... & Profit, J. (2017). Burnout in the neonatal intensive care unit and its relation to healthcare-associated infections. *Journal of Perinatology*, 37(3), 315.

- 123.The Health Foundation, (2011). Evidence scan: High reliability organisations Identify Innovate Demonstrate Encourage Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HighReliabilityOrganisations.pdf> Ημερ.πρόσβασης 12/8/2018
- 124.The Health Foundation, (2011). Originally published as Research scan: Measuring safety culture. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf> Ημερ. Πρόσβασης: 18/04/2018
- 125.The Health Foundation, (2013). Safety culture: What is it and how do we monitor and measure it? A summary of learning from a Health Foundation roundtable Event report March 2013 Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <https://www.health.org.uk/publications/safety-culture-what-is-it-and-how-do-we-monitor-and-measure-it> Ημερ. Πρόσβασης: 11/09/2018
- 126.The Patient Safety Education Program – Canada- PSEP (2017). Plenary 3: What is Patient Safety?: A Conceptual Framework. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Plenary%2003%20-%20What%20is%20Patient%20Safety.pdf> Ημ. Πρόσβασης 22/7/2018.
- 127.Thomas, E. J., & Petersen, L. A. (2003). Measuring errors and adverse events in health care. *Journal of general internal medicine*, 18(1), 61-67.
- 128.Tsao, K., & Browne, M. (2015, December). Culture of safety: A foundation for patient care. In *Seminars in pediatric surgery*,24(6),283-287). WB Saunders.
- 129.Vincent C (2010). Patient safety 2nd edition Published 2010 by Blackwell Publishing Ltd.
- 130.Vincent, C., & Amalberti, R. (2015). Safety in healthcare is a moving target. *BMJ*, 24(9),1-2.
- 131.Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Approaches to Safety: One Size Does Not Fit. In *Safer Healthcare* (pp. 26-37). Springer, Cham
- 132.Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2013). The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring. The Health Foundation,London.

- 133.Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf*, 23(8), 670-677.
- 134.Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7138), 1154.
- 135.Wakeman, D., & Langham Jr, M. R. (2018, April). Creating a safer operating room: Groups, team dynamics and crew resource management principles. In *Seminars in pediatric surgery* 27(2), 107-113). WB Saunders.
- 136.Walsh, J. N., Knight, M., & Lee, A. J. (2018). Diagnostic Errors: Impact of an Educational Intervention on Pediatric Primary Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(1), 53-62.
- 137.Warrick, C., Patel, P., Hyer, W., Neale, G., Sevdalis, N., & Inwald, D. (2014). Diagnostic error in children presenting with acute medical illness to a community hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 538-546.
- 138.Watts, B. V., Percarpio, K., West, P., & Mills, P. D. (2010). Use of the safety attitudes questionnaire as a measure in patient safety improvement. *Journal of patient safety*, 6(4), 206-209.
- 139.Weaver, S. J., Benishek, L. E., Leeds, I., & Wick, E. C. (2017). The Relationship between teamwork and patient safety. In *Surgical Patient Care* (pp. 51-66). Springer, Cham.
- 140.Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5_Part_2), 369-374.
- 141.Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2011). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty* (Vol. 8). John Wiley & Sons, USA.
- 142.Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2008). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. *Crisis management*, 3(1), 31-66.
- 143.Weigl, M., Hornung, S., Angerer, P., Siegrist, J., & Glaser, J. (2013). The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC health services research*, 13(1), 401.
- 144.Weng, S. J., Kim, S. H., & Wu, C. L. (2017). Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations—A

- mediation analysis approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(1), 111-116.
145. Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(3), 233-235.
146. Woods, D. M., Johnson, J., Holl, J. L., Mehra, M., Thomas, E. J., Ogata, E. S., & Lannon, C. (2005). Anatomy of a patient safety event: a pediatric patient safety taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 14(6), 422-427.
147. Woods, D., Thomas, E., Holl, J., Altman, S., & Brennan, T. (2005). Adverse events and preventable adverse events in children. *Pediatrics*, 115(1), 155-160.
148. World Health Organisation-WHO (March 2002). World health organization fifty-fifth world health assembly A55/13 Provisional agenda item 13.9 23. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf> Ημερ. πρόσβασης 11/7/2018
149. World Health Organization - WHO (March 2018). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ Ημερ.πρόσβασης 2/9/2018
150. World Health Organization- WHO, Geneva, (2017) Patient Safety: Making health care safer. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: WHO/HIS/SDS/2017.11 Ημ. Πρόσβασης 14-10-2018.
151. Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ*, .21(4),1-4.
152. Xie, A., & Carayon, P. (2015). A systematic review of human factors and ergonomics (HFE)-based healthcare system redesign for quality of care and patient safety. *Ergonomics*, 58(1), 33-49.
153. Yule, S. (2003). Safety culture and safety climate: A review of the literature. *Industrial Psychology Research Centre*, 1-26.
154. Zohar, D. (2014). Safety climate: Conceptualization, measurement, and improvement. *The Oxford handbook of organizational climate and culture*, pp 317-334, USA
155. ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Δεύτερη έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο για την υλοποίηση της σύστασης 2009/C 151/01 του Συμβουλίου σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της καταπολέμησης λοιμώξεων που συνδέονται με την

υγειονομική περίθαλψη. Βρυξέλλες, 19.6.2014 COM(2014) 371 final Διαθέσιμο στο διαδίκτυο:

[https://eur-](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2014:0371:FIN:EL:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2014:0371:FIN:EL:PDF](https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2014:0371:FIN:EL:PDF)

Ημερ.πρόσβασης 2/9/2018

156. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ IP/14/694 Βρυξέλλες, 19 Ιουνίου 2014 Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: europa.eu/rapid/press-release_IP-14-694_el.pdf Ημερ. πρόσβασης 2/9/2018
- 157.Κάργα, Μ. (2009). Η διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική, Διδακτορική διατριβή στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- 158.Μπουραντάς Δ. (1992). Οργανωτική θεωρία και συμπεριφορά. Η επιστημονική βάση του μάνατζμεντ, Εκδόσεις Team , Αθήνα, σελ. 303-305
- 159.Μπουραντάς Δ. (2002). Μάνατζμεντ. Εκδ., Γ' Μπένου, Αθήνα.
- 160.Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α., & Ρήγα, Μ. (2015). Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(4), 677-592.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

α/α

1.ΦΥΛΟ:

Ανδρας ☐

Γυναίκα ☐

2.ΗΛΙΚΙΑ _____ (χρόνια)

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος/η ☐

Παντρεμένος/η ☐

Χωρισμένος/η ☐

Χήρος/α ☐

Συμβίωση ☐

4.Μορφωτικό επίπεδο _____

5. Συνολικός χρόνος άσκησης του Νοσηλευτικού/ιατρικού επαγγέλματος σας: _____ (χρόνια)

6. Συνολικός χρόνος εργασίας σας σε αυτό το Χειρουργείο: _____ (χρόνια)

7. Από 1 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο Χειρουργείο;

8. Από 1 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο Τμήμα; _____

9. Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

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

11. Εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου για το παιδί του να χειρουργηθεί στο συγκεκριμένο Χειρουργείο:

Συμφωνώ απόλυτα ☐ Συμφωνώ κάπως ☐ Συμφωνώ ☐ Διαφωνώ κάπως ☐ Διαφωνώ ☐ Διαφωνώ απόλυτα ☐

12. Επαγγελματική Ιδιότητα:

Προϊσταμένη/ος χειρουργείου ☐ Νοσηλεύτης/τρια χειρουργείου ☐ Βοηθός νοσηλεύτης χειρουργείου ☐

Προϊσταμένη/ος αναισθ/κου ☐ Νοσηλεύτης/τρια αναισθ/κου ☐ Βοηθός νοσηλεύτης αναισθ/κου ☐

Χειρουργός ☐

Ορθοπαιδικός ☐

Αναισθησιολόγος ☐

Ωτορινολαρυγγολόγος ☐

Καρδιοχειρουργός ☐

Ιατρός άλλης χειρουργικής ειδικότητας: _____

Βοηθός νοσηλεύτης

13. Από 1-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές; _____

14. Από 1-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Παιδοχειρουργούς; _____

15. Από 1-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές Χειρουργείου; _____

16. Από 1-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο Χειρουργείο σας; _____

17. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους χειρισμούς της Διοίκησης;

Πάρα πολύ

Πολύ

Αρκετά

Λίγο

Πολύ λίγο

Καθόλου

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με το συγκεκριμένο χειρουργείο όπου εργάζεστε και το νοσοκομείο χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
Μου αρέσει η δουλειά μου					
Οι εισηγήσεις των Νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το Χειρουργείο					
Θα ένιωθα ασφαλής αν επρόκειτο να χειρουργηθεί το δικό μου/συγγενικό μου παιδί σε αυτό το Χειρουργείο					
Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρουργείο					
Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού					
Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και τις θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση					
Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια					
Η διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες					
Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία					
Σε αυτό τον χειρουργείο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη					
Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος					
Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. ΚΑΡΠΑ, αιμορραγία, επείγον χειρουργείο)					
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών					
Η στελέχωση είναι επαρκής σε αυτό το Χειρουργείο που εργάζομαι σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών					
Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών					
Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το Χειρουργείο διευκολύνει τη μάθηση από τα λάθη των άλλων					
Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό					
Σε αυτό το Χειρουργείο είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών					

Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία

Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου					
Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου					
Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο Χειρουργείο					
Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο					
Οι διαφωνίες σε αυτό το Χειρουργείο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)					
Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός/ή στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η					
Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου					
Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς					
Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το Χειρουργείο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι					
Οι Ιατροί και οι Νοσηλευτές στο Χειρουργείο μου εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα					
Το ηθικό σε αυτό το Χειρουργείο είναι υψηλό					
Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς					

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Α' ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΜΟΡΦΩ ΑΜΟΥΤΖΙΑ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 21-02-18

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, Καθηγητής-
Διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α' Οφθαλμολογίας
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΠΗΛΙΧΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Β' Ορθοπαιδικής
ΑΣΗΜΙΝΑ ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Ειδικευόμενη Παιδοψυχιατρικής
ΑΝΝΑ-ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΛΙΑ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Ψυχολόγων
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΣΥΡΓΙΑΜΙΩΤΗΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε
παιδιατρικά χειρουργεία»
Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ, Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ
Αθήνας

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 2684/01-02-18

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 21 Φεβρουαρίου 2018 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο Μ.Π.Σ. «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα» κ. Μόρφως Αμούτζια, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία». Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία εκπονείται στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Έντυπο συναίνεσης
3. Ερωτηματολόγιο μελέτης

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΧΡΟΥΣΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - 1^η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ

Από: Διοίκηση Νοσοκομείου

-Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,

Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Πληροφορίες: ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ ΕΙΤΛΕΖΟΠΟΥΛΟΥ

Τηλέφωνο: 213 2058876

E-mail: poioutita@sismanoglio.gr

Ημερομηνία: 16/04/2018

Αρ. Πρωτ.: 5073/17.4.2018

ΠΡΟΣ : Μόρφω Αμούτζια

Δραγατσάνιου 10-153 43 Αγία Παρασκευή Ν. Αττικής

Θέμα Έγκριση χορήγησης άδειας για τη διενέργεια ερευνητικής εργασίας

Σχετ : α) η με αρ. πρωτ 1685/07.02.2018 αίτησή σας

β) τα με αρ. πρωτ. 43/06.03.2018 (συνεδρίαση 05/05.03.2018) και 2971/06.03.2018 έγγραφα Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝ Παιδών Πεντέλης

γ) η με αρ. 13/27.03.2018 Θ. 30 ΗΔ (ΑΔΑ 7ΜΘΛ4690Ω5-ΡΧ6/13.04.2018) απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου

Σας ενημερώνουμε ότι με την (γ) σχετική απόφαση (επισυνάπτεται), το Διοικητικό Συμβούλιο του ΓΝΑ «Σισμανόγλειο-Αμαλία Φλέμιγκ» και του διασυνδεδεμένου σε αυτό ΓΝ Παιδών Πεντέλης, ύστερα από θετική γνωμοδότηση (β σχετικό) του Επιστημονικού Συμβουλίου, που έχει την αρμοδιότητα της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, επί της (α) σχετικής αίτησης, ενέκρινε τη διενέργεια ερευνητικής εργασίας με τη διανομή ερωτηματολογίων, στο πλαίσιο της υποχρέωσης υποβολής διπλωματικής εργασίας με θέμα «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε Παιδιατρικά Χειρουργεία», που φοιτά στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική-Έρευνα» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών-Ιατρική Σχολή σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΕΙ Αθήνας, υπό την επίβλεψη του καθ. Ιωάννη Κουτελέκου.

Η ερευνητική δεσμεύεται για την εμπιστευτικότητα των δεδομένων που θα συλλέξει.

Μετά το πέρας της εργασίας παρακαλείστε να ενημερώσετε για τα αποτελέσματα το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Ο Αναπληρωτής Διοικητής
Γενικού Νοσοκομείου Παιδών Πεντέλης

Ευάγγελος Τριγώνης

Εσωτερική Διανομή

1. Επιστημονικό Συμβούλιο
2. Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης



ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΚΡΙΒΕΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΠΡΕΣΒΥΤΕΡΙΑ ΣΤΥΛΙΑΝΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΤΑΜΕΝΗ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
« ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ »
Ν.Π.Δ.Δ.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ 10^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Αθήνα σήμερα 17 Μαΐου 2018 ημέρα Πέμπτη και ώρα 15:00 συνήλθε στην αίθουσα συνεδριάσεων του, στο κεντρικό κτίριο του Νοσοκομείου, σε τακτική συνεδρίαση το Ενεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, που συγκροτήθηκε βάσει των με αριθμό : Α2β/Γ.Π.93995/10.04.17 (Φ.Ε.Κ. 194/25.04.17, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Α2β/Γ.Π.οικ. 38470/22.05.2017 (Φ.Ε.Κ. 256/31.05.17, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Α2β/Γ.Π.48830/13.07.2017 (Φ.Ε.Κ. 363/21.07.2017, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) και Γ4β/Γ.Π.1114/12.02.2018 (Φ.Ε.Κ. 100/23.02.2018 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) αποφάσεων του Υπουργού Υγείας κ. Ανδρέα Ξανθού και του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας κ. Παύλου Πολάκη.

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν νόμιμα καλεσμένοι, οι παρακάτω :

Παρόντες οι κ.κ. :

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ
ΜΑΡΙΟΓΚΑ ΦΡΑΓΚΑΚΗ
ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ
ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΝΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΕΤΟΥΣΗΣ
ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΣΙΑΦΟΛΩΛΗΣ

Πρόεδρος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος
Μέλος

Απόντες οι κ. κ. :

ΙΩΑΝΝΗΣ ΜΠΟΛΕΤΗΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΙΝΗΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΔΑΣΜΑΝΟΓΛΟΥ

Αντιπρόεδρος
Μέλος
Μέλος

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η **Χρυσούλα Λαζαρίδου**.

Διαπιστώθηκε απαρτία με την παρουσία έξι (6) μελών του Συμβουλίου.

ΘΕΜΑ 3 : Σχετικά με την υπ'αρ.πρωτ.Ε.Σ.:74/02.02.2018 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια-Νοσηλεύτρια ΤΕ, κ. Μόρφω Αμούτζα, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέτο Ιωάννη.

Στο Συμβούλιο υποβάλλεται η υπ' αριθμ. πρωτ.: 7622/07.05.2018 (ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ) εισήγηση του ΑΝ. ΔΙΟΙΚΗΤΗ κ. Χ. ΜΑΝΟΥ σύμφωνα με την οποία :

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ'αρ.πρωτ.Ε.Σ.:74/02.02.2018 αίτηση έγκρισης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια-Νοσηλεύτρια ΤΕ, κ. Μόρφω Αμούτζα, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέτο Ιωάννη.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ 10/17.05.2018 ΘΕΜΑ 3

2. Ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 6^η/27-03-2018 (Θ: 2) συνεδρίασή του, έλαβε υπόψη του τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας η οποία μελέτησε τα στοιχεία της μεταπτυχιακής εργασίας, σκοπός της οποίας είναι η εκτίμηση του κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία. Για τον σκοπό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο από την πρότυπη εργασία των Sexton και συν.2006 που ονομάζεται ερωτηματολόγιο SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), το οποίο έχει τροποποιηθεί ώστε να εναρμονιστεί με την πραγματικότητα στα ελληνόφωνα Νοσοκομεία (Raftopoulos et al. 2011,2013) μετά από τη σύμφωνη γνώμη και άδεια των ερευνητών. Τον πληθυσμό της μελέτης θα αποτελέσει το προσωπικό που στελεχώνει το χώρο του χειρουργείου και συγκεκριμένα νοσηλευτές και ιατρικό προσωπικό όλων των ειδικοτήτων.

Κατόπιν αυτών το Επιστημονικό Συμβούλιο, με την προϋπόθεση της πιστής τήρησης των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας, ενέκρινε ομόφωνα τη διεξαγωγή της μεταπτυχιακής μελέτης στο νοσοκομείο, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

-Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει τον επιβλέποντα της Μελέτης, τη Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μεταπτυχιακής μελέτης, θα κατατεθούν στη Γραμματεία του Ε.Σ. σε ηλεκτρονική μορφή η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

-Να ενημερωθούν οι Διευθυντές των Χειρουργικών Τμημάτων του Νοσοκομείου στα οποία θα διεξαχθεί η μελέτη.

Διαβιβάζεται το παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο και παρακαλούμε όπως αποφασίσετε σχετικά με:

Την έγκριση:

- αίτησης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια-Νοσηλεύτρια ΤΕ, κ. Μόρφω Αμούτζα, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέτο Ιωάννη, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

-Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει τον επιβλέποντα της Μελέτης, την Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μεταπτυχιακής μελέτης, θα κατατεθούν στη Γραμματεία του Ε.Σ. σε ηλεκτρονική μορφή η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

-Να ενημερωθούν οι Διευθυντές των Χειρουργικών Τμημάτων του Νοσοκομείου στα οποία θα διεξαχθεί η μελέτη.

- ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ 10/17.05.2018 ΘΕΜΑ 3

Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Την έγκριση :

1. Της αίτησης διεξαγωγής μελέτης στο πλαίσιο μεταπτυχιακού με τίτλο: «Εκτίμηση κλίματος ασφάλειας σε παιδιατρικά χειρουργεία», που κατέθεσε η μεταπτυχιακή φοιτήτρια-Νοσηλεύτρια ΤΕ, κ. Μόρφω Αμούτζα, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέτο Ιωάννη, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

-Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει τον επιβλέποντα της Μελέτης, την Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μεταπτυχιακής μελέτης, θα κατατεθούν στη Γραμματεία του Ε.Σ. σε ηλεκτρονική μορφή η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

-Να ενημερωθούν οι Διευθυντές των Χειρουργικών Τμημάτων του Νοσοκομείου στα οποία θα διεξαχθεί η μελέτη.

2. Ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ.

