



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**Εθνικόν και Καποδιστριακόν**  
**Πανεπιστήμιον Αθηνών**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.**

**«Διερεύνηση κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στα  
χειρουργεία και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών  
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου»**

**Όνομα φοιτητή**

Αντωνάκος Ιωάννης

**Επιβλέποντες**

**κ. Κυριάκος Σουλιώτης**

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

**Δρ. Βασιλική Καπάκη**

Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Αθήνα, Ιούλιος 2018**

... Στη Βίκυ και στην Έρρικα...

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract .....	7
Ακρωνύμια-Συντομογραφίες. ....	8
Ευρετήριο εικόνων .....	8
Ευρετήριο Πινάκων .....	8
Ευρετήριο Διαγραμμάτων.....	9
Εισαγωγή .....	10
Κεφάλαιο 1. Η ποιότητα στο χώρο της υγείας.....	12
1.1 Ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	12
1.2 Ο κύκλος ποιότητας.....	13
1.3 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. ....	14
1.4 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας .....	15
1.4.1 Οφέλη για τον ασθενή .....	15
1.4.2 Οφέλη για τον επαγγελματία υγείας .....	15
1.4.3 Οφέλη για το Κράτος και το Κοινωνικό σύνολο.....	16
1.5 Το κόστος της ποιότητας .....	16
1.6. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της υγείας. ....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το λάθος και το σφάλμα στην υγεία. ....	18
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση. ....	18
2.2 Διαχείριση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας .....	18
2.3 Το μοντέλο του ελβετικού τυριού.....	19
2.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις του ανθρώπινου λάθους .....	20
2.4.1 Η θεωρία των συστημάτων.....	20
2.4.2 Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων.....	21
Κεφάλαιο 3. Κουλτούρα ασφάλειας.....	22
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «κουλτούρα ασφάλειας».....	22
3.2. Το κλίμα ασφάλειας .....	23
3.3. Τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας.....	23
3.4 Ασφάλεια ασθενών στα χειρουργεία. Η Λίστα Ελέγχου.....	25
3.5 Ασφάλεια ασθενών και ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Κουλτούρα ακτινοπροστασίας. ...	26
3.6 Το ερευνητικό εργαλείο HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) .....	27
3.7. Άλλα ερευνητικά εργαλεία σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.....	28
Κεφάλαιο 4. Μέθοδοι αξιολόγησης και ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο χώρο της υγείας. ....	31

4.1 Ομάδες για την ασφάλεια ασθενών .....	31
4.2 Επισκέψεις της Διοίκησης .....	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	36
Μεθοδολογία της έρευνας.....	36
1.1 Σκοπός .....	36
1.2 Ταυτότητα της έρευνας.....	36
1.2.1 Ερευνητική Μεθοδολογία.....	36
2. Αποτελέσματα της έρευνας .....	37
2.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37
2.2 Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη κουλτούρα ασφάλειας.....	39
2.2.1 Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση .....	39
2.2.2 Ποσοστά θετικών απαντήσεων ανά διάσταση κουλτούρας ασφάλειας .....	52
2.3 Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και η συχνότητα καταγραφής λαθών συγκριτικά με τις άλλες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας.....	54
2.3.1. Οι απόψεις των γιατρών.....	55
2.3.2. Οι απόψεις των νοσηλευτών .....	56
2.3.3. Οι απόψεις των τεχνολόγων.....	57
3. Συζήτηση-Συμπεράσματα .....	58
4. Περιορισμοί της έρευνας .....	61
5. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	61
6. Βιβλιογραφία.....	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	67

## Ευχαριστίες.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει εκπονηθεί στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Σχεδιασμός και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Πριν τη παρουσίαση του περιεχομένου της διπλωματικής εργασίας αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους, οι οποίοι συνέβαλλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωσή της.

Θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σουλιώτη Κυριάκο, Αναπληρωτή Καθηγητή Πολιτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την εμπιστοσύνη και την επιστημονική καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της διπλωματικής εργασίας.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ την κ. Βασιλική Καπάκη, μεταδιδακτορική ερευνήτρια Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την ουσιαστική συμβολή της στη διεκπεραίωση της διπλωματικής εργασίας. Οι γνώσεις της και η ερευνητική της δουλειά στο πεδίο αυτό αποτέλεσαν συχνά πολύτιμο οδηγό στο να ξεπεράσω τις όποιες δυσκολίες προέκυψαν.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω όλους τους/τις συναδέλφους και συνεργάτες στο Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ» που συμμετείχαν στην έρευνα και αφιέρωσαν πολύτιμο χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η συμβολή τους είναι ανεκτίμητη καθώς χωρίς αυτούς δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της εργασίας.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τους οργανισμούς που επιθυμούν η ασφαλής, και επομένως επιτυχημένη περίθαλψη των ασθενών τους, να βρίσκεται σε πρώτη προτεραιότητα. Τα δυσμενή συμβάντα και το ανθρώπινο λάθος δεν πρόκειται ποτέ να εξαλειφθούν, ωστόσο αξιοποίηση αυτών των λαθών και η βελτίωση του συστήματος μέσα από τα λάθη οδηγούν σε μία διαδικασία συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σ' αυτό το πλαίσιο κρίνεται πάντα σκόπιμη η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας και η εύρεση των δυνατών και αδύναμων σημείων της με στόχο την ισχυροποίησή της.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στο Χειρουργείο, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών του Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».

**Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα αποτέλεσαν οι 178 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και τεχνολόγοι-ακτινολόγοι) στο χειρουργείο, στις μονάδες ιοντιζουσών ακτινοβολιών (ακτινολογικό ακτινοθεραπεία, πυρηνική ιατρική και αιμοδυναμικό), στη ΜΕΘ και στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου. Χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) των Sorra και Nieva. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 65% και η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 21.0.

**Αποτελέσματα:** Οι παράμετροι της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς με το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι η «οργανωσιακή μάθηση και η συνεχής βελτίωση» (73-76%), η «συνεργασία και η ομαδική εργασία εντός του νοσοκομείου» (68-76%) και η «ανατροφοδότηση και η επικοινωνία για τα λάθη» (53-66%). Οι παράμετροι με το χαμηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων έλαβαν η «στελέχωση» (27-36%), «η υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» (30-33%) και η «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» (23-28%). Το 45,8% του δείγματος δεν ανέφερε κανένα συμβάν τους τελευταίους δώδεκα μήνες και το 47,9% του δείγματος αξιολόγησε την επίδοση της μονάδας του από «Πολύ καλή» έως «Άριστη».

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν τα δυνατά και αδύναμα σημεία της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών που επικρατεί σε νευραλγικούς τομείς του νοσοκομείου, με απώτερο στόχο την ανάπτυξη πρωτοβουλιών από τη Διοίκηση για τη βελτίωσή της.

**Λέξεις-κλειδιά:** Κουλτούρα ασφάλειας, κλίμα ασφάλειας, ερωτηματολόγιο HSOPSC

## Abstract

**Introduction:** Developing a positive safety culture is a prerequisite for organizations that want safe, and therefore successful, care for their patients. Adverse events and human error will never be eliminated, but exploiting these errors and improving the system through mistakes lead to a process of continuous improvement of the health services provided. In this context, it is always advisable to evaluate safety culture of an organization and to find its strengths and weaknesses in order to strengthen it.

**Aim of the Study:** The evaluation of patient safety culture at the Surgery Department, Intensive Care Unit, Emergency Department and Ionizing Radiation Department (radiology unit, radiotherapy unit, nuclear medicine and hemodynamic unit) at a University Hospital "ATTIKON"

**Materials and methods:** A number of 178 healthcare professionals (doctors, nurses and radiographers) who worked in Surgery Department, Intensive Care Unit, Emergency Department and Ionizing Radiation Department (Radiology unit, Radiotherapy unit, Nuclear Medicine unit and Hemodynamic unit). The survey's response rate was 70% and the research tool utilized for the survey purposes was the Greek translated version of "The Hospital Survey on Patient Safety Culture" which was developed by Sorra and Nievva. For the analysis of quantitative and qualitative data used statistical software SPSS 21.0

**Results:** The dimensions of patient's safety culture that received the highest positive response rate among healthcare professionals were "organizational learning and continuous improvement" (73-76%), "teamwork and teamwork within the hospital" (68-76%) and "feedback and communication about errors" (53-66%). The dimensions with the lowest percentage of positive responses were received by "staffing" (27-36%), "supporting hospital safety management" (30-33%) and "non-punitive response to mistakes" (23-28 %). The 45,8.% of the sample did not report any incidents in the last 12 months and the 47,9% of the sample rated the unit's performance from "Very good" to "Excellent".

**Conclusion:** The results of the survey have highlighted the strengths and weaknesses of patient safety culture of a Greek University Hospital. The findings of the survey could be an opportunity for hospital's stakeholders to develop strategies to improve health care quality and ensure patient safety.

**Key words:** patient safety culture, safety climate, HSOPSC survey tool.

## Ακρωνύμια-Συντομογραφίες.

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
HSOPSC	Hospital Safety on Hospital Safety Culture
ICUSRS	Intensive Care Unit Safety Reporting System
IRPA	International Radiation Protection Association
ISO	International Organization for Standardization
NHS	National Health System
WHO	World Health Organization

ΔΟΑΕ	Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

## Ευρετήριο εικόνων

<b>Εικόνα 1.</b> Κύκλος της ποιότητας.....	13
--	----

## Ευρετήριο Πινάκων

<b>Πίνακας 1:</b> Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης κουλτούρας ασφάλειας ασθενών.....	30
<b>Πίνακας 2.</b> Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους γιατρούς.....	55
<b>Πίνακας 3.</b> Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους νοσηλευτές.....	56



**Πίνακας 4.** Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους τεχνολόγους-ακτινολόγους.....57

## Ευρετήριο Διαγραμμάτων

<b>Διάγραμμα 1.</b> Κατανομή φύλλου στο δείγμα.....	37
<b>Διάγραμμα 2.</b> Κατανομή εργαζομένων ανάλογα το χρόνο προϋπηρεσίας.....	38
<b>Διάγραμμα 3.</b> Κατανομή εργαζομένων στα τμήματα.....	38
<b>Διάγραμμα 4.</b> Προσδοκίες προϊσταμένου για την ασφάλεια του ασθενούς.....	39
<b>Διάγραμμα 5.</b> Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση.....	40
<b>Διάγραμμα 6.</b> Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός του νοσοκομείου.....	41
<b>Διάγραμμα 7.</b> Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.....	42
<b>Διάγραμμα 8.</b> Στελέχωση.....	43
<b>Διάγραμμα 9.</b> Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας.....	44
<b>Διάγραμμα 10.</b> Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου.....	45
<b>Διάγραμμα 11.</b> Μεταφορές/διακομιδές εντός του νοσοκομείου.....	46
<b>Διάγραμμα 12.</b> Ανοικτή επικοινωνία.....	47
<b>Διάγραμμα 13.</b> Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη.....	48
<b>Διάγραμμα 14.</b> Συνολική αντίληψη της ασφάλειας.....	49
<b>Διάγραμμα 15.</b> Συχνότητα καταγραφής λαθών.....	50
<b>Διάγραμμα 16.</b> Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς.....	51
<b>Διάγραμμα 17.</b> Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες.....	51
<b>Διάγραμμα 18.</b> Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά επαγγελματική ομάδα.....	52

## Εισαγωγή

Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα αποτελούν συχνό φαινόμενο κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών ανά τον κόσμο, τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης. Έλλειψη οικονομικών πόρων, ελλιπής έρευνα και εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού, ανασφάλεια ή και απροσεξία των ιατρών είναι μερικά από τα αίτια πρόκλησής τους (Θηραίος, 2007). Ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Τζον Χόπκινς της Βαλτιμόρης, (Makary & Daniel, 2016), ανέλυσαν στοιχεία από τα αμερικανικά νοσοκομεία και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κάθε χρόνο στις ΗΠΑ τουλάχιστον 250.000 θάνατοι (σχεδόν το 10% των συνολικών θανάτων μέσα σε ένα έτος) οφείλονται σε κάποιου είδους ιατρικά σφάλματα. Στην πρώτη θέση, σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων των ΗΠΑ, βρίσκονται οι θάνατοι από καρδιά (περίπου 615.000 ετησίως) και ακολουθούν οι θάνατοι από καρκίνο (περίπου 592.000). Στην τέταρτη θέση - μετά τα ιατρικά λάθη - είναι οι θάνατοι από χρόνιες πνευμονοπάθειες (147.000) και στην πέμπτη τα ατυχήματα (133.000). Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο για τα ιατρικά λάθη (στοιχεία του 2006), το 13% των Ελλήνων έχουν υποστεί ιατρικό σφάλμα σε νοσοκομείο (European Commission, 2006). Επιπλέον, κάθε χρόνο 8–12% των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομείο υφίστανται επιπλοκές, οι οποίες σχετίζονται με την περίθαλψη που έλαβαν σε νοσοκομείο εντός της ΕΕ (Summaries of EU legislation, 2014). Αυτές οι επιπλοκές, οι οποίες συχνά σχετίζονται με συστημικούς παράγοντες, οδηγούν σε απελπισία τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και αυξάνουν το κόστος της υγείας. Σύμφωνα μάλιστα με τις ίδιες πηγές, το 70% των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι αποτρέψιμα.

Η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) των επαγγελματιών υγείας με τη πρόκληση των ιατρικών λαθών έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και σε Ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Η έρευνα των Tsigas et.al (2017), αναδεικνύει ως ισχυρή αυτή τη συσχέτιση μεταξύ των χειρουργών και μέτρια μεταξύ παιδιάτρων και παθολόγων. Η οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας και το Σύστημα Υγείας, επιβαρύνει ακόμη περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας. Τα ευρήματα πρόσφατης έρευνας (Salpigtidis et.al, 2016) αναφέρουν αύξηση των δεικτών που μετρούν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, από 8 έως 24%, συγκριτικά με τα χρόνια προ κρίσης στη χώρα μας καθώς και με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται σημαντικά με νευρωτικές διαταραχές, απομόνωση, ακόμα και κατάθλιψη για τους επαγγελματίες υγείας (Ntantana et.al, 2017).

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια δινόταν περιορισμένη προσοχή στην προσπάθεια ανίχνευσης των πηγών κινδύνων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην εξεύρεση τρόπων περιορισμού τους (Chief Medical officer, 2003). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί τόσο η ανάγκη εκπαίδευσης, ενθάρρυνσης και παροχής κινήτρων στο ιατρικό προσωπικό να αναφέρει τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα, όσο και η ανάγκη δημιουργίας πληροφοριακών συστημάτων εντοπισμού, καταγραφής και ανάλυσης ιατρικών λαθών.

Τα λάθη αυτά έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε επίπεδο (ηθικό, επαγγελματικό, οικονομικό). Εξίσου σοβαρές, όμως, είναι οι επιπτώσεις για τα συστήματα υγείας και σε οικονομικό επίπεδο, γεγονός το οποίο στη σημερινή εποχή – που ακόμη και στα πλέον προηγμένα από αυτά υφίσταται περικοπή δαπανών – έχει εξαιρετική σημασία. Για παράδειγμα, πρόσφατη έρευνα (Frontiers Economics, 2014) έδειξε ότι η μη ασφαλής ιατρική φροντίδα κοστίζει στο αγγλικό σύστημα υγείας (NHS) πάνω από 1 δισεκατομμύριο £ ετήσια. Βασικός στόχος των σύγχρονων συστημάτων υγείας, λοιπόν, είναι να μαθαίνουν από τα λάθη τους (learning from errors).

Στη παρούσα εργασία, στο γενικό μέρος της, θα επιχειρηθεί μια προσέγγιση στην έννοια και τη διαχείριση των ανεπιθύμητων συμβάντων και των λαθών με στόχο την ασφάλεια των ασθενών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης θα γίνει αναφορά στη συμβολή των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στην ασφάλεια των ασθενών και θα αναλυθεί ο όρος «κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών» καθώς και οι μέθοδοι μέτρησης της στις υπηρεσίες υγείας. Στο τέλος του γενικού μέρους θα γίνει αναφορά σε μεθόδους - παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί για την αξιολόγηση και ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας θα αναφερθούμε στα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στο νοσοκομείο Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» εφαρμόζοντας το εργαλείο HSOPCS (Hospital Survey on Patient Safety Culture, που εισήγαγε ο Οργανισμός (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), στα χειρουργεία και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών του νοσοκομείου με σκοπό την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Θα παρουσιαστούν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη κουλτούρα ασφάλειας που επικρατεί στο νοσοκομείο, τα δυνατά και αδύναμα της και θα παρουσιαστούν προτάσεις για τη βελτίωση της.

## Κεφάλαιο 1. Η ποιότητα στο χώρο της υγείας.

Η ποιότητα και η ασφάλεια στον χώρο της υγείας αποτελούν τις όψεις του ίδιου νομίσματος, καθώς δεν νοούνται ποιοτικές υπηρεσίες αν δεν είναι ασφαλείς. Επίσης οι ασφαλείς υπηρεσίες ακολουθούν εκ των ουκ άνευ τα βασικά χαρακτηριστικά διαδικασιών ποιότητας. Στο πλαίσιο αυτό, στις παραγράφους που ακολουθούν θα αναφερθούμε στις βασικές αρχές της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

### 1.1 Ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003). Από διοικητική σκοπιά, σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στο συντομότερο χρόνο. Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τους άμεσα ενδιαφερόμενους (εσωτερικοί, εξωτερικοί «πελάτες»).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών (Al-Assaf, 1996). Αρκετές φορές, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους και ένας αποτελεσματικός τρόπος να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες (ερωτηματολόγια ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας). Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί είναι και ο εξής: Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς (αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν ο ιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή).

Ο όρος «διαρκής βελτίωση ποιότητας» (quality improvement) αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και κλειδί αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η

διορθωτική ενέργεια. Οι δράσεις περιστρέφονται γύρω από τον ασθενή ως επίκεντρο κάθε βελτίωσης (Al-Assaf & Sheikh 2004).

## 1.2 Ο κύκλος ποιότητας

Ένα μοντέλο διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας περιγράφεται σχηματικά με τον κύκλο ποιότητας (εικ. 1). Τα πρώτα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, για την εξασφάλιση χαμηλού εύρους διακύμανσης και επομένως ελεγχόμενων αποτελεσμάτων. Ο μηχανισμός που περιγράφεται σχηματικά αρχίζει με την εντόπιση των ευκαιριών για βελτίωση και την επιλογή τους κατά σειρά προτεραιότητας. Ακολουθεί η δημιουργία μιας πολυσυλλεκτικής ομάδας ατόμων που θα έχουν την ευθύνη της υλοποίησης, καθορίζοντας τα μέσα και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αφού μελετηθεί η περίπτωση και επιλεγεί μια λύση, εφαρμόζεται, επαναξιολογείται και ενσωματώνεται, εφ' όσον παρέχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ συνεχίζεται ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης.

**Εικόνα 1.** Κύκλος της ποιότητας.



### 1.3 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα συστήματα υγείας, στο πλαίσιο της διοίκησης ποιότητας, (Committee on Quality of Health Care in America, 2001) είναι:

- Αποτελεσματικότητα (effectiveness), αποδοτικότητα (efficiency) και τεχνική ικανότητα (technical competence). Η ποιότητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων (Binns, 1991).

Η σπατάλη και η άσκοπη επανάληψη θα πρέπει να εξαλειφθούν, καθώς αυξάνονται οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σε ένα περιβάλλον περιορισμένων διαθέσιμων πόρων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτούνται τεκμηριωμένοι στόχοι και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται κάθε φορά να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας.

- Ασφάλεια (safety). Όσον αφορά στις απαιτήσεις ασφάλειας, εκτός από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων και τις δικαστικές αντιδικίες, η έλλειψη ασφάλειας είναι αντιπαραγωγική καθώς χρόνος (και χρήμα) αφιερώνεται για την αντιμετώπιση των συνεπειών (παράπονα, μηνύσεις, αντιμετώπιση σωματικών βλαβών). Ταυτόχρονα, διακυβεύεται η φήμη του οργανισμού και χάνεται η εμπιστοσύνη.
- Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility) και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare). Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικοπολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις. Καθώς ο ασθενής έρχεται στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, η φροντίδα που του παρέχεται θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητά του και να ανταποκρίνεται στις ιδιαιτερότητες, στις προτιμήσεις, στις ανάγκες και στις αξίες του.
- Συνέχεια της φροντίδας (continuity). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Επίσης, η συνέχεια των υπηρεσιών αφορά στη μετάβαση του ασθενούς από το ένα τμήμα στο επόμενο, ανεξάρτητα από το χρόνο ή τον τόπο. Σε κατακερματισμένα και αποσυνδεδεμένα συστήματα υγείας δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι ποιότητας.

- Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations). Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων. Μέσα από μια καλή ομάδα μπορεί να επιτευχθεί η ποιότητα. Τέλος, δεν μπορεί να παραλειφθεί ότι πάντα είναι προτιμότερο να εργάζεται κάποιος ή να προσφέρονται υπηρεσίες σε ένα αισθητικά αποδεκτό περιβάλλον. Όπου υπάρχει φροντίδα για την άνεση και την ευεξία των ανθρώπων, εκεί υπάρχει ποιότητα

## 1.4 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας είναι πολυδιάστατα και αφορούν όλους τους εμπλεκόμενους στη παροχή των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή τους ασθενείς – καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν την υγειονομική φροντίδα, και εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Κράτος-Ασφαλιστικά Ταμεία). Στις παραγράφους που ακολουθούν επιχειρείται μία συνοπτική ταξινόμηση των οφελών αυτών (Καπάκη, 2017).

### 1.4.1 Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη: Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής νόσου και την επιλογή της απαιτούμενης θεραπευτικής παρέμβασης με βάση την ειδικότητα και ευαισθησία της νόσου. Επίσης η αποφυγή επιπλοκών εξαιτίας καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής.
- Ψυχολογικά οφέλη: Η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς επηρεάζει αναμφισβήτητα θετικά την έκβαση της θεραπευτικής του αγωγής. Έτσι είναι σημαντικό οι συνθήκες του περιβάλλοντος νοσηλείας να είναι ποιοτικές και ο χρόνος νοσηλείας του ο μικρότερος δυνατός.
- Οικονομικά οφέλη: Η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της πάθησης του ασθενούς, απόρροια της Βελτίωσης της Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του οικονομικού κόστους, τόσο για τον ασθενή όσο και για τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

### 1.4.2 Οφέλη για τον επαγγελματία υγείας

Τα οφέλη που προκύπτουν για τους επαγγελματίες υγείας είναι κυρίως τα ακόλουθα:

- Απαλλαγή από το καθημερινό εκνευρισμό και άγχος
- Ικανοποίηση από την εργασία

- Κερδίζουν το σεβασμό και την εμπιστοσύνη των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή από τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα

### 1.4.3 Οφέλη για το Κράτος και το Κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη: Η μείωση της παραμονής στις μονάδες υγείας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγικότητας και τον περιορισμό των αδικαιολόγητων δαπανών στο τομέα της υγείας προς όφελος του Κράτους και του κοινωνικού συνόλου.
- Υγειονομικά οφέλη: Αυξάνεται η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος με αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της εικόνας του Κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες. Η εικόνα της χώρας βελτιώνεται τόσο σε εθνικό όσο και διεθνές επίπεδο.

## 1.5 Το κόστος της ποιότητας

Είναι κατανοητό ότι για την αρχική εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης ποιότητας, συνεχιζόμενης βελτίωσης και περιοδικών ελέγχων προστίθεται κόστος στη λειτουργία του οργανισμού. Βέβαια, η αύξηση του κόστους δεν συνεπάγεται αυτόματα και βελτίωση της ποιότητας, ούτε όμως η ποιότητα ισοδυναμεί με πρόσθετο κόστος για τον οργανισμό, τουλάχιστον όχι μακροπρόθεσμα (Suver, 1992). Εξ άλλου, ένα βασικό αίτημα της διοίκησης ποιότητας είναι η αποδοτικότητα.

Το κόστος της ποιότητας εστιάζεται σε τρία σημεία: Το κόστος της πρόληψης, της αποτίμησης και της αποτυχίας (εσωτερικής και εξωτερικής). Οι πόροι που χρειάζονται για την εκπαίδευση του προσωπικού στις νέες μεθοδολογίες, για την εφαρμογή ελέγχων και μετρήσεων των αποτελεσμάτων και για την οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών αυξάνουν αρχικά το κόστος, ενώ η αναζήτηση λύσεων απαιτεί χρόνο, χρήμα και πρόσθετη εργασία. Εφ' όσον ενσωματωθούν οι καλές πρακτικές και εξασφαλιστεί μια αρμονική ροή των διαδικασιών, έχοντας όλοι συνειδητοποιήσει τι απαιτείται για τη βελτίωση της ποιότητας, τότε αυτοματοποιούνται οι δράσεις και ελαχιστοποιείται το κόστος της προετοιμασίας (Kumlesh. 1998).

Παράλληλα, με τη διοίκηση ποιότητας μειώνεται το κόστος της αποτυχίας. Η εσωτερική αποτυχία, δηλαδή το κόστος της σπατάλης, των καθυστερήσεων και των άσκοπων επαναλήψεων, εξαλείφεται μέσα από τη σοφή διαχείριση και την αποτελεσματική ροή



διαδικασιών. Επίσης, καθώς μειώνονται τα σφάλματα ή τουλάχιστον ελέγχονται οι καταστροφικές τους συνέπειες για τους ασθενείς, απαλλάσσεται ο οργανισμός από το εξωτερικό κόστος, που είναι το πλέον σοβαρό και αφορά σε περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice) που καταλήγουν στην απώλεια της αξιοπιστίας του οργανισμού. Στη φάση που πλέον έχουν συντονιστεί αρμονικά οι διαδικασίες, το κόστος μειώνεται όσο αυξάνει η ποιότητα και επανατροφοδοτείται ο κύκλος για τη συνεχιζόμενη βελτίωση ποιότητας (Crosby, 1979).

## **1.6. Συστήματα διασφάλισης ποιότητας στο χώρο της υγείας.**

Βασικό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας είναι η εφαρμογή Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας. Πρόκειται για ένα σύνολο συστηματικών ενεργειών με απαραβίαστες αρχές για τη διατήρηση της ποιότητας και των μέτρων πρόληψης και επανόρθωσης λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων που απειλούν τη ποιότητα. Μεταξύ των μεθόδων διασφάλισης ποιότητας περιλαμβάνονται: Η επαγγελματική διαπίστευση, η διαπίστευση του νοσοκομείου, οι κριτικές θνησιμότητας-νοσηρότητας και κατανάλωσης πόρων, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών, τα οργανωμένα συστήματα αναφοράς συμβάντων κ.α. Τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας απαρτίζονται από διεθνή πρότυπα που συντάχθηκαν από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (International Standardization Organization). Συγκεκριμένα για τους οργανισμούς υγείας νοσοκομεία τα βασικά πρότυπα τυποποίησης είναι:

- ISO 9001. Το πιο διαδεδομένο πρότυπο που εφαρμόζεται και στη διαπίστευση διαδικασιών στις υπηρεσίες υγείας (ISO 9001, 2015)
- EN 15224. Αφορά την διαπίστευση υπηρεσιών αποκλειστικά σε υπηρεσίες υγείας που περιλαμβάνει και διαδικασίες διαχείρισης κινδύνου και εφαρμογής κλινικών πρωτοκόλλων (CSN EN 15224, 2016).
- ISO 13485. Εφαρμόζεται για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα (ISO 13485, 2016)
- ISO 15189. Εφαρμόζεται αποκλειστικά για τη διαπίστευση ιατρικών εργαστηρίων (ISO 15189, 2012).

Η ασφάλεια και η ποιότητα είναι έννοιες που συνδέονται στενά μεταξύ τους καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η χρήση των Συστημάτων Ποιότητας επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότητα σε οργανωτικό επίπεδο, η οποία συνοδεύεται άμεσα με την πρόληψη των λαθών στη παροχή φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών στη συνέχεια. Συνεπώς είναι χρέος της εκάστοτε διοίκησης να αναπτύξει θετική κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών (Cooper, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Το λάθος και το σφάλμα στην υγεία.

### 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση.

Το **λάθος** μπορεί να οριστεί ως κάτι που αποκλίνει από το «ορθό» και σημαίνει την αποτυχία επίτευξης μιας σχεδιασμένης πράξης, όπως αυτή προβλεπόταν ή τη χρήση λανθασμένου σχεδιασμού. Προέρχεται από το ρήμα *λανθάνω* (διαφεύγω την αντίληψη). Στην ελληνική γλώσσα το ίδιο νόημα αποδίδεται με λέξεις όπως **σφάλμα**, *πλάνη*. Το σφάλμα προέρχεται από το *σφάλλομαι* που σημαίνει την πτώση, το παράτημα. Σύμφωνα με το Μπαμπινιώτη (2002), η λέξη λάθος σημαίνει την απόκλιση από το «ορθό». όπως προαναφέρθηκε ενώ η λέξη σφάλμα αναφέρεται σε κάτι που δεν πραγματοποιείται με το σωστό τρόπο. Σχετική με την έννοια του λάθους στην υγεία είναι και αυτή του ανεπιθύμητου συμβάντος. Τα λάθη στο χώρο της υγείας μπορεί να είναι λάθη πρακτικής, λάθη εκτέλεσης και λάθη παράλειψης και μπορεί να προκληθούν από όλα τα μέλη μιας υγειονομικής ομάδας. Είναι γεγονός ότι η έννοια του ιατρικού λάθους περιγράφεται από τη γένεση της ιατρικής επιστήμης και αναφέρεται στο ανεπιθύμητο γεγονός που θα μπορούσε να αποφευχθεί με την εφαρμογή κατάλληλων γνώσεων. Ένας συνοπτικός και ταυτόχρονα πλήρης ορισμός για το ιατρικό λάθος είναι ο ακόλουθος (Καπάκη & Σουλιώτης, 2018). «Ως ιατρικό λάθος θα μπορούσε να οριστεί η πράξη ή η παράλειψη του επαγγελματία υγείας, στο στάδιο του σχεδιασμού ή της υλοποίησης της παροχής φροντίδας υγείας, η οποία συνέβαλλε ή θα μπορούσε να συμβάλει στην περεταίρω επιβάρυνση αφενός της κατάστασης της υγείας του ασθενούς αφετέρου του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας».

Το σφάλμα είναι αυτό που δεν προκαλεί σε όλες τις περιπτώσεις βλάβες στους ασθενείς. Στην κατηγορία του λάθους περιλαμβάνονται επίσης οι περιπτώσεις στις οποίες δεν επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα σύμφωνα με τους στόχους που έχουν τεθεί κατά την παροχή φροντίδας (Brennan, 1991; Μπαμπινιώτης, 2002; Κάργα, 2009).

Το **ανεπιθύμητο συμβάν** στο χώρο της υγείας είναι μια βλάβη ή ένας τραυματισμός που είναι αποτέλεσμα κάποιων ιατρικών ή νοσηλευτικών πράξεων και προκαλεί επιπλοκές, ανάγκη για παράταση της νοσηλείας ή και ανικανότητα των ασθενών

### 2.2 Διαχείριση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας

Η προσπάθεια για διαχείριση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων στις υπηρεσίες υγείας είναι πρωταρχικής σημασίας. Έχουν περιγραφεί δύο προσεγγίσεις για την

αντιμετώπιση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων. Η διαχείριση σε ατομικό επίπεδο και αυτή σε επίπεδο συστήματος-νοσοκομείου (Reason, 2000).

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται η διερεύνηση της αιτίας που προκάλεσε το λάθος, η παρακολούθηση και η αποκατάσταση της πιθανής βλάβης του ασθενούς και ο εντοπισμός των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο λάθος. Ταυτόχρονα απαιτείται λήψη μέτρων για την πρόληψη των ίδιων λαθών στο μέλλον. Αδιαμφισβήτητο να βρεθούν οι εμπλεκόμενοι σε κάθε λάθος, να κατηγορηθούν και να τιμωρηθούν δεν επιλύει ουσιαστικά το πρόβλημα. Το ίδιο λάθος θα επαναληφθεί από άλλους ή θα δημιουργηθεί η τάση ανάμεσα στους επαγγελματίες για απόκρυψη των λαθών στο μέλλον. Αυτός που κάνει το λάθος, «το δεύτερο θύμα», όπως θεωρείται είναι προτιμότερο να το παραδεχτεί και να υποστηριχθεί από τους συνεργάτες του και τη ηγεσία. Είναι σημαντική η ανάληψη των ευθυνών από τους επαγγελματίες υγείας και σχετικά συζήτηση με συναδέλφους και ανωτέρους και οι δεύτεροι πρέπει να παροτρύνουν ανάλογα τους εργαζομένους. Συνεπώς οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει αφενός να εκπαιδεύονται στο χειρισμό των ανάλογων καταστάσεων που σχετίζονται με λάθη και ανεπιθύμητα συμβάντα με συναδελφικότητα και χωρίς την απειλή κατηγοριών, αφετέρου να δίνουν έμφαση στην εφαρμογή της γνώσης και καθορισμένων πρωτοκόλλων κατά την παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς. (Arndt, 1994; Bogner, 1994; Wu, 2000; Reason, 2000; Κάργα, 2009).

Στη δεύτερη κατηγορία διερευνώνται οι συνθήκες εργασίας που επικρατούν στο νοσοκομείο και αναζητούνται οι αιτίες και οι μηχανισμοί που προκαλούν τα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα, ώστε να ληφθούν μέτρα πρόληψης στο μέλλον. Σε αυτό το επίπεδο τα λάθη δεν αναλύονται ως ατομικά, αλλά αντιμετωπίζονται ως μέρη του ευρύτερου συστήματος-νοσοκομείου. Αυτό το σύστημα ευθύνεται για την έλλειψη του συντονισμού των δραστηριοτήτων, των κατάλληλων υποδομών, της επαγγελματικής και επιστημονικής επάρκειας όλων των εργαζομένων και των κατάλληλων συστημάτων ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι γεγονός ότι η πολυπλοκότητα των σύγχρονων συστημάτων υγείας δυσχεραίνει τις διαδικασίες καταγραφής και ελέγχου των λαθών (Reason 2000, Κάργα 2009).

### **2.3 Το μοντέλο του ελβετικού τυριού**

Τελική επιδίωξη της διαχείρισης των λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων είναι η ασφάλεια των ασθενών με κάθε τρόπο. Προκειμένου να ερμηνευτεί η σχέση μεταξύ των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων και της ασφάλειας των ασθενών έχουν

χρησιμοποιηθεί διάφορα μοντέλα, όπως είναι αυτό του ελβετικού Τυριού (The Swiss Cheese Model). Στο συγκεκριμένο μοντέλο αναφέρεται ότι τα σφάλματα (λανθάνουσες αποτυχίες και ενεργά λάθη) μπορούν να συμβούν από την ευθυγράμμιση των διαφόρων εμποδίων που καταλήγουν σε αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς. Τα σφάλματα συμβαίνουν στο κυρίως μέρος της παροχής υπηρεσιών υγείας και είναι εύκολα μετρήσιμα, ενώ στις λανθάνουσες αποτυχίες περιλαμβάνονται ο κακός προγραμματισμός-σχεδιασμός, η έλλειψη επικοινωνίας, η έλλειψη προσωπικού κ.α. Τα προηγούμενα είναι δύσκολο να αξιολογηθούν μέσα στη πορεία τους στο χρόνο. Από το μοντέλο του ελβετικού τυριού επηρεάστηκαν στις θεωρίες τους για την ασφάλεια των ασθενών και τον εντοπισμό των σφαλμάτων ο Vincent (2014) και ο Helmreich (2000). Οι θεωρίες αυτές προσδιορίζουν τους διάφορους παράγοντες πρόκλησης των λαθών και τους χωρίζουν σε κατηγορίες. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η αξιολόγησή τους σε κάθε περίπτωση (Reason, 2000; Thomas 2003; Vincent, 2014; Holeman, 2009).

## 2.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις του ανθρώπινου λάθους

Με το πέρασμα των χρόνων έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις αιτίες των επαγγελματικών ατυχημάτων και η έρευνα σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου έχει συνεισφέρει κατά πολύ στην κατανόηση της επίδρασης των συστημάτων και των ανθρωπίνων παραγόντων στην οργανωσιακή ασφάλεια. Στο σημείο αυτό είναι απαραίτητη η αναφορά στις νέες θεωρητικές προσεγγίσεις για τα ανθρώπινα λάθη, που προέκυψαν από τις μμελέτες διερεύνησης των ατυχημάτων.

### 2.4.1 Η θεωρία των συστημάτων.

Η θεωρία των συστημάτων (Systems Theory), λυπό, επιβεβαιώνει την αντίληψη ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται από αμέλεια ή ανικανότητα αλλά από υποκείμενα ελαττώματα στα συστήματα, που καθιστούν το εργασιακό περιβάλλον επιρρεπές στα λάθη. Το λάθος, δηλαδή, δεν αντιμετωπίζεται ως αιτία αλλά ως συνέπεια ή σύμπτωμα μη εμφανών καταστάσεων, που προέρχονται από εκείνο το επίπεδο του οργανισμού, που δεν αποτελεί την κύρια λειτουργία του. Ο όρος “λανθάνουσες συνθήκες” (latent conditions), (Reason, 1990) αναφέρεται στην έννοια των “μη ασφαλών” συνθηκών που υπάρχουν και παραμένουν απαρατήρητες για πολλά χρόνια στο σύστημα, ώσπου ένα τυχαίο συμβάν, μια μεγάλη αποτυχία (active failure), τις καταλύει. Οι λανθάνουσες συνθήκες τυπικά απορρέουν από ελλείψεις ή ελαττώματα στις οργανωτικές λειτουργίες, όπως στην ανάπτυξη πολιτικών και πρωτοκόλλων, προϋπολογισμών, στελέχωσης, συντήρησης εξοπλισμού και διαχείρισης διαδικασιών. Τέτοιου είδους ανεπάρκειες είναι δυνατό να

δημιουργούν συνθήκες εργασίας που προκαλούν την ανθρώπινη τάση για λάθη και επιπλέον πιέζουν τα όρια της ανθρώπινης απόδοσης.

#### **2.4.2 Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων**

Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων (Human Factors Theory) στηρίζεται στο εξής αξίωμα: «Δεν μπορούμε να αλλάξουμε την ανθρώπινη κατάσταση, μπορούμε όμως να αλλάξουμε τις συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι εργάζονται» (Reason, 1990). Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων ψάχνει να βρει τρόπους να κατανοήσει και να ενισχύσει την ανθρώπινη απόδοση λαμβάνοντας υπόψη της τις γνωστές ανθρώπινες δυνάμεις και αδυναμίες που εκδηλώνονται στην αλληλεπίδραση μεταξύ ανθρώπινων και άλλων παραγόντων κατά τη διεκπεραίωση της εργασίας. Αυτοί οι άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τα μηχανήματα, την τεχνολογία και το εργασιακό περιβάλλον. Ο στόχος της εφαρμογής της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι να τροποποιηθούν αυτά τα άλλα στοιχεία, ώστε να είναι συμβατά με τον ανθρώπινο παράγοντα. Η σχέση της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων με τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας βασίζεται σε τρεις αρχές που καθοδηγούν το σχεδιασμό των συστημάτων και οι οποίες είναι οι εξής:

1. Η πρόληψη των λαθών με το σχεδιασμό τέτοιων συστημάτων, που εξουδετερώνουν τις προβλέψιμες ανθρώπινες αδυναμίες, κάνοντας έτσι πιο δύσκολη την εκτέλεση λάθους.
2. Η μη απόκρυψη των λαθών. Τα λάθη οφείλουν να γίνονται φανερά, ώστε να μπορούν να αναχαιτίζονται.
3. Η ανάπτυξη στρατηγικών που μετριάζουν τις επιπτώσεις των λαθών, αμέσως μόλις αυτά εμφανίζονται (Porto, 2001).

## Κεφάλαιο 3. Κουλτούρα ασφάλειας

### 3.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου «κουλτούρα ασφάλειας»

Όταν συμβαίνει ένα ατύχημα στο χώρο εργασίας, είναι σημαντικό να καταλάβουμε ποιοι παράγοντες (ανθρώπινοι, τεχνικοί, οργανωσιακοί) έχουν συμβάλει σ' αυτό, ώστε να αποφευχθεί κάτι παρόμοιο στο μέλλον. Η κατανόηση του 'γιατί και του πως' συμβαίνει ένα ατύχημα βοηθάει την ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης των ατυχημάτων. (Williams, 2000). Στο παρελθόν κάθε προσπάθεια βελτίωσης της εργασιακής ασφάλειας ή ελέγχου των εργασιακών κινδύνων εστίαζε σε τεχνικές πλευρές (π.χ. σχεδιασμός ασφαλέστερων συστημάτων) και στην άμεση επιρροή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (π.χ. λάθη χειρισμών). Όμως, μια σειρά από μεγάλες καταστροφές ανέδειξαν μέσω πολυάριθμων ερευνών την επίδραση που έχουν οι οργανωσιακοί παράγοντες (π.χ. πολιτικές και διαδικασίες) στα αποτελέσματα της απόδοσης ασφάλειας. Οι έρευνες αυτές απέδειξαν, επίσης, ότι η κουλτούρα ασφάλειας είχε καθοριστική επίδραση στο αποτέλεσμα των καταστροφών. Ατυχήματα, όπως αυτό του Chernobyl, είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο οι οργανωσιακοί και οι ανθρώπινοι παράγοντες επηρεάζουν την απόδοση ασφάλειας. Το ίδιο συμπέρασμα συνάγεται και από τη διερεύνηση των αιτών του ατυχήματος του διαστημικού λεωφορείου Challenger, η οποία ανέδειξε ότι μια σειρά από λανθασμένες αποφάσεις της NASA και του διοικητή Thiokol συνέβαλαν σημαντικά στην καταστροφή. Συστηματικές έρευνες, που εξετάζουν με ιδιαίτερη προσοχή κάθε λεπτομέρεια που μπορεί να αφορά σε ένα ατύχημα ή μια καταστροφή, αποτελούν ανεκτίμητες πηγές πληροφόρησης στη διερεύνηση παραγόντων, που καθιστούν έναν οργανισμό ευάλωτο σε αποτυχίες. Από τέτοιου είδους έρευνες, λοιπόν, αναδεικνύεται ότι οι καταστροφές είναι μάλλον αποτέλεσμα κατάρρευσης των επιχειρησιακών πολιτικών και διαδικασιών διαχείρισης της ασφάλειας παρά «λειτουργικών λαθών». Τέλος, υπάρχει μια τάση στις μέρες μας η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας να εφαρμοστεί σε ατομικό επίπεδο. Ο Mearns (2003) ορίζει την κουλτούρα ασφάλειας ως «τη συνισταμένη πεποιθήσεων, αντιλήψεων, στάσεων σε ατομικό ή σε επίπεδο οργανισμού σε θέματα ασφάλειας» επισημαίνοντας ότι παρά το γεγονός ότι η κουλτούρα ασφάλειας ήταν μια έννοια που κατ' αρχήν χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις ανεπάρκειες του management ασφάλειας που οδηγούσε σε τραγικές καταστροφές, η έννοια πλέον χρησιμοποιείται, για να εξηγήσει τα ατυχήματα από τη σκοπιά της ατομικής συμβολής. Καθώς η συμπεριφορά των εργαζομένων επηρεάζεται από την οργανωσιακή κουλτούρα ασφάλειας, αυτή η κουλτούρα θα μπορούσε να είναι καθοριστική για την εμπλοκή τους σε ατυχήματα (Glendon, 2006).

### 3.2. Το κλίμα ασφάλειας

Παρόλο που η κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να έχει επίδραση στις συμπεριφορές των εργαζομένων, περαιτέρω μελέτες διερευνούν την επίδραση περισσότερο εντοπισμένων παραγόντων (όπως για παράδειγμα τους διευθυντές, τους προϊσταμένους ή την ερμηνεία που δίνεται στις πολιτικές ασφάλειας). Οι Glendon και συν (2001) αναφέρονται σ' αυτό ως το «Τοπικό κλίμα ασφάλειας που είναι περισσότερο δεκτικό σε αλλαγές και διαφοροποιήσεις». Αυτό υποδηλώνει ότι το κλίμα ασφάλειας λειτουργεί σε ένα διαφορετικό επίπεδο από αυτό που λειτουργεί η κουλτούρα ασφάλειας. Η κουλτούρα αφορά σε συμβολικές και δεοντολογικές δομές που περισσότερο υπονοούνται παρά είναι συνειδητές και φανερές, ενώ το κλίμα αντανακλά τη ρητή, εκφρασμένη υλοποίηση της κουλτούρας. Οι Mearns και συν (2003) δίνουν τον παρακάτω ορισμό: «Το κλίμα ασφάλειας είναι οι νοοτροπίες και οι αντιλήψεις του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα δεδομένο χώρο και χρόνο. Είναι ένα στιγμιότυπο της κατάστασης της ασφάλειας που δίνει ένα δείκτη της υποκείμενης κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού». Πάντως, η διαφορά μεταξύ κουλτούρας και κλίματος ασφάλειας δε είναι ευδιάκριτη. Τέλος, οι Mearns και συν (2003) τονίζουν ότι «το κύρος/η ισχύς της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας σε σχέση με τα ατομικά ατυχήματα μένει ακόμη να εξακριβωθεί».

### 3.3. Τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας

Οι οργανωτικές πρακτικές της θετικής Κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού είναι άμεσα συνυφασμένες με τις παρακάτω αρχές (Reason, 1993):

- Δέσμευση (Commitment).
- Ικανότητες – Επιδεξιότητες (Competence)
- Επίγνωση (Cognizance)

Αρκετές έρευνες στοχεύουν στη μελέτη των πολιτικών της διοίκησης, που σχετίζονται με την επίδοση σε θέματα ασφάλειας. Ο Reason (1998;2000) ισχυρίζεται ότι «η ιδεατή κουλτούρα ασφάλειας είναι η “μηχανή”, που υποστηρίζει το σύστημα να διατηρήσει τη μέγιστη αντίσταση εναντίον των επιχειρησιακών κινδύνων». Ο ίδιος ερευνητής πιστεύει, ότι ο καλύτερος τρόπος βελτίωσης της ασφάλειας είναι να παραμείνουμε προσεκτικοί και «να συλλέγουμε τις σωστές πληροφορίες». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δημιουργείται μέσα στο εργασιακό περιβάλλον μια κουλτούρα ενημέρωσης, πληροφόρησης και γενικά επικοινωνίας. Η κουλτούρα επικοινωνίας απαιτεί από τη διοίκηση να επαγρυπνεί για πολυάριθμους παράγοντες κινδύνου. (π.χ. ανθρώπινους, τεχνικούς, οργανωσιακούς και περιβαλλοντικούς), οι οποίοι επηρεάζουν τα συστήματα ασφαλείας).

Τελικά, θα μπορούσε κανείς να πει ότι η κουλτούρα ασφάλειας αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο διοικείται η ασφάλεια στον εργασιακό χώρο. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι ένα σύστημα διοίκησης και διαχείρισης της ασφάλειας δεν αποτελείται απλώς από ένα σύνολο πολιτικών και διαδικασιών, αλλά και από πρακτικές που εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική μέσα στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, η φύση της διαχείρισης ασφάλειας στον εργασιακό χώρο (π.χ. πόροι, πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες, έλεγχος κ.λπ.) επηρεάζει την κουλτούρα και το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού. Επομένως τα Συστήματα Διαχείρισης Ασφάλειας πρέπει να ενσωματώνονται στο οργανωσιακό σύστημα της επιχείρησης (HSG65, HSE 2000) και βέβαια σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου η ασφάλεια οφείλει να αποτελεί τα πρώτη προτεραιότητα. Οι Shanon et al (1997) διεξήγαγαν μια ανασκόπηση πολλών μελετών, οι οποίες εξέταζαν τη σχέση μεταξύ οργανωσιακών παραγόντων και το ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Στην ανασκόπηση συμπεριέλαβαν μόνο τις μελέτες που έκαναν συγκρίσεις μεταξύ τουλάχιστον είκοσι εργασιακών χώρων. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω οργανωσιακοί παράγοντες που θεωρούνται ότι συνέβαλαν σημαντικά στη μείωση του ρυθμού των ατυχημάτων:

- Την εκπαίδευση που έλαβε η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας.
- Την καλή σχέση μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων.
- Την παρακολούθηση και τον έλεγχο των επισφαλών εργασιακών συμπεριφορών.
- Τον χαμηλό ρυθμό αποχώρησης του προσωπικού από την επιχείρηση/οργανισμό.
- Τους ελέγχους ασφάλειας για την κατάσταση του εξοπλισμού.

Επίσης, υπάρχει ένας βαθμός συμφωνίας και ως προς το ποιες θεωρείται ότι είναι οι ιδανικές πρακτικές για την διοίκηση της ασφάλειας. Οι Mearns et al. (2003) διαβεβαιώνουν ότι μερικά γενικά θέματα που αναδύονται από τη βιβλιογραφία, είναι για παράδειγμα:

- Η δέσμευση της διοίκησης στην ασφάλεια η οποία περιλαμβάνει:
  - Προτεραιότητα της ασφάλειας κατά την παραγωγή.
  - Η διατήρηση υψηλού προφίλ της ασφάλειας στις συνεδριάσεις:
  - Προσωπική συμμετοχή των διοικητών στις συνεδριάσεις για την ασφάλεια.
  - Συγκεκριμένες περιγραφές θέσεων εργασίας που περιλαμβάνουν και όρους ασφάλειας.
- Η επικοινωνία για θέματα ασφάλειας που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:
  - Διαύλους επίσημης και ανεπίσημης επικοινωνίας.
  - Τακτική επικοινωνία μεταξύ διοίκησης, επιθεωρητών και ανθρώπινου δυναμικού.
  - Η εμπλοκή των εργαζομένων.



Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι η φύση και ο αριθμός των ατυχημάτων, που έχουν συμβεί ως αποτέλεσμα ανεπαρκών διοίκησης ΣΔΑ, οδήγησαν στην ανάπτυξη εργαλείων επιθεώρησης που εξασφαλίζουν αν αυτές οι διοικητικές πρακτικές είναι τελικά, επιτυχείς. Οι Mearns et al.,(2003) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση αυτών των πρακτικών συνεισφέρει στην αποτίμηση του Κλίματος Ασφάλειας. Τέλος είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα δεν δημιουργείται στιγμιαία, αλλά αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου. Η κουλτούρα ασφάλειας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του εργασιακού περιβάλλοντος, του ανθρώπινου δυναμικού

### **3.4 Ασφάλεια ασθενών στα χειρουργεία. Η Λίστα Ελέγχου.**

Τα χειρουργεία αποτελούν αναμφισβήτητα το πιο απαιτητικό και δυναμικό τμήμα του νοσοκομείου όπου η ασφάλεια του ασθενή διακυβεύεται περισσότερο σε σχέση με άλλα τμήματα. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να διεκπεραιωθούν σωστά ώστε η διαχείριση του ασθενούς σε όλες τις φάσεις της χειρουργικής διαδικασίας να είναι επιτυχημένη. Επίσης η εμπλοκή διαφορετικών ειδικοτήτων καθιστά επιτακτική την ανάγκη να υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία, σωστή κατανομή ρόλων και τήρηση συγκεκριμένων διαδικασιών που να ακολουθούνται με συνέπεια από όλους. Σε αυτό το πλαίσιο, ο ΠΟΥ έχει εκδώσει την «Λίστα Ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις» που ουσιαστικά αποσκοπεί στην ενίσχυση των υπάρχουσών πρακτικών κλινικής ασφάλειας και στη καλλιέργεια πνεύματος ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των ειδικοτήτων (WHO, 2009)

Σύμφωνα με τη Λίστα στη χειρουργική επέμβαση διακρίνονται τρεις φάσεις, καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα της φυσιολογικής εξέλιξης της όλης διαδικασίας:

- Το διάστημα πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία (Είσοδος στο χειρουργείο)
- Το διάστημα μετά την εισαγωγή στην αναισθησία και πριν από τη χειρουργική τομή στο δέρμα (Time Out) και
- Το διάστημα κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά τη συρραφή του χειρουργικού τραύματος και πριν από την έξοδο του ασθενούς από τη χειρουργική αίθουσα (έξοδος από το χειρουργείο)

### 3.5 Ασφάλεια ασθενών και ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Κουλτούρα ακτινοπροστασίας.

Η χρήση των ιοντιζουσών ακτινοβολιών (ακτίνων-Χ ή γ) αποτελεί πλέον ένα από τα πιο ισχυρά όπλα της σύγχρονης ιατρικής στη μάχη της έγκυρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενειών. Τα ακτινολογικά εργαστήρια, τα εργαστήρια πυρηνικής ιατρικής, τα αιμοδυναμικά εργαστήρια και τα ακτινοθεραπευτικά κέντρα είναι κατά κόρον οι χώροι μέσα στα νοσοκομεία, όπου γίνεται χρήση των ιοντιζουσών ακτινοβολιών για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

Ωστόσο οι κίνδυνοι από τη χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας, καρκινογένεση και μεταλλάξεις είχαν πολύ γρήγορα αναγνωρισθεί, σχεδόν αμέσως μετά την χρήση της, ενώ η ρίψη των ατομικών βομβών στη Χιροσίμα και στο Ναγκασάκι κατέστησε σαφές πως η αλόγιστη χρήση της μπορεί να είναι καταστροφική για όλη την ανθρωπότητα. Έκτοτε διεθνείς οργανισμοί, όπως ο Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας (ΔΟΑΕ), έχουν επιβάλλει τη ρύθμιση ενός αυστηρού πλαισίου λειτουργίας παγκοσμίως των οργανισμών που χρησιμοποιούν την ιοντίζουσα ακτινοβολία, συμπεριλαμβανομένου και των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης. Στη χώρα μας η ρύθμιση των θεμάτων ακτινοπροστασίας ορίζεται με βάση τον «Κανονισμό Ακτινοπροστασίας» (ΦΕΚ 216B/6-3-2001), ο οποίος είναι προς αναθεώρηση και αναμένεται να εκδοθεί νέος, εντός του 2018, προσαρμοζόμενος με τις νέες οδηγίες της Ε.Ε.

Έτσι η ασφάλεια των ασθενών αλλά και των εργαζομένων στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της λειτουργίας τους. Ειδικοί επιστήμονες, φυσικοί ιατρικής-ακτινοφυσικοί έχουν επιφορτιστεί αυτόν τον ρόλο στα νοσοκομεία, οι οποίοι έχουν την υποχρέωση να ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες ελέγχου για την ασφαλή χρήση των ιοντιζουσών ακτινοβολιών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά τα 100 και πλέον χρόνια εφαρμογής των ιοντιζουσών ακτινοβολιών για ιατρική και βιομηχανική χρήση, την τεχνογνωσία που διαθέτουμε και το κανονιστικό πλαίσιο που έχει αναπτυχθεί παγκοσμίως, σχετικά πρόσφατα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Ακτινοπροστασίας (IRPA, 2014) διατύπωσε την ανάγκη ανάπτυξης κουλτούρας ακτινοπροστασίας μεταξύ των εργαζομένων που θα ενισχύσει την ασφάλεια από τη χρήση των ιοντιζουσών ακτινοβολιών. Η ανάπτυξη της κουλτούρας ακτινοπροστασίας διέπεται και αυτή από τις βασικές αρχές της κουλτούρας ασφάλειας, όπως την ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, την συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση κ.λπ.

### 3.6 Το ερευνητικό εργαλείο HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι το **HSOPSC**<sup>1</sup>(**Hospital Survey on Patient Safety Culture**). Η αρχική έκδοση δημιουργήθηκε από το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), στις ΗΠΑ και είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στο εξωτερικό αλλά έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες και σε ελληνικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με το HSOPSC αξιολογούνται δώδεκα (12) διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Αυτές είναι:

- I. Οι προσδοκίες των ιεραρχικά ανωτέρων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών μεταξύ των διαφόρων τμημάτων (μεταβιβάσεις-μεταβάσεις),
- II. Η οργανωσιακή μάθηση και η συνεχής βελτίωση των δεξιοτήτων
- III. Η ενδοτμηματική ομαδική εργασία,
- IV. Η μη τιμωρητική στάση απέναντι στα λάθη και τις αποτυχίες (μη-τιμωρήσιμα σφάλματα),
- V. Η στελέχωση του οργανισμού,
- VI. Η υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου στις παρεμβάσεις για την ασφάλεια των ασθενών
- VII. Η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών- τμημάτων ενός νοσοκομείου,
- VIII. Μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου,
- IX. Η ειλικρινής επικοινωνία,
- X. Η ενημέρωση και η ανατροφοδότηση σε σχέση με τα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα,
- XI. Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια σε έναν οργανισμό-νοσοκομείο
- XII. Συχνότητα αναφοράς λαθών.

Τα ερωτήματα στην πλειοψηφία τους ακολουθούν την 5-βάθμια κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3= ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ, 4=συμφωνώ, 5= συμφωνώ απόλυτα). Η βαθμολόγηση είναι από 1-5 για τις θετικές στάσεις, ενώ οι βαθμοί αντιστρέφονται για τις αρνητικές στάσεις. Σε κάποιες ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε 5-βάθμια κλίμακα από 1-ποτέ έως 5=πάντα. Η ασφάλεια του ασθενούς βαθμολογήθηκε από 1=άριστη έως 5=κακή. Στην ερώτηση «Τους τελευταίους 12 μήνες πόσα δυσμενή συμβάντα έχετε αναφέρει;», οι απαντήσεις ήταν: «Καμία αναφορά», «1-2 αναφορές», «3-5 αναφορές», «6-10 αναφορές», «11-20 αναφορές», «21 αναφορές και πάνω».

---

<sup>1</sup> Το ερωτηματολόγιο όπως μοιράστηκε στους επαγγελματίες υγείας βρίσκεται στο Παράρτημα της εργασίας

Το ερευνητικό εργαλείο το **HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture)** είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε οποιονδήποτε πολιτισμό αφού δεν αναιρείται από τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που συνυπάρχουν, όπως έχει αποδειχθεί μετά τη χρήση του σε νοσηλευτικά ιδρύματα πολλών χωρών διεθνώς. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα έχει αποδειχθεί ότι διατηρεί σε υψηλό βαθμό τις ψυχομετρικές του ιδιότητες και επομένως μπορεί να εφαρμοστεί και στην ελληνική πραγματικότητα (Karaki & Souliotis, 2017). Παρέχει αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας των ασθενών μεταξύ των εργαζομένων σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο τμήματος και ολόκληρου του νοσηλευτικού ιδρύματος. Με τις δώδεκα (12) διαστάσεις του, που προαναφέρθηκαν μετρούνται κυρίως οι διάφορες ψυχομετρικές ιδιότητες με έμφαση στην αναφορά λαθών, αλλά για τα κριτήρια ασφάλειας των ασθενών απαιτείται περισσότερη διερεύνηση κατά την περαιτέρω εφαρμογή του ( Aletras et al. 2006, Sorra & Dyer 2010, Meddings et al.2016).

### 3.7. Άλλα ερευνητικά εργαλεία σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.

Στον πίνακα 1 αναφέρονται τα ερευνητικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες χώρες για την μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Το πιο δημοφιλές αναμφισβήτητα είναι το εργαλείο **HSOPSC** που εφαρμόζουμε και στην παρούσα μελέτη, ωστόσο και άλλα εργαλεία αναφέρονται συχνά στη σχετική βιβλιογραφία. Το εργαλείο **Patient Safety Climate in Healthcare Organizations** σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε με βάση τα πρότυπα των οργανισμών υψηλής αξιοπιστίας (πυρηνικοί σταθμοί, αεροπορία). Είναι μέρος του ερευνητικού προγράμματος για την ασφάλεια του Stanford και προτάθηκε από την Αμερικανική Υπηρεσία για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία. Διερευνά στοιχεία του κλίματος ασφάλειας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο όπως η ομαδική εργασία και το stress από την εργασία σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Singer et.al, 2009). Ένα άλλο εργαλείο είναι το **Safety Climate Survey**, που έχει σχεδιαστεί από το Πανεπιστήμιο του Τέξας και διερευνά τις αντιλήψεις των εργαζομένων που πρωταγωνιστούν σε κάθε χώρο εργασίας και παρέχει τη δυνατότητα μέτρησης των αλλαγών πριν την εφαρμογή παρεμβάσεων και μετά από αυτές σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού, διαχρονικά. Το γεγονός ότι έχει σχεδιαστεί πολλά χρόνια πριν το καθιστά ανεπαρκές σε σχέση με άλλα εργαλεία εξαιτίας της απουσίας κάποιων χαρακτηριστικών και παραγόντων που υπάρχουν σε αυτά. Χρησιμοποιήθηκε σε ΗΠΑ και σε Καναδά (Kho et.al, 2005). Τέλος το εργαλείο **Manchester Patient safety Framework (2006)** του οργανισμού National Patient Safety Agency (2006) είναι κατάλληλο για την αξιολόγηση της προόδου της ανάπτυξης της κουλτούρας ασφάλειας σε έναν οργανισμό. Περιλαμβάνει δέκα (10) διαστάσεις

(προτεραιότητα στην ασφάλεια, ατομικά λάθη και λάθη του συστήματος, καταγραφή των λαθών, αξιολόγηση περιστατικών, μάθηση επικοινωνία, ομαδική εργασία, εκπαίδευση εργαζομένων, διαχείριση των εργαζομένων και συνεχής βελτίωση) χρησιμοποιήθηκε για έρευνες σε ΤΕΠ, σε δομές της ΠΦΥ και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη Μ. Βρετανία και τη Ν. Αμερική. Ο σκοπός του είναι να αξιολογήσει τις απόψεις των εργαζομένων και την ωριμότητα της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών μέσα από πέντε (5) επίπεδα. Αυτά είναι το παθολογικό το αντιδραστικό, το γραφειοκρατικό, το δυναμικό και το παραγωγικό.

**Πίνακας 1:** Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης κουλτούρας ασφάλειας ασθενών.

<b>Εργαλείο</b>	<b>Χώρα</b>
Clinical Risk Management	Αυστρία
Drug risk perception with respects to NSAIDs	Σλοβακία
Error Orientation Questionnaire	Δανία
Healthcare workers' perception of adverse events and incident reporting	Ιταλία
<b>Hospital Survey on Patient Safety Culture</b>	<b>Βέλγιο, Ηνωμένο Βασίλειο (Σκωτία), Ελβετία, Ολλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Κροατία, Σουηδία, Ισλανδία, Γαλλία, Νορβηγία, Φινλανδία, Ελλάδα κλπ</b>
Information System for Surveillance and Control of Adverse Events	Ισπανία
Manchester Patient Safety Assessment Framework	Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Ολλανδία
Patient perception of safety in health services. CASSES Questionnaire	Ισπανία
Patient safety care in healthcare organization - Quality Standards	Ισπανία
Safety Attitudes Questionnaire (different versions)	Ουγγαρία Νορβηγία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο
Safety Climate Assessment Instrument	Ηνωμένο Βασίλειο
The Danish Patient Safety Culture Questionnaire	Denmark
TUKU – Safety culture in health care survey	Φινλανδία
Vienna Safety Culture Questionnaire	Αυστρία

**Πηγή:** Καπάκη (2017).

## Κεφάλαιο 4. Μέθοδοι αξιολόγησης και ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στο χώρο της υγείας.

Ο στόχος της πολιτικής υγείας διεθνώς, όπως προαναφέρθηκε είναι ο σχεδιασμός και η διαμόρφωση μέτρων για την παροχή ασφαλούς φροντίδας υγείας στους ασθενείς και προς την κατεύθυνση αυτή κινούνται οι υπηρεσίες υγείας τόσο με την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών, όσο και με τις προσπάθειες ενίσχυσής της. Όμως οι διαδικασίες της αξιολόγησης και ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας δεν είναι από μόνες τους αρκετές για τη διαμόρφωση θετικής κουλτούρας ασφάλειας στους οργανισμούς υγείας. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της διοίκησης κάθε οργανισμού σε αυτή τη προσπάθεια. Το επίπεδο των παρεμβάσεων της ηγεσίας είναι σημαντικό για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Με τη λήψη αποφάσεων για την ορθή διαχείριση των πόρων και τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων για την πρόληψη λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων επιτυγχάνεται ο σχεδιασμός του κατάλληλου κλίματος ασφάλειας. Σε οργανισμούς παροχής υγείας η παρουσία θετικού κλίματος ασφάλειας των ασθενών ευνοεί την λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων προγραμμάτων αναφοράς λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων. Η υιοθέτηση ασφαλών πρακτικών με αναζήτηση «ενόχων» ανάμεσα στους εργαζόμενους ενισχύει αυτή τη δυνατότητα (Holzmueller, 2005).

### 4.1 Ομάδες για την ασφάλεια ασθενών

Για την ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας έχουν υιοθετηθεί αρκετές παρεμβάσεις σε οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Μια από αυτές είναι οι **ομάδες για την ασφάλεια των ασθενών**, που στελεχώνονται από 4 έως 10 άτομα. Σε αυτές εκπροσωπούνται ο ιατρικός κλάδος, ο νοσηλευτικός κλάδος, και οι υπεύθυνοι ποιότητας και διαχείρισης κρίσεων του κάθε οργανισμού υγείας. Δραστηριοποιούνται στην αξιολόγηση του κλίματος ασφάλεια και την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν με στόχο και την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας. Επίσης με δημιουργία ομάδων εκπαίδευσης του προσωπικού, που αρχικά έχουν εφαρμοστεί στην αεροπορία (Crew Resource Management), γίνεται κατάρτιση σε θέματα επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού, διαχείρισης φόρτου εργασίας, επικοινωνίας και σε τρόπους λήψης αποφάσεων. Από τη χρήση του προγράμματος των ομάδων εκπαίδευσης του προσωπικού σε οργανισμούς έχει καταγραφεί αναβάθμιση του επιπέδου της ομαδικής εργασίας και της τεχνικής κατάρτισης των εργαζομένων (McCulloch, 2009; Clarke, 2007).

## 4.2 Επισκέψεις της Διοίκησης

Μια άλλη παρέμβαση μπορούν να θεωρηθούν οι **επισκέψεις της διοίκησης** στα διάφορα τμήματα του οργανισμού (της διοίκησης του νοσοκομείου στη συγκεκριμένη περίπτωση). Αυτές δίνουν την ευκαιρία στη διοίκηση του νοσοκομείου να ασχοληθεί με τη διαμόρφωση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε στενή επαφή και συνεργασία με το προσωπικό του. Στη διάρκεια της επικοινωνίας των υψηλόβαθμων στελεχών με το υπόλοιπο προσωπικό εντοπίζονται και αξιολογούνται τα θέματα ασφάλειας των ασθενών και τα αντίστοιχα προβλήματα που προκύπτουν στη καθημερινή λειτουργία του συστήματος. Το αποτέλεσμα της συνεργασίας ηγεσίας και εργαζομένων είναι η δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και η υποκίνηση να υιοθετηθούν τα κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό η ασφάλεια των ασθενών καθίσταται προτεραιότητα για όλους τους εργαζόμενους. Σε σχετική μελέτη που έλαβε χώρα σε νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία εφαρμόστηκε η συγκεκριμένη παρέμβαση (επισκέψεις των ηγετών), με τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου SAQ, καταγράφηκε βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών μετά τη διέλευση της περιόδου 18 μηνών (Frankel et.al, 2008).

Σε επίπεδο διεθνών και ευρωπαϊκών οργανισμών για την ασφάλεια των ασθενών, αξιοσημείωτη είναι η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Ασφάλειας Ασθενών (National Patient Safety Agency) το 2001 με στόχο τον έλεγχο του συστήματος καταγραφής λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων στο χώρο της υγείας. Στη συνέχεια δημιουργήθηκε το National Reporting and Learning System (NRLS), το 2004. Αυτό αποτέλεσε ένα εθνικό σύστημα αναφοράς λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων και ταυτόχρονης αξιοποίησής τους με σκοπό την αναβάθμιση με τη χρήση ηλεκτρονικής πλατφόρμας ανώνυμα. Με την ενσωμάτωση των προηγούμενων συστημάτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σημειώθηκε βελτίωση στο επίπεδο των παρεμβάσεων με σκοπό την αύξηση της αίσθησης καθήκοντος των εργαζομένων σε αυτό. Επίσης στο νοσοκομείο John Hopkins εφαρμόστηκε το Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUSRS), που είναι ένα ηλεκτρονικό σύστημα αναφοράς λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων. Το σύστημα συνδέθηκε με 23 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των ΗΠΑ, όπου γινόταν αναφορά των συμβάντων (μήνας και έτος), επίσης ανώνυμα. Οι περισσότερες αναφορές έγιναν για προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων και εκπαίδευσή τους και οι λιγότερες είχαν σχέση με βλάβες σε ασθενείς. Το 72% αναφερόταν σε γενικότερους παράγοντες του υγειονομικού συστήματος, ενώ το 21% αναφερόταν σε τραυματισμό ασθενούς και το 14% σε παράγοντες σχετικούς με παράταση της νοσηλείας. Είναι γεγονός ότι δεν αποδεικνύονται



αποτελεσματικά όλα τα συστήματα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων που εφαρμόζονται. Σημαντικό εργαλείο για την ορθή καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι επίσης το Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των ιατρικών φακέλων για προκαλούμενες βλάβες σε ασθενείς (Holzmueller, 2005; Naessens, 2010; Παναγιώτου, 2015).

Στην Ελλάδα υπάρχουν πιλοτικά συστήματα αναφοράς λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων όπως το ICU-MERIS (ειδικό για τις ΜΕΘ), που σχεδιάστηκε από το τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιά. Αυτό έχει ως στόχο την καταγραφή των συμβάντων (εκούσια και ακούσια), των παραγόντων που τα προκαλούν και της πορεία<sup>3</sup> της υγείας των συγκεκριμένων ασθενών. Η εφαρμογή του βασίζεται στον έλεγχο των ιατρικών φακέλων και στη συμμετοχή των πολιτών με την καθιέρωση της πρόσβασης αυτών στα συστήματα (Βοζίκης, 2012).

Για την περαιτέρω επιτυχία της προσπάθειας ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα σε διεθνές επίπεδο. Συγκεκριμένα ένα παράδειγμα αποτελεί το νοσοκομείο John Hopkins, όπου στα πλαίσια βελτίωσης του επιπέδου ασφάλειας εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα ασφάλειας για τις μονάδες, το GUSP. Αποτέλεσμα του προγράμματος αποτελεί η μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, ειδικά αυτών που οφείλονται σε ενδαγγειακούς καθετήρες. Το πρόγραμμα αποτελείται από την αρχική φάση της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα. Η επέκταση του προγράμματος αυτού πραγματοποιήθηκε και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου, με στόχο την αξιολόγηση και ενίσχυση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή και συγκεκριμένα με τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου SAQ. Επίσης ανάλογη παρέμβαση επιχειρήθηκε στο νοσοκομείο Sentara Norfolk της Virginia. Μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σε θέματα ασφάλειας. Οι επαγγελματίες υγείας υποχρεώθηκαν να ακολουθήσουν κανόνες για την ακριβή τήρηση των διαδικασιών και να τροποποιήσουν κάποιες από τις πρακτικές τους. Με τη δημιουργία ηγετικών ομάδων, με σκοπό την πρόληψη των λαθών και την ενίσχυση της επικοινωνίας ανάμεσα στις διάφορες ομάδες προσωπικού προέκυψαν θετικά αποτελέσματα τόσο στη μείωση των λοιμώξεων, όσο και στην επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων (McCarthy & Blumenthal, 2006; Sammer, 2010). Ειδικότερα σχετικά με το χώρο του Χειρουργείου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) προτείνει την εφαρμογή της λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις (Surgical safety Checklist-SSC). Αυτή αποτελεί ένα γνωστικό εργαλείο, που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων και αποσκοπεί στην υπενθύμιση

συγκεκριμένων διαδικασιών-εργασιών που απαιτούνται σε κάθε στάδιο της επέμβασης. Στόχος της συγκεκριμένης παρέμβασης δεν είναι η «μηχανική» εκτέλεση των πράξεων που περιλαμβάνονται στη «λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις» και η αίσθηση του «χασίματος χρόνου» από το εμπλεκόμενο προσωπικό, αλλά η παροχή ενός καταλόγου σημαντικών σταδίων ελέγχου της ασφάλειας των χειρουργικών ασθενών. Με τη χρήση της αναλυτικότερα, δίνεται η δυνατότητα για έλεγχο της ταυτότητας του ασθενούς, της κατάλληλης θέσης αυτού για την αντίστοιχη επέμβαση, της χορήγησης αντιβίωσης προεγχειρητικά, των μηχανημάτων που σχετίζονται με τη λήψη αναισθησίας (αναπνευστήρας, μόνιτορ, μέτρηση παλμικής οξυμετρίας κ.α), του γενικότερου εξοπλισμού της χειρουργικής αίθουσας (τεχνολογικού, αναλωσίμων υλικών κ.α) και της τήρησης τεχνικών ασηψίας-αντισηψίας. Η διαδικασία αρχίζει από την άφιξη του ασθενούς στο χώρο του Χειρουργείου, την παραλαβή του από τον υπεύθυνο νοσηλευτή-συντονιστή για τη διακίνηση των ασθενών και την είσοδό του στη χειρουργική αίθουσα με ταυτόχρονο έλεγχο των στοιχείων του. Αφού γίνει η παραλαβή από τον αναισθησιολόγο και το νοσηλευτή της χειρουργικής αίθουσας και ελεγχθούν τα διάφορα στοιχεία που σχετίζονται με τον ασθενή και την προγραμματισμένη επέμβαση ακολουθούν το στάδιο πριν τη διάνοιξη του δέρματος του ασθενούς και το στάδιο που αναφέρεται στο τέλος της χειρουργικής επέμβασης. η ομαδική συμμετοχή των διαφόρων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, που εμπλέκονται σε μια χειρουργική επέμβαση στη διαδικασία της «λίστας ελέγχου για την ασφάλεια των ασθενών» φαίνεται ότι προάγει την ασφάλεια των ασθενών το χειρουργείο. συνεπώς επιβάλλεται η ενίσχυση της συμμετοχής αυτής με τη χρήση επικοινωνιακών πρακτικών και διαδικασιών κατά τη ροή εργασίας. Επιπλέον απαιτείται η δέσμευση για την τήρηση της «λίστας ελέγχου για την ασφάλεια των ασθενών» από τα ηγετικά στελέχη του νοσοκομείου όπως είναι οι διευθυντές των χειρουργικών κλινικών και της αναισθησιολογίας και η ηγεσία της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά την εφαρμογή της «λίστας ελέγχου για την ασφάλεια στις χειρουργικές επεμβάσεις» σε διάφορα χειρουργεία δείχνουν βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Επιπροσθέτως σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν διεθνώς η νοσηρότητα και η θνησιμότητα φαίνεται ότι ελαττώνονται μετά τη χρήση της λίστας ελέγχου. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη του Haynes, η οποία έγινε με το ερευνητικό εργαλείο SAQ και με σκοπό την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας που διαμορφώθηκε σε διάφορα νοσοκομεία μετά τη χρήση της λίστας ελέγχου. Αυτή περιγράφει σημαντικές βελτιώσεις κυρίως στον τομέα της ομαδικής εργασίας και της συνεργασίας του προσωπικού. Άλλες επίσης μελέτες πραγματοποιήθηκαν τόσο σε

ορθοπεδικά χειρουργεία σε νοσοκομείο του Ηνωμένου Βασιλείου και κατέδειξαν σημαντικές βελτιώσεις της κουλτούρας ασφάλειας των χειρουργικών ασθενών, όσο και σε πέντε πανεπιστημιακά και πέντε δημόσια νοσοκομεία της ίδια χώρας με πίεσης μειωμένα ποσοστά επιπλοκών μετά τη χρήση της «λίστας». Ακόμα και σε επείγουσες επεμβάσεις η εφαρμογή της «λίστας» βρέθηκε ότι οδηγεί σε μείωση των επιπλοκών στο 1/3 σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ενήλικε ασθενείς (μη καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις). Τέλος από τη χρήση ενός πληρέστερου αντίστοιχου καταλόγου «Surgical Patient Safety system» (SURPASS) σε νοσοκομεία της Ολλανδίας προέκυψαν ανάλογα θετικά αποτελέσματα στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των χειρουργικών ασθενών

Στο ειδικό μέρος που θα ακολουθήσει θα παρουσιαστεί η έρευνα που διεξήχθη στο Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ» και συγκεκριμένα στο χειρουργείο στη Μ.Ε.Θ, στα Τ.Ε.Π και στις μονάδες ιοντιζουσών ακτινοβολιών του νοσοκομείου (ακτινολογικό εργαστήριο, ακτινοθεραπεία, πυρηνική ιατρική και αιμοδυναμικό εργαστήριο). Τα αποτελέσματα από τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων του προσωπικού μας οδηγούν σε συμπεράσματα για το βαθμό στον οποίο είναι αναπτυγμένη η κουλτούρα ασφάλειας στο νοσοκομείο. Τα συμπεράσματα θα είναι χρήσιμο να αξιοποιηθούν για το σχεδιασμό των αναγκαίων παρεμβάσεων στο μέλλον.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Μεθοδολογία της έρευνας

#### 1.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών ενός Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου, συγκεκριμένα του Π.Γ.Ν «ΑΤΤΙΚΟΝ», με τη βοήθεια του ερευνητικού εργαλείου-ερωτηματολογίου **HSOPCS**, μεταφρασμένου στην Ελληνική γλώσσα. Διερευνήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα χειρουργεία και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών του νοσοκομείου όσον αφορά στη κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών καθώς και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Ο στόχος είναι τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση του ερευνητικού εργαλείου, οι συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους ερωτήσεων να χρησιμοποιηθούν για την ανάληψη πρωτοβουλιών ενίσχυσης της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών στα συγκεκριμένα τμήματα.

#### 1.2 Ταυτότητα της έρευνας

##### 1.2.1 Ερευνητική Μεθοδολογία.

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο χειρουργείο, στη ΜΕΘ, στα ΤΕΠ και στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών (ακτινολογικό, πυρηνική ιατρική, ακτινοθεραπεία, αιμοδυναμικό εργαστήριο) κατά το δίμηνο Φεβρουαρίου – Απριλίου 2018, αφού πρώτα ζητήθηκε άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο (Επιτροπή Έρευνας, Ηθικής και Δεοντολογίας) του νοσοκομείου. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι τεχνολόγοι-ακτινολόγοι των εργαστηρίων ιοντιζουσών ακτινοβολιών.

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο υπάρχουν 14 χειρουργικές αίθουσες. Πραγματοποιούνται επεμβάσεις γενικής χειρουργικής, αγγειοχειρουργικές, καρδιοθωρακοχειρουργικές, ορθοπεδικές, νευροχειρουργικές, ουρολογικές, γυναικολογικές, ΩΡΛ και γναθοχειρουργικές.

Τα άτομα που συμμετείχαν πληρούσαν τα εξής κριτήρια: να εργάζονται στο χώρο τουλάχιστον ένα έτος (αποκλείστηκαν οι φοιτητές – σπουδαστές), να είναι ιατροί,

νοσηλευτές ή τεχνολόγοι-ακτινολόγοι, να έχουν άμεση επαφή με τους ασθενείς και να αποδέχονται τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

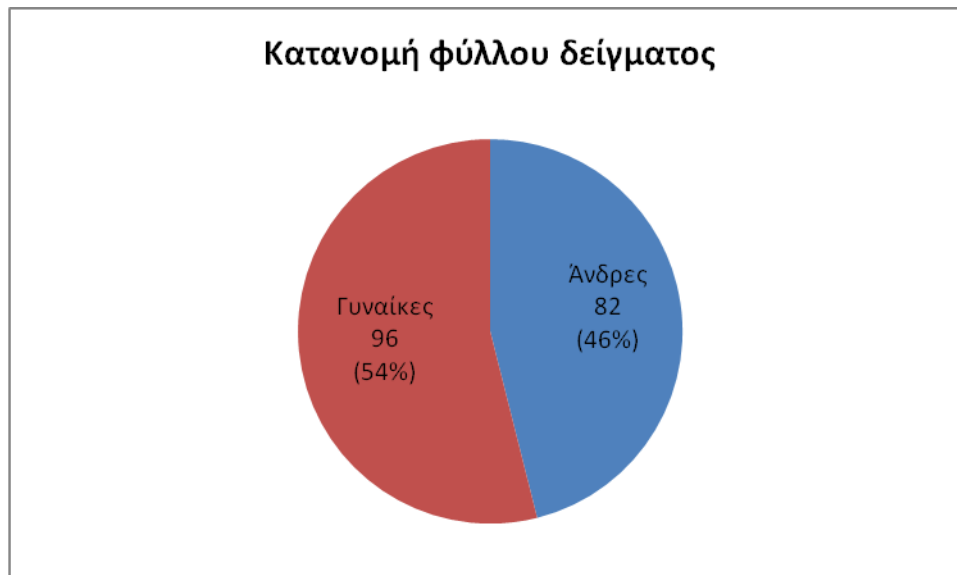
Στους εργαζόμενους που πληρούσαν αυτές τις προϋποθέσεις διανεμήθηκαν 250 ερωτηματολόγια με το ερευνητικό εργαλείο HSOPSC και επεστράφησαν συμπληρωμένα 178 , το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 71,2%. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους και τη δυνατότητα να μην συμμετέχουν, αν το επιθυμούσαν. Ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 15 λεπτά.

## 2. Αποτελέσματα της έρευνας

### 2.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

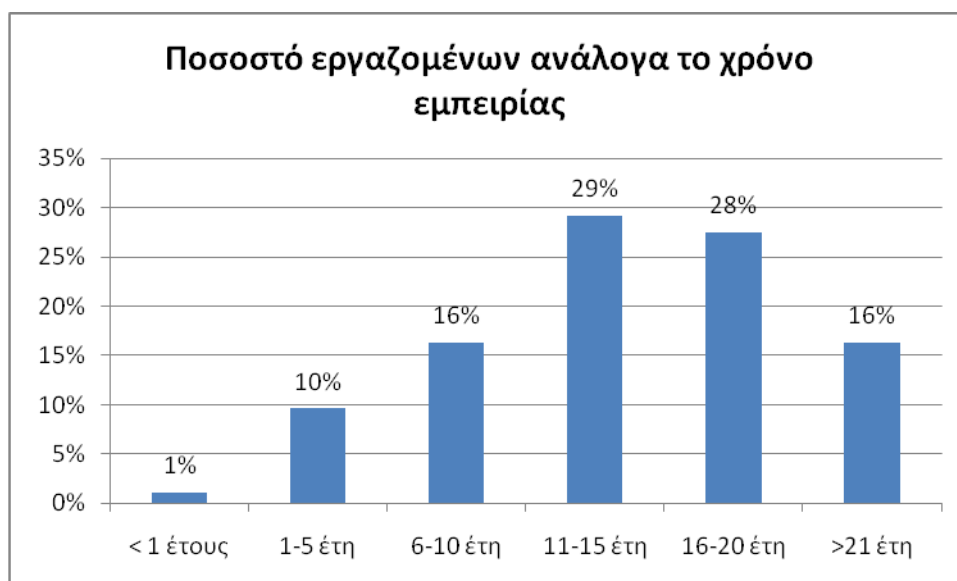
Σε σύνολο 178 ερωτηθέντων το 46% ήταν άνδρες και το 54% γυναίκες (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1.** Κατανομή φύλλου στο δείγμα



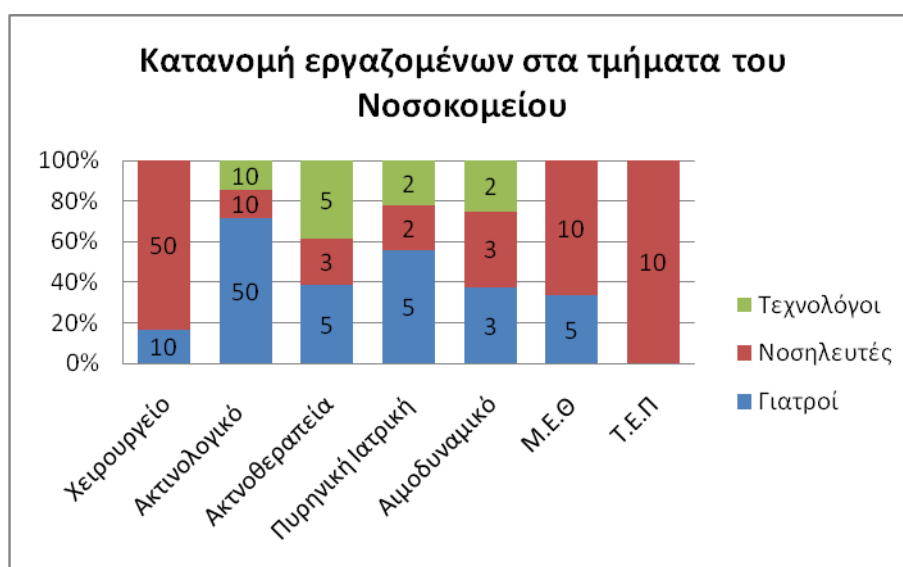
Πενήντα δύο εργαζόμενοι (29%) είχαν 11-15 έτη εμπειρίας και 49 εργαζόμενοι (28%) 16-20 έτη εμπειρίας. Το 21% των εργαζομένων 16% των εργαζομένων (29) είχαν πάνω από 21 έτη εμπειρίας, ενώ μικρότερα ποσοστά μοιράζονται εργαζόμενοι με 1-5 έτη εμπειρίας (10%) και με λιγότερο από 1 έτος εμπειρίας (1%) (Διάγραμμα 2).

**Διάγραμμα 2.** Κατανομή εργαζομένων ανάλογα το χρόνο προϋπηρεσίας



Η κατανομή των ερωτώμενων αναφορικά με τον τόπο της εργασίας τους στο νοσοκομείο απεικονίζεται αναλυτικά στο διάγραμμα 3. Οι τεχνολόγοι-ακτινολόγοι (συνολικά 19 άτομα) εργάζονται στα εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών (Ακτινολογικό, Ακτινοθεραπεία, Πυρηνική Ιατρική και Αιμοδυναμικό). Όσον αφορά στο ιατρικό προσωπικό (78 άτομα) αναφερόμαστε σε χειρουργούς, ακτινολόγους, ακτινοθεραπευτές-ογκολόγους, πυρηνικούς γιατρούς, επεμβατικούς καρδιολόγους και εντατικολόγους. Τέλος, οι νοσηλευτές αποτελούνται από 38 άτομα σε όλα τα τμήματα του Νοσοκομείου που εξετάσαμε και δεν κάναμε κάποια κατηγοριοποίηση ανάλογα του επιπέδου σπουδών τους.

**Διάγραμμα 3.** Κατανομή εργαζομένων στα τμήματα.

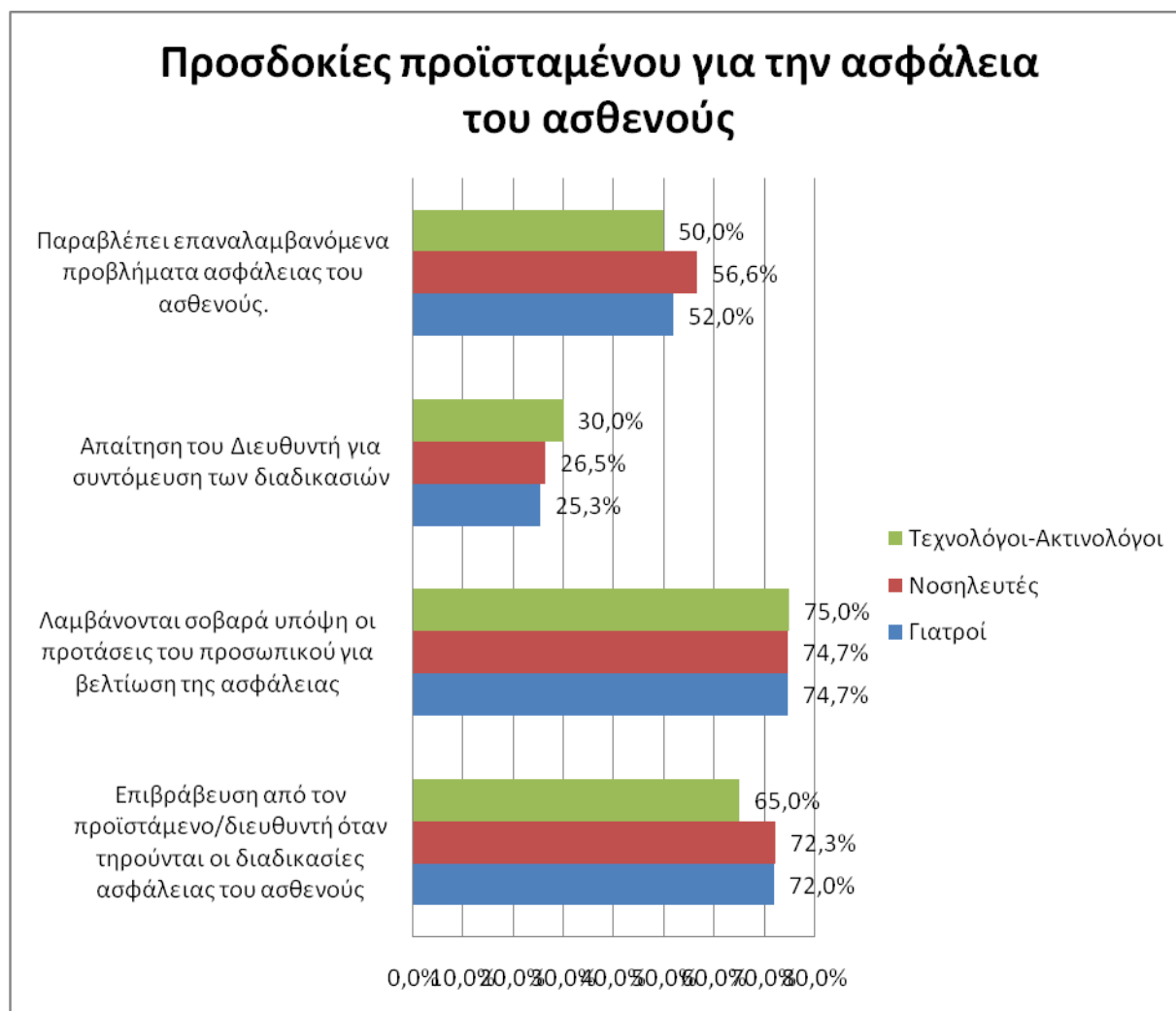


## 2.2 Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη κουλτούρα ασφάλειας.

### 2.2.1 Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά ερώτηση

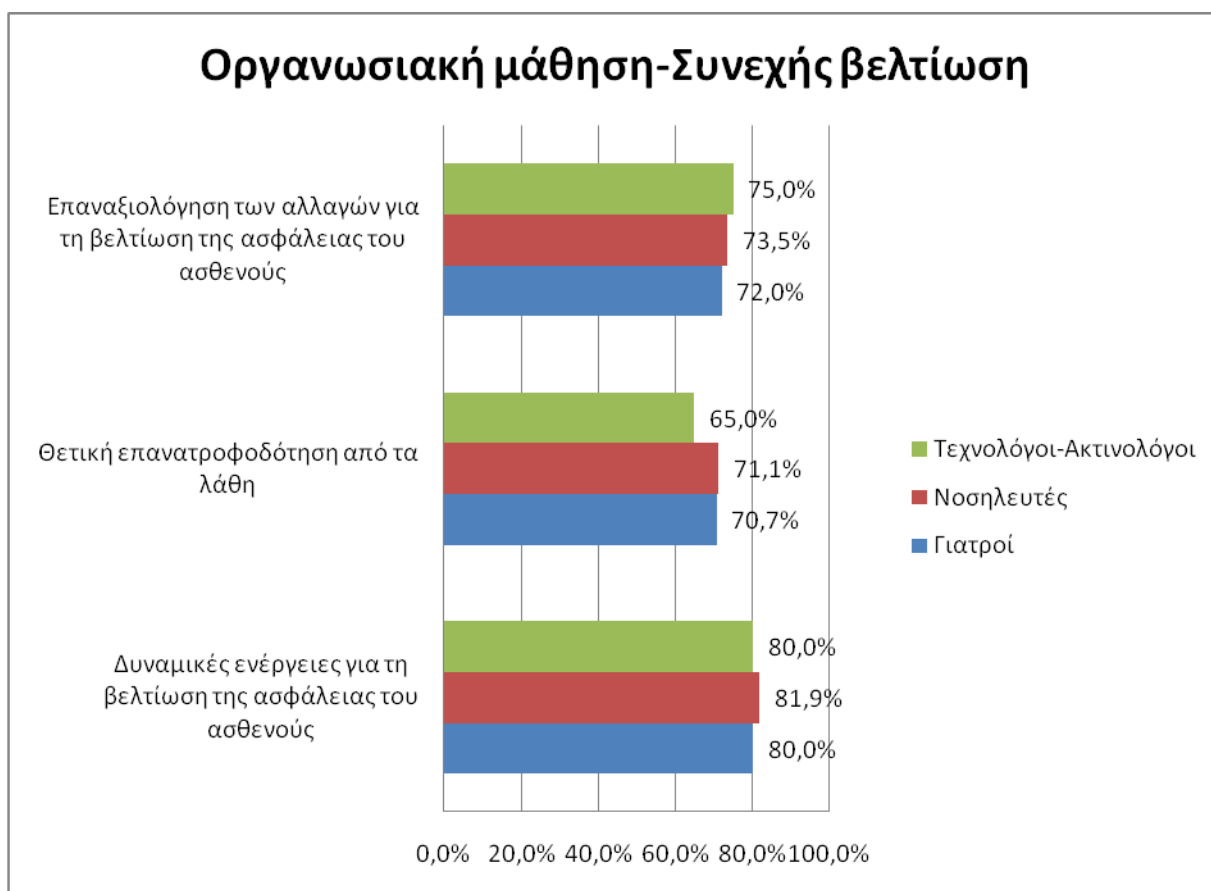
Στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται οι θετικές απόψεις των επαγγελματιών υγείας αναλυτικά ανά ερώτηση σε κάθε διάσταση της κουλτούρας ασφάλειας.

**Διάγραμμα 4.** Προσδοκίες προϊσταμένου για την ασφάλεια του ασθενούς.



Παρατηρούμε πως όλες οι κατηγορίες εργαζομένων βαθμολογούν πολύ θετικά την στάση των προϊσταμένων τους σε θέματα ασφάλειας.

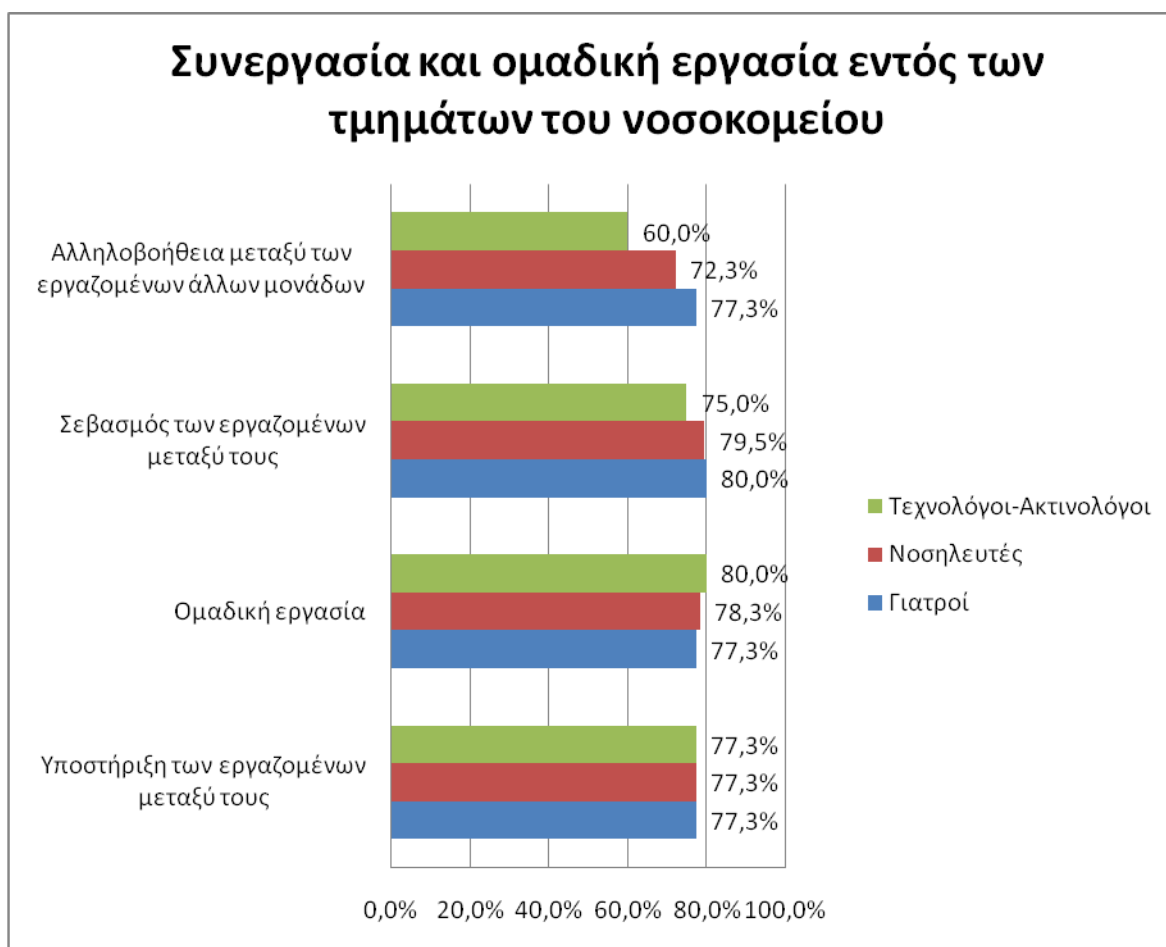
**Διάγραμμα 5.** Οργανωσιακή μάθηση-Συνεχής βελτίωση



Η παράμετρος «συνεχής βελτίωση και η οργανωσιακή μάθηση» κατέχει υψηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις που την διερευνούν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

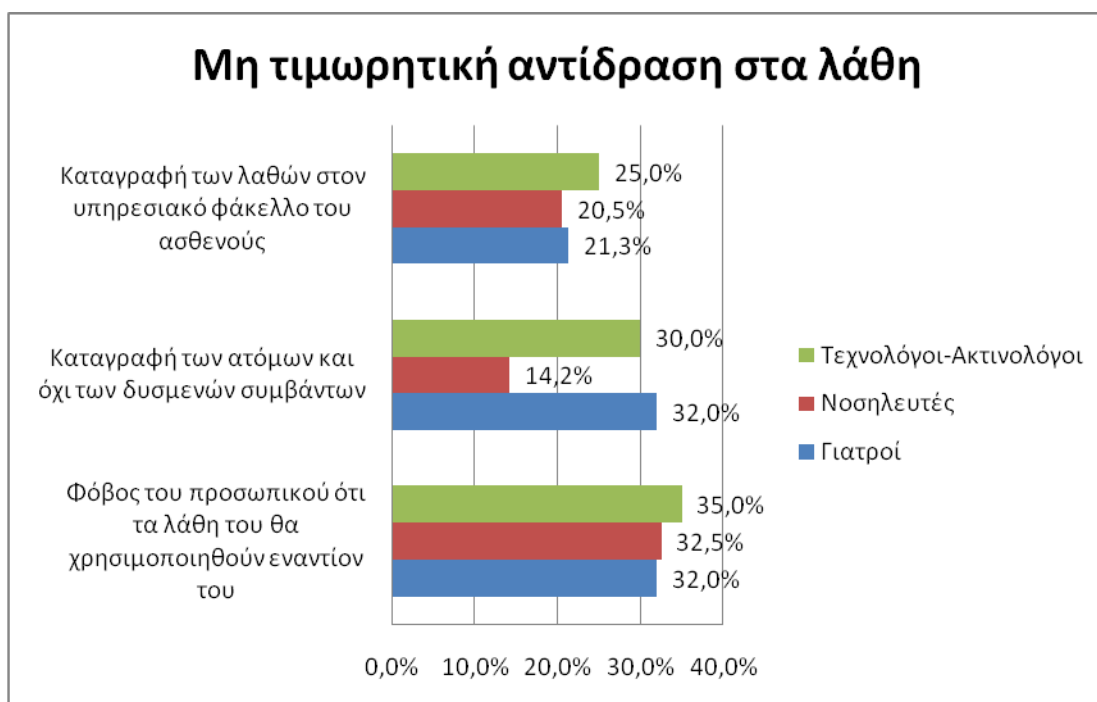


**Διάγραμμα 6.** Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός του νοσοκομείου



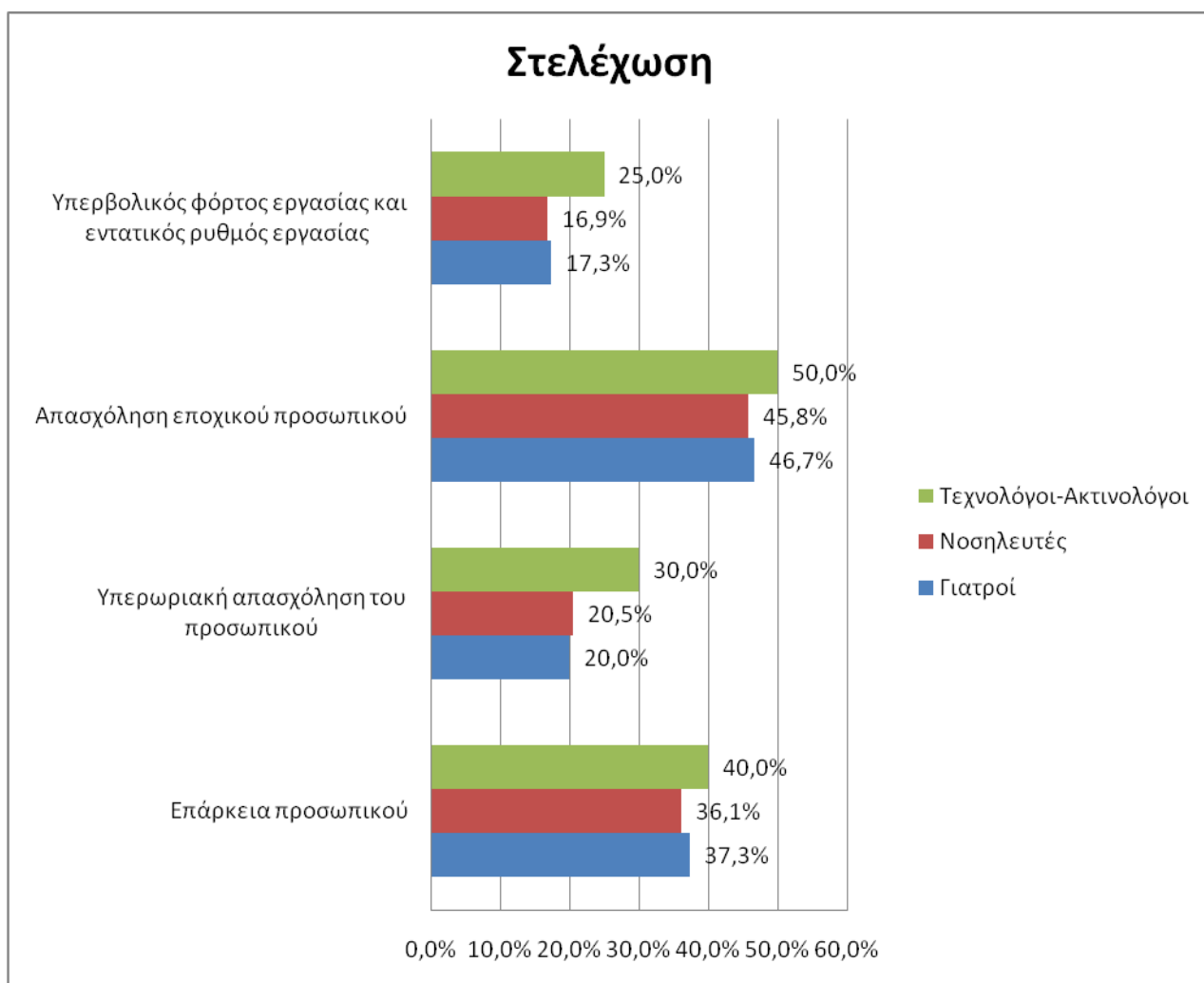
Οι απόψεις όλων των επαγγελματιών υγείας συγκλίνουν στο ότι υπάρχει πολύ καλή συνεργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου,

**Διάγραμμα 7.** Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη.



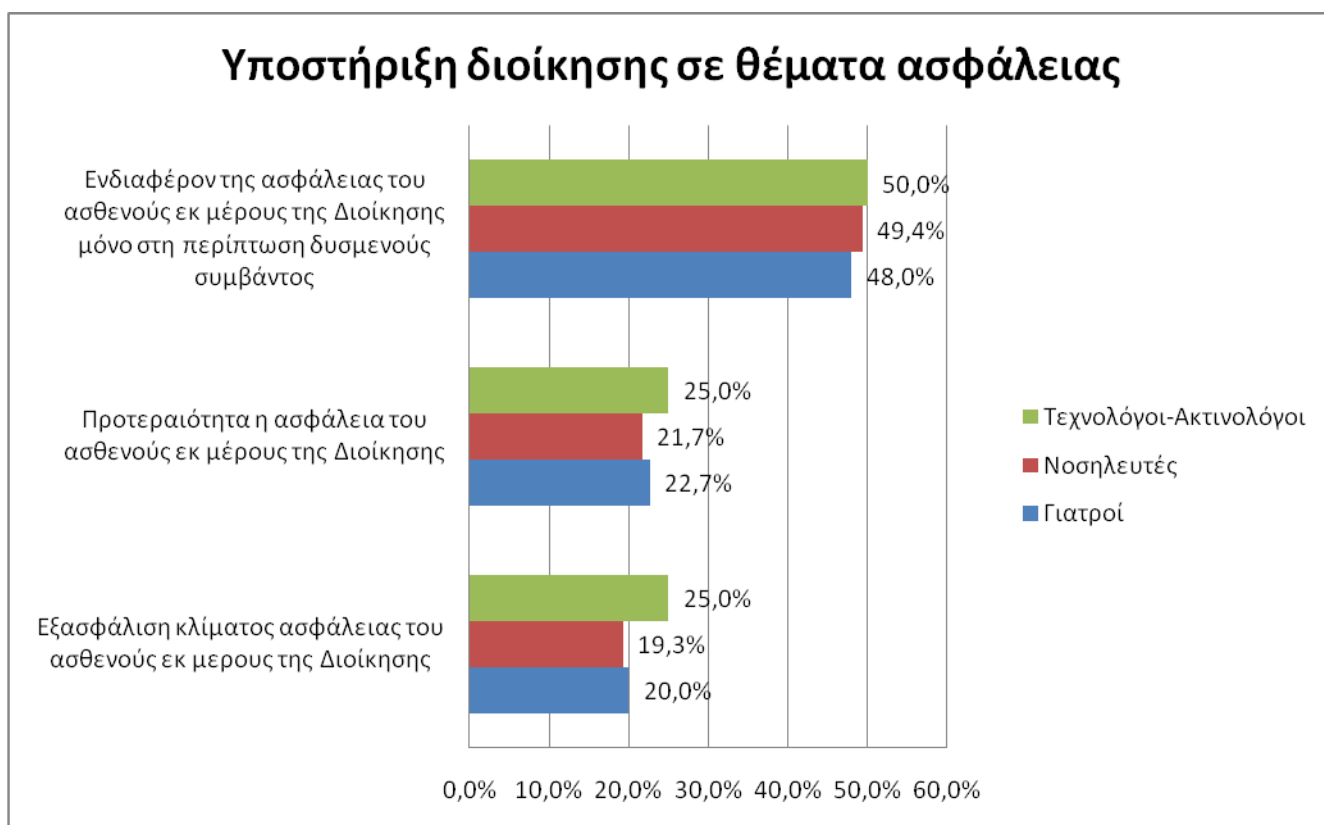
Οι απόψεις του προσωπικού δεν είναι καθόλου θετικές ως προς την στάση της Διοίκησης να μην έχει τιμωρητική στάση απέναντι στα λάθη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το πολύ χαμηλό ποσοστό των νοσηλευτών (14,2%) ότι φοβούνται πως η καταγραφή των δυσμενών συμβάντων μπορεί να στραφεί εναντίον τους.

**Διάγραμμα 8. Στελέχωση**



Η «στελέχωση» λαμβάνει χαμηλή βαθμολογία, ιδιαίτερα μεταξύ των νοσηλευτών.

**Διάγραμμα 9.** Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας.



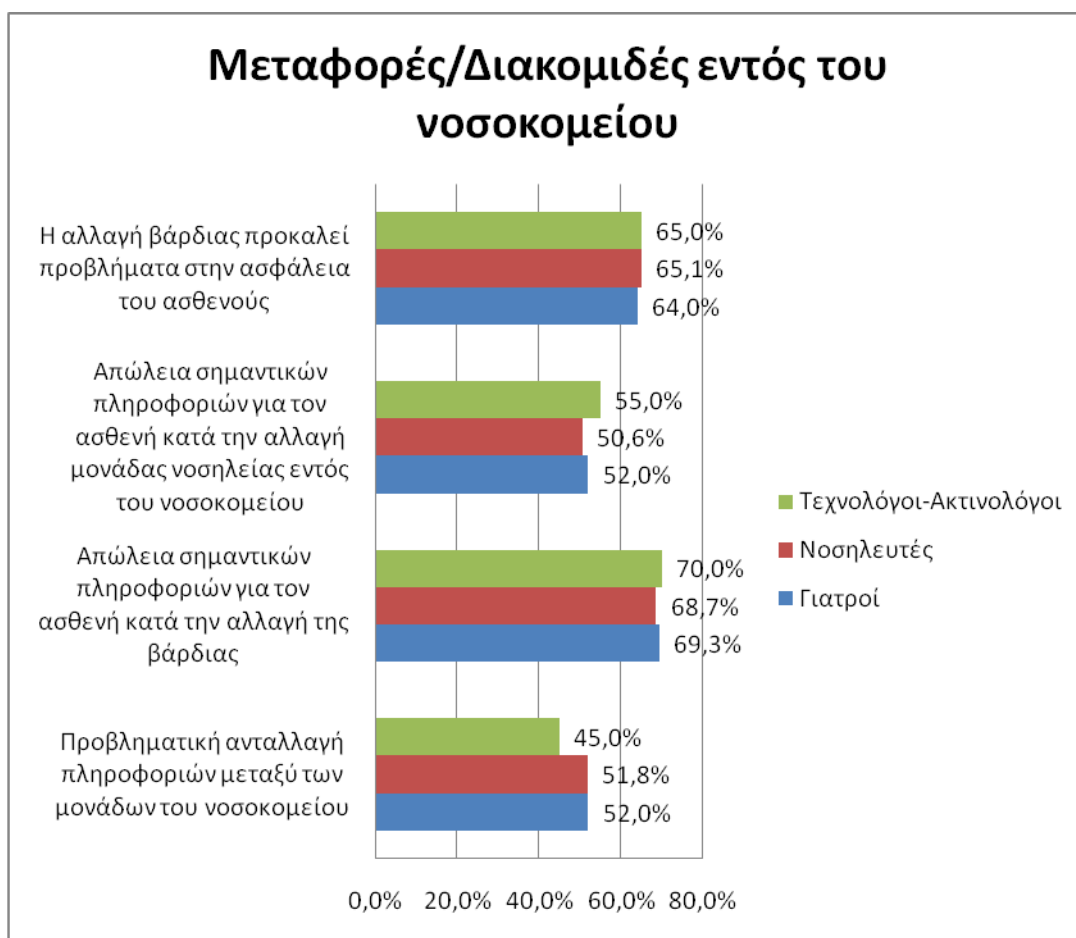
Απογοητευτική εμφανίζεται η άποψη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την υποστήριξη της Διοίκησης

**Διάγραμμα 10.** Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου



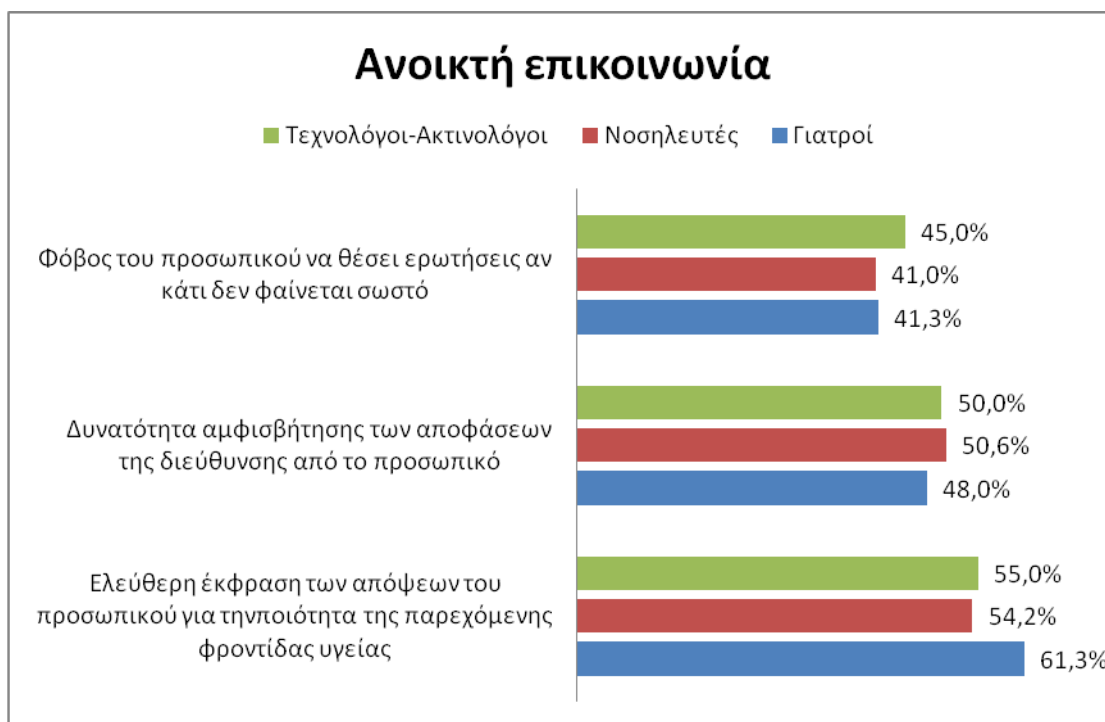
Η διατμηματική συνεργασία στο νοσοκομείο εμφανίζεται ικανοποιητική, χωρίς διαφοροποιήσεις ως προς την επαγγελματική ιδιότητα.

**Διάγραμμα 11.** Μεταφορές/διακομιδές εντός του νοσοκομείου



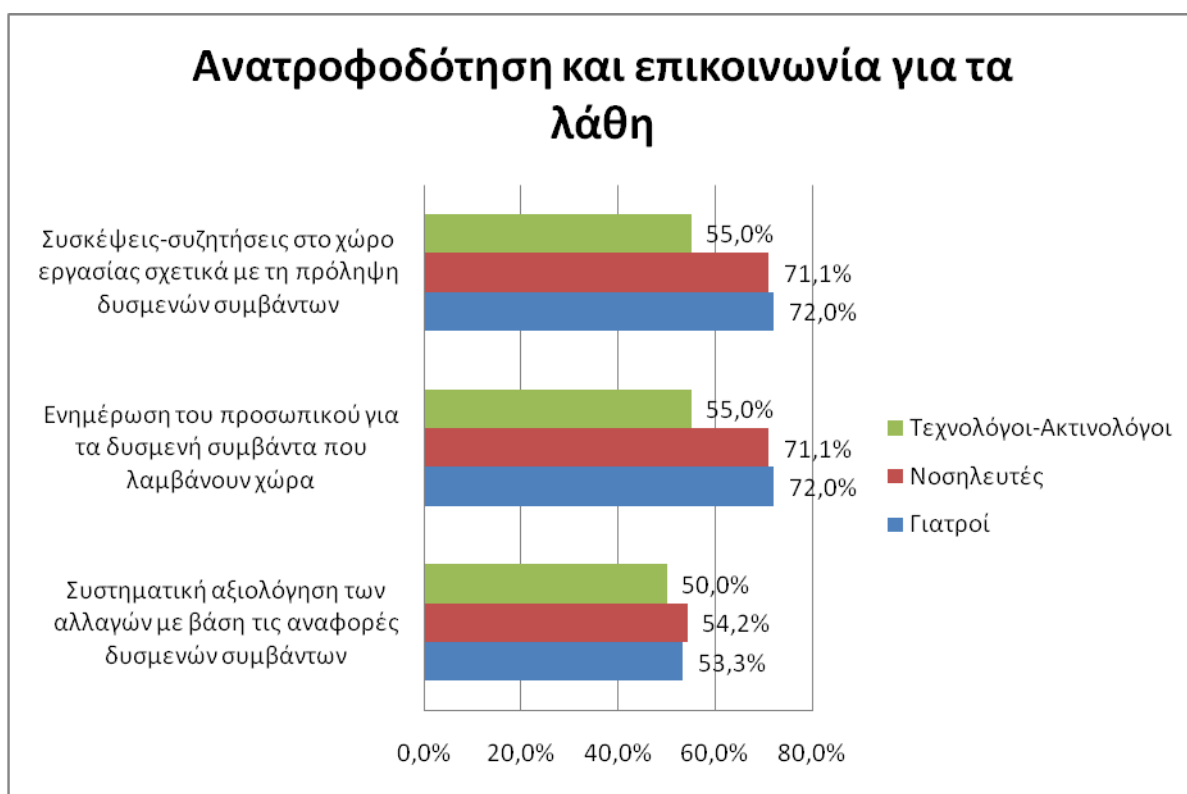
Οι μεταφορές/διακομιδές ενός του νοσοκομείου δεν φαίνεται να δημιουργούν πρόβλημα στην ασφάλεια των ασθενών σύμφωνα με τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.

**Διάγραμμα 12. Ανοικτή επικοινωνία**



Η ανοικτή επικοινωνία σχετικά με τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα δεν εκτιμάται σε ικανοποιητικό βαθμό από τους εργαζόμενους.

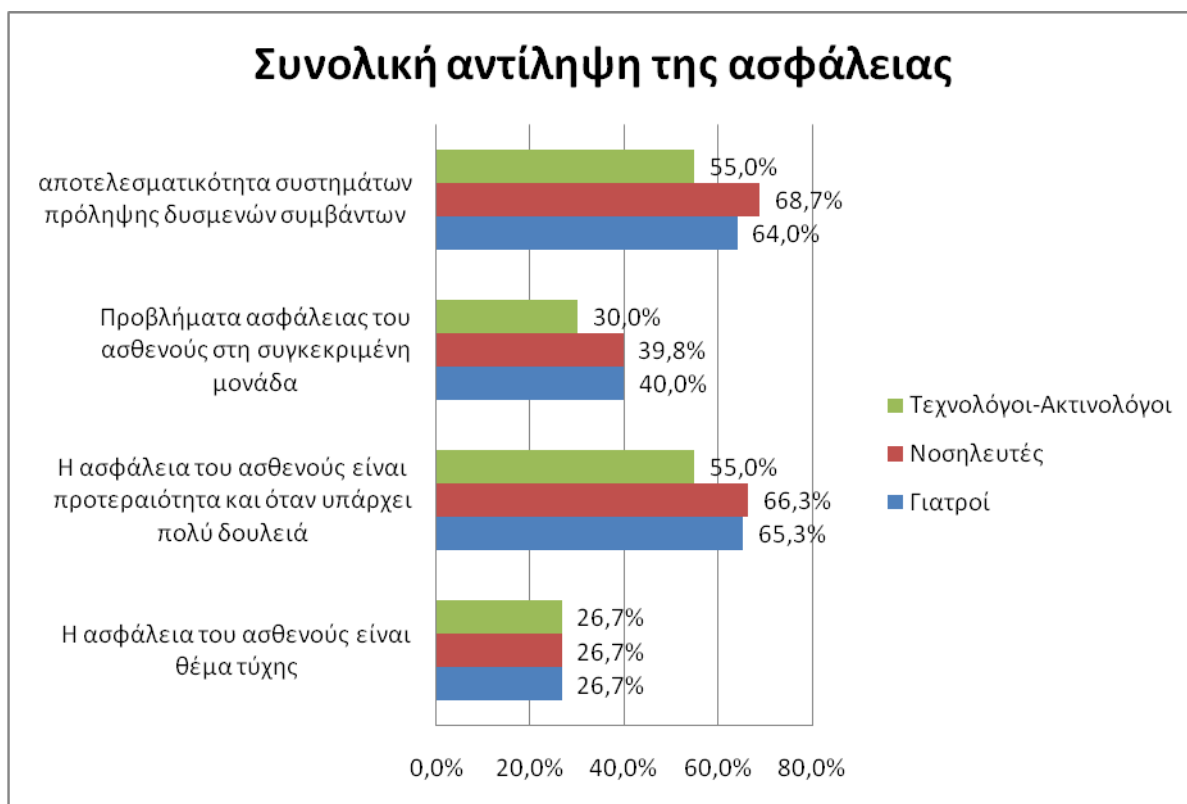
**Διάγραμμα 13.** Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη



Οι τεχνολόγοι-ακτινολόγοι μεταξύ των επαγγελματιών υγείας εμφανίζονται οι πιο δυσαρεστημένοι σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ανατροφοδότηση από τα λάθη

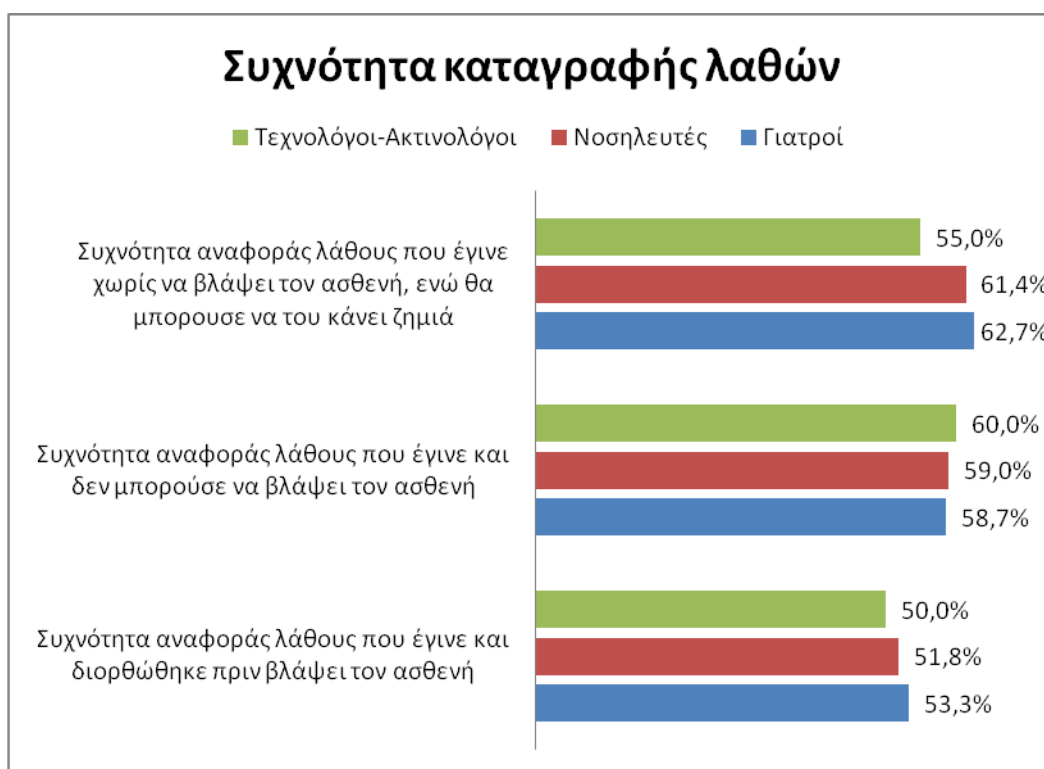


**Διάγραμμα 14.** Συνολική αντίληψη της ασφάλειας



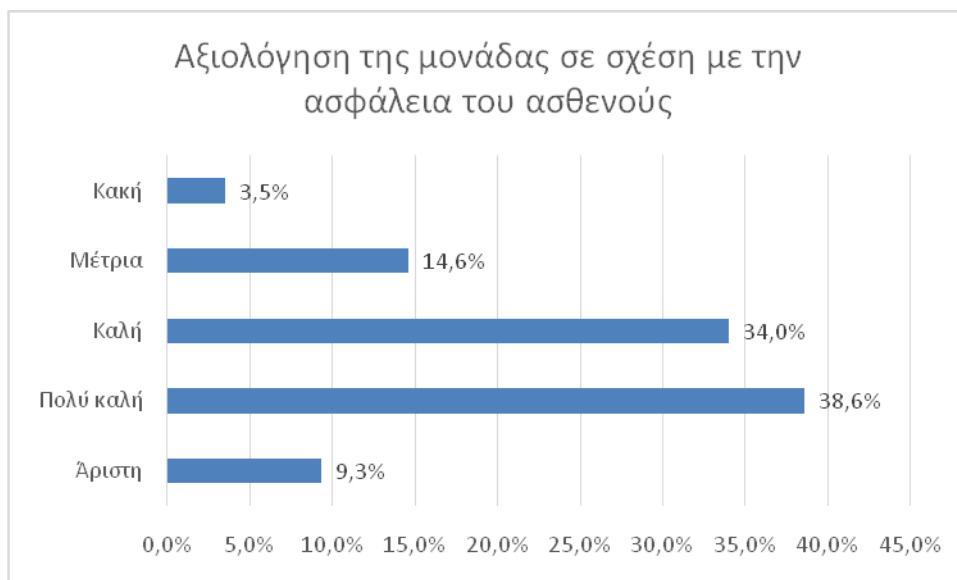
Το προσωπικό στη μεγάλη του πλειοψηφία δεν θεωρεί πως η ασφάλεια του ασθενούς είναι θέμα τύχης, ωστόσο η συνολική του αντίληψη περί ασφάλειας είναι μέτρια.

**Διάγραμμα 15.** Συχνότητα καταγραφής λαθών.

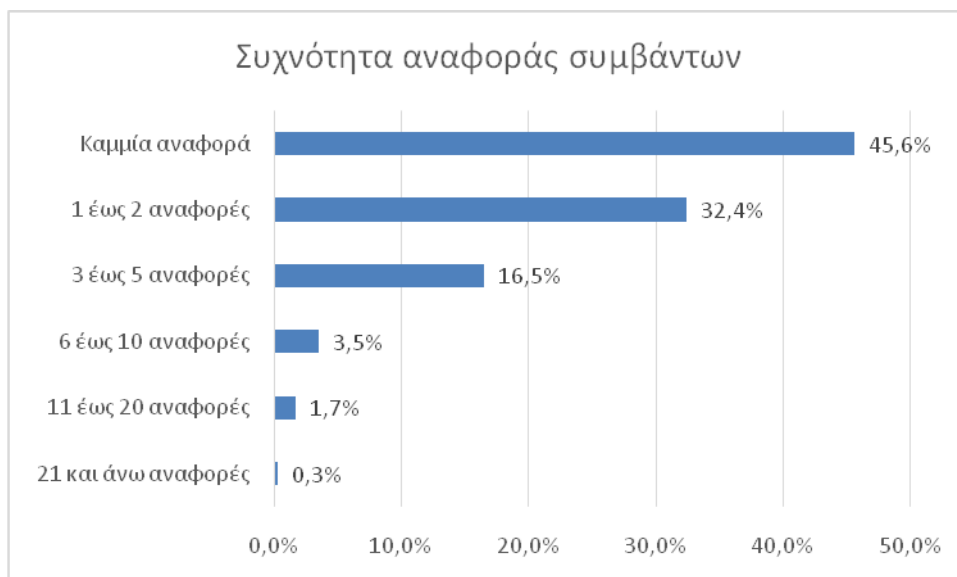


Η συχνότητα αφοράς λαθών κρίνεται από μέτρια ως ικανοποιητική ανάλογα με το αν το δυσμενές συμβάν μπορούσε ή όχι να βλάψει τον ασθενή.

**Διάγραμμα 16.**Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενούς,



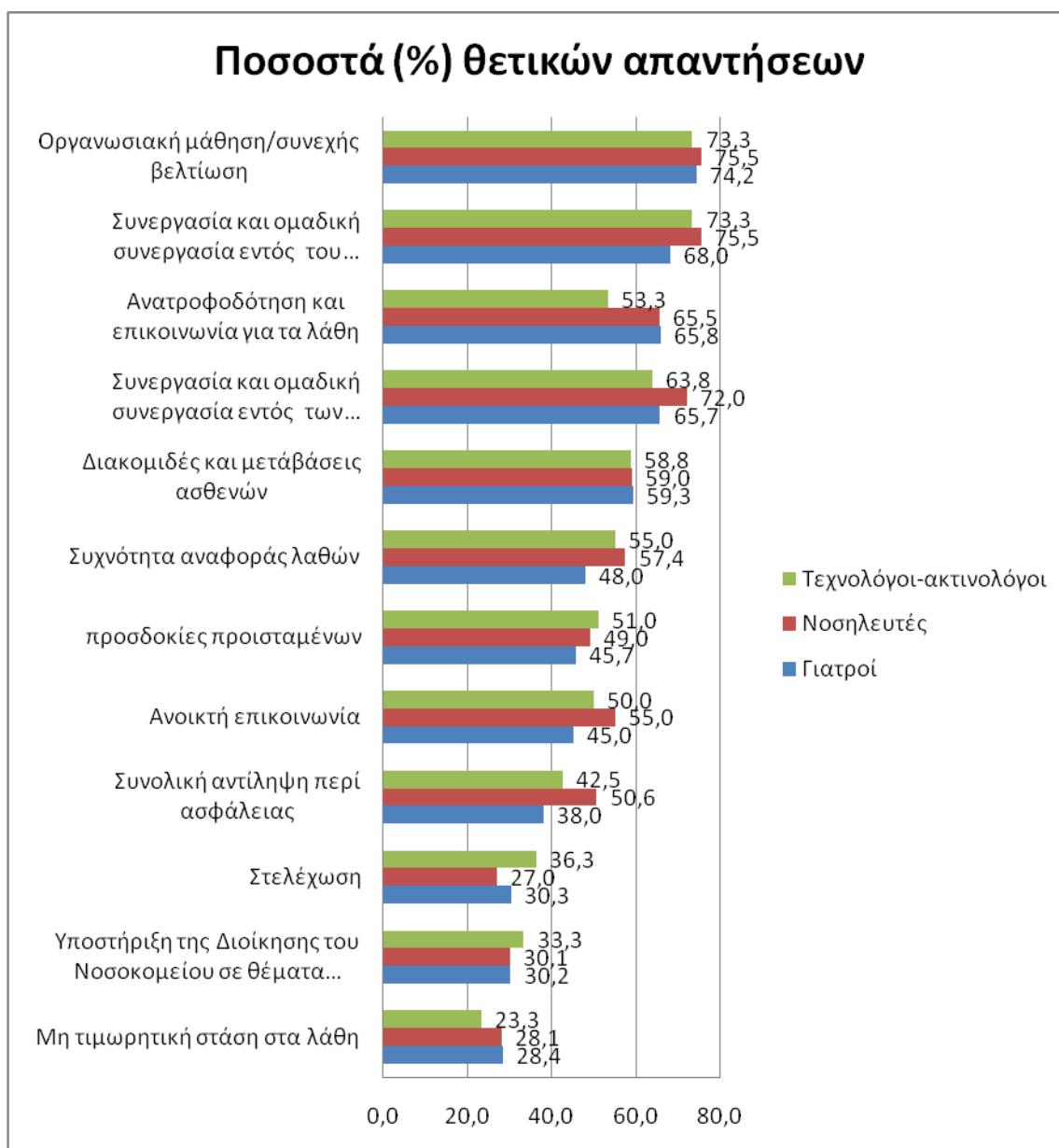
**Διάγραμμα 17.**Αριθμός αναφερόμενων συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες



### 2.2.2 Ποσοστά θετικών απαντήσεων ανά διάσταση κουλτούρας ασφάλειας.

Το διάγραμμα Χ που ακολουθεί απεικονίζει το ποσοστό των θετικών απαντήσεων μεταξύ των γιατρών, νοσηλευτών και τεχνολόγων που συμμετείχαν στην έρευνα όσον αφορά τις 12 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας. Να σημειωθεί ότι ως θετικές απαντήσεις θεωρήσαμε τις δύο από τις τρεις επιλογές («συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», όταν αναφερόμαστε σε ερώτηση που προάγει την κουλτούρα ασφάλειας , και («διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα») όταν η ερώτηση δεν προάγει την κουλτούρα ασφάλειας.

**Διάγραμμα 18.** Ποσοστό θετικών απαντήσεων ανά επαγγελματική ομάδα



Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η αποτίμηση των 12 διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε άλλα σημεία διαφέρει και σε άλλα σημεία έχει αρκετές ομοιότητες. Παρακάτω κατατάσσουμε τις 12 διαστάσεις ανάλογα με το ποσοστό θετικών απαντήσεων που έλαβαν από τους ερωτώμενους.

1. Διαστάσεις κουλτούρας ασφάλειας με την μεγαλύτερη βαθμολογία (>65%)
  - Η διάσταση «Οργανωσιακή μάθηση/Συνεχής βελτίωση» κατέχει την υψηλότερη βαθμολογία (73 έως 76%) ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.
  - Το προσωπικό επίσης θεωρεί πως η ομαδική εργασία εντός του νοσοκομείου όσο και εντός των τμημάτων είναι σε υψηλό επίπεδο. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από 68 έως 75% και από 64 έως 72% αντίστοιχα.
  - Η «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» έχει ένα μεγάλο ποσοστό για του γιατρούς και τεχνολόγους (66%)
2. Διαστάσεις κουλτούρας ασφάλειας με μέτρια βαθμολογία (45 έως 64%)
  - Οι «διακομιδές και η μεταβάσεις των ασθενών» δεν αποτελούν σοβαρό πρόβλημα ασφάλειας για τους ασθενείς (περίπου 60% θετικών απαντήσεων και για τρεις κατηγορίες εργαζομένων.
  - Η «συχνότητα αναφοράς λαθών» αποτιμάται με μέτρια βαθμολογία ιδιαίτερα ανάμεσα στους γιατρούς (48%) και λιγότερο ανάμεσα στους νοσηλευτές (57%). Το αντίστοιχο ποσοστό στους τεχνολόγους-ακτινολόγους είναι 55%.
  - Η διάσταση «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων και διευθυντών» αποτιμάται θετικά σε ποσοστό από 45 έως 51%.
  - Η «ανοικτή επικοινωνία», τέλος, καταλαμβάνει τα μέτρια ποσοστά. 45% στους γιατρούς, 50% στους τεχνολόγους-ακτινολόγους και 55% στους νοσηλευτές.
3. Διαστάσεις κουλτούρας ασφάλειας με τη χαμηλότερη βαθμολογία (< 44%).

- Η διάσταση «Συνολική αντίληψη περί ασφάλειας» αποτιμάται με μέτριο βαθμό από τους νοσηλευτές (50%) και με χαμηλό βαθμό από τους γιατρούς και τους τεχνολόγους-ακτινολόγους (38% και 42,5% αντίστοιχα).
- Η έλλειψη προσωπικού φαίνεται πως αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για το προσωπικό. Ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές η διάσταση «στελέχωση» λαμβάνει πολύ χαμηλή βαθμολογία (27%). Ωστόσο και τους γιατρούς και τεχνολόγους-ακτινολόγους αποτελεί πρόβλημα με επίσης πολύ χαμηλά ποσοστά θετικών απαντήσεων (30% και 36% αντίστοιχα).
- Το σύνολο του προσωπικού εμφανίζεται δυσαρεστημένο από την υποστήριξη της Διοίκησης του Νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας, καθώς αυτή η διάσταση λαμβάνει θετικές απαντήσεις μόλις 30% ανάμεσα σε όλες τις κατηγορίες εργαζομένων.
- Τέλος τη χαμηλότερη βαθμολογία λαμβάνει η διάσταση «μη τιμωρητική στάση» στα λάθη (ποσοστό 23% για τους τεχνολόγους-ακτινολόγους και 28% για νοσηλευτές και γιατρούς).

### **2.3 Η συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και η συχνότητα καταγραφής λαθών συγκριτικά με τις άλλες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας.**

Στη προσπάθεια μας να εντοπίσουμε τις ιδιαίτερες σχέσεις – συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της κουλτούρας ασφάλειας στους επαγγελματίες υγείας επιλέχθηκε η μέθοδος της ευθύγραμμης παλινδρομικής ανάλυσης (linear regression analysis). Θεωρήσαμε ως εξαρτημένες τις μεταβλητές «συνολική εκτίμηση της ασφάλειας» και «συχνότητα αναφοράς λαθών» και ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις υπόλοιπες διαστάσεις.

### 2.3.1. Οι απόψεις των γιατρών.

Τα αποτελέσματα στο πίνακα Χ μας δείχνουν ότι η «συνολική αντίληψη περί ασφάλειας» των γιατρών σχετίζεται στατιστικά περισσότερο με την «οργανωσιακή μάθηση/συνεχής βελτίωση» ( $\beta=0,348$ ,  $p<0.05$ ), με την «μη τιμωρητική στάση στα λάθη» ( $\beta=0,326$ ,  $p<0.001$ ) και με την ανοικτή επικοινωνία ( $\beta=0,208$ ,  $p<0.05$ ).

Η μεταβλητή «συχνότητα αναφοράς λαθών» έχει ισχυρή και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «διακομιδή και μεταφορά ασθενών» ( $\beta=0,726$ ,  $p<0.001$ ), ενώ έχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με την μεταβλητή «ανοικτή επικοινωνία».

**Πίνακας 2.** Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους γιατρούς.

Διαστάσεις Κουλτούρας ασφάλειας	Αντίληψη ασφάλειας		Συχνότητα αναφερθέντων συμβάντων	
	Beta (Standard Error)	P- Value	Beta (Standard Error)	P-Value
Προσδοκίες/Δράσεις προϊσταμένων	-0.014(0.097)	0,744	-0,075(0,113)	,079
Οργανωσιακή μάθηση/συνεχής βελτίωση	0,348(0.131)	0,011	-0,181(0,153)	,177
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων	-0.122(0.077)	0.114	0,034(0,091)	,662
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,326(0,067)	<0,0001	-0,064(0,079)	,376
Στελέχωση	0,149(0,099)	0,120	0,030(0,117)	,758
Υποστήριξη της Διοίκησης σε θέματα ασφάλειας	0.096(0.088)	0,263	0,062(0,104)	,470
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός του Νοσοκομείου	0.121(0.129)	0,394	0,564(0,134)	<0,0001
Μεταφορές και διακομιδές ασθενών	0.053(0.148)	0,750	0,726(0,148)	<0,0001
Ανοικτή επικοινωνία	0.208(0.076)	0,019	-0,080(0,090)	,361
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,083(0,107)	0,469	-0,158(0,125)	,168

### 2.3.2. Οι απόψεις των νοσηλευτών

Τα αποτελέσματα στο πίνακα 5 μας δείχνουν ότι η «συνολική αντίληψη περί ασφάλειας» των νοσηλευτών σχετίζεται στατιστικά περισσότερο με την «στελέχωση» ( $\beta=0,203$ ,  $p<0.001$ ), με την «μη τιμωρητική στάση στα λάθη» ( $\beta=0,326$ ,  $p<0.001$ ) και με την ανοικτή επικοινωνία ( $\beta=0,208$ ,  $p<0.05$ ).

Η μεταβλητή «συχνότητα αναφοράς λαθών» έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «συνεργασία και την ομαδική συνεργασία εντός του νοσοκομείου» ( $\beta=0,133$ ,  $p<0.001$ ), με τη μεταβλητή «διακομιδή και μεταφορά ασθενών» ( $\beta= 0, 099$ ,  $p=0.001$ ) ενώ έχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με την μεταβλητή «ανοικτή επικοινωνία».

**Πίνακας 3.** Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους νοσηλευτές

Διαστάσεις Κουλτούρας ασφάλειας	Αντίληψη ασφάλειας		Συχνότητα αναφερθέντων συμβάντων	
	Beta (Standard Error)	P-Value	Beta (Standard Error)	P-Value
Προσδοκίες/Δράσεις προϊσταμένων	-0.014(0.097)	0,744	-0,075(0,113)	,079
Οργανωσιακή μάθηση/συνεχής βελτίωση	0,348(0.131)	0,011	-0,181(0,153)	,177
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων	-0.122(0.077)	0.114	0,034(0,091)	,662
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,326(0,067)	<0,0001	-0,064(0,079)	,376
Στελέχωση	0,149(0,099)	0,120	0,030(0,117)	,758
Υποστήριξη της Διοίκησης σε θέματα ασφάλειας	0.096(0.088)	0,263	0,062(0,104)	,470
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός του Νοσοκομείου	0.121(0.129)	0,394	0,564(0,134)	<0,0001
Μεταφορές και διακομιδές ασθενών	0.053(0.148)	0,750	0,726(0,148)	<0,0001
Ανοικτή επικοινωνία	0.208(0.076)	0,019	-0,080(0,090)	0,361
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,083(0,107)	0,469	-0,158(0,125)	0,168



### 2.3.3. Οι απόψεις των τεχνολόγων.

Όσον αφορά τους τεχνολόγους (Πίνακας 6) μόνο η μεταβλητή «συχνότητα αναφοράς λαθών» έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη «συνεργασία και την ομαδική συνεργασία εντός του νοσοκομείου» ( $\beta=1,170$ ,  $p<0.001$ ).

**Πίνακας 4.** Ευθύγραμμη παλινδρομική ανάλυση για την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με τη συνολική αντίληψη για την ασφάλεια και τη συχνότητα αναφοράς λαθών ανάμεσα στους τεχνολόγους-ακτινολόγους

Διαστάσεις Κουλτούρας ασφάλειας	Αντίληψη ασφάλειας		Συχνότητα αναφερθέντων συμβάντων	
	Beta (Standard Error)	P-Value	Beta (Standard Error)	P-Value
Προσδοκίες/Δράσεις προϊσταμένων	-0.041(0.138)	0,543	-0,025(0,0,150)	0,698
Οργανωσιακή μάθηση/συνεχής βελτίωση	0,096(0.138)	0,796	- 0,515(0,446)	0,207
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός τμημάτων	0.07(0.285)	0,981	0,063(0,331)	0,829
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	0,539(0,548)	0,364	-0,317(0,645)	0,604
Στελέχωση	0,212(0,602)	0,733	0,648(0,743)	0,352
Υποστήριξη της Διοίκησης σε θέματα ασφάλειας	-0,360(0.189)	0,079	-0,109(0,204)	0,552
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός του Νοσοκομείου	-0.110(0.218)	0,638	1,170(0,283)	0,01
Μεταφορές και διακομιδές ασθενών	0.053(0.148)		0,023(0,057)	0,956
Ανοικτή επικοινωνία	0.010(0.222)	0,968	0,008(0,032)	0,975
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	0,679(0,167)	0,006	-0,06(0,202)	0,780

### 3. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν σημαντικά συμπεράσματα όσον αφορά στο επίπεδο της κουλτούρας ασφάλειας που έχει αναπτυχθεί στο νοσοκομείο. Στόχος μίας τέτοιας έρευνας είναι τα ευρήματά της να δώσουν τη δυνατότητα στην ηγεσία του νοσοκομείου να εστιάσει κυρίως στα αδύναμα σημεία της κουλτούρας ασφάλειας, ώστε με σχεδιασμό στοχευμένων δράσεων τα όποια αδύναμα σημεία να ενισχυθούν προς όφελος της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή. Η παρούσα έρευνα εστιάζει σε συγκεκριμένους τομείς του νοσοκομείου (χειρουργείο, ΤΕΠ, ΜΕΘ και εργαστήρια ιοντιζουσών ακτινοβολιών). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδειξε ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στο πως ορισμένες διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη τους περί ασφάλειας και τη συχνότητα των αναφερθέντων συμβάντων. Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις των απόψεων των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τον τομέα στον οποίο εργάζονται. Ωστόσο η παραδοχή ότι οι απόψεις των ερωτώμενων της έρευνας αντανακλούν τη γενικότερη εικόνα κουλτούρας ασφάλειας του νοσοκομείου μένει να αποδειχθεί. Επομένως η συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας με αντίστοιχες στην Ελλάδα και το εξωτερικό πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτόν τον περιορισμό.

Το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων έλαβε η παράμετρος της κουλτούρας ασφάλειας «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» αντανακλώντας τη θετική άποψη των συμμετεχόντων για τις δυναμικές ενέργειες που πραγματοποιούνται, ώστε από τον εντοπισμό των λαθών να δημιουργούνται διαδικασίες και δράσεις που στόχο έχουν τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή. Ανάλογα θετικό κλίμα για τη συγκεκριμένη παράμετρο παρατηρήθηκε σε έρευνες που έγιναν στις ΗΠΑ (Jones et.al,2008), τη Σκωτία (Agnew et.al. 2010), την Κίνα (Nie et.al., 2013), το Λίβανο (El- Jardali et.al., 2010) και τη Σαουδική Αραβία (Alahmandi, 2010). Αντίστοιχη έρευνα σε 12 Ελληνικά Νοσοκομεία (Καπάκη,2015) ανέδειξε αυτή τη παράμετρο στη δεύτερη θέση (55.4%) μετά τη παράμετρο «Προσδοκίες και δράσεις προϊσταμένων-διευθυντών» (64%). Η συνεργασία και η ομαδική εργασία κρίνεται πολύ καλή τόσο σε επίπεδο νοσοκομείου (68 -75%), όσο και σε επίπεδο τμημάτων εντός του νοσοκομείου (64-72%) Η ομαδική εργασία αποτελεί βασικό στοιχείο των οργανισμών υγείας με θετικό κλίμα ασφάλειας (JCAHO,2002) και μάλιστα μέσα από αυτήν καλλιεργείται η αλληλεξαρτώμενη συνεργασία και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Καπάκη,2015).

Η «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» έλαβε ένα μεγάλο ποσοστό (53-66%), γεγονός που εκφράζει την ικανοποίηση των ερωτώμενων για την ενημέρωση που λαμβάνουν για τα λάθη και τα δυσμενή συμβάντα στο χώρο του νοσοκομείου. Έρευνα σε 680 νοσοκομεία στις ΗΠΑ (AHRQ, 2016) ανέδειξε αυτή τη παράμετρο σε ποσοστό 68%, ενώ σε αντίστοιχη έρευνα σε 12 Ελληνικά νοσοκομεία (Καπάκη, 2015) σε ποσοστό 52,2%.

Η παράμετρος «Διακομιδές και μεταβάσεις ασθενών» έλαβε ποσοστό θετικών απαντήσεων 59% μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό συγκριτικά με έρευνα του AHRQ το 2016 (48%) και της Καπάκη το 2015 (44.4%).

Οι απόψεις του προσωπικού σχετικά με την υποστηρικτική στάση των προϊσταμένων τους (θετικό ποσοστό 45 έως 51%) είναι σαφώς πιο κολακευτικές συγκριτικά με αυτή της Διοίκησης του νοσοκομείου (30 έως 33%) στα θέματα της προαγωγής της ασφάλειας των ασθενών του Νοσοκομείου. Μία ικανή ηγεσία που να στηρίζει έμπρακτα τους εργαζόμενους στα θέματα ασφάλειας και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της διασφάλισης των αναγκαίων πόρων είναι ο θεμέλιος λίθος για την υλοποίηση ενός θετικού κλίματος ασφάλειας (Yates et.al., 2005). Στο ίδιο πλαίσιο ενίσχυσης του θετικού κλίματος ασφάλειας πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια από την ηγεσία του Νοσοκομείου τόσο σε επίπεδο Διοίκησης όσο και σε επίπεδο τμημάτων να υπάρχει ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων για την καταγραφή των δυσμενών συμβάντων και λαθών, χωρίς το φόβο ότι θα καταγράφεται ο εργαζόμενος που έκανε το λάθος και όχι το ίδιο το λάθος. Είναι χαρακτηριστικό πως οι θετικές απόψεις των εργαζομένων για την «μη τιμωρητική στάση στα λάθη» λαμβάνει το μικρότερο ποσοστό (23-25%). Για να αντιστραφεί αυτή η εικόνα είναι ανάγκη τα λάθη να αντιμετωπίζονται από την ηγεσία ως «θησαυροί» που αν αξιοποιηθούν σωστά θα συμβάλλουν στην αξιοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Reason, 2000), τα λάθη να αποδίδονται στις δυσλειτουργίες του συστήματος και η όποια αποκατάσταση τους να γίνεται αντιληπτή από τους εργαζόμενους. Την εικόνα αυτή ενισχύει και το χαμηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων (μόλις 40%) που έλαβε η παράμετρος «συχνότητα αναφοράς δυσμενών συμβάντων» αντικατοπτρίζοντας την αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας στην αναφορά λαθών που εντοπίστηκαν αλλά τελικά δεν έβλαψαν τον ασθενή. Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κανένα σύστημα αναφοράς καταγραφής λαθών και δυσμενών συμβάντων στα ελληνικά νοσοκομεία.

Η υποστελέχωση που μαστίζει τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας φαίνεται πως απασχολεί σημαντικά και τους ερωτώμενους στην έρευνά μας. Μόλις το 27% των

νοσηλευτών έδωσαν θετική απάντηση στη παράμετρο «στελέχωση», γεγονός που σε συνδυασμό με το φόρτο εργασίας και τον υψηλό ρυθμό εργασίας μπορούν να αποτελέσουν βαρίδια στην ασφαλή φροντίδα και περίθαλψη των ασθενών. Πλήθος μελετών έχουν αποδείξει ότι η έλλειψη προσωπικού σχετίζεται με την εμφάνιση νόσων όπως πνευμονίας, αιμορραγίας γαστρεντερικού συστήματος κ.α (Hickam et.al., 2003, Lindrooth et.al., 2006). Από την άλλη η επάρκεια προσωπικού συνδέεται με τη μείωση του ποσοστού εμφάνισης λαθών στη φαρμακευτική αγωγή και με την ικανοποίηση των ασθενών (Blegen et.al., 1998).

Η συχνότητα καταγραφής των λαθών (σε ποσοστό 45% δεν δηλώνεται κανένα συμβάν) είναι μία παράμετρος που πρέπει να βελτιωθεί, καθώς το μικρό ποσοστό δυσμενών συμβάντων που δηλώνονται έχουν ως αποτέλεσμα να διαφεύγουν της προσοχής ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενούς.

Εστιάζοντας στις απόψεις μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών του προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι-ακτινολόγοι) παρατηρούμε πως αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την βαρύτητα των διαφόρων παραμέτρων-διαστάσεων που επηρεάζουν τη συνολική αντίληψη περί ασφάλειας του ασθενούς. Έτσι οι νοσηλευτές θεωρούν πως η στελέχωση και η ομαδική εργασία αποτελούν τους πυλώνες με τους οποίους θεμελιώνεται θετικά η αντίληψή τους για την ασφάλεια. Για τους γιατρούς η «ανοικτή επικοινωνία», « η μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και η «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» σχετίζονται θετικά με την συνολική αντίληψη των εργαζομένων για την ασφάλεια. Τέλος οι τεχνολόγοι-ακτινολόγοι εστιάζουν κυρίως στην παράμετρο της «ομαδικής εργασίας εντός του νοσοκομείου».

Η ευρεία χρήση του ερευνητικού εργαλείου παγκοσμίως μας δίνει τη δυνατότητα της συγκριτικής αξιολόγησης των ευρημάτων μας με άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στο διάγραμμα Χ παρουσιάζονται συγκριτικά με τη δική μας έρευνα τα αποτελέσματα του οργανισμού AHRQ που περιλαμβάνει μία βάση δεδομένων από 680 νοσοκομεία στις Η.Π.Α και από μία πρόσφατη έρευνα που παρουσιάζει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σε 12 ελληνικά νοσοκομεία (Καπάκη 2015). Από την εικόνα του διαγράμματος είναι σαφής υστέρηση των ελληνικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων έναντι των αμερικανικών στην ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας.

#### 4. Περιορισμοί της έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο HSOPSC, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι ένα πολύ ισχυρό εργαλείο εκτίμησης της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών τόσο σε επίπεδο νοσηλευτικού ιδρύματος, όσο και σε επίπεδο μεμονωμένου εργαστηρίου ή τμήματος. Στο πλαίσιο αυτό έγινε η εκτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας σε συγκεκριμένους νευραλγικούς τομείς του νοσοκομείου (χειρουργείο, ΜΕΘ, ΤΕΠ και μονάδες ιοντιζουσών ακτινοβολιών), στοχεύοντας σε υψηλή ανταπόκριση του προσωπικού, πράγμα το οποίο επετεύχθη (71,2%). Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς, οπότε μπορεί οι ερωτώμενοι να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ασφάλειας και ενδεχομένως να υπάρχει συστηματικό σφάλμα. Επίσης το δείγμα μας αναφέρεται σε συγκεκριμένες κατηγορίες προσωπικού, πρόκειται δηλαδή για δειγματοληψία ευκολίας με τους περιορισμούς που συνεπάγεται από στην έρευνα μας.

#### 5. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μία πλήρης έρευνα απαιτεί τη συμμετοχή και άλλων τμημάτων και εργαστηρίων καθώς και περισσότερων κατηγοριών προσωπικού (π.χ. τεχνικοί, διοικητικοί υπάλληλοι). Μπορεί επίσης να εμπλουτισθεί και με άλλες ερευνητικές μεθόδους, όπως η συνέντευξη ή η παρατήρηση, ώστε να μπορέσει ο ερευνητής να διεισδύσει περισσότερο στις απόψεις και αντιλήψεις των ερωτώμενων. Ενδιαφέρουσα θα ήταν η χρήση του εργαλείου σε ειδικά και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου η φύση της εργασίας και η σχέση εργασίας αντίστοιχα των εργαζομένων είναι διαφορετική. Τέλος κρίνεται χρήσιμη η επανάληψη μιας τέτοιας έρευνας, ειδικά μετά από κάποια παρέμβαση που αφορά θέματα ασφάλειας των ασθενών για να διαπιστώσουμε τη βελτίωση ή όχι του επιπέδου ασφάλειας των νοσηλευομένων.

## 6. Βιβλιογραφία

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (2014). Επαγγελματική εξουθένωση γιατρών, φροντίδα υγείας και ασφάλεια ασθενών. Δελτίο τύπου, Θεσσαλονίκη. Διαθέσιμο στο: <http://www.auth.gr/news/press/17641>

Θηραίος, Ε., Κεραμάρης, Ν. Χ., Καπλάνης, Σ. (2007). Ιατρικά λάθη: Νομικές, ηθικές, κοινωνικές και οικονομικές διαστάσεις. Τόμος Πρακτικών Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα.

Καπάκη, Β. (2015). Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα. Διδακτορική Διατριβή.

Καπάκη, Β. (2017). Εισαγωγή της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Διάλεξη στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. «Σχεδιασμός και Σιοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», ΕΚΠΑ, Ιατρική Σχολή.

Κάργα, Μ. (2009). Διαχείριση λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μπαμπινιώτης, Γ (2002). Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Β' έκδοση, κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε, Αθήνα.

Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α., Ρήγα, Μ. (2012). Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 11:577–592.

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Arndt, M. (1994). Research in practice: How drug mistakes affect self-system. *Nursing times*; 90, 15:27-30.

Bogner, M.S. (1994). *Human error in medicine*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Pub. Hillsdale New Jersey.

Brennan, T. Leape, L. Laird, N.M. Hebert, L. Localio, R. Lawers, A. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitals patients. Results of the Harvard medical practice study. *English J Med*: 324:(370-376).

Chief Medical Officer (2003). *Making amends*. Department of Health, Leeds.

Cooper, M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety science*; 36:111-136.

CSN EN 15224 (2016). *Quality management systems - EN ISO 9001:2015 for healthcare*

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessments*. Health Administration press, Michigan.

European Commission (2006). *Special Eurobarometer 241 – Medical errors*. European Commission.

Frontier Economics (2014). *Exploring the costs of unsafe care in the NHS*. Frontier Economics Ltd, London, 2014. Available at: <http://www.frontier-economics.com/documents/2014/10/exploring-the-costs-of-unsafe-care-in-the-nhs-frontier-report-2-2-2-2.pdf>

Glendon, A.I., Sharon, G., Clarke & Mckenna, E. (2006). *Human Safety and Risk Management*. Second Edition.

Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. *British Medicine Journal*; 320:781.

Holleman, G., Pot, E., Mintjes-de Groot, J., Achterberg, T. (2009). The relevance of team characteristics and team directed strategies in implementation of nursing innovations: a literature review. *Int J Nurs Stud.*; 46(9):1256-1264

International Organization for Standardization (2012). ISO 15189:2012 specifies requirements for quality and competence in medical laboratories.

International Organization for Standardization (2015). ISO 9001:2015. How to use it. ISBN 978-92-67-10640-3

International Organization for Standardization (2016). ISO 13485. Quality management for medical devices. ISBN 978-92-67-10658-8

Kamlesh Kumar, R. Shah & Peter T. Fitzroy (1998) A review of quality cost surveys, *Total Quality Management*, 9:6, 479-486, DOI: 10.1080/0954412988406

Kapaki, V., & Souliotis, K. (2018). Defining adverse events and determinants of medical errors in health care. In Dr. Stanislaw Stawicki (Ed.), *Vignettes in Patient Safety - Volume 3*. ISBN 978-953-51-6155-4.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer Health System*. National Academy Press.

Mearns, k., Whitaker, S. M. & Flin, R. Safety climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 41, 641-680.

Naessens, J.M., O'Byrne, T.J., Johnson, M.G., Vansuch, M.B., McGlone, C.M., Huddleston, J.M. (2010). Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. *Int J Qual Health Care.*;22(4):266-74.

Ntantana, A., Matamis, D., Savvidou, S., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G., Koulouras, V. (2017). Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.*;4 1:11-17. doi: 10.1016/j.iccn.2017.02.009. Epub 2017 Apr 10.

Philip B. Crosby, PB,. (1979). *Quality Assurance*. McGraw Hill Custom Publishing, New York (1979)



Porto, G.G. The risk manager's role in disclosure of medical error: seeing ourselves as others see us. (2001). *J Healthc Risk Manag.*;21(4):19-24.

Reason, J (1993). The Identification of Latent Organizational Failures in Complex Systems. *Verification and Validation of Complex Systems: Human Factors Issues* pp 223-237.

Reason, J (1998). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate. Aldershot

Reason, J. (2000). Human error: models and management *British Medicine Journal*; (7237):768-770

Salpigidis, I., Paliouras, D., Gogakos, A., Rallis, T., Schizas, N., Chatzinikolaou, F., Niakaw, D., Sarafis, P., Bamidis, P., Lazopoylos, A., Triadafyllidou, S., Zagoroulidis, P., and Barbetakis, N. (2016). Burnout syndrome and job satisfaction in Greek residents: exploring differences between trainees inside and outside the country. *Ann Transl Med*. 2016 Nov; 4(22): 444.

Sorra, J., Nieva, V., Famolaro T. (2007). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2007 comparative database report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;

Summaries of EU legislation (2014). Patient safety and the prevention of healthcare associated infections. Available at:

[http://eurlex.europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/european\\_health\\_strategy/sp0009\\_en.html](http://eurlex.europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0009_en.html).

Thomas, E., Petron, L. (2003). Measuring Errors and Adverse events. *J Gen Intern Med*; 18(1):61-67

Tsiga, E., Panagopoulou, E., Montgomery, A (2017). Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burnout Research.*; (6):1-8.

Vincent, C., Burnett, S., Cathey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare a framework to guide clinical teams and healthcare organizations in maintaining safety. *BMJ Quality & Safety*; 23Q670-677.

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too.

WHO (2009). Surgical Safety Checklist.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Ως «**δυσμενές συμβάν**» ορίζεται κάθε είδους λάθος, σφάλμα, ατυχές γεγονός, ατύχημα, παράλειψη ή απόκλιση από την ασφαλή νοσηλεία του ασθενούς, ανεξάρτητα αν επέφερε ή όχι βλάβη στον ασθενή.

Ως «**ασφάλεια ασθενούς**» ορίζεται η αποφυγή και πρόληψη τραυματισμών του ασθενούς ή δυσμενών συμβάντων που είναι απόρροια των διαδικασιών παροχής φροντίδας.

### Μέρος Α: Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα

Στην παρούσα έρευνα, ως «**Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα**» εκλαμβάνεται το γραφείο, τμήμα, τομέας ή κλινική του νοσοκομείου που εργάζεστε.

**Σε ποιο Εργασιακό Περιβάλλον/Τομέα/Μονάδα εργάζεστε; Σημειώστε με V την απάντησή σας.**

1.	Σε διαφορετικές μονάδες μέσα στο Νοσοκομείο	
----	---	--

2.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)	
----	-------------------------------------	--

3.	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)	
----	----------------------------------	--

4.	Εργαστηριακός Τομέας	
----	----------------------	--

iii.	Ακτινοδιαγνωστικό	
------	-------------------	--

v.	Αξονικός Τομογράφος	
----	---------------------	--

x.	Πυρηνική Ιατρική	
----	------------------	--

xii.	Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....	
------	----------------------------------	--

5.	Χειρουργικός Τομέας.	
----	----------------------	--

i.	Χειρουργικό.	
----	--------------	--

ii.	Αναισθησιολογικό.	
-----	-------------------	--

iii.	Ορθοπαιδικό.	
------	--------------	--

iv.	Καρδιοχειρουργικό.	
-----	--------------------	--

v.	Νευροχειρουργικό.	
----	-------------------	--

vi.	Ουρολογικό.	
-----	-------------	--

vii.	Γναθοχειρουργικό.	
------	-------------------	--

viii.	Θωρακοχειρουργικό.	
-------	--------------------	--

ix.	Οδοντιατρικό.	
-----	---------------	--

x.	Οφθαλμολογικό.	
----	----------------	--

xi.	Πλαστική χειρουργική.	
-----	-----------------------	--

xii.	ΩΡΛ	
------	-----	--

xiii.	Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....	
-------	----------------------------------	--

**Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία σας ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.**

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1.Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλον	1	2	3	4	5
2.Υπάρχει επαρκές προσωπικό για τη διεκπεραίωση της εργασίας	1	2	3	4	5
3.Όταν υπάρχει μεγάλος όγκος εργασίας που πρέπει να γίνει άμεσα, το προσωπικό εργάζεται ομαδικά για την ολοκλήρωση της	1	2	3	4	5
4.Υπάρχει σεβασμός ανάμεσα στους εργαζόμενους	1	2	3	4	5
5.Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από αυτές που διασφαλίζουν ασφαλή φροντίδα για τον ασθενή	1	2	3	4	5
6.Το προσωπικό εργάζεται δυναμικά για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	1	2	3	4	5
7.Αξιοποιείται περισσότερο προσωρινό προσωπικό από αυτό που διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενή.	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του	1	2	3	4	5
9.Τα λάθη οδήγησαν σε θετικές αλλαγές.	1	2	3	4	5
10. Από τύχη δεν συμβαίνουν σοβαρά λάθη.	1	2	3	4	5
11. Όταν υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας παρέχεται βοήθεια από άλλες Μονάδες.	1	2	3	4	5
12. Όταν δηλώνεται ένα δυσμενές συμβάν, υπάρχει η αίσθηση ότι καταγράφεται το άτομο και όχι καθαυτό το συμβάν	1	2	3	4	5
13. Όταν γίνονται αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.	1	2	3	4	5
14.Το προσωπικό εργάζεται όπως σε κατάσταση κρίσης προσπαθώντας να κάνει πολλά πράγματα γρήγορα.	1	2	3	4	5
15. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί προτεραιότητα ακόμα και όταν υπάρχει φόρτος εργασίας.	1	2	3	4	5

16. Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη του καταγράφονται στο προσωπικό του φάκελο	1	2	3	4	5
17. Υπάρχει πρόβλημα ασφάλειας του ασθενούς.	1	2	3	4	5
18. Οι διαδικασίες διεκπεραίωσης της εργασίας και το σύστημα εν γένει συμβάλλει στην πρόληψη δυσμενώς συμβάντων.	1	2	3	4	5

### Μέρος Β: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής της Μονάδας σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία σας ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τον Προϊστάμενος/Διευθυντής της Μονάδας σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Ο Προϊστάμενος/Διευθυντής σας...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1.Επιβραβεύει το προσωπικό με καλά λόγια όταν τηρούνται οι διαδικασίες ασφαλούς φροντίδας του ασθενούς	1	2	3	4	5
2.Λαμβάνει σοβαρά υπόψη του τις προτάσεις του προσωπικού για βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς.	1	2	3	4	5
3. Παροτρύνει το προσωπικό να εργάζεται γρηγορότερα όταν υπάρχει υπερβολικός φόρτος εργασίας και πίεση, ακόμη και όταν παραβλέπονται σημαντικές διαδικασίες ασφάλειας του ασθενούς.	1	2	3	4	5
4.Παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενούς.	1	2	3	4	5

### Μέρος Γ: Επικοινωνία

Πόσο συχνά τα παρακάτω γεγονότα λαμβάνουν χώρα στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1.Γίνεται συστηματική αξιολόγηση των αλλαγών που τίθενται σε εφαρμογή, βάσει δυσμενών συμβάντων που έχουν αναφερθεί	1	2	3	4	5
2. Το προσωπικό μιλά ελεύθερα όταν διαπιστώσει κάτι που επιδρά αρνητικά στη φροντίδα υγείας του ασθενούς	1	2	3	4	5
3. Το προσωπικό ενημερώνεται συχνά για τα δυσμενή συμβάντα που λαμβάνουν χώρα	1	2	3	4	5
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητήσει τις αποφάσεις ή τις ενέργειες των ανωτέρων του.	1	2	3	4	5
5 Το προσωπικό συζητά τρόπους πρόληψης δυσμενών συμβάντων ώστε να μην επαναληφθούν	1	2	3	4	5
6. το προσωπικό φοβάται να ρωτήσει όταν κάτι δεν φαίνεται σωστό.	1	2	3	4	5
<b>Μέρος Δ: Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων</b>					

Στο Εργασιακό Περιβάλλον/Μονάδα σας όταν λάβουν χώρα οι ακόλουθες περιπτώσεις δυσμενών συμβάντων πόσο συχνά αναφέρονται; Κυκλώστε την απάντησή σας.

Όταν συμβεί ένα λάθος...	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1... αλλά εντοπιστεί και διορθωθεί πριν επηρεάσει τον ασθενή.	1	2	3	4	5
2...αλλά δεν έχει πιθανότητα να βλάψει τον ασθενή.	1	2	3	4	5
3...που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή αλλά δεν τον επηρέασε.	1	2	3	4	5

**Μέρος Ε: Εκτίμηση Συνολικής Ασφάλειας του Ασθενούς**

Παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο ασφάλειας του ασθενούς συνολικά στο Εργασιακό Περιβάλλον/ Μονάδα σας επιλέγοντας με ν την απάντηση που σας εκφράζει

1.	Άριστο	
2.	Πολύ Καλό	
3.	Καλό	
4.	Μέτριο	
5.	Κακό	

**Μέρος ΣΤ: Το Νοσοκομείο σας.**

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε. Κυκλώστε την απάντησή σας.

Στο Νοσοκομείο σας...	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Η Διοίκηση εξασφαλίζει εργασιακό κλίμα που προάγει την ασφάλεια του ασθενούς	1	2	3	4	5
2. Υπάρχει ελλιπής συντονισμός μεταξύ των μονάδων	1	2	3	4	5
3. Η μεταφορά ασθενούς από τη μια Μονάδα στην άλλη συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα.	1	2	3	4	5
4. Συχνά σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας.	1	2	3	4	5
5. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων είναι δυσάρεστη.	1	2	3	4	5
6. Συχνά παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μονάδων.	1	2	3	4	5
7. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα για τη Διοίκηση.	1	2	3	4	5
8. Η Διοίκηση δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο μετά από την αναφορά κάποιου δυσμενούς συμβάντος.	1	2	3	4	5
9. Οι Μονάδες συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιοτικής φροντίδας υγείας στον ασθενή	1	2	3	4	5
10. Η αλλαγή βάρδιας είναι προβληματική για τον ασθενή.	1	2	3	4	5

**Μέρος Ζ: Αναφερόμενα Δυσμενή Συμβάντα**

Τους τελευταίους 12 μήνες πόσα δυσμενή συμβάντα έχετε αναφέρει; Επιλέξτε με √ την απάντηση που σας εκφράζει.

1.	Καμία αναφορά	
2.	1-2 αναφορές	
3.	3-5 αναφορές	
4.	6-10 αναφορές	
5.	11-20 αναφορές	
6.	21 αναφορές και άνω	

**Μέρος Η: Δημογραφικά Στοιχεία**

Οι κάτωθι πληροφορίες θα βοηθήσουν στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επιλέξτε με √ την απάντηση που σας εκφράζει.

1.	Φύλλο:	Άνδρας			Γυναίκα		
2.	Ηλικία						

3α	Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση;						
	1.	Δευτεροβάθμια (Δ.Ε)					
	2.	Τριτοβάθμια Τεχνολογική (Τ.Ε)					
	3.	Τριτοβάθμια Πανεπιστημιακή (Π.Ε)					

3β	Άλλες σπουδές:						
	1.	Ειδικότητα					
	2.	Μεταπτυχιακές Σπουδές					
	3.	Μεταπτυχιακές Σπουδές					
	4.	Ειδικότητα και Μεταπτυχιακές Σπουδές					
	5.	Ειδικότητα και Διδακτορικό Δίπλωμα					
	6.	Μεταπτυχιακές Σπουδές και Διδακτορικό Δίπλωμα					
	7.	Κανένα από τα παραπάνω					

**4. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε τι νομικού καθεστώτος είναι;**

1.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)	
2.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)	

**5. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε είναι:**

1.	Γενικό	
----	--------	--



2.	Ειδικό	
3.	Ογκολογικό	
4.	Πανεπιστημιακό	
5.	Ψυχιατρικό	

**6. Το Νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε έχει:**

1.	Μέχρι 99 κλίνες	
2.	Από 100 μέχρι 250 κλίνες	
3.	Από 251 μέχρι 400 κλίνες	
4.	Από 400 κλίνες και άνω	

**7. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο; .....**

**8. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα; .....**

**9. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο; ώρες**

**10. Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;**

1.	Ειδικευόμενος γιατρός	
2.	Ειδικός γιατρός	
3.	ΠΕ Νοσηλεύτης	
4.	ΤΕ Νοσηλεύτης	
5.	ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	
6.	ΥΕ Βοηθητικό προσωπικό	
11.	Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε .....	

**11. Από την θέση που κατέχετε ως εργαζόμενος στο συγκεκριμένο νοσοκομείο έχετε συνήθως άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή;**

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

**12. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη ειδικότητα ως επαγγελματίας;.....**

