



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

«Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε ένα Γενικό επαρχιακό
Νοσοκομείο της Ελλάδας »

«The patient safety culture in a General, Peripheral Hospital in Greece»

Όνομα φοιτητή: Ελένη Αγγελή

Επιβλέποντες Καθηγητές:

Κυριάκος Σουλιώτης, Αν. Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών και Πολιτικών
Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Αναπληρωτής Διευθυντής LSE Enterprise-Ομάδα Έρευνας Τεχνολογιών Υγείας

Βασιλική Καπάκη, Δρ. Πολιτικής Υγείας Μεταδιδακτορική Ερευνήτρια Πανεπιστήμιο
Πελοποννήσου

Αθήνα, 2019

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Σχεδιασμός και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Πολιτικής Υγείας της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Κυριάκου Σουλιώτη και της κα Βασιλικής Καπάκη Δρ. Πολιτικής Υγείας, Μεταδιδακτορικής Ερευνήτριας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Αποτελεί έργο συλλογικής προσπάθειας και θα ήταν δύσκολο να ολοκληρωθεί από ένα μόνο άτομο. Για το λόγο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανωτέρω καθηγητές τόσο για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος όσο και για την αδιάκοπη αρωγή και συμπαράστασή τους σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου. Παράλληλα, ευχαριστώ θερμά τον κ. Πέτρο Γαλάνη, Επιστημονικό συνεργάτη του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την άψογη συνεργασία και συμβολή του στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επιθυμώ, επίσης να ευχαριστήσω τους φίλους που μου συμπαραστάθηκαν σε όλη την πορεία ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου μεταπτυχιακού και με ενθάρρυναν σε κάθε δυσκολία να συνεχίσω την προσπάθεια, καθώς και όλους τους συναδέλφους συμφοιτητές μου που υπήρξαν συνοδοιπόροι μου στη πορεία αυτή και με τα σχόλια και τις γνώσεις τους συνέβαλλαν αποτελεσματικά στην άρση των δυσκολιών που ανέκυψαν. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω προς την οικογένειά μου και κυρίως τους γονείς μου Γεώργιο και Ιφιγένεια και τον αδερφό μου Νικόλαο για την διαρκή συμπαράστασή και εμπιστοσύνη τους στο πρόσωπο μου και την στήριξη των επιλογών μου σε υλικό και ηθικό επίπεδο. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα αφιερώνοντας χρόνο να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Η συμβολή τους θεωρείται πολύτιμη.

Περιεχόμενα

<u>Ευχαριστίες</u>	2
<u>Περίληψη</u>	7
Εισαγωγή.....	7
Σκοπός/Μέθοδος.....	7
<u>Abstract</u>	9
<u>1 Θεωρητική προσέγγιση</u>	10
1.1 Εισαγωγή.....	10
<u>1.2 Κουλτούρα ασφαλείας</u>	11
1.2.1 Η έννοια του όρου «Κουλτούρα» και «Κουλτούρα ασφαλείας»	11
1.2.2 Το κλίμα ασφαλείας – Διαφορές από την «Κουλτούρα ασφαλείας»	12
1.2.3 Θετική κουλτούρα ασφαλείας	14
<u>1.3 Η «Κουλτούρα ασφαλείας» στον χώρο της υγείας</u>	16
1.3.1 Ιδιαιτερότητες του χώρου υγείας.....	16
1.3.2 Ιατρικά λάθη και σφάλματα στην υγεία: εννοιολογική προσέγγιση	20
1.3.3 Διαχείριση λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων στην υγεία.....	21
1.3.4 Ο ανθρώπινος παράγοντας στα λάθη	22
1.3.5 Η ασφάλεια ασθενών στην Ελλάδα.....	24
<u>1.4 Ιστορική αναδρομή και διεθνείς δραστηριότητες σε θέματα ασφαλείας ασθενών</u>	25
1.4.1 Η.Π.Α	25
1.4.2 Ευρώπη.....	28
1.4.3 ΠΟΥ(WHO)	29
1.4.4 ΟΟΣΑ	30
<u>1.5 Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας στους οργανισμούς υγείας</u>	30
<u>2 Νοσοκομειακή έρευνα με την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών</u>	33
<u>2.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα</u>	33
<u>2.2 Υλικό - μέθοδος δειγματοληψίας</u>	33
2.2.1 Περιγραφή δείγματος	33
2.2.2 Ερωτηματολόγιο.....	36
2.2.3 Μεταβλητές υπόβαθρου	37
2.2.4 Επιλογή απαντήσεων.....	37
<u>2.3 Στατιστική ανάλυση</u>	40
<u>2.4 Αποτελέσματα</u>	43
2.4.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	43

2.4.2	Παράμετροι ασφαλείας ασθενούς	45
2.4.3	Συσχετίσεις	54
<hr/>		
2.5	Συζήτηση	93
2.6	Κοινοποίηση αποτελεσμάτων	98
2.7	Περιορισμοί της έρευνας και προοπτικές περαιτέρω μελέτης	99
2.8	Βιβλιογραφία	102
2.8.1	Ελληνική	102
2.8.2	Ξενόγλωσση	103
<hr/>		
3.	Παράρτημα	111

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Περιγραφή δείγματος.....	35
Πίνακας 2: Στοιχεία του ερωτηματολογίου για τα οποία μετρήθηκε η κουλτούρα ασφάλειας	38
Πίνακας 3: Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων	43
Πίνακας 4: Συντελεστές Cronbach's alpha για τις παραμέτρους ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου.	46
Πίνακας 5: Περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο.	47
Πίνακας 6: Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο σύμφωνα με τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων	51
Πίνακας 7: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».....	54
Πίνακας 8: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».	57
Πίνακας 9: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».	58
Πίνακας 10: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».....	60
Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».	61
Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».	63
Πίνακας 13: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».	63
Πίνακας 14: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».	66
Πίνακας 15: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».	67
Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».	69
Πίνακας 17: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».	70
Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».	72
Πίνακας 19: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».	73
Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».	75
Πίνακας 21: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».....	76

Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».....	78
Πίνακας 23: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση».....	79
Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση».	81
Πίνακας 25: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».	82
Πίνακας 26: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».....	84
Πίνακας 27: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».	85
Πίνακας 28: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».....	87
Πίνακας 29: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».	88
Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».	90
Πίνακας 31: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες.....	91
Πίνακας 32: Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς).....	92

Περίληψη

Εισαγωγή

Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα αποτελούν συχνό φαινόμενο κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης και η πρόληψη τους αποτελεί πρωταρχικό στόχο όλων των συστημάτων υγείας. Ως βασικό βήμα για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών είναι η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας στους επαγγελματίες υγείας. Δυστυχώς η έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα στα ελληνικά νοσοκομεία είναι περιορισμένη.

Σκοπός/Μέθοδος

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών σε ένα Γενικό επαρχιακό Νοσοκομείο της Ελλάδας. Το εργαλείο που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί ήταν η ελληνική μετάφραση του Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), ενός ερωτηματολογίου που αναπτύχθηκε επιμελώς για την μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 287 επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου. Το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) χρησιμοποιήθηκε για την διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας περιλαμβάνοντας τα περιγραφικά δεδομένα και τον έλεγχο αξιοπιστίας των παραμέτρων ασφάλειας.

Αποτελέσματα

Το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν 70,3%, ενώ τους περισσότερους συμμετέχοντες αποτελούσαν οι νοσηλευτές (31,2%). Το μεγαλύτερο μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών συγκέντρωσαν οι παράγοντες που σχετίζονταν με τις προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (54,6%), την οργανωσιακή μάθηση – συνεχή βελτίωση (52,1%) και τη συνολική αντίληψη της ασφάλειας (50,1%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αφορούσαν τους παράγοντες που σχετίζονταν με τη στελέχωση (17,5%), τη μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (20,5%), τη συνεργασία- ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (32,9%) και την υποστήριξη της διοίκησης σε θέματα ασφάλειας (33,8%). Οι επαγγελματίες υγείας με μεγαλύτερη εργασιακή προϋπηρεσία στον τομέα της υγείας εμφάνιζαν αρνητικότερη βαθμολογία στην κουλτούρα ασφάλειας ασθενών σε σχέση με όσους εργάζονταν λιγότερα έτη, ενώ όσοι εργάζονταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου είχαν πιο θετική στάση απέναντι στον

παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία» σε σχέση με τους εργαζόμενους στα άλλα τμήματα και επομένως θετικότερη κουλτούρα ασφάλειας.

Συμπεράσματα

Υπάρχουν εμφανείς αδυναμίες στη λειτουργία του νοσοκομείου με τα σημαντικότερα προβλήματα να εντοπίζονται στον τρόπο διοίκησης του και τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν σε αυτό. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη πρωτοβουλιών από τη Διοίκηση για τη βελτίωσή των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, δυσμενή συμβάντα, κλίμα και κουλτούρα ασφάλειας ασθενούς, αναφορά και διαχείριση λαθών, ελληνικό νοσοκομείο

Abstract

Background: Medical errors and adverse events are usual in public and private medical care and their prevention is an institution of every medical system. One of the first steps to improve patient safety is to assess safety culture in healthcare workers. Unfortunately, little research has been performed in this area in Greek hospitals.

Aim/Methods: The aim of the present study was to assess patient safety culture in a peripheral general hospital in Greece. The tool which had employed was the Greek translation of Hospital Survey on Patient Safety Culture, a rigorously designed questionnaire for measuring inpatient safety culture. The study included 287 healthcare workers of the hospital. Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS 23.0) was used to conduct the statistical analysis on survey data including descriptive statistics and reliability testing of safety parameters.

Results: The response rate was 70.1%. The highest average percent positive responses were for the categories: supervisor/manager expectations & actions promoting patient safety (54.6%), organizational learning-continuous improvement (52.1%) and general understanding of safety (50.1%), while the lowest were for: staffing (17.5%), non-punitive response to errors (20.5%) and teamwork across units (32.9%) and management support for patient safety (33.8%). Health care personnel with a longer employment history had an overall more negative assessment of patient safety culture while healthcare workers in intensive care unit had the best safety culture.

Conclusion: There are safety deficits in hospital functioning, with the most significant problems being identified in management and working conditions. Administrative initiatives are needed to improve working conditions for healthcare professionals.

Keywords: medical and nursing error (-s), adverse event (-s), patient safety culture, safety climate, error reporting, Greek hospital

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1 Θεωρητική προσέγγιση

1.1 Εισαγωγή

Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή συμβάντα αποτελούν συχνό φαινόμενο κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών διεθνώς, τόσο σε επίπεδο ιδιωτικής όσο και σε επίπεδο δημόσιας περίθαλψης (Παναγιώτου, 2015). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα τελευταία χρόνια ψυχικές ή σωματικές βλάβες που καταγράφονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αυξημένες λόγω περιορισμένων μέτρων και πολιτικών ασφάλειας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα το 20%-40% των συνολικών χρημάτων που δαπανώνται για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο να οφείλεται στη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2014b). Οι λοιμώξεις κατά την υγειονομική φροντίδα, η λανθασμένη ή ανεπαρκής διάγνωση, η καθυστέρηση στη θεραπεία, τα φαρμακευτικά λάθη και οι παραλείψεις στις διαδικασίες των χειρουργείων είναι οι πλέον συνήθεις αιτίες των ιατρικών λαθών ή δυσμενών συμβάντων που δύνανται να αποτραπούν. Η ασφάλεια των ασθενών επομένως, αποτελεί πλέον προτεραιότητα κάθε ηγεσίας όσον αφορά την πολιτική υγείας και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού αποτελεί μια καθοριστική παράμετρο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι πολιτικές υγείας που διαμορφώνονται θέτουν σαν στόχο την μείωση και την πρόληψη των δυσμενών συμβάντων στον χώρο των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ανάπτυξη θετικής κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών. Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στο χώρο του νοσοκομείου είναι ύψιστης σημασίας προκειμένου να αναπτυχθούν στρατηγικές για την βελτίωση της. Πρώτος ο Donabedian αρκετά χρόνια πριν συνέδεσε άμεσα την ασφάλεια του ασθενούς με την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνει και πρότεινε την αξιολόγηση της με κριτήρια δομής, διαδικασιών και αποτελεσμάτων. Αρκετά χρόνια αργότερα έγινε κατανοητή η αυξημένη σημασία της συνεχούς διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας μέσω της εφαρμογής ενός προγράμματος διαχείρισης των κινδύνων και των λαθών. Όμως παρά το γεγονός ότι η επίγνωση για τα θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης αυξάνεται διαρκώς αυτό δε μεταφράζεται σε αντίστοιχη έρευνα που θα μπορούσε να διευρύνει περαιτέρω τις γνώσεις μας για το θέμα με μεγάλης σημασίας συμπεράσματα (Altman et al, 2004).

1.2 Κουλτούρα ασφαλείας

1.2.1 Η έννοια του όρου «Κουλτούρα» και «Κουλτούρα ασφαλείας»

Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα την έννοια του όρου κουλτούρα ασφαλείας είναι απαραίτητο να αναλύσουμε αρχικά την έννοια του όρου κουλτούρα σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Η προσπάθεια αυτή κρίνεται ιδιαίτερος δύσκολη, καθώς ο όρος κουλτούρα λόγω των πολλαπλών παραμέτρων που εμπεριέχει έχει λάβει μια πληθώρα ορισμών σε διεθνές επίπεδο στο πέρασμα των ετών. Πρώτη φορά εμφανίζεται τον 15ο αιώνα μέσα από το λατινικό ρήμα «colere= καλλιεργώ» που χρησιμοποιήθηκε στην αγγλική, γαλλική και γερμανική γλώσσα για να δηλώσει τη διαδικασία καλλιέργειας της γης, ενώ τον 18ο αιώνα ο όρος μετεξελίχθηκε και δηλώνει πλέον την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος και την παιδεία σε πνευματικό επίπεδο (Williams, 1981). Στην ελληνική διάλεκτο ο όρος χαρακτηρίζει την *«πνευματική και ψυχική καλλιέργεια, ως αποτέλεσμα μακράς διαδικασίας μάθησης και εκπαίδευσης ή ως σύνολο γνώσεων, τεχνικών εξελίξεων, παραδόσεων, εθίμων, μορφών συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν ή συγκροτούν ένα ορισμένο κοινωνικό σύνολο»* (Λεξικό Κοινής Νεοελληνικής, 2007). Ο πιο ολοκληρωμένος ίσως ορισμός της κουλτούρας είναι αυτός που διατυπώθηκε από τον Μπουραντά (2002) και περιλαμβάνει *«ένα σύστημα αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό πλαίσιο αναφοράς συνδέει τους ανθρώπους προσδιορίζοντας το πώς να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πως το κάνουν, γιατί το κάνουν»*.

Έχοντας αποσαφηνίσει την ευρύτερη έννοια του όρου κουλτούρα, μπορούμε να εκλάβουμε σε ένα πληρέστερο επίπεδο την έννοια της κουλτούρας ασφαλείας. Η πρώτη φορά που εμφανίστηκε ο όρος αυτός ήταν το 1987, στην έκθεση του International Nuclear Safety Advisory Group (INSAG) σχετικά με το ατύχημα που συνέβη στο εργοστάσιο Chernobyl το 1986, προσπαθώντας να εξηγήσει πως η έλλειψη γνώσεων γύρω από την ασφάλεια κατέληξε σε μια τεραστίων διαστάσεων καταστροφή. Σύμφωνα με τα όσα διατύπωσε το INSAG λοιπόν *«Κουλτούρα ασφαλείας είναι εκείνο το σύνολο χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς ότι τα θέματα ασφαλείας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από τη σπουδαιότητα της»* (International Nuclear Safety Advisory Group, 2001). Από το σημείο αυτό και έπειτα υπήρξαν ποικίλοι ορισμοί για την έννοια της κουλτούρας ασφαλείας, χωρίς ωστόσο να υπάρξει ομοφωνία για έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό. Στον υγειονομικό χώρο, μια από τις σημαντικότερες προσπάθειες που έλαβε ευρείας αποδοχής και χρήσης στη διεθνή βιβλιογραφία είναι αυτός της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου σύμφωνα με την οποία ως κουλτούρα ασφαλείας ορίζεται *«το προϊόν των ομαδικών και ατομικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση,*

το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης της Υγιεινής και Ασφάλειας ενός Οργανισμού» (Human Engineering for the Health and Safety executive, 2005). Άρα, ο όρος κουλτούρα ασφάλειας χρησιμοποιείται εδώ και μια δεκαετία σε διεθνές επίπεδο για να αποδώσει το περιβάλλον στο οποίο η ασφάλεια νοείται ως η βασική προτεραιότητα σε έναν οργανισμό, αποτελεί δηλαδή ένα υποσύνολο του συνόλου της κουλτούρας του οργανισμού. Από το 1980, όλες οι έρευνες που έγιναν γύρω από θέματα κουλτούρας ασφάλειας, αν και όπως αναφέρθηκε δε κατόρθωσαν να αναδείξουν ένα κοινώς αποδεκτό ορισμό, εντούτοις κατέληξαν στο γεγονός ότι υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά του όρου που βρίσκονται στους περισσότερους ορισμούς και περιλαμβάνουν τις έννοιες των πεποιθήσεων, των αξιών και των νοοτροπιών που ενστερνίζεται μια ομάδα ατόμων. Οι Glendon et al (2006) υποστηρίζουν πως η κουλτούρα ασφάλειας είναι η πυξίδα μια εταιρείας αναφορικά με τον τρόπο συμπεριφοράς των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο. Παράλληλα όμως, η συμπεριφορά των εργαζομένων διαμορφώνεται ανάλογα με το ποιες συμπεριφορές απολαμβάνουν αποδοχής και επιβράβευσης (Glendon et al, 2006).

Συμπεραίνουμε λοιπόν πως είναι αυξημένης σημασίας να διερευνήσουμε την άποψη ενός οργανισμού σε θέματα κουλτούρας ασφάλειας αφού αυτή δρα αποφασιστικά στην απόδοση των εργαζομένων του αφού άτομα και ομάδες δεσμεύονται προσωπικά για την επίτευξη της. Όσον αφορά στον υγειονομικό χώρο, η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας κρίνεται ιδιαίτερος χρήσιμη για την βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Δύναται να συμβάλλει στη διερεύνηση συνθηκών που οδηγούν σε ανεπιθύμητες ενέργειες και σε βλάβες των ασθενών και στη δημιουργία παρεμβάσεων βελτίωσης της ασφάλειας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

1.2.2 Το κλίμα ασφαλείας – Διαφορές από την «Κουλτούρα ασφαλείας»

Το κλίμα ασφαλείας μελετήθηκε κυρίως τα τελευταία 10 έτη στις βιομηχανίες σε μια προσπάθεια να προβλεφθούν οι λιγότερο ασφαλείς συμπεριφορές και να βρεθεί η συχνότητα των τραυματισμών και των ατυχημάτων (Sexton et al, 2011).

Για πρώτη φορά ο όρος κάνει την εμφάνιση του το 1980 από τον Zohar που επιθυμεί να αναδείξει τις αντιλήψεις των εργαζομένων πάνω σε θέματα ασφάλειας στους οργανισμούς τους (Zohar, 1980). Πιο αναλυτικά, ο όρος αυτός χαρακτηρίζει τις αντιλήψεις που έχουν οι εργαζόμενοι για τις πολιτικές, τις διαδικασίες και τις πρακτικές που διαμορφώνονται σε έναν οργανισμό στο πλαίσιο που σχετίζεται με την αξία, τη σπουδαιότητα και την προτεραιότητα στην ασφάλεια του (Zohar, 1980; Huang et al, 2010). Επιπρόσθετα, η έννοια του κλίματος ασφαλείας αποτελεί ένα δείκτη για την κουλτούρα ασφαλείας που επικρατεί σε έναν οργανισμό σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Flin et al, 2000) και εμπεριέχει παράγοντες

σχετικούς με τη σθεναρή και προληπτική δέσμευση στην ασφάλεια των ασθενών (Sexton et al, 2006b). Με τον όρο σθεναρή χαρακτηρίζεται ο τρόπος που τα θέματα γύρω από την ασφάλεια του ασθενούς και τα ανεπιθύμητα συμβάντα καταγράφονται και αντιμετωπίζονται ενώ ο όρος δέσμευση χαρακτηρίζει τις στάσεις των στελεχών του οργανισμού σε θέματα αναφορικά με την ασφάλεια (Pronovost et al, 2005). Δύο ακόμη γενικοί ορισμοί του κλίματος ασφάλειας αναφέρονται από τον Guldenmud (2000). Ο πρώτος διατυπώθηκε από τον Niskanen ο οποίος ορίζει το κλίμα ασφάλειας ως «*το σύνολο των στάσεων που μπορεί να γίνουν αντιληπτές για ένα συγκεκριμένο έργο μέσα σε έναν οργανισμό οι οποίες είναι δυνατόν να προκύψουν από πολιτικές και πρακτικές που οι ίδιοι οργανισμοί επιβάλλουν στους εργαζόμενους και τους ανωτέρους τους*», ενώ ο δεύτερος διατυπώθηκε από τους Cabrera και συν (1995) και σχετίζεται με τις αντιλήψεις του οργανισμού που ταυτίζονται στα μέλη του και αναφέρονται στο εργασιακό περιβάλλον και τις πολιτικές ασφάλειας του οργανισμού (Guldenmud, 2000). Ουσιαστικά το κλίμα αποτελεί τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός συναλλάσσεται με τα μέλη του. (Szilagyi & Wallace, 1980).

Στον χώρο της υγείας, το κλίμα ασφάλειας σχετίζεται με την αντίληψη των εργαζομένων για τη προστασία των ασθενών από ιατρικά λάθη που ανακύπτουν κατά τη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψης και το περιβάλλον εργασίας (Blegen et al, 2005).

Οι έννοιες του κλίματος ασφάλειας και της κουλτούρας ασφάλειας εμφανίζουν άμεση σχέση (Yule, 2003). Η αλληλοσυσχέτιση αυτή καθιστά δύσκολο τον διαχωρισμό τους. Σε γενικές γραμμές η κουλτούρα διαμορφώνει το κλίμα και από την απόρροια του κλίματος εκδηλώνεται η κουλτούρα. Παρόλα αυτά όμως οι έννοιες αυτές, δεν ταυτίζονται αλλά διαφοροποιούνται σε σημαντικά σημεία αφού η κουλτούρα ασφάλειας σχετίζεται με πεποιθήσεις, αξίες και στάσεις που είναι υποκειμενικά όμοιες στον οργανισμό σε αντίθεση με το κλίμα ασφάλειας που εμφανίζει στενότερη σχέση με τις λειτουργίες του οργανισμού, αποτελεί στιγμιότυπο του και σχετίζεται με τις αντιλήψεις που υπάρχουν σε καθημερινό επίπεδο σχετικά με το περιβάλλον εργασίας, τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται σε αυτό, τις δραστηριότητες της διοίκησης και τη γενικότερη πολιτική του οργανισμού. Συνοπτικά μπορεί να λεχθεί ότι το κλίμα ασφάλειας πρεσβεύει τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της υποκείμενης κουλτούρας ασφάλειας. Τέλος, αξίζει να προστεθεί πως το κλίμα σχετίζεται με το στυλ διοίκησης που έχει ορίσει ο ηγέτης και στηρίζεται στις δικές του αξίες, δεξιότητες και ενέργειες, όπως και τις προτεραιότητες του ενώ, η κουλτούρα ενός οργανισμού αποτελεί μηχανισμό εναρμόνισης της ατομικής συμπεριφοράς των μελών του σε μια κοινή κατεύθυνση.

Αναμφισβήτητα πάντως, ο ρόλος του κλίματος ασφάλειας στο χώρο της υγείας φαίνεται να είναι αρκετά σημαντικός αφού παρέχει τη δυνατότητα μέσω της μέτρησης του στους

ασθενείς, να αποτυπώσει και «τις μετρήσιμες συνιστώσες της κουλτούρας ασφάλειας». Είναι δηλαδή, ένα εργαλείο που συμβάλλει στην αξιολόγηση τόσο των πρακτικών βελτίωσης όσο και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αφού ένα υψηλό επίπεδο κλίματος ασφάλειας αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη ασφαλούς περίθαλψης των ασθενών (Gehring et al,2015).

1.2.3 Θετική κουλτούρα ασφαλείας

Υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις που προσπαθούν να αναλύσουν συγκεκριμένες πολιτικές διοίκησης, με στόχο την πρόβλεψη της απόδοσης ασφάλειας (Mearns et al, 2003). Ένας ερευνητής ονόματι Reason (1998) υποστήριξε ότι «η ιδεατή κουλτούρα ασφάλειας είναι η μηχανή που οδηγεί το σύστημα στο στόχο να διατηρηθεί η μέγιστη αντίσταση εναντίον των επιχειρησιακών κινδύνων». Θεωρούσε επίσης ότι στο χρονικό διάστημα που η απόδοση ασφάλειας είναι καλή ο βέλτιστος τρόπος είναι να είμαστε προσεκτικοί «συλλέγοντας τις σωστές πληροφορίες». Πρακτικά, τονίζει την ανάγκη δημιουργίας μιας κουλτούρας ενημέρωσης και επικοινωνίας γενικότερα εντός του εργασιακού χώρου, γεγονός που χρειάζεται την επαγρύπνηση της Διοίκησης Ασφάλειας για τους παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα. Το σύστημα Διοίκησης της Ασφάλειας όμως διαδραματίζει έναν ενεργό ρόλο χωρίς να είναι απλά μια συνάθροιση πολιτικών και διαδικασιών. Αποτελεί τη μέθοδο με την οποία οι πολιτικές και οι διαδικασίες τίθενται σε εφαρμογή καθημερινά μέσα στον εργασιακό χώρο (Kennedy & Kirwan, 1995). Σύμφωνα με την Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας (2000) είναι σημαντικό η διοίκηση ασφάλειας να υπάρχει στο οργανωσιακό σύστημα και στην πρακτική διοίκησης (HSE,2005), και η ασφάλεια να είναι προτεραιότητα σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου.

Σε μια ανασκοπική έρευνα που περιελάμβανε 10 μελέτες και πραγματοποιήθηκε από τους Shanon και συν (1997) μελετήθηκε η συσχέτιση των οργανωσιακών παραγόντων και του ρυθμού δημιουργίας ατυχημάτων. Στην έρευνα αυτή αναδείχθηκαν κάποιοι παράγοντες – μεταβλητές που σχετίζονταν σταθερά με χαμηλό βαθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Η εκπαίδευση της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας
- Η καλή σχέση της Διοίκησης και των εργαζομένων
- Ο έλεγχος όποιων εργασιακών συμπεριφορών δεν είναι ασφαλείς
- Το χαμηλό ρυθμό αποχώρησης του προσωπικού από τον οργανισμό
- Τους ελέγχους για την ασφάλεια του εξοπλισμού

Όσον αφορά τις βέλτιστες πρακτικές διοίκησης ασφάλειας οι Mearns και συν (2003) φανερώνουν κάποια κοινώς αποδεκτά από την υπάρχουσα βιβλιογραφία θέματα, μερικά από τα οποία είναι:

- Υψηλή δέσμευση της διοίκησης στην ασφάλεια που θέτει την ασφάλεια ως προτεραιότητα στις διαδικασίες παραγωγής
- Υψηλού προφίλ ασφάλειας στις συνεδριάσεις που περιλαμβάνει την συμμετοχή των διοικητών σε αυτές και την ύπαρξη όρων ασφάλειας στις εργασιακές θέσεις
- Καλή επικοινωνία για θέματα ασφάλειας που εμπεριέχει τόσο την επίσημη όσο και την ανεπίσημη εργασία και τη συχνή επικοινωνία μεταξύ διοικητικών στελεχών και ανθρώπινου δυναμικού
- Εμπλοκή εργαζομένων μέσω ενδυνάμωσης, σωστής αντιπροσώπευσης και δέσμευσης στον οργανισμό

Έχουν δημιουργηθεί ποικίλα εργαλεία που ελέγχουν αν η διοίκηση ασφάλειας είναι επιτυχής καθώς η ανεπάρκεια της οδηγεί σε ατυχήματα. Σύμφωνα με τους Mearns και συν (2003) η διερεύνηση των ανωτέρω πρακτικών βοηθά στον έλεγχο του κλίματος ασφάλειας. Αξίζει να γίνει υπενθύμιση ότι η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού εμπεριέχει το σωστό συντονισμό του περιβάλλοντος εργασίας, του ανθρώπινου δυναμικού και των πρακτικών ασφάλειας και υγιεινής και ηγεσίας (Reason, 1998).

1.3 Η «Κουλτούρα ασφαλείας» στον χώρο της υγείας

1.3.1 Ιδιαιτερότητες του χώρου υγείας

1.3.1.1 Ο παράγοντας της αβεβαιότητας στην υγιεινή

Η ιατρική αποτελεί μια επιστήμη που λειτουργεί μέσα σε ένα περιβάλλον πολλών αστάθμητων παραγόντων, δηλαδή μέσα σε ένα περιβάλλον που το χαρακτηρίζει η αβεβαιότητα. Εύκολα κατανοούμε το γεγονός αυτό αν αναλογιστούμε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναμετρηθούν με τη διαφορετικότητα του κάθε ασθενούς όσον αφορά τα ατομικά του χαρακτηριστικά και τον τρόπο αντίδρασης του στη νόσο και την αντίστοιχη θεραπεία, τον πολύπλοκο χαρακτήρα της φυσιολογίας και της παθολογίας του ανθρώπου, ενώ οφείλουν να συμβαδίζουν με τη ραγδαία ανάπτυξη της επιστήμης και την επέκταση των διαθέσιμων θεραπειών, ξεπερνώντας πολλές φορές τα όρια που υποβάλλει η ανθρώπινη φύση τους. Επομένως, είναι πολλές φορές δυσχερής η ακριβής διάκριση των ορίων μεταξύ των αποφευκτών και αναπόφευκτων λαθών (Lester & Titter, 2001). Ο τρόπος με τον οποίο εκλαμβάνει το ιατρικό προσωπικό το λάθος κρίνεται σημαντικός προκειμένου να δημιουργηθεί μια στρατηγική ασφαλείας για τους ασθενείς. Για το λόγο αυτό ποικίλες έρευνες προσπαθούν να φωτίσουν διαφορετικές πτυχές αυτής της θέσης. Σύμφωνα με μία από αυτές, οι φοιτητές της ιατρικής καλούνται να αντιμετωπίσουν την ιατρική πραγματικότητα σε επαγγελματικό επίπεδο πολύ νωρίς. Αυτή απαιτεί τη διαχείριση μιας διαρκώς ανανεούμενης γνώσης πάνω σε ιατρικά θέματα εμπλουτισμένη με ποικίλες παραμέτρους που πρέπει να συνυπολογιστούν, γεγονός που κάνει στον ιατρό δυσδιάκριτη τη διαφορά μεταξύ των δικών του ορίων και των ορίων της γνώσης (Fox, 1957). Πώς λοιπόν οι αβεβαιότητες αυτές μπορεί να είναι διαχειρίσιμες από τους ιατρούς σε τόσο πρώιμα στάδια και ποια επίδραση έχουν στον τρόπο σκέψης και λειτουργίας των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας;

Στο ερώτημα αυτό έρχεται να δώσει απάντηση μια έρευνα κοινωνιολογικού ενδιαφέροντος που υποστηρίζει ότι αυτές οι αβεβαιότητες δημιουργούν ένα αίσθημα τρωτότητας σε προσωπικό επίπεδο στους ιατρούς και τους καλλιεργούν την πεποίθηση πως το λάθος είναι αναπόφευκτο. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα το βίωμα κοινών καταστάσεων σε συναισθηματικό επίπεδο δημιουργεί στους γιατρούς ένα αίσθημα κατανόησης μεταξύ τους και συγχώρεσης του λάθους. (Rosental, 1995).

Σίγουρα το ιατρικό επάγγελμα είναι συνυφασμένο με καταστάσεις στις οποίες επικρατεί η αβεβαιότητα. Αυτό όμως δεν αποτελεί συνθήκη ικανή να δικαιολογήσει τα ιατρικά λάθη. Αντίθετα, είναι αναγκαία η ανεύρεση ενός τρόπου ώστε να διαχειριστεί αποτελεσματικά η

αβεβαιότητα στον ιατρικό χώρο. Στο στάδιο αυτό, μείζονος σημασίας είναι να υπάρξει ενσυναίσθηση στις εμπειρίες που βιώνουν οι ιατροί καθώς : «Η αυξημένη κατανόηση της πραγματικότητας προωθεί τη βαθύτερη και συνεχιζόμενη διερεύνηση της γνώσης και της πρακτικής στα όρια της αβεβαιότητας όπου αυτό είναι δυνατό» (Rosental, 1999). Άλλες πιο ενεργητικές στρατηγικές για την καταπολέμηση της ιατρικής αβεβαιότητας είναι οι αλλαγές στις διαδικασίες επαγγελματικής ανάπτυξης, ο εμπλουτισμός της ύλης που διδάσκεται στις σχολές, η ενίσχυση της εκπαίδευσης στη συνεργασία, την επικοινωνία, η μάθηση βάσει προβλημάτων (problem-based learning), η ιατρική πρακτική βάσει αποδείξεων (evidence-based practice) και οι τεχνικές διερεύνησης λαθών και μάθησης από αυτά.

1.3.1.2 Αλληλεπίδραση σε επιστημονικό επίπεδο

Η Αμερικάνικη Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανισμών Υγείας σε μια προσπάθεια της να προάγει την πρόληψη των λαθών στα πλαίσια μιας στρατηγικής που αποσκοπεί στην υιοθέτηση της κουλτούρας ασφάλειας συνιστά την συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των συμμετεχόντων σε μια ομάδα εισάγοντας ένα μοντέλο φροντίδας γνωστό με τον όρο συνεργατικό (collaborative care model) (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002). Στο μοντέλο αυτό προωθείται η ενεργητική συμμετοχή των ασθενών στις θεραπευτικές διαδικασίες και διατηρείται συνεργατική σχέση τόσο μεταξύ των εργαζομένων όσο και μεταξύ των ασθενών και των συγγενών τους. Σε αυτό μεγάλης σημασίας είναι η συμβολή της επικοινωνίας μεταξύ των συμμετεχόντων που οφείλει να είναι ανεμπόδιστη και συνεχής. Άλλωστε είναι γνωστό ότι «οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης» (Cooper, 2000).

Είναι σημαντική η συμβολή της κουλτούρας του οργανισμού στην ενίσχυση ή στην αποδυνάμωση του κλίματος συνεργασίας μεταξύ των μελών του περιβάλλοντος στο οποίο επιδρά (Liedtka & Witten, 1998).

1.3.1.3 Έμφαση στην ποιότητα

Η κουλτούρα ασφάλειας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κουλτούρα ποιότητας αφού ένας οργανισμός που διακατέχεται από τις αρχές της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας δύναται ευκολότερα να επιτύχει στο περιβάλλον του την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών. Νοσοκομεία που αποσκοπούν στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους είναι πιθανό δέχονται την κουλτούρα ασφάλειας ευκολότερα, έχοντας μικρότερες αντιστάσεις στις αλλαγές που ενδεχομένως αυτή επιφέρει. Στον όρο συνεχής βελτίωση της ποιότητας εμπεριέχονται διαδικασίες ελέγχου των εργασιών και των σχέσεων μεταξύ των μελών του

οργανισμού, ώστε να ενδυναμωθεί η αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή φροντίδας. Άμεσος σκοπός είναι η ελαχιστοποίηση αν όχι η πλήρης εξάλειψη των λαθών. Βασικό εργαλείο συνεχούς βελτίωσης ποιότητας είναι το μοντέλο του Deming PDCA (Plan-Do-Check-Act) που εξετάζει τις αλλαγές και αναλύει την αποτελεσματικότητα τους στις συνθήκες του περιβάλλοντος εργασίας που υπάρχουν τη δεδομένη χρονική στιγμή. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι οργανισμοί που έχουν ενσωματώσει κουλτούρα ποιότητας έχουν και τη βέλτιστη οργανωσιακή αποτελεσματικότητα, δίνουν δηλαδή έμφαση στην πρόληψη των λαθών. Επιθυμητή ενοποίηση της κουλτούρας ασφάλειας και της κουλτούρας ποιότητας αποτελεί η υιοθέτηση της ασφάλειας ως βασική διάσταση της ποιότητας, να τεθεί σε προτεραιότητα και να εμπλέξει τεχνικές ασφάλειας και ποιότητας στην οργανωσιακή στρατηγική (Shiff & Rucker, 2001; Vincent, 1997).

1.3.1.4 Μάθηση

Η ασφάλεια είναι το αποτέλεσμα της διαδικασίας της μάθησης σε οργανωσιακό επίπεδο και εμπριέχει τα στοιχεία ενός οργανισμού που δουλεύει συνεργατικά προς την επίτευξη του σκοπού αυτού. Άλλωστε σύμφωνα με τον Garvin (1993), ο οργανισμός που μαθαίνει είναι *«... εκπαιδευμένος στη δημιουργία στην απόκτηση και στη μεταφορά της γνώσης αλλά και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ώστε να αντανακλά τη νέα γνώση..»*

1.3.1.5 Μη τιμωρητικό περιβάλλον

Ένα περιβάλλον που ως βασικός σκοπός της διερεύνησης των ατυχημάτων δεν τίθεται η ανάδειξη των ατόμων που είναι υπεύθυνοι του λάθους και η τιμωρία τους, αλλά η κατανόηση των αδυναμιών του συστήματος συντελεί στην ανάπτυξη της μάθησης που βασίζεται στην κρίση των ατόμων. Η τιμωρητική αντίδραση όχι μόνο συμβάλει στην απόκρυψη των λαθών, προάγοντας το αίσθημα του φόβου και του στιγματισμού, αλλά αποτελεί εμπόδιο στην βελτίωση των διαδικασιών ενός οργανισμού γεγονός που υποστηρίζεται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αφού *«Η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ό τι είναι απαραίτητο για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών»* (Leape, 2000). Αυτό αναδεικνύεται επίσης και σε μια έρευνα που μελέτησε διαφορετικές ομάδες επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν στο χειρουργείο και είχαν παρόμοια εργασιακή εμπειρία. Διαπίστωσαν πως η ομάδα που είχε τα λιγότερα εμπόδια στην επικοινωνία είχε πλεονέκτημα στην απόκτηση γνώσης (Carroll & Edmondson. 2002). Όπως τόνισε και ο Hansen (2000) *«ένας οργανισμός δε θα βελτιώσει τις διαδικασίες του αν θεωρεί ότι το προσωπικό του αποτελεί το πρόβλημα».*

1.3.1.6 Ανάγκη για ευελιξία

Η ευέλικτη σκέψη είναι απαραίτητη για τη διαδικασία μάθησης των οργανισμών αφού τους βοηθά να μάθουν μέσω « ...σχεδιασμού του πώς θα χρησιμοποιήσουν αυτό που ήδη ξέρουν ώστε να προχωρήσουν πέραν αυτού που επί του παρόντος σκέφτονται » (Bruner, 1983). Αυτό συμβαίνει διότι οι οργανισμοί δεν δύνανται να γνωρίζουν ακριβώς τα προβλήματα που θα ανακύψουν, ούτε τους βέλτιστους τρόπους επίλυσης τους ή τα άτομα θα αναλάβουν να ασχοληθούν με τις διαδικασίες αυτές (Weick, 1993). Έτσι, οργανισμοί που έχουν αυξημένη ικανότητα στην απόκτηση γνώσης είναι όσοι έχουν ανοιχτή σκέψη και θεωρούν ότι δε δύνανται να γνωρίζουν τα πάντα λόγω της αβεβαιότητας, της πολυπλοκότητας και της ρευστότητας του που υπάρχει στο περιβάλλον τους (Maecham, 1993).

1.3.1.7 Γνώση μέσω αποδείξεων

Τα λάθη σε ιατρικό επίπεδο στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας είναι υπαρκτά ακόμη και στη σύγχρονη εποχή που χαρακτηρίζεται από την ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και την ευρεία θεωρητική διάδοση των νεοαποκτηθέντων γνώσεων, γεγονός που καθιστά το επιστημονικό επίπεδο των υπηρεσιών υγείας υψηλό. Αυτό πιθανώς συμβαίνει λόγω της αποτυχίας μεταλαμπάδευσης της γνώσης που βασίζεται στην απόδειξη (evidence-based knowledge). Άλλωστε, «Ένας από τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός οργανισμού υγείας αφοσιωμένου στην απόκτηση γνώσης θα πρέπει να είναι ο συνδυασμός της επιστημονικής γνώσης και της κλινικής πρακτικής». (Leape, 2000). Από της απαρχές της ύπαρξης της η ιατρική συνδυάζει τα χαρακτηριστικά τέχνης και επιστήμης. Η εξέλιξη της επήλθε μέσα από μεθόδους παρατήρησης και πειραμάτων ενώ τα λάθη που έγιναν βοήθησαν στην ανάδειξη των θεραπευτικών πρακτικών των ασθενειών που θεωρήθηκαν ως βέλτιστες ήταν όμως βασισμένες σε περιορισμένο γνωστικό επίπεδο (Paget, 1998).

Η επέκταση της γνώσης, όμως που ακολούθησε τα επόμενα χρόνια είχε σαν αποτέλεσμα να αναδειχθούν νέες ιατρικές πρακτικές που στηρίζονταν σε σίγουρες αποδείξεις. Παρόλα αυτά, υπάρχουν διαδικασίες που εξακολουθούν να επιλέγονται αν και είναι γνωστό ότι δεν είναι κατάλληλες ή ότι το όφελος τους είναι αμφισβητήσιμο. Παράλληλα δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις νοσούντων στους οποίους δεν παρέχεται η ενδεδειγμένη φροντίδα ή οι θεραπείες που είναι αποδεδειγμένα ωφέλιμες για αυτούς (Carroll & Edmondson, 2002). Ο κύριος σκοπός της ιατρικής πρακτικής που βασίζεται σε αποδείξεις είναι να θεμελιώσει τις πρακτικές που είναι επιβεβαιωμένο ότι αποτελούν αναντικατάστατα βήματα στην παροχή φροντίδα των ασθενών και η εφαρμογή τους έχει θετικά αποτελέσματα στην πορεία της υγείας τους. Αναμφισβήτητο παραμένει το γεγονός πως οι διαφορές στις ιατρικές πρακτικές και τα λάθη εξακολουθούν να υφίστανται για ποικίλες αιτίες. Κάποιοι θεωρούν ότι ο λόγος για τη μη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών είναι η αντίσταση των οργανισμών στην αλλαγή ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι ίσως ευθύνεται η άγνοια των επαγγελματιών υγείας και

η ελλιπής ενημέρωση τους για τις νέες οδηγίες και τους τρόπους εφαρμογής τους. Ίσως είναι πιθανό να υπάρχει διαφωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας για τα αποτελέσματα των οδηγιών ή να υπάρχει από μέρος ορισμένων περισσότερη πίστη σε άλλες, εναλλακτικές πρακτικές (Solberg, 2000). Σύμφωνα με τη γνώμη ειδικών : « είναι περισσότερο αποτελεσματικό να δημιουργείς συστήματα που υποστηρίζουν την επιθυμητή κλινική συμπεριφορά παρά να προσπαθείς να αλλάξεις την ατομική συμπεριφορά των γιατρών» (Solberg, 2000). Μερικές φορές είναι αναγκαίο οι οδηγίες αυτές να προσαρμόζονται στις τοπικές συνθήκες προκειμένου να υποστηριχθούν και να ενσωματωθούν από τους επαγγελματίες υγείας. Αν επιθυμεί ένας οργανισμός να έχει επιτυχή έκβαση η προσπάθεια ενσωμάτωσης των κατευθυντήριων οδηγιών στην πράξη πρέπει αρχικά να υπολογίσει παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό όπως πόροι, εσωτερικές ικανότητες, προτιμήσεις των ασθενών, υλοποίηση υποδομών και δυνατότητες εφαρμογής σε όλες τις υποομάδες ασθενών (Gross, 2000). Οι στρατηγικές που εφαρμόζονται για να προωθηθούν οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Πιο αποτελεσματικές είναι οι στρατηγικές πολλαπλής ολοκλήρωσης αντί των μεμονωμένων (singular) προσεγγίσεων, ιδίως στις πιο πολύπλοκες περιπτώσεις (Laffel, 1993).

Είναι απαραίτητο οι ίδιοι οι οργανισμοί να αναγνωρίζουν την ανάγκη ενσωμάτωσης της γνώσης που στηρίζεται σε αποδείξεις και να καταλάβουν πώς αυτή απεικονίζει τη βέλτιστη για τη δεδομένη χρονική στιγμή πρακτική και παράλληλα να προσπαθούν να προβάλλουν νέες ιδέες. «Θα έπρεπε να υπάρχει δέσμευση στη φροντίδα υγείας βάσει αποδείξεων με διαδικασίες που θέτουν τις κατεστημένες πρακτικές σε συστηματική επαναξιολόγηση» (George et al, 2002).

1.3.2 Ιατρικά λάθη και σφάλματα στην υγεία: εννοιολογική προσέγγιση

Ο ακριβής διαχωρισμός των εννοιών σφάλμα και λάθος δεν είναι εύκολος καθώς υπάρχει δυσχέρεια στην ακριβή εννοιολογική αποσαφήνιση των δύο όρων στην ελληνική γλώσσα, και έλλειψη καθορισμένου θεωρητικού πλαισίου (Δεσποτόπουλος,2000).

Ετυμολογικά, ο όρος λάθος προέρχεται από το ρήμα λανθάνω που σημαίνει διαφεύγω την προσοχή, μένω άγνωστος. Στην ελληνική γλώσσα το ίδιο νόημα μπορεί να αποδοθεί και με τη λέξη σφάλμα. Το σφάλμα έχει τις ρίζες του στο ρήμα σφάλλω που σημαίνει βλάπτω, νικώ, καταρρίπτω, κάνω κάποιον να παραπατήσει (Δεσποτόπουλος,2000).

Σε γενικές γραμμές, η έννοια του λάθους στην καθημερινή πράξη χρησιμοποιείται για να ορίσει κάτι που αποκλίνει από το «ορθό», δηλαδή από μια συμπεριφορά/νόρμα που είναι αποδεκτή ή κάτι που παραβιάζει τις αρχές της κοινωνικής, ηθικής ζωής με απρόβλεπτες συνέπειες (Αθανασίου,2000· Γκότοβος,1997· Φραγκουδάκη, 1987). Σύμφωνα με τον

Μπαμπινιώτη (2002), η λέξη λάθος σημαίνει την απόκλιση από το «ορθό», ενώ η λέξη σφάλμα αναφέρεται σε κάτι που δεν πραγματοποιείται με το σωστό τρόπο. Όσον αφορά την έννοια του λάθους στον τομέα της υγείας περιλαμβάνεται και αυτή του ανεπιθύμητου συμβάντος. Τα είδη των λαθών που τελούνται στο χώρο της υγείας δύνανται να είναι λάθη πρακτικής, λάθη εκτέλεσης και λάθη παράλειψης και προκαλούνται δυνητικά από όλα τα μέλη μιας υγειονομικής ομάδας. Η έννοια του ιατρικού λάθους αναφέρεται στο ανεπιθύμητο γεγονός που θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί μέσω της εφαρμογής κατάλληλων γνώσεων. Ένας σαφής και ολοκληρωμένος ορισμός για το ιατρικό λάθος είναι ο ακόλουθος : ως ιατρικό λάθος ορίζεται *«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 περαιτέρω επιβάρυνση αφενός της κατάστασης της υγείας του ασθενούς αφετέρου του συστήματος παροχής υγειονομικής φροντίδας»* (Καπάκη & Σουλιώτης, 2015). Επίσης στην κατηγορία του λάθους ανήκουν και οι περιπτώσεις που δεν έχει επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα όπως είχε οριστεί κατά την παροχή φροντίδας (Brennan, 1991; Μπαμπινιώτης, 2002; Κάργα, 2009).

Τέλος, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) των Η.Π.Α., ως δυσμενές συμβάν (adverse event) ορίζεται η εντοπισμένη βλάβη ή επιπλοκή που προκαλείται στους ασθενείς από την ιατρική φροντίδα, δεν οφείλεται στην επικείμενη νόσο του ασθενούς και οδηγεί σε αναπηρία, σε παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο ακόμη και σε θάνατο (IOM,2000)

1.3.3 Διαχείριση λαθών και ανεπιθύμητων συμβάντων στην υγεία

Λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου της υγείας κατανοούμε την ανάγκη για τη βέλτιστη διαχείριση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων.

Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων στην υγεία, αυτή που εστιάζει στη διαχείριση τους σε ατομικό επίπεδο και αυτή που τα διαχειρίζεται σε επίπεδο συστήματος-νοσοκομείου (Reason, 2000). Αναλυτικότερα, στην πρώτη περίπτωση δίνεται έμφαση στην ανεύρεση του αιτίου του λάθους και των εμπλεκόμενων σε αυτό εργαζομένων και γίνονται προσπάθειες διόρθωσης των επιπτώσεων που αυτό είχε στον ασθενή. Επίσης είναι σημαντικό να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την αποφυγή όμοιων λαθών. Προφανώς η τιμωρητική αντίδραση προς επαγγελματίες υγείας που ευθύνονται για το λάθος δεν αποτελεί οριστική λύση καθώς αυτό που ουσιαστικά επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό είναι να πληγεί η επικοινωνία μέσα σε ένα κλίμα φόβου για την τιμωρία, ενώ δεν αποκλείεται η επανάληψη του ίδιου λάθους από άλλους εργαζόμενους σε μεταγενέστερο χρόνο. Αντιθέτως, είναι επιθυμητή η δημιουργία μιας γέφυρας

επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (τόσο των συναδέλφων όσο και των ανώτερων) που θα προάγει τη συζήτηση και θα συμβάλλει στην αύξηση της υπευθυνότητας των εργαζομένων. Άρα, είναι απαραίτητο να δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση των εργαζομένων ώστε αυτοί να επιδείξουν συναδελφικότητα σε παρόμοιες καταστάσεις λαθών χωρίς το φόβο κατηγοριών και να λειτουργούν βάση καθορισμένων πρωτοκόλλων συμβατών με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση στην επιτέλεση της εργασίας τους. (Arndt, 1994; Bogner, 1994; Wu, 2000; Reason, 2000; Κάργα, 2009).

Αναφορικά με τη δεύτερη περίπτωση, έχουμε τη διαχείριση των λαθών σε επίπεδο συστήματος (νοσοκομείου στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας). Εδώ, τα λάθη λαμβάνονται ως μέρη του συστήματος –νοσοκομείου και όχι ενός μεμονωμένου ατόμου-εργαζόμενου. Αναλύονται οι εργασιακές συνθήκες του νοσοκομείου, διερευνούνται τα αίτια και ο τρόπος που ανακύπτουν τα λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα, και γίνεται προσπάθεια να ληφθούν προληπτικά μέτρα για την αποτροπή όμοιων καταστάσεων στο μέλλον. Δίνεται έμφαση δηλαδή στο γεγονός ότι το συγκεκριμένο σύστημα και ο τρόπος λειτουργίας του ανεπαρκεί είτε λόγω ελλείψεων στις υποδομές του, είτε λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης και επιστημονικής κατάρτισης των εργαζομένων του, είτε λόγω μειωμένου συντονισμού των δραστηριοτήτων κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών φροντίδας ή λόγω μη ύπαρξης συστημάτων ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται. Δυστυχώς, η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας στη σημερινή εποχή καθιστά την καταγραφή και τον έλεγχο των λαθών μια ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία. (Reason 2000; Κάργα 2009).

1.3.4 Ο ανθρώπινος παράγοντας στα λάθη

Τα ιατρικά λάθη, όταν πραγματοποιούνται δεν είναι ευχάριστα τόσο για τον πάσχοντα όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Στη βιβλιογραφία είναι εμφανής η ύπαρξη υπεροχής των μελετών που σχετίζονται με τις συνέπειες των ιατρικών λαθών στους ασθενείς σε σχέση με τα προβλήματα που επιφέρουν τα λάθη στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας.

Μέσα στην ιατρική κοινότητα η διενέργεια λαθών κατά την νοσηλεία και την αντιμετώπιση των περιστατικών αποτελεί «ταμπού» και σπάνια τα ζητήματα που σχετίζονται με το θέμα αυτό έρχονται σε διάλογο. Έτσι, πολλαπλές ευκαιρίες μάθησης μέσα από αυτά παραμένουν ανεκμετάλλευτες. Τα ιατρικά λάθη και τα ανεπιθύμητα συμβάντα λειτουργούν ανασταλτικά στην ψυχολογική και επαγγελματική ευημερία των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης μειώνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ενώ αυξάνουν το κόστος σε αυτές. Ο WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) το 2014 αναφέρει ότι στον ανεπτυγμένο κόσμο το ένα δέκατο των ασθενών αντιμετωπίζει τον κίνδυνο να υποστεί την ανεπιθύμητη ενέργεια ενός λάθους ή ενός ανεπιθύμητου συμβάντος (WHO,2014a). Από τους

νοσηλεύομενους ασθενείς στις αναπτυγμένες χώρες οι επτά πιθανώς να πάθουν κάποια ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, αριθμός που ανέρχεται στους δέκα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι αριθμοί αυτοί δεν μπορούν να αγνοηθούν λόγω της αυξημένης πιθανότητας αρνητικών επιπτώσεων για την υγεία των πασχόντων. Κάποιοι από τους συχνότερους αιτιολογικούς παράγοντες των λαθών που συμβαίνουν στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα πολύπλοκα και δυσλειτουργικά συστήματα υγείας, η χρονική πίεση και ο αυξημένος φόρτος εργασίας των εργαζομένων, η λανθασμένη χρήση ιατρικών συσκευών, οι ελλειψείς ή οι ψευδείς πληροφορίες ιστορικού του ασθενούς, η έλλειψη των απαραίτητων ετικετών στα φαρμακευτικά σκευάσματα, οι παράγοντες του περιβάλλοντος εργασίας (θόρυβος, φωτισμός), και η ελλιπής εκπαίδευση των εργαζομένων.

Οι διοικούντες των νοσοκομείων οφείλουν να στέκονται υποστηρικτικά απέναντι στους επαγγελματίες υγείας που έχουν επιτελέσει το οποιοδήποτε σφάλμα, βλέποντας τους σαν δευτεροπαθείς πληγέντες μετά τον ασθενή ο οποίος το υπέστη (Elwahab et al,2014).

Στον Ελλαδικό χώρο, οι ιατρικές ειδικότητες που είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες ενός ιατρικού λάθους είναι κατά βάση οι χειρουργικές ειδικότητες και πιο συγκεκριμένα αυτές της Γενικής Χειρουργικής και της Μαιευτικής-Γυναικολογίας ενώ αυξημένο ποσοστό έχουν και οι ειδικότητες της Ορθοπαιδικής και της Παθολογίας (Πολάλης και συν.,2012).

Οι αρνητικές επιπτώσεις των λαθών κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης κατέστησαν τα τελευταία έτη αυξημένη την αναγκαιότητα για καλύτερη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στον τομέα αυτό και μεγαλύτερη ενθάρρυνση τους να μην αποκρύπτουν τα δυσμενή συμβάντα και λάθη που λαμβάνουν χώρα. Παράλληλα, έγινε εντονότερη η ανάγκη για τη δημιουργία και εξέλιξη των συστημάτων που θα συμβάλλουν στον εντοπισμό, στην καταγραφή και στην ανάλυση των λαθών. Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων είναι εποικοδομητικό να ενθαρρύνονται στην γραπτή καταγραφή και αναφορά των δυσμενών συμβάντων, μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και διαφάνειας. Ιδιαίτερα βοηθητική είναι η ανάλυση των στοιχείων που θα συλλεχθούν ώστε να διερευνηθούν οι βέλτιστες λύσεις και να γίνει η ορθή αντιμετώπιση των λαθών. Εφόσον λοιπόν τα λάθη στην ιατρική πράξη είναι ανθρώπινα, βασικός και απώτερος σκοπός κρίνεται η ανάδειξη διαδικασιών μάθησης των εργαζομένων του τομέα της υγείας ώστε να μην επαναλαμβάνονται, αφού το 70% των ανεπιθύμητων συμβάντων μπορούν να αποφευχθούν (Παναγιώτου Α.,2015). Όπως άλλωστε είπε και ο Kohn et al : *« η διασφάλιση της ασφάλειας των πασχόντων, περιλαμβάνει τη δημιουργία λειτουργικών συστημάτων και διαδικασιών, που ελαχιστοποιούν την πιθανότητα του λάθους και αυξάνουν την πιθανότητα αναχαίτισής του»*

1.3.5 Η ασφάλεια ασθενών στην Ελλάδα

Όπως αναφέρθηκε, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί πλέον προτεραιότητα κάθε ηγεσίας όσον αφορά την πολιτική υγείας. Στην Ελλάδα, η έρευνα γύρω από την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών είναι περιορισμένη και η βιβλιογραφία σχετικά με το θέμα αυτό φτωχή. Η διερεύνηση της υφιστάμενης κατάστασης σε ελληνικό επίπεδο δείχνει ότι το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικές παθογένειες καθιστώντας τη λειτουργία των μονάδων υγείας δύσκολη. Η Ευρωπαϊκή Ένωση το 2014 δημοσίευσε στην έρευνα «Ευρωβαρόμετρο «ότι η πλειοψηφία των Ελλήνων πολιτών που συμμετείχαν (78%) τονίζουν ότι συντρέχει μεγάλος κίνδυνος οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ να υποστούν κάποια βλάβη. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας αυτής υψηλό ποσοστό των Ελλήνων πολιτών αμφισβητεί τις συνθήκες ασφάλειας στο δημόσιο σύστημα υγείας (European Commission, 2014). Εκτός από τις μελέτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μια σημαντική προσπάθεια να διερευνηθεί η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία πραγματοποιήθηκε το 2014 σε 12 νοσοκομεία της Αττικής και της περιφέρειας (ειδικά και γενικά). Ανέδειξε την ανάγκη για ανάπτυξη στρατηγικών για να την ασφάλεια ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία (Karakı and Souliotis,2017). Μία ακόμη ενδιαφέρουσα μελέτη έγινε των Φεβρουάριο του 2008 έως και τον Απρίλιο του 2009 στις χειρουργικές αίθουσες δυο μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής (ενός δημόσιου και ενός Πανεπιστημιακού). Μελετήθηκαν χειρουργικοί ασθενείς, με στόχο την ανίχνευση λαθών στο χειρουργείο. Η μελέτη ανέδειξε μεγάλο ποσοστό λαθών και παραλείψεων που τα περισσότερα πραγματοποιήθηκαν στο δημόσιο νοσοκομείο, καθ' όλη την διάρκεια της εισόδου του ασθενούς έως και της εξόδου του από το χειρουργείο (Λιαχοπούλου και συν, 2012). Τα βασικά ζητήματα που ανέκυψαν στην περίπτωση αυτή σχετίζονταν με δυσλειτουργίες υλικών (33%), μη επαρκή έλεγχο του αναισθησιολογικού μηχανήματος (21,7%) και μη ορθή ταυτοποίηση των ασθενών (18,3%).

Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα επίσης, είναι τα στατιστικά στοιχεία που καταγράφονται στην αναφορά του OECD (Organization for Economic Co – operation and Development) “Health at a Glance” του 2018 σε σχέση με δείκτες που εκφράζουν το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών στην Ελλάδα. Ένας από τους σημαντικότερους δείκτες ασφάλειας ασθενών, είναι η κατανάλωση αντιβιοτικών. Η αυξημένη καθορισμένη ημερήσια δόση (Defined Daily Doses, DDD) που καταναλώνεται σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη ανθεκτικών μικροβίων σε κοινοτικό επίπεδο τα οποία θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την ζωή των ασθενών λόγω του ότι, δεν ανταποκρίνονται καλά στις συνήθεις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας, το 2016 ο ΜΟ κατανάλωσης αντιβιοτικών (για οποιουδήποτε τύπου λοίμωξη) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν 22 DDD ανά 1000κατοίκους/ ημέρα.

Στην Ελλάδα το 2016 ο αντίστοιχος ΜΟ ήταν 36 DDD ανά 1000κατοίκους/ημέρα, ο υψηλότερος στην Ευρωπαϊκή Ένωση και 3,5 φορές μεγαλύτερος από το ΜΟ της Ευρώπης, γεγονός που αποτυπώνει την αυξημένη κατανάλωση αντιβιοτικών σκευασμάτων στην Ελλάδα (OECD,2018b). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα σημαντικά αυξημένο σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο είναι και το ποσοστό των λοιμώξεων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα γεγονός που καταδεικνύει την ύπαρξη προβλήματος στο θέμα της ασφάλειας ασθενών (OECD,2018a). Ένα ακόμη ζήτημα ιδιάζουσας σημασίας που ανακύπτει σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στην Ελλάδα είναι η ανισοκατανομή των επαγγελματιών υγείας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερα στα κρατικά ιδρύματα ανακύπτει το θέμα της υποστελέχωσης των δομών σε νοσηλευτικό προσωπικό γεγονός που φαίνεται να επιμηκύνει το χρόνο νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο (γενικός δείκτης επιπλοκών και καθυστερήσεων θεραπείας (Needleman, 2003). Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα κατέχει το χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά κάτοικο από τους αντίστοιχους ευρωπαϊκούς μέσους όρους (3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους έναντι του Ευρωπαϊκού μέσου όρου που είναι 8,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους) (OECD, 2017). Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με την υψηλή αναλογία ιατρών στην Ελλάδα (6,6 ιατροί μη ειδικευμένοι ανά 1000 κατοίκους, έναντι του 3,6 που αποτελεί τον αντίστοιχο ευρωπαϊκό μέσο όρο) . Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ελλάδα λειτουργεί σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ένα σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων (adverse events) το ICU-MERIS το οποίο έχει καλά αποτελέσματα. Το σύστημα αναφοράς ICU-MERIS μετρά τα ανεπιθύμητα συμβάντα σε μονάδα εντατικής θεραπείας, και όταν αυτά δεν αποτελούν αποτέλεσμα ιατρικών λαθών και καθιερώνει ένα ασφαλές περιβάλλον αναφοράς όσον αφορά το απόρρητο των πληροφοριών που χειρίζεται. Ταυτόχρονα το σύστημα αυτό δέχεται τις αναφορές πολιτών σε σχέση με τα ιατρικά λάθη (Βοζίκης Α. et al, 2011).

1.4 Ιστορική αναδρομή και διεθνείς δραστηριότητες σε θέματα ασφαλείας ασθενών

1.4.1 Η.Π.Α

Η επιστημονική κοινότητα άρχισε να προβληματίζεται –επιδερμικά- σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1960, χωρίς όμως να γίνονται εμπειριστατωμένες μελέτες και οργανωμένες ενέργειες βελτίωσης στο θέμα αυτό. Μόλις το 1995 το θέμα της ασφάλειας ασθενών έλαβε μεγάλες διαστάσεις και συγκέντρωσε το ενδιαφέρον πολιτικών και επιστημόνων, όταν αναρτήθηκαν στη δημοσιότητα δυσμενή συμβάντα κατά την παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης στις ΗΠΑ που είχαν αρνητικό αντίκτυπο για την υγεία των ασθενών. Το γεγονός αυτό πυροδότησε μια κινητοποίηση που

επέφερε μια σειρά εξελίξεων που το 1996 οδήγησε στην δημιουργία του πρώτου διεπιστημονικού συνεδρίου αναφορικά με τα λάθη στους οργανισμούς της υγείας. Το συνέδριο αυτό πραγματοποιήθηκε έπειτα από την συνεργασία της Αμερικάνικης Εταιρείας για την Εξέλιξη των Επιστημών (American Association for the Advancement in Science, AAAS), της Αμερικάνικης Ιατρικής Εταιρείας (American Medical Association, AMA), της JCAHO και του Anneberg Center for Health Sciences. Παρόλα αυτά, η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στις ΗΠΑ τέθηκε στην προτεραιότητα σε όλους τους χώρους παροχής υπηρεσιών Υγείας το 1999 έπειτα από την Έκθεση που έφερε στη δημοσιότητα το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής (IOM) με τίτλο «To err is human: building a safer health system». Το Κογκρέσο εδραίωσε την προσπάθεια εγκαθίδρυσης της κουλτούρας που θέτει την ασφάλεια ασθενών πρωτίστης σημασίας, εισάγοντας σχετικό νομικό πλαίσιο με σκοπό τη βελτίωση των συστημάτων αναφοράς των ιατρικών λαθών και των ζητημάτων που σχετίζονται την ασφάλεια των ασθενών για να βρεθούν τα αδύνατα σημεία του συστήματος όσο το δυνατόν νωρίτερα και να θεσπιστούν τα κατάλληλα μέτρα. Παράλληλα, ο τότε πρόεδρος των ΗΠΑ εξέδωσε έναν κανονισμό που υποχρέωνε τις αρχές να υποβάλλουν μια σειρά προτάσεων ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα σε διάστημα 3 μηνών (Altman et al, 2004). Πολλαπλά προγράμματα προτάθηκαν και υιοθετήθηκαν από τους κατάλληλους φορείς μεταξύ των οποίων αυτά που αφορούσαν μέτρα για την ασφάλεια του ασθενή, για τις διαδικασίες πιστοποίησης της ασφάλειας και για τη δημιουργία δεικτών ασφάλειας. Συνέπεια αυτών των ενεργειών ήταν σχεδόν όλα τα νοσοκομεία της χώρας να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα αναφοράς στοιχείων που σχετίζονται με την ποιότητα μέσω των Medicare (πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων) και Medicaid (πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας στο σπίτι). Επίσης, η πληθώρα των νοσοκομείων των ΗΠΑ απέκτησε πλέον πολιτική έγγραφης πληροφόρησης των ασθενών και των οικογενειών τους για τις διαδικασίες πρόληψης των ιατρικών λαθών και των δυσμενών συμβάντων.

Δυστυχώς όμως, παρά τις όποιες ενέργειες σε μια εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, το 2004 (4 χρόνια ύστερα από την έκθεση του IOM) ένας στους 3 αμερικανούς δηλώνουν ότι βίωσαν προσωπικές ή οικογενειακές εμπειρίες ιατρικών λαθών μερικές από τις οποίες κατέληξαν σε ανυπολόγιστες συνέπειες για την υγεία τους. Οι πολίτες φαίνεται ότι δεν αισθάνονται ασφάλεια μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας. Στη έρευνα αυτή αναδείχθηκε ότι το 55% των πολιτών ήταν δυσαρεστημένοι από την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης στη χώρα, (έναντι του 44% που ήταν το αντίστοιχο ποσοστό σε παλαιότερη έρευνα). Στην ίδια έρευνα το 40% των ερωτώμενων θεωρούσε ότι το σύστημα υγείας τα τελευταία 4 χρόνια ήταν χειρότερο ποιοτικά ,ενώ μόνο ένα 17% θεωρούσε ότι βελτιώθηκε. Τέλος, το 50% των ερωτηθέντων φάνηκαν,, ανήσυχοι για την ασφάλειά τους κατά την

ιατρική φροντίδα (Kaiser Family Foundation, 2004). Εύλογα προκύπτει το εξής ερώτημα : Πώς είναι δυνατόν οι πολίτες να δείξουν περισσότερη εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας με την προσοχή τους εστιασμένη στην ασφάλεια και στην ποιότητα; Σίγουρα εκτός αμφισβήτησης είναι η διαφωνία σχετικά με το είδος των μέτρων που οφείλουν να παρθούν και τον τρόπο που συλλέγονται τα δεδομένα για την ποιότητα των νοσοκομείων και των εργαζόμενων υγείας, γεγονός που εμποδίζει την ύπαρξη ομοφωνίας και μιας κοινής γραμμής. Πιθανώς τη δυσκολότερη πρόκληση αποτελεί η γεφύρωση των διαφορετικών αντιλήψεων μεταξύ των ειδικών για θέματα ασφάλειας και των επαγγελματιών υγείας. Αυτό αναδεικνύεται σε μία έρευνα που έγινε το 2002, στην οποία η πλειονότητα των ιατρών θεωρεί πως δύο προσεγγίσεις είναι αποτελεσματικότερες για την ελάττωση των ιατρικών λαθών: «την ανάπτυξη συστημάτων αποφυγής ιατρικών λαθών από τα νοσοκομεία» (55%) και «την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού » (51%). Λιγότεροι συμμετέχοντες ιατροί στην ίδια έρευνα υποστηρίζουν άλλα μέτρα ως εξίσου αποτελεσματικά όπως : ο περιορισμός των υψηλού κινδύνου διαδικασιών σε μεγάλα ιατρικά κέντρα (40%), η αξιοποίηση μόνο εκπαιδευμένων γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (34%), η χρήση της τεχνολογίας της πληροφορικής για ηλεκτρονικά συστήματα παραγγελιών (23%) και η καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου (19%) (Blendon et al, 2002).

1.4.2 Ευρώπη

Στη Μ. Βρετανία ακολουθήθηκε σχεδόν όμοια διαδικασία στη διερεύνηση ζητημάτων που αφορούσαν την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών, ενώ τα θέματα αυτά τέθηκαν ως προτεραιότητα της πολιτικής υγείας που ακολουθήθηκε γεγονός που φαίνεται και στις αλλαγές που προωθήθηκαν στο NHS (National Health System), το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας (Scott et al, 2003). Όμοια πορεία παρατηρήθηκε και σε άλλες χώρες του κόσμου όπως είναι η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς αλλά και σε χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης εξαιρουμένης της Μ. Βρετανίας όπως είναι η Γαλλία, η Δανία και η Ολλανδία. Οι χώρες αυτές, επανέλαβαν ακριβώς τη έρευνα του Harvard Medical Practice και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα, αναδεικνύοντας ότι περίπου το 2,9% με 16,6% των νοσηλευόμενων σε νοσοκομείο υπέστησαν κάποια ακούσια βλάβη. Επιπρόσθετο συμπέρασμα ήταν το γεγονός ότι πάνω από το 50% των ανωτέρω λαθών μπορούσε να αποφευχθεί.

Τον Απρίλιο του 2005 στο Λουξεμβούργο πραγματοποιήθηκε μια συνεδρίαση που είχε ως θέμα την ασφάλεια των ασθενών και έφερε την έγκριση της Επιτροπής της Ευρώπης. Στη συνεδρίαση αυτή δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο ανθρώπινο δικαίωμα των ατόμων που αφορά στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το δικαίωμα αυτό οφείλει να είναι αποδεκτό και αναγνωρίσιμο από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα θεσμικά της όργανα. Αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία ενός καταλόγου συστάσεων που δεσμεύει τους ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε εθνικό επίπεδο και σε επίπεδο παρόχων της ιατρικής περίθαλψης και ονομάστηκε Διακήρυξη του Λουξεμβούργου (Luxembourg Declaration). Μέσα σε άλλες προτάσεις εμπεριέχεται και μια που αφορά την ίδρυση μιας πλατφόρμας συζήτησης των ενεργειών που επιτελούνται τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο και η δημιουργία μιας “ευρωπαϊκής τράπεζας επίλυσης προβλημάτων” (EU solution bank) ο ρόλος της οποίας θα είναι να συγκεντρώνει γνώσεις και παραδείγματα των βέλτιστων πρακτικών. Έτσι με τον τρόπο αυτό, δημιουργήθηκε το ερευνητικό έργο SIMPATIE (Safety Improvement for Patients in Europe) που φέρει την έγκριση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Ένα έτος μετά τη δήλωση του Λουξεμβούργου, το Συμβούλιο της Ευρώπης, έδωσε την έγκριση του στη δημιουργία μιας Επιτροπής Υπουργών στα κράτη μέλη της Ευρώπης που θα ασχολείται με τα ζητήματα της εγκαθίδρυσης της ασφάλειας των ασθενών.

Το 2009, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τόνισε τη σημασία της πληροφόρησης των ασθενών για ζητήματα σχετικά με την ασφάλειά τους όταν λαμβάνουν υπηρεσίες ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης. Τα κράτη της Ευρώπης οφείλουν να ενσωματώσουν θέματα της ασφάλειας στην εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού τους και να φτιάξουν συστήματα καταγραφής

ανεπιθύμητων συμβάντων ώστε να ενισχυθεί η διαδικασία της μάθησης από και άντληση τα λάθη. Επίσης, απαραίτητη θεωρείται η ύπαρξη μία κοινής βάσης για τους όρους της ασφάλειας εντός τα μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το γεγονός αυτό συνέβαλλε στην δημιουργία εθνικών προγραμμάτων για την ασφάλεια των ασθενών με έμφαση στην υιοθέτηση προγραμμάτων που θα προάγουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Στη σημερινή εποχή προτεραιότητα της πολιτικής υγείας πολλών κρατών στην Ευρώπη αποτελεί η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ασφάλειας των ασθενών χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας τους, αφού η εξέλιξη των αποτελεσμάτων που επιφέρουν οι διάφορες πρακτικές στην υγειονομική περίθαλψη είναι δύσκολα προβλέψιμη και δεν είναι λίγες οι φορές που δύναται να δημιουργήσει βλάβες στον ασθενή που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

1.4.3 Π.Ο.Υ(WHO)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) με τη σειρά του επικροτεί και συνεισφέρει στην εγκαθίδρυση της ασφάλειας των ασθενών μέσω της δημιουργίας της Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Πασχόντων(“World Alliance for Patient Safety”), από τον Οκτώβριο του 2004 και εφιστά την προσοχή των Ευρωπαϊκών κρατών γύρω από θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Η επήρεια του απλώνεται σε έξι πεδία δράσης σχετικά με τον παγκόσμιο χαρακτήρα των θεμάτων της ασφάλειας στο χώρο της υγείας : την εμπλοκή του ασθενή, την ταξινόμηση της ασφάλειας του ασθενή, την έρευνα, τις λύσεις, την καταγραφή / κοινοποίηση λαθών και τη μάθηση (WHO,2004). Της δημιουργίας της συμμαχίας προηγήθηκε η σύσταση μιας επιτροπής που κατεύθυνε τις δραστηριότητες του WHO αφού αποτίμησε τις ανάγκες ασφάλειας σε τρία υγειονομικά επίπεδα (το πρώτο σχετιζόταν με τους συστημικούς παράγοντες, το δεύτερο με την ασφάλεια του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού συμπεριλαμβανομένων και των φαρμάκων και το τρίτο με την ασφάλεια κατά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών) (WHO,2003). Το 2005 ο WHO διατύπωσε τις οδηγίες για τον τρόπο αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων μέσω της δημιουργίας ενός εγχειριδίου που κυκλοφόρησε στα κράτη μέλη ώστε να επιτελεστεί η έναρξη της δήλωσης τους από τους επαγγελματίες υγείας (WHO,2005).Προς την κατεύθυνση αυτή το 2008 έθεσε σε κυκλοφορία ένα νέο οδηγό που περιελάμβανε τα στοιχεία από τις μέχρι εκείνη τη στιγμή έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί στο θέμα της ασφάλειας ασθενών ενώ περιείχε και οδηγίες για τον τρόπο διεξαγωγής των ερευνών με έμφαση στο ζητήματα που χρήσουν παραπάνω ερευνητικής αποσαφήνισης.

1.4.4 ΟΟΣΑ

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Organisation for Economic Cooperation and Development,OECD) ασχολήθηκε με τη επινόηση δεικτών που θα συμβάλλουν στην αποτίμηση των μετρήσιμων παραμέτρων της ασφάλειας των ασθενών. Έτσι το 2004 τελείωσε τη δημιουργία ενός εγχειριδίου που περιλαμβάνει 21 από τους δείκτες αυτούς με σκοπό την αποτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Millar et al ,2004).

Προφανώς, όλες οι ανωτέρω δραστηριότητες διεθνούς εμβέλειας αποτέλεσαν έναυσμα για τη στροφή του ενδιαφέροντος σε ζητήματα που σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών και την επιθυμία να βρεθούν νέες βέλτιστες πρακτικές στον τομέα αυτό. Το ενδιαφέρον για τα λάθη εντάθηκε σε μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια στον υγειονομικό τομέα γεγονός που γίνεται εύκολα κατανοητό δεδομένου του ότι οι συνθήκες που δημιούργησε η επέλευση της οικονομικής κρίσης καθιστούν αναγκαία την εύρεση μέσων μείωσης του κόστους λειτουργίας των υγειονομικών μονάδων. Σε αυτό συμβάλλει η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών που διασφαλίζεται με την παροχή ασφαλών υπηρεσιών στους πάσχοντες. Τα λάθη λοιπόν ως ποσοτικοί δείκτες της ποιότητας, την αντικατοπτρίζουν. Δυστυχώς, παρά τις όποιες προσπάθειες έως τώρα δεν έχουν επιτευχθεί μεγάλες αλλαγές σε διεθνές επίπεδο. Πιθανώς αυτό να οφείλεται σε ένα βαθμό στη μικρή έμφαση που δόθηκε ώστε να μεταβληθεί η νοοτροπία και η δεοντολογία των επαγγελματιών υγείας για να γίνουν πιο δεκτικοί στην αποδοχή και υιοθέτηση μιας κουλτούρας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών. Άλλωστε, ένα από τα κυριότερα εμπόδια που πρέπει να καμφθούν για την επιτυχή εγκαθίδρυση κουλτούρας ασφάλειας εκτός από τα τεχνικά ζητήματα αφορά στην μεταβολή των πεποιθήσεων και των επιλογών (Leape,2000).

1.5 Η σημασία της αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας στους οργανισμούς υγείας

Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας σε έναν οργανισμό είναι υψίστης σημασίας αφού αποτελεί το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας στο εσωτερικό του και συμβάλλει στην πρόληψη των λαθών (Helling et al,2010). Ιδίως στις μονάδες υγείας υπάρχουν πολλά οφέλη σε πολλαπλά επίπεδα. Αναλυτικότερα, σε ατομικό επίπεδο το ανθρώπινο δυναμικό πληροφορείται για τις παραμέτρους και συμπεριφορές που σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών. Σε επίπεδο οργανισμού η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας αποτελεί εργαλείο διάγνωσης και εντοπισμού των παραμέτρων της κουλτούρας ασφάλειας που πρέπει να διορθωθούν και μπορούν να βελτιωθούν εντός του οργανισμού, βοηθά στη σύγκριση του κλίματος ασφάλειας του συγκεκριμένου οργανισμού με άλλους και αποτελεί

εργαλείο για την αξιολόγηση προγραμμάτων βελτίωσης της ασφάλειας (Nieva & Sorra, 2003; Smits et al, 2009). Τέλος, συντελεί στην αύξηση της αξιοπιστίας των νοσοκομείων αφού συμβάλλει στην κατάργηση των παραγόντων που κάνουν τους επαγγελματίες υγείας να κάνουν λάθη (Neal & Griffin, 2004).

Καθίσταται σαφές πως για την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας είναι αναγκαία η εύρεση ενός εργαλείου μέτρησης. Αυτό γίνεται με ποικίλες μεθόδους όπως μέσα από συνεντεύξεις (έχοντας γνώση ότι η μέθοδος αυτή απαιτεί χρόνο για την ολοκλήρωση της) ή από ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται ανώνυμα από τους επαγγελματίες υγείας και αναδεικνύουν τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας (Zohar et al, 2007). Επίσης στις έρευνες που σχετίζονται με την κουλτούρα ασφάλειας βοηθούν ιδιαίτερα οι αυτό-διαχειριζόμενες αξιολογήσεις (self-administered surveys) (Kho et al, 2005).

Βασικός οδηγός για την επιλογή του σωστότερου εργαλείου είναι ο σκοπός για τον οποίο πραγματοποιείται η έρευνα, η ύπαρξη διαθέσιμων πόρων, ο τρόπος χρήσης των αποτελεσμάτων και ο τρόπος αντίληψης της οργανωσιακής κουλτούρας. Οι Scott και συν (2003) ερεύνησαν τα εργαλεία που ήταν διαθέσιμα για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στο χώρο της υγείας και κατέληξαν σε εννέα που είχαν τα κριτήρια συνυπολογισμού. Από την έρευνα τους φάνηκε η σαφής διαφοροποίηση των εργαλείων σε θέματα που αφορούσαν τη θεωρία, το μέγεθος, το σκοπό, τις ιδιότητες, τον τομέα που εφαρμόζονται (πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομείο, χειρουργική αίθουσα, κ.α.) και την τυποποίηση γεγονός που τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν διαφορετικά εργαλεία με ποικίλα χαρακτηριστικά αλλά κάθε εργαλείο έχει κάποιο περιορισμό στη χρήση του. Μια ακόμη προσπάθεια μελέτης των ήδη υπαρχόντων εργαλείων έγινε από τους Kristensen και Bartels (2007) που διεξήγαγαν μια γενική ανασκόπηση 5 εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας ασθενών που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στις ΗΠΑ και στη Μ. Βρετανία. Αυτά αποτελούν τα : CAIR (The checklist for assessing institutional resilience – University of Manchester, UK), HSPSC (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA), MaPSaF (Manchester Patient Safety Assessment Framework – University of Manchester, UK), SAQ (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA), SCS (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA) και είναι εκδοχές παλαιότερων εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες βιομηχανίες που έχουν προσαρμοστεί στα νεότερα δεδομένα. Οι ανωτέρω ερευνητές κατέληξαν και αυτοί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει διαφοροποίηση των εργαλείων ανάλογα με το σκοπό, τη μέθοδο, την εφαρμογή και την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί και επομένως η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από το σκοπό του ερευνητικού έργου.

Ενδεικτικά, το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) χρησιμοποιείται από τον Οργανισμό για την Έρευνα στην Υγεία και την Ποιότητα Φροντίδας (AHRQ) στις ΗΠΑ. Αποτελεί το βασικό εργαλείο έως και σήμερα για τη μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) με τη σειρά του προτιμήθηκε από την Εθνική Υπηρεσία Ασφάλειας Πασχόντων (NPSA) και αποτελεί ένα εργαλείο που αποτυπώνει την πρόοδο των οργανισμών στην ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας. Το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) δημιουργήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Τέξας και η χρήση του είναι αρκετά συχνή καθώς είναι ένα ερευνητικό εργαλείο που σταθμίστηκε σε παγκόσμιο επίπεδο. Είναι απόρροια της στάσης διαχείρισης πτήσεων (FMAQ) που χρησιμοποιεί ο τομέας της αεροπορίας. Είναι ένα αρκετά αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας που χρησιμοποιείται εκτενώς. Το Safety Climate Survey (SCS) δημιουργήθηκε στο Τέξας προκειμένου να μετρήσει τις αντιλήψεις και τις στάσεις των εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες ασφάλειας. Η κύρια χρήση του ήταν στη Βόρεια Αμερική αλλά καθώς δεν εμπεριέχει το πλήθος των παραγόντων των πιο πρόσφατων εργαλείων δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί με την ίδια ευκολία σε διαφορετικό περιβάλλον (Health Foundation, 2011).

Τελειώνοντας, αξίζει να αναφερθεί το ORMAQ (Operating Room Management Attitude Questionnaire) που αποτέλεσε το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε από τους Flin και συν (2003,2006) σε 2 μελέτες : η πρώτη για να μετρηθούν οι αντιλήψεις των αναισθησιολόγων και η δεύτερη για να μετρηθούν οι αντιλήψεις μελών των χειρουργικών ομάδων σε σχέση τους ανθρώπινους και οργανωσιακούς παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν την αποδοτικότητα μιας ομάδας και άρα την ασφάλεια του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει θέματα ηγεσίας, επικοινωνίας, ομαδικής εργασίας, stress και κόπωσης, αξιών εργασίας, ανθρώπινου λάθους και οργανωσιακού κλίματος.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

2 Νοσοκομειακή έρευνα με την κουλτούρα ασφαλείας των ασθενών

2.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα σε διεθνές επίπεδο σε θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών, καθώς αποτελεί πλέον προτεραιότητα κάθε ηγεσίας όσον αφορά την πολιτική υγείας αφού διασφαλίζει το δικαίωμα της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας των ατόμων. Προκειμένου τα νοσοκομεία να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών κρίνεται ιδιαίτερης σημασίας να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη γνώση της κουλτούρας που την προάγει. Όπως προαναφέρθηκε στο γενικό μέρος της παρούσας έρευνας, η μελέτη της υφιστάμενης κατάστασης σε ελληνικό επίπεδο είναι περιορισμένη και η έρευνα γύρω από θέματα ασφαλείας των ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία πτωχή. Έτσι, ως κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας τίθεται η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε ένα γενικό επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας σχετικά με θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών που λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου αυτού, ώστε να εμπλουτιστεί η ήδη υπάρχουσα σχετική βιβλιογραφία. Επιπρόσθετα, η παρούσα έρευνα θέτει ως παράλληλους στόχους να δώσει απαντήσεις σε ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται με τη διαφοροποίηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με την ειδικότητα που κατέχουν και το τμήμα που εργάζονται σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών. Τέλος, γίνεται προσπάθεια να βρεθεί η ύπαρξη συσχέτισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των απόψεων που αυτοί διαμορφώνουν αναφορικά με την κουλτούρα ασφαλείας που υπάρχει στο νοσοκομείο.

2.2 Υλικό - μέθοδος δειγματοληψίας

2.2.1 Περιγραφή δείγματος

Το νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα είναι ένα επαρχιακό γενικό νοσοκομείο της Πελοποννήσου που ιδρύθηκε το 1941 και στεγάστηκε αρχικά σε μια μικρή διώροφη οικοδομή. Έκτοτε έγιναν πολλές αλλαγές τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία του. Το κτίριο που στεγάζεται σήμερα το Νοσοκομείο εγκαινιάστηκε το 1969 και περιλαμβάνει 4 πτέρυγες (Α, Β1, Β2 και Γ). Το 1974 το Νοσοκομείο ανέπτυξε δύναμη 200 κλινών και τα ο 1983 μετονομάστηκε σε Νομαρχιακό Νοσοκομείο. Η σημερινή συνολική

δύναμη του νοσοκομείου είναι 240 οργανικές κλίνες (από τις οποίες οι 25 ανήκουν στο ΚΕΦΙΑΠ). Είναι ΝΠΔΔ, ενταγμένο στο ΕΣΥ και οι υπηρεσίες που προσφέρει σχετίζονται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νοσημάτων. Απασχολεί συνολικά 327 επαγγελματίες υγείας από τους οποίους οι 114 είναι ιατροί (64 μόνιμοι του ΕΣΥ, 21 επικουρικοί και 29 ειδικευόμενοι), οι 165 είναι νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ, μαίες, βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ και επισκέπτες υγείας) και οι 21 είναι βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (βοηθοί θαλάμων ΥΕ, ΔΕ βοηθητικού υγειονομικού), ενώ 19 άτομα απασχολούνται στα ιατρικά εργαστήρια (ΔΕ βοηθοί ιατρικών εργαστηρίων και ΤΕ ιατρικών εργαστηρίων) και 8 άτομα εργάζονται στο ακτινολογικό (ΤΕ ραδιολόγοι-ακτινολόγοι και χειριστές ιατρικών συσκευών). Αυτές ήταν και οι κατηγορίες επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Το χρονικό διάστημα μεταξύ Φεβρουαρίου 2019 και Απριλίου 2019 πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα και έγινε η διανομή της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου «Hospital Survey on Patient Safety Culture» (HSOPSC) (Nieva & Sorra, 2004) στο προσωπικό του νοσοκομείου. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπεριληφθούν οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα ήταν να είναι κλινικοί επαγγελματίες υγείας και εργαζόμενοι του νοσοκομείου. Από το δείγμα δηλαδή αποκλείστηκαν τα διοικητικά στελέχη (διοικητικοί υπάλληλοι) και η τεχνική υπηρεσία, οι άμισθοι εκπαιδευόμενοι, και οι φοιτητές ιατρικής και νοσηλευτικής σχολής. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και οι επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Δεν υπήρξε περιορισμός στους συμμετέχοντες σχετικά το χώρο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου καθώς μπορούσαν να το ολοκληρώσουν εντός ή εκτός νοσοκομείου, όπου αυτοί επιθυμούσαν.

Πριν την έναρξη της έρευνας ζητήθηκε και λήφθηκε έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου και της διεξαγωγής της από το επιστημονικό και διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

Από τους 287 στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο συμμετείχαν στην έρευνα και το απάντησαν 202, με ποσοστό ανταπόκρισης 70,3%. Ποσοστά σε παρόμοιες έρευνες βρίσκονται μεταξύ 42% και 77% (Pronovost et al, 2003; Mannion et al, 2009). Στον πίνακα 1 γίνεται αναλυτική περιγραφή του δείγματος των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου.

Πίνακας 1: Περιγραφή δείγματος

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΟΙ)	
Σύνολο ιατρών που απασχολούνται στο νοσοκομείο	114
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	102
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	69
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	-
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	69
Ποσοστό ανταπόκρισης	67,6%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΠΕ,ΤΕ, ΔΕ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, ΜΑΙΕΣ, ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ)	
Σύνολο νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολούνται στο νοσοκομείο	186
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	158
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	114
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	3
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	111
Ποσοστό ανταπόκρισης	70,2%
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ	
Σύνολο εργαζομένων που απασχολούνται στα ιατρικά εργαστήρια στο νοσοκομείο (παρασκευαστές)	19
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	19
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	17
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	1
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	16
Ποσοστό ανταπόκρισης	84%
ΡΑΔΙΟΛΟΓΟΙ (ΤΕ) ΚΑΙ ΧΕΙΡΙΣΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ	
Σύνολο εργαζομένων που απασχολούνται στο ακτινολογικό τμήμα στο νοσοκομείο (ραδιολόγοι –χειριστές μηχανημάτων)	8
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	8
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	6
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	-
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	6
Ποσοστό ανταπόκρισης	75%
ΣΥΝΟΛΙΚΑ	
Σύνολο επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο νοσοκομείο	327
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που μοιράστηκε</i>	287
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που επεστράφησαν</i>	206
<i>Αριθμός ερωτηματολογίων που εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπούς συμπλήρωσης</i>	4
Τελικός αριθμός ερωτηματολογίων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνα	202
Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης	70,3%

2.2.2 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο στην συγκεκριμένη έρευνα είναι ευρέως διαδεδομένο στις ΗΠΑ και την Ευρώπη (Ολλανδία, Δανία, Ελβετία) και έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και σταθμιστεί στην Ελλάδα, αρχικά από το Βασίλη Αλετρά και τη Δέσποινα Κάκαλου για τη διπλωματική τους εργασία στο ΕΑΠ (Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο). Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε σημαντικές έρευνες που διερευνούν την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στην Ελλάδα (Καπάκη, 2015). Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Hospital Survey on Patient Safety Culture» (HSOPSC) των Sorra και Nieva, που η πρώτη του χρήση ήταν στις ΗΠΑ το 2004 σε μια πολυκεντρική μελέτη σε 12 νοσοκομεία (επισυνάπτεται στο παράρτημα 1). Η ελληνική του έκδοση διατηρεί τη μορφή και τη δομή του πρωτότυπου.

Το εργαλείο αυτό επιλέχθηκε έναντι άλλων ερωτηματολογίων εξαιτίας των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει ιδίως της ευκολίας της χρήσης του και των πολλών παραμέτρων που ελέγχει σχετικά με την ασφάλεια ασθενών, καλύπτοντας σε μεγάλο βαθμό τις περισσότερες ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ένα νοσοκομείο, όπως επίσης και της ευρείας χρήσης του που επιτρέπει τη δημιουργία συγκρίσεων τόσο επίπεδο διαφορετικών νοσοκομείων όσο και σε επίπεδο διαφορετικών τμημάτων (benchmarking). Θεωρείται επίσης ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες τεκμηριώνονται πληρέστερα αναλογικά με άλλες παρεμφερών εργαλείων (Madsen, 2006). Σημαντικό πλεονέκτημα επίσης είναι πως έχει τη δυνατότητα να αξιολογεί παράλληλα την κουλτούρα ασφάλειας τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποσκοπεί να συνδράμει τα νοσοκομεία να διερευνήσουν κατά πόσο η κουλτούρα που επικρατεί σε αυτά θέτει προτεραιότητα στην ασφάλεια ασθενών και διαμορφώνει ένα κλίμα που δεν είναι τιμωρητικό για τους εργαζόμενους αλλά επιτρέπει το διάλογο σχετικά με τα λάθη και προάγει τη διαρκή μάθηση.

Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο προσεγγίζει την κουλτούρα ασφάλειας μέσα από τις εξής 12 διαστάσεις: τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του νοσοκομείου και τη συνεργασία στο εσωτερικό των τμημάτων, τις μετακινήσεις των ασθενών στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου, την ανάδραση και συζήτηση γύρω από τα λάθη, την αναφορά των δυσμενών συμβάντων και τις επιπτώσεις που φέρουν στους εργαζομένους, την στελέχωση των τμημάτων από προσωπικό, τις ενέργειες των προϊσταμένων-διευθυντών στην ασφάλεια ασθενούς, τη στάση της διοίκησης σε θέματα που αφορούν ασφάλεια, τη συνεχή μάθηση και βελτίωση και τέλος την ευρύτερη αντίληψη της ασφάλειας.

Οι παράμετροι αυτές της κουλτούρας ελέγχονται με 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου (εξαιρουμένων των μεταβλητών υποβάθρου), που κατηγοριοποιούνται σε 4 επίπεδα : 1) του

νοσοκομειακού τμήματος, 2) του νοσοκομείου, 3) των αποτελεσμάτων και 4) άλλων μετρήσεων.

2.2.3 Μεταβλητές υπόβαθρου

Οι μεταβλητές υποβάθρου έχουν πληροφορίες που σχετίζονται με την εργασία π.χ. το τμήμα του νοσοκομείου που εργάζονται οι ερωτηθέντες, το χρονικό διάστημα που εργάζονται στο τμήμα αυτό, και τις εβδομαδιαίες ώρες που εργάζονται.

2.2.4 Επιλογή απαντήσεων

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτήσεων κλειστού τύπου εκφράζεται σε 5βαθμη κλίμακα (τύπου Likert) και υπάρχει διαβάθμιση απαντήσεων ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας σε αυτές με το (1) να σημαίνει «διαφωνώ απόλυτα» και το (5) «συμφωνώ απόλυτα», ενώ συμπεριλαμβάνεται και η ουδέτερη στάση (3) «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ». Οι ερωτήσεις που σχετίζονται με την επικοινωνία και την αναφορά δυσμενών συμβάντων δύνανται να απαντηθούν σε μια 5 βαθμη κλίμακα με διαβαθμίσεις από το (1) «ποτέ» έως το (5) «πάντα». Υπάρχουν επίσης, δύο μονοθεματικές ερωτήσεις από τις οποίες η πρώτη αναφέρεται στην εκτίμηση των εργαζομένων σχετικά με την αντίληψη της ασφάλειας στο σύνολο της και μετριέται με κλίμακα 5 απαντήσεων από το (1) Άριστο έως το (5) Κακό και η δεύτερη αφορά τον ακριβή αριθμό των αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων από τους συμμετέχοντες τους τελευταίους 12 μήνες και δεν περιλαμβάνει επιλογές αλλά οι συμμετέχοντες απαντούν γράφοντας τον ανάλογο αριθμό αναφορών που έχουν κάνει.

Περιλαμβάνονται επίσης ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, σπουδές, κτλ.).

Στο τέλος του ερωτηματολογίου υπάρχει μια ερώτηση ανοιχτού τύπου ώστε να διατυπώσουν οι συμμετέχοντες την άποψη τους πάνω σε ζητήματα ασφάλειας ελεύθερα. Στον πίνακα 2 περιγράφονται τα βασικά στοιχεία του ερωτηματολογίου:

Πίνακας 2: Στοιχεία του ερωτηματολογίου για τα οποία μετρήθηκε η κουλτούρα ασφάλειας

Ερώτηση	Περιγραφή
A1	Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων εντός των νοσηλευτικών τμημάτων
A2	Το προσωπικό επαρκεί ώστε να αντιμετωπίζεται ο φόρτος εργασίας
A3	Η εργασία διεξάγεται ομαδικά όταν η δουλειά είναι αυξημένη
A4	Υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ των εργαζομένων
A5	Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από ό,τι πρέπει για να παράγει σωστή φροντίδα
A6	Αναπτύσσονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή
A7	Χρησιμοποιείται εποχιακό προσωπικό για τη σωστή φροντίδα ασθενή
A8	Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναντίον του
A9	Τα λάθη οδηγούν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα
A10	Τα λάθη είναι θέμα τύχης στο τμήμα
A11	Οι εργαζόμενοι βοηθούν ένα συνάδελφο τους όταν έχει πολύ δουλειά
A12	Οι εργαζόμενοι έχουν την εντύπωση ότι όταν αναφέρεται ένα συμβάν καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα
A13	Η αποτελεσματικότητα των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή αξιολογείται στο τμήμα
A14	Η εργασία «υπό κρίση»: κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα
A15	Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία
A16	Οι εργαζόμενοι ανησυχούν για το ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο
A17	Υπάρχουν προβλήματα ασφάλειας σε αυτό το τμήμα
A18	Τα συστήματα και οι διαδικασίες πρόληψης των λαθών είναι αποτελεσματικά
B1	Ο προϊστάμενος/διευθυντής επιβραβεύει όταν οι εργασίες γίνονται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες
B2	Ο προϊστάμενος/διευθυντής λαμβάνει υπόψη του προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας
B3	Ο προϊστάμενος/διευθυντής όταν αυξάνει η πίεση απαιτεί από το προσωπικό να δουλεύει ακόμη πιο γρήγορα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών
B4	Ο προϊστάμενος/διευθυντής παραβλέπει κατ' επανάληψη προβλήματα ασφάλειας του ασθενή
Γ1	Γίνεται ενημέρωση για αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές λαθών
Γ2	Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα για ότι θεωρεί ότι επηρεάζει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή
Γ3	Υπάρχει ενημέρωση για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα
Γ4	Το προσωπικό αμφισβητεί ελεύθερα τις αποφάσεις των ανωτέρων του
Γ5	Γίνεται συζήτηση για τους τρόπους αποφυγής λαθών σε αυτό το τμήμα
Γ6	Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό
Δ1	Συχνότητα αναφορά λαθών που έγιναν αλλά εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν πριν επηρεάσουν τον ασθενή

Δ2	Συχνότητα αναφορά λαθών που έγιναν αλλά δε βλάπτουν τον ασθενή
Δ3	Συχνότητα αναφορά λαθών που έγιναν και θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή αλλά δεν τον έβλαψαν
ΣΤ1	Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια του ασθενή
ΣΤ2	Ο συντονισμός μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου δεν είναι ικανοποιητικός
ΣΤ3	Πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών μπορεί να χάνονται κατά τη μεταφορά ασθενών από τμήμα σε τμήμα
ΣΤ4	Η συνεργασία των τμημάτων που οφείλουν αν δουλεύουν συλλογικά είναι καλή
ΣΤ5	Πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών μπορεί να χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας
ΣΤ6	Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου είναι δυσάρεστη
ΣΤ7	Κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου προκαλούνται προβλήματα
ΣΤ8	Η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί κύρια προτεραιότητα της διοίκησης του νοσοκομείου
ΣΤ9	Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο γεγονός
ΣΤ10	Η συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου είναι αρμονική
ΣΤ11	Η αλλαγή της βάρδιας προκαλεί προβλήματα στους ασθενείς

2.3 Στατιστική ανάλυση

Αρχικά διασφαλίστηκε η πληρότητα των δεδομένων. Τέσσερα ερωτηματολόγια αποκλείστηκαν από την ανάλυση καθώς τα δύο από αυτά συμπληρώθηκαν από εργαζόμενους του νοσοκομείου που δεν συμπεριλαμβάνονταν στην έρευνα εξ' αρχής με βάση το πρωτόκολλο της , ένα περιελάμβανε λιγότερες από τις μισές απαντήσεις συμπληρωμένες ενώ σε ένα βρέθηκε μία ερώτηση με διπλή απάντηση.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεση τιμή, ελάχιστη τιμή, μέγιστη τιμή, εύρος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 για τάση (chi-square trend test).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ποσοτική μεταβλητή που ακολουθούσε την κανονική κατανομή, και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος, και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise logistic regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Έτσι, σχέσεις με $p < 0,05$ θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικές.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 23.0 (Statistical Package for Social Sciences) και ακολουθήθηκε η ίδια μεθοδολογία που εφαρμόζεται σε όλες τις έρευνες με το εργαλείο αυτό.

Για τα στοιχεία του ερωτηματολογίου με θετική διατύπωση ως προς την ασφάλεια, κάθε απάντηση «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα», «συχνά» και «πάντα» θεωρείται ως θετική απάντηση, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις θεωρούνται ως αρνητικές ή ουδέτερες. Για τα στοιχεία του ερωτηματολογίου με αρνητική διατύπωση ως προς την ασφάλεια, κάθε απάντηση «διαφωνώ», «διαφωνώ απόλυτα», «σπάνια» και «ποτέ» θεωρείται ως θετική απάντηση, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις θεωρούνται ως αρνητικές ή ουδέτερες. Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου προκύπτει από την παρακάτω ισότητα:

$$\text{Ποσοστό θετικών απαντήσεων (\%)} = \frac{\text{αριθμός θετικών απαντήσεων στα στοιχεία του παράγοντα}}{\text{συνολικός αριθμός απαντήσεων (θετικών, αρνητικών και ουδέτερων) στα στοιχεία του παράγοντα}} \times 100\%$$

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές 0% έως 100%, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας.

Επιπλέον, υπολογίστηκε η βαθμολογία για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου. Στην περίπτωση αυτή, αθροίστηκαν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα στοιχεία κάθε παράγοντα και το άθροισμα αυτό διαιρέθηκε με τον συνολικό αριθμό των στοιχείων του συγκεκριμένου παράγοντα. Η βαθμολογία για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές 1 έως 5, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας.

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράγοντα και η βαθμολογία για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου ήταν ποσοτικές μεταβλητές. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως το ποσοστό των θετικών απαντήσεων στους παράγοντες δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή, ενώ η βαθμολογία στους παράγοντες ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Είναι σαφές, εξάλλου, πως τόσο το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράγοντα όσο και η βαθμολογία για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου εκτιμούν την ίδια ακριβώς διάσταση, δηλαδή την κουλτούρα ασφάλειας. Για τους λόγους αυτούς, επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η βαθμολογία στους παράγοντες του ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση των συσχετίσεων. Έτσι, εφαρμόστηκαν οι κατάλληλες παραμετρικές μέθοδοι, οι οποίες βασίζονται στο γεγονός ότι οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή.

2.4 Αποτελέσματα

2.4.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 202 εργαζόμενους με μέση ηλικία τα 42,4 έτη. Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ήταν γυναίκες (71,3%), απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ (82,7%), είχαν και άλλες σπουδές (57,4%),εργάζονταν ως νοσηλευτές ΤΕ (31,2%) και έρχονταν σε επαφή με τους ασθενείς (89,1%).Οι υπόλοιποι είναι : νοσηλευτές ΠΕ (5%), ειδικοί γιατροί (20,8%), ειδικευόμενοι γιατροί (13,4%), βοηθητικό προσωπικό: βοηθοί νοσηλευτών (13,9%), βοηθοί θαλάμου (1%), μαίες (2%), επισκέπτες υγείας (2%),εργαζόμενοι στα ιατρικά εργαστήρια (7,9%) και ραδιολόγοι-χειριστές ιατρικών συσκευών (3%). Τα ποσοστά αυτά αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατανομή των διαφόρων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο και είναι παρόμοια αντίστοιχων ερευνών όπου μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής κατέχουν οι νοσηλευτές (Smits et al, 2008).

Επιπρόσθετα,το 35,2% εργάζονταν στον παθολογικό τομέα, το 28,8% στον χειρουργικό τομέα, το 16,5% στον εργαστηριακό τομέα, το 11,9% στα ΤΕΠ και το 4% στον ψυχιατρικό τομέα. Ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν 11,2 έτη, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική ήταν 7,6 έτη, ο μέσος αριθμός ετών προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα ήταν 1,3 έτη και ο μέσος αριθμός ωρών επαφής με τους ασθενείς ανά εβδομάδα ήταν 15,1 ώρες.

Πίνακας 3: Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων

Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Ανδρες	58	28,7
Γυναίκες	144	71,3
Ηλικία	42,4 ^α	9,9 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	35	17,3
ΤΕΙ	84	41,6
ΑΕΙ	83	41,1
Άλλες σπουδές		
Ειδικότητα	46	40,7
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	52	46
Διδακτορικό δίπλωμα	15	13,3
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	11,2 ^α	10,6 ^β
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική	7,6 ^α	8,7 ^β

Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα	46,8 ^α	14,2 ^β
Θέση		
Ειδικεύομενος ιατρός	27	13,4
Ειδικός ιατρός	42	20,8
ΠΕ Νοσηλεύτης	10	5
ΤΕ Νοσηλεύτης	63	31,2
ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη	28	13,9
ΥΕ Βοηθητικό Προσωπικό	2	1
Επισκέπτης υγείας	4	2
Βοηθός/τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων και παρασκευαστές	16	7,9
Μαία	4	2
Ραδιολόγος ή χειριστές ιατρικών συσκευών	6	3
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας		
Ναι	180	89,1
Όχι	22	10,9
Ωρες επαφής με τους ασθενείς ανά εβδομάδα	15,1 ^α	10,7 ^β
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο επάγγελμα	1,3 ^α	3,6 ^β
Τομέας εργασίας		
Παθολογικός	71	35,2
Γενική Παθολογική	26	12,9
Αιματολογική	2	1
Νεφρολογική	5	2,5
Πνευμονολογική	3	1,5
Καρδιολογική	16	7,9
Δερματολογική	2	1
Άλλη	17	8,4
Χειρουργικός	58	28,8
Γενική Χειρουργική	19	9,4
Αναισθησιολογική	4	2
Ορθοπαιδική	9	4,5
Ουρολογική	8	4
Οφθαλμολογική	5	2,5
ΩΡΛ	1	0,5
Άλλη	12	5,9
ΤΕΠ	24	11,9
Εργαστηριακός	33	16,5
Αιμοδοσία	7	3,5
Αιμοπαθολογοανατομικό	3	1,5
Ακτινοδιαγνωστικό	7	3,5
Αξονικός Τομογράφος	3	1,5
Βιοχημικό	6	3

Κυτταρολογικό	1	0,5
Μικροβιολογικό	6	3
Ψυχιατρικός	8	4
ΜΕΘ	8	4

^a μέση τιμή

^b τυπική απόκλιση

2.4.2 Παράμετροι ασφαλείας ασθενούς

Προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, η δυνατότητα του δηλαδή να παρέχει ακριβείς και σταθερές μετρήσεις που παραμένουν ανεπηρέαστες από τυχαία σφάλματα μέτρησης διερευνήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας (internal consistency reliability). Αυτή δύναται να εκτιμήσει κατά πόσο τα στοιχεία ενός παράγοντα μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή (Αλετράς και συν 2009), γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό καθώς το εργαλείο μέτρησης των διαφόρων στοιχείων οφείλει να δίδει όμοια αποτελέσματα, εφόσον η έρευνα επαναληφθεί στον ίδιο πληθυσμό, με τις ίδιες τεχνικές και στις ίδιες συνθήκες. Για τον υπολογισμό της εσωτερικής συνάφειας στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε χρήση του συντελεστή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha). Η τιμή του συντελεστή άλφα του Cronbach λαμβάνει τιμές μεταξύ του 0 και του 1. Εάν διαφορετικά στοιχεία υποτίθεται ότι μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή, η εσωτερική συνάφεια πρέπει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με την τιμή 0,60 (Field, 2000).

Οι συντελεστές Cronbach's alpha για τις παραμέτρους ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Οι συντελεστές κυμαίνονταν από 0,6 έως 0,87 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή έως αρκετά καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Πίνακας 4: Συντελεστές Cronbach's alpha για τις παραμέτρους ασφάλειας ασθενούς του ερωτηματολογίου.

Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς	Συντελεστές Cronbach's alpha
Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6)	0,64
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	0,7
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	0,6
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2, ΣΤ6)	0,78
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8, Α12, Α16)	0,6
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3, Β4)	0,75
Στελέχωση (Α2, Α5, Α7, Α14)	0,6
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9)	0,73
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (Α1, Α3, Α4, Α11)	0,73
Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3, ΣΤ5, ΣΤ7, ΣΤ11)	0,66
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	0,87
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (Α15, Α18, Α10, Α17)	0,6

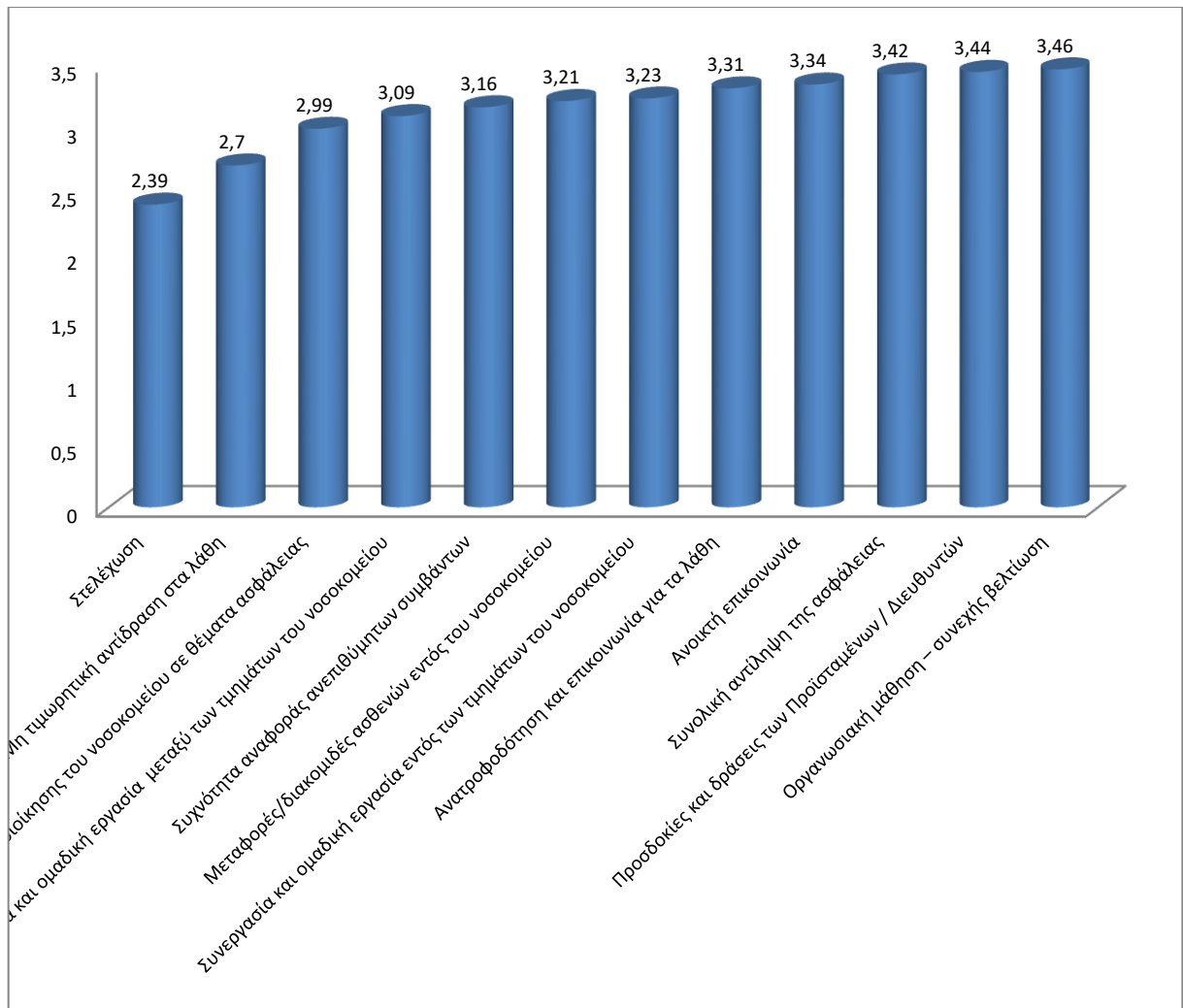
Η βαθμολογία για κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές 1 έως 5, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5: Περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6)	3,34	0,7	3,3	1	5
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	3,31	0,7	3,3	1	5
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	3,46	0,6	3,3	1,7	5
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2, ΣΤ6)	3,09	0,7	3	1	4,8
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8, Α12, Α16)	2,70	0,7	2,7	1	5
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3, Β4)	3,44	0,7	3,5	1,5	5
Στελέχωση (Α2, Α5, Α7, Α14)	2,39	0,6	2,3	1	4
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9)	2,99	0,8	3	1	5
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (Α1, Α3, Α4, Α11)	3,23	0,6	3,3	1,5	5
Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3, ΣΤ5, ΣΤ7, ΣΤ11)	3,21	0,61	3,3	1	4,8
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	3,16	0,9	3	1	5
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (Α15, Α18, Α10, Α17)	3,42	0,6	3,5	1,8	5

Σύμφωνα με τις μέσες βαθμολογίες του πίνακα 3, η κατάταξη των παραμέτρων ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο ξεκινώντας από την χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας ήταν η εξής (γράφημα 1):

- Στελέχωση
- Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη
- Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας
- Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου
- Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων
- Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου
- Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου
- Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη
- Ανοικτή επικοινωνία
- Συνολική αντίληψη της ασφάλειας
- Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών
- Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση



Γράφημα 1. Σύμφωνα με τις μέσες βαθμολογίες του πίνακα 3, η κατάταξη των παραμέτρων ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο ξεκινώντας από την χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας.

Το ποσοστό των θετικών απαντήσεων σε κάθε παράγοντα του ερωτηματολογίου λαμβάνει τιμές 0% έως 100%, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο σύμφωνα με τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

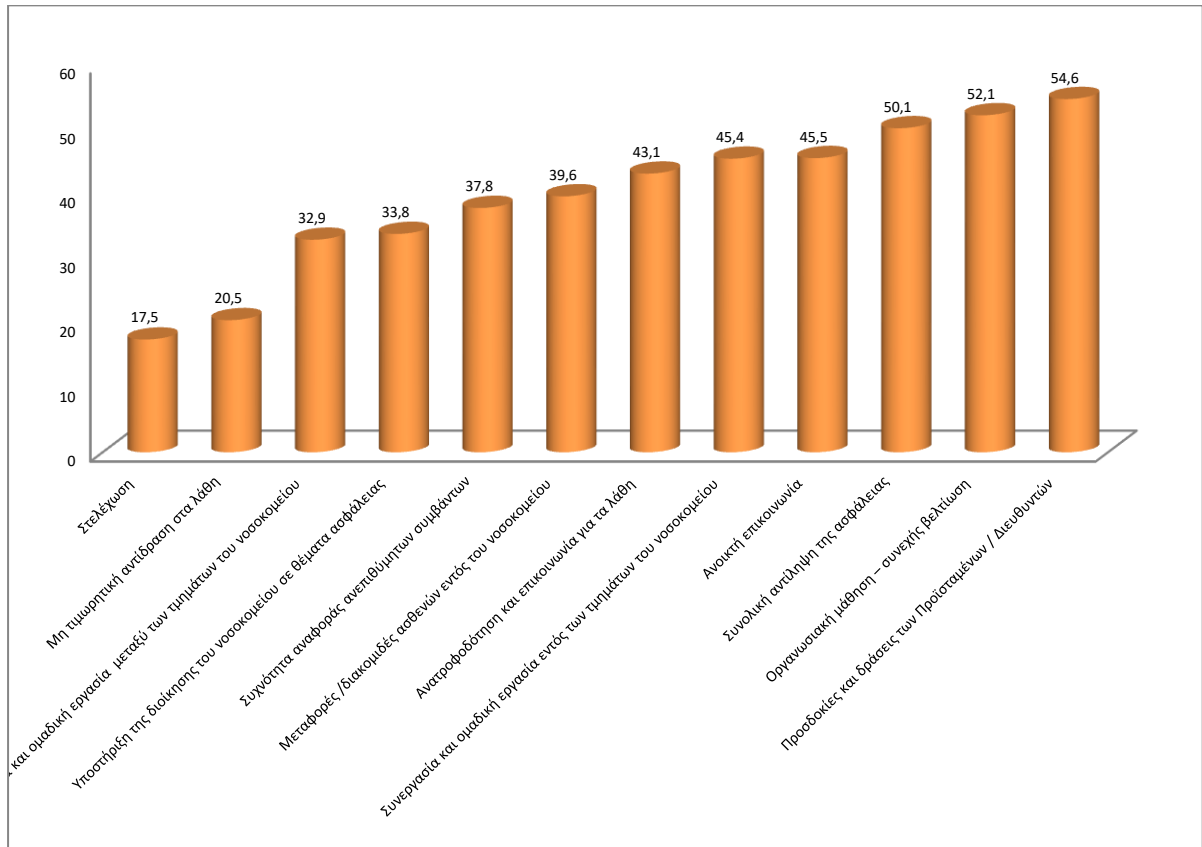
Σύμφωνα με τα μέσα ποσοστά του πίνακα 6, η κατάταξη των παραμέτρων ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο ξεκινώντας από την χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας ήταν η εξής (γράφημα 2):

- Στελέχωση
- Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη
- Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου

- Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας
- Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων
- Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου
- Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη
- Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου
- Ανοικτή επικοινωνία
- Συνολική αντίληψη της ασφάλειας
- Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση
- Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών

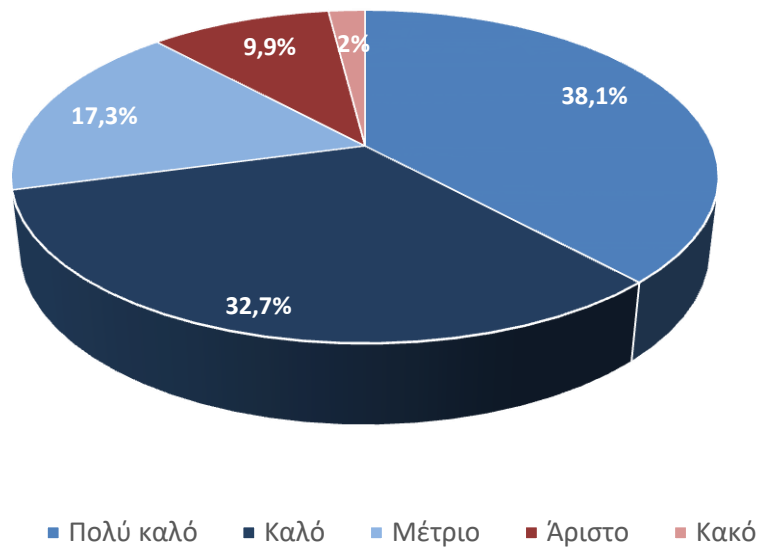
Πίνακας 6: Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις παραμέτρους ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο σύμφωνα με τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων

Παράμετροι ασφάλειας ασθενούς	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ανοικτή επικοινωνία (Γ2, Γ4, Γ6)	45,5	32,5	33,3	0	100
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη (Γ1, Γ3, Γ5)	43,1	33,9	33,3	0	100
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση (Α6, Α9, Α13)	52,1	32,0	66,7	0	100
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (ΣΤ4, ΣΤ10, ΣΤ2, ΣΤ6)	32,9	34,2	25	0	100
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη (Α8, Α12, Α16)	20,5	28	0	0	100
Προσδοκίες και δράσεις των Προϊσταμένων / Διευθυντών (Β1, Β2, Β3, Β4)	54,6	35,3	50	0	100
Στελέχωση (Α2, Α5, Α7, Α14)	17,5	20,3	25	0	75
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας (ΣΤ1, ΣΤ8, ΣΤ9)	33,8	36,3	33,3	0	100
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου (Α1, Α3, Α4, Α11)	45,4	30,6	50	0	100
Μεταφορές /διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου (ΣΤ3, ΣΤ5, ΣΤ7, ΣΤ11)	39,6	32,5	50	0	100
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων (Δ1, Δ2, Δ3)	37,8	41,2	33,3	0	100
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας (Α15, Α18, Α10, Α17)	50,1	32,9	50	0	100



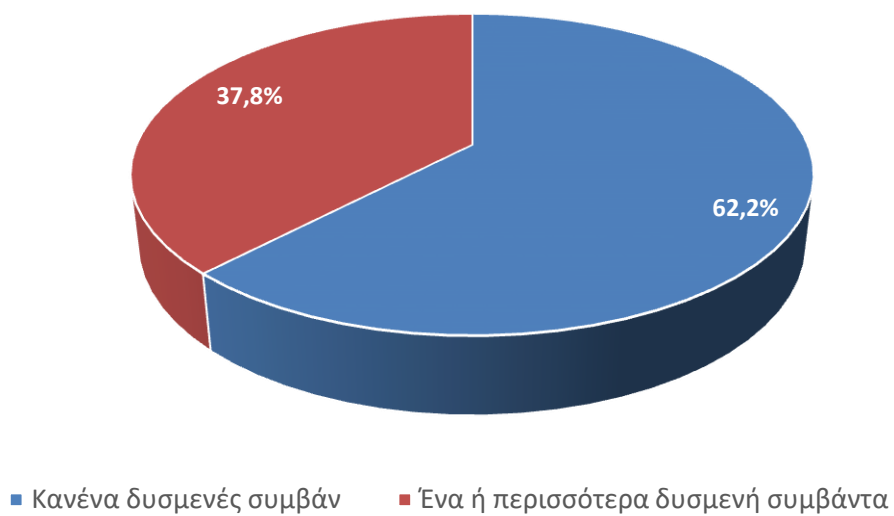
Γράφημα 2. Σύμφωνα με τα μέσα ποσοστά του πίνακα 4, η κατάταξη των παραμέτρων ασφάλειας του ασθενούς στο νοσοκομείο ξεκινώντας από την χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας.

Το 9,9% των εργαζόμενων αξιολόγησε το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών συνολικά στο Εργασιακό Περιβάλλον ως άριστο, το 38,1% ως πολύ καλό, το 32,7% ως καλό, το 17,3% ως μέτριο και το 2 ως κακό (γράφημα 3).



Γράφημα 3. Το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών συνολικά στο Εργασιακό Περιβάλλον

Το 37,8% των εργαζόμενων ανέφερε τους τελευταίους 12 μήνες ένα ή περισσότερα δυσμενή συμβάντα, ενώ το 62,2 % δεν ανέφεραν κανένα δυσμενές συμβάν (γράφημα 4).



Γράφημα 4. Αναφορά δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες.

Τα σχόλια και οι παρατηρήσεις των εργαζόμενων σχετικά με ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου ήταν τα εξής:

- έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση
- έλλειψη προσωπικού
- απουσία ειδικών ιατρών στα ΤΕΠ
- έλλειψη έγγραφης αναφοράς δυσμενών συμβάντων
- χρονική πίεση
- δυσχερής λήψη ιστορικού από συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες
- ενίσχυση θετικών αποτελεσμάτων από προϊσταμένους
- συνεργασία κλινικών και προσωπικού
- έλλειψη πιστοποίησης τύπου ISO
- έλλειψη καθηκοντολογίου προσωπικού
- λανθασμένη σχεδίαση δωματίων
- έλλειψη μπλε κωδικού
- απόκρυψη ιατρικών λαθών
- έλλειψη επικοινωνίας προσωπικού
- έμφαση στην ασφάλεια προσωπικού και ασθενών
- έλλειψη αυτοματοποιημένης διαδικασίας αναγνώρισης λαθών
- έμφαση στον προγραμματισμό
- αυξημένη προσπάθεια προσωπικού για ασφάλεια

2.4.3 Συσχετίσεις

2.4.3.1 Βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».

Πίνακας 7: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^a

Άνδρες	3,1	0,9	
Γυναίκες	3,2	1,0	
Ηλικία		0,05 ^β	0,5 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,1 ^γ	0,2^γ
Άλλες σπουδές			0,6 ^α
Ναι	3,2	0,9	
Όχι	3,1	1,0	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,01 ^γ	0,9 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		0,01 ^γ	0,9 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		0,01 ^γ	0,5 ^γ
Θέση			0,6 ^δ
Γιατροί	3,2	0,8	
Νοσηλευτές	3,2	1,0	
Άλλοι	3,1	1,1	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,9 ^β
Ναι	3,2	0,9	
Όχι	3,1	0,9	
Τομέας εργασίας			0,43 ^δ
Παθολογικός	3,0	0,9	
Χειρουργικός	3,1	1,0	
ΤΕΠ	3,1	0,7	
ΜΕΘ	3,3	1,0	
Εργαστηριακός	3,4	1,0	
Ψυχιατρικός	3,4	1,2	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,16 ^β	0,02^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,4 ^β	<0,001^β
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,3 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων		0,1 ^β	0,1^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,1 ^β	0,1^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,1 ^β	0,1^β
Στελέχωση		0,1 ^β	0,05^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,2 ^β	0,03^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,2 ^β	<0,001^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,04 ^β	0,6 ^β

Συνολική ασφάλειας	αντίληψη της		0,2 ^β	0,01^β
-----------------------	-----------------	--	------------------	-------------------------

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς λαθών» και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,5	0,3 έως 0,7	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,3	0,02 έως 0,5	0,033
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,2	0,01 έως 0,3	0,034

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».
- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».
- Το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».

- ο Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων».

2.4.3.2 Βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

Πίνακας 9: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Ανδρες	3,4	0,7	
Γυναίκες	3,4	0,7	
Ηλικία		-0,03 ^β	0,7 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^α
Ναι	3,4	0,7	
Όχι	3,5	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,04 ^γ	0,6 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,1 ^γ	0,1^γ
Θέση			0,02^δ
Γιατροί	3,3	0,7	
Νοσηλευτές	3,4	0,6	
Άλλοι	3,6	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,03^β
Ναι	3,4	0,6	

Όχι	3,7	0,7	
Τομέας εργασίας			0,04^δ
Παθολογικός	3,4	0,7	
Χειρουργικός	3,4	0,7	
ΤΕΠ	3,3	0,5	
ΜΕΘ	3,2	0,5	
Εργαστηριακός	3,7	0,6	
Ψυχιατρικός	3,8	0,5	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,4 ^β	<0,001^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,5 ^β	<0,001^β
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,5 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων		0,5 ^β	<0,001^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,3 ^β	<0,001^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,4 ^β	<0,001^β
Στελέχωση		0,3 ^β	<0,001^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,4 ^β	<0,001^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,4 ^β	<0,001^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,2 ^β	0,01^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας» και 16 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,2	0,1 έως 0,3	0,003
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,3	0,2 έως 0,4	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη»	0,1	0,02 έως 0,2	0,026
Βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»	0,1	0,03 έως 0,3	0,015
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,1	0,002 έως 0,2	0,045
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,2	0,1 έως 0,4	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», την «μη τιμωρητική δράση στα λάθη», την «στελέχωση», την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» και τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

- ο Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 49% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας».

2.4.3.3 Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία»

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».

Πίνακας 11: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^a
Άνδρες	3,3	0,6	
Γυναίκες	3,4	0,7	
Ηλικία		-0,02 ^b	0,6 ^b
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Άλλες σπουδές			0,7 ^a
Ναι	3,4	0,7	
Όχι	3,4	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,02 ^γ	0,7 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,1 ^γ	0,05^γ
Θέση			0,4 ^δ
Γιατροί	3,3	0,7	
Νοσηλευτές	3,4	0,7	
Άλλοι	3,4	0,6	

Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,6 ^β
Ναι	3,4	0,7	
Όχι	3,4	0,9	
Τομέας εργασίας			0,1^δ
Παθολογικός	3,3	0,6	
Χειρουργικός	3,2	0,7	
ΤΕΠ	3,3	0,8	
ΜΕΘ	3,8	0,7	
Εργαστηριακός	3,5	0,8	
Ψυχιατρικός	3,5	0,7	
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,6 ^β	<0,001^β
Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,2 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων		0,2 ^β	0,01^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,2 ^β	<0,001^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,4 ^β	<0,001^β
Στελέχωση		0,02 ^β	0,8 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,3 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,4 ^β	<0,001^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,2 ^β	<0,001^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,2 ^β	0,02^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία» και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	0,5	0,4 έως 0,6	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη»	0,1	0,04 έως 0,3	0,01
Βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια»	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001
ΜΕΘ σε σχέση με άλλα τμήματα	0,05	0,004 έως 0,1	0,027

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη», τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια» και την «μη τιμωρητική δράση στα λάθη» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοιχτή επικοινωνία».
- Οι εργαζόμενοι στη ΜΕΘ είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοιχτή επικοινωνία» σε σχέση με τους εργαζόμενους στα άλλα τμήματα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 43% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία».

2.4.3.4 Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»

Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

Πίνακας 13: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Ανδρες	3,2	0,7	
Γυναίκες	3,3	0,8	
Ηλικία		-0,05 ^β	0,5 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^α
Ναι	3,3	0,8	
Όχι	3,4	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		0,03 ^γ	0,6 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,2 ^γ	0,005^γ
Θέση			0,1^δ
Γιατροί	3,2	0,8	
Νοσηλευτές	3,4	0,7	
Άλλοι	3,4	0,7	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,6 ^β
Ναι	3,3	0,7	
Όχι	3,4	0,8	
Τομέας εργασίας			0,1^δ
Παθολογικός	3,3	0,7	
Χειρουργικός	3,2	0,7	
ΤΕΠ	3,1	0,8	
ΜΕΘ	3,5	0,8	
Εργαστηριακός	3,5	0,7	
Ψυχιατρικός	3,7	0,7	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,6 ^β	<0,001^β

Οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση		0,5 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων		0,3 ^β	0,01 ^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,2 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,5 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,07 ^β	0,3 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,5 ^β	<0,001 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,2 ^β	0,02 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη» και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοιχτή επικοινωνία»	0,4	0,3 έως 0,6	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	0,2	0,1 έως 0,4	0,003
Βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια»	0,1	0,02 έως 0,2	0,019
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,1	0,02 έως 0,2	0,017
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	0,2	0,03 έως 0,3	0,018
Βαθμολογία στον παράγοντα «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων»	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοιχτή επικοινωνία», την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση», τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια», την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας», την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» και την «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 58% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη».

2.4.3.5 Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

Πίνακας 15: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Ανδρες	3,4	0,6	
Γυναίκες	3,4	0,6	
Ηλικία		0,07 ^β	0,3 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,4 ^γ
Άλλες σπουδές			0,9 ^α
Ναι	3,5	0,6	
Όχι	3,5	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,06 ^γ	0,4 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		0,06 ^γ	0,4 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,1 ^γ	0,3 ^γ
Θέση			0,7 ^δ
Γιατροί	3,4	0,6	
Νοσηλεύτες	3,5	0,7	
Άλλοι	3,5	0,5	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,6 ^β
Ναι	3,5	0,6	
Όχι	3,5	0,6	
Τομέας εργασίας			0,4 ^δ
Παθολογικός	3,4	0,7	
Χειρουργικός	3,4	0,6	

ΤΕΠ	3,5	0,5	
ΜΕΘ	3,4	0,6	
Εργαστηριακός	3,5	0,5	
Ψυχιατρικός	3,8	0,6	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,2 ^β	<0,001 ^β
Ανατροφοδότηση		0,2 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων		0,4 ^β	0,01 ^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,1 ^β	0,1 ^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,4 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,2 ^β	0,03 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,5 ^β	<0,001 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση» και 11 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 16.

Πίνακας 16: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	0,3	0,1 έως 0,4	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων»	0,2	0,05 έως 0,3	0,008
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	0,2	0,01 έως 0,3	0,042
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση»	0,2	0,1 έως 0,3	0,01

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας», την «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων», την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων», και την «ανατροφοδότηση» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 40% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση-συνεχής βελτίωση».

2.4.3.6 Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων»

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

Πίνακας 17: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,3 ^α
Ανδρες	3,0	0,7	
Γυναίκες	3,1	0,7	
Ηλικία		0,07 ^β	0,3 ^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,2 ^γ	0,01^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^α
Ναι	3,1	0,7	
Όχι	3,1	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,07 ^γ	0,3 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		0,04 ^γ	0,5 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,2 ^γ	0,001^γ
Θέση			0,02^δ
Γιατροί	3,0	0,6	
Νοσηλευτές	3,1	0,7	
Άλλοι	3,3	0,5	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,6 ^β
Ναι	3,1	0,7	
Όχι	3,0	0,6	
Τομέας εργασίας			0,9 ^δ
Παθολογικός	3,1	0,7	
Χειρουργικός	3,1	0,7	
ΤΕΠ	3,1	0,6	
ΜΕΘ	3,3	0,6	
Εργαστηριακός	3,1	0,6	
Ψυχιατρικός	3,0	0,7	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,2 ^β	0,01^β
Ανατροφοδότηση		0,3 ^β	<0,001^β
Μη τιμωρητική δράση στα λάθη		0,2 ^β	0,1^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,3 ^β	<0,001^β
Στελέχωση		0,2 ^β	0,03^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,5 ^β	<0,001^β

Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,7 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,1 ^β	0,1^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων» και 14 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 18.

Πίνακας 18: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,5	0,4 έως 0,6	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	0,2	0,1 έως 0,3	0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση»	0,1	0,02 έως 0,3	0,028

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας», τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» και την «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 54% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων».

2.4.3.7 Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη»

Στον πίνακα 19 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».

Πίνακας 19: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^α
Άνδρες	2,7	0,7	
Γυναίκες	2,7	0,7	
Ηλικία		-0,2 ^β	0,01^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Άλλες σπουδές			0,5 ^α
Ναι	2,7	0,7	
Όχι	2,7	0,7	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,2 ^γ	0,02^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,14 ^γ	0,05^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,01 ^γ	0,6 ^γ
Θέση			0,8 ^δ
Γιατροί	2,7	0,7	
Νοσηλεύτες	2,7	0,8	
Άλλοι	2,7	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,8 ^β
Ναι	2,7	0,7	
Όχι	2,7	0,6	
Τομέας εργασίας			0,2 ^δ
Παθολογικός	2,8	0,7	
Χειρουργικός	2,7	0,7	
ΤΕΠ	2,5	0,7	
ΜΕΘ	2,2	0,8	
Εργαστηριακός	2,8	0,6	
Ψυχιατρικός	2,9	0,6	
Ανοιχτή επικοινωνία		0,2 ^β	0,01^β
Ανατροφοδότηση		0,2 ^β	<0,001^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,2 ^β	<0,001^β

Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,2 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια		0,2 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,4 ^β	0,03^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων		0,3 ^β	<0,001 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,2 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,1 ^β	0,1^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,3 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη» και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτό, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 20.

Πίνακας 20: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»	0,2	0,03 έως 0,3	0,015
Βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»	0,3	0,2 έως 0,5	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,2	0,1 έως 0,3	0,001
Ηλικία	-0,01	-0,02 έως -0,004	0,006

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία», την «στελέχωση», και την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».
- Τα άτομα μικρότερης ηλικίας είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «μη τιμωρητική δράση στα λάθη».

2.4.3.8 Βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια»

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».

Πίνακας 21: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8 ^α
Ανδρες	3,4	0,7	
Γυναίκες	3,4	0,7	
Ηλικία		-0,1 ^β	0,1^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,04 ^γ	0,5 ^γ
Άλλες σπουδές			0,04^α
Ναι	3,5	0,7	
Όχι	3,3	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,1 ^γ	0,1^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,08 ^γ	0,3 ^γ
Θέση			0,8 ^δ
Γιατροί	3,5	0,7	
Νοσηλεύτες	3,5	0,7	
Άλλοι	3,4	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,2 ^β
Ναι	3,5	0,7	
Όχι	3,3	0,6	
Τομέας εργασίας			0,9 ^δ
Παθολογικός	3,5	0,7	
Χειρουργικός	3,4	0,6	
ΤΕΠ	3,4	0,8	
ΜΕΘ	3,4	0,8	
Εργαστηριακός	3,4	0,6	

Ψυχιατρικός	3,6	0,7	
Ανοικτή επικοινωνία		0,4 ^β	0,01^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,5 ^β	<0,001^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,4 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου		0,3 ^β	<0,001^β
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,2 ^β	<0,001^β
Στελέχωση		0,2 ^β	<0,001^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,3 ^β	<0,001^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,4 ^β	<0,001^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,3 ^β	0,1^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,1 ^β	0,1^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια» και 15 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 22.

Πίνακας 22: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»	0,2	0,09 έως 0,3	0,002
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,2	0,04 έως 0,3	0,011
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση»	0,2	0,1 έως 0,3	0,006
Βαθμολογία στον παράγοντα «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση»	0,2	0,003 έως 0,3	0,046
Άλλες σπουδές σε σχέση με απουσία άλλων σπουδών	0,3	0,1 έως 0,4	0,002

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοικτή επικοινωνία», τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», την «ανατροφοδότηση», και την «οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».
- Οι εργαζόμενοι με επιπλέον σπουδές είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 33% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια».

2.4.3.9 Βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση».

Πίνακας 23: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^α
Άνδρες	2,3	0,6	
Γυναίκες	2,4	0,6	
Ηλικία		-0,1 ^β	0,1^β
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,2 ^γ	0,02^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^α
Ναι	2,3	0,6	
Όχι	2,4	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,1 ^γ	0,5 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,1 ^γ	0,5 ^γ
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,08 ^γ	0,3 ^γ
Θέση			0,1^δ
Γιατροί	2,3	0,6	
Νοσηλεύτες	2,4	0,6	
Άλλοι	2,5	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,03^β
Ναι	2,3	0,6	
Όχι	2,7	0,8	
Τομέας εργασίας			0,03^δ
Παθολογικός	2,4	0,6	
Χειρουργικός	2,3	0,6	
ΤΕΠ	2,1	0,5	
ΜΕΘ	2,0	0,9	
Εργαστηριακός	2,6	0,7	
Ψυχιατρικός	2,7	0,8	
Ανοικτή επικοινωνία		0,02 ^β	0,8 ^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,07 ^β	0,3 ^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,2 ^β	0,03^β

Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου		0,2 ^β	<0,001 ^β
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,4 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών		0,2 ^β	<0,001 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,2 ^β	0,1 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,1 ^β	0,1 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,05 ^β	0,5 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,3 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «στελέχωση» και 13 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 24.

Πίνακας 24: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «στελέχωση».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	0,2	0,1 έως 0,3	0,007
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,1	-0,2 έως -0,03	0,012
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	0,3	0,1 έως 0,4	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών»	0,1	0,001 έως 0,3	0,039
Μη επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας	0,3	0,03 έως 0,5	0,03

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας», την «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», και τις «προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «στελέχωση».
- Οι εργαζόμενοι που δεν έρχονταν σε επαφή με τους ασθενείς είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «στελέχωση».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 22% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «στελέχωση».

2.4.3.10 Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας»

Στον πίνακα 25 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας».

Πίνακας 25: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφαλείας»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,6 ^a
Άνδρες	3,0	0,8	
Γυναίκες	3,0	0,8	
Ηλικία		-0,03 ^b	0,6 ^b
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,2 ^γ	0,001^γ
Άλλες σπουδές			0,1^a
Ναι	3,0	0,8	
Όχι	3,1	0,8	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		0,01 ^γ	0,9 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,01 ^γ	0,8 ^γ
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,2 ^γ	0,002^γ
Θέση			0,001^δ
Γιατροί	2,7	0,9	
Νοσηλευτές	3,1	0,8	
Άλλοι	3,2	0,7	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,1^b
Ναι	3,0	0,9	
Όχι	3,2	0,6	
Τομέας εργασίας			0,2^δ
Παθολογικός	3,1	0,9	
Χειρουργικός	2,9	0,8	
ΤΕΠ	2,8	0,9	

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
ΜΕΘ	2,6	0,9	
Εργαστηριακός	3,2	0,7	
Ψυχιατρικός	3,2	0,8	
Ανοικτή επικοινωνία		0,3 ^β	<0,001 ^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,4 ^β	<0,001 ^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου		0,5 ^β	<0,001 ^β
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,4 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών		0,3 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,4 ^β	<0,001 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,2 ^β	<0,001 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,5 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» και 17 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 26.

Πίνακας 26: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανατροφοδότηση»	0,2	0,1 έως 0,3	0,013
Νοσηλευτές και άλλοι εργαζόμενοι σε σχέση με γιατρούς	0,1	0,03 έως 0,3	0,016
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»	0,4	0,2 έως 0,5	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη»	0,3	0,1 έως 0,4	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανατροφοδότηση», την «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη», και την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».
- Οι νοσηλευτές και οι άλλοι εργαζόμενοι είχαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους γιατρούς.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 42% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας».

2.4.3.11 Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».

Πίνακας 27: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^a
Άνδρες	3,2	0,7	
Γυναίκες	3,2	0,6	
Ηλικία		-0,07 ^b	0,4 ^b
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^a
Ναι	3,2	0,6	
Όχι	3,3	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,2 ^γ	0,03^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,07 ^γ	0,3 ^γ
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,2 ^γ	0,009^γ
Θέση			0,4 ^δ
Γιατροί	3,2	0,7	
Νοσηλεύτες	3,3	0,6	
Άλλοι	3,3	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,1^b
Ναι	3,3	0,6	
Όχι	3,0	0,6	
Τομέας εργασίας			0,5 ^δ
Παθολογικός	3,3	0,7	
Χειρουργικός	3,2	0,7	
ΤΕΠ	3,3	0,5	
ΜΕΘ	3,3	0,6	
Εργαστηριακός	3,2	0,6	

Ψυχιατρικός	3,6	0,3	
Ανοικτή επικοινωνία		0,4 ^β	<0,001 ^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,5 ^β	<0,001 ^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,5 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,5 ^β	<0,001 ^β
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,3 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών		0,4 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,2 ^β	<0,001 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου		0,3 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,2 ^β	<0,001 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων» και 15 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 28.

Πίνακας 28: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	0,5	0,4 έως 0,6	<0,001
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	-0,01	0,002 έως 0,014	0,009
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου»	0,3	0,1 έως 0,4	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας»	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου», την «συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου», και την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».
- Τα λιγότερα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 56% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων».

2.4.3.12 Βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

Πίνακας 29: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

Χαρακτηριστικό	Μέση βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου»	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^a
Άνδρες	3,1	0,6	
Γυναίκες	3,3	0,6	
Ηλικία		-0,07 ^b	0,4 ^b
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,1 ^γ	0,1^γ
Άλλες σπουδές			0,3 ^a
Ναι	3,2	0,6	
Όχι	3,3	0,6	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο		-0,1 ^γ	0,5 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική		-0,07 ^γ	0,3 ^γ
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα		-0,2 ^γ	0,03^γ
Θέση			0,1^δ
Γιατροί	3,1	0,7	
Νοσηλεύτές	3,2	0,6	
Άλλοι	3,3	0,6	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,1^b
Ναι	3,3	0,6	
Όχι	3,0	0,5	
Τομέας εργασίας			0,1^δ
Παθολογικός	3,3	0,6	
Χειρουργικός	3,2	0,6	
ΤΕΠ	3,1	0,6	

ΜΕΘ	3,3	0,5	
Εργαστηριακός	3,0	0,7	
Ψυχιατρικός	3,3	0,7	
Ανοικτή επικοινωνία		0,3 ^β	<0,001 ^β
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη		0,3 ^β	<0,001 ^β
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση		0,2 ^β	<0,001 ^β
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου		0,6 ^β	<0,001 ^β
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη		0,2 ^β	<0,001 ^β
Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών		0,3 ^β	<0,001 ^β
Στελέχωση		0,1 ^β	<0,001 ^β
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων		0,04 ^β	0,6 ^β
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας		0,4 ^β	<0,001 ^β

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Pearson

^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου» και 16 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

Μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία στον παράγοντα «ανοικτή επικοινωνία»	0,1	0,001 έως 0,2	0,049
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου»	0,5	0,4 έως 0,6	<0,001
Βαθμολογία στον παράγοντα «συνολική αντίληψη της ασφάλειας»	0,1	0,001 έως 0,24	0,038

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Η καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνολική αντίληψη της ασφάλειας», την «ανοικτή επικοινωνία», και την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου» σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με τις «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 48% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας στον παράγοντα «μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου».

2.4.3.13 Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες.

Πίνακας 31: Συσχετίσεις ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες.

Χαρακτηριστικό	Αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες		Τιμή p
	Κανένα	≥1	
Φύλο			0,06^a
Αντρες	30 (51,7)	28 (48,3)	
Γυναίκες	96 (66,7)	48 (33,3)	
Ηλικία	42 (10,4) ^β	43,1 (9,1) ^β	0,5 ^γ
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0,03^δ
Δευτεροβάθμια	25 (71,4)	10 (28,6)	
ΤΕΙ	57 (67,9)	27 (32,1)	
ΑΕΙ	44 (53,0)	39 (47,0)	
Άλλες σπουδές			0,08^a
Όχι	62 (69,7)	27 (30,3)	
Ναι	64 (56,6)	49 (43,4)	
Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	10,9 (10,6) ^β	11,7 (10,7) ^β	0,6 ^γ
Έτη προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη κλινική	7,2 (8,7) ^β	8,2 (8,7) ^β	0,4 ^γ
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα	44,9 (11,8) ^β	49,9 (17,0) ^β	0,02^γ
Θέση			0,05^a
Γιατροί	35 (50,7)	34 (49,3)	
Νοσηλεύτές	51 (69,9)	22 (30,1)	
Άλλοι	40 (66,7)	20 (33,3)	
Επαφή με τους ασθενείς από τη συγκεκριμένη θέση εργασίας			0,4 ^a
Ναι	114 (63,3)	66 (36,7)	
Όχι	12 (54,5)	10 (45,5)	
Τομέας εργασίας			0,6 ^a
Παθολογικός	47 (66,2)	24 (33,8)	
Χειρουργικός	33 (56,9)	25 (43,1)	
ΤΕΠ	17 (70,8)	7 (29,2)	
ΜΕΘ	6 (75)	2 (25)	
Εργαστηριακός	17 (51,5)	16 (48,5)	
Ψυχιατρικός	6 (75)	2 (25)	
Ανοικτή επικοινωνία	3,4 (0,7) ^β	3,3 (0,7) ^β	0,3 ^γ
Ανατροφοδότηση και επικοινωνία για τα λάθη	3,4 (0,7) ^β	3,3 (0,7) ^β	0,6 ^γ
Οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση	3,5 (0,6) ^β	3,4 (0,6) ^β	0,8 ^γ
Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου	3,2 (0,7) ^β	3,0 (0,7) ^β	0,1^γ
Μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη	2,7 (0,7) ^β	2,6 (0,7) ^β	0,3 ^γ

Προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων / διευθυντών	3,4 (0,7) ^β	3,4 (0,7) ^β	0,6 ^γ
Στελέχωση	2,4 (0,6) ^β	2,3 (0,7) ^β	0,1^γ
Υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας	3,1 (0,8) ^β	2,9 (0,8) ^β	0,1^γ
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου	3,3 (0,7) ^β	3,2 (0,7) ^β	0,2 ^γ
Μεταφορές/διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου	3,3 (0,6) ^β	3,1 (0,6) ^β	0,1^γ
Συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων	3,2 (0,9) ^β	3,1 (0,9) ^β	0,7 ^γ
Συνολική αντίληψη της ασφάλειας	3,5 (0,6) ^β	3,3 (0,7) ^β	0,3 ^γ

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%) εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

^α έλεγχος χ^2

^β μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

^γ έλεγχος t

^δ έλεγχος χ^2 για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ των αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας φαίνονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 32: Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τα αναφερόμενα δυσμενή συμβάντα τους τελευταίους 12 μήνες (κανένα συμβάν: κατηγορία αναφοράς).

Χαρακτηριστικό	Λόγος των odds	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds	Τιμή p
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	1,03	1,004 έως 1,047	0,019
Συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων	0,51	0,41 έως 0,64	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης προκύπτουν τα εξής:

- Οι εργαζόμενοι που εργάζονταν περισσότερες ώρες εβδομαδιαίως δήλωσαν συχνότερα έστω και ένα δυσμενές συμβάν τους τελευταίους 12 μήνες σε σχέση με τους εργαζόμενους που εργάζονταν λιγότερες ώρες εβδομαδιαίως.

- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 4% της μεταβλητότητας των αναφερόμενων δυσμενών συμβάντων τους τελευταίους 12 μήνες.

2.5 Συζήτηση

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε για να αποτυπωθεί η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών του συγκεκριμένου επαρχιακού νοσοκομείου για πρώτη φορά. Σαν κυρίαρχο εύρημα ανέδειξε ότι οι εργαζόμενοι αξιολόγησαν συνολικά το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών στο νοσοκομείο ως ικανοποιητικό με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να το χαρακτηρίζει από καλό έως πολύ καλό. Πιο αναλυτικά, το 48% των εργαζομένων θεωρεί «άριστη» έως «πολύ καλή» την απόδοση των τμημάτων στα οποία δουλεύει, ενώ το 38,1% πιστεύει ότι η επίδοση του τμήματος που υπάγεται είναι «καλή».

Το προσωπικό θεωρεί τη στάση των προϊσταμένων /διευθυντών του θετική ως προς την ασφάλεια ασθενών συγκεντρώνοντας ένα μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων 54,6%. Μάλιστα, η παράμετρος αυτή κατέχει την πρώτη θέση του μέσου ποσοστού θετικών απαντήσεων όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, αν και ξεπερνά σε μικρό βαθμό το επίπεδο ουδετερότητας. Αυτό δείχνει ότι παρότι οι συμπεριφορές των στελεχών του νοσοκομείου που σχετίζονται στενά με το προσωπικό τείνουν να είναι υποστηρικτικές εντούτοις δεν έχουν κατορθώσει να προσεγγίσουν πλήρως τις ανάγκες των εργαζομένων τους γύρω από ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια και δύναται βελτιώσεων. Η ενημέρωση των προϊσταμένων /διευθυντών μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητική στην ανάδειξη των αιτιών των λαθών καθώς αυτοί βρίσκονται σε άμεση επαφή με τους εργαζομένους και ορίζουν τον τρόπο λειτουργίας κάθε τμήματος. Αναλύοντας τα λάθη πιθανώς να προτείνουν και τις βέλτιστες λύσεις που ταιριάζουν και είναι εφικτό να εφαρμοστούν στις ιδιαιτερότητες κάθε τμήματος.

Σε αντιδιαστολή με τις απόψεις των εργαζομένων απέναντι στους προϊσταμένους και τους διευθυντές των τμημάτων, το προσωπικό φαίνεται να διατηρεί επιφυλάξεις σε σχέση με τη στάση της διοίκησης στα θέματα της ασφάλειας γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία της να υπάρξει αρκετά υποστηρικτική απέναντι στους εργαζόμενους και να τους πείσει ως προς τη δέσμευση της σε θέματα ασφάλειας. Μια πιθανή αιτιολογία σε αυτό θα μπορούσε να είναι η ανεπαρκής γνώση και εκπαίδευση των διοικητικών στελεχών γύρω από θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια, παράμετρος που λειτουργώντας συνδυαστικά με την έλλειψη προσωπικού σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και τον αυξημένο φόρτο εργασίας του υπόλοιπου προσωπικού δυσκολεύουν την ορθή διαχείριση των ζητημάτων της ασφάλειας. Ο ρόλος της ηγεσίας είναι καθοριστικός στη δημιουργία μιας θετικής κουλτούρας ασφάλειας

καθώς οριοθετεί τη στρατηγική, τον τρόπο οργάνωσης και τις διαδικασίες που καθιερώνουν την ασφάλεια των ασθενών (Yates et al, 2005). Επομένως, όσο πιο ενδυναμωμένη και ουσιαστική είναι η στήριξη της διοίκησης, τόσο σε επίπεδο παροχής πόρων όσο και σε επίπεδο διαχείρισης των λαθών απέναντι στο προσωπικό τόσο θα μεταβάλλεται θετικά η απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας.

Επίσης, το προσωπικό εκτιμά ότι δεν υπάρχει η επιθυμητή επαγρύπνηση για τα θέματα της ασφάλειας εντός του νοσοκομείου και θεωρεί το επίπεδο επικοινωνίας για την ασφάλεια των ασθενών, τα λάθη και την πρόληψή τους ανεπαρκή. Τονίζεται έτσι η ανάγκη συστηματικότερης καλλιέργειας της κουλτούρας ασφάλειας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να εκφράζονται ελεύθερα κατά την άσκηση των καθηκόντων τους και να μπορούν να απευθύνουν διευκρινιστικές ερωτήσεις και τυχόν απορίες στους εκάστοτε διευθύνοντες. Είναι γνωστό πως η δυσχερής επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι βασικός αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης λαθών και δυσμενών συμβάντων (Leonard et al,2004).

Ακόμη, τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι οι εργαζόμενοι έχουν αρνητική άποψη σχετικά με το κλίμα που δημιουργείται στο νοσοκομείο ως προς την αντίδραση στα λάθη και πιστεύει ότι το περιβάλλον είναι εχθρικό προς τους ίδιους όταν κάνουν λάθη. Υπάρχει δηλαδή η αντίληψη ότι δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στο άτομο που διαπράττει το λάθος και όχι στο ίδιο το λάθος, πράγμα που έχει σαν συνέπεια το στιγματισμό του ατόμου και ενέχει τον κίνδυνο χρήσης του λάθους εναντίον του. Το γεγονός αυτό είναι μεγάλης σημασίας και χρήζει άμεσης προσοχής, αφού με τον τρόπο αυτό λόγω του αισθήματος φόβου που δημιουργείται στο προσωπικό για την επικείμενη τιμωρία υπάρχει πιθανότητα συγκάλυψης των λαθών που πραγματοποιούνται. Αυτό πρέπει να αποφευχθεί αφού όχι μόνο αναστέλλει την ανάπτυξη συστημάτων για την πρόληψη των λαθών αλλά θέτει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενούς και αποτρέπει τη διαδικασία της μάθησης ορθών πρακτικών και της βελτίωσης μέσω της συζήτησης και της επεξεργασίας των σφαλμάτων. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία βασικές αιτίες για τις οποίες αναστέλλεται η αναφορά των λαθών από τους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας είναι ο φόβος για επικείμενες επαγγελματικές κυρώσεις, ποινικές διώξεις και ο φόβος αρνητικών αντιδράσεων από το υπόλοιπο προσωπικό (Chiang et al,2010; Lin Ma, 2009; Mayo & Duncan,2004). Άλλωστε, τα λάθη που εντοπίζονται μπορούν με την κατάλληλη και προσεκτική αξιοποίηση τους να συμβάλλουν θετικά στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Reason, 2000). Στη συγκεκριμένη έρευνα, τα προαναφερθέντα ευρήματα πιθανώς αιτιολογούν ως ένα βαθμό και τα χαμηλά ποσοστά αναφοράς δυσμενών συμβάντων των εργαζομένων στους ανωτέρους του καθώς το 62,2% των συμμετεχόντων δήλωσε πως το

τελευταίο έτος δεν έκανε καμία αναφορά. Έρευνες σε άλλες χώρες πιθανολογούν πως οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να αναφέρουν δυσμενή συμβάντα και λάθη επώνυμα λόγω του φόβου των επικείμενων συνεπειών και του χαρακτηρισμού τους ως μη ικανούς (Potylycki et al,2004). Εξάλλου, το υψηλό μέσο ποσοστό των θετικών απαντήσεων που συγκέντρωσε ο παράγοντας οργανωσιακή μάθηση και συνεχής βελτίωση (αντικατοπτρίζοντας το 52,1% των συμμετεχόντων), δηλώνει την πεποίθηση των εργαζομένων ότι τα λάθη μπορούν να είναι ιδιαίτερα επικοδομητικά κατόπιν σωστής διαχείρισης και μάθησης από αυτά ενώ σε συνδυασμό με την διαρκή προσπάθεια του προσωπικού συμβάλλουν στην διασφάλιση της ασφάλειας.

Μη ικανοποιητικά ωστόσο, είναι και τα αποτελέσματα που σχετίζονται με συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και μεταξύ των εργαζομένων του νοσοκομείου, εύρημα που τονίζει την αναγκαιότητα σημαίνει της επίτασης των προσπαθειών για την ενίσχυση της καλής συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα.

Αποθαρρυντικά, είναι τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την στελέχωση του νοσοκομείου σε προσωπικό καθώς η παράμετρος αυτή κατέχει τη χαμηλότερη βαθμολογία των εργαζομένων όσον αφορά την κουλτούρα ασφάλειας. Πιο συγκεκριμένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων αντίστοιχο του 76% πιστεύει ότι το υπάρχον προσωπικό ανεπαρκεί για την πλήρη κάλυψη του εργασιακού φόρτου στο νοσοκομείο. Παράλληλα πολλαπλά σχόλια των εργαζομένων του νοσοκομείου τονίζουν το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού και της χρονικής πίεσης που υφίστανται προκειμένου να ανταποκριθούν στις εργασιακές απαιτήσεις. Σίγουρα, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο εύρημα αυτό, καθώς η υποστελέχωση μέσω του αυξημένου φόρτου και ωρών εργασίας του υπόλοιπου προσωπικού ενέχει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (σύνδρομο «burn out»)και αυξάνει την πιθανότητα λαθών και σφαλμάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί (Aiken et al, 2014; Cho et al, 2014). Το εύρημα αυτό δε προκαλεί έκπληξη σε μια χώρα που υφίσταται τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και προσπαθεί να μειώσει τις όποιες δαπάνες. Η καλύτερη ανακατανομή του προσωπικού που θα συμβαδίζει με τις ανάγκες του κάθε τμήματος και ο σωστός σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού πιθανώς να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται το παράδοξο ότι ενώ η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίζει το κλίμα ασφάλειας του νοσοκομείου ως ικανοποιητικό εντούτοις οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις διάφορες παραμέτρους της ασφάλειας αντιτίθενται σε αυτό συγκεντρώνοντας χαμηλές βαθμολογίες. Το γεγονός αυτό πιθανόν οφείλεται στην απροθυμία κάποιων εργαζομένων να παρουσιάσουν αρνητικά στοιχεία για το νοσοκομείο και το τμήμα τους και αφού οι ίδιοι θεωρούν ότι προσπαθούν σε

μεγάλο βαθμό να διασφαλίσουν την ασφάλεια των ασθενών τους. Ταυτόχρονα, πιστεύουν ότι αυτό ενδεχομένως να είχε προσωπικό αντίκτυπο στους ίδιους πλήττοντας τον επαγγελματισμό τους (Leape,2000b; Mayo & Duncan, 2004).

Τελικά, τα ευρήματα της έρευνας στο σύνολο τους αναδεικνύουν την ύπαρξη ενός υποβάθρου αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας εντός των τμημάτων του νοσοκομείου που χρήζει άμεσης ενίσχυσης και βελτίωσης από τη διοίκηση σε πολλαπλά επίπεδα προκειμένου να αλλάξει προς το καλύτερο την απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα αυτό.

Οι ενέργειες που αποσκοπούν στη διασφάλιση και στην αύξηση της ασφάλειας των ασθενών (όπως επανέλεγχος των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν για την βελτίωση του επιπέδου της ασφάλειας, η ανοιχτή επικοινωνία για τα λάθη και η ανατροφοδότηση για τα λάθη), η μείωση του αισθήματος φόβου για τις συνέπειες ενός λάθους, η εξάλειψη του στιγματισμού του προσώπου που διαπράττει το λάθος και η συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου για τη μεταφορά ασθενών σχετίζονται στην ανάπτυξη στο σύνολο της μιας θετικότερης στάσης των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ασφάλεια ασθενών. Η θετική κουλτούρα ασφάλειας ενισχύεται επίσης από την υποστηρικτική στάση της Διοίκησης του νοσοκομείου απέναντι στο προσωπικό σε θέματα σχετικά με την ασφάλεια και την θετική πίστη των επαγγελματιών υγείας της επαρκούς στελέχωσης των τμημάτων του νοσοκομείου.

Τα δημογραφικά και επαγγελματικά δεδομένα των επαγγελματιών υγείας που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με κάποιες από τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας είναι : 1. Το εκπαιδευτικό επίπεδο,2. Η επαγγελματική ειδίκευση, 3. Το είδος του τμήματος του νοσοκομείου που εργάζονται,4. Η ηλικία και 5. η εργασιακή προϋπηρεσία στους χώρους υγείας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας οι επαγγελματίες υγείας με επιπλέον σπουδές πέραν του βασικού τίτλου σπουδών τους παρουσίασαν θετικότερο ποσοστό απαντήσεων αναλογικά με όσους δεν είχαν κάνει επιπλέον σπουδές. Το καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων του νοσοκομείου σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συχνότητα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων» και με τις «προσδοκίες και δράση των προϊσταμένων/διευθυντών για την ασφάλεια. Είναι προφανές πως η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η διαρκής κατάρτιση και η απόκτηση νέων γνώσεων βοηθούν στην συνειδητοποίηση της χρησιμότητας και της ανάγκης διαμόρφωσης κουλτούρας ασφάλειας και στην ευκολότερη αναγνώριση των προσπαθειών της Διοίκησης που στρέφονται προς την κατεύθυνση αυτή.

Σε σχέση με την επαγγελματική ειδίκευση η έρευνα ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές και οι άλλοι εργαζόμενοι υγείας του νοσοκομείου είχαν υψηλότερη βαθμολογία και άρα καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας αναφορικά με την «υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας» σε σχέση με τους γιατρούς. Οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δείχνουν να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις προσπάθειες που πραγματοποιούνται από τη Διοίκηση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας συγκριτικά με τους ιατρούς αποτέλεσμα που αιτιολογείται ως ένα βαθμό από την ενασχόληση των πρώτων με την φροντίδα των ασθενών γεγονός που απαιτεί περισσότερες ώρες συναναστροφής τους με τους ασθενείς πράγμα που απαιτεί τη συνεργασία τους με διαφορετικές υπηρεσίες(συμπεριλαμβανομένου και της διοικητικής) για να είναι ποιοτική. Από την άλλη, οι νοσοκομειακοί γιατροί προσφέρουν δευτεροπαθή περίθαλψη στους ασθενείς αναλαμβάνοντας κατά βάση τη θεραπευτική αγωγή τους, χωρίς να δίνουν έμφαση στην περαιτέρω φροντίδα του ασθενούς γεγονός που τους αποξενώνει από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει το παραπάνω εύρημα καθώς σύμφωνα με αυτή οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών επικοινωνούν περισσότερο με τους ασθενείς έχοντας ως συνέπεια την απασχόληση τους με τα ζητήματα ασφάλειας ασθενών (Grant et al, 2006; Simpson, 2005).

Η κουλτούρα ασφάλειας ασθενών όμως παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με τα τμήματα του νοσοκομείου που εργάζεται το προσωπικό (Haugen et al, 2010). Στο νοσοκομείο στο οποίο έγινε η έρευνα οι εργαζόμενοι της μονάδας εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) έδειξαν καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «ανοιχτή επικοινωνία» σε σχέση με τους εργαζόμενους στα άλλα τμήματα. Από τη διεθνή βιβλιογραφία υψηλές βαθμολογίες σε παραμέτρους της ασφάλειας ασθενών υπάρχουν σε άλλες έρευνες που έγιναν μονο-τμηματικά και αφορούν μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), στο εξωτερικό, αλλά και στην Κύπρο (Raftopoulos V. & Pavlakis A.,2013). Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό αν αναλογιστεί κανείς τη σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται στο τμήμα αυτό και των μοιραίων συνεπειών που δύναται να έχει στην υγεία των ασθενών το οποιοδήποτε λάθος. Ένας ασθενής που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση πιθανώς ελέγχεται από πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών ενώ λαμβάνει πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές και συχνά υφίσταται πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Προφανώς η έλλειψη κουλτούρας, η έλλειψη ικανοποιητικής τεχνολογίας και οι βιαστικές διαδικασίες κάνουν τα λάθη αναμενόμενα. Είναι λοιπόν απαραίτητη η σωστή συνεργασία και η ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού ώστε να αποφευχθούν δυσμενή συμβάντα που θα θέσουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των νοσηλευόμενων.

Η μείωση της ηλικίας έδειξε αύξηση της βαθμολογίας στην παράμετρο την «μη τιμωρητική δράση στα λάθη». Προφανώς τα άτομα μικρότερης ηλικίας λόγω έλλειψης εργασιακής εμπειρίας και της αυξημένης πιθανότητας πραγματοποίησης λάθους αναλογικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους έχουν συνειδητοποιήσει την ανάγκη αντιμετώπισης των λαθών ως ένα γεγονός το οποίο προάγει τη μάθηση με τη σωστή διαχείριση χωρίς να στοχοποιεί τον εργαζόμενο. Τέλος, τα λιγότερα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο σχετίζονταν με καλύτερη κουλτούρα αναφορικά με την «συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων». Η αύξηση των ετών εργασίας, ιδίως σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας που υφίστανται τις συνέπειες της υποστελέχωσης δύναται να προκαλέσει φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης (“burn out”) στους εργαζομένους, γεγονός που προκαλεί αλλαγές στον τρόπο αντίληψης και συμπεριφοράς τους σε ένα γενικότερο επίπεδο που ενδεχομένως εμπεριέχει και την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.

2.6 Κοινοποίηση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα στο σύνολο τους μπορούν να έχουν χρήση σε επίπεδο νοσοκομείου, τμήματος ή μονάδας. Έτσι, πρέπει να κοινοποιηθούν στους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου σε συνολικό επίπεδο, ώστε μέσω της ορθής αξιοποίησης τους από τα διάφορα οργανωσιακά επίπεδα του νοσοκομείου να τεθούν και να εφαρμοστούν διαδικασίες που θα βελτιώσουν τις παραμέτρους της κουλτούρας ασφάλειας που δυσλειτουργούν σε αυτό. Αρχικά, σημαντικό είναι να εξεταστούν προσεκτικά από τους Διευθυντές-Προϊσταμένους όλων των επιπέδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης για να τους βοηθήσουν να διευθύνουν ανεπαρκή επίπεδα κουλτούρας ασφάλειας σε χώρους όπου αυτά εμφανίζονται. Οι ίδιοι οφείλουν να προάγουν την συζήτηση σχετικά με τα ευρήματα σε όλο το νοσοκομείο γεγονός που θα αποτελέσει αρωγό για τη βέλτιστη κατανόηση των μηχανισμών των πρακτικών ασφάλειας από το προσωπικό ενώ μπορεί να συμβάλλουν στην απλούστευση της ανάπτυξης ειδικών πρακτικών ασφάλειας ή να χρησιμοποιηθούν ως σημείο αναφοράς και περαιτέρω παρακολούθησης των μεταβολών.

Παράλληλα, τα ευρήματα της μελέτης δύνανται να αξιοποιηθούν και από τη διοίκηση του νοσοκομείου, προκειμένου να καταλήξει σε συμπεράσματα που θα αποτελέσουν εφαλτήριο για τη μελλοντική βελτίωση της απόδοσης ασφάλειας. Άλλωστε, η αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας αποτελεί μέσο θετικής συνεισφοράς στην διαφοροποίηση της κουλτούρας οπότε η ορθή χρήση των αποτελεσμάτων πιθανώς θα συμβάλλει στην έναρξη διαδικασιών με σκοπό τη διαρκή βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών.

Σε κάθε περίπτωση, ιδιαίτερη προσοχή οφείλει να δίδεται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία και η ακεραιότητα των συμμετεχόντων, γεγονός που καθιστά αδύνατη την ξεχωριστή αναφορά των ευρημάτων που αφορούν τμήματα με μικρό αριθμό συμμετεχόντων.

Σίγουρα ανεξάρτητα από τους στόχους της έρευνας αναμένεται να υπάρξει κάποια αντίσταση όσον αφορά την αποδοχή των ευρημάτων. Αυτό απαντάται ιδίως σε όσους βρίσκονται στην ανώτερη ιεραρχία των τμημάτων καθώς μπορεί να αισθανθούν απειλή ως προς τη διατήρηση της θέσης τους, ειδικά αν μέσω της έρευνας υπάρχει η δυνατότητα παροχής στοιχείων που επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών τμημάτων αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Όμοια σε μερικές μονάδες ελλοχεύει ο φόβος του στίγματος ως μονάδες με αρνητική κουλτούρα ασφάλειας, ενώ είναι πιθανή η αντίδραση ορισμένων με απόρριψη και αμφισβήτηση της επιστημονικής τεκμηρίωσης των αποτελεσμάτων. Λύση σε αυτές τις συμπεριφορές αποτελεί ο αποτελεσματικός διάλογος που θα έχει τις βάσεις του στην ειλικρινή συζήτηση ώστε να γίνει άρση του αισθήματος απειλής και να θεμελιωθεί ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και αισθήματος ασφάλειας. Δυστυχώς, δεν υφίσταται ιδανικός τρόπος χρήσης των ευρημάτων της έρευνας που να καθοδηγεί τη διαδικασία αλλαγών. Μέσω των ευρημάτων της έρευνας όμως δημιουργούνται ποικίλα θεωρητικά πλαίσια που βοηθούν στη διαδικασία και τον τρόπο επιτέλεσης των αλλαγών που επιτελούνται στην κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών.

Αναμφισβήτητο πάντως είναι το γεγονός πως ο ανθρώπινος παράγοντας παραμένει ο σημαντικότερος κινητήριος τροχός των αλλαγών εμπλέκοντας τόσο όσους βρίσκονται στη διοίκηση και επωμίζονται την ευθύνη της δέσμευσης και της παρακίνησης των εργαζομένων όσο και το λοιπό προσωπικό που αποτελεί το βασικό εφαρμοστή των αλλαγών.

2.7 Περιορισμοί της έρευνας και προοπτικές περαιτέρω μελέτης

Συμπερασματικά, διαφαίνεται καθαρά η αναγκαιότητα κατανόησης της σημαντικότητας της κουλτούρας ασφάλειας, όπως επίσης και της γνώμης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα ζητήματα της ασφάλειας αφού αυτοί είναι οι βασικοί φορείς της παροχής φροντίδας, γεγονός που έγινε προσπάθεια να αναδειχθεί στη συγκεκριμένη έρευνα. Παρόλα αυτά, επειδή ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελεί δείγμα ευκολίας προέρχεται δηλαδή από ένα μόνο επαρχιακό νοσοκομείο είναι αδύνατες οι συγκρίσεις με τα αποτελέσματα μεγαλύτερων, πολυκεντρικών ερευνών, παρόλο που το μέγεθος του δείγματος και η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ικανοποιητικά και η γενίκευση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

Αυτό, αναδεικνύει τη χρησιμότητα της εφαρμογής του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και σε άλλα νοσοκομεία σε μελλοντικό χρόνο ώστε να διαπιστωθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων και να υπάρξει η δυνατότητα συγκρίσεων. Επιπλέον, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θα ήταν η διενέργεια μιας παρόμοιας μελέτης σε ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας ώστε να προκύψουν συγκριτικά δεδομένα για τις απόψεις αναφορικά με την κουλτούρα ασφάλειας και τον τρόπο διαχείρισης των δυσμενών συμβάντων. Επίσης πρόκειται για μια συγχρονική έρευνα, δηλαδή ο σχεδιασμός της έρευνας βασίζεται σε παρατηρήσεις που αντιπροσωπεύουν ένα συγκεκριμένο σημείο στο χρόνο και αφορούν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία πληθυσμού. Αυτό σε πρώτη φάση καθιστά αδύνατη την εξαγωγή αιτιολογικών συσχετίσεων.

Αναφορικά με τη συμμετοχή στην παρούσα έρευνα, αυτή είχε εθελοντικό χαρακτήρα. Έτσι, είναι πιθανό οι συμμετέχοντες να είχαν μεγαλύτερη ευαισθησία για θέματα που αφορούν την ασφάλεια άρα ενδέχεται να υπάρχει συστηματικό σφάλμα. Το γεγονός αυτό μειώνεται ως ένα βαθμό λόγω της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος που αναδεικνύεται στη στατιστική μελέτη. Πιθανώς η διενέργεια μιας ποιοτικής έρευνας με διαφορετικές μεθόδους (όπως π.χ. τη συνέντευξη) σε μελλοντικό χρόνο να συμβάλλει στην βαθύτερη κατανόηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών ώστε να υπάρξει η δυνατότητα συσχετίσεων με τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει. Αξιόλογη θα ήταν και η επέκταση της έρευνας και σε επαγγελματίες που εργάζονται σε χώρους υγείας αλλά δε σχετίζονται άμεσα με την παροχή ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης όπως είναι οι διοικητικοί και οι τεχνικοί υπάλληλοι των νοσοκομείων οι οποίοι δε συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη, ώστε να διερευνηθούν πιθανές διαφοροποιήσεις και να υπάρξει μια πληρέστερη εικόνα σχετικά με τις αντιλήψεις γύρω από θέματα ασφάλειας ασθενών. Μια προσπάθεια έγινε στην συγκεκριμένη έρευνα η οποία συμπεριέλαβε και το βοηθητικό προσωπικό που εργάζεται στα ιατρικά εργαστήρια και στους ακτινολογικούς χώρους.

Ένα νέο πεδίο για περαιτέρω μελέτη αποτελεί η συσχέτιση της κουλτούρας ασφάλειας και της διοίκησης ασφάλειας. Ο τρόπος διοίκησης της ασφάλειας θέτει τις πολιτικές, τα σχέδια και τις διαδικασίες ενός οργανισμού ενώ σχετίζεται και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό με τα πρότυπα, τις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις του προσωπικού. Επομένως, είναι αναγκαία η ανάπτυξη έρευνας και στο πεδίο της διοίκησης της ασφάλειας.

Τέλος, πιθανώς να ήταν χρήσιμη η επανάληψη αντίστοιχων ερευνών σε νοσοκομεία όπου πραγματοποιήθηκαν αρχικά μετά την πάροδο κάποιων ετών ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα και να υπάρξουν συγκρίσιμα δεδομένα σχετικά με την εξελικτική πορεία και τις μεταβολές των πεποιθήσεων των εργαζομένων για θέματα γύρω από την ασφάλεια ασθενών αναλογικά με την προϋπηρεσία τους σε δομές υγείας. Η αύξηση των ετών εργασίας, ιδίως σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας που δοκιμάζονται στη σύγχρονη εποχή πιθανώς

να επιφέρει αλλαγές στον τρόπο αντίληψης των εργαζομένων σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.

Εν κατακλείδι, η ασφάλεια του ασθενή, μια σημαντική πτυχή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δυστυχώς αποτελεί έναν ανεπαρκώς ανεπτυγμένο τομέα στη χώρα μας, τόσο σε επίπεδο ύπαρξης και εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο έρευνας. Απαιτούνται οι άμεσες ενέργειες όλων των φορέων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας για την υιοθέτηση κατάλληλων μέτρων που θα καταστήσουν την ασφάλεια ασθενών πρωτεύουσας σημασίας. Απώτερος στόχος είναι η κινητοποίηση όλων των εμπλεκόμενων και η εφαρμογή προγραμματών δράσης. Η δημιουργία εκδηλώσεων /σεμιναρίων για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ασφάλειας ασθενών κρίνεται ένα καλό πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση αυτή.

2.8 Βιβλιογραφία

2.8.1 Ελληνική

Αθανασίου, Λ.(2000). Τα λάθη των μαθητών στην γραπτή έκφραση και ο ρόλος τους στη διαδικασία της διδασκαλίας και μάθησης. *Μάθηση και διδασκαλία της ελληνικής ως μητρικής και ως δεύτερης γλώσσας*, Ρέθυμνο: Ατραπός.

Αλετράς, Β.Ο., Μπασιούρη, Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ.Μ. & Νιάκας, Δ.Α. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων . *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1),79.

Βοζίκης, Α., Πολλάλης, Γ., Ρήγα, Μ., Μαγκίνα, Ν., Στουφής, Ν., Ρήγα, Μ. & Τενεκετζή, Ζ.(2011). Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων: Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS). *Archives of Hellenic Medicine*, 29(3),345-353.

Γκότοβος, Α.Ε.(1997). *Παιδαγωγική αλληλεπίδραση :Επικοινωνία και κοινωνική μάθηση στο σχολείο*, Αθήνα: Gutenberg.

Δεσποτόπουλος, Κ. (2000). *Φιλοσοφίας εγκώμιον*, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Καπάκη, Β. & Σουλιώτης, Κ. (2015). *Ποιότητα και Ασφάλεια στην Υγεία: Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Δημόσια Νοσοκομεία στην Ελλάδα*, (διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος.

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, Αθήνα.

Λεξικό Κοινής Νεοελληνικής (2007).Θεσσαλονίκη: Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη.

Λιαχοπούλου, Α., & Δεληγιαννίδη, Π. (2012). Σφάλματα από το Ιατρικό και το Νοσηλευτικό Προσωπικό στη Χειρουργική Αίθουσα. *Νοσηλευτική*, 51(1),93-103.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). Λαθεύω. Στο Γ. Ίσιβεριώτης (Επιμ.), *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. (Β' έκδοση,σσ .984). Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε

Παναγιώτου, Α. (2015). Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, 32(3),354-363.

Πολάλης, Γ., Βοζίκης, Α., & Ρήγα, Μ.,(2012). Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα.. *Το βήμα του Ασκληπιού*,11(4),577-592.

Φραγκουδάκη, Α.(1987). *Γλώσσα και Ιδεολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

2.8.2 Ξενόγλωσση

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van Der Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M. et al (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8

Altman, D.E., Clancy, C. & Blendon, R.J. (2004). Improving patient safety – five years after the IOM report , *N Engl J Med*, 351(20),2041-2043. doi: 10.1056/NEJMp048243

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

Blegen, M.A., Pepper, G.A. & Rosse, G.(2005). Safety climate on hospital units: a new measure. In K., H., Battles, J.B., Marks, E.S. and Lewin, D.I. (Eds.) *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Vol.4).Rockville: AHRQ.

Blendon, R.J., Desroches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B, Schneider, E. et al. (2002). Views of practicing physicians and the public on medical error. *N Engl J Med* ,347(24),1933-1940. doi: 10.1056/NEJMs022151

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

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(6),370-376. doi:10.1056/NEJM199102073240604

Bruner, J. (1983).In search of Mind .New York, *Harper*.

Caroll, J. & Edmondson, A. (2002): Leading organizational learning in healthcare . *Quality and Safety in Healthcare*. 11(1),51-56. doi: 10.1136/qhc.11.1.51

Chiang, H.Y, Lin, S.Y., Hsu S.,C., & Ma, S.C (2010).Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58(1), 17-25. doi: 10.1016/j.outlook.2009.06.001.

Cho, E., Sloane, D.M, Kim, E.Y., Kim, S. Choi, M., Yoo, I.Y.et al. 2014. Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *Int J Nurs Stud*,52(2),535-542. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.006

Cooper ,M., (2000).Towards a model of safety culture. *Safety Science*. 36(2),111-136. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00035-7

Elwahab, A.S. & Doherty, E. (2014). What about doctors? The impact of medical errors. *The Surgeon*,12(6),297-300. doi: 10.1016/j.surge.2014.06.004

European Commission (2014). Overall Quality of Healthcare at National Level. *Special Eurobarometer 411: Patient safety and Quality care*,43, pp.11-12. doi: 10.2772/33169

Field, A., (2000).*Discovering Statistics using SPSS for Windows*. London, SAGE Publications.

Flin, R., Mearns, K., O Connor, P., & Bryden, R. (2000).Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science*,34,177-192.

Flin, R., Yule, S., McKenzie, L., Paterson-Brown, S. & Maran, N. (2006).Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. *Surgeon*,4(3),146-151.

Fox, R., (1957).Training for uncertainty. In Merton, R., Reade, G., Kendall, P. (Eds.).*The student physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education* (pp. 207-244).Cambridge MA: Harvard University Press.

Garvin, D., (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*,71(4),78-91.

Gehring, K., Mascherec, C. A., Bezzola, P. & Schwappach, L.B.D. (2015). Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. *J.Eval Clin Pract*; 21(2),332-338. doi: 10.1111/jep.12326

George, D.L., Emons, M.F., Uchida, K.M. & Jacqueline Kosecoff, (2002).*The Challenge of Assessing Patient Safety in America's Hospitals*. Santa Monica :Protocare Sciences.

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

Grant, M.J., Donldson, A.E., & Larsen, G.,Y. (2006). The safety culture in a childrens hospital. *J Nurs Care Qual*,21(3),223-229.

Gross, P. (2000).Implementing Evidence-Based Recommendations for Health Care: A Roundtable Comparing European and American Experiences. *Journal on Quality Improvement*, 26(9),547-553. doi: 10.1016/S1070-3241(00)26046-X

Guldenmud, F.W. (2000).The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*, 34(1-3),215-257. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00014-X

Hansen, L. (2000).The Architecture of Safety Excellence. *Professional Safety* , 45,26-29.

Haugen, A.S.,Softeland, E., Eide, G. E.,Nortvedt, M.W., Aase, K., & Harthug, S. (2010). Patient safety in surgical environments : cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of The Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Serv Res*, 10,279.

Health and Safety Executive (2005). *A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Research Report 367. Bristol:Author.

Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N.S., & Vleugels, A. (2010). Improving patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur*, 23(5), 489-506. doi: 10.1108/09526861011050529

Huang, D. t., Clermont, G., Kong, L., Weissfeld, L.A., Sexton, J.B., Rowan, K.M . et al (2010). Intensive care unit safety culture and outcomes : a multicenter study. *Int J Qual Health Care*, 22(3), 151-61. doi: 10.1093/intqhc/mzq017

Human Engineering for the Health and Safety Executive (2005). *A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit*. Bristol: HSE.

Institute of Medicine (IOM) Committee on Quality of Health Care in America (2000). *Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury*. In Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson, M. S. (Ed.), *To err is human: Building a safer health system*. Washington D.C.: National Academy Press(US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences.

International Nuclear Safety Advisory Group (2001). *Safety culture*. Vienna: International Atomic Energy Agency.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002. *Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction*. Oakbrook Terrace: Author.

Kaiser Family Foundation , Agency for Healthcare Research and Quality & Harvard School of Public Health (2004). *National survey on consumers' experiences with patient safety and quality information*. Menlo Park: Kaiser Family Foundation.

Kapaki V. & Souliotis K. (2017). Patient Safety Culture in Greece: Narrowing the Gap between the Principles of Patient Safety Culture and Current Clinical Practice. In Williams, E. (Ed.), *Patient Safety and Management: Perspectives, Principles and Emerging Issues* (pp.87-117). Nova Science Pub Inc.

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 - Vol 3* (pp.13-32). St. Luke's University: IntechOpen.

Kennedy, R. & Kirwan, B. (1995). The failure mechanisms of safety culture. In Carnino, A. & Weiman, G.(Ed.), *Proceeding of the International Topical Meeting on Safety Culture in Nuclear Installations* (pp. 281-290). Vienna: American Nuclear Society of Austria.

Kho, M.E., Carbone, J.M., Luckas, J., & Cook D.J. (2005). Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care*, 14(4),273-278. doi: 10.1136/qshc.2005.014316

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To Err is Human :Building a Safer Health System*. Washington (DC), National Academies Press (US).

Kristensen, S. & Bartels, P. (2007). Patient Safety Culture: assessment instruments. In J.E.E. van Everdingen, Smorenburg, S.M. , Schellekens, W.M.L.C.M., Cucic, S. (Ed.), *Patient Safety Toolbox : insturments for improving safety in health care organisations* (pp. 13-22). Houten:. Bohn Stafleu van Loghum.

Laffel, G., (1993).*Making real change in the clinical care of patients*. Institute for Healthcare Improvement. Aspen Publishers.

Leape, L.L. (2000b). Preventing mishaps team effort, error expert says. *OR Manager*,16,(1),12-3.

Leape, L. (2000).Can we make health care safe?. In Findlay, S. (Ed.), *Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicine* (pp.2-3). Accelerating Change Today For America's Health. The Institute Coalition on Health Care and The Institute for Healthcare Improvement.

Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor, the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13 Suppl 1,I 85-I90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033

Lester, H. & Tritter, J. (2001).Medical Error: A discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error. *Medical education*,35(9),855-861.

Liedtka, J. & Whitten, E. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study. *Journal of Healthcare Management*, 43(2),185-205.

Lin, Y.H. & Ma, S.M. (2009). Willingness of nurses to report medication administration errors in southern Taiwan :a cross-sectional survey. *Worldviews Evid Based Nurs*, 6 ,pp. 237-245. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00169

Madsen, M.D. (2006).*Improving Patient Safety: Safety Culture and Patient Safety Ethics* . Roskilde, Denmark, Riso National Laboratory.

Maecham, J.(1993).Wisdom and the context of knowledge. In Kuhn , D., Maecham, J. (Eds.), *Contributions in Human Development* (pp. 111-134). Basel: Karger.

Mannion, R., Konteh, F.H., & Davies, H.T.O. (2009). Assessing organizational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Qual Saf Health Care*, 27(2),pp. 153-156. doi: 10.1136/qshc.2007.024075

Mayo, A.M. & Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J.Nurs Care Qual*, 19(3),209-217.

Mearns, K., Whitaker, S.M. & Flin, R., (2003). Safety Climate, safety management practice and safety performance in offshore environments. *Safety Science*, 5, pp. 641-680. doi : 10.1016/S0925-7535(02)00011-5

Millar,J. , Soeren, M. & the Members of the OECD Patient Safety Panel (2004). Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. France: OECD Health Technical Papers. doi: 10.1787/800266264370

Neal ,A. & Griffin, A. (2004). Safety climate and safety at work. In Barling, J. & Frone, M. (Eds.), *The psychology of workplace safety* (pp. 15-34). Washington DC : American Psychological Association.

Needleman, J., & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 15 (No 4), pp. 275-277. doi: 10.1093/intqhc/mzg051

Niena, V.F. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment : a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*, 12 (2), ii 17-23. doi: 10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17

OECD (2017). Nurses. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, pp.158-159. Doi: https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-56-en

OECD /EU (2018a). Health care-associated infections. *Health at a Glance 2018: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, pp.166-167. Doi: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD /EU (2018b). Strategies to reduce wasteful spending:turning the lens to hospitals and pharmaceuticals. *Health at a Glance 2018: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, pp.68-69. Doi: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Paget, M., (1998).*The Unity of Mistakes*. Philadelphia: Temple University Press.

Potylycki, M.J, Kimmel, S.R, Ritter,M., Capuano, T.,Gross, L.,Riegel-Gross K. et al. (2006). Nonpunitive medication error reporting : 3-years findings from ones hospital Primum Non Nocere initiative. *J Nurs Adm*,36(7-8),370-376.

- Pronovost, P.J., Weast, B., Holzmueller, C.G., Rosenstein, B.J., Kidwell, R.P., Haller, B., et al. (2003). Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care*, 12,405-410. doi: 10.1136/qhc.12.6.405
- Raftopoulos V. & Pavlakis A.(2013). Safety climate in 5 intensive care units: a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care*,28(1),51-61. doi: 10.1016/j.jcrc.2012.04.013
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *Work and Stress*, 21, pp. 293-306. doi :10.1080/02678379808256868.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medicine Journal*, 320(7237),768-770.
- Rosenthal, M.M. (1995).*The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors*. Bristol PA: Open University Press.
- Rosenthal, M.M. (1999).*Medical Mishaps: Pieces of the puzzle* .Philadelphia PA: Open University Press.
- Schiff ,G. & Rucher, T. (2001).Beyond Structure-Process-Outcome: Donabedian's Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality. *Journal on Quality improvement*, 27(3),169-174.
- Scott, T., Mannion, R., Davies ,H. &Marshall, M. (2003).The quantitative measurement of organizational culture in Health Care: a review of available instruments. *HSR*, 38(3),923-945.
- Sexton, J.B., Berenholtz, S.M., Goeschel, C.A., Watson, S.R., Holzmueller, C.G., Thompson, C.A. et al. (2011). Assessing and improving safety climate in a large cohort of intensive care units. *Crit Care Med*, 4 ,pp. 934-939. doi: 10.1097/CCM.0b013e318206d26c
- Sexton, J.B., Holzmueller, C.G., Pronovost, P.J., Thomas, E.J., Mcferran, S., Nunes ,J. et al (2006). Variation in caregiver perceptions of teamwork climate in labor and delivery units. *J. Perinatol*,26(8),463-470. doi: 10.1038/sj.jp.7211556
- Shanon, H. S., Mayr ,J. & Haines, T. (1997).Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates. *Safety Science*, 26(3), 201-217.
- Simpson, R.L. (2005). Patient and nurse safety: how information technology makes a difference. *Nurs Adm Q*,29(1),97-101.
- Smits, M., Dingelhoff, I.C., Wagner, C., Van der Wal ,G. & Groenewegen, P.P. (2008).The psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals. *BMC Haelth Service Research*, 8 ,pp 230. doi: 10.1186/1472-6963-8-230.
- Smits, M., Wagner, C., Spreuwenberg, P., Van Der Wal, G., & Groenewegen, P.P. (2009).Measuring patient safety culture : an assessment of the clustering of responses at unit level and hospital level. *Qual Saf Health Care* , 18 ,pp. 292-296. doi: 10.1136/qshc.2007.025965

Solberg, L., (2000). Guidelines Implementation: What the Literature Doesn't Tell Us. *Journal on Quality Improvement*, 26,525-537.

Sorra, J.S. & Nieva, V.F. (2004). *Hospital Survey on patient safety culture*. Rockville MD : Agency for Healthcare Research and Quality USA.

Szilagyi, A.D. & Wallace, M.J. (1980). *Organizational Behavior and Performance*. Santa Monica : Goodyear Publishing Company.

The Health Foundation (2011). Measuring Safety Culture.

Retrieved February, 2011 from URL [http://www.health.org.uk/sites/health/files/Measuring Safety Culture](http://www.health.org.uk/sites/health/files/Measuring_Safety_Culture).

Vincent, C. (1997). Risk, Safety, and the dark side of quality. *Bmj*, 314(7097), 1775-1776. doi: 10.1136/bmj.314.7097.1775

Weick, K. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Man Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652. doi:10.2307/2393339

Williams R. (1981). *Culture*. Glasgow: Fontana Press.

WHO(2003). Quality of care: patient safety. In Secretariat, R.B.T. (Ed.) Provisional agenda item 13.9, 55th World Health Assembly, 23 March 2002, pp.1-6, Geneva :Author.

WHO(2004). The launch for the World Alliance for patient safety. Washington DC: Author.

WHO (2005). World Alliance for patient safety: *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action*. Geneva, Switzerland:Author.

WHO (2014a). Patient Safety.

Retrieved September, 2014, from URL <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

WHO (2014b). 10 facts on patient safety. Updated March 2018.

Retrieved June, 2014, from URL <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

Wu, A. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Bmj*, 320(7237), 726-727. doi: 10.1136/bmj.320.7237.726

Yates, G.R., Bernd, D.L, Sayles, S.M, Stockmeier, C.A., Burke, G. & Merti,G. E. (2005). Building and sustaining a systemwide culture of safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*,31(120),684-689.

Yule, S.(2003). *Safety culture and safety climate: A review of the literature*. Industrial Psychology Research Center, University of Aberdeen, UK.

Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations :theoretical and applied implications. *J Appl Psychol*, 65(1),96-102. doi: 10.1037/0021-9010.65.1.96

Zohar, D., Linve, Y., Tenne-Gazit, O., Admi, H., & Donchin, Y. (2007). Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. *Crit Care Med* 35(5),1312-1317.doi:10.1097/01.CCM.0000262404.10203.C9

3. Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

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 υγείας.

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. Παθολογικός Τομέας
 - i. Παθολογικό
 - ii. Αιματολογικό
 - iii. Γαστρεντερολογικό
 - iv. Νεφρολογικό
 - v. Πνευμονολογικό
 - vi. Ρευματολογικό
 - vii. Αιμοδυναμικό
 - viii. Καρδιολογικό
 - ix. Δερματολογικό
 - x. Ενδοκρινολογικό
 - xi. Νευρολογικό
 - xii. Ογκολογικό
 - xiii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....

3. 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.....

4. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Ελληνικά Νοσοκομεία

5. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
6. Εργαστηριακός Τομέας
- i. Αιμοδοσία
- ii. Αιμοπαθολογοανατομικό
- iii. Ακτινοδιαγνωστικό
- iv. Ανοσολογίας – Ιστοσυμβατότητας
- v. Αξονικός Τομογράφος
- vi. Βιοχημικό
- vii. Κυτταρολογικό
- viii. Μικροβιολογικό
- ix. Νεφροπαθολογοανατομικό
- x. Πυρηνική Ιατρική
- xi. Φαρμακείο
- xii. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε.....
7. Ψυχιατρικός Τομέας
8. Κοινωνική Υπηρεσία
9. Αποκατάσταση
10. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:.....

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία 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 εργαζομένους	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 ασθενούς	1	2	3	4	5
7. Αξιοποιείται περισσότερο προσωρινό προσωπικό από αυτό που διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4	5

Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Ελληνικά Νοσοκομεία

Στο Εργασιακό Περιβάλλον / Μονάδα σας...	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
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 το καθαυτό 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 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 δυσμενών συμβάντων	1	2	3	4	5

Μέρος Β: Ο Προϊστάμενος / Διευθυντής της Μονάδας σας

Παρακαλώ υποδηλώστε την συμφωνία ή την διαφωνία σας με τις παρακάτω προτάσεις σχετικά με τον Προϊστάμενο / Διευθυντή 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 ασφαλών 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 μιλάει 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

Μέρος Δ: Συχνότητα Αναφοράς Δυσμενών Συμβάντων

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 Ασθενούς

Παρακαλώ αξιολογήστε το επίπεδο ασφάλειας των ασθενών 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.

Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Ελληνικά Νοσοκομεία

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 μία Μονάδα στην άλλη συνήθως συνοδεύεται από προβλήματα	1	2	3	4	5
4. Υπάρχει καλή συνεργασία ανάμεσα στις Μονάδες όταν αυτό απαιτείται	1	2	3	4	5
5. Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία του ασθενούς χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	1	2	3	4	5
6. Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων Μονάδων είναι συχνά δυσάρεστη	1	2	3	4	5
7. Συχνά παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των Μονάδων	1	2	3	4	5
8. Η ασφάλεια του ασθενούς αποτελεί κύρια προτεραιότητα για την Διοίκηση	1	2	3	4	5
9. Η Διοίκηση δείχνει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του ασθενούς μόνο μετά από την αναφορά κάποιου δυσμενούς συμβάντος	1	2	3	4	5
10. Οι Μονάδες συνεργάζονται καλά μεταξύ τους για την παροχή άριστης ποιότητας φροντίδας υγείας στον ασθενή	1	2	3	4	5
11. 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;

Μέρος Η: Δημογραφικά Στοιχεία

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

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία..... έτη

3α. Ποια είναι η βασική σας εκπαίδευση;

Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας του Ασθενούς σε Ελληνικά Νοσοκομεία

1. Δευτεροβάθμια (Δ.Ε.)
2. Τεχνολογική (Τ.Ε.)
3. Πανεπιστημιακή (Π.Ε.)

3β. Άλλες σπουδές:

1. Ειδικότητα
2. Μεταπτυχιακές σπουδές
3. Διδακτορικό δίπλωμα

4. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο;

5. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε στη συγκεκριμένη Μονάδα;

6. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο; ώρες

7. Τι θέση κατέχετε στο νοσοκομείο που εργάζεστε;

1. Ειδικευόμενος ιατρός
2. Ειδικός ιατρός
3. ΠΕ Νοσηλεύτης
4. ΤΕ Νοσηλεύτης
5. ΔΕ Βοηθός Νοσηλεύτη
6. ΥΕ Βοηθητικό Προσωπικό
7. Φυσιοθεραπευτής, Εργοθεραπευτής, Λογοθεραπευτής
8. Ψυχολόγος
9. Κοινωνικός Λειτουργός, Κοινωνιολόγος
10. Φαρμακοποιός
11. Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε _____

8. 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 επικοινωνία με τον ασθενή
2. ΟΧΙ, συνήθως ΔΕΝ έχω άμεση επαφή ή επικοινωνία με τον ασθενή

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

Μέρος Θ: Σχόλια

Παρακαλώ, καταγράψτε ελεύθερα τυχόν σχόλια και παρατηρήσεις σχετικά με ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, ιατρικών λαθών και την αναφορά δυσμενών συμβάντων εντός του νοσοκομείου σας.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία!