



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Πολίτη Ιωάννα
Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Ραφτόπουλος Βασίλειος. Αναπληρ. Καθ. Τεχνολ. Παν/μίου Κύπρου - Επιβλέπων Καθηγητής
Κοτρώτσιου Ευαγγελία. Καθ. Τμ. Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Λάρισας - Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Γκούβα Μαίρη. Αναπληρ. Καθ. ΑΤΕΙ Ηπείρου - Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**INVESTIGATION OF THE SAFETY CLIMATE IN THE OPERATION
ROOM OF A UNIVERSITY HOSPITAL IN GREECE**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ	9
1.1. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	11
2. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	13
2.1. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	15
2.2. ΤΟΜΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.....	16
2.2.1. Κλίμα ασφάλειας	16
2.2.2. Ομαδική εργασία	17
2.2.3. Ικανοποίηση από την εργασία	17
2.2.4. Αναγνώριση του στρες.....	18
2.2.5. Συνθήκες εργασίας	18
2.2.6. Αντιλήψεις για τη διοίκηση.....	19
2.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.....	19
3. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	22
3.1. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	26
1. ΣΚΟΠΟΣ	26
2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	26
3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	27
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	27
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	28
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	54
7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	58
8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	66

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα μεγάλο ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ οφείλω στον επιβλέποντα Καθηγητή μου Δρα Ραφτόπουλο Βασίλειο, ο οποίος συνέβαλε ουσιαστικά με την καθοδήγηση και την ενθάρρυνσή του στην προσπάθεια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διατριβής. Σε κάθε στάδιο σχεδιασμού παρενέβη αποτελεσματικά.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου, που συμπληρώσαν τα ερωτηματολόγια και καθημερινά μοιραζόμαστε τις ίδιες αγωνίες για την φροντίδα των ασθενών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί κύριο μέλημα όλων των επαγγελματιών υγείας και θα πρέπει να προσδιορίζει κάθε απόφαση που λαμβάνεται, ειδικά στο χώρο του χειρουργείου. Σε ένα χώρο που συνεργάζονται ταυτόχρονα διαφορετικές ειδικότητες, θα πρέπει να έχουν αναπτυχθεί κώδικες επικοινωνίας, που να εξασφαλίζουν την επιτυχή έκβαση μιας χειρουργικής επέμβασης. Ταυτόχρονα θα πρέπει να υπάρχει διαμορφωμένη κοινή αντίληψη στη διοίκηση και στους εργαζόμενους για την εφαρμογή ασφαλών πρακτικών λειτουργίας .

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στο χειρουργείο Τριτοβάθμιου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν οι ιατροί, το νοσηλευτικό και το βοηθητικό προσωπικό του χειρουργείου. Χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο SAQ (ειδική έκδοση για το χειρουργείο), το οποίο συμπληρώθηκε ανώνυμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διανεμηθήκαν 202 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 147, το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 72,8%. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 45 έτη. Στους επαγγελματίες υγείας άνω των 45 ετών σημειώθηκαν στατιστικά καλύτερα αποτελέσματα στους τομείς της εργασιακής ικανοποίησης και των συνθηκών εργασίας. Το κλίμα ασφάλειας στο χειρουργείο κρίθηκε αρνητικό. Κανένας τομέας που εξετάστηκε δε σημείωσε σκορ ≥ 75 , το οποίο θεωρείται απαραίτητο από τον Sexton, δημιουργό του ερευνητικού εργαλείου, προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα κλίμα θετικό. Την υψηλότερη μέση τιμή έλαβαν ο τομέας *συνθήκες εργασίας* 61,88 /100 και *ομαδικής εργασίας* 59,7/100.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το κλίμα ασφάλειας που αποτυπώθηκε στη μελέτη θα πρέπει να αποτελέσει έναν οδηγό βελτιωτικών παρεμβάσεων, οι οποίες κρίνονται απαραίτητες να σχεδιασθούν και να πραγματοποιηθούν, καθώς τα περιθώρια εφαρμογής είναι μεγάλα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: κουλτούρα ασφάλειας, ερωτηματολόγιο SAQ, κλίμα ασφάλειας, χειρουργείο, επαγγελματίες υγείας.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Patient safety is a main concern of all health professionals and should specify any decisions taken, specifically in the field of surgery. In an area that different disciplines work simultaneously, codes should have thrives of communication, to ensure the successful outcome of a surgery. In the meantime, a common understanding in the management and workers concerning the implementation of safe operating practices should be formed.

OBJECTIVE: To assess attitudes of safety in the operating room of Tertiary University Hospital was the subject of this study.

MATERIAL AND METHOD: The study included doctors, nurses and support staff of the surgery, 202 people. The research tool SAQ (special version for surgery), which was filled in anonymously, was used.

RESULTS: 202 questionnaires were distributed and 147 were returned, the response rate was 72,8%. The sample average age was 45 years. Healthcare professionals over 45 years old turn out occurred statistically better results in terms of job satisfaction and working conditions. The safety climate in the operating room was negative. No sector examined and noted scored ≥ 75 , which is considered necessary by Sexton, author of the research tool, to identify a positive climate. The highest average price received everything working conditions section 61.88/100 and teamwork 59.7/100.

CONCLUSION: The safety climate was reflected in the study, should be guided for improvement interventions, which are deemed necessary to be designed and carried out, since the application window is large.

Keywords: safety culture, safety climate, SAQ, operating room, healthcare professionals.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν θέματα ασφάλειας και ποιότητας κατά τη νοσηλεία των ασθενών. Στόχος και δέσμευση της πολιτικής πολλών κυβερνήσεων, για περισσότερο από μία δεκαετία, ήταν η παροχή ασφαλούς φροντίδας. Όμως δεν υλοποιήθηκε σε μεγάλο βαθμό [1].

Παρά την πρόοδο της τεχνολογίας, σημαντικές έρευνες στις ΗΠΑ, την Αυστραλία και το Ηνωμένο Βασίλειο τεκμηριώνουν ένα ποσοστό 10% σφαλμάτων κατά τις εισαγωγές στα νοσοκομεία. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να παραμένει σταθερό. Στο Ηνωμένο Βασίλειο καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες ασφάλειας άλλοτε βελτιώνονται ή επιδεινώνονται, ενώ άλλες φορές δε μεταβάλλονται [2]. Η έκθεση του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ιατρικής συγκλόνισε το 1999 με τις εκτιμήσεις της για 98.000 θανάτους κάθε χρόνο, εξαρτώμενους από τις ενέργειες των επαγγελματιών υγείας. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται ότι 20.000 με 30.000 πεθαίνουν ετησίως, ενώ πολλοί περισσότεροι ταλαιπωρούνται από επιπλοκές στην υγεία τους [4]. Στη Γερμανία ο αριθμός ανέρχεται στους 30.000, αλλά και στη Νέα Ζηλανδία περισσότεροι από 50.000 ασθενείς είχαν ανεπιθύμητο συμβάν στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Στην Ελλάδα, σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2013 επισημάνθηκε ένα ποσοστό 20% των ασθενών να έχει εμπειρία ανεπιθύμητου συμβάντος στη διάρκεια της νοσηλείας του σε νοσοκομείο [3]. Οι παράγοντες που αποτελούν τροχοπέδη στη βελτίωση της ασφάλειας πρέπει να διερευνώνται, ώστε να προσδιορίζονται οι παρεμβάσεις διευθέτησής τους [4].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) επισημαίνει, ότι οι συνέπειες από τις λανθασμένες πράξεις ή τις παραλείψεις κατά τη νοσηλεία των ασθενών, έχουν σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Επίσης επίζημια είναι και η απώλεια εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), με σύσταση που εξέδωσε τον Ιούλιο του 2009, συμπλήρωσε το έργο που διενεργείται από τον Π.Ο.Υ. μέσω της Παγκόσμιας Ένωσης για την Ασφάλεια των Ασθενών, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) [5]. Η σύσταση της 23ης Οκτωβρίου του 2007 αποβλέπει στη δημιουργία ενός πλαισίου για την ανάπτυξη πολιτικών και δράσεων στο εσωτερικό των κρατών μελών και μεταξύ αυτών, με στόχο την επίλυση των βασικών θεμάτων ασφάλειας των ασθενών. Η Επιτροπή στη Λευκή Βίβλο <Μαζί για την Υγεία> αναπτύσσει μια στρατηγική προσέγγισης της Ε.Ε. για τη περίοδο 2008- 2017 και αναγνωρίζει την ασφάλεια των ασθενών ως ένα τομέα δράσης. Μέριμνα των κρατών μελών θα πρέπει να αποτελεί η δημιουργία οργανωμένων συστημάτων

καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων, καθώς και η παράθεση στοχευόμενων παρεμβάσεων αντιμετώπισής τους [6].

Η Florence Nightingale ανέλυσε τα στοιχεία θνησιμότητας μεταξύ των βρετανικών στρατευμάτων το 1885 και πέτυχε σημαντική μείωση μέσω των πρακτικών οργάνωσης και υγιεινής. Από το Ινστιτούτο της Αμερικάνικης Ιατρικής ως ασφάλεια των ασθενών ορίστηκε η πρόληψη της βλάβης στους ασθενείς. Ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών θα πρέπει να αποτρέπει τα σφάλματα, να μαθαίνει από τα λάθη που συμβαίνουν και να διαμορφώνει μια φιλοσοφία ασφάλειας που να υιοθετείται από τους εργαζόμενους [4]. Η European Society for Quality in Health Care προσδιορίζει την κουλτούρα ασφάλειας σαν ένα ολοκληρωμένο σχέδιο της ατομικής και της οργανωτικής συμπεριφοράς, με βάση κοινές πεποιθήσεις και αξίες, που συνεχώς προσπαθεί να μειώσει τις βλάβες των ασθενών που προκύπτουν από τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών υγείας.[7].

Ο χώρος του χειρουργείου είναι ένας ευαίσθητος χώρος, στον οποίο ο ασθενής εκτίθεται σε ποικίλους κινδύνους, λόγω της αντιμετώπισής του από μία ομάδα ανθρώπων, που διαχειρίζονται διαφορετικές διαδικασίες φροντίδας. Η αντιμετώπιση του ασθενούς στη διάρκεια μιας χειρουργικής επέμβασης απαιτεί τη μέγιστη απόδοση των εργαζομένων στο δεδομένο χρονικό διάστημα. Η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διαδικασίες πρέπει να είναι μια συνεχής πρακτική για τους υπεύθυνους, όταν αποφασίζουν για τη λειτουργία του χειρουργείου [10]. Η ασφάλεια των ασθενών βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας, η οποία αποτελεί συμμετοχική και συνεργατική προσέγγιση για την από κοινού λήψη αποφάσεων στα θέματα υγείας [8].

Οι οργανισμοί ιατρικής περίθαλψης έχουν να αντιμετωπίσουν τεχνικά ζητήματα και ζητήματα συμπεριφορών, προκειμένου να διατηρήσουν τον προσανατολισμό προς την ασφάλεια των ασθενών. Η υιοθέτηση και η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών αποτελεί σημαντική παράμετρο προς αυτή την κατεύθυνση. Η αλλαγή όμως στάσεων και πεποιθήσεων, με στόχο τη βέλτιστη επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας, είναι το προαπαιτούμενο στην προσπάθεια πρόληψης της νοσηρότητας [9, 11].

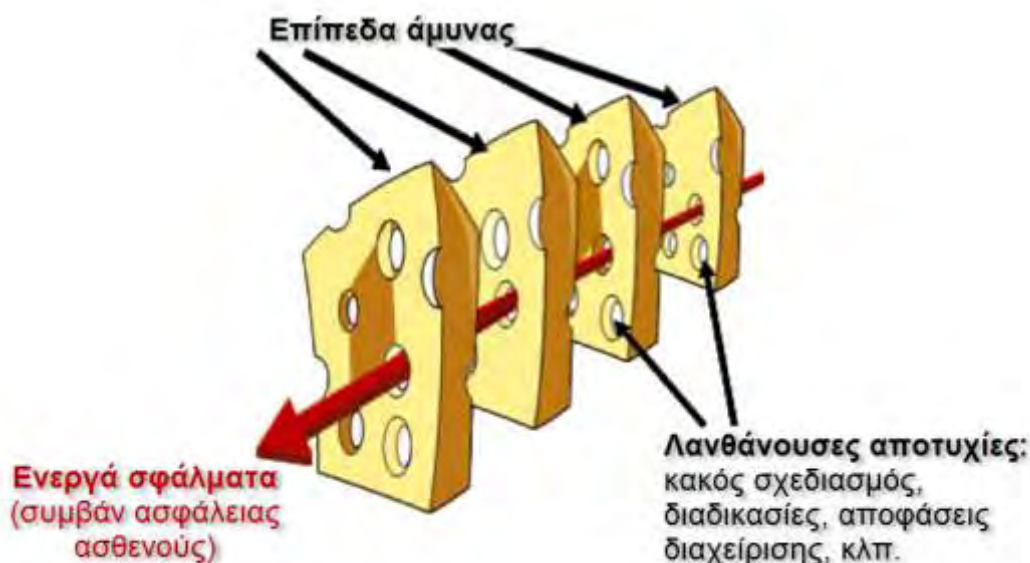
Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των αντιλήψεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και τις συμπεριφορές στο περιβάλλον του χειρουργείου, που προσδιορίζουν την προτεραιότητα για την ασφάλεια. Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας είναι το πρώτο βήμα που θα πρέπει να υλοποιήσει ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να προσδιορίσει εκείνες τις παραμέτρους που εμποδίζουν την επίτευξη ασφαλούς περιβάλλοντος για τη νοσηλεία των ασθενών.

1. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ

Ένα ποσοστό 8-12% των ασθενών που εισάγονται στα νοσοκομεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποφέρουν από ανεπιθύμητα συμβάντα στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Αυτά αφορούν τις ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις, τα διαγνωστικά λάθη, τα χειρουργικά σφάλματα, τις βλάβες από ιατρικά μηχανήματα [12].

Λάθος είναι η αποτυχία επίτευξης μιας σχεδιασμένης πράξης όπως αυτή είχε προγραμματισθεί. **Ανεπιθύμητο συμβάν** (adverse event) είναι ένας τραυματισμός που προκαλείται από ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, ανεξάρτητα από την υποκείμενη νόσο, προκαλεί μια μορφή ανικανότητας ή παράταση της νοσηλείας. **Ιατρικό λάθος** είναι ένα ανεπιθύμητο γεγονός που μπορεί να αποφευχθεί με την εφαρμογή της τρέχουσας ιατρικής γνώσης. Ο **κίνδυνος** είναι η πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων. Το **σφάλμα** και το ανεπιθύμητο συμβάν συνδέονται με μια σχέση αιτίου / αιτιατού, καθώς το δεύτερο μπορεί να είναι αποτέλεσμα του πρώτου. Το σφάλμα δεν προκαλεί πάντα βλάβη στον ασθενή. Σύμφωνα με τον καθηγητή ψυχολογίας James Reason, στον ορισμό του λάθους συμπεριλαμβάνονται οι περιπτώσεις, όπου μια σχεδιασμένη αλληλουχία πνευματικών και φυσικών δραστηριοτήτων αποτυγχάνει να επιτύχει το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, εφόσον αυτές δε μπορούν να αποδοθούν σε παρεμβάσεις κάποιων τυχαίων γεγονότων. Το **παρ' ολίγον λάθος** (near miss) σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι ένα γεγονός που θα μπορούσε να καταλήξει σε ατύχημα, τραυματισμό ή ασθένεια, αλλά δεν κατέληξε είτε τυχαία, είτε λόγω έγκαιρης παρέμβασης [13].

Για την ερμηνεία της αιτιώδους σχέσης μεταξύ εμφάνισης απειλητικών συμβάντων και ασφάλειας των ασθενών, συχνά χρησιμοποιείται το μοντέλο του καθηγητή ψυχολογίας Reason, το λεγόμενο μοντέλο του *Ελβετικού Τυριού* (The Swiss Cheese model). Σύμφωνα με αυτό, τα σφάλματα αναμένεται να συμβούν σε σύνθετους οργανισμούς εξαιτίας της ευθυγράμμισης εμποδίων, που δεν επιτρέπουν τη θετική έκβαση για τους ασθενείς. Τα εμπόδια αυτά αφορούν τις λανθάνουσες αποτυχίες και τα ενεργά σφάλματα. Λανθάνουσες αποτυχίες αποτελούν η έλλειψη προσωπικού, η κακή επικοινωνία, η κακή σχεδίαση, η ελαττωματική συντήρηση. Αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση μιας αποτυχίας. Επίσης, είναι δύσκολο να μετρηθούν γιατί μπορεί να έχουν δημιουργηθεί σε βάθος χρόνου. Τα ενεργά σφάλματα εμφανίζονται στην πρώτη γραμμή της παροχής φροντίδας, όπως πχ. η λάθος χορήγηση φαρμάκου [14]. Εύκολα μπορούν να μετρηθούν και να αξιολογηθούν, επειδή εντοπίζονται σε συγκεκριμένο χώρο και χρόνο. Άρα όλες οι προσπάθειες για την ασφάλεια θα πρέπει να επικεντρώνονται στις συνθήκες που ευνοούν την εμφάνισή τους.



Εικόνα 1. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου του καθ. ψυχολογίας J. Reason, το *Swiss Cheese model* (Ανατύπωση από: www.patientsafetyfirst.nhs.uk).

Ο Vincent [15] υιοθέτησε το μοντέλο του Reason για την ασφάλεια των ασθενών και προσδιόρισε τους παράγοντες που οδηγούν σε λάθη, καταγράφοντάς τους ως εξής :

- Θεσμικό πλαίσιο (διαμόρφωση Εθνικού Συστήματος Υγείας).
- Ατομικοί (γνώση, δεξιότητες φυσική και ψυχική υγεία).
- Οργανωτικοί και διοικητικοί (οργανωτικοί πόροι, δομές, κουλτούρα ασφαλείας).
- Περιβάλλον εργασίας (ποιοτική και ποσοτική στελέχωση, φόρτος εργασίας, βάρδιες, εξοπλισμός, διοικητική υποστήριξη).
- Ομαδική εργασία (σαφής καθορισμός καθηκόντων, λεκτική και γραπτή επικοινωνία, χρήση πρωτοκόλλων).
- Τα χαρακτηριστικά των ασθενών (πολυπλοκότητα και σοβαρότητα της κατάστασης, γλώσσα και επικοινωνία).

Το μοντέλο του καθηγητή Helmreich επηρεάστηκε από τη θεωρία του *ελβετικού τυριού* για τον εντοπισμό των σφαλμάτων. Ενσωμάτωσε στρατηγικές διαχείρισης σφάλματος και εξέτασε τις συνέπειες των δύο άμεσων και συστημικών απειλών για την ασφάλεια των ασθενών. Οι άμεσες απειλές περιλαμβάνουν παράγοντες όπως την κόπωση, την επικοινωνία ή παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως μια δύσκολη διασωλήνωση, ενώ συστημικές απειλές αφορούν την οργάνωση, τις βάρδιες και τον τρόπο στελέχωσης [16].

Η κατηγοριοποίηση των παραγόντων διευκολύνει την καταγραφή και την αξιολόγησή τους, με στόχο την εφαρμογή παρεμβάσεων απαραίτητων για τη δημιουργία ασφαλών συνθηκών

περίθαλψης. Η διαχείριση των σφαλμάτων έχει τη βάση της στην κατανόηση της φύσης και της έκτασης αυτών. Η υλοποίηση των εργασιών για την ασφάλεια των ασθενών εξαρτάται από το αν ο οργανισμός έχει αναπτύξει μια θετική κουλτούρα ασφάλειας [5] που διαμορφώνεται στην ηγεσία και διαχέεται σε όλους τους εργαζόμενους. Η κουλτούρα ασφάλειας αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου και έχει ως θεμέλιο το παρελθόν, την αποστολή, τους στόχους, την ηγεσία. Ο Gadd και ο Collins διαπίστωσαν ότι οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία μεταξύ των μελών, με γνώμονα την αμοιβαία εμπιστοσύνη και την κοινή αντίληψη για τη σημασία της ασφάλειας, άλλα και την πεποίθηση ότι η πρόληψη των λαθών μπορεί να είναι εφικτή και αποτελεσματική [17].

1.1. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Υπολογίζεται ότι 243 εκατομμύρια μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα ποσοστά των ανεπιθύμητων γεγονότων παραμένουν σε θεαματικά υψηλά επίπεδα σε παγκόσμιο επίπεδο, παρόλη την πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη χειρουργική και την αναισθησιολογία. Το 2008 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ξεκίνησε το πρόγραμμα “*The Safe Surgery Saves Lives campaign*” και δημιούργησε ένα χειρουργικό κατάλογο ασφάλειας (Surgical Safety Checklist (SSC)). Στόχος του προγράμματος ήταν η μείωση των επιπλοκών και των θανάτων που συνδέονται με τη χειρουργική επέμβαση. Σε μία διεθνή πιλοτική μελέτη η παρέμβαση είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας (1,5-0,8%) και της νοσηρότητας (17-11%). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην Ολλανδία μετά την εφαρμογή του πιο ολοκληρωμένου καταλόγου Surgical Patient Safety System (SURPASS). Η χρήση του βοήθησε να βελτιωθούν βασικές κλινικές διαδικασίες, όπως η χρήση των κατάλληλων αντιβιοτικών από 56% σε 83%. Το National Institute for Health Clinical Excellence εξέδωσε οδηγό για τη χρησιμότητα των monitors, προκειμένου να βελτιωθεί η γενική αναισθησία και η ανάνηψη του ασθενούς. Το Φεβρουάριο του 2008 ξεκίνησε τη δραστηριότητά του το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Ασφάλεια του Ασθενή (European Union Network for Patient Safety, EUNetPaS). Το δίκτυο στοχεύει σε μια διακρατική συνεργασία 27 Ευρωπαϊκών χωρών υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ένας από τους βασικούς άξονες του προγράμματος ήταν η προαγωγή της κουλτούρας ασφάλειας και η επικοινωνία των κρατών – μελών για την απόκτηση εμπειρίας από αλλά κράτη που έχουν σημειώσει βήματα προόδου σε αυτό τον τομέα [13].

Καθώς ο όγκος και η σημασία της χειρουργικής επέμβασης αυξάνονται, η απαίτηση για ασφάλεια και ποιότητα θεωρείται προτεραιότητα υψίστης σημασίας. Σχεδόν ένας στους δέκα ασθενείς βιώνουν ένα ιατρογενές γεγονός και τα μισά από αυτά έχουν σχέση με χειρουργικές διαδικασίες. Τα ανεπιθύμητα συμβάντα στο χειρουργείο είναι απόρροια της πολυπλοκότητας του συστήματος και έρευνες καταδεικνύουν ότι τα μισά από αυτά είναι αποφεύξιμα, ενώ αρκετά φαίνεται να σχετίζονται

με σφάλματα, που έγιναν πριν ή μετά τη χειρουργική επέμβαση [18]. Η πολυπλοκότητα είναι ένας συνδυασμός της κατάστασης του ασθενούς, όπως αυτή διαμορφώνεται από τη φύση του νοσήματος και άλλων παραμέτρων, που αφορούν τις τεχνικές δεξιότητες του χειρουργού, την ομαδική εργασία, τον τεχνολογικό εξοπλισμό, τις συνθήκες εργασίας. Από ερευνητές, το περιβάλλον του χειρουργείου έχει παραλληλιστεί με οργανισμούς, που ενώ αντιμετωπίζουν επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, σημειώνουν υψηλή απόδοση ασφάλειας. Οι οργανισμοί αυτοί είναι υψηλής αξιοπιστίας, όπως π.χ. οι πυρηνικοί σταθμοί, τα συστήματα ελέγχου της εναέριας κυκλοφορίας, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από μία κουλτούρα ασφάλειας, που τους προστατεύει από την εμφάνιση καταστροφικών συμβάντων μέσα στο χρόνο [19]. Οι υψηλής αξιοπιστίας οργανισμοί δεν έχουν ανοσία σε ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά έχουν την ικανότητα μετατροπής των εμποδίων σε ενίσχυση της ανθεκτικότητας του συστήματος [20]. Μια κουλτούρα ασφάλειας που υποστηρίζει την υψηλή αξιοπιστία έχει τρία χαρακτηριστικά: την εμπιστοσύνη, την αναφορά και τη βελτίωση. Η διοίκηση καλλιεργεί κλίμα εμπιστοσύνης, όπου οι εργαζόμενοι μπορούν να αναφέρουν λάθη και ανασφαλείς συμπεριφορές, ώστε να προσεγγιστούν τα προβλήματα και να αναβρεθούν διαδικασίες αντιμετώπισής τους [21].

Ο Helmerich περιγράφει εργαζόμενους σε ένα πολιτισμό ασφάλειας να δεσμεύονται με πρότυπα ασφάλειας τα οποία γίνονται αποδεκτά σε όλη την ομάδα [71]. Προκειμένου να διαμορφωθεί κουλτούρα ασφάλειας στο χειρουργείο θα πρέπει να προσεγγίσουμε τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου χώρου. Οι επιδόσεις στο χειρουργείο είναι συνάρτηση των ατομικών επιδόσεων του κάθε εργαζόμενου, της αλληλεπίδρασης της ομάδας και του περιβάλλοντος που πραγματοποιείται η χειρουργική επέμβαση.

Μέσα από τη βιβλιογραφία καταδεικνύεται η ιδιαίτερη σημασία της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της χειρουργικής ομάδας για την ασφάλεια του ασθενούς. Η συνεργασία περιλαμβάνει τα συναισθήματα, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις που οδηγούν σε συμπεριφορές, άλλοτε θετικές για την ασφάλεια και άλλοτε αρνητικές [22]. Σε 258 περιπτώσεις χειρουργικών περιστατικών που έγινε λάθος και προκλήθηκε τραυματισμός σε ασθενή, οι 60 υποθέσεις αφορούσαν αποτυχίες στην επικοινωνία. Σε ένα ποσοστό 49% αυτών των αποτυχιών παρατηρήθηκε παράληψη σημαντικών πληροφοριών και στο 44% παρατηρήθηκε παρερμηνεία [23]. Το μοντέλο «Big Five» προσδιορίζει πέντε προϋποθέσεις για την ομαδική εργασία: την ύπαρξη ηγεσίας, την οριοθέτηση στόχων, την προσαρμοστικότητα, την παρακολούθηση της απόδοσης των μελών της ομάδας και τη δημιουργία εγγράφων ασφαλούς συμπεριφοράς [24]. Σε έρευνα που διεξήχθη από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης βρέθηκε ότι το 41,7% των ιατρών στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης αναφέρουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία έχει συνδεθεί με τη πρόκληση ιατρικών λαθών. Το ποσοστό αυτό το φτάνει το 49,1% για τους ειδικευόμενους, το 34,3% στους αναισθησιολόγους και το 32,5% στους χειρουργούς. Ειδικότητες ιατρών που ασκούνται πολλές φορές κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες.

Το φυσικό περιβάλλον περιλαμβάνει τη χειρουργική αίθουσα, τον εξοπλισμό και τα άτομα που δραστηριοποιούνται κατά τη διεξαγωγή της επέμβασης. Η εργονομία της αίθουσας, η σωστή διάταξη του εξοπλισμού, η σωστή και έγκαιρη οργάνωση των απαιτητών υλικών πριν την έναρξη του χειρουργείου έχουν σα στόχο την επιτυχή έκβαση. Αυξημένος αριθμός μετακινήσεων έχει σαν αποτέλεσμα να ανοιγοκλείνουν οι πόρτες περισσότερες φορές. Με το τρόπο αυτό αλλάζει η σύσταση του αέρα στην αίθουσα και αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων, ειδικά σε ορθοπαιδικές και καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις [25]. Ο θόρυβος από τις συζητήσεις, τους συναγερμούς των ιατρικών μηχανημάτων, όταν υπερβαίνουν τα όρια ασφαλείας που έχουν οριστεί, συντελούν στη διάσπαση της προσοχής, η οποία συχνά οδηγεί σε λάθη. Ωστόσο, δύο μελέτες έχουν συσχετίσει τις βελτιώσεις στο χειρουργικό περιβάλλον με μείωση του εργασιακού στρες, της κούρασης του προσωπικού, καταστάσεις που αυξάνουν την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του προσωπικού. Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τον καλύτερο σχεδιασμό του χειρουργείου αφορούν:

- 1) στην τυποποίηση της θέσης του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι ανάλογα με την επέμβαση,
- 2) στον επαρκή χώρο για την κίνηση του προσωπικού, ώστε να διασφαλίζεται η αποστείρωση και ο εφοδιασμός με τα απαραίτητα υλικά,
- 3) στην εξασφάλιση της συνεχούς επαφής με τον ασθενή και
- 4) στη χρήση της τεχνολογίας για τη κατάλληλη παροχή φροντίδας [26].

Έγινε αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας σε βάσεις δεδομένων, όπως PUBMED, CINAHL και με λέξεις κλειδιά *culture safety*, *climate safety*, *SAQ*, *operating room* και συνδυασμούς μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, έγινε αναζήτηση στο EKT για διδακτορική διατριβή σε σχέση με τις συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά. Από τα άρθρα επιλεχτήκαν 77 που πληρούσαν τα εξής κριτήρια εισόδου:

- Να είναι στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.
- Να είναι δημοσιευμένα από το 2003 και μετά.
- Να περιέχουν ορισμούς της κουλτούρας ασφάλειας.
- Να προσδιορίζουν τις διαστάσεις και μέτρα παρεμβάσεων για την επίτευξη κλίματος ασφάλειας στο χειρουργείο, αλλά και την αξιολόγηση αυτού.

2. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η κουλτούρα ασφάλειας έρχεται στο προσκήνιο το 1986, προκειμένου να διερευνηθεί το τραγικό, για την ανθρωπότητα, πυρηνικό ατύχημα του Τσερνομπίλ. Τότε ο Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας απέδωσε το ατύχημα σε «φτωχή» κουλτούρα ασφάλειας. Ο Vincent αναφέρει ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την ασφάλεια του συστήματος [27]. Κυρίως εστιάζει στην πρόληψη. Η Βρετανική Επιτροπή Υγείας και Ασφαλείας προσδιορίζει την κουλτούρα ασφάλειας σαν το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, στάσεων, αντιλήψεων,

ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφορών, που καθορίζουν τη δέσμευση, το ύφος, την επάρκεια και τη διαχείριση της ασφάλειας ενός οργανισμού [7]. Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ιατρικής συνιστά ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αναπτύξουν μια κουλτούρα ασφάλειας, έτσι ώστε οι διαδικασίες σχεδιασμού του οργανισμού αλλά και οι εργαζόμενοι να επικεντρώνονται σε ένα σαφή στόχο: τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της ασφάλειας στη διαδικασία φροντίδας [55]. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, η ασφάλεια πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό και κύριο σκοπό που αποδεικνύεται από σαφή οργανωτική ηγεσία και επαγγελματική υποστήριξη. Ο Schein αναφέρει ότι ο πολιτισμός αποτελεί μια σταθεροποιητική δύναμη που συμβάλει στη μείωση του άγχους, καθώς δίνει στους ανθρώπους ένα πλαίσιο αναφοράς για το πώς να ενεργούν, να σκέφτονται και να αισθάνονται σε καινούριες συνθήκες [32].

Σε αρκετές έρευνες η κουλτούρα ασφάλειας εμφανίζεται σαν κλίμα ασφάλειας. Το κλίμα ασφάλειας ορίζεται ως τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας, που αντικατοπτρίζουν στάσεις και αντιλήψεις των ατόμων, τα οποία ανιχνεύονται σε μια συγκεκριμένη στιγμή και αποτελούν τα μετρήσιμα στοιχεία αυτής [29]. Κατά την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας με τη χρήση ερευνητικών εργαλείων, έχει αποδειχθεί ότι αυτό διαφέρει από τμήμα σε τμήμα στο ίδιο νοσοκομείο [30]. Τα αποτελέσματα θα πρέπει να ανακοινώνονται στο προσωπικό και στους προϊστάμενους των τμημάτων, ώστε να ακολουθούνται στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης [7].

Η κουλτούρα ασφάλειας αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης έννοιας της οργανωτικής κουλτούρας, που επηρεάζει τις στάσεις και τις συμπεριφορές και έχουν αντίκτυπο στο επίπεδο ασφάλειας. Έχει βαθιές ρίζες στην ολοκληρωμένη ανάλυση των οργανωτικών λαθών του συστήματος, αλλά και των ανθρώπινων αποτυχιών [31]. Κατά τον Helmerich η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύνθετο πλαίσιο εθνικών, οργανωτικών και επαγγελματικών αξιών, μέσα στο οποίο άνθρωποι και ομάδες λειτουργούν [15]. Ο καθηγητής Westrum αναφέρει ότι η οργανωτική κουλτούρα διαμορφώνει την ασφάλεια. Από το 1988 μίλησε για τρεις τύπους της οργανωτικής κουλτούρας: την παθολογική, την γραφειοκρατική και την παραγωγική [33].

Οι τύποι αυτοί διαμορφώνονται από τις προτεραιότητες της ηγεσίας. Στην παθολογική οι προτεραιότητες διαμορφώνονται με βάση τις προσωπικές φιλοδοξίες και τις ανάγκες του ηγέτη. Ταυτόχρονα μπορεί να εστιάζει στις διαφορές ισχύος ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Στη γραφειοκρατική οι προτεραιότητες διαμορφώνονται βάση κανόνων. Στην παραγωγική στόχος είναι η αποστολή του οργανισμού ανεξάρτητα προσωπικών προτιμήσεων και θέσεων. Αυτές οι προτιμήσεις διαμορφώνουν μια κουλτούρα που επηρεάζει την επεξεργασία της πληροφορίας, την επικοινωνία, τη συνεργασία, την καινοτομία και την επίλυση προβλημάτων μέσα σε έναν οργανισμό. Η κουλτούρα θα υιοθετηθεί από το δυναμικό του οργανισμού, που θα ανταποκριθεί στις προτεραιότητες διαμορφώνοντας ένα κλίμα ασφάλειας, το οποίο είναι σε συνάρτηση με τις συνθήκες που επικρατούν

στη μικρότερη μονάδα εργασίας. Το κλίμα ασφάλειας σε μια μονάδα εργασίας αποτελεί το μεταβλητό σύνολο αντιλήψεων που σχετίζεται με τις συνθήκες εργασίας, όπως αυτή επηρεάζεται από τις αξίες, τα χαρακτηριστικά, τις δράσεις και τις προτεραιότητες της ηγεσίας [34].

Η κουλτούρα αποδίδει μια ταυτότητα και αποτελεί ένα συνδετικό κρίκο ανάμεσα στα μέλη και την αποστολή του οργανισμού. Επιπλέον, θεωρείται κρίσιμος παράγοντας επιτυχίας ή αποτυχίας του οργανισμού. Ενισχύει τη δέσμευσή του με τους στόχους και οδηγεί τους εργαζόμενους στην επίτευξη αυτών με τον προσδιορισμό και την ενδυνάμωση των συμπεριφορών [35]. Η κουλτούρα ασφάλειας δημιουργεί εκείνες τις συνθήκες εργασίας, όπου οι επαγγελματίες έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν τις ανησυχίες τους για τα θέματα ασφαλείας που προκύπτουν στο χώρο εργασίας τους.

2.1. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η προσέγγιση της ασφάλειας του ασθενούς, μέσα από τη διαδικασία ανάπτυξης και συνεχούς εφαρμογής μιας κουλτούρας ασφάλειας, είναι ένας αναγκαίος προσανατολισμός για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το 2009 από τη Sammer [36], στην προσπάθειά της να αναπτύξει ένα θεωρητικό μοντέλο της κουλτούρας ασφάλειας, προσδιόρισε επτά υποκουλτούρες. Η ίδια θεωρεί ότι το νόημα, η αντίληψη των χαρακτηριστικών της κουλτούρας ασφάλειας και οι συνέπειες στο χώρο της υγείας είναι δύσκολο να προσδιορισθούν. Οι υποκουλτούρες που εντοπίστηκαν είναι:

- 1) η ηγεσία,
- 2) η ομαδική εργασία,
- 3) η επικοινωνία,
- 4) η ακρίβεια,
- 5) η τεκμηριωμένη πρακτική,
- 6) η ανθρωποκεντρική και
- 7) η μάθηση.

Οι **ηγέτες** θα πρέπει να έχουν σαφή εικόνα για τα προβλήματα και μέσα από οργανωτικές παρεμβάσεις να διευκολύνουν την επίλυσή τους. Μία κουλτούρα **μάθησης**, αφορά στις ηγεσίες, ώστε να εκπαιδεύονται σε θέματα ασφάλειας των ασθενών νοσοκομείου και να ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους να βελτιώνουν τις επιδόσεις τους. Ο «οργανισμός μάθησης» είναι μια διαδικασία μάθησης, με την οποία οι άνθρωποι συνεχώς μαθαίνουν και ως εκ τούτου ενδυναμώνουν τις ικανότητες για δημιουργία και καινοτομία. Μία κουλτούρα μάθησης σε συνδυασμό με την κουλτούρα **ακρίβειας** δίνουν τη δυνατότητα ανίχνευσης της πραγματικής αιτίας των ανεπιθύμητων συμβάντων. Επίσης, διευκολύνεται η αναφορά συμβάντων από τους εργαζόμενους, αφού δεν υπάρχει κλίμα τιμωρίας, αλλά διόρθωσης και γνώσης από αυτά. Οι καινούριες θεραπείες αντιμετώπισης των

νοσημάτων είναι πολλές φορές σύνθετες και η αποτελεσματική έκβαση είναι προϊόν της **ομαδικής εργασίας**. Η σαφήνεια και η δομημένη γλώσσα στην **επικοινωνία** συμβάλουν στη σωστή μεταφορά των πληροφοριών ανάμεσα στην ομάδα, μία διαδικασία που εδραιώνει και την εμπιστοσύνη. Η εφαρμογή **τεκμηριωμένων πρακτικών** στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης αποτελεί δικλείδα ασφάλειας του συστήματος υγείας. Η φροντίδα των ασθενών πρέπει να προσφέρεται μέσα από οδηγίες που βασίζονται σε επιστημονικά πρότυπα. Η συνεχής αναθεώρηση των διαδικασιών και των κατευθυντήριων γραμμών βελτιστοποιεί την εμπειρία. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να δίνεται από τα πανεπιστήμια, ώστε να γίνονται αποδεκτές σε πρώιμο στάδιο από τις νέες γενιές επαγγελματιών υγείας. Η **ανθρωποκεντρική** κουλτούρα αγκαλιάζει τον ασθενή και η ηγεσία παρακινεί όλο το προσωπικό να εστιάζει στην αντιμετώπιση των περιστατικών με υποδειγματική εμπειρία και συμπόνια. Η συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειάς του στο σχεδιασμό της θεραπείας και στη λήψη αποφάσεων ενισχύεται μέσα στο ανθρωποκεντρικό περιβάλλον.

Η κουλτούρα για έναν οργανισμό είναι ότι η προσωπικότητα για ένα άτομο. Αποτελεί το σύνολο των διεργασιών που σχηματίζει την απάντηση στις προκλήσεις που προκύπτουν [37]. Στην έρευνα που εκπονήθηκε έγινε διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας των επαγγελματιών υγείας του χειρουργείου, μέσα από τις διαστάσεις του ερευνητικού εργαλείου SAQ (Safety Attitudes Questionnaire), στην έκδοση για το χειρουργείο. Το εργαλείο αξιολογεί τις στάσεις του προσωπικού σχετικά με την ασφάλεια στο νοσοκομείο μέσα από έξι παράγοντες: το κλίμα ασφάλειας, την ομαδική εργασία, την ικανοποίηση από την εργασία, την αναγνώριση του στρες, τις αντιλήψεις για τη διοίκηση και τις συνθήκες εργασίας.

2.2. ΤΟΜΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

2.2.1. Κλίμα ασφάλειας

Το κλίμα ασφάλειας αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η ηγεσία και οι ομάδες θα δεσμευτούν προσωπικά για την ασφάλεια των ασθενών και θα θέσουν προτεραιότητα όλων των ενεργειών τους τη συνεχή βελτίωσή της. Χαρακτηριστικά μιας δυνατής κουλτούρας περιλαμβάνει τη δέσμευση της ηγεσίας στην καλλιέργεια ελεύθερου περιβάλλοντος, όπου οι εργαζόμενοι θα μπορούν να αναφέρουν τα λάθη χωρίς το φόβο της τιμωρίας [38]. Μέσα στο περιβάλλον αυτό θα εντοπίζονται πιθανοί κίνδυνοι με τη χρήση των συστημάτων υποβολής εκθέσεων ανάλυσης των ανεπιθύμητων συμβάντων. Οι εργαζόμενοι θα αντιμετωπίζονται όχι σαν ένοχοι, αλλά σαν άνθρωποι που προάγουν την ασφάλεια και την ποιότητα.

2.2.2. Ομαδική εργασία

Ως *ομαδική εργασία* καλείται το σύνολο των αλληλένδετων συμπεριφορών, δράσεων, γνώσεων και στάσεων που διευκολύνουν τις απαιτούμενες εργασίες, προκειμένου να ολοκληρωθεί ένα έργο[2]. Η ασφάλεια των ασθενών βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και τη διεπιστημονική συνεργασία. Στο χώρο του χειρουργείου η έλλειψη ή η κακή επικοινωνία μπορεί να έχει συνέπειες για τους ασθενείς, τους επαγγελματίες και τα νοσοκομεία, καθώς η ομάδα καλείται να εργασθεί σε ένα ευμετάβλητο περιβάλλον. Χαρακτηριστικό μιας επιτυχημένης ομάδας είναι ο συντονισμός, ο οποίος αποτελεί μια διαδικασία με την οποία οι πόροι, οι δράσεις και οι ανταποκρίσεις οργανώνονται για να διασφαλίσουν ότι οι εργασίες εντάσσονται, συγχρονίζονται και συμπληρώνονται σε συγκεκριμένο χρόνο [62].

Ύστερα από μελέτη παρατήρησης κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων, διαπιστώθηκε σε ένα ποσοστό 30% αποτυχία επικοινωνίας. Στο 36% αυτών των περιστατικών παρατηρήθηκε ένταση και διαδικαστικό σφάλμα [39]. Ο Sexton και οι συνεργάτες του, σε έρευνά τους το 2006 στο προσωπικό του χειρουργείου με το ερωτηματολόγιο SAQ εντόπισε σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών. Οι χειρουργοί σημείωσαν πιο χαμηλά ποσοστά ομαδικής εργασίας με τους νοσηλευτές, ενώ παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά συνεργασίας με τους άλλους χειρουργούς και τους αναισθησιολόγους (Εικ. 2). Επίσης και οι νοσηλευτές είχαν καλύτερα σκορ στην ομαδική εργασία με συναδέλφους τους [30], [37]. Οι ιατροί αποδείχθηκε να είναι πιο ικανοποιημένοι από τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους δεύτερους. Ωστόσο η επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας πρέπει να θεωρείται επιβεβλημένη, λόγω της αυξημένης οξύτητας των περιστατικών σε συνδυασμό με τον κατακερματισμό της φροντίδας [40]. Η Joint Commission διαπίστωσε ότι τα 2/3 των θανάτων των ασθενών οφείλονται σε αποτυχίες επικοινωνίας, στη διάρκεια του 2011 [65].

2.2.3. Ικανοποίηση από την εργασία

Ο Locke ορίζει την ικανοποίηση από την εργασία ως μία ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση, που προκύπτει από την εκτίμηση των εμπειριών από τον εργασιακό χώρο [41]. Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία έχει συσχετισθεί με την ευημερία, τη βελτίωση της ψυχικής υγείας, καθώς και την αποδοτικότερη επικοινωνία της ομάδας. Η ικανοποίηση από την εργασία είναι αποτέλεσμα και των συνθηκών εργασίας, όπως αυτές διαμορφώνονται από το σχεδιασμό της ηγεσίας, αλλά και της ποιότητας των επαγγελματικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων [30]. Σε αρκετές περιπτώσεις η μη ικανοποίηση ή απογοήτευση από την εργασία οδηγεί στη συναισθηματική εξάντληση, που αποτελεί προγνωστικό δείκτη ανεπιθύμητων συμβάντων [42].

Οι εργαζόμενοι αισθάνονται εξάντληση, αδυναμία ολοκλήρωσης της εργασίας τους, με αποτέλεσμα τη μειωμένη αξιολόγηση της ασφάλειας. Η κλινική επιδείνωση σαν αποτέλεσμα της μειωμένης εγρήγορσης ή τους αυξημένους χρόνους ανταπόκρισης μπορεί να ελλοχεύουν κινδύνους για τους ασθενείς.

2.2.4. Αναγνώριση του στρες

Η αναγνώριση του στρες στην υποκλίμακα του SAQ έχει σα στόχο τη μέτρηση της αντίληψης των εργαζομένων για το αν η έκθεσή τους σε στρεσογόνες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο τους ασθενείς. Επίσης ορίζει το βαθμό στον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την αντοχή τους σε επείγουσες καταστάσεις, στην κόπωση και τα προσωπικά προβλήματα [68].

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες είναι εμφανείς στις γνωστικές, στις ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές εκφάνσεις του ανθρώπου. Η ψυχική συγκέντρωση μειώνεται καθώς η μνήμη επικεντρώνεται σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων, να δυσκολέψουν τη γνωστική λειτουργία και να αυξήσουν την πιθανότητα λάθους [43]. Ειδικά στο χώρο του χειρουργείου κατά την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε επιλογές ακατάλληλης στρατηγικής, ή σε ενέργειες που θα χαρακτηρίζονταν ανασφαλείς. Πολλές φορές η αντίληψη των χειρουργών για την ικανότητά τους να διαχειρισθούν το στρες και την κούρασή τους δεν είναι ρεαλιστική, στο σημείο που να μην αναζητούν βοήθεια όταν πραγματικά τη χρειάζονται. Η αναγνώριση του στρες σαν παράγοντα που επηρεάζει την κουλτούρα ασφάλειας έχει εγείρει διαφωνία. Σε έρευνα της Taylor δεν επιβεβαιώθηκε η σχέση τους, ενώ υποστηρίζει ότι μία τέτοια περίπτωση δεν επηρεάζει την εγκυρότητα του εργαλείου [44].

2.2.5. Συνθήκες εργασίας

Οι συνθήκες εργασίας που διαμορφώνουν την ασφάλεια των ασθενών έχουν σχέση με το φυσικό περιβάλλον, τον εξοπλισμό, την αναλογία του προσωπικού – ασθενών, το επίπεδο εκπαίδευσής του, τις ώρες εργασίας, το στυλ της ηγεσίας. Σε έρευνα που διεξήχθη σε 31 νοσοκομεία και αφορούσε 15.846 ασθενείς σε 51 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας διαπιστώθηκαν μειωμένα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων σε όσες μονάδες υπήρχε σωστή αναλογία προσωπικού – ασθενών [45]. Τα φυσικά χαρακτηριστικά ενός χώρου έχουν μια δυναμική πρόκλησης λάθους. Στην περίπτωση του χειρουργικού περιβάλλοντος αυτά αφορούν στη μη λειτουργική διάταξη του εξοπλισμού, στο φωτισμό, στην έλλειψη εξοικείωσης του προσωπικού με καινούρια μηχανήματα. Ο συντονισμός, η συνεργασία, η κατανόηση των ρόλων των μελών της ομάδας αποτελούν κύρια

συστατικά μιας ασφαλούς φροντίδας [46]. Επίσης οι ευνοϊκές συνθήκες εργασίας βοηθούν τους εργαζόμενους να ανταποκρίνονται με μεγαλύτερη ασφάλεια σε επείγοντα περιστατικά, κατά τη διεκπεραίωση των όποιων δύναται να συμβούν τραυματισμοί στο προσωπικό [70].

2.2.6. Αντιλήψεις για τη διοίκηση

Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση είναι συνάρτηση των στάσεων της απέναντι στις προτεραιότητες που θέτουν για την υλοποίηση της ασφάλειας. Οι εργαζόμενοι εστιάζουν στις μεθόδους υιοθέτησης ασφαλών πρακτικών και στο ενδιαφέρον για την πορεία της υλοποίησής τους από τους προϊστάμενούς τους. Μια ηγεσία που θεωρεί τη συζήτηση των προβλημάτων με το προσωπικό, κομμάτι του ρόλου της, αυξάνει τις πιθανότητες να εγκατασταθούν ασφαλείς πρακτικές αλλά και να διατηρηθούν στο χρόνο [47].

2.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η κουλτούρα ασφάλειας αντανακλά τον τρόπο που η φροντίδα υγείας έχει σχεδιασθεί και εφαρμοστεί, καθώς και τις δομές και τις διαδικασίες που την υποστηρίζουν. Το κλίμα ασφάλειας αναδεικνύει τις στάσεις των εργαζομένων, τις τρέχουσες θέσεις για την ασφάλεια σε σχέση με την υποστήριξη της διοίκησης, τις πολιτικές πρακτικές που εφαρμόζονται, την εμπιστοσύνη, την ανάληψη ευθυνών, την εποπτεία. Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας αποτελεί δείκτη ανίχνευσης όχι μόνο της τρέχουσας κατάστασης, αλλά και της προόδου μέσα στο χρόνο. Το βασικό στάδιο στην προσπάθεια για την αξιολόγηση της κουλτούρα ασφάλειας είναι η επιλογή του εργαλείου εκείνου που εξασφαλίζει ότι τα αποτελέσματα της έρευνας είναι έγκυρα και αξιόπιστα. Αυτό σημαίνει ότι παράγουν παρόμοια αποτελέσματα και σε επαναληπτική μέτρηση [28]. Η Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations στην Αμερική και ο National Patient Safety Association στη Μεγάλη Βρετανία, συνιστούν στα νοσοκομεία να διεξάγουν έρευνες προσδιορισμού του κλίματος ασφάλειας σε τακτό χρονικό διάστημα για τη βελτίωση της ασφάλειας [48]. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι τα εργαλεία μέτρησης θα πρέπει να εξειδικεύονται ανάλογα με τη μονάδα του οργανισμού, έτσι ώστε να αντανακλούν μια συγκεκριμένη επιρροή των ανώτερων διευθυντικών στελεχών στον τομέα της ασφάλειας [49]. Επίσης, κάποια έχουν αποδειχθεί πιο ευαίσθητα και κατάλληλα όταν εφαρμόστηκαν σε μία χώρα από ότι σε μία άλλη. Οι όροι *κουλτούρα ασφάλειας* και *κλίμα ασφάλειας* έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά στις έρευνες. Τα πιο αυστηρά δοκιμασμένα εργαλεία μέτρησης σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι τα εξής:

— Safety Attitudes Questionnaire

— Patient Safety Culture in Healthcare Organisations

— Hospital Survey on Patient Safety Culture

— Safety Climate Survey

— Manchester Patient Safety Assessment

Η Αμερικανική Υπηρεσία για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) επιχορήγησε την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας για τα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έχει συσταθεί ένας δικτυακός τόπος που παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία και άλλους οργανισμούς να διαχειρίζονται ερευνητικές μεθόδους και να κάνουν συγκρίσεις αποτελεσμάτων.

Το κύριο εργαλείο είναι το **Hospital Survey On Patient Culture (HSOPSC)** με 12 διαστάσεις κουλτούρας: 1) ενημέρωση και επικοινωνία σχετικά με τα σφάλματα, 2) οργανωτική μάθηση και τη συνεχή βελτίωση, 3) η ομαδική εργασία σε τμήματα, 4) την επικοινωνία και τη διαφάνεια, 5) το προσωπικό, 6) δεν τιμωρούν την αποτυχία, 7) τον ιεραρχικά ανώτερο με έμφαση στην ασφάλεια, 8) μεταφορά και παράδοση του νοσοκομείου, 9) η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών, 10) υποστήριξη της διαχείρισης του νοσοκομείου για την ασφάλεια των ασθενών, 11) αναφορά συμβάντων και 12) αντίληψη της ασφάλειας [50]. Αξιολογεί το κλίμα ασφάλειας σε επίπεδο ατομικό, μονάδας και οργανισμού και έχει χρησιμοποιηθεί και σε συνδυασμό με άλλα εργαλεία. Με το εργαλείο αυτό γίνονται συγκρίσεις μεταξύ μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και βιομηχανίας, όπου σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε νοσοκομείο και πετρελαιοβιομηχανία, η κουλτούρα ασφάλειας ήταν μεγαλύτερη στη δεύτερη περίπτωση [51]. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι οι διαστάσεις του εργαλείου απηχούν ψυχομετρικές ιδιότητες, άλλα χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την εγκυρότητα του κριτηρίου που σχετίζεται με την ασφάλεια στους ασθενείς [52].

Το εργαλείο **Manchester Patient Safety Framework** αξιολογεί την πρόοδο ανάπτυξης της κουλτούρας ασφάλειας του οργανισμού. Το εργαλείο δημιουργήθηκε από ερευνητές και προωθείται από το National Patient Safety Agency, ορίζει δε την κουλτούρα ασφάλειας μέσα από 10 διαστάσεις: 1) την προτεραιότητα που δίνεται στην ασφάλεια, 2) τα λάθη του συστήματος και της ατομικής ευθύνης, 3) την καταγραφή των περιστατικών, 4) την αξιολόγηση των περιστατικών, 5) αλλαγή της μάθησης και την αποτελεσματική αλλαγή, 6) την επικοινωνία, 7) τη διαχείριση του προσωπικού, 8) την εκπαίδευση του προσωπικού, 9) την ομαδική εργασία και 10) τη διαρκή βελτίωση. Αναζητά την ωριμότητα της ασφάλειας ανάμεσα στα πέντε επίπεδα που διαμορφώνουν την ανταπόκρισή τους στη διαχείριση του κινδύνου. Τα επίπεδα κατηγοριοποιούνται ως εξής [53]:

- Το **παθολογικό**: «γιατί να χάνουμε το χρόνο μας για την ασφάλεια;»,
- το **αντιδραστικό**: «Εμείς κάνουμε κάτι, όταν έχουμε ένα περιστατικό»,
- το **γραφειοκρατικό**: «Έχουμε συστήματα για διαχείριση της ασφάλειας»,
- το **δυναμικό**: «Είμαστε πάντα σε επιφυλακή για τους κινδύνους»,
- το **παραγωγικό**: «Η διαχείριση του κινδύνου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος από ό,τι κάνουμε».

Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, στην ψυχική υγεία, στην πρωτοβάθμια υγεία. Φωτίζει διαφορές αντιλήψεων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και προσδιορίζει την ωριμότητα της κουλτούρας, ώστε να σχεδιαστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Αγγλία, η αξιοπιστία του έχει ελεγχθεί στη Νότια Αμερική. Γενικότερα δεν έχουν δημοσιευτεί πολλές έρευνες με αποτελέσματα.

Το εργαλείο **Safety Climate Survey** εγκρίθηκε από το Αμερικάνικο Ινστιτούτο για τη Βελτίωση της Υγειονομικής Περίθαλψης (IHI). Σχεδιάστηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Τέξας και εξετάζει τις απόψεις του προσωπικού που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή του εργασιακού χώρου. Επίσης δίνει τη δυνατότητα μέτρησης των αλλαγών στην πάροδο του χρόνου πριν και μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων σε όλες τις βαθμίδες του προσωπικού. Συγκρινόμενο με άλλα εργαλεία έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επειδή έχει σχεδιαστεί αρκετά χρόνια πριν, δεν έχει συμπεριλάβει παράγοντες και χαρακτηριστικά άλλων εργαλείων, γεγονός που το κάνει πιο αδύναμο. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη Βόρεια Αμερική και σε έρευνα που διεξήχθη σε Μονάδα Εντατικής του Καναδά, οι μάνατζερ είχαν θετικές απόψεις για το κλίμα ασφάλειας από τους άλλους εργαζόμενους [54].

Το εργαλείο **Patient Safety Climate in Healthcare Organisations** προωθήθηκε από την Αμερικανική Υπηρεσία για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (AHRQ) και αποτελεί μέρος του ερευνητικού προγράμματος STANFORD για την ασφάλεια των ασθενών. Η ανάπτυξη του εργαλείου έγινε υπό τη καθοδήγηση ερευνών σε οργανισμούς υψηλής αξιοπιστίας, όπως πυρηνικοί σταθμοί και την εμπορική αεροπορία. Έξι ήδη υπάρχοντα ερευνητικά εργαλεία συντέλεσαν στο σχεδιασμό του. Το εργαλείο διερευνά τις αντιλήψεις σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο στα νοσοκομεία. Ερευνητές προσπάθησαν να μετρήσουν συγκεκριμένα στοιχεία του κλίματος ασφάλειας, όπως η ομαδική εργασία και η πίεση της εργασίας, άλλα δεν είχαν μια ολιστική προσέγγιση. Η ανταπόκριση του προσωπικού στην έρευνα αγγίζει το 50%.

Το εργαλείο **Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)** προέρχεται από το Flight Management Attitude Questionnaire (FMAQ), που έχει δοκιμαστεί στην αεροπορία πάνω από 20 χρόνια. Η αεροπορία έχει κοινά χαρακτηριστικά με το χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, ειδικότερα με το περιβάλλον του χειρουργείου, καθώς η πιθανότητα λάθους είναι αυξημένη λόγω της αλληλοεξαρτώμενης εργασίας, συνδεδεμένης άμεσα με την τεχνολογία. Το εργαλείο αυτό σχεδιάστηκε από τον Sexton και τους συνεργάτες του στο Κέντρο Αριστείας για την Έρευνα και την Πρακτική για την Ασφάλεια των Ασθενών του Πανεπιστημίου του Τέξας. Το ερωτηματολόγιο SAQ εστιάζει σε 6 διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας: 1) το κλίμα ασφάλειας, 2) την ομαδική εργασία, 3) την ικανοποίηση από την εργασία, 4) την αναγνώριση του στρες, 5) τις αντιλήψεις για τη διοίκηση και 6) τις συνθήκες εργασίας. Το SAQ έχει προσαρμοσθεί και υιοθετηθεί από Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, χειρουργεία, παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, τμήματα επειγόντων περιστατικών,

στην πρωτοβάθμια φροντίδα, σε γηροκομεία. Είναι το πιο διαδεδομένο εργαλείο, αυστηρά αξιόπιστο για τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας σε πολλά νοσοκομεία της Αμερικής, της Ευρώπης και της Αυστραλίας, αφού διερευνά τις αντιλήψεις του προσωπικού για το κλίμα ασφάλειας ανεξαρτήτως ειδικότητας [11]. Στην ελληνική γλώσσα έχει σταθμιστεί από τον καθηγητή Ραφτόπουλο και τους συνεργάτες του.

Η διαφορά του με τα άλλα εργαλεία είναι ότι τα υψηλά σκορ της έρευνας έχουν θετική σχέση με τα αποτελέσματα για τους ασθενείς και το προσωπικό. Όμως, όπως συμβαίνει και με άλλα εργαλεία, δεν αναζητά τις αιτίες για τις διαφορές στις αντιλήψεις που προκύπτουν. Επίσης, δίνεται έμφαση στους ανθρώπινους παράγοντες στη διερεύνηση των λαθών και όχι τόσο στην αναφορά αυτών. Το εργαλείο SAQ αναφέρει ψυχομετρικές αναλύσεις, οι οποίες προσδίδουν αξιοπιστία και εγκυρότητα στις έρευνες και πιστοποιούν τις διαστάσεις της κουλτούρας ασφάλειας. Αυξημένα σκορ έχουν συσχετισθεί με μικρότερη παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο και με μειωμένα ποσοστά ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Επίσης, επιτρέπει στους χρήστες να σχεδιάσουν μέτρα βελτίωσης ασφάλειας για τη μονάδα τους. Αυτό προσδίδει στην έρευνα μια μορφή συγκλίνουσας εγκυρότητας, όταν το περιεχόμενο των σχολίων συνδέονται με τις βαθμολογίες SAQ [4].

3. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η προσπάθεια νοσοκομειακών μονάδων να αξιολογήσουν την κουλτούρα ασφάλειας, προκειμένου να θέσουν τις βάσεις για την παροχή ασφαλούς φροντίδας, είναι μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο και συλλογικότητα. Το 2001 η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου John Hopkins ανέπτυξε ένα Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Ασφάλειας για Μονάδα (CUSP), με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας. Με την εφαρμογή του προγράμματος επετεύχθη ο στόχος πρόληψης των λοιμώξεων που προκαλούνται από την τοποθέτηση ενδαγγειακών καθετήρων. Αποτράπηκαν οκτώ θάνατοι και σαράντα τρεις λοιμώξεις. Τα στάδια της παρέμβασης περιελάμβαναν την αρχική αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας της μονάδας και την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας αφού τα εντόπισαν. Η στήριξη της ηγεσίας στην άρση των εμποδίων ήταν καθοριστική. Η τεκμηρίωση και η ανάλυση των αποτελεσμάτων σε συνδυασμό με την επαναξιολόγηση της κουλτούρας της μονάδας συντέλεσαν στην αξιοπιστία του προγράμματος. Το πρόγραμμα χρησιμοποιείται πλέον και σε άλλες κλινικές του νοσοκομείου, ενώ η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας με το ερευνητικό εργαλείο SAQ πριν και μετά την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της ασφάλειας, θεωρείται επιβεβλημένη πρακτική τους [55].

Το 2002 στο Γενικό Νοσοκομείο Sentara Norfolk της Virginia, ύστερα από την αξιολόγηση της κουλτούρας, υιοθέτησαν διορθωτικές πρακτικές της συμπεριφοράς, εστιάζοντας την προσοχή των εργαζομένων σε διαδικασίες που δεν τηρούνταν με ακρίβεια, θέτοντας κανόνες. Επίσης, βοήθησαν το

προσωπικό να αναλύει τα βαθύτερα αίτια των σημαντικών θεμάτων ασφάλειας. Δημιούργησαν τρεις ηγετικές ομάδες για όλο το προσωπικό, ώστε να επικοινωνήσουν τεχνικές πρόληψης σφαλμάτων. Τα αποτελέσματα είχαν αυξημένα ποσοστά επικοινωνίας του προσωπικού με ταυτόχρονη μείωση 84% στη πνευμονία του αναπνευστήρα από το 2001 ως τον Ιούνιο του 2004 [36].

3.1. ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι η αξιολόγηση της κουλτούρας από μόνη της δεν αποτελεί εχέγγυο για την προώθησή της. Επίσης, σε νοσοκομεία με καλύτερο κλίμα ασφάλειας δεν απουσιάζουν τα λάθη. Το κλίμα ασφάλειας των εργαζόμενων επηρεάζεται από τις αποφάσεις της διοίκησης για τη διαχείριση των υλικών και ανθρώπινων πόρων. Η ηγεσία μιας μονάδας είναι αυτή που θα καθορίσει τους στόχους ασφάλειας και θα δημιουργήσει ευνοϊκές συνθήκες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Σύμφωνα με τον Pettow [50], τα ατυχήματα αποτελούν τον κανόνα στις βιομηχανίες υψηλού κινδύνου και δε μπορούν να εξαλειφθούν ούτε από τις καλύτερες ομάδες. Μόνο το χρονικό διάστημα ανάμεσά τους μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί. Καθώς γίνεται η σύγκριση των νοσοκομείων με αυτές τις βιομηχανίες, όσοι σχεδιάζουν την ασφάλεια οφείλουν να υπολογίζουν ότι τα λάθη είναι αναπόφευκτα. Παρεμβάσεις που ενισχύουν την κουλτούρα ασφάλειας σε μία νοσηλευτική μονάδα έχουν καταγραφεί σε έρευνες και εξετάζεται η επίδρασή τους μέσα στο χρόνο.

Οι **ομάδες εκπαίδευσης** αποτελούν παρέμβαση που έχει υιοθετηθεί από την αεροπορία. Το σύστημα Crew Resource Management (CRM) χρησιμοποιεί τεχνικές κατάρτισης, προσομοίωσης διαδραστικών συζητήσεων ανάμεσα στις ομάδες, εστιάζοντας στις ανθρώπινες αντιδράσεις όταν αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις. Το προσωπικό εκπαιδεύεται στη διαχείριση του φόρτου εργασίας, στην επίλυση συγκρούσεων, στην αναγνώριση επικίνδυνων καταστάσεων, σε τεχνικές επικοινωνίας, αλλά και σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Ερευνητές στην Οξφόρδη σε μελέτη παρατήρησης πριν και μετά τη συγκεκριμένη εφαρμογή, εντόπισαν βελτιώσεις όχι μόνο στην ομαδική εργασία, αλλά και σε τεχνικά θέματα [57].

Οι **ομάδες για την ασφάλεια των ασθενών** αποτελούνται από 4 έως 10 άτομα, με αντιπροσώπους του ιατρικού κλάδου, του νοσηλευτικού, του υπεύθυνου ποιότητας και του υπεύθυνου διαχείρισης κίνδυνου. Αυτές οι ομάδες στοχεύουν στη διερεύνηση θεμάτων ασφάλειας και στη διευθέτησή τους. Το πεδίο δράσης της ομάδας είναι η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας, η αξιολόγηση και η προώθηση της κουλτούρας [58].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι η χρήση γνωστικών εργαλείων κατά τη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων αποτελεί ένα μέτρο υπενθύμισης συγκεκριμένων εργασιών σε διάφορα στάδια της διαδικασίας. Η εφαρμογή της **Χειρουργικής Λίστας** δίνει τη δυνατότητα

διασταύρωσης του ονόματος του ασθενή, της χειρουργικής θέσης, της χορήγησης αντιβιοτικής προφύλαξης, τον έλεγχο του αναπνευστήρα και της παλμικής οξυμετρίας. Αυτοί οι έλεγχοι πραγματοποιούνται πριν την εισαγωγή στην αναισθησία, πριν την τομή του δέρματος και στο τέλος της χειρουργικής επέμβασης. Έρευνα του Haynes και των συνεργατών του, που αξιολόγησαν το κλίμα ασφάλειας με το ερευνητικό εργαλείο SAQ, πριν και μετά την εφαρμογή της χειρουργικής λίστας, φαίνεται να βελτίωσαν τις αντιλήψεις του προσωπικού για την ομαδική εργασία και για το κλίμα ασφάλειας [59].

Οι **επισκέψεις των ηγετών**, διοικητών του νοσοκομείου στα τμήματα (**walk rounds**) αποτελούν άλλη μία παρέμβαση, η οποία δημιουργήθηκε για να συνδέσει τα υψηλόβαθμα στελέχη με την ασφάλεια των ασθενών και να διαμορφώσει μια κουλτούρα ασφάλειας που θα προσδιορίζει όλους τους εργαζόμενους. Οι συναντήσεις των ηγετικών στελεχών με τους εργαζόμενους κάθε τμήματος δίνει την ευκαιρία του εντοπισμού, της καταγραφής και της ανάλυσης θεμάτων ασφάλειας, όπως τις αντιλαμβάνονται στην καθημερινότητά τους. Με αυτό τον τρόπο, η ασφάλεια αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για όλο το προσωπικό, όπου σε ένα κλίμα διαφάνειας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα που βελτιώνουν και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σε έρευνα των Frankel και Sexton σε δύο νοσοκομεία που υιοθέτησαν την παρέμβαση walk round και αξιολόγησαν την κουλτούρα ασφάλειας με το ερευνητικό εργαλείο SAQ, παρατηρήθηκαν βελτιωμένες τιμές στο κλίμα ασφάλειας 18μήνες μετά. Ωστόσο, επισημαίνουν ότι για την επιτυχία του προγράμματος ως προς τη χρονική διάρκεια χρειάζεται η δέσμευση της ηγεσίας [60].

Η προσέγγιση της ερμηνείας των λαθών και των ανεπιθύμητων συμβάντων θα μπορούσε να επιτευχτεί μέσα από το παράδειγμα της αεροπορίας. Στην αεροπορία το 1976 σχεδιάστηκε ένα σύστημα αναφοράς ασφάλειας (ASRS) με στόχο την καταγραφή των λαθών και των παραλίγο λαθών. Το σύστημα δέχτηκε πάνω από 474.000 αναφορές την ημέρα, 2.500 προειδοποιήσεις για ανασφαλείς συνθήκες και παρεναίβει στο 42% μειώνοντας τους θανάτους στην εμπορική αεροπορία.

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής δημιούργησε πολλά προγράμματα για την ασφάλεια των ασθενών, όμως οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης δεν προχωρούν εύκολα στην καταγραφή ανεπιθύμητων συμβάντων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονισθεί ότι σε έναν οργανισμό που έχει καλλιεργηθεί θετική κουλτούρα ασφάλειας, ένα τέτοιο πρόγραμμα θα μπορούσε να υποστηριχτεί. Σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από τιμωρικές πρακτικές που δεν ψάχνει εξιλαστήρια θύματα, αλλά ασφαλείς πρακτικές για ασθενείς και εργαζόμενους, δίνεται η δυνατότητα αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων συμβάντων και λαθών [63].

Το 2001 στη Μεγάλη Βρετανία ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλειας Ασθενών (National Patient Safety Agency) με σκοπό τον έλεγχο του συστήματος αναφοράς λαθών και αποτυχιών που συμβαίνουν στη διάρκεια της φροντίδας. Το 2004 ο ίδιος οργανισμός βελτίωσε τα ποσοστά αναφοράς δημιουργώντας το NRLS (National Reporting and Learning), ένα εθνικό σύστημα

αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων, αλλά και μάθησης από αυτά. Το σύστημα έδωσε τη δυνατότητα μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας να καταχωρείται ανώνυμα κάθε περιστατικό, ανεξάρτητα αν προκάλεσε βλάβη στον ασθενή ή όχι, καθώς και ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν για την επίλυση των επιπλοκών. Οι άλλες νοσηλευτικές μονάδες είχαν πρόσβαση στα δεδομένα ώστε να γνωρίζουν πως θα αντιδράσουν σε ανάλογες περιστάσεις. Το 2013 τα περιστατικά αναφοράς έφτασαν τα 1.200 το χρόνο και έδωσαν αξιοπιστία στο σύστημα. Ενσωματώθηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας και βοήθησε στην εφαρμογή παρεμβάσεων, δίνοντας έμφαση στην αυξημένη αίσθηση του καθήκοντος που πρέπει να χαρακτηρίζει τους επαγγελματίες υγείας [6].

Ερευνητές στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο John Hopkins δημιούργησαν το ICURS, ένα ηλεκτρονικό πρόγραμμα καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων, με στόχο την ανάλυση των αποτυχιών του συστήματος. Έγινε σύνδεση 23 Μονάδων Εντατικής Θεραπείας σε όλη την Αμερική, όπως τραύματος, ενηλίκων, καρδιολογικής χειρουργικής και δόθηκε έμφαση στην ανωνυμία αυτών που κατέγραφαν ένα περιστατικό. Δε σημειωνόταν η συγκεκριμένη μέρα συμβάντος, αλλά ο μήνας και το έτος. Αναγνωρίστηκαν προβλήματα εκπαίδευσης και συνεργασίας του προσωπικού. Τα περισσότερα δεν αφορούσαν κίνδυνο για ασθενή. Ένα ποσοστό 14% αφορούσε παράταση νοσηλείας, το 21% αφορούσε ιατρογενές τραυματισμό και το 72% είχε σχέση με παράγοντες του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας [63]. Οι έρευνές τους εστιάζουν στην αξιολόγηση των δεδομένων και στη προώθηση μέτρων πρόληψης και αποφυγής λαθών .

Στην Αμερική τα συστήματα αναφοράς ενώ εφαρμόζονται στα νοσοκομεία, δεν είναι αποτελεσματικά σε όλα. Το Institute for Health Improvement, ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός δημιούργησε το Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events [64]. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε γιατί η εκούσια καταγραφή ανίχνευε ένα 10 με 20% των λαθών και από αυτά το 90% δεν προκαλούσε κάποια βλάβη στους ασθενείς. Το εργαλείο αυτό ελέγχει τους ιατρικούς φακέλους με βάση κριτήρια που μπορούν να συμβάλουν στην πρόκληση βλάβης.

Στην Ελλάδα το σύστημα αναφοράς των ανεπιθύμητων συμβάντων βρίσκεται σε πιλοτική εφαρμογή και δημιουργήθηκε από το τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιά. Ονομάζεται ICU – MERIS και αφορά στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Υπάρχει δυνατότητα εκούσιας και ακούσιας αναφοράς συμβάντων. Στόχος του είναι η καταγραφή των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνισή τους και η θετική έκβαση της πορείας των ασθενών. Πρόσβαση σε αυτό το σύστημα αναφοράς έχουν και οι πολίτες, ενώ διενεργείται έλεγχος των φακέλων όπως στο προαναφερόμενο Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events [61].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η αξιολόγηση των ατομικών αντιλήψεων του προσωπικού για το περιβάλλον της εργασίας τους, στο χειρουργείο Περιφερικού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου της Δυτικής Ελλάδας. Η διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας θα δώσει την ευκαιρία διεξαγωγής συμπερασμάτων που θα διευκολύνουν στην ανάληψη πρωτοβουλιών βελτίωσης.

Συγκεκριμένα θα ερευνηθούν: 1) η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου στο δείγμα της μελέτης και 2) οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας καθώς και το πως αυτά διαμορφώνονται ανάμεσα στο προσωπικό.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο - Μάιο του 2015, αφού πρώτα παραχωρήθηκε η άδεια διεξαγωγής από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν το ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό του χειρουργείου. Το χειρουργείο έχει 13 χειρουργικές αίθουσες, από τις οποίες οι 8 λειτουργούν καθημερινά. Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων περιελάμβαναν: να είναι ιατροί, νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό, οι οποίοι να εργάζονται στο χώρο του χειρουργείου για περισσότερο από ένα χρόνο και να θέλουν να συμμετάσχουν στην εργασία. Αποκλείστηκε δηλαδή από τη μελέτη η συμμετοχή φοιτητών ιατρικής, νοσηλευτικής, καθώς και όσοι εργάζονταν λιγότερο από έξι μήνες στο χειρουργείο.

Η διεξαγωγή της έρευνας προτιμήθηκε να πραγματοποιηθεί στο συγκεκριμένο χειρουργείο, αφού αποτελεί το χώρο εργασίας της ερευνήτριας και θα ήταν πιο εύκολη η συλλογή του υλικού, λόγω αξιοποίησης των γνώσεών της σχετικά με τα ωράρια εργασίας, αλλά και του «κοινωνικού κεφαλαίου» της ερευνήτριας. Το δείγμα αποτέλεσαν 133 ιατροί, 54 νοσηλευτές, 10 τραυματιοφορείς και 5 βοηθοί θαλάμου που εργάζονταν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο χειρουργείο. Διανεμήθηκαν 202 ερωτηματολόγια του ερευνητικού εργαλείου SAQ και επιστράφηκαν 147 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (72,8% ποσοστό ανταπόκρισης). Όσα δεν επιστράφηκαν θεωρήθηκαν μη απαντημένα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για την περιγραφή της έρευνας, τη δυνατότητα της μη συμμετοχής, καθώς και για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των εξεταζόμενων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε από 10 έως 15 λεπτά.

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η χρήση του ερευνητικού εργαλείου Safety Attitudes Questionnaire, το οποίο προέρχεται από το εργαλείο Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ), το οποίο σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα από τον καθηγητή Ραφτόπουλο και τους συνεργάτες του. Η σχέση αυτή αυξάνει την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Οι έρευνες από τις αεροπορικές εταιρίες για τη διερεύνηση των ατυχημάτων ανέδειξε σαν παράγοντα κινδύνου για την ασφάλεια των πτήσεων την κακή επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού στη συλλογική λήψη αποφάσεων. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί για πολλά χρόνια και από πολλές χώρες, ώστε να μπορούν να γίνονται συγκρίσεις. Νοσοκομεία, όπως το John Hopkins στην Αμερική, έχουν εισαγάγει την αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας με το εργαλείο SAQ σε ετήσια βάση για όλα τα τμήματα και συνδυαστικά πριν και μετά από τη διεξαγωγή παρεμβάσεων. Το ερωτηματολόγιο SAQ σχεδιάστηκε από τον Sexton και τους συνεργάτες του. Εκτός από τα στοιχεία από το ερωτηματολόγιο FMAQ περιλαμβάνει δύο θεωρητικά μοντέλα: το μοντέλο του Vincent για την ανάλυση των κινδύνων και την ασφάλεια στη κλινική πράξη και το εννοιολογικό μοντέλο του Donabedian για την αξιολόγηση της ποιότητας. Αποτελείται από 60 ερωτήσεις και η συνοπτική έκδοση από 30, οι οποίες διερευνούν 6 παράγοντες: την ομαδική εργασία, την ικανοποίηση από την εργασία, την αναγνώριση του στρες, τις συνθήκες εργασίας και τις αντιλήψεις για τη διοίκηση. Κάθε στοιχείο απαντήθηκε με την κλίμακα Likert (1=διαφωνώ, 2=διαφωνώ κάπως, 3=ουδέτερο, 4=συμφωνώ ελαφρώς, 5=συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton μετατρέπονται σε μια κλίμακα 0–100 (1=0%, 2=25%, 3=50%, 4=75% και 5=100%). Θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι >75% [56].

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. Για τα γραφήματα χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα MS Excel 2013 και Sigmaplot 12.5. Η διερεύνηση των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία t-test προκειμένου για δύο δείγματα και με την ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου για περισσότερα, ενώ η post-hoc ανάλυση έγινε με τη δοκιμασία Bonferroni. Οι μεταβλητές ηλικία και χρόνος εργασίας διχοτομήθηκαν στις διάμεσες τιμές τους. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Ο έλεγχος εσωτερικής αξιοπιστίας (δείκτης Cronbach - alpha) έδωσε τιμές μεταξύ 0,63 - 0,76, δείχνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία για τις διάφορες υποκλίμακες του SAQ (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων SAQ.

Παράγοντες	a Cronbach
Ομαδική εργασία (Ερωτήσεις: 3, 26, 32, 36, 37, 40)	0,72
Ασφάλεια (Ερωτήσεις: 4, 5, 11, 12, 22, 23, 30)	0,73
Εργασιακή ικανοποίηση (Ερωτήσεις: 2, 8, 15, 31, 44)	0,76
Αναγνώριση stress (Ερωτήσεις: 27, 33, 34, 49)	0,68
Αντίληψη διοίκησης (Ερωτήσεις: (18, 10, 19, 28)	0,63
Εργασιακές συνθήκες (Ερωτήσεις: 6, 7, 24, 45)	0,65

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 2 φαίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το 51% ήταν άνδρες και το 64,6% αυτών έγγαμοι. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 44,23(9,22) έτη.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	%	ΜΤ(ΤΑ)
Φύλο			
Ανδρας	75	51	
Γυναίκα	72	49	
Ηλικία			44,23(9,22)
Οικογενειακή Κατάσταση			
Ανύπαντρος/η	30	20,40	
Παντρεμένος/η	95	64,60	
Χωρισμένος/η	12	8,20	
Χήρος/η	0	0,00	
Συμβίωση	10	6,80	

Ο **συνολικός χρόνος εργασίας** ήταν 17,68(9,90) έτη, ενώ ο **συνολικός χρόνος εργασίας σε χειρουργείο** ήταν 15,32(10,12) έτη (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Διάρκεια εργασιακής απασχόλησης.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)
Συνολικός χρόνος άσκησης επαγγέλματος	17,68(9,90)
Συνολικός χρόνος εργασίας σε χειρουργείο	15,32(10,12)

Το 75,5% ανέφερε ότι η εργασία του ήταν προσωπική επιλογή, ενώ εργασία σε άλλο νοσοκομείο αναφέρεται από το 69,4%. Η εργασία ως πηγή άγχους αναφέρεται από το 76,9% (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Θέση εργασίας.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	%
Εργασία ίδια επιλογή		
ΝΑΙ	111	75,50
ΌΧΙ	36	24,50
Εργασία ως πηγή άγχους		
ΝΑΙ	113	76,90
ΌΧΙ	34	23,10
Εργασία σε άλλο Νοσοκομείο		
ΝΑΙ	102	69,40
ΌΧΙ	45	30,60

Η ποιότητα υπηρεσιών χειρουργείου και η ικανοποίηση από την εργασία κυμάνθηκαν σε ικανοποιητικά επίπεδα (από 7-8 σε 10βαθμη κλίμακα) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Ποιότητα υπηρεσιών χειρουργείου και εργασιακή ικανοποίηση.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)
Αυτοαναφερόμενη ποιότητα υπηρεσιών χειρουργείου	6,98(1,56)
Ποιότητα υπηρεσιών ιδίου στο χειρουργείο	8,06(1,50)
Εργασιακή ικανοποίηση	7,47(6,15)

Ιατροί ήταν το 56% του δείγματος και νοσηλευτές το 20%. Οι ειδικευμένοι χειρουργοί, οι νοσηλευτές χειρουργείου και οι αδ. Νοσοκόμοι χειρουργείου ήταν η πλειονότητα στις επιμέρους

κατηγορίες, ενώ οι περισσότεροι (51,7%) ανέφεραν συμμετοχή σε επεμβάσεις γενικής χειρουργικής (Πίνακας 6, Γράφημα 1).

Πίνακας 6. Επαγγελματική ιδιότητα και συμμετοχή και σε χειρουργικές επεμβάσεις.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	%
Ιδιότητα		
Ειδικευμένος χειρουργός ιατρός	37	25,20
Ειδικευόμενος χειρουργός ιατρός	29	19,70
Ειδικευμένος αναισθησιολόγος	14	9,50
Ειδικευόμενος αναισθησιολόγος	3	2,00
Νοσηλεύτης/τρια χειρουργείου	14	9,50
Νοσηλεύτης/τρια αναισθητικού	12	8,20
Νοσηλεύτης/τρια με ειδικότητα	3	2,00
Αδ.Νοσοκόμοι χειρουργείου	17	11,60
Αδ.Νοσοκόμοι αναισθ/κού	6	4,10
Τραυματιοφορείς	8	5,40
Βοηθητικό προσωπικό	4	2,70
Χειρουργεία που συμμετέχετε συχνότερα		
Γενικής χειρουργικής	76	51,70
Ορθοπαιδικής	44	29,90
Νευροχειρουργικής	38	25,90
Καρδιοχειρουργικής	22	15,00
Γναθοχειρουργικής	20	13,60
Ουρολογικής	29	19,70
Οφθαλμολογικής	14	9,50
Γυναικολογικής	27	18,40
ΩΡΛ	26	17,70
Αγγειοχειρουργικής	31	21,10

Γράφημα 1. Συνοπτική περιγραφή της επαγγελματικής ιδιότητας των συμμετεχόντων.



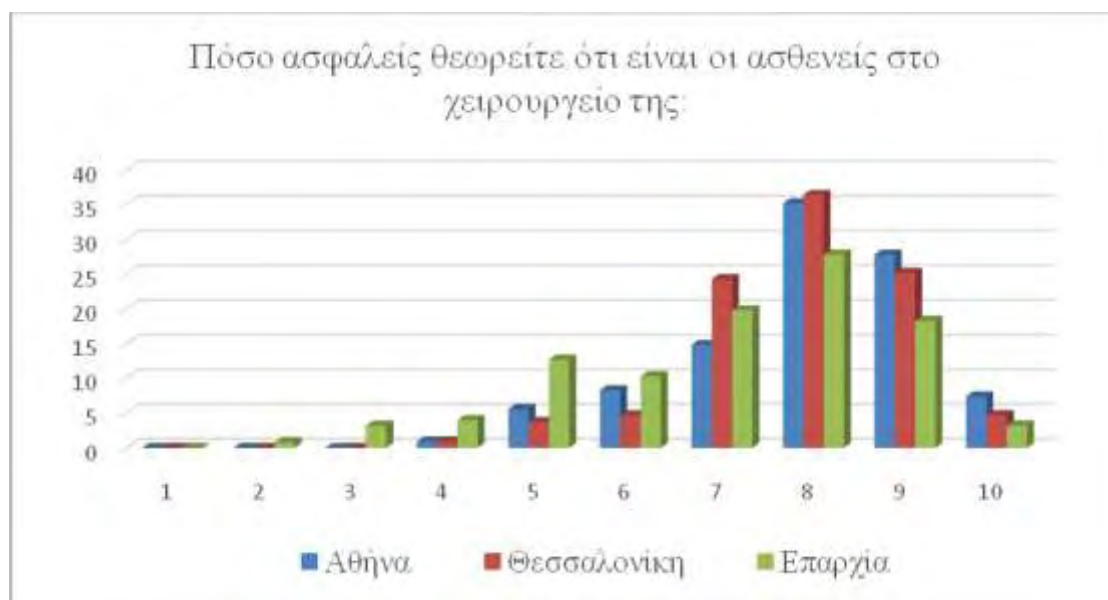
Σε ικανοποιητικά επίπεδα κυμάνθηκε και η αξιολόγηση της ασφάλειας των ασθενών και της συνεργασίας με τους συναδέλφους νοσηλευτές, ενώ υστέρηση διαπιστώθηκε στη συνεργασία με τους ιατρούς (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Αξιολόγηση νοσοκομείου και συνεργασίας με συναδέλφους.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)
Αξιολόγηση Νοσοκομείου	7,20(1,60)
Αξιολόγηση συνεργασίας με Νοσηλευτές	7,82(1,38)
Αξιολόγηση συνεργασίας με Ιατρούς	6,89(1,63)
Πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο χειρουργείο	8,27(1,42)

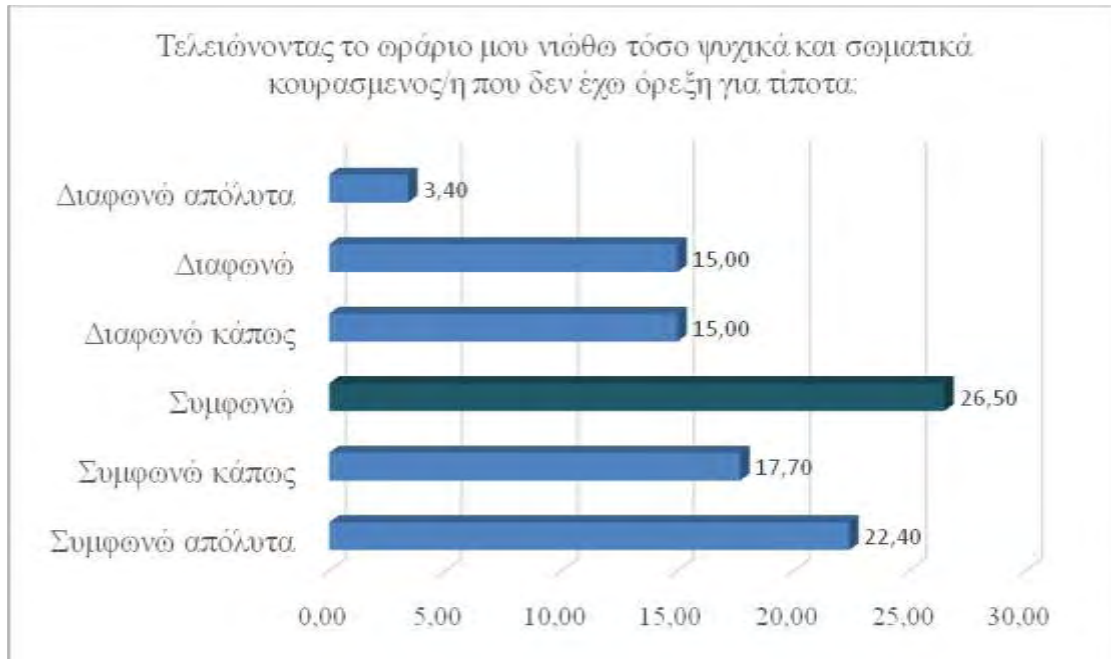
Εκφράστηκε η άποψη ότι οι ασθενείς στην επαρχία είναι λιγότερο ασφαλείς σε σχέση με Αθήνα και Θεσ/κη ($F=11,974$, $p<0,001$), με μέση τιμή $7,09\pm 1,72$ έναντι $7,9\pm 1,3$ των Αθηνών και $7,86\pm 1,16$ της Θεσ/κης ($p<0,001$ και στις δυο περιπτώσεις) (Γράφημα 2).

Γράφημα 2. Ασφάλεια ασθενών στο χειρουργείο σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και επαρχία.



Η πλειονότητα συμφωνεί ότι η κόπωση μετά το πέρας του ωραρίου είναι τέτοια που νιώθουν ανήμποροι για οτιδήποτε άλλο (Γράφημα 3) και το 74% αναφέρει κόπωση συχνά ή πολύ συχνά (Γράφημα 4).

Γράφημα 3. Κόπωση μετά το πέρας του ωραρίου.



Γράφημα 4. Συχνότητα κόπωσης.



Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 5, η πλειονότητα (86%) θα πρότεινε το χειρουργείο σε συγγενείς και γνωστούς.

Γράφημα 5. Σύσταση του χειρουργείου σε τρίτους.



Στη συνέχεια παρουσιάζεται αναλυτικά η βαθμολογία στις υποκλίμακες του SAQ. Στην υποκλίμακα της ομαδικής εργασίας (Πίνακας 8) την υψηλότερη βαθμολογία (3,61) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (65%) συγκέντρωσε η ερώτηση «Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το χειρ/ο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι», ενώ σε όλες τις ερωτήσεις το ποσοστό συμφωνίας βρισκόταν άνω του 50%.

Πίνακας 8. Υποκλίμακα: ομαδική εργασία.

Ομαδική εργασία				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το χειρ/ο	3,27(1,02)	50,30	22,40
2	26. Σε αυτό το χειρ/ο είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	3,38(1,14)	49,70	23,80
3	32. Οι διαφωνίες σε αυτό το χειρ/ο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δικαίωμα αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	3,10(1,20)	41,50	32,70
4	36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	3,42(1,08)	55,10	23,80
5	37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το χειρ/ο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	3,61(1,08)	65,30	20,40
6	40. Οι ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το χειρ/ο εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	3,28(1,14)	49,00	28,60

(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση

Στην υποκλίμακα της ασφάλειας (Πίνακας 9), την υψηλότερη βαθμολογία (4,03) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (79,6%) συγκέντρωσε η ερώτηση «*Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το χειρ/ο*». Αντίθετα, η ερώτηση «*Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοσή μου στην εργασία*» είχε το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας (56,8%).

Πίνακας 9. Υποκλίμακα: ασφάλεια.

Κλίμα Ασφάλειας				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το χειρ/ο	4,03(0,94)	79,60	8,20
2	5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρ/ο	4,01(0,91)	78,90	7,50
3	11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	2,41(1,20)	21,20	56,80
4	12. Σε αυτό το χειρ/ο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	2,82(1,15)	30,10	44,50
5	22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	3,20(1,16)	44,20	29,30
6	23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το χειρ/ο διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	3,03(1,24)	42,90	36,10
7	30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο χειρ/ο	3,19(1,28)	48,30	34,00
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης (Πίνακας 10), την υψηλότερη βαθμολογία (4,64) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (95,2%) συγκέντρωσε η ερώτηση «*Μου αρέσει η δουλειά μου*». Αντίθετα, η ερώτηση «*Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος*» είχε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (38,8%).

Πίνακας 10. Υποκλίμακα: εργασιακή ικανοποίηση.

Εργασιακή Ικανοποίηση				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	2. Μου αρέσει η δουλειά μου	4,64(0,77)	95,20	3,40
2	8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	3,14(1,31)	45,20	36,30
3	15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	3,02(1,17)	38,80	31,30
4	31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	3,45(1,10)	51,00	15,60
5	44. Το ηθικό σε αυτό το χειρ/ο είναι υψηλό	3,04(1,15)	39,50	34,00
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της αναγνώρισης stress (Πίνακας 11), την υψηλότερη βαθμολογία (4,16) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (86,4%) συγκέντρωσε η ερώτηση «Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου».

Πίνακας 11. Υποκλίμακα: αναγνώριση stress

Αναγνώριση Stress				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	2,17(1,06)	15,00	74,10
2	33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	2,17(1,29)	20,40	76,20
3	34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	4,16(1,03)	86,40	10,20
4	49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	3,10(1,29)	44,20	37,40
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της αντίληψης της διοίκησης (Πίνακας 12), το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (13,0%) είχε η ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες».

Πίνακας 12. Υποκλίμακα: αντίληψη διοίκησης

Αντίληψη Διοίκησης				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	2,26(1,15)	13,00	64,40
2	18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	3,08(1,26)	39,50	34,00
3	19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το χειρ/ο είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	2,63(1,36)	33,30	53,70
4	28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	2,69(1,15)	25,90	50,30
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα των συνθηκών εργασίας (Πίνακας 13), το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (16,3%) είχε η ερώτηση «Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό».

Πίνακας 13. Υποκλίμακα: συνθήκες εργασίας.

Συνθήκες Εργασίας				
α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	2,65(1,17)	27,20	48,30
2	7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	3,01(1,27)	40,70	37,90
3	24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	2,30(1,17)	16,30	57,80
4	45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	3,68(1,05)	60,30	11,00

Οι ερωτήσεις «Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται» και «Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το χει/ο» ήταν εκείνες με τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας (87,8% και 87,1% αντίστοιχα) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Λοιπές ερωτήσεις στάσεων για την ασφάλεια.

α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το ΧΕΙ/Ο	4,45(0,88)	87,10	4,80
2	9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	2,40(1,13)	15,80	56,20
3	13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών	4,46(0,83)	85,50	2,80
4	14. Σε αυτό το χειρ/ό γίνονται εμπεριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	3,14(1,26)	41,80	32,90
5	16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται	2,78(1,45)	38,10	49,70
6	17. Όλο το προσωπικό στην δικό μου χειρ/ο αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών	3,27(1,29)	51,70	29,30
7	20. Οι αποφάσεις σε αυτό το χειρ/ο λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους	3,33(1,13)	52,40	26,50
8	21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	2,69(1,16)	27,20	46,39
9	25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το χειρ/ο είναι επαρκής	2,50(1,27)	27,90	60,50
10	29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς	3,26(1,10)	47,60	23,10
11	35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	2,58(1,29)	31,30	55,10
12	38. Οι διακοπές στη συνεχή παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των ασθενών	3,32(1,39)	59,90	31,30

α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
13	39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	3,43(1,05)	54,40	25,40
14	41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το χειρ/ο	3,24(1,18)	49,70	29,90
15	42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	2,9591,33)	41,50	41,50
16	43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	4,32(0,89)	87,80	6,10
17	46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	4,04(1,25)	74,80	17,00
18	47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς	2,48(1,32)	25,20	53,10
19	48. Οι Ιατροί σε αυτό το χειρ/ο κάνουν καλή δουλειά	4,06(0,82)	83,00	4,80
20	50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές)	3,28(1,22)	51,70	25,20
21	51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το χειρ/ο	3,46(0,98)	42,20	12,90
22	52. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το χειρ/ο	3,59(1,12)	59,90	18,40
23	53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το χειρ/ο είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	3,42(1,18)	57,10	21,80
24	54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	3,63(1,12)	58,50	18,40
25	55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το χειρ/ο	3,20(1,12)	43,20	27,40
26	56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	3,20(0,94)	36,10	18,40
27	57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το χειρ/ο	2,44(1,02)	9,50	46,30
28	58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε αυτό το χειρ/ο	3,25(1,16)	45,60	24,50
29	59. Κατά τη διάρκεια επείγοντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό	3,10(1,24)	44,90	39,50
30	60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το χειρ/ο	2,67(1,32)	36,10	51,00
31	61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά	3,03(1,19)	43,50	37,40
32	62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά	2,76(1,15)	30,60	48,30

α/α	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
33	63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	4,27(0,84)	82,30	2,70
34	64. Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει	2,76(1,24)	30,60	38,80
35	65. Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν;	2,01(0,28)	0,70	99,30
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Μεταξύ των υποκλιμάκων του SAQ, η ομαδική εργασία και η εργασιακή ικανοποίηση συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία, με 59,07 και 61,88 αντίστοιχα (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Συγκεντρωτική βαθμολογία των υποκλιμάκων SAQ.

N=147	ΜΤ(ΤΑ)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ομαδική Εργασία	59,07(18,04)	4,17	100
Κλίμα Ασφάλειας	57,28(17,32)	14,29	96,43
Εργασιακή Ικανοποίηση	61,88(19,62)	15	100
Αναγνώριση Stress	34,52(15,79)	0	81,25
Αντίληψη Διοίκησης	41,56(21,98)	0	93,75
Συνθήκες Εργασίας	47,22(21,37)	0	93,75

Η αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κρίνεται από την πλειονότητα ως καλή / πολύ καλή, ενώ για τη νοσηλευτική διεύθυνση οι κρίσεις δεν είναι ευνοϊκές: «δεν υφίσταται» απαντά το 16,3% (Πίνακας 16).

Πίνακας 16. Αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων – διοίκησης.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	% Πολύ κακή	% Κακή	% Επαρκής	% Καλή	% Πολύ Καλή	% Δεν υφίσταται
Νοσηλευτική Διεύθυνση	4,10	17,70	22,40	21,80	17,70	16,30
Προϊστάμενοι	4,80	2,70	20,40	34,00	34,00	4,10
Νοσηλευτές	2,70	1,40	10,20	31,30	53,70	0,70

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	% Πολύ κακή	% Κακή	% Επαρκής	% Καλή	% Πολύ Καλή	% Δεν υφίσταται
Βοηθοί Νοσηλευτές	2,00	1,40	15,00	31,30	49,70	0,70
Ιατροί Χειρουργοί	1,40	2,70	19,70	36,10	38,80	1,40
Ειδικευόμενοι Ιατροί	0,70	0,70	7,50	35,40	53,70	2,00
Αναισθησιολόγοι	2,70	2,00	24,50	35,40	32,70	2,70
Τραυματιοφορείς	2,70	8,80	23,80	35,40	28,60	0,70
Βοηθητικό Προσωπικό	0,70	2,10	28,10	30,80	37,00	1,40

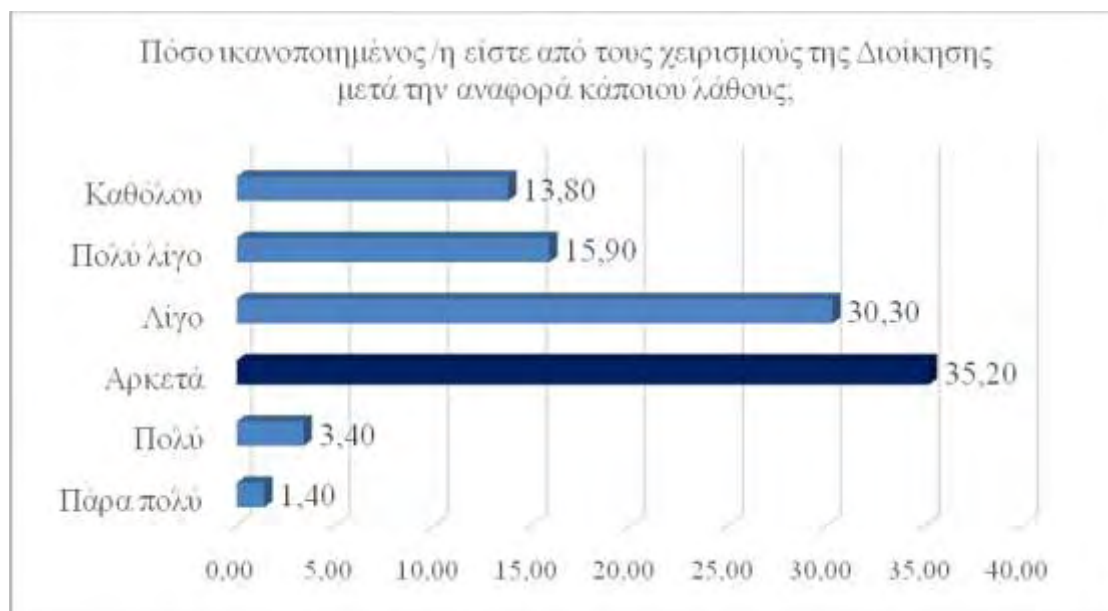
Το 55,8% ανέφερε λάθη, με την πλειονότητα αυτών να συμβαίνει στην πρωινή βάρδια και να επηρεάζει σε άλλοτε άλλο βαθμό την υγεία του ασθενούς, ενώ στο 35,4% αναφέρεται ότι δεν την επηρέασε καθόλου (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Συχνότητα λαθών και αξιολόγηση των συνεπειών τους στην υγεία του ασθενούς.

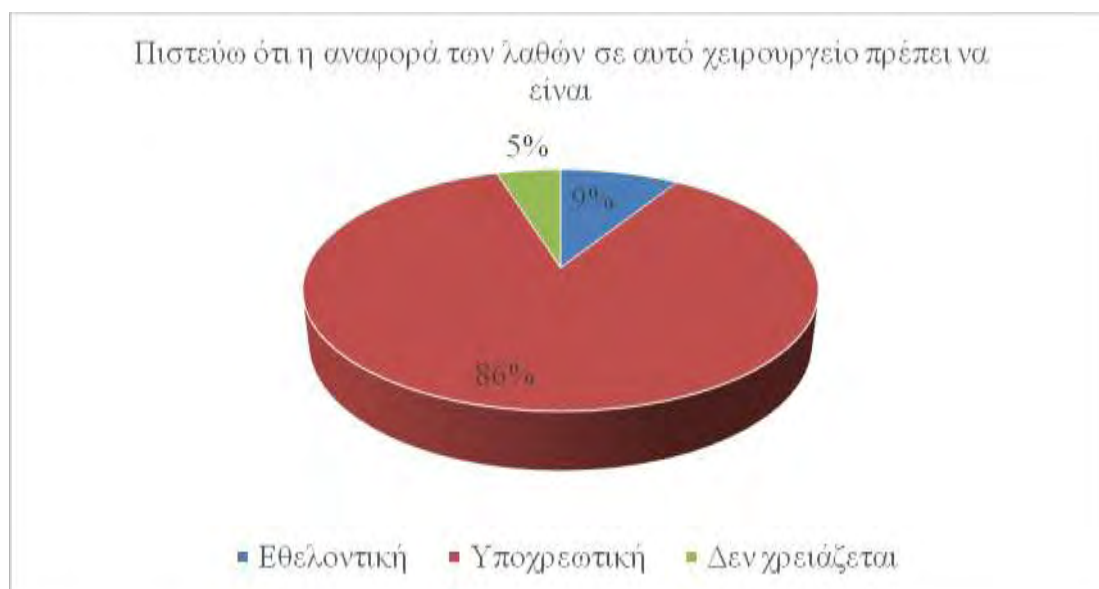
ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	%
Έχετε κάνει λάθος;		
ΟΧΙ	65	44,20
ΝΑΙ	82	55,80
Εάν ΝΑΙ σε ποια βάρδια συνέβη;		
Πρωινή	35	42,70
Απογευματινή	23	28,00
Βραδινή	24	29,30
	82	100,00
Πόσο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή;		
Καθόλου	29	35,40
Λίγο	28	34,10
Αρκετά	12	14,60
Πολύ	4	4,90
Πάρα πολύ	4	4,90
Δεν ξέρω	5	6,10
	82	100,00

Όπως φαίνεται και στο παρακάτω Γράφημα 6, η πλειονότητα των εργαζομένων δεν είναι ικανοποιημένοι από τους χειρισμούς της διοίκησης στο χειρισμό λαθών, ενώ τη δήλωση λαθών την επιθυμεί ως υποχρεωτική το 86% (Γράφημα 7).

Γράφημα 6. Ικανοποίηση από τους χειρισμούς της διοίκησης στο χειρισμό λαθών.

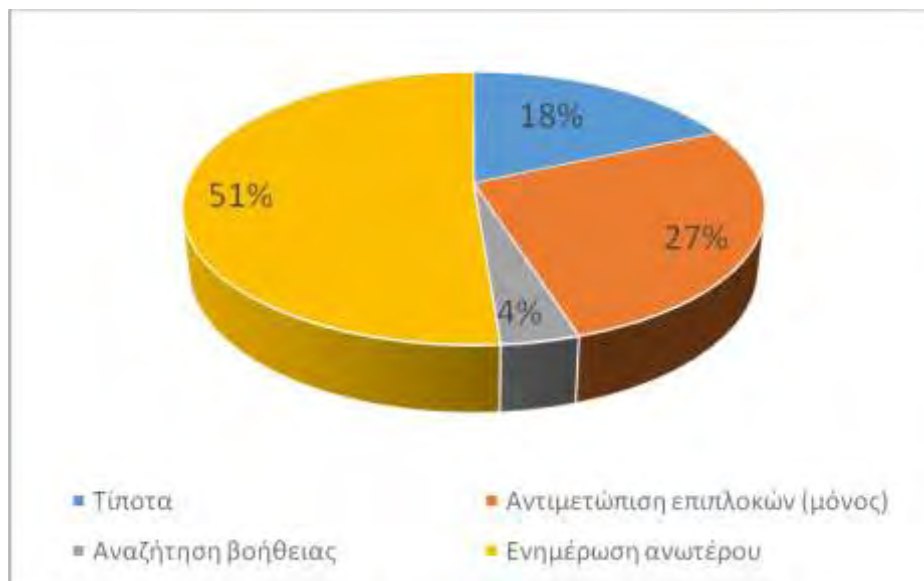


Γράφημα 7. Αποψη για την υποχρεωτική ή μη δήλωση λαθών.



Η ενημέρωση του ανωτέρου και η άμεση αντιμετώπιση των επιλοκών ήταν οι πρώτες ενέργειες σε περίπτωση λάθους από το 51 % και το 27% αντίστοιχα, ενώ οι συνάδελφοι και οι προϊστάμενοι ήταν οι πρώτες επιλογές για τη συζήτηση των λαθών.

Γράφημα 8. Ενέργειες στην περίπτωση λάθους.



Γράφημα 9. Επαγγελματίας υγείας με τον οποίο συζητήθηκε το λάθος.



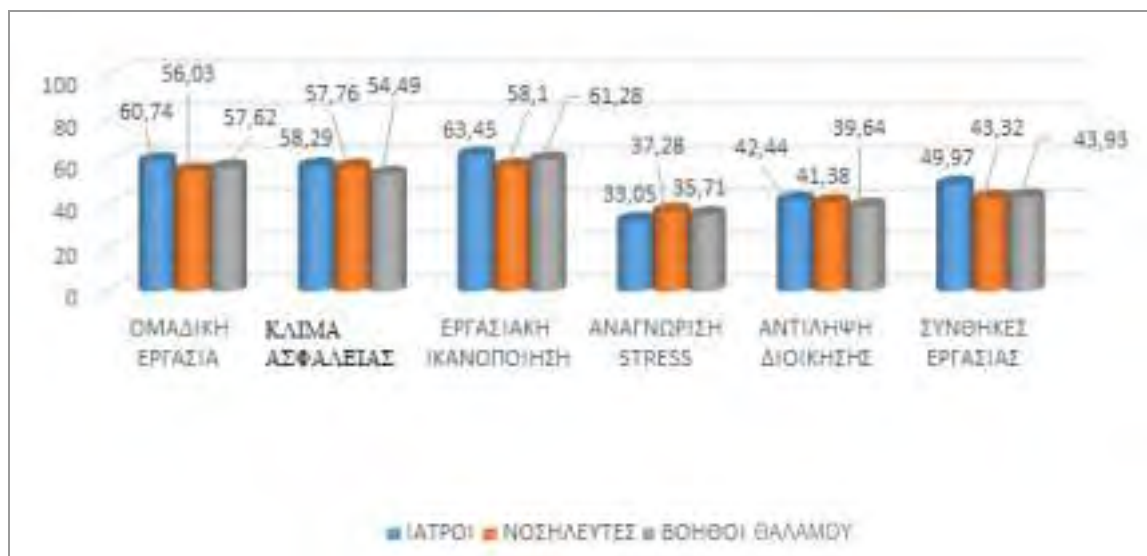
Όπως φαίνεται και στο παρακάτω Γράφημα 10, η επάρκεια προσωπικού αναφέρεται από το 62% ως τρόπος για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο.

Γράφημα 10. Τρόποι για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο.



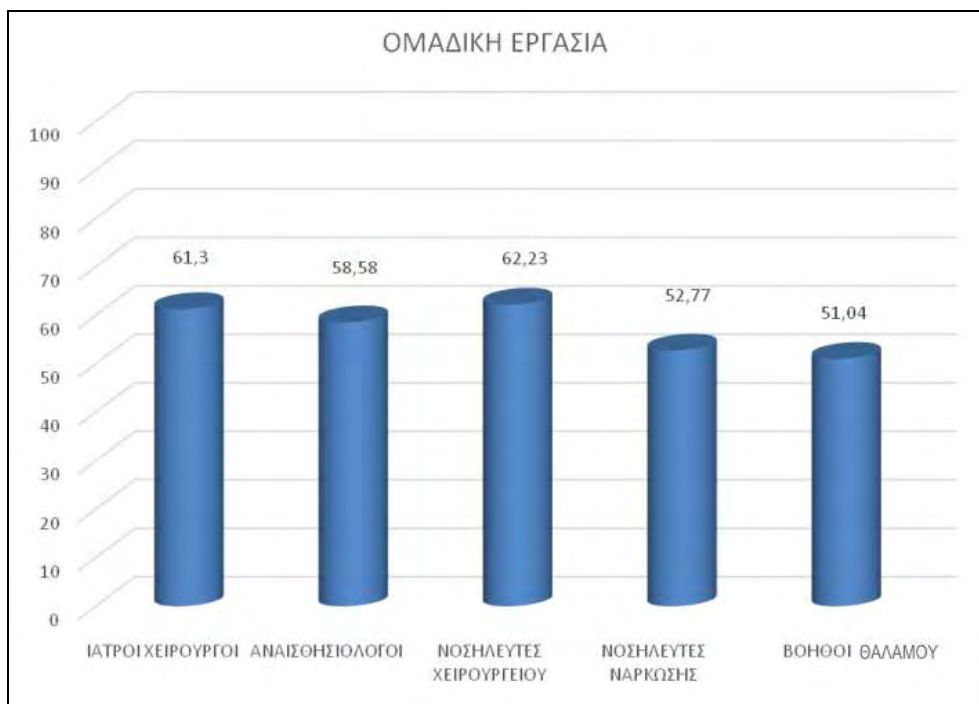
Οι ιατροί έχουν την υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις, πλην της αναγνώρισης stress, που σημαίνει ότι -με εξαίρεση το stress- έχουν τη θετικότερη στάση για το εργασιακό κλίμα (Γράφημα 11). Ωστόσο, οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές σε καμιά υποκλίμακα: ομαδική εργασία ($p=0,417$), κλίμα ασφάλειας ($p=0,548$), ικανοποίηση ($p=0,443$), αναγνώριση stress ($p=0,409$), αντίληψη διοίκησης ($p=0,820$), συνθήκες εργασίας ($p=0,206$).

Γράφημα 11. Ειδικότητα και διαστάσεις του ερωτηματολογίου SAQ.



Οι νοσηλευτές χειρουργείου και οι ιατροί χειρουργοί είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της ομαδικής εργασίας, ωστόσο οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,191$) (Γράφημα 12).

Γράφημα 12. Ειδικότητα και διάσταση ομαδικής εργασίας.



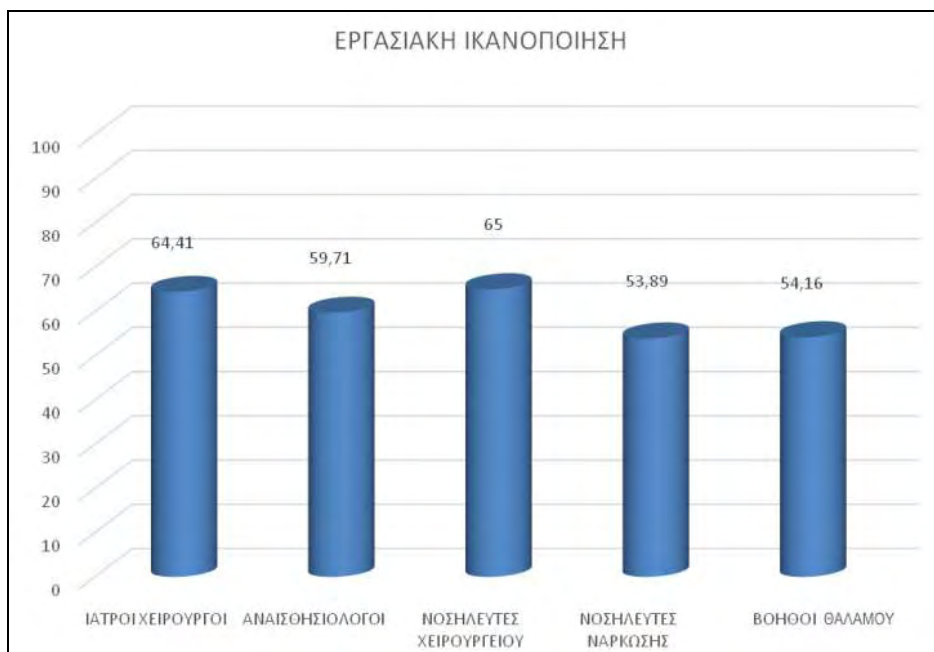
Το βοηθητικό προσωπικό είχε τη μικρότερη επίδοση, που σημαίνει ότι θεωρούν λιγότερο ασφαλές το εργασιακό τους περιβάλλον (Γράφημα 13). Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,449$).

Γράφημα 13. Ειδικότητα και διάσταση «ασφάλεια στην εργασία».



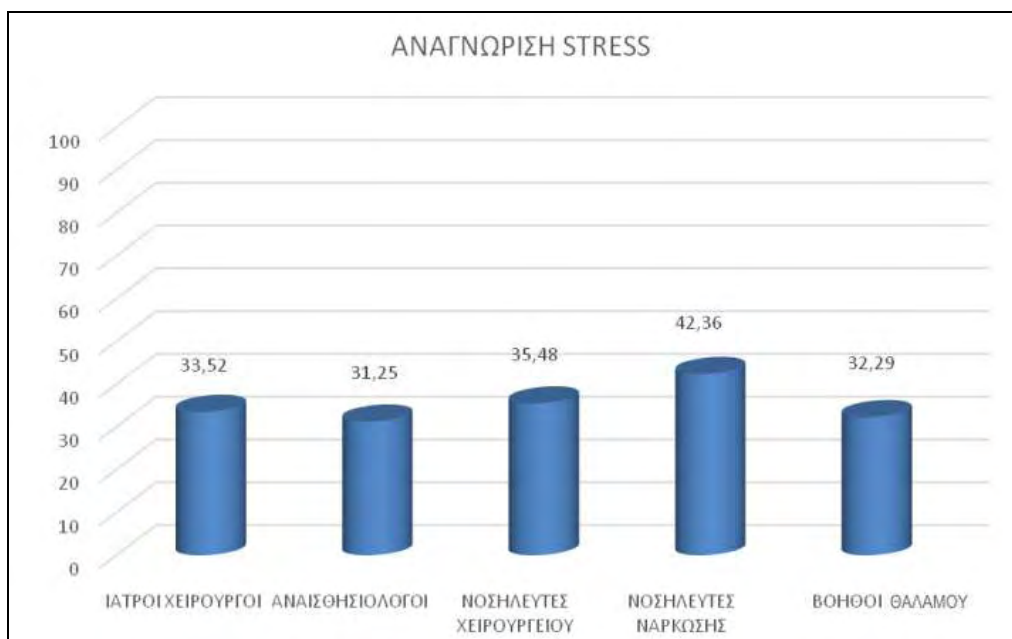
Οι νοσηλευτές χειρουργείου και οι ιατροί χειρουργοί είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της εργασιακής ικανοποίησης, ωστόσο οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,133$) (Γράφημα 14).

Γράφημα 14. Ειδικότητα και διάσταση «εργασιακή ικανοποίηση».



Οι νοσηλευτές νάρκωσης είχαν τη θετικότερη άποψη για την αντίληψη του stress, σε κάθε περίπτωση όμως οι επιδόσεις ήταν μικρότερες του 50%, δείχνοντας υψηλή επιβάρυνση των εργαζομένων (Γράφημα 15). Οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0,392$).

Γράφημα 15. Ειδικότητα και διάσταση «αναγνώριση stress».



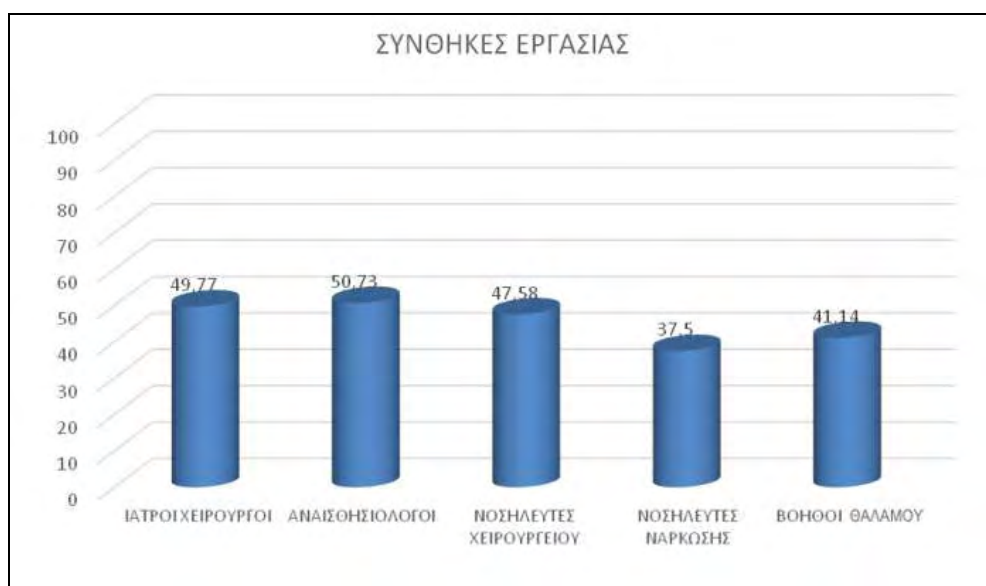
Στη διάσταση αντίληψη διοίκησης, οι νοσηλευτές χειρουργείου διέφεραν στατιστικά σημαντικά ($p=0,016$) από τους νοσηλευτές νάρκωσης, με τους τελευταίους να έχουν πολύ αρνητική στάση στη συγκεκριμένη διάσταση. Οι διαφορές μεταξύ των υπόλοιπων ομάδων δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ($p=0,148$) (Γράφημα 16).

Γράφημα 16. Ειδικότητα και διάσταση «αντίληψη διοίκησης».



Οι νοσηλευτές νάρκωσης είχαν την αρνητικότερη άποψη για τις συνθήκες εργασίας, χωρίς όμως η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική σε σχέση με τις άλλες ομάδες ($p=0,176$) (Γράφημα 17).

Γράφημα 17. Ειδικότητα και διάσταση «συνθήκες εργασίας».



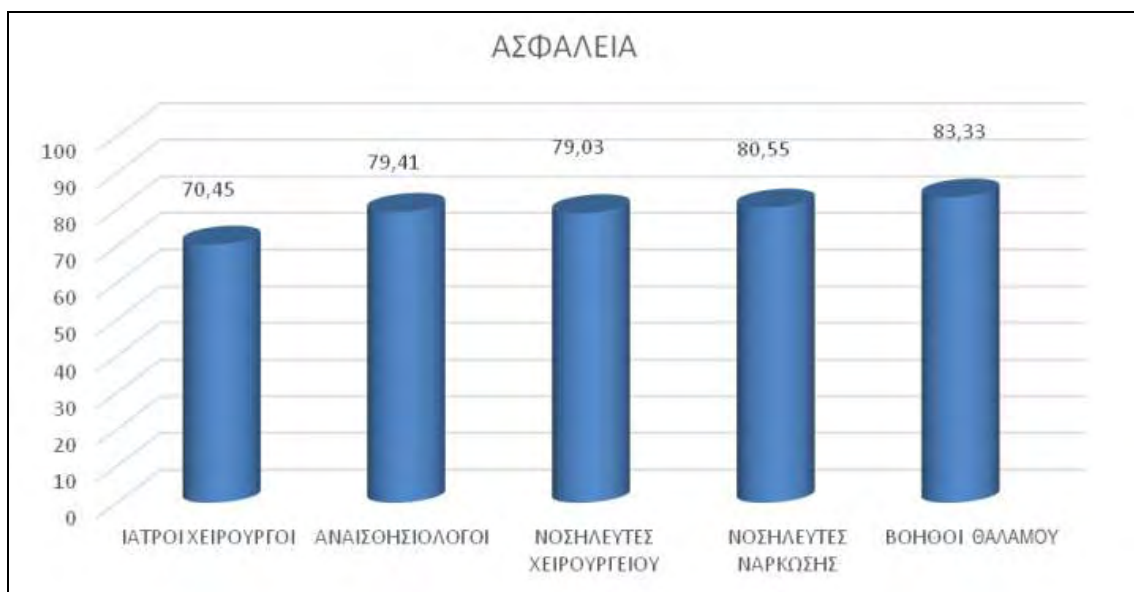
Το βοηθητικό προσωπικό διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τους ιατρούς χειρουργούς ($p=0,008$), από τους αναισθησιολόγους ($p<0,001$), από τους νοσηλευτές χειρουργείου ($p=0,032$) και από τους νοσηλευτές νάρκωσης ($p<0,001$) (Γράφημα 18).

Γράφημα 18. Άποψη για το αν το νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του σε σχέση με την ειδικότητα.



Το βοηθητικό προσωπικό έχει τη θετικότερη άποψη για την ασφαλή νοσηλεία στο νοσοκομείο (Γράφημα 19).

Γράφημα 19. Άποψη για το αν οι εργαζόμενοι θα ένιωθαν ασφαλείς ως ασθενείς αν νοσηλεύονταν σε αυτό το χειρουργείο.



Το βοηθητικό προσωπικό διέφερε οριακά στατιστικά σημαντικά από τους αναισθησιολόγους αναφορικά με τη μέριμνα του νοσοκομείου για την κατάρτιση του νέου προσωπικού ($p=0,044$) (Γράφημα 20).

Γράφημα 20. Άποψη για τη μέριμνα κατάρτισης των νέων εργαζομένων.



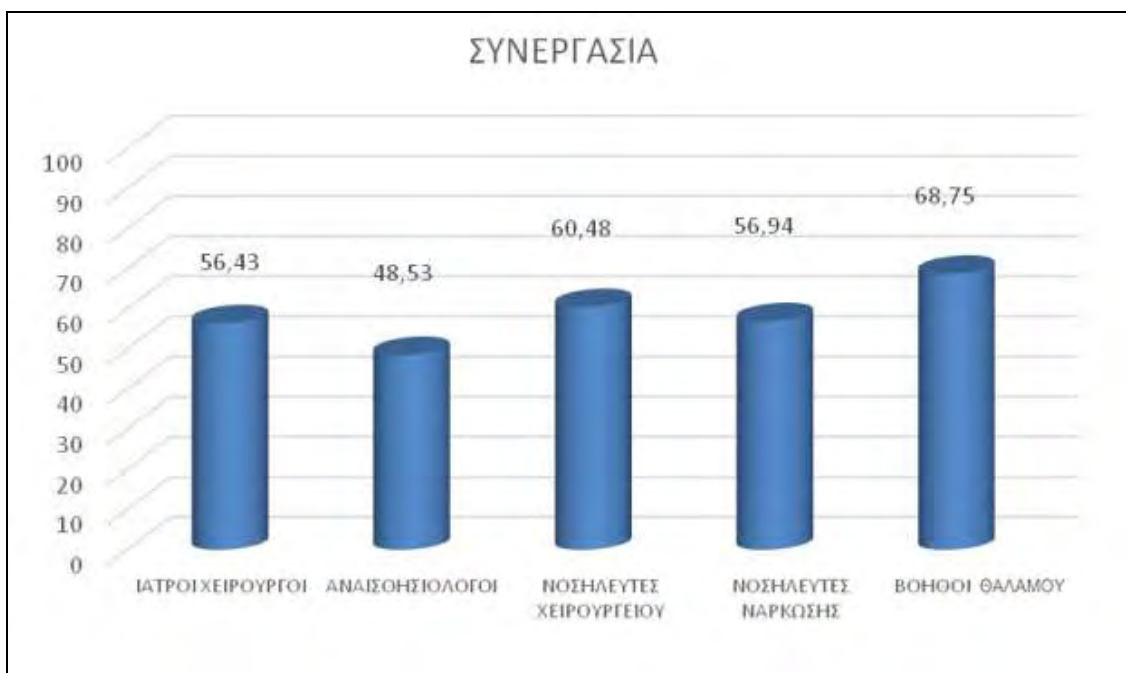
Στο παρακάτω Γράφημα 21 παρουσιάζεται η άποψη σχετικά με το αν η διοίκηση του Νοσοκομείου διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών, το βοηθητικό προσωπικό διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τους νοσηλευτές νάρκωσης ($p=0,022$), από τους αναισθησιολόγους ($p=0,009$) και από τους ιατρούς ($p=0,01$). Δεν παρατηρήθηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Γράφημα 21. Άποψη για το αν η διοίκηση του Νοσοκομείου διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών.



Το βοηθητικό προσωπικό και οι νοσηλευτές χειρουργείου είχαν τη θετικότερη άποψη για τη συντονισμένη ομαδική εργασία, χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,357$), όπως φαίνεται και στο Γράφημα 22.

Γράφημα 22. Άποψη για το αν οι ιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτό το χειρ/ο εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα.



Υψηλότερη βαθμολογία με στατιστικά σημαντική διαφορά αναφέρεται από τους επαγγελματίες υγείας ηλικίας άνω των 45 ετών, στην υποκλίμακα των εργασιακών συνθηκών και οριακή διαφορά στην υποκλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης (Πίνακας 18). Οι έχοντες περισσότερη εργασιακή εμπειρία έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην αναγνώριση stress (Πίνακας 19).

Πίνακας 18. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα.

	Ηλικιακή ομάδα	N	MT	TA	p
Ομαδική εργασία	≤45 έτη	79	58,91	18,01	0,910
	>45 έτη	68	59,25	18,20	
Κλίμα ασφάλειας	≤45 έτη	79	56,11	17,09	0,376
	>45 έτη	68	58,65	17,61	
Εργασιακή ικανοποίηση	≤45 έτη	79	59,19	18,68	0,065
	>45 έτη	68	65,09	20,31	
Αναγνώριση stress	≤45 έτη	79	33,06	16,60	0,230
	>45 έτη	68	36,21	14,70	
Αντίληψη διοίκησης	≤45 έτη	79	40,26	20,58	0,443
	>45 έτη	68	43,07	23,58	
Εργασιακές συνθήκες	≤45 έτη	79	43,40	21,17	0,019
	>45 έτη	68	51,65	20,90	
MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική απόκλιση					

Πίνακας 19. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με τη συνολική εργασιακή εμπειρία.

	Συνολικός χρόνος εργασίας	N	MT	TA	p
Ομαδική εργασία	≤18 έτη	79	58,91	18,01	0,364
	>18 έτη	68	59,25	18,20	
Κλίμα ασφάλειας	≤18 έτη	79	56,11	17,09	0,842
	>18 έτη	68	58,65	17,61	
Εργασιακή ικανοποίηση	≤18 έτη	79	59,19	18,68	0,144
	>18 έτη	68	65,09	20,31	
Αναγνώριση stress	≤18 έτη	79	33,06	16,60	0,044
	>18 έτη	68	36,21	14,70	
Αντίληψη διοίκησης	≤18 έτη	79	40,26	20,58	0,612
	>18 έτη	68	43,07	23,58	
Εργασιακές συνθήκες	≤18 έτη	79	43,40	21,17	0,097
	>18 έτη	68	51,65	20,90	
MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική απόκλιση					

Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το χρόνο εργασίας σε χειρουργείο, ενώ οριακές ήταν οι διαφορές σε σχέση με τις εργασιακές συνθήκες και την εργασιακή

ικανοποίηση, όταν εξεταζόταν ή ύπαρξη ή μη κόπωσης. Όσοι απαντούν αρνητικά στο ερώτημα της κόπωσης είχαν και υψηλότερη βαθμολογία στις αντίστοιχες υποκλίμακες (Πίνακες 20 & 21).

Πίνακας 20. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το χρόνο εργασίας σε χειρουργείο.

	Χρόνος εργασίας σε χει/ο	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	≤16 έτη	59	61,72	16,09	0,145
	>16 έτη	88	57,29	19,12	
Κλίμα ασφάλειας	≤16 έτη	59	57,87	15,56	0,738
	>16 έτη	88	56,89	18,48	
Εργασιακή ικανοποίηση	≤16 έτη	59	60,85	19,52	0,603
	>16 έτη	88	62,57	19,77	
Αναγνώριση stress	≤16 έτη	59	32,20	14,44	0,145
	>16 έτη	88	36,08	16,54	
Αντίληψη διοίκησης	≤16 έτη	59	45,02	21,08	0,119
	>16 έτη	88	39,25	22,40	
Εργασιακές συνθήκες	≤16 έτη	59	45,51	21,43	0,429
	>16 έτη	88	48,37	21,39	
ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Πίνακας 21. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το αίσθημα κόπωσης.

	ΚΟΠΩΣΗ	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	ΝΑΙ	110	58,67	18,14	0,433
	ΟΧΙ	35	61,43	17,72	
Κλίμα ασφάλειας	ΝΑΙ	110	56,39	17,61	0,159
	ΟΧΙ	35	61,12	16,04	
Εργασιακή ικανοποίηση	ΝΑΙ	110	60,42	19,57	0,054
	ΟΧΙ	35	67,71	18,48	
Αναγνώριση stress	ΝΑΙ	110	33,98	15,53	0,428
	ΟΧΙ	35	36,43	17,05	
Αντίληψη διοίκησης	ΝΑΙ	110	41,97	21,64	0,835
	ΟΧΙ	35	41,07	23,45	
Εργασιακές συνθήκες	ΝΑΙ	110	45,66	21,12	0,076
	ΟΧΙ	35	53,04	21,56	
ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Διαφορές σε σχέση με το φύλο εντοπίστηκαν στις υποκλίμακες της ομαδικής εργασίας και της ασφάλειας (οριακές, με $p=0,044$ και $p=0,062$), καθώς και στις υποκλίμακες της εργασιακής ικανοποίησης ($p=0,039$) και των εργασιακών συνθηκών ($p=0,038$). Σε όλες τις περιπτώσεις οι άντρες είχαν υψηλότερη βαθμολογία. Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα και την οικογενειακή κατάσταση (Πίνακες 22, 23 & 24).

Πίνακας 22. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το φύλο.

	ΦΥΛΟ	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	Άνδρες	75	62,00	18,24	0,044
	Γυναίκες	72	56,02	17,44	
Κλίμα ασφάλειας	Άνδρες	75	59,89	17,63	0,062
	Γυναίκες	72	54,56	16,68	
Εργασιακή ικανοποίηση	Άνδρες	75	65,15	20,33	0,039
	Γυναίκες	72	58,47	18,38	
Αναγνώριση stress	Άνδρες	75	32,92	15,53	0,209
	Γυναίκες	72	36,20	16,01	
Αντίληψη διοίκησης	Άνδρες	75	44,39	22,20	0,113
	Γυναίκες	72	38,63	21,53	
Εργασιακές συνθήκες	Άνδρες	75	50,80	23,26	0,038
	Γυναίκες	72	43,49	18,66	
ΜΤ: Μέση τιμή, ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Πίνακας 23. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) των υποκλιμάκων του SAQ σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα.

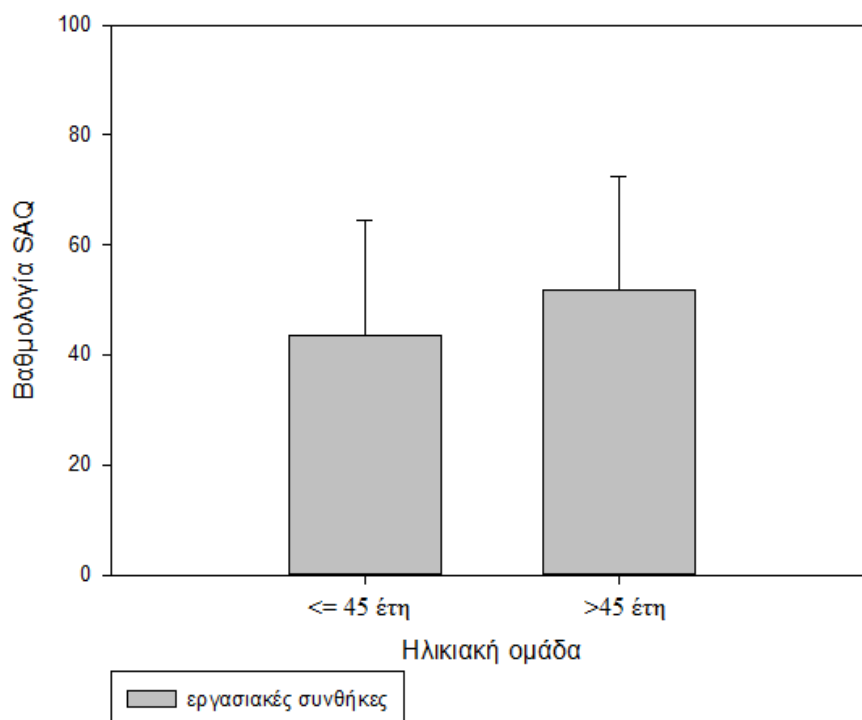
Ιδιότητα	F	p
Ομαδική εργασία	0,879	0,417
Κλίμα ασφάλειας	0,604	0,548
Εργασιακή ικανοποίηση	0,818	0,443
Αναγνώριση stress	0,899	0,409
Αντίληψη διοίκησης	0,198	0,820
Εργασιακές συνθήκες	1,599	0,206

Πίνακας 24. Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) των υποκλιμάκων του SAQ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

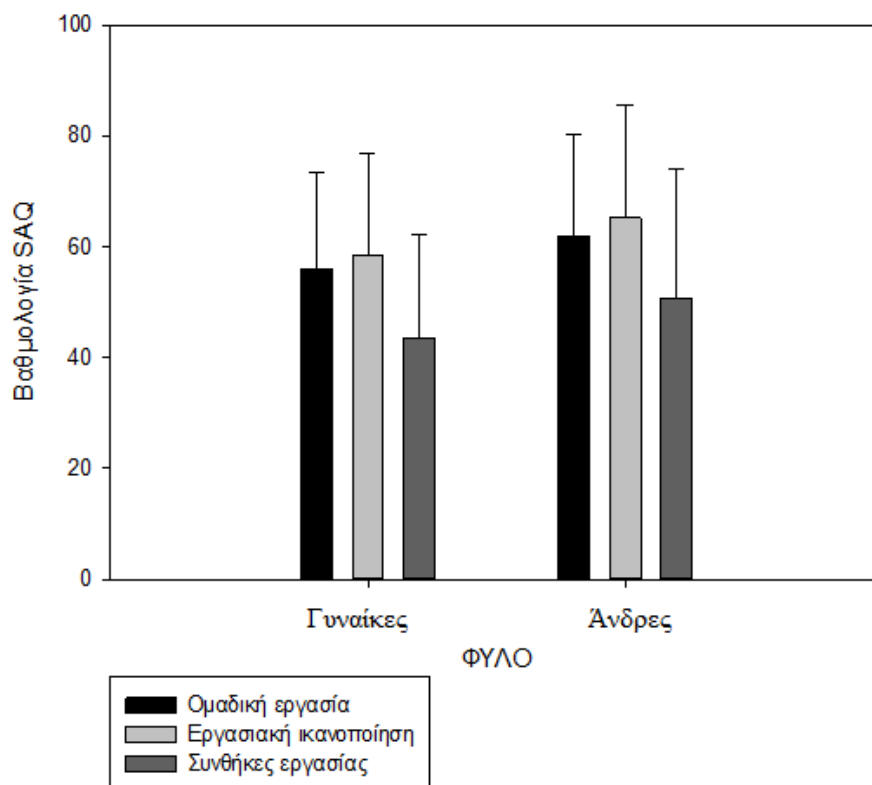
Ιδιότητα	F	p
Ομαδική εργασία	0,349	0,790
Κλίμα ασφάλειας	0,696	0,556
Εργασιακή ικανοποίηση	0,749	0,525
Αναγνώριση stress	1,341	0,264
Αντίληψη διοίκησης	0,990	0,399
Εργασιακές συνθήκες	1,679	0,174

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που αναφέρθηκαν στους προηγούμενους πίνακες με τη μορφή γραφημάτων.

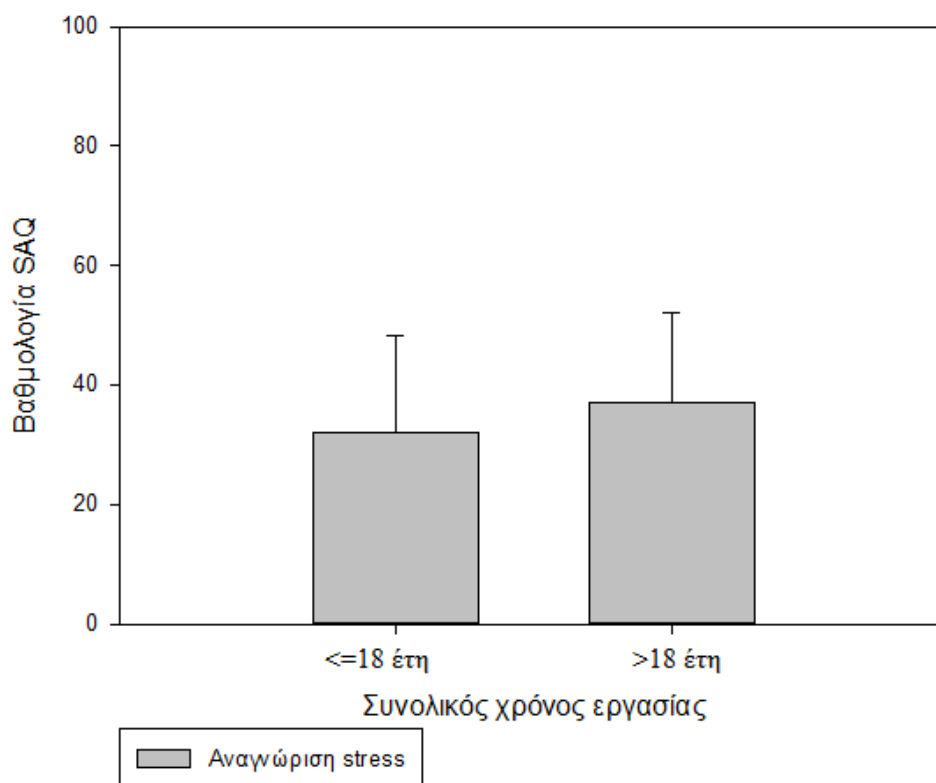
Γράφημα 23. Ηλικιακή ομάδα και βαθμολογία SAQ.



Γράφημα 24. Φύλο και βαθμολογία SAQ.



Γράφημα 25. Συνολικός χρόνος εργασίας και βαθμολογία SAQ.



Με εξαίρεση την αναγνώριση του stress, οι υπόλοιπες υποκλίμακες συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους, ενώ και η σύσταση σε τρίτους σχετίζεται σημαντικά με την εργασιακή ικανοποίηση και την αντίληψη για τη διοίκηση. Όσο θετικότερη άποψη για τη διοίκηση έχουν οι εργαζόμενοι και όσο περισσότερο ικανοποιημένοι δηλώνουν, τόσο πιθανότερο να συστήσουν και την κλινική σε τρίτους (Πίνακας 25).

Πίνακας 25. Συσχετίσεις υποκλιμάκων SAQ μεταξύ τους και με την αξιολόγηση άγχους και σύστασης για θεραπεία.

N=147		Σύσταση για θεραπεία	Ομαδική εργασία	Κλίμα ασφάλειας	Εργασιακή ικανοποίηση	Αναγνώριση stress	Αντίληψη διοίκησης	Εργασιακές συνθήκες
Αξιολόγηση άγχους	r	-,100	,016	,017	-,061	-,038	-,037	-,054
	p	,229	,843	,834	,460	,645	,660	,514
Σύσταση για θεραπεία	r		,096	,117	,188*	,009	,175*	,162
	p		,249	,159	,022	,910	,034	,050
Ομαδική εργασία	r			,858**	,675**	,070	,609**	,636**
	p			<0,001	<0,001	,397	<0,001	<0,001
Ασφάλεια	r				,686**	,121	,598**	,619**
	p				<0,001	,143	<0,001	<0,001
Εργασιακή ικανοποίηση	r					,083	,604**	,729**
	p					,319	<0,001	<0,001
Αναγνώριση stress	r						-,017	-,030
	p						,833	,716
Αντίληψη διοίκησης	r							,571**
	p							<0,001
		*p<0,05, **p<0,01						

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα προσπάθησε να ανιχνεύσει τους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση του κλίματος ασφάλειας στο χειρουργείο, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Δυτικής Ελλάδας. Είναι η πρώτη έρευνα του είδους στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο. Το ποσοστό ανταπόκρισης κυμάνθηκε στο 72,8%, το οποίο είναι συγκρίσιμο με παρόμοιες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν με το ίδιο ερωτηματολόγιο, όπως στην Αμερική, τη Σουηδία και τη Δανία [5], [30], [74].

Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, που ελέγχτηκε με το δείκτη Cronbach' alpha έδωσε τιμή 0.76 για την εργασιακή ικανοποίηση, πολύ κοντά στην τιμή 0.78 που δόθηκε σε

αντίστοιχη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε χειρουργεία της Σουηδίας. Επίσης, ο τομέας για τις συνθήκες εργασίας έδωσε χαμηλές τιμές και στις δύο έρευνες: 0,65 και 0,59 αντίστοιχως [5]. Ο τομέας που αφορά στην αντίληψη για τη διοίκηση σημείωσε την ίδια τιμή (0,63) και στις δύο έρευνες. Για τους παράγοντες *ομαδική εργασία* και *ικανοποίηση από την εργασία*, οι τιμές κυμάνθηκαν υψηλότερα και σε κάποιο βαθμό αντανακλούν την πεποίθηση των εργαζομένων για την αναγκαιότητα της ομαδικής εργασίας στο χώρο του χειρουργείου και πως η ομαδικότητα μπορεί να ευνοεί την ικανοποίηση από την εργασία. Οι πέντε παράγοντες, εκτός από το παράγοντα της αναγνώρισης του στρες, σχετιστήκαν στατιστικά μεταξύ τους σε αναλογία από 0,57 έως 0,85, όπως διαπιστώθηκε και σε άλλη εργασία (0,70-0,92). Οι τιμές αυτές δείχνουν ότι και η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου είναι αξιόπιστη, ενώ είναι πιθανόν να χρειάζονται περαιτέρω βελτιώσεις σε συγκεκριμένα πεδία.

Ωστόσο, το κύριο εύρημα της μελέτης είναι ότι δεν ανεδείχθη ένα θετικό κλίμα, καθώς και οι έξι τομείς του ερωτηματολογίου απείχαν σημαντικά από την τιμή 75/100, που αποτελεί και την οριακή τιμή πάνω από την οποία θεωρείται ότι σε ένα τμήμα διαμορφώνεται θετικό κλίμα ασφάλειας. Η εργασιακή ικανοποίηση συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία (61,88/100), η ομαδική εργασία 59,7/100, οι συνθήκες εργασίας 47,22/100, ενώ οι τιμές για την αντίληψη για τη διοίκηση και για την αναγνώριση του στρες κυμάνθηκαν αντίστοιχα στο 41,56/100 και στο 34,52/100. Οι μέσες τιμές που ανευρέθησαν είναι πολύ κοντά σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πέντε περιφερειακά Νοσοκομεία της Κύπρου και αφορούσε στη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας σε πληθυσμό μαιών [68]. Επίσης, τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με αυτά που προέκυψαν σε μελέτη στην Κίνα και την Αλβανία, σε επαγγελματίες υγείας [48], [76]. Η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία αποτέλεσαν καθοριστικές μεταβλητές στην παρούσα εργασία. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε στατιστικά οριακή διαφορά με στην υποκλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης ($p=0,0065$) και στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,019$) στη υποκλίμακα των εργασιακών συνθηκών, στους επαγγελματίες υγείας άνω των 45 ετών. Όσοι δε, έχουν πάνω από 18 έτη εργασιακής εμπειρίας φαίνεται να μην παρουσιάζουν άγχος κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Ο χρόνος εργασίας στο χειρουργείο δε φαίνεται να επηρεάζει τις τιμές στις υποκλίμακες του SAQ, ενώ όσοι δεν αισθάνονται κόπωση και απαντούν αρνητικά γι' αυτή παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην εργασιακή ικανοποίηση και στις συνθήκες εργασίας. Οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά υψηλότερη βαθμολογία στην ομαδική εργασία, στις συνθήκες εργασίας, αλλά και στην ικανοποίηση από την εργασία.

Εξετάζοντας τις αντιλήψεις των εργαζομένων για τον παράγοντα της ομαδικής εργασίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ωστόσο, οι χειρουργοί (61,3/100) και οι νοσηλευτές χειρουργείου (62,23/100) σημείωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες. Η τιμή για τους αναισθησιολόγους έφτασε στο 58,58/100, ενώ για τους νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος ήταν χαμηλή στο 52,77/100 και μακριά από τα αποδεκτά όρια θετικού κλίματος ασφάλειας. Συγκρίνοντας τα

αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με ανάλογη έρευνα του Sexton και των συνεργατών του, οι χειρουργοί εκεί παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά στην ομαδική εργασία και οι νοσηλευτές υψηλότερα [30]. Σε έρευνα στη Σουηδία η αντίληψη των εργαζόμενων για την ομαδική εργασία σημειώνει υψηλότερες βαθμολογίες [5]. Στην ερώτηση για το αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές εργάζονται στο χειρουργείο σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα, οι νοσηλευτές του χειρουργείου σημείωσαν βαθμολογία 60,48/100 και οι νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος σχεδόν παραπλήσια (56,94/100). Οι αναισθησιολόγοι σημείωσαν 48,53/100 και οι χειρουργοί 56,43/100. Στη προσπάθεια να διερευνηθούν τα χαμηλά ποσοστά στην ομαδική εργασία, αναλύθηκε η ερώτηση που ζητά την άποψη των εργαζομένων για το αν το νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία. Τα αποτελέσματα ενίσχυσαν τα ευρήματα καθώς οι βαθμολογίες για τους νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος έφτασαν στο 29.16/100. Είναι φανερό ότι η προσπάθεια για βελτίωση της ομαδικής εργασίας θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα για το τμήμα του χειρουργείου. Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, όσο αφορά στην ομαδική εργασία, είναι πιο χαμηλά από τις τιμές που προέκυψαν από άλλες εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, την Κύπρο και το εξωτερικό, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σε παθολογικούς και χειρουργικούς τομείς [13], [68], [56].

Η μέση τιμή για τον παράγοντα κλίμα ασφάλειας στη συνολική βαθμολογία του SAQ στην παρούσα εργασία ήταν 57,28/100. Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας για τα θέματα ασφάλειας, όπως άλλωστε έχει επισημανθεί και σε έρευνα του Makary και των συνεργατών του, σε χειρουργείο [37]. Στην παρούσα έρευνα αποτυπώθηκε η αντίληψη των εργαζομένων ότι θα αισθάνονταν ασφαλείς αν νοσηλεύονταν στο χειρουργείο. Η μέση τιμή της απάντησης ήταν η υψηλότερη στην κλίμακα της ασφάλειας (4,03) και παραπλήσια (4,01) σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε χειρουργείο από τον Haynes και τους συνεργάτες του [59]. Σημαντική δυσκολία φαίνεται να αντιμετωπίζουν στη διαχείριση των λαθών, καθώς πιστεύουν ότι δύσκολα συζητούνται τα λάθη (μέση τιμή 2,82) και ότι δεν ενημερώνονται για την απόδοσή τους (μέση τιμή 2.41). Χαμηλές αντίστοιχα μέσες τιμές πρόεκυψαν στην προαναφερθείσα συγκρινόμενη έρευνα (μέση τιμή 3.20) , (3.50) κατά τη διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας. Ο τρόπος με τον οποίο ένα τμήμα, μία ομάδα επικοινωνεί τις ανησυχίες για την ασφάλεια των ασθενών μέσα από τον προσδιορισμό των λαθών σηματοδοτεί την κουλτούρα ασφάλειας, οπότε τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν σημαντική υστέρηση στον τομέα αυτό.

Ο τομέας της εργασιακής ικανοποίησης συγκέντρωσε τη μεγαλύτερη μέση τιμή όλων των παραγόντων που αναλύονται στην έρευνα (61,88/100), όπως έχει συγκεντρώσει και σε άλλες έρευνες [11], [56], [68], [75]. Ωστόσο η τιμή είναι αρκετά χαμηλά από τα αποδεκτά όρια. Οι χειρουργοί και οι νοσηλευτές χειρουργείου συγκέντρωσαν τις υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους αναισθησιολόγους, τους νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος και το βοηθητικό προσωπικό του χειρουργείου. Σε

περαιτέρω ανάλυση των αποτελεσμάτων βρέθηκε ,ότι όσοι ικανοποιούνται από την εργασία τους συστήνουν πιο συχνά το χειρουργείο για θεραπεία. Όπως και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, ο παράγοντας εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε στην έρευνα με τους υπόλοιπους παράγοντες του ερευνητικού εργαλείου εκτός της αναγνώρισης του στρες [5]. Το μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας 92,5% έλαβε η ερώτηση: *μου αρέσει η δουλειά μου*, ποσοστό μεγαλύτερο από άλλη έρευνα του εξωτερικού [66]. Το γεγονός αυτό θα πρέπει να αξιολογείται από τις ηγεσίες όταν σχεδιάζουν προγράμματα παρέμβασης, γιατί οι απόψεις των ανθρώπων που τους αρέσει η δουλειά τους είναι προς τη θετική κατεύθυνση.

Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση κυμάνθηκε στο απογοητευτικό ποσοστό του 41,56%, με τους νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος, να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τις άλλες ειδικότητες ($p=0,016$). Η έρευνα αποτύπωσε ένα σοβαρό συνδυαστικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία, ενισχυόμενο από την οικονομική κρίση. Το περιορισμένο αριθμητικά αναισθησιολογικό νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου, καλείται να καλύψει στον ίδιο χώρο περιστατικά που χρήζουν την ιδιαίτερη φροντίδα της Μ.Ε.Θ. λόγω της σοβαρότητας της κατάστασής του, και ταυτόχρονα την ανάνηψη σοβαρών χειρουργικών περιστατικών που αντιμετωπίζονται καθημερινά από ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι νοσηλευτές του χειρουργείου δίνουν μεγαλύτερο ποσοστό συμφωνίας από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος στην ερώτηση σχετικά με το αν η διοίκηση του νοσοκομείου διακινδυνεύει εν γνώση της την ασφάλεια των ασθενών. Επειδή οι νοσηλευτές αποτελούν το πιο σταθερό κομμάτι εργαζομένων του χειρουργείου η διοίκηση του νοσοκομείου, όπως και σε άλλα νοσοκομεία του εξωτερικού, θα πρέπει να καθιερώσει τρόπους επικοινωνίας με το προσωπικό, που βιώνει την καθημερινότητα και αντιμετωπίζει τα προβλήματα των ασθενών στη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης [59]. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας [56] ο παράγοντας αντίληψη για τη διοίκηση συσχετίστηκε θετικά με την ομαδική εργασία, την εργασιακή ικανοποίηση και των εργασιακών συνθηκών, όπως και στην παρούσα εργασία. Η αρνητική αντίληψη των εργαζομένων για την διοίκηση έχει αποτυπωθεί και σε άλλες συγχρονισμένες έρευνες σε ΗΠΑ , Ηνωμένο Βασίλειο και Νέα Ζηλανδία σε χειρουργεία και Μονάδες Εντατικής Θεραπείας [66]. Τα ποσοστά σε αυτές τις έρευνες κυμαίνονται από 44,6 έως 55,3.

Ο παράγοντας συνθήκες εργασίας κινήθηκε σε χαμηλά επίπεδα, με μέση τιμή στο 47,22/100. Οι νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος σημειώνουν για ακόμη μια φορά πολύ χαμηλή βαθμολογία (37,5/100), χωρίς όμως να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά από τους άλλους επαγγελματίες υγείας του χώρου. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε χειρουργείο του εξωτερικού, οι συνθήκες εργασίας συσχετίστηκαν σημαντικά με την αναγνώριση του στρες για το επίπεδο 5%, ενώ στην παρούσα εργασία δεν σημειώθηκε κάτι ανάλογο [5]. Επίσης, ιδιαίτερα αρνητικές είναι οι απόψεις των νοσηλευτών και των ιατρών του αναισθησιολογικού τμήματος για τη μέριμνα που

καταδεικνύει η διοίκηση στην εκπαίδευση του νέου προσωπικού. Το εύρημα αυτό έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες στην Ελλάδα [56]. Η γρήγορη ενσωμάτωση του νέου προσωπικού στην κάλυψη των τρεχουσών αναγκών δε βοηθά στην ουσιαστική γνώση, ενισχύει την ανασφάλεια του προσωπικού και επιβαρύνει με επιπρόσθετα καθήκοντα τους παλαιότερους. Σε εργασία που πραγματοποιήθηκε σε μαιευτήρια της Αυστραλίας διαπιστώθηκε ότι οι εργασιακές συνθήκες, η ομαδική εργασία συνδέονται με το βαθμό συνεργασίας και επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού με το νεοδιοριζόμενο ιατρικό προσωπικό και την εποπτεία επί αυτών [11]. Σε μελέτη που διεξήχθη στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Groningen (UMCG) στις Κάτω Χώρες, διαπιστώθηκε αρνητική αξιολόγηση των συνθηκών εργασίας από τους νοσηλευτές και το ιατρικό προσωπικό, σαν συνέπεια του φόρτου εργασίας, της αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών [77]. Η μέση τιμή της παρούσας έρευνας υπολείπεται των τιμών που σημειώθηκαν σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ελληνικά νοσοκομεία και την Κύπρο [13], [56], [72].

Η αναγνώριση του στρες σημείωσε την πιο χαμηλή μέση τιμή 34.52/100, ενισχύοντας το αρνητικό κλίμα ασφάλειας που αποτυπώθηκε στην έρευνα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας το ποσοστό είναι πολύ μακριά από τιμές που βρέθηκαν σε άλλες έρευνες [11]. Η ερώτηση «είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες εργασίας» θα πρέπει να αξιολογηθεί και διερευνηθεί, καθώς οι νοσηλευτές του χειρουργείου δείχνουν μία μεγαλύτερη επιβάρυνση από το στρες. Οι νοσηλευτές του συγκεκριμένου χειρουργείου καλύπτουν σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι απαιτήσεις είναι μεγαλύτερες ιδιαίτερα κατά την απογευματινή και βραδινή βάρδια, που το προσωπικό μειώνεται και δεν είναι πάντα ειδικευμένο για τη συγκεκριμένη επέμβαση.

Στην έρευνα που διεξήχθη, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη παρεμβάσεων στις συνθήκες εργασίας στο χειρουργείο, καθώς αποδείχθηκε να επηρεάζει την ομαδική εργασία, που είναι βασική διάσταση της κουλτούρας ασφάλειας και προαπαιτούμενο για τη διατήρησή της, σε βάθος χρόνου. Οι στοχευμένες ενέργειες της διοίκησης, στην εργώδη καθημερινότητα των ιατρών, νοσηλευτών, αλλά και του υπόλοιπου προσωπικού, θα ενισχύσει την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ παράλληλα θα μπορέσουν να διαχειρισθούν το άγχος και να συντονιστούν στην προσπάθεια παροχής ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδα υγείας.

7. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας, αποτελούν την πρώτη προσπάθεια διερεύνησης του κλίματος ασφάλειας στο χειρουργείο και τα ευρήματα θα πρέπει να ερμηνευτούν με ιδιαίτερη προσοχή. Η μελέτη στηρίχτηκε σε δείγμα ευκολίας, το οποίο προερχόταν από ένα τμήμα νοσοκομείου, που θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένο σε θέματα ασφάλειας. Επίσης, τα ευρήματα

μπορεί να επηρεάζονται από κάποια έκτακτη συνθήκη ή από παγιωμένες πρακτικές που επικρατούν στο συγκεκριμένο χειρουργείο. Κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στο χειρουργείο, προκειμένου αφενός να υπάρξει βελτίωση όπου χρειάζεται κι αφετέρου να επιβεβαιωθούν ή απορριφθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το ερωτηματολόγιο έδωσε τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες στην έρευνα να διατυπώσουν τις απόψεις τους για τους τρόπους βελτίωσης της ασφάλειας στο χώρο του χειρουργείου. Οι απόψεις του προσωπικού εστίασαν στις διαστάσεις της ασφάλειας που διερευνήθηκαν με το ερευνητικό εργαλείο SAQ. Ο αποτελεσματικός συντονισμός της ομάδας εργασίας πριν, κατά τη διάρκεια και στο τέλος κάθε χειρουργικής επέμβασης αποτελεί αναγκαιότητα για νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Η επαρκής στελέχωση του χειρουργείου από νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και ιατρικό, θεωρείται προαπαιτούμενο για τη διεξαγωγή ασφαλών διαδικασιών στο χώρο του χειρουργείου. Οι πρωτοβουλίες που λαμβάνονται από τη διοίκηση, θα πρέπει να εξασφαλίζουν τις κατάλληλες συνθήκες εργασίας. Οι ενέργειές της για την κάλυψη των απαραίτητων υλικοτεχνικών υποδομών πρέπει είναι συνεχείς. Η επικοινωνία με το προσωπικό του χειρουργείου θα βοηθούσε στην εξομάλυνση δυσκολιών. Η συστηματική εκπαίδευση του νέου προσωπικού συντελεί στον περιορισμό των λαθών. Οι επαγγελματίες υγείας του χειρουργείου δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη σημασία της αναφοράς – γνωστοποίησης των λαθών, ώστε να λαμβάνονται κωδικοποιημένα μέτρα αποφυγής τους στο μέλλον. Επίσης, η συμμετοχή του προσωπικού σε εκπαιδευτικά σεμινάρια πάνω σε τεχνικές έχει σα στόχο την εξοικείωση και τη βελτίωση των επιδόσεών τους. Σύμφωνα με τις θέσεις των εργαζομένων, η εφαρμογή και η τήρηση πρωτοκόλλων σε όλες τις διαδικασίες, όπως αντισηψίας, καθαριότητας των χώρων, αλλά και πρόληψης τραυματισμού του προσωπικού, αποτελεί δικλείδα ασφαλείας. Οι τυποποιημένες διαδικασίες γενικότερα μειώνουν αρκετά το φόρτο εργασίας, αφού προϋποθέτουν τη σωστή οργάνωση και τον καθορισμό ρόλων στη διάρκεια διεξαγωγής μιας χειρουργικής επέμβασης. Η παρούσα έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει τις ιδιαίτερες συνθήκες που βιώνουν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας. Τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν σημείο αναφοράς για μελλοντικές έρευνες σε χειρουργεία, αλλά και ένα εργαλείο κατανόησης των προβλημάτων, που διαμορφώνονται σε ευαίσθητους και δυναμικούς χώρους εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K. Culture and behaviour in the English National. Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *MJ Qual Saf.* 2014, 23(2): 106–115.
2. Sevdalis N, Hull C, Bimmbach D. Improving patient safety in the operating theater and perioperative care: obstacle, interventions and priorities for accelerating progress. *Br. J. Anaesth.* 2012, 109(1) : 3-16.
3. Eurobarometer 2013. Patient safety and quality of care. Ημερομηνία πρόσβασης 4-7-15 από http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_factsheet_el_en.pdf.
4. Pronovost P, Christine A, Goeschel C, Marsteller J, Sexton J, Pham J, Berenholtz S. Key issues in outcomes research. Framework for patient safety research and improvement. *Circulation* 2009, 119:330-337.
5. Goras C, Wallentine F, Nilsson U, Ehrenberg A. Swedish translation and psychometric testing of the safety attitudes questionnaire (operating room version). *BMS Health Serv Res* 2013, 13:104.
6. Παναγιώτου Α. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.* 2015, 32(3):354-363.
7. Zimmermann N, Küng K, Sereika S, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study. *BMC Health Serv Res.* 2013, 13: 347.
8. Carayon P, Tosha B, Wetterneck, A, Joy Rivera-Rodriguez. Human factors systems approach to healthcare quality and patient safety. *Appl Ergon.* 2014 ,45(1): 14–25.
9. Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organizations in maintaining safety. *J Qual Saf.* 2014, 23:670-677.
10. Pronovost P, Berenholtz S, Goeschel C. Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Serv Res.* 2006, 41: 1599–1617.
11. Chaboyer W, Chamberlain D, Hewson-Conroy K. CNE Article: Safety Culture In Australian Intensive Care Units: Establishing A Baseline For Quality Improvement. *Am J Crit Care.* 2013, vol 22;93-102.
12. European Commission 2014. Patient Safety and Health Care Associated Infections. Ημερομηνία προσπέλασης 12-6-15 από http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf.

13. Κάργα Μ. Διαχείριση των λαθών από τους νοσηλευτές στην κλινική πρακτική. Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με εξειδίκευση στη Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 2009.
14. Thomas E, Peterson L. Measuring errors and Adverse Events. *J. Gen Intern Med* 2003, 18(1) :61-67.
15. Vincent C, Moorthy K, Sarker S, Chang A, Darzi A. System Approaches to Surgical Quality and safety. *Ann Surg* .2004, 239(4):475-482
16. Holleman G, Poot E, Mintjes-de Groot J, Achterberg T. The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009, 46(9):1256–1264.
17. Clarke SP. Organizational climate and cultural factors. *Annu Rev Nurs Res*. 2006,24:25-72.
18. Kim F, Donalisio da Silva R, Gustafson D, Nogueira L, Harlin T, Paul D. Current issues in patient safety in surgery: a review. *Patient Saf Surg*. 2015, 9(1):26-32
19. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *Health .Serv Res*. 2009 ,44 (1): 399–421.
20. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000,(7237):768-770.
21. Chassin M , Loeb J. High-Reliability Health care: Getting There from Here. *Milbank Q* .2013, 91(3):459-490.
23. Rogers Jr., Gawande A, Kwaan M, Puopolo AL, Yoon C, Brennan T, Studdert D. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery*. 2006, 140:25–33.
24. Wacker J, Kolbe M. Leadership and teamwork in anesthesia – Making use of human factors to improve clinical performance. *Trends in Anesthesia and Critical Care*.2014, 200–205.
25. Association of perioperative Registered Nurses. Recommended practices for traffic patterns. In: *Perioperative Standards and Recommended Practices 2012*. Denver, CO: Association of perioperative Registered Nurses; 2012:95–98.
26. Killen A. Operating room redesign: building safety through a culture of teamwork. *Nat Clin Pract Urol*. 2008 (5):171.
27. Lee W, Wung H, Liao. Hospital Safety culture in Taiwan. A national wide survey using Chinese Version Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health serv Res* 2010;10:234. Ημερομηνία πρόσβασης 6-6-15 από <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/234>
28. Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care*. 2005, 14(4): 231–233.
29. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006,15(2):109–115.

30. Makary M, Sexton B, Freischlag J, Holzmueller C, Millman A, Rowen L, Pronovost P . Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *J Am Coll Surg.* 2006,20(5):746–752.
31. Perneger T. Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? *BMC Health Serv Res.* 2005, 5:71. Ημερομηνία πρόσβασης 8-6-15 από <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/71>
32. Nielsen K. Improving safety culture through the health and safety organization: A case study. *Journal of Safety Research* .2014,48: 7–17.
33. R Westrum. A typology of organisational cultures. *Qual Saf Health Care* 2004,13 (2):22–27.
34. Mandhari A, Zakwani I, Kindi M, Tawilah J, Dorvlo A, Adawi S. Patient Safety Culture Assessment in Oman. *Oman Med J.* 2014, 29(4): 264–270.
35. Hutchinson A, Cooper K, Dean J. Use of safety climate questionnaire in UK health care factor structure, reability and usability. *Qual Saf Health Car* 2006, 15(5):347-53.
36. Sammer C, Mains D, Lackan N. What is Patient Safety Culture. A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship.* 2010, 42(2) 156-165.
37. Makary M, Sexton B, Freischlag J, Millman E, Pryor D, Holzmueller C, Pronovost P. A Patient Safety in Surgery. *Ann Surg.* 2006 ,243(5): 628–635.
38. Pronovost P, Weast B, Holzmueller C, Rosenstein B, Kidwell R, Haller K, Feroli E, Sexton J , Rubi H. Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual Saf Health Care.* 2003 ,12(6): 405–410.
39. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of health care: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2009, 53:(2)143-151.
40. Henriksen K, Battles J, Marks , Lewin D. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 1: Research Findings)* Editor Information Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb.
41. Körner M, Wirtz MA, Bengel J & Göritz A. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Serv Res.* 2015, 15:243 Ημερομηνία πρόσβασης 13-7-15 από <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/243>
42. Welp A, Meier L, Manser T. Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety *Front. P Saf Health Work.* 2013 Dec; 4(4): 210–215.
43. Park Y, Kim S. Impacts of Job Stress and Cognitive Failure on Patient Safety Incidents among Hospital Nurses. *Saf Health Work.* 2013, 4(4): 210–215.
44. Jennifer A, Taylor, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Res Notes.* 2013, 6:302.

45. Stone P, Mooney-Kane C, Larson E, Horan T, Zwanziger G, Dick Nurse A Working Conditions and Patient Safety Outcom MedicalCare.2007,45(.6):571-587
46. Joyce A. Wahr, Richard L. Prager, J.H. Abernathy Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork. AHA.2013,(128): 1139-1169
47. Singer S, Meterko M, Baker B, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey Health Serv Res. 2007, 42(5): 1999–2021.
- 48 Lee W, Wung H, Liao H, Lo C. Hospital Safety Culture in Taiwan: A Nationwide Survey Using Chinese Version Safety Attitude Questionnaire. BMC Health Serv Res. 2010, 10: 234. Ημ/ία πρόσβασης 8-7-15 από <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/234>.
49. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson E. Measuring safety climate in health care Qual Saf Health Care. 2006,(15):109–115.
50. Olsen E. Workers perceptions of safety culture at a hospital.’ Tidsskr Nor Laegeforen.2007, 127(20):2656.
51. Olsen E, Aase K. A comparative study of safety climate differences in healthcare and the petroleum industry. Qual Saf Health Care.2010, 19(13): 75-9.
52. Sorra S, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. BMC Health Serv Res .2010, 10:199.
53. NHS/NPSA 2006. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) – Facilitator guidance. Ημερομηνία προσπέλασης 15-6- 2015 από <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60005&type=full&service type>.
54. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ .Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. Qual Saf Health Care .2005,14 (4):273-8.
55. Macarthy D, Blumenthal D. Stories from the Sharp End: Case Studies in Safety Improvement. The Milbank Quarterly.2006 , 84(1) :165–200.
56. Πετρίδης Ε, Λαβράνος Γ, Ραφτόπουλος Β. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013. 30(4):449-455.
57. McCulloch P, Mishra A, Handa A, Dale T, Hirst G, Catchpole K. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. Qual Saf Health Care. 2009, 18:109–115.
58. Clarke, J. R., Lerner, J. C., & Marella, W. The role for leaders of health care organizations in patient safety. American Journal of Medical Quality 2007, 22(5): 311-318.

59. Haynes A, Weiser T, Berry W. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention .*BMJ Qual Saf* .2011,(20):102-107.
60. Frankel A, Grillo S, Pittman M, Thomas E, Horowitz L, Page M, and Sexton B. Revealing and Resolving Patient Safety Defects: The Impact of Leadership Walk Rounds on Frontline Caregiver Assessments of Patient Safety *Health Serv Res*. 2008 ,43(6): 2050–2066.
61. Βοζίκης Α, Πολλάλης Γ, Ρήγα Μ, Μαγκίνα Ν, Στουφής Ν, Τενεκετζή Ζ. Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων. Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ICU-MERIS). *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29(3):345-353.
62. Bogdanovic J, Perry J, Guggenheim M, Manser T. Adaptive coordination in surgical teams: an interview study. *BMC Health Serv Res*. 2015, 15: 128.
63. Holzmueller C, Provonost P, Dickman F. Creating the Web-based Intensive Care Unit Safety Reporting System .*J Am Med Inform Assoc*. 2005,12:130–139.
64. Naessens JM, O'Byrne TJ, Johnson MG, Vansuch MB, McGlone CM ,Huddleston GM .Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. *Int J Qual Health Care*. 2010 ,22(4):266-74.
65. Weaver C, Callaghan M, Cooper A, Brandman J, O'Leary K. Assessing Interprofessional Teamwork in Inpatient Medical Oncology Units. *JOP* . 2015 , 11(1): 19-22 .
66. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts P E, Thomas E. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research .*BMC Health Services Research* 2006, 6:44.
67. Kristensen S, Sabroe S, Bartels P, Mainz J, Christensen KB .Adaption and validation of the Safety Attitudes Questionnaire for the Danish hospital setting. *Clin Epidemiol*. 2015 ,2(7):149-60. .
68. Raftopoulos V, Savva N, Papadopoulou M. Safety culture in the maternity units: A census survey using the Safety Attitudes Questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2011, 11:23.
69. Sexton J, Makary M, Tersigni A. Teamwork in the Operating Room: Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *Anesthesiolog*. 2006, 105(5): 877-884.
70. Mark B, Hughes L, Belyea M, Chang Y, Hofmann D, Jones C , Bacon S. Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries. *J Safety Res*. 2007; 38(4): 431–446.
71. Provonost P, Weast B, Holzmueller C. Evaluation the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center. *Qual.Saf .Health Care* . 2003 ,(12):405- 410.
72. Nordén-Hägg A, Sexton JB, Källemark-Sporrong S, Ring L, Kettis-Lindblad A. Assessing safety culture in pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in

- national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clin Pharmacol.* 2010,10:8. Ημερομηνία πρόσβασης 13-7-15 από <http://www.biomedcentral.com/1472-6904/10/8>
73. Deilkås ET, Hofoss D. Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). Generic version (Short Form 2006). *BMC Health Serv Res.* 2008,8:191 Ημερομηνία πρόσβασης από <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/191>
74. Devriendt E, Van den Heede K, Coussement J. Content validity and internal consistency of the Dutch translation of the Safety Attitudes Questionnaire: an observational study. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:327–337.
75. Raftopoulos V, Pavlakis A. Safety climate in 5 intensive care units: A nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the safety attitudes questionnaire. *J Crit Care* 2013, 28:51–61.
76. Gabrani A, Hoxha A, Simaku A, Gabrani JC. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study. *MJ Open.* 2015. 15, 5(4). Ημερομηνία πρόσβασης 14-7-15 από <http://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006528.full.pdf>.
77. Listyowardojo T, Nap R, Johnson A. Variations in hospital worker, Perceptions of safety culture. *Int Journal for Quality in Health Care.* 2011,24:1-7.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος, «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ», του τμήματος Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, εκπονώ την πτυχιακή εργασία με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ». Η εργασία διεξάγεται σε συνεργασία με τον Δρ Βασίλειο Ραφτόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, αποτελεί το ερευνητικό εργαλείο της εργασίας μου και είναι απολύτως **προσωπικό και ανώνυμο**. Σκοπός του είναι να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασφάλεια στο Χειρουργείο. Διεθνείς φορείς Υγείας και Ασφαλείας ορίζουν τη **κουλτούρα ασφάλειας** σαν προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, στάσεων αντιλήψεων ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφορών που καθορίζουν τη δέσμευση, το ύφος, την επάρκεια και τη διαχείριση της ασφάλειας ενός οργανισμού.

Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη και τα αποτελέσματα θα συμβάλουν στην αύξηση της γνώσης.

Δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις ή τοποθετήσεις. Απλώς, δώστε τη δική σας απάντηση, όπως εσείς αισθάνεστε και όχι σύμφωνα με το τι θα έπρεπε να απαντήσει κάποιος/α.

Παρακαλούμε να το συμπληρώσετε μόνοι/ες σας και να το επιστρέψετε.

Εάν αποδέχεσθε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλώ βάλετε **μια μονογραφή** στο δεξί κάτω μέρος της σελίδας.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας.

Μονογραφή

Σύνολο χειρουργικών αιθουσών	
Δύναμη Ιατρών διάφορες ειδικότητες	
Δύναμη Νοσηλευτών του χειρ/ου	
Δύναμη τραυματιοφορέων	
Δύναμη βοηθητικού προσωπικού	

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας 1

Γυναίκα 0

2. ΗΛΙΚΙΑ: _____ (χρόνια)

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος/η 5

Παντρεμένος/η 4

Χωρισμένος/η 3

Χήρος/η 2

Συμβίωση 1

4. Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας: _____ (χρόνια)

5. Συνολικός χρόνος εργασίας σας σε χειρ/ο: _____ (χρόνια)

6. Η εργασία σας στο συγκεκριμένο Τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο χειρ/ο;

8. Από 0 έως 10 πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο χειρ/ο; _____

9. Από 0 έως 10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο χειρ/ο; _____

10. Τελειώνοντας το ωράριό μου νιώθω τόσο ψυχικά και σωματικά κουρασμένος/η που δεν έχω όρεξη για τίποτα:

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

11. Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση; ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση; ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΧΝΑ ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ

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

14. Εάν ναι πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας από 0 – 10; _____

15. Εάν υπήρχε ανάγκη θα συνιστούσα σε κάποιο γνωστό ή συγγενή μου να νοσηλευτεί στο συγκεκριμένη χειρ/ο:

6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ	Διαφωνώ κάπως	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

16. Ιδιότητα:

Ειδικευμένος χειρ/ός Ιατρός	<input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενος χειρ/γός ιατρός	<input type="checkbox"/>
Ειδικευμένος αναισθησιολόγος	<input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενος αναισθησιολόγος	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτης/τρια χειρ/ου	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτης/τρια αναισθ/κού	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτης/τρια με ειδικότητα	<input type="checkbox"/>
Αδ. Νοσοκόμοι χειρ/ου	<input type="checkbox"/>
Αδ. Νοσοκομοι αναισθ/κου	<input type="checkbox"/>
Τραυματιοφορείς	<input type="checkbox"/>
Βοηθητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>

17. Χειρουργεία που συμμετέχετε συχνότερα

Γενικής χειρ/κής	<input type="checkbox"/>
Ορθοπαιδικής	<input type="checkbox"/>
Νευροχειρ/κής	<input type="checkbox"/>
Καρδιοχειρ/κής	<input type="checkbox"/>

Γναθοχειρ/κής	<input type="checkbox"/>
Ουρολογικής	<input type="checkbox"/>
Οφθαλμολογικής	<input type="checkbox"/>
Γυναικολογικής	<input type="checkbox"/>
ΩΡΛ	<input type="checkbox"/>
Αγγειοχειρ/κής	<input type="checkbox"/>

18. Έχετε εργαστεί σε άλλο Νοσοκομείο; ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε αυτό το νοσοκομείο σε σχέση με τα υπόλοιπα στα οποία έχετε εργαστεί ; _____

20. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Νοσηλευτές; _____

21. Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος /η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους Ιατρούς; _____

22. Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο χειρ/ο σας; _____

Ερωτηματολόγιο Στάσεων για την Ασφάλεια

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με το συγκεκριμένο χειρ/ο που εργάζεστε, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

	Λιαφονώ απόλυτα	Λιαφονώ κάπως	Ουδέτερ ος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το ΧΕΙ/Ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μου αρέσει η δουλειά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό Το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν αν είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερ ος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Σε αυτό το χει/ο είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Σε αυτό το χειρ/ό γίνονται εμπεριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Όλο το προσωπικό στην δικό μου χειρ/ο αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το χειρ/ο είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Οι αποφάσεις σε αυτό το χειρ/ο λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το χειρ/ο διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το χειρ/ο είναι επαρκής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Σε αυτό το χειρ/ο είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Οι διαφωνίες σε αυτό το χειρ/ο επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερ ος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα
37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το χειρ/ο να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Οι Ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το χειρ/ο εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Το ηθικό σε αυτό το χειρ/ο είναι υψηλό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιηρούνται επαρκώς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Οι Ιατροί σε αυτό το χειρ/ο κάνουν καλή δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επείγοντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το χειρ/ο είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το χειρ/ο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Κατά τη διάρκεια επείγοντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβλήματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Μπορεί να διατάξω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβλήματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					

27. Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο χειρ/ο της:

Νοσοκομείο	Βαθμολογία
Αθήνας	
Θεσσαλονίκης	
Επαρχίας	

28. Πιστεύω ότι η αναφορά των λαθών σε αυτό το χει/ο πρέπει να είναι:

1	2	3
Εθελοντική	Υποχρεωτική	Δε χρειάζεται

29. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου, που προκάλεσε σοβαρή βλάβη σε ένα ασθενή θα:

1	2	3	4
Το ανέφερα στον ανώτερό μου	Το έλεγα σε κάποιον άλλο συνάδελφό μου	Θα το έλεγα στον ίδιο	Το απέκρυπτα

30. Εάν έπεφτε στην αντίληψή μου κάποιο λάθος συναδέλφου μου, που προκάλεσε το θάνατο σε ένα ασθενή θα:

1	2	3	4
Το ανέφερα στον ανώτερό μου	Το έλεγα σε κάποιον άλλο συνάδελφό μου	Θα το έλεγα στον ίδιο	Το απέκρυπτα

Χρησιμοποιείστε την κλίμακα που ακολουθεί για να περιγράψετε τη συνεργασία / επικοινωνία που έχετε με τους πιο κάτω:

	Πολύ Κακή	Κακή	Επαρκής	Καλή	Πολύ Καλή	Δεν υφίσταται
Νοσηλευτική Διεύθυνση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Προϊστάμενοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοηθοί Νοσηλευτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ιατροί Χειρουργοί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ειδικευόμενοι Ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναισθησιολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τραυματιοφορείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Βοηθητικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τους χειρισμούς της Διοίκησης μετά την αναφορά κάποιου λάθους;

6 Πάρα πολύ 5 Πολύ 4 Αρκετά 3 Λίγο 2 Πολύ λίγο 1 Καθόλου

32. Έχετε κάνει κάποιο λάθος; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

33. Εάν ΝΑΙ σε ποια βάρδια συνέβη; **Πρωινή** **Απογευματινή** **Βραδινή**

34. Πόσο επηρεάστηκε η κατάσταση της υγείας του ασθενή; **Καθόλου** **Λίγο** **Αρκετά** **Πολύ**
Πάρα πολύ **Δε Ξέρω**

35. Τι κάνατε όταν αντιληφθήκατε το λάθος; _____

36. Με ποιόν το συζητήσατε; _____

Σχόλια: Αναφέρατε τρόπους για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών στο χειρουργείο

37. Θα πρότεινα το συγκεκριμένο Χειρουργείο σε κάποιον συγγενή η γνωστό μου :

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ κάπως	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ κάπως	Συμφωνώ απόλυτα

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή σας είναι σημαντική.