



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ »

ΣΠΥΡΙΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΟΚΩΝΗ

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής –
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Επιβλέπων Καθηγητής

Δρ Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής-ΤΕΙ Λάρισας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Δρ Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας – ΤΕΙ Ηπείρου, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2016



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



**«The investigation of health professionals' safety climate in a district
hospital»**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ	9
2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	13
2.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	15
3. ΤΟΜΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	17
3.1. ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	17
3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	17
3.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	18
3.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ	18
3.5. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ	19
4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	20
4.1 SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)	22
5. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	24
5.1 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	25
6.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
6.1 ΣΚΟΠΟΣ	27
6.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	27
6.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	27
6.4 Στατιστική ανάλυση	28
7.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	29
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	44
8.1 Συμπεράσματα	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Ραφτόπουλο Βασίλειο που μου παρείχε πολύτιμη υποστήριξη σε κάθε μου βήμα με στόχο την επιμελή εκτέλεση της. Ακόμη ευχαριστώ την οικογένειά μου για την πολύτιμη ηθική της βοήθεια και τέλος ένα ευχαριστώ σε όλους τους συναδέλφους μου που συνέβαλλαν στην διεξαγωγή της διπλωματικής διατριβής, ανταποκρινόμενοι στο ερευνητικό της κομμάτι, προσφέροντας τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Βασικός στόχος του κάθε νοσοκομείου είναι να διασφαλίσει ότι οι υπηρεσίες του παρέχονται στο μέγιστο δυνατό επίπεδο ασφάλειας, τόσο για τον ασθενή, όσο και τους επαγγελματίες υγείας.

ΣΚΟΠΟΣ: Ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας.

ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 91 επαγγελματίες υγείας (ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό όλων των τμημάτων του νοσοκομείου). Για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε η χρήση του ερευνητικού εργαλείου Safety Attitudes Questionnaire που μελετά 6 παράγοντες: την ομαδική εργασία την ικανοποίηση από την εργασία, την αναγνώριση του στρες τις συνθήκες εργασίας και τις αντιλήψεις για τη διοίκηση, με τις απαντητικές επιλογές διαβαθμισμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα likert και δυνατότητα % υπολογισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η εργασιακή ικανοποίηση, η αντίληψη για τη διοίκηση, οι συνθήκες εργασίας και το κλίμα ασφάλειας κυμάνθηκαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα (<55%), ενώ η αναγνώριση του stress σε υψηλά (~70%). Οι έχοντες περισσότερα χρόνια υπηρεσίας έχουν υψηλότερα επίπεδα αναγνώρισης stress. Επίσης, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες στην κλίμακα αναγνώρισης stress. Εκτός από την «αναγνώριση του stress», οι υπόλοιπες υποκλίμακες συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ : Η παρούσα έρευνα υπογραμμίζει τα σοβαρά ελλείμματα ασφάλειας και τη γενικότερη απουσία κουλτούρας ασφάλειας στη λειτουργία των νοσοκομείων στη σημερινή πραγματικότητα, τουλάχιστον όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ Κουλτούρα ασφαλείας, κλίμα ασφαλείας, επαγγελματίες υγείας.

ABSTRACT

INTRODUCTION: A main goal of any hospital is to ensure that services are provided to the maximum possible level of safety for both the patient and the health workers.

OBJECTIVE: It was to investigate the factors associated with the safety climate in a district hospital in Greece.

SAMPLE AND METHODS: The study sample consisted of 91 health professionals (medical, nursing and paramedical staff of all hospital departments). The research tool “Safety Attitudes Questionnaire” studying six factors: teamwork, job satisfaction, stress recognition, working conditions and perceptions of the administration, with the response options classified in a five-point Likert scale and the ability of % calculation.

RESULTS: The job satisfaction, perception management, working conditions and safety climate ranged at very low levels (<55%), while the stress recognition to high ones (~ 70%). Those with more years of service had higher stress. Recognition score. Women had a significantly higher rating than men in the stress recognition subscale. Besides, the stress recognition, the remaining subscales correlated significantly with one other.

CONCLUSION: This research underlines the serious safety deficiencies and the general lack of safety culture in the operation of hospitals in today's Greek reality, at least as perceived by the majority of health professionals.

Key words: Safety culture, safety climate, health professionals

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας βασικός πυλώνας για την ασφάλεια των πασχόντων στον κλάδο της υγείας είναι η ανάπτυξη της κουλτούρας ασφαλείας. Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να βλέπει τον εαυτό ως βιομηχανία υψηλής επικινδυνότητας. Ο τομέας της υγείας, οργανωτικά πρέπει να υποβληθεί σε μετασχηματισμό προς το συμφέρον της προώθησης της ασφαλέστερης περίθαλψης των πασχόντων. Η βελτίωση της ασφαλείας προϋποθέτει ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες, να υποστηρίζουν τη μάθηση από την εμπειρία για να προωθήσουν συστήματα που αφενός να αποφεύγονται τα σφάλματα και αφετέρου να μετριάσουν τις επιπτώσεις των σφαλμάτων που συμβαίνουν¹. Οι αποκλίσεις στην ασφάλεια των πασχόντων επηρεάζουν τον τομέα της πρόληψης, του κόστους των νοσηλείων και της θνησιμότητας. Αυτό που αποτέλεσε ορόσημο για τον κλάδο της υγείας είναι η έκθεση του Αμερικάνικου Ινστιτούτου Ιατρικής το 1999 ότι 98.000 άνθρωποι στις Η.Π.Α. πεθαίνουν εξαιτίας των ιατρικών λαθών. Πέντε χρόνια μετά μια μελέτη έδειξε ότι κατά μέσο όρο οι πάσχοντες λαμβάνουν κατά μέσο όρο το ήμισυ της θεραπείας. Τα αποτελέσματα αυτά έβλαψαν την εμπιστοσύνη των πολιτών και αύξησαν το ενδιαφέρον για την βελτίωση της ασφαλείας των πασχόντων². Έρευνα σε 15 νοσοκομεία στη Καλιφόρνια των Ηνωμένων Πολιτειών αποδεικνύει ότι οι αντιλήψεις για την κουλτούρα ασφαλείας διέφεραν όχι μόνο μεταξύ των νοσοκομείων αλλά και των κατηγοριών εργαζομένων του προσωπικού και της κλινικής κατάστασης των πασχόντων³.

Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2013 σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων πασχόντων και την ποιότητα της περίθαλψης στις 28 χώρες της ΕΕ το 53% των πασχόντων πιστεύει ότι μπορεί να υποστεί βλάβη από την νοσοκομειακή περίθαλψη, το ποσοστό αυτό διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών, από 82% στην Κύπρο ως 21% στην Αυστρία. Ο κ. Tonio Borg, Ευρωπαίος επίτροπος αρμόδιος για την υγεία, δήλωσε: *«Όταν οι πολίτες μας πηγαίνουν στο νοσοκομείο, αναμένουν ασφαλή υγειονομική περίθαλψη. Τα καλά νέα είναι ότι, σήμερα, τα περισσότερα κράτη μέλη έχουν θεσπίσει προγράμματα για την ασφάλεια των πασχόντων. Τα άσχημα νέα είναι ότι, παρά την πρόοδο αυτή, εξακολουθούν να σημειώνονται ανεπιθύμητα συμβάντα σε χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η ασφάλεια των πασχόντων σπάνια είναι μέρος της κατάρτισης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Θα πρέπει, ως εκ τούτου, να συνεχίσουμε τις προσπάθειές μας για την εγγύηση μεγαλύτερης ασφαλείας για τους πολίτες μας στους χώρους παροχής υγειονομικής περίθαλψης»*. Το 2009, μια σύσταση της ΕΕ σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων, συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη, παρουσίασε μια συνολική στρατηγική σε επίπεδο ΕΕ σε τέσσερις τομείς δράσεις: 1) πολιτικές και προγράμματα για την ασφάλεια των πασχόντων 2) ισχυροποίηση της θέσης των πασχόντων 3) αναφορά ανεπιθύμητων συμβάντων και άντληση διδαγμάτων από τα σφάλματα και 4) εκπαίδευση και κατάρτιση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας⁴. Οι πάσχοντες

και τα δικαιώματά τους βρίσκονται στο κέντρο των συστημάτων υγείας αυτό συνεπάγεται τον καθορισμό των απαραίτητων διαδικασιών για την διασφάλιση της ποιότητας και την ανάπτυξη της κουλτούρας ασφαλείας⁵. Παρά τις οργανωμένες προσπάθειες στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών περισσότερα πρόσφατα στοιχεία έδειξαν ότι εξακολουθεί η ασφάλεια των πασχόντων να αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για την δημόσια υγεία⁶. Για να μειωθεί ο αριθμός των ανεπιθύμητων συμβάντων πρέπει τα νοσοκομεία να ενισχύουν μια πιο στοχαστική στάση ως προς τα σφάλματα και την ασφάλεια των πασχόντων . Μια από τις συστάσεις του Ινστιτούτου Ιατρικής στις ΗΠΑ, του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και των ενώσεων των γιατρών και των νοσηλευτών των Κάτω Χωρών είναι η προώθηση μιας πιο ανοιχτής συμπεριφοράς έναντι στα λάθη και στις με στόχο την μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων⁷. Η ενσωμάτωση των αρχών ασφαλείας στην καθημερινή πρακτική απαιτείται ολοένα και περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο 10.000.000 άνθρωποι υποφέρουν ή πεθαίνουν εξαιτίας λαθών κατά την φροντίδα τους. Βλέποντας την ανάγκη για την μείωση των βλαβών, την ταλαιπωρία των οικογενειών και την αύξηση των δαπανών από ζημιές που προκλήθηκαν κατά την νοσηλεία, το 2002 τα κράτη μέλη του (ΠΟΥ) συμφώνησαν σε ένα παγκόσμιο ψήφισμα για την ασφάλεια στον χώρο της υγείας⁸. Μία δράση από την (ΠΟΥ) ξεκίνησε το 2006 από ανησυχία για την ασφάλεια των πασχόντων και ονομάζεται High 5s. Το High 5s όνομα προέρχεται από την αρχική πρόθεση να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα των 5 σημαντικά προβλήματα ασφαλείας των πασχόντων σε 5 χώρες πάνω από 5 χρόνια. Το έργο της High 5s είναι η συνεργασία για την ασφάλεια των πασχόντων ανάμεσα σε μια ομάδα χωρών με την υποστήριξη του ΠΟΥ προγράμματος για την ασφάλεια των πασχόντων. Οι χώρες που συνεργάζονται είναι: η Αυστραλία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ολλανδία, η Σιγκαπούρη, Τρινιδάντ και Τομπάγκο, και οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής⁹.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των απόψεων του προσωπικού σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια. Ένας οργανισμός αξιολογώντας το κλίμα ασφαλείας μπορεί να επιτύχει ένα όσο το δυνατόν πιο ασφαλές περιβάλλον για τους πάσχοντες του.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

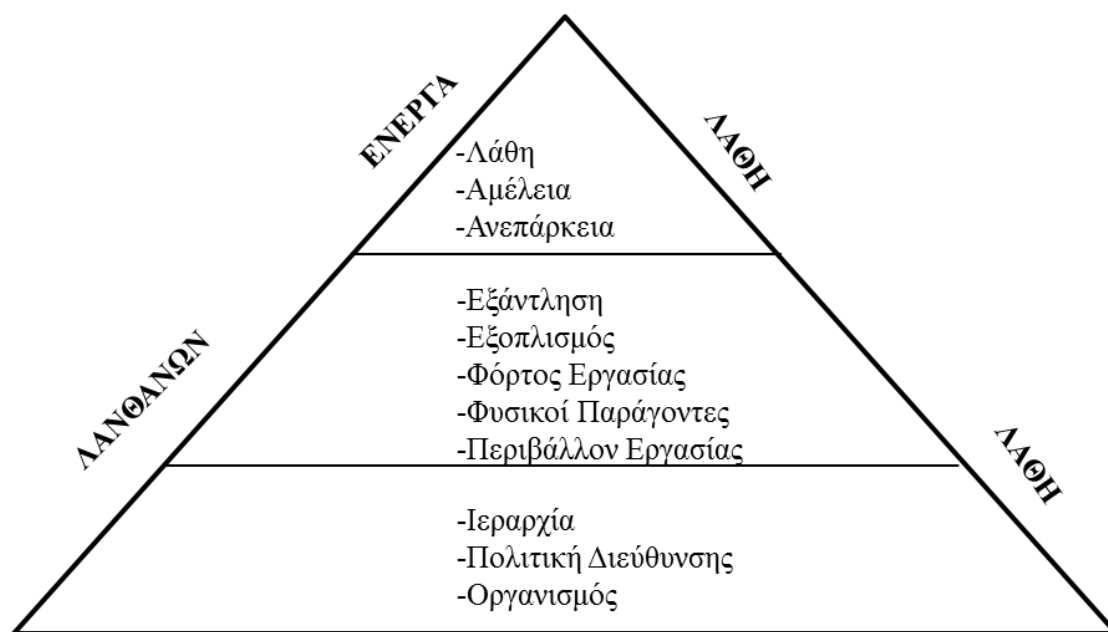
1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ & ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΑ ΣΥΜΒΑΝΤΑ

Διαφορετικοί τρόποι αντιμετώπισης έχουν υιοθετηθεί για να εξερευνηθούν και να ταυτοποιήσουν τις αιτίες και τους παράγοντες για τα ανεπιθύμητα συμβάντα στον χώρο της υγείας. Υπάρχουν αρκετές προσεγγίσεις και συστήματα ανάλυσης της εμφάνισης ενός ανεπιθύμητου συμβάντος, πολλές από αυτές έχουν αναπτυχθεί σε άλλους τομείς όπως στην αεροπορία και στην βιομηχανία πριν εφαρμοστούν στον χώρο της υγείας¹⁰. Η μείωση της επιβάρυνσης των ανθρώπων εξαιτίας των ανεπιθύμητων συμβάντων στον χώρο της υγείας αποτελεί στόχο παγκοσμίως.

Η πρόοδος στην δημιουργία παρεμβάσεων για την ασφάλεια των πασχόντων, η διάδοση αποτελεσματικών παρεμβάσεων και η χρήση των εργαλείων μέτρησης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας σε κλινικό επίπεδο είναι απαραίτητα στοιχεία στον έλεγχο των ανεπιθύμητων ενεργειών. Συνήθως, οι πόροι λείπουν. Στις χώρες υψηλού εισοδήματος είναι μια οικονομική πρόκληση. Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, των οποίων τα προβλήματα της υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν δυσανάλογα χαμηλό ποσοστό έρευνας και ανάπτυξης το πρόβλημα είναι εντονότερο¹¹. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναφέρει ότι η βλάβη που συμβαίνει κατά την περίθαλψη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μόνιμη βλάβη, την αυξημένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και ακόμη και το θάνατο. Επίσης, ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες συμβαίνουν όχι επειδή οι άνθρωποι σκόπιμα βλάπτουν τους πάσχοντες, αλλά μάλλον λόγω της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, όπου η θεραπεία και φροντίδα εξαρτάται πολλούς παράγοντες. Όταν στην υγειονομική περίθαλψη εμπλέκονται τόσες πολλές ειδικότητες, όπως οι οδοντίατροι, οι διαιτολόγοι, γιατροί, μαίες, νοσηλευτές, χειρουργοί, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί, μπορεί να είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί ασφαλή φροντίδα, εκτός εάν το σύστημα έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει την παροχή ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών. Όσο πιο πολύπλοκη είναι η οργάνωση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για ένα μεγάλο αριθμό των σφαλμάτων του συστήματος.

Τα ιατρικά λάθη τις τελευταίες δύο δεκαετίες είναι ένα θέμα με αυξανόμενο ενδιαφέρον για την δημόσια υγεία. Τα λάθη ποικίλουν και συμβαίνουν σε κάθε επίπεδο του συστήματος ενώ τα υψηλά ποσοστά των ανεπιθύμητων ενεργειών δείχνουν ότι τα λάθη θα μπορούσαν να προληφθούν. Το Ινστιτούτο Ιατρικής στις ΗΠΑ σε έκθεσή του αναφέρει ότι τα λάθη είναι ανθρώπινα ενώ ονομάζει τα ιατρικά σφάλματα κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Ανεπιθύμητη ενέργεια μπορεί να οριστεί ένας τραυματισμός, όχι τυχαίος, που οφείλεται σε μία ιατρική ενέργεια και όχι στην υποκείμενη νόσο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταξινομούνται σε προβλέψιμες και απρόβλεπτες, αν και κάποιοι λένε ότι δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Σφάλμα ορίζεται ένα λάθος στο σχεδιασμό ή στην διαδικασία δράσης, στην χρήση ενός λάθους σχεδίου στην περίθαλψη ενός πάσχοντα. Τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του πάσχοντα. Γνωρίζοντας το πολύπλοκο περιβάλλον στην υγειονομική περίθαλψη γίνεται αντιληπτό ότι ένας βαθμός σφάλματος είναι αναπόφευκτος.



Σχήμα 1: Παράγοντες ανθρωπίνων λαθών

Η πυραμίδα δείχνει αναλογικά την σημασία των παραγόντων του συστήματος που επιτρέπει ανθρωπινό λάθος¹².

Τα νοσοκομεία αναζητούν τρόπους για να βελτιωθεί η ποιότητα και η επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα με στόχο την μείωση του κόστους για σχεδόν τρεις δεκαετίες, χρησιμοποιώντας μια ποικιλία από στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας¹³.

Η βελτίωση της ασφάλειας μπορεί να γίνει αντιληπτή ως «κρεμμύδι ασφαλείας» με τα στρώματα της προστασίας, ανάλογα με το βαθμό της αφαίρεσης από τον πάσχοντα. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν είναι αυτές που εφαρμόζονται σε διάφορα επίπεδα φροντίδας του πάσχοντα (εμπλοκή του πάσχοντα και τη γνωστοποίηση), του επαγγελματία υγείας (εκπαίδευση, η ομαδική εργασία, και λίστες ελέγχου), του χώρου εργασίας (αλλαγές της κουλτούρας και του χώρου εργασίας), καθώς και του οργανωτικού συστήματος (τεχνολογία της πληροφορίας και των συστημάτων αναφοράς επεισοδίων)¹⁶. Ακόμη πολλοί ειδικοί στην ασφάλεια πιστεύουν ότι η αποκάλυψη των ανεπιθύμητων ενεργειών χωρίς την απόδοση κατηγοριών οδηγεί στην μείωση των ιατρικών λαθών. Η ύπαρξη όμως της αντίληψης ότι η αποκάλυψη σφάλματος μπορεί να θεωρηθεί ως ανικανότητα ή ανευθυνότητα από τους συναδέλφους και να επισείει συνέπειες οδηγεί στον φόβο αναφοράς λαθών. Οι συνέπειες της

ανεπαρκούς υποβολής αναφορών έχει ως αποτέλεσμα ότι η αναμενόμενη μάθηση από ανεπιθύμητα συμβάντα και παρ'ολίγον να μην λαμβάνει χώρα σε μια ευρεία κλίμακα¹⁷.

Σε οποιοδήποτε στάδιο της διαχείρισης των πασχόντων πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία μπορεί να συμβεί λάθος. Δύο τύποι σφαλμάτων εκτέλεσης υπάρχουν: τα λάθη της Επιτροπής (ακούσια κάνει κάποιος το λάθος πράγμα) και σφάλματα παράλειψης (ακούσια κάποιος δεν κάνει το σωστό πράγμα). Ένα σφάλμα (error) μπορεί να είναι ή να μην μπορεί να προκαλέσει μία ανεπιθύμητη ενέργεια. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες (near adverse) είναι οι τραυματισμοί που προκύπτουν από την ιατρική παρέμβαση και είναι υπεύθυνοι για βλάβη στον πάσχοντα (θάνατος, απειλητική για τη ζωή ασθένεια, αναπηρία κατά το χρόνο της απαλλαγής, η παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο, κ.λπ.) . Ένα παρ'ολίγον σφάλμα (near-miss) είναι ένα ανεπιθύμητο συμβάν που επιλύεται είτε αυθόρμητα είτε εξουδετερώνεται από την εθελοντική δράση πριν οι συνέπειες έχουν το χρόνο να αναπτυχθούν. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να οφείλεται σε ιατρικά λάθη, οπότε μπορούν να προληφθούν, ή σε παράγοντες που δεν μπορούν να προληφθούν¹⁷.

1.1. Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

Τα νοσοκομεία της περιφέρειας λόγω της θέσης και του μεγέθους τους έχουν κάποια χαρακτηριστικά διαφορετικά συγκριτικά με εκείνα που βρίσκονται στα αστικά κέντρα. Τα νοσοκομεία αυτά διαθέτουν λιγότερους πόρους σε οικονομικό επίπεδο και σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές κατά την συνεργασία τους πολλές φορές χρειάζεται να επιτελέσουν εργασίες και άλλων ειδικοτήτων. Αυτό δυσκολεύει την ύπαρξη κουλτούρας ασφαλείας καθώς οι επαγγελματίες υγείας επιτελούν διάφορους ρόλους. Οι Klinger att al αποκαλύπτουν ότι τα περιφερειακά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν ζητήματα γύρω από τη χρηματοδότηση των σχεδίων τους, τις διαδικασίες επικοινωνίας, ενώ έχουν λιγότερη πρόσβαση στην τεχνολογία¹⁸. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να είναι δύσκολο να παρακολουθήσουν εκπαίδευση σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων. Η ανακοίνωση αναφοράς λαθών γίνεται είναι δύσκολη χωρίς ένα ανώνυμο σύστημα υποβολής σφαλμάτων. Οι επαγγελματίες της υγείας στις μικρές κοινότητες μπορεί να είναι φοβούνται περισσότερο να καταγγείλουν τα λάθη, γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να βλάψει τη φήμη τους εντός της κοινότητας¹⁹. Λάθη στην υγειονομική περίθαλψη, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων μπορούν να συμβούν σε σχεδόν σε όλους τους τομείς της φροντίδας υγείας. Τα νοσοκομεία της περιφέρειας αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις στην εφαρμογή των πρωτοβουλιών για την βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας. Οι περιορισμένοι πόροι, ο χαμηλός όγκος πασχόντων, τα μικρά επιτελεία, και η ανεπαρκής τεχνολογία της

πληροφορίας, είναι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις δυνατότητες παροχής ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και κατά συνέπεια το επίπεδο ασφαλείας των πασχόντων στα νοσοκομεία της περιφέρειας²⁰.

Είναι ιδιαίτερα δύσκολη πρόκληση για τα νοσοκομεία των αγροτικών περιοχών να ανταποκριθούν στην ζήτηση για βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας. Οι άνθρωποι της υπαίθρου είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν χαμηλότερο εισόδημα, πιθανόν έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και συμμετοχή σε επικίνδυνες συμπεριφορές όπως κάπνισμα, αλκοόλ στοιχεία που κάνουν τις ανάγκες των κατοίκων της υπαίθρου είναι να διαφέρουν από των ανθρώπων που διαμένουν στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι ενέργειες που μπορούν να αναληφθούν από το προσωπικό πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στο γεωγραφικό περιβάλλον και τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού. Παρά τις πρωτοβουλίες των νοσοκομείων της περιφέρειας όσον αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι η έλλειψη πληροφορικών συστημάτων και προσωπικού εκπαιδευμένου στην διαχείριση δεδομένων, την συγκέντρωση και ανάλυση αναγκών, ο περιορισμός των πόρων και η βελτίωση της επικοινωνίας με άλλους οργανισμούς είναι στοιχεία που εμποδίζουν την βελτίωσή τους²¹. Η εφαρμογή παρεμβάσεων για την ασφάλεια είναι δαπανηρή σε χρόνο και ενέργεια. Έρευνα της οποίας στόχος ήταν να ενισχυθεί η ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλιών ασφαλείας των πασχόντων σε 8 μικρά αγροτικά νοσοκομεία στο Τενεσί, χρησιμοποίησε ένα πολυ-οργανωτικό μοντέλο συνεργατικής μάθησης. Η επιτυχής υλοποίηση των παρεμβάσεων γίνεται μέσω ενός συνεργατικού μοντέλου με την εφαρμογή τριών παρεμβάσεων στην ασφάλεια των πασχόντων περιλαμβάνοντας τον Αμερικανικό Οργανισμό για την Έρευνα Υγείας και Ποιότητας (AHRQ), την έρευνα κουλτούρας ασφαλείας των πασχόντων, την χρήση των προσωπικών ψηφιακών βοηθών (PDA), και την κοινή χρήση των πρωτοκόλλων επειγόντων περιστατικών. Η επιτυχής υλοποίηση των τριών παρεμβάσεων για την ασφάλεια των πασχόντων εξαρτάται από την ηγεσία των νοσηλευτικών και την διαχείριση της ποιότητας και της ασφαλείας των πασχόντων και την εμπιστευτική επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομείων²².

2. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ο WHO την έννοια της ασφάλειας των πασχόντων την ορίζει ως 'ελευθερία ..από περιττή ή δυνητική βλάβη που συνδέεται με την περίθαλψη των πασχόντων και ως "μια διαδικασία στην υγειονομική περίθαλψη από πράξεις ή παραλείψεις που οδήγησαν σε ή μη ακούσια βλάβη στον πάσχοντα". Μεγάλης κλίμακας τεχνολογικές καταστροφές που αφορούν τα διαστημικά οχήματα, υπεράκτιες εξέδρες άντλησης πετρελαίου, σιδηροδρομικά δίκτυα, εργοστάσια πυρηνικής ενέργειας οδήγησαν στην ανάπτυξη πλαισίων για ασφαλέστερους χώρους εργασίας²³. Η έννοια της κουλτούρας ασφαλείας προέρχεται από οργανώσεις υψηλής αξιοπιστίας (HROs) έξω από την υγειονομική περίθαλψη. Σε χώρους όπου υπάρχει υψηλός κίνδυνος βλάβης εφαρμόζουν και εκτελούν συστήματα ασφαλείας. Οι (HROs) περιλαμβάνουν την αεροπορία, τον στρατό, τα εργοστάσια πυρηνικής ενέργειας. Ο ορισμός που χρησιμοποιείται για την οργανωτική κουλτούρα ασφαλείας στη βιομηχανία πυρηνικής ενέργειας είναι: Κουλτούρα ασφαλείας είναι το προϊόν της ατομικής και ομαδικής εργασίας, οι αξίες, στάσεις, ικανότητες και συμπεριφορές που καθορίζουν την δέσμευση και το στυλ και την επάρκεια των προγραμμάτων υγείας και της ασφάλειας ενός οργανισμού. Οι οργανώσεις με θετική κουλτούρα ασφαλείας χαρακτηρίζονται από την επικοινωνία που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, με κοινές αντιλήψεις για τη σημασία της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης και από την αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων. Βιβλιογραφικά η ασφάλεια των πασχόντων αναφέρεται ως κουλτούρα ασφαλείας και αφορά περισσότερο στην συλλογή δεδομένων, την εμπλοκή της ηγεσίας, την υποβολή εκθέσεων, εστίαση σε κάποιο σύστημα^{24,25}. Οι εμπειρογνώμονες πιστεύουν ότι η ασφάλεια των πασχόντων ξεκινά με την επιβολή στην υγειονομικής περίθαλψη ενός συστήματος ασφαλείας. Οι Vincent et al. πρότειναν ότι η κουλτούρα ασφαλείας ενός οργανισμού αποτελεί βασικό παράγοντα που επηρεάζει την ασφάλεια του συστήματος. Ως κουλτούρα ασφαλείας σύμφωνα με την Βρετανική Επιτροπή Υγείας και το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής μπορεί να προσδιοριστεί ως «τις κοινές στάσεις, τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις υποθέσεις που βρίσκονται πίσω από το πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και να ενεργούν σύμφωνα με τα θέματα ασφαλείας στο εσωτερικό των οργανώσεών τους». Ο όρος «κλίμα ασφαλείας» αναφέρεται γενικά σε μετρήσιμες συνιστώσες της «κουλτούρας ασφαλείας», όπως συμπεριφορές διαχείρισης, συστήματα ασφαλείας, καθώς και τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την ασφάλεια. Αν και οι ακριβείς έννοιες της «κουλτούρας ασφαλείας» και «κλίμα ασφαλείας» είναι διαφορετικές, αυτοί οι δύο όροι εναλλακτικά χρησιμοποιούνται^{26,27}.

Η υγειονομικής περίθαλψη έχει μετατραπεί σε «οργανισμό υψηλής αξιοπιστίας» (HROs) αντιμετωπίζοντας τις προκλήσεις στον τομέα της ασφάλειας των πασχόντων.

Ερωτήσεις όπως τι σημαίνει αξιοπιστία και πως γνωρίζουμε αν είμαστε αξιόπιστοι δεν έχουν απαντηθεί ξεκάθαρα²⁸. Τα βασικά χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφάλειας περιλαμβάνουν την αποδοχή της ευθύνης της ασφάλειας όλων των εργαζομένων, των προτεραιοτήτων της ασφάλειας των οικονομικών και επιχειρησιακών στόχων, ενθάρρυνση και επιβράβευση για την αναγνώριση, την επικοινωνία και την επίλυση των θεμάτων, μαθαίνοντας από τα γεγονότα και την παροχή των κατάλληλων πόρων, τη δομή και τη λογοδοσία με στόχο να διατηρήσουν αποτελεσματικά συστήματα ασφάλειας²⁹. Οι έρευνες που πραγματοποιούνται χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια που αξιολογούν το κλίμα ασφαλείας. Αξιολογούνται οι αντιλήψεις του εργατικού δυναμικού για τις διαδικασίες και τις συμπεριφορές τους στο εργασιακό περιβάλλον και την προτεραιότητα που δίνεται στην ασφάλεια σε σχέση με άλλους οργανωτικούς στόχους. Σε αρκετές έρευνες η κουλτούρα ασφαλείας αναφέρεται ως κλίμα ασφαλείας³⁰. Ο καθηγητής Westrum αναφέρει ότι η ασφάλεια διαμορφώνεται από την οργανωτική κουλτούρα. Αναφέρει τρεις τύπους οργανωτικής κουλτούρας: την παθολογική όπου οι ανάγκες του ηγέτη καθορίζουν τις προτεραιότητες, την γραφειοκρατική που ορίζονται βάση κανόνων, και την παραγωγική κατά την οποία ο στόχος είναι η αποστολή του οργανισμού ανεξάρτητα των προσωπικών προτιμήσεων και θέσεων. Ως πρότυπο κουλτούρας ορίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων και των ευκαιριών που ένας οργανισμός αντιμετωπίζει ενώ διαμορφώνει την ανταπόκριση του οργανισμού στα προβλήματα. Θα ήταν χρήσιμο να σημειώσουμε ότι η κουλτούρα είναι το σύνολο των διεργασιών που διαμορφώνει την απάντηση στις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί διαμορφώνοντας τελικά το κλίμα ασφαλείας³¹.

Υπάρχει διαχωρισμός στην βιβλιογραφία μεταξύ της κουλτούρας και του κλίματος ασφαλείας. Κλίμα ασφαλείας σε μία οργάνωση είναι η κοινή αντίληψη που υπάρχει σχετικά με την ασφάλεια και κουλτούρα ασφαλείας είναι ο προσανατολισμός και η ιδεολογία των εργαζομένων που εξηγεί γιατί η ασφάλεια επιδιώκεται εντός του συγκεκριμένου οργανισμού. Επειδή τα στοιχεία του κλίματος ασφαλείας είναι πιο εύκολα μετρήσιμα από ότι της κουλτούρας ασφαλείας χρησιμοποιείται ο όρος κλίμα ασφαλείας. Έρευνες δείχνουν ότι η ηγεσία επηρεάζει ευθέως το κλίμα ασφαλείας, οφείλοντας να παρέχει τους πόρους, που να προωθούν και να βελτιώνουν την ασφάλεια³². Η μέτρηση του κλίματος ασφαλείας οδηγεί στην διενέργεια αξιολογήσεων με στόχο την βελτίωση της υγειονομικής περιθάλψης και ένα υψηλό επίπεδο ασφαλείας δημιουργεί την βάση για την ασφαλή περίθαλψη του πάσχοντα³³.

2.1. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η κουλτούρα ασφαλείας, η οποία ονομάζεται και κλίμα ασφαλείας των πασχόντων είναι η συνολική συμπεριφορά των οργανώσεων και των ατόμων που βασίζονται σε κοινές αξίες και πεποιθήσεις με στόχο την μείωση της έκθεσης σε λάθη και σφάλματα που θα έχουν ως αποτέλεσμα την βλάβη των πασχόντων³⁴. Αυτό που χαρακτηρίζει τις οργανώσεις με θετική κουλτούρα ασφαλείας είναι η επικοινωνία βασιζόμενη στην εμπιστοσύνη και στις κοινές αντιλήψεις για την σημασία της ασφάλειας. Το στοιχείο κλειδί για την ασφάλεια των πασχόντων στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης είναι η ανάπτυξη της κουλτούρας ασφαλείας. Ένας ηγέτης καθορίζει τους στόχους έτσι ώστε να πετύχει την καλλιέργεια της κουλτούρας ασφαλείας. Ένα πλαίσιο σύμφωνα με τον Reason που καθορίζει πέντε αλληλένδετα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ασφαλείας, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί σε τομείς όπως η πυρηνική ενέργεια, η εξόρυξη πετρελαίου, η πολεμική και εμπορική βιομηχανία τα οποία είναι: 1) Ενημερωμένη, όπου οι ηγέτες έχουν τις τρέχουσες γνώσεις για τους παράγοντες που καθορίζουν την ασφάλεια ενός οργανισμού, όπως το ανθρώπινο δυναμικό, τεχνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. 2) Μια κουλτούρα αναφοράς, όπου γίνεται αναφορά λαθών 3) Απλά μια κουλτούρα, δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνη και ανταμοιβής παροχής πληροφοριών σε εκείνους που δίνουν πληροφορίες για θέματα ασφαλείας 4) Μία ευέλικτη κουλτούρα, που μπορεί να προσαρμόζεται αποτελεσματικά και 5) Μία μαθησιακή κουλτούρα, όπου υπάρχει η διάθεση για την εφαρμογή νέων πρακτικών εφαρμόζοντας νέες πρακτικές²⁵. Ο ορισμός του θεωρητικού μοντέλου των χαρακτηριστικών της κουλτούρας ασφαλείας και των συνεπειών της στον χώρο της υγείας δεν είναι εύκολο να καθοριστεί, αλλά μπορεί να οργανωθεί σε επτά υποκουλτούρες που είναι 1) η ηγεσία 2) η ομαδική εργασία 3) η τεκμηριωμένη φροντίδα 4) η επικοινωνία 5) η μάθηση 6) η ακρίβεια 7) επίκεντρο της φροντίδας είναι ο *πάσχονταπάσχων*^{35,36}.

Οι ηγέτες έχουν την νομική και ηθική υποχρέωση στην διασφάλιση υψηλής ποιότητας στην περίθαλψη των πασχόντων. Γνωρίζοντας ότι ο χώρος της υγείας αποτελεί ένα περιβάλλον υψηλού κινδύνου είναι αναγκαίο να έχουν τις βασικές γνώσεις σε ζητήματα ασφαλείας. Ως διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης χαράζουν στρατηγική διαθέτοντας πόρους και προσωπικό με όραμα και στόχο την διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας. Οι ξεπερασμένες ιεραρχικές δομές αναστέλλουν την συνεργασία και την μάθηση^{35,37}.

Η αποτελεσματική ομαδική εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει την ασφάλεια των πασχόντων. Στις οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης υπάρχουν πολύπλοκες διαδικασίες στην θεραπεία καθώς και συνεχιζόμενη εξέλιξη στην τεχνολογία. Η κατεύθυνση είναι στην εργασία με πνεύμα συλλογικότητας και συνεργασίας μεταξύ των

στελεχών και του προσωπικού. Το Ινστιτούτο Ιατρικής, ο AHRQ και η Μικτή Επιτροπή αναγνωρίζοντας την αξία της ομαδικής εργασίας την θέτουν ως προτεραιότητα στις προτάσεις για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης^{35,38}.

Η παροχή φροντίδας με την εφαρμογή τυποποιημένων διαδικασιών, κατευθυντηρίων οδηγιών, πρωτοκόλλων και καταλόγων ελέγχου δηλώνει την ύπαρξη κουλτούρας ασφαλείας από έναν οργανισμό. Η παροχή φροντίδας πρέπει να παρέχεται βάση επιστημονικών προτύπων και να εξασφαλίζεται μέσω της συνεχούς εκπαίδευσης. Η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των συναδέρφων οδηγεί στην διεπαγγελματική συνεργασία. Η μείωση της διάρκειας παραμονής και της συχνότητας εμφάνισης των ανεπιθύμητων ενεργειών εξαρτάται από την διεπιστημονική συνεργασία. Ακόμη η επικοινωνία του προσωπικού ιδιαίτερα κατά την αλλαγή των βαρδιών απαιτεί ξεχωριστή προσοχή για την παροχή συνεχόμενης φροντίδας. Οι ανεπαρκείς πληροφορίες οδηγούν αναπόφευκτα σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Στόχος είναι η βελτίωση της διεπιστημονικής επικοινωνίας³⁸. Η ύπαρξη κουλτούρας μάθησης σε έναν οργανισμό έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία ευαισθητοποίησης του προσωπικού σε θέματα ασφαλείας. Όταν οι εργαζόμενοι μαθαίνουν μπορούν να εξελίσσονται και να βελτιώνονται. Η μάθηση από τα λάθη εάν δεν υπάρχει τιμωρητικό κλίμα έχει ως αποτέλεσμα την γνώση από αυτά και την διόρθωσή τους. Διάφοροι παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας συμβάλουν στην εμφάνιση λαθών. Η κουλτούρα της ακρίβειας δίνει την δυνατότητα του εντοπισμού των αιτιών εμφάνισης των ανεπιθύμητων συμβάντων και την αύξηση της αξιοπιστίας ενός οργανισμού. Η δημιουργία κουλτούρας με κέντρο τον πάσχοντα τον κάνει ενεργό συμμετέχο στην φροντίδα του και την οργανωμένη κάλυψη των αναγκών του. Είναι σημαντικό από το από το προσωπικό να κατανοήσει ότι η αντιμετώπιση των πασχόντων με σεβασμό, αλληλεγγύη και συμπόνια επιτυγχάνεται μέσα σε ένα ανθρωποκεντρικό περιβάλλον^{35,39}. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Lucian Leape που ιδρύθηκε από το Εθνικό Ίδρυμα για την ασφάλεια των πασχόντων, ο τομέας της υγείας πρέπει να γίνει ένας οργανισμός υψηλής αξιοπιστίας. Για να επιτευχθεί αυτό η υγεία χρειάζεται να μεταμορφωθεί. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί έχοντας ένα όραμα για μια κουλτούρα ανοιχτή και διαφανή με στόχο την βελτίωση της ασφάλειας στο χώρο της υγείας. Το όραμα αυτό περιλαμβάνει πέντε έννοιες: 1) Την διαφάνεια σε ότι κάνουμε ως βασική προϋπόθεση και σημαντικό στοιχείο στην κουλτούρα ασφαλείας 2) Την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας από διεπιστημονικές ομάδες 3) Την εμπλοκή και συμμετοχή των πασχόντων σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, 4) Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βρουν χαρά και νόημα στην εργασία 5) Τον επανασχεδιασμό της εκπαίδευσης στην ικανότητα της διαχείρισης της πληροφορίας, την επικοινωνία, την ομαδική εργασία, στην ασφάλεια των πασχόντων. Όλα αυτά σημαίνουν σημαντική αλλαγή στην νοοτροπία για την φροντίδα υγείας⁴⁰.

3. ΤΟΜΕΙΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

3.1. ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Σε έναν οργανισμό το κλίμα ασφαλείας παρέχει το πλαίσιο εκείνο όπου οι εργαζόμενοι μπορούν να αναπτύξουν κοινές αντιλήψεις σχετικά με συμπεριφορές ασφαλείας. Η δημιουργία περιβάλλοντος όπου υπάρχουν κοινές αντιλήψεις μεταξύ των εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες και τις πρακτικές σχετικά με την ασφάλεια θεωρείται ως προτεραιότητα της ηγεσίας⁴¹. Κλίμα ασφαλείας αναφέρεται ως ο οργανωτικός παράγοντας που περιέχει το πλαίσιο για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς ασφαλείας με τέτοιο τρόπο ώστε οι εργαζόμενοι να μπορούν να αναφέρουν τα λάθη τους χωρίς να έχουν τον φόβο της τιμωρίας. Για την ηγεσία η δημιουργία κλίματος ασφαλείας αποτελεί στρατηγική προτεραιότητα παρέχοντας το κατάλληλο περιβάλλον όπου θα εντοπίζονται τα λάθη και οι κίνδυνοι και οι εργαζόμενοι θα προάγουν την ασφάλεια και την ποιότητα . Ο όρος κλίμα ασφαλείας επινοήθηκε πρώτα από τον Zohar το 1980 ^{42,43}.

3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία. Είναι πολύ σημαντικό ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις εκείνες για την ανάπτυξη της ομαδικής εργασίας. Ομάδα καλείται όταν δύο ή περισσότερα άτομα που έχουν εξειδικευμένους ρόλους συνεργάζονται για να επιτύχουν έναν κοινό στόχο, χρησιμοποιώντας τους ίδιους πόρους. Στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης η ομαδική εργασία καταδεικνύεται μείζονος σημασίας για την διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας⁴⁴. Το Ινστιτούτο Ιατρικής, η Μικτή Επιτροπή και η AHRQ, αναγνωρίζοντας την σημασία της ομαδικής εργασίας στην βελτίωση της παροχής υγείας, την έχουν θέσει ως μία από τις βασικές προτεραιότητες. Η ανάγκη για βελτίωση της φροντίδας των πασχόντων οδήγησε την ομαδική εργασία να αποτελεί ένα σημαντικό τομέα ενός ασφαλούς συστήματος περίθαλψης. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, συμπεριφορών και γνώσεων ανάμεσα σε ετερογενή μέλη μια ομάδας οδηγεί στην μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών και στην δημιουργία του κλίματος ασφαλείας⁴⁵. Το σημαντικό σε μια ομάδα είναι η συλλογικότητα , η συνεργασία, η επικοινωνία και ο συντονισμός μεταξύ των μελών της, καθώς και η ανάπτυξη σχέσεων ανοικτών και ευέλικτων βασισμένων στον σεβασμό³⁶.

3.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ικανοποίηση από την εργασία αναφέρεται στην γενική αντιμετώπιση της εργασίας από τους εργαζομένους. Διάφοροι ορισμοί επικεντρώνονται στα συναισθήματα του ατόμου για την δουλειά του. Όπως ο Locke ,που περιγράφει την ικανοποίηση από την εργασία ως «ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την αξιολόγηση των εμπειριών εργασίας που αποκτά κάποιος από τη δουλειά του" και του Brooke et all , οι οποίοι περιγράφουν την εργασιακή ικανοποίηση ως «μια συναισθηματική αντίδραση στην κατάσταση της απασχόλησης» Η ικανοποίηση από την εργασία έχει ως αποτέλεσμα την πιο εύρυθμη λειτουργία μιας ομάδας και μπορεί να επιδράσει στην ποιότητα της περίθαλψης των πασχόντων. Γενικά μπορεί να θεωρηθεί μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την εργασία. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει την απόδοση και την παραγωγικότητα με αποτέλεσμα την ικανοποίηση του πάσχοντα. Ενώ όταν οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση κούρασης λόγω φόρτου εργασίας και απογοήτευσης λόγω ψυχικής και σωματικής εξάντλησης. Έτσι έχουμε την εμφάνιση άσχημης συμπεριφοράς και επιθετικότητας προς τους συναδέλφους και τους πάσχοντες, αργοπορίας, λήψη μη προγραμματισμένων αδειών, εκνευρισμού, έλλειψης ενδιαφέροντος. Τα σημάδια αυτά οδηγούν σε ανεπαρκή ποιότητα φροντίδας και σε μειωμένη αντίληψη των κινδύνων. Η μη ικανοποίηση από την εργασία καταλήγει σε ανεπαρκή αξιολόγηση της ασφάλειας του πάσχοντα^{46,47}.

3.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΙΟΝΗΣΗ

Το περιβάλλον των νοσοκομείων είναι ένας χώρος αυξημένων εργασιακών απαιτήσεων. Η παροχή ασφαλούς φροντίδας θεωρείται προτεραιότητα των επαγγελματιών υγείας. Ένα αγχωτικό περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της ασφάλειας των πασχόντων. Η αύξηση των απαιτήσεων από τους εργαζόμενους και ο μειωμένος χρόνος αποτελούν παράγοντες κινδύνου με αρνητικές συνέπειες για τον πάσχοντα⁴⁸. Το stress στην εργασία, ειδικά το χρόνιο, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την σωματική και ψυχολογική υγεία των εργαζομένων. Το εργασιακό άγχος συμβάλλει στο μειωμένο επίπεδο υγείας και ευεξίας. Τα υψηλά επίπεδα stress επηρεάζουν το επίπεδο συγκέντρωσης, την λήψη αποφάσεων, την συμπεριφορά προς συναδέλφους και πάσχοντες, την σωστή επεξεργασία των πληροφοριών. Η εργασία κάτω από συνθήκες πίεσης οδηγεί σε λάθη και ατυχήματα. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής το εργασιακό περιβάλλον επιδρά στους εργαζόμενους και παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση των πασχόντων⁴⁹.

3.5. ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Το περιβάλλον εργασίας και η ποιότητα φροντίδας που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Σύμφωνα με τον American Association of Critical Care ένα παραγωγικό περιβάλλον εργασίας περιλαμβάνει την ανάπτυξη οργανωτικών στρατηγικών στους τομείς που αφορούν 1) την επικοινωνία 2) την πραγματική συνεργασία 3) την αποτελεσματική λήψη αποφάσεων 4) την αναγνώριση και 5) την πραγματική ηγεσία. Η παροχή ασφαλούς φροντίδας συνδέεται με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος⁵⁰. Η σημασία του περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας επιδρούν στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Οι παράγοντες που καθορίζουν τις εργασιακές συνθήκες μπορούν να προσδιοριστούν από την στελέχωση (αναλογία, ώρες εργασίας) ενός νοσοκομείου από το κατάλληλο προσωπικό όσον αφορά τον επαρκή αριθμό και την εκπαίδευση για την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας. Ακόμη από την κατάσταση των κτηρίων και την υλικοτεχνική υποδομή, τον εξοπλισμό, τα οποία βοηθούν στην αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας συμβάλλοντας στην βελτίωση της επικοινωνίας και της διεπιστημονικής συνεργασίας μειώνοντας την εμφάνιση λαθών. Τα στοιχεία αυτά οδηγούν στην ασφαλή φροντίδα του πάσχοντα⁵¹.

Οι γενικές και ατομικές αντιλήψεις των εργαζομένων για την διοίκηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν με πολλούς τρόπους ως ένδειξη αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού.

4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η βελτίωση της αξιοπιστίας ενός οργανισμού όσον αφορά την ασφάλεια της περίθαλψης των πασχόντων οδηγεί στην δημιουργία μιας θετικής κουλτούρας ασφαλείας, που σύμφωνα με τον AHRQ χαρακτηρίζεται από ως θεμέλιο αμοιβαίας εμπιστοσύνης, από την άποψη ότι τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται είναι αποτελεσματικά καθώς και την ύπαρξη κοινής πεποίθησης ότι η ασφάλεια των πασχόντων είναι σημαντική⁶. Οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας όπως οι αερομεταφορές διενεργούν συχνά αξιολογήσεις για την στάση των εργαζομένων σε θέματα ασφαλείας. Στον χώρο της υγείας αναγνωρίζουν την σημασία της μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας με στόχο να εξασφαλίσουν την ασφάλεια. Κάποια ψυχομετρικά εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί στην μέτρηση. Η ανάγκη όμως για εύρεση αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης δημιούργησε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για έρευνα²⁷. Θεωρώντας την ασφάλεια ως προτεραιότητα το Υπουργείο Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και το Ινστιτούτο Ιατρικής στην Αμερική προτρέπουν τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να χρησιμοποιήσουν τις τεχνικές διαχείρισης ασφαλείας που χρησιμοποιούν βιομηχανίες υψηλού κινδύνου. Στις βιομηχανίες η αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας γίνεται με την χρήση ερωτηματολογίων στους εργαζόμενους αξιολογώντας τις αντιλήψεις και την συμπεριφοράς τους στον εργασιακό χώρο που αντανακλούν το κλίμα ασφαλείας. Υπάρχουν πολλαπλά επίπεδα στα οποία μπορεί να γίνει έρευνα για την αξιολόγηση του κλίματος ασφαλείας όπως σε επίπεδο ατόμων, ομάδων, τμημάτων και οργανισμών. Μετά την άθροιση των αποτελεσμάτων ο βαθμός ομοιογένειας των απαντήσεων θεωρείται ως μέτρο του κλίματος ασφαλείας. Τα χαρακτηριστικά της κλίματος ασφαλείας στον τομέα της περίθαλψης είναι 1) η ηγεσία, 2) τα συστήματα ασφαλείας, 3) η αντίληψη του κινδύνου, 4) οι εργασιακές απαιτήσεις, 5) το σύστημα αναφοράς λαθών, 6) οι συμπεριφορές και στάσεις ασφαλείας, 7) η επικοινωνία και η ανατροφοδότηση, 8) η ομαδική εργασία, 9) οργανωτικοί παράγοντες και 10) το εργασιακό περιβάλλον. Στις βιομηχανίες είναι 1) η ηγεσία, 2) τα συστήματα ασφαλείας, 3) οι κίνδυνοι, 4) ο εργασιακό φόρτος, 5) οι αρμοδιότητες και 6) η τήρηση διαδικασιών και κανόνων(30).

Παρόλο που αρκετά εργαλεία αξιολόγησης της κουλτούρας ασφαλείας έχουν αναπτυχθεί πολλά δεν είναι εύκολα προσβάσιμα. Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι πρόκληση η αναζήτηση ενός εργαλείου αξιολόγησης από αυτά που ήδη υπάρχουν που να καλύπτει όλες τις ανάγκες τους (1). Στις έρευνες τα εργαλεία μέτρησης του κλίματος που αναφέρονται στην βιβλιογραφία είναι:

Το Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) που έχει χαρακτηριστεί από την Εθνική Αγγλική υπηρεσία Υγείας ως το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο. Αναπτύχθηκε στο Manchester για να χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια υγεία στην ψυχική

υγεία και στα επείγοντα περιστατικά. Η έκδοση για την πρωτοβάθμια υγεία ορίζει εννέα διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας 1) Την συνολική δέσμευση για την ποιότητα. 2) Η προτεραιότητα στην ασφάλεια των πασχόντων 3) Η διερεύνηση περιστατικών ασφαλείας των πασχόντων 5) Η οργανωσιακή μάθηση μετά από κάποιο περιστατικό ασφαλείας των πασχόντων 6) Την επικοινωνία σχετικά με θέματα ασφαλείας 7) Θέματα διαχείρισης και ασφαλείας του προσωπικού 8) Εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού σε θέματα ασφαλείας 9) Την ομαδική εργασία γύρω από θέματα ασφαλείας. Ακόμη σε σχέση με τις εννέα διαστάσεις αναφέρονται και πέντε επίπεδα οργανωτικής κουλτούρας ασφαλείας που είναι:

- Παθολογική Γιατί πρέπει να χάνουμε το χρόνο μας σε θέματα διαχείρισης κινδύνου και ασφαλείας;
- Αντιδραστική Παίρνουμε στα σοβαρά τον κίνδυνο κάθε φορά που έχουμε ένα περιστατικό.
- Υπολογιστική Έχουμε συστήματα για τη διαχείριση όλων των πιθανών κινδύνων.
- Προληπτική Είμαστε πάντα σε επιφυλακή, να σκεφτόμαστε τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν.
- Παραγωγικό. Η διαχείριση του κινδύνου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των όσων κάνουμε. Το πλαίσιο του MaPSaF, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εργαλείο για την ευαισθητοποίηση και την κατανόηση της τρέχουσας κουλτούρας ασφαλείας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης⁵².

Ο Οργανισμός για την Υγεία Έρευνας και Ποιότητας Φροντίδας (AHRQ) από το 2004 χρησιμοποιεί ως εργαλείο το Hospital Survey On Patient Culture (HSOPSC) είναι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείτε συνήθως στις ΗΠΑ. Είναι ένα εργαλείο για την εκτίμηση της κουλτούρας ασφαλείας στα νοσοκομεία όπως και να γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων. Μετρά δώδεκα διαστάσεις της κουλτούρας ασφαλείας.

- Μετρά τις προσδοκίες και τις ενέργειες των διοικήσεων για την προώθηση της ασφαλείας.
- Συνεχή βελτίωση της μάθησης.
- Η ομαδική εργασία μέσα στις μονάδες.
- Επικοινωνίας.
- Σχόλια και επικοινωνία σχετικά με το σφάλμα.
- Μη τιμωριτική αντιμετώπιση σφάλματος.
- Στελέχωση.
- Υποστήριξη της διαχείρισης Νοσοκομείο για την ασφάλεια των πασχόντων.
- Η ομαδική εργασία.
- μεταφορά από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.
- Η συνολική αντίληψη της ασφαλείας.

- Η συχνότητα των αναφορών⁵³.

Το εργαλείο Safety Climate Survey εγκρίθηκε από το Αμερικάνικο Ινστιτούτο για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης (IHI). Παρέχει δεδομένα για την σωστή αξιολόγηση και παρακολούθηση των συνθηκών εργασίας, εξετάζοντας τις απόψεις του προσωπικού που βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Σχεδιάστηκε από το πανεπιστήμιο του Τέξας. Έχει καλή αξιοπιστία σε σύγκριση με άλλα εργαλεία αξιολόγησης, όμως επειδή δεν περιλαμβάνει κάποια χαρακτηριστικά που υπάρχουν σε άλλα εργαλεία το καθιστούν ως εργαλείο με λιγότερη ισχύ. Χρησιμοποιήθηκε στην Βόρεια Αμερική και στον Καναδά⁵⁴.

4.1 SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

Το εργαλείο Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) προέρχεται από το Flight Management Attitude Questionnaire (FMAQ), που έχει δοκιμαστεί στην αεροπορία, πάνω από 20 χρόνια. Δημιουργήθηκε όταν μετά από έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα ατυχήματα οφείλονταν σε μειωμένη απόδοση του πληρώματος σε τομείς όπως η επικοινωνία, η ομαδική εργασία, η ηγεσία. Το εργαλείο Patient Safety Climat in Healthcare Organisations ,προωθήθηκε από την Αμερικανική Υπηρεσία για την έρευνα και την ποιότητα στην Υγεία ,Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) και αποτελεί μέρος ερευνητικού προγράμματος STANFORD για την ασφάλεια των πασχόντων. Το εργαλείο αυτό σχεδιάστηκε από τον Sexton και τους συνεργάτες του στο Κέντρο Αριστείας για την Έρευνα και την Πρακτική για την Ασφάλεια των Πασχόντων του Πανεπιστημίου του Τέξας Χρησιμοποιείται ευρέως συνήθως για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ασφάλεια των πασχόντων σε διάφορες κλινικές περιοχές και χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και για την για την μέτρηση των στάσεων ασφαλείας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Μπορεί να εντοπίσει αδυναμίες στο κλινικό περιβάλλον και να αποτελέσει έναυσμα για παρεμβάσεις με στόχο την μείωση του κινδύνου εμφάνισης λαθών. Καλύπτει έξι αντικείμενα: 1) την ομαδική εργασία, 2) την ικανοποίηση από την εργασία 3) το κλίμα ασφαλείας 4) την αναγνώριση του στρες 5) τις συνθήκες εργασίας και 6) και τις αντιλήψεις για την διοίκηση ²⁶. Λίγα ψυχομετρικά εργαλεία έχουν αναπτυχθεί για τη μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας ασφαλείας των πασχόντων, έχοντας πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματά. Από τα ερωτηματολόγια που ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται το SAQ έχει καλά ψυχομετρικά δεδομένα και έχει συνδεθεί με την έκβαση της νοσηλείας των πασχόντων όπως. Ευνοϊκές βαθμολογίες στο SAQ συνδέθηκαν με λιγότερα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, λιγότερες μέρες παραμονής στην εντατική θεραπεία, μείωση των ποσοστών εμφάνισης πνευμονίας και εμφάνιση

λιγότερων λοιμώξεων. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του έχει τεκμηριωθεί στις Η.Π.Α. , Νορβηγία και Ηνωμένο Βασίλειο²⁷. Με το SAQ γίνεται εκτίμηση της παροχής φροντίδας σε επίπεδο μονάδας αξιολογώντας τον με βάση «τον τρόπο που κάνουμε τα πράγματα εδώ γύρω». Συνδέοντας τις αντιλήψεις με τα κλινικά αποτελέσματα οι βαθμολογίες του SAQ μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη συγκριτική αξιολόγηση των επιδόσεων της κουλτούρας ασφάλειας. Κάτι τέτοιο θα ήταν σημαντικό όμως αυτό δεν έχει μελετηθεί, ωστόσο δεν πληροί κάποια κανονιστικά κριτήρια στο ότι α) υπάρχουν σημαντικές διακυμάνσεις στην ποιότητα της φροντίδας μεταξύ των παρόχων, ότι β) αυτή η μεταβολή δεν είναι τυχαία, και ότι γ) η μέτρηση των θα δώσει ώθηση και πορεία προς τη βελτίωση⁵⁵. Το SAQ έχει προσαρμοστεί για χρήση σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), χειρουργεία, νοσηλευτικά τμήματα, και κλινικές εξωτερικών πασχόντων. Για κάθε έκδοση του SAQ, το περιεχόμενου είναι το ίδιο, με μικρές τροποποιήσεις ώστε να αντικατοπτρίζει την κλινική περιοχή. Το SAQ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα εργαλείο για την αυξανόμενη ζήτηση της αξιολόγησης του κλίματος ασφαλείας. Οι διαφορές του SAQ από τα άλλα εργαλεία είναι ότι έχει χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και έτσι υπάρχει η δυνατότητα συγκριτικών δεδομένων, ύπαρξη μεγαλύτερης ποσότητας ψυχομετρικών δεδομένων. υπάρχει μια συνέχεια λόγω της προέλευσής του από το FMAQ της αεροπορίας με ιστορία είκοσι χρόνων. Η εμπειρία από τα νοσοκομεία του ελλαδικού χώρου δείχνει ότι η πρόταση « μου αρέσει η δουλειά μου» συγκεντρώνει υψηλά ποσοστά συμφωνίας (άνω του 80%), ενώ οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διοίκηση και την αποτελεσματικότητά της χαμηλότερα ποσοστά (40-50%). Άλλωστε, η βαθμολογία συνολικά για τον παράγοντα « αντίληψη για τη διοίκηση» είναι χαμηλή στις διάφορες έρευνες και κυμαίνεται από 22%-40%^{56,57}.

Επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ των επαγγελματιών και βοηθά στην αναζήτηση των οικογενικών ανθρωπίνων παραγόντων, μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών. Η χρήση του SAQ μπορεί να εκτιμήσει το κλίμα ασφαλείας σε έναν οργανισμό περίθαλψης και να επιτρέψει έγκυρες συγκρίσεις μεταξύ των νοσοκομείων, τομέων περίθαλψης των πασχόντων, τα είδη των φροντιστών, και τον εντοπισμό των αλλαγών την πάροδο του χρόνου⁵⁸.

5. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Το Ινστιτούτο Ιατρικής κάνει έκκληση για «θεμελιώδη αλλαγή για να κλείσει το χάσμα ποιότητας και να σώσει ζωές», και πρότεινε μια εθνική πρωτοβουλία για να παρέχει μια στρατηγική κατεύθυνση για τον επανασχεδιασμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης του 21ου αιώνα. Η επιτυχής εφαρμογή των αλλαγών στο συνολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας απαιτεί αλλαγή στην ειδικά συστήματα ασφάλειας των πασχόντων σε επίπεδο νοσοκομείου⁵⁹. Το ερευνητικό εργαλείο SAQ εφαρμόστηκε για την αξιολόγηση κλίματος ασφαλείας το 2001 στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου John Hopkins που ανέπτυξε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ασφαλείας για Μονάδα (CUSP), θέλοντας να βελτιώσει την ποιότητα και την ασφάλεια. Η εφαρμογή του προγράμματος συντέλεσε στο να επιτευχθεί ο στόχος της πρόληψης των λοιμώξεων που προκαλούνται από την τοποθέτηση ενδοαγγειακών καθετήρων. Αποτράπηκαν οκτώ θάνατοι και σαράντα τρεις λοιμώξεις. Οι παρεμβάσεις αφορούσαν την αρχική αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας της μονάδας την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφαλείας. Η βοήθεια της ηγεσίας ήταν καθοριστική. Η τεκμηρίωση και η ανάλυση των αποτελεσμάτων σε συνδυασμό με την επαναξιολόγηση της κουλτούρας της μονάδας συντέλεσαν στην αξιοπιστία του προγράμματος.

Το 2002, το Sentara Norfolk Γενικό Νοσοκομείο (SNGH), στο Νόρφολκ της Βιρτζίνια εφάρμοσε ένα πρόγραμμα με στόχο τη βελτίωση της ασφαλείας των πασχόντων ενισχύοντας την οργανωτικής κουλτούρας της ασφαλείας. Πραγματοποιήθηκε μια οργανωτική αξιολόγηση που πρότεινε στρατηγικές για την προώθηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την ασφάλεια. Δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες για όλο το προσωπικό με στόχο την επικοινωνία ώστε να αναλύουν τις τεχνικές πρόληψης σφαλμάτων. Τα αποτελέσματα ήταν η μείωση κατά 84 τοις εκατό στην πνευμονία που σχετίζεται σε αναπνευστήρα από το Ιανουάριο 2001 έως τον Ιούνιο του 2004, και ένα 63 τοις εκατό μείωση στο ποσοστό στις λοιμώξεις εξαιτίας των συσκευών που συνδέονται με αίμα από το 2002 έως τον Ιούνιο του 2004.

Το OSF St. Joseph Medical Center στο Bloomington, Ιλινόις χρησιμοποίησε διάφορες στρατηγικές για την προώθηση μιας οργανωτικής κουλτούρας της ασφαλείας: όπως την εκτεταμένη αναφορά λαθών, την πρόληψη των σφαλμάτων, και την συνεργασία για βελτίωση. Εφάρμοσε διάφορους τρόπους για την μείωση των σφαλμάτων στη φαρμακευτική αγωγή. Μετά από αυτές τις παρεμβάσεις, η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών του φαρμάκου μειώθηκαν κατά 91 τοις εκατό (5,8 έως 0,5 ανά 1000 δόσεις) κατά το διάστημα Ιουνίου 2001-Μαΐου 2003²⁵.

5.1 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Ο τρόπος αντιμετώπισης των σφαλμάτων απασχολεί ολοένα και περισσότερο του οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Αναγνωρίζοντας την ανάγκη αντιμετώπισης αυτού του προβλήματος και θέλοντας να επιτύχουν την μείωση αυτών των περιστατικών εφαρμόζουν στρατηγικές με στόχο την πρόληψή τους⁶¹. Βιβλιογραφικά, οι όροι «ασφάλεια των πασχόντων» και «ιατρικά λάθη» συνδέθηκαν άμεσα με το «κλίμα ασφάλειας» ενός οργανισμού. Για την μέτρηση και την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας δημιουργήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία⁶². Αναγνωρίζοντας την ανάγκη για ενίσχυση της κουλτούρας ασφαλείας οδήγησε σε σύσταση του συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των πασχόντων, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (2009/C 151/01). Σύμφωνα με τις διατάξεις της Σύστασης, τα κράτη-μέλη θα πρέπει να θεσπίζουν, να διατηρούν ή να βελτιώνουν τα συστήματα υποβολής εμπεριστατωμένων εκθέσεων και μάθησης, με στόχο τον εντοπισμό της έκτασης και των αιτιών των ανεπιθύμητων περιστατικών, καθώς και την ανάπτυξη αποτελεσματικών λύσεων και παρεμβάσεων. Επίσης στην ασφάλεια των πασχόντων εντάσσεται και η εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού. Ακόμη οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να υποβάλλουν συστηματικά εκθέσεις μέσω της δημιουργίας ενός διαφανούς, αμερόληπτου και όχι τιμωρητικού πλαισίου υποβολής εκθέσεων. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει κάνει σημαντική πρόοδο στην ενίσχυση της ασφαλείας των πασχόντων δημιουργώντας ένα ανοιχτό σύστημα αναφοράς συμβάντων. Το 2001 ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλειας Πασχόντων (National Patient Safety Agency), ο οποίος εποπτεύει ένα σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς και καταγραφής όλων των λαθών, των αποτυχιών, καθώς και των παρ' ολίγον λαθών (near misses). Στα επόμενα χρόνια με την δημιουργία συστημάτων on-line αναφοράς λαθών αποδείχθηκε ότι η μη τιμωρητέα (non-punitive) αναφορά σφαλμάτων λειτουργεί σωστά και το Εθνικό Σύστημα Υγείας βρίσκεται σε πολύ καλύτερη θέση απ' ό,τι πριν από 10 έτη όσον αφορά στη διδαχή από τα λάθη του, εκδίδοντας προειδοποιήσεις και σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες προκειμένου να μάθουν από αυτά. Ακόμη παράλληλα με την ύπαρξη ενός φορέα σε κεντρικό επίπεδο, στο Ηνωμένο Βασίλειο ελήφθησαν πολύ πρόσφατα (Ιούνιος 2014) πρωτοβουλίες και προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της αίσθησης καθήκοντος και της προσωπικής ευθύνης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού⁵. Στην Αμερική αν και εφαρμόζονται συστήματα ανίχνευσης σφαλμάτων όλα τα νοσοκομεία δεν ανταποκρίνονται το ίδιο αποτελεσματικά. Για αυτό άρχισε να χρησιμοποιείτε το εργαλείο Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events που εντοπίζει 10 φορές περισσότερα λάθη από τα υπόλοιπα συστήματα. Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε από το Institute for Health Improvement, έναν ανεξάρτητο –μη κερδοσκοπικό– οργανισμό που εδρεύει στη Μασαχουσέτη και στοχεύει στη βελτίωση της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Είναι ένα σύστημα το οποίο ελέγχει τους φακέλους πασχόντων με βάση στοιχεία/ενδείξεις που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν πιθανά λάθη. Το εργαλείο αυτό έδωσε λύσεις στον να βρεθεί ένας πιο αποτελεσματικός τρόπος για τον εντοπισμό των συμβάντων υπεύθυνων για βλάβη των πασχόντων έτσι ώστε να σχεδιάσουν και να βρουν τρόπους για να πετύχουν την μείωσή τους.

Στην χώρα μας μια αξιόλογη προσπάθεια στον τομέα της αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών αποτελεί το σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία MERIS, το οποίο αναπτύχθηκε από το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά. Υπάρχει η δυνατότητα της αυτόβουλης (οικειοθελής) αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών, με μια απλή και ασφαλή διαδικασία. Στόχο έχει την παροχή γνώσεων σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων και όχι η απόδοση ευθυνών σε ατομικό ή σε γενικό επίπεδο οργανισμών όπως και η καλλιέργεια κουλτούρας ενθάρρυνσης προσωπικού και πολιτών για την ανάδειξη και την αντιμετώπιση συμβάντων που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων και υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας⁵. Έγινε εφαρμογή του Medical Error Reporting Information System σε περιβάλλον ΜΕΘ (ICUMERIS), προκειμένου να αναγνωρίσει, να καταγράψει και να αναλύσει τα ιατρικά σφάλματα και τα δυσμενή συμβάντα. Το ICU-MERIS υιοθετεί τη φιλοσοφία καταγραφής και αναφοράς των ιατρικών σφαλμάτων του Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUSRS) της Society of Critical Care Medicine (SCCM) και του Critical Incident Reporting in Critical Care του Council of the Intensive Care Society. Ο στόχος του συστήματος βραχυχρόνια είναι η ανίχνευση και η καταγραφή των συμβάντων, των βασικών χαρακτηριστικών τους και των παραγόντων που συνέβαλαν στην πρόκλησή τους. Ο μακροπρόθεσμος σκοπός του, συνολικά, είναι η μείωση της βλάβης στη ΜΕΘ, μέσα από ενέργειες πρόληψης, παρέμβασης ή απλά ανάλυσης των προβλημάτων, που μπορεί να αντιμετωπίσει η μακροχρόνια περίθαλψη σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας⁶¹.

Γνωρίζοντας ότι η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί μείζον θέμα για έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης εδώ και μια δεκαετία έχει αναγνωριστεί και η σημασία της εκπαίδευσης στον θέμα αυτό. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει εκδώσει έναν οδηγό για την ασφάλεια των πασχόντων. Παρέχει στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης την υποστήριξη και την εφαρμοσμένη γνώση για την ενσωμάτωση των αρχών της ασφάλειας των πασχόντων στην πρακτική τους⁶¹.

6.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας. Η διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας θα δώσει την ευκαιρία διεξαγωγής συμπερασμάτων που θα διευκολύνουν την ανάληψη πρωτοβουλιών βελτίωσης των συνθηκών εργασίας των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της περίθαλψης των ασθενών. Στόχος της μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας και πως αυτοί διαμορφώνονται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας.

6.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο και Αύγουστο του 2015, αφού πρώτα δόθηκε η σχετική η άδεια διεξαγωγής από την Επιτροπή Βιοηθικής του Νοσοκομείου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν το ιατρικό, νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό όλων των τμημάτων του νοσοκομείου. Το κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη ήταν ο επαγγελματίας υγείας να έχει σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου με το νοσοκομείο (συνεπώς αποκλείστηκαν από τη μελέτη φοιτητές ή εργαζόμενοι λιγότερο από έξι μήνες), ενώ η συμμετοχή έγινε σε εθελοντική βάση, χωρίς να δοθεί το οποιοδήποτε χρηματικό ή άλλο αντάλλαγμα.

Το δείγμα αποτέλεσαν 140 επαγγελματίες υγείας που προθυμοποιήθηκαν να απαντήσουν (δείγμα ευκολίας). Διανεμήθηκαν αρχικά 140 ερωτηματολόγια του ερευνητικού εργαλείου SAQ και επιστράφηκαν 91 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (65%) ποσοστό ανταπόκρισης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για τη περιγραφή της έρευνας, τη δυνατότητα της μη συμμετοχής καθώς για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των εξεταζόμενων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε 10 έως 15 λεπτά.

6.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχτηκε η χρήση του ερευνητικού εργαλείου Safety Attitudes Questionnaire το οποίο προέρχεται από το εργαλείο Flight Management Attitudes Questionnaire (FMAQ) και το οποίο έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο SAQ σχεδιάστηκε από τον Sexton και τους συνεργάτες του. Αποτελείται από 60 ερωτήσεις και η συνοπτική έκδοση από 30, που 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 τη κλίμακα Likert

(1=διαφωνώ,2=διαφωνώ κάπως ,3= ουδέτερο ,4= συμφωνώ ελαφρώς, 5= συμφωνώ απολυτά)
 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]

6.4 Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Η διερεύνηση των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία t-test προκειμένου για δύο δείγματα .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's alpha έδωσε τιμές μεταξύ 0,63-0,76, δείχνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία για τις διάφορες υποκλίμακες του SAQ, πλην της αντίληψης για τη διοίκηση- $\alpha=0,56$).

Πίνακας 1. Εσωτερική αξιοπιστία των υποκλιμάκων SAQ

Παράγοντες	a Cronbach
Ομαδική εργασία (Ερωτήσεις: 3, 26, 32, 36, 37, 40)	0,77
Ασφάλεια (Ερωτήσεις: 4, 5, 11, 12, 22, 23, 30)	0,67
Εργασιακή ικανοποίηση (Ερωτήσεις: 2, 8, 15, 31, 44)	0,85
Αναγνώριση stress (Ερωτήσεις: 27, 33, 34, 49)	0,79
Αντίληψη διοίκησης (Ερωτήσεις: (18, 10, 19, 28)	0,56
Εργασιακές συνθήκες (Ερωτήσεις: 6, 7, 24, 45)	0,64

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 78,4% του δείγματος. Οι συμμετέχοντες στην πλειονότητά τους ήταν έγγαμοι (69,2%), ενώ η μέση τιμή της ηλικίας ήταν $39,32 \pm 7,38$ έτη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή		N	%	ΜΤ±ΤΑ
Φύλο	Γυναίκα	72	78,4	
	Άνδρας	19	21,6	
Σύνολο		91	100,0	
Ηλικία (έτη)				39,32±7,38
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμοι	63	69,2	
	Άγαμοι	23	25,3	
	Διαζευγμένοι/Χήροι	5	5,5	
Σύνολο		91	100,0	
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

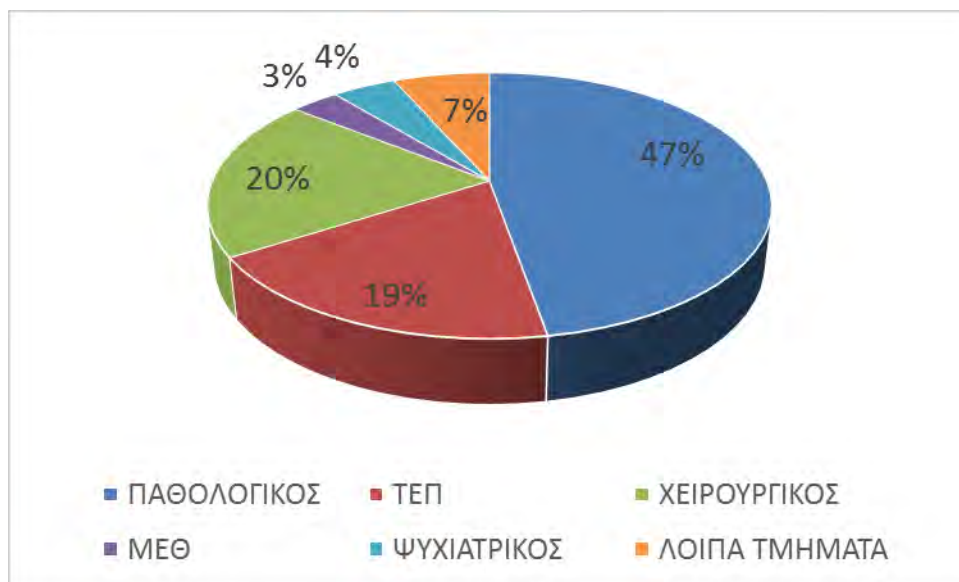
Ο μέσος συνολικός χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν $5,84 \pm 5,00$ έτη, ενώ ο συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος ήταν $15,42 \pm 8,48$ έτη.

Πίνακας 2. Χρόνια υπηρεσίας

Μεταβλητή	ΜΤ±ΤΑ
Άσκηση Επαγγέλματος (έτη)	15,42±8,48
Χρόνος Εργασίας (έτη)	5,84±5,00
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση	

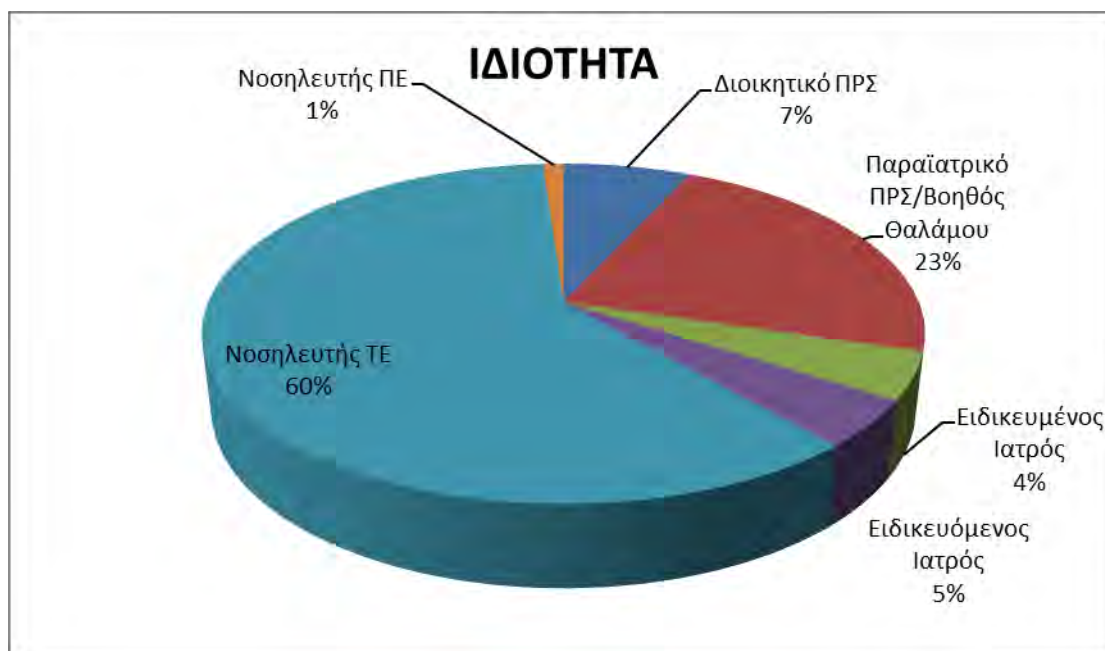
Το 47% των επαγγελματιών υγείας εργαζόταν στον παθολογικό τομέα, το 20% στο χειρουργικό και το 19% στα ΤΕΠ.

Γράφημα 1. Τομέας εργασίας



Το 68% ήταν νοσηλευτές (60% ΤΕ, 1% ΠΕ και 7% αποσπασμένο σε διοικητικές θέσεις), ενώ το 23% ήταν παραϊατρικό προσωπικό και το 9% ιατροί.

Γράφημα 2. Επαγγελματική ιδιότητα.



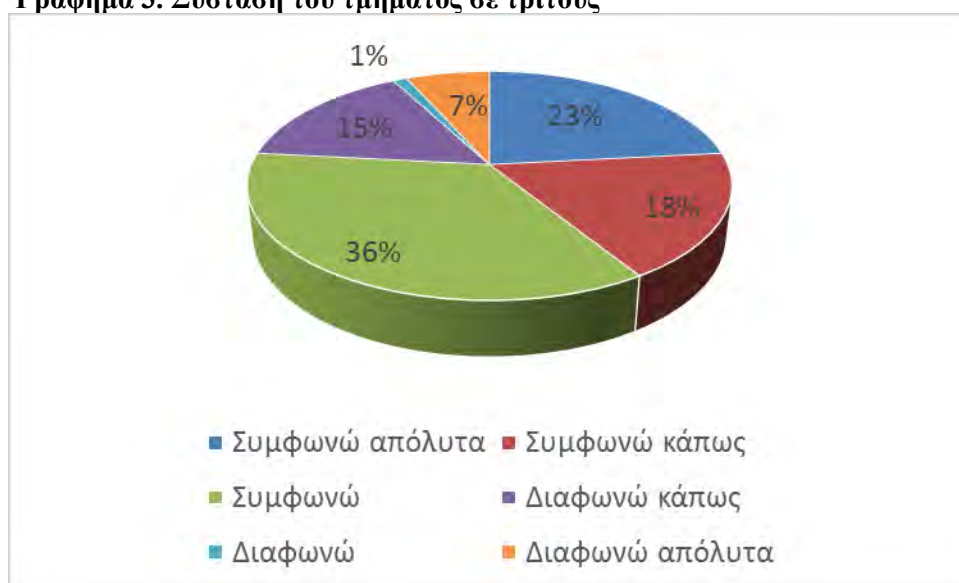
Αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών γενικά, η μέση τιμή με άριστα το 10 ήταν στο 7,45, ενώ όταν ζητούνταν από τον επαγγελματία υγείας να αξιολογήσει την ποιότητα των δικών του υπηρεσιών η βαθμολογία ανερχόταν σε 8,31. Η εργασιακή ικανοποίηση κυμάνθηκε στο $7,00 \pm 2,47$. Αυτό σημαίνει ότι κατά την άποψη των επαγγελματιών υγείας η ποιότητα υπηρεσιών ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα, όπως και η ικανοποίηση από την εργασία τους.

Πίνακας 3. Ποιότητα παροχής υπηρεσιών και συστάσεις (0=Ελάχιστο -10=Μέγιστο)

Μεταβλητή	N	ΜΤ	ΤΑ
Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών γενικά	88	7,45	1,46
Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών από τον συμμετέχοντα	88	8,31	1,09
Εργασιακή ικανοποίηση	87	7,0	2,47

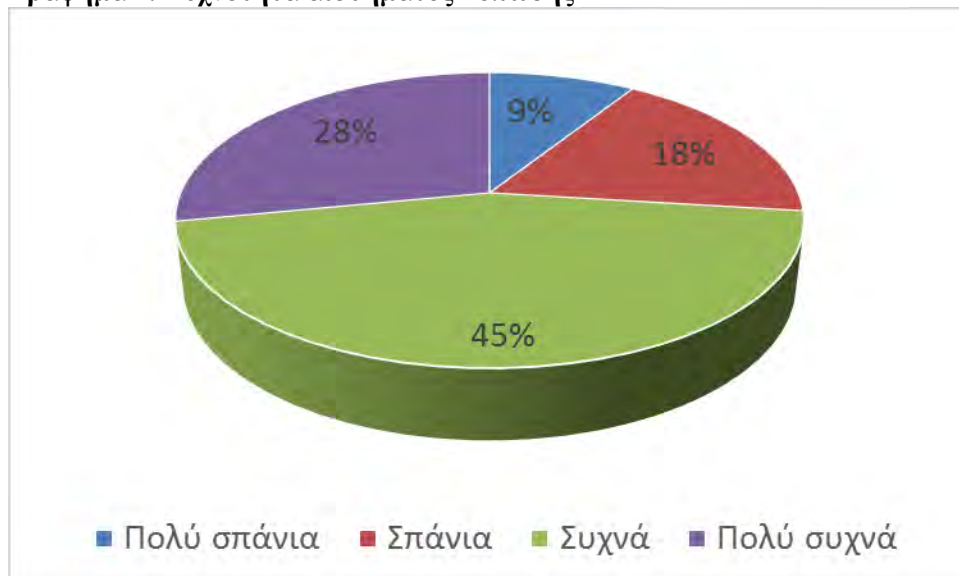
Αναφορικά με τη σύσταση του τμήματος σε τρίτους για νοσηλεία, το 23% εκφράζεται αρνητικά και ένα επίσης 23% συμφωνεί απόλυτα.

Γράφημα 3. Σύσταση του τμήματος σε τρίτους



Το 73% αναφέρει ότι συχνά/ πολύ συχνά αισθάνεται κόπωση.

Γράφημα 4. Συχνότητα αισθήματος κόπωσης



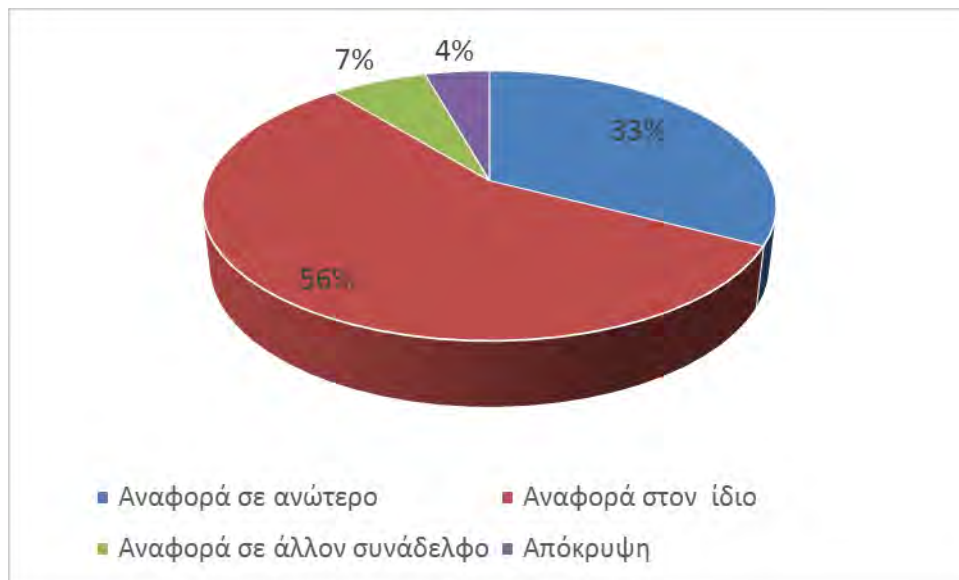
Το 85% θεωρεί ότι η δήλωση λαθών πρέπει να είναι υποχρεωτική, ενώ το 2% κρίνει ότι δεν χρειάζεται.

Γράφημα 5. Άποψη για τη δήλωση λαθών



Το 56% θα ανέφερε το λάθος που έπεσε στην αντίληψή του στον ίδιο το συνάδελφο που το διέπραξε, ενώ το 4% θα το απέκρυπτε και το 33% θα το ανέφερε σε ανώτερο.

Γράφημα 6. Ενέργειες σε περίπτωση λάθους συναδέλφου (σε σοβαρή βλάβη ασθενούς)



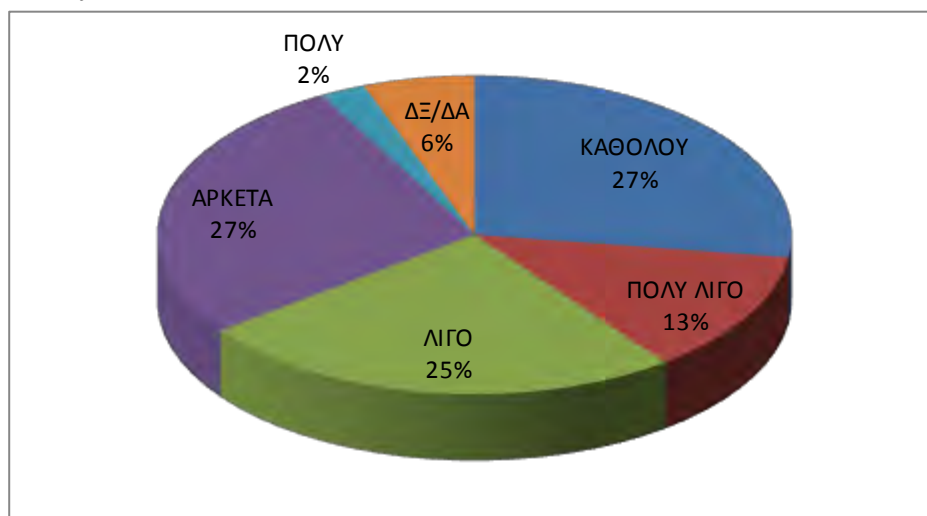
Αν το λάθος είχε προκαλέσει το θάνατο σε ασθενή, τότε το 10% θα το απέκρυπτε.

Γράφημα 7. Ενέργειες σε περίπτωση λάθους συναδέλφου (θάνατος ασθενή)



Το 40% δηλώνει λίγο ή καθόλου ευχαριστημένο από τον τρόπο που η διοίκηση χειρίστηκε την αναφορά του λάθους.

Γράφημα 8. Ικανοποίηση από το χειρισμό της Διοίκησης μετά την αναφορά κάποιου λάθους



Το 60,4% ανέφερε λάθη, με την πλειονότητα αυτών να συμβαίνουν στη βραδινή βάρδια και να επηρεάζουν στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την υγεία του ασθενούς. Το ένα τρίτο το ανέφερε το λάθος σε συνάδελφο ιατρό και τα 2/3 σε συνάδελφο νοσηλεύτη. Από αυτούς 4 άτομα το διόρθωσαν και 8 το δήλωσαν.

Πίνακας 4. Συχνότητα λαθών και αξιολόγηση των συνεπειών τους στην υγεία του ασθενούς

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	N	%
Έχετε κάνει λάθος;		
ΌΧΙ	36	39,6
ΝΑΙ	55	60,4
Σύνολο	91	
Εάν Βάρδια που συνέβη το λάθος		
Πρωινή	10	18,3
Απογευματινή	8	14,5
Βραδινή	37	67,2
Σύνολο	55	100,00
Επίπτωση στην υγεία του ασθενή		
Καθόλου	20	36,3
Λίγο	14	25,5
Αρκετά	4	7,2
Πολύ	1	1,8
Πάρα πολύ	0	0,0
Δεν ξέρω	17	30,9
Σύνολο	55	100,00

Όταν αξιολογούνταν η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η πλειονότητα την έκρινε ως καλή / πολύ καλή, ενώ για τη νοσηλευτική διεύθυνση οι κρίσεις είναι απογοητευτικές: «δεν υφίσταται» απαντά το 8,0%, ενώ «πολύ κακή» το 11,5%.

Πίνακας 5. Αξιολόγηση συνεργασίας μεταξύ συναδέλφων - διοίκησης

	Πολύ Κακή N / %	Κακή N / %	Επαρκής N / %	Καλή N / %	Πολύ καλή N / %	Δεν υφίσταται N / %
Νοσηλευτική Διεύθυνση	10 / 11,5	4 / 4,5	21 / 24,1	25 / 28,7	20 / 23,0	7 / 8,0
Προϊστάμενοι Νοσηλευτές	4 / 4,6	5 / 5,7	19 / 21,8	17 / 19,5	33 / 37,9	9 / 10,3
Νοσηλευτές	2 / 2,4	1 / 1,1	10 / 11,8	28 / 32,9	44 / 50,0	6 / 6,5
Β. Νοσηλευτές	1 / 1,1	1 / 1,3	13 / 17,1	22 / 28,9	37 / 48,7	1 / 1,3
Ιατροί Γ. Ιατρικής	3 / 3,6	2 / 2,4	18 / 21,7	33 / 39,8	23 / 27,7	4 / 4,8
Παθολόγοι	2 / 2,3	2 / 2,3	12 / 14,0	31 / 36,0	28 / 31,8	11 / 12,8
Χειρουργοί	1 / 1,2	7 / 8,1	13 / 15,1	36 / 41,9	19 / 22,1	10 / 11,6
Καρδιολόγοι	2 / 2,3	7 / 8,0	16 / 18,4	29 / 33,3	26 / 29,9	7 / 8,0
Ορθοπαιδικοί	1 / 1,2	4 / 4,7	7 / 8,1	37 / 43,0	24 / 27,9	13 / 15,1
Ψυχολόγοι	1 / 1,2	1 / 1,2	6 / 7,1	30 / 35,7	30 / 35,7	16 / 19,0
Φαρμακοποιοί	1 / 1,2	5 / 5,8	20 / 23,3	33 / 38,4	15 / 17,4	12 / 14,0
Αναισθησιολόγοι	1 / 1,2	1 / 1,2	12 / 14,0	33 / 38,4	26 / 30,2	13 / 15,1
Παραϊατρικό Προσ. Μονάδας	1 / 1,2	6 / 7,2	7 / 8,4	24 / 28,9	32 / 38,6	13 / 15,7
Κοινωνικοί Λειτουργοί	3 / 3,6	3 / 3,6	11 / 12,5	26 / 31,3	30 / 36,1	10 / 11,4

Στην υποκλίμακα της ομαδικής εργασίας την υψηλότερη συμφωνία (3,61) και τον είχε η πρόταση «Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών», ενώ σε όλες τις άλλες προτάσεις το ποσοστό συμφωνίας βρισκόταν κάτω του 22%. Η πρόταση «Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι» είχε τον υψηλότερο βαθμό διαφωνίας (71%).

Πίνακας 6. Υποκλίμακα Ομαδικής εργασίας

Ομαδική εργασία				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	3.Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα	3,22(1,18)	12,20	56,70
2	26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών	2,43(1,11)	71,10	3,30
3	32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή)	2,90(1,27)	11,00	62,60
4	36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς	3,47(1,29)	21,30	60,70
5	37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι	3,58(1,18)	20,90	65,90
6	40. Οι ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα	3,25(1,27)	19,80	57,1
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της ασφάλειας, την υψηλότερη συμφωνία (21,10%) συγκέντρωσε η ερώτηση «Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα». Σημειώνεται ότι η πρόταση «Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία» είχε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (1,10%).

Πίνακας 7. Υποκλίμακα Ασφάλειας

Κλίμα Ασφάλειας				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα	3,68(1,01)	21,10	53,30
2	5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα	3,78(0,96)	24,40	53,30
3	11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία	2,19(1,03)	1,10	72,20
4	12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη	3,13(1,34)	19,80	54,90
5	22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών	3,17(1,23)	13,20	63,70
6	23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων	2,74(1,12)	1,10	68,10
7	30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα	3,20(1,29)	16,50	50,50
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της «εργασιακής ικανοποίησης», την υψηλότερη βαθμολογία (4,64) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (47,3%) είχε η πρόταση «Μου αρέσει η δουλειά μου». Αντίθετα, η ερώτηση «Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος» είχε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (2,20%).

Πίνακας 8. Υποκλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης

Εργασιακή Ικανοποίηση				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	2. Μου αρέσει η δουλειά μου	4,12(1,05)	47,30	36,30
2	8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια	2,84(1,31)	10,10	61,80
3	15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος	2,56(1,18)	2,20	74,70
4	31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το Νοσοκομείο	2,63(1,21)	7,70	58,20
5	44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό	3,02(1,20)	7,80	64,40
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της «αναγνώρισης stress», την υψηλότερη συμφωνία (50,50%) είχε η πρόταση «Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου».

Πίνακας 9. Υποκλίμακα Αναγνώριση Stress

Αναγνώριση Stress				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου	3,66(1,51)	42,90	52,70
2	33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η	4,12(1,20)	48,90	48,90
3	34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου	4,13(1,15)	50,50	42,90
4	49. Η κόπωση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση)	2,95(1,46)	14,90	69,0
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της «Αντίληψης Διοίκησης», το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (1,10%) είχε η ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες», ενώ καμία ερώτηση δεν ξεπέρασε το 10%.

Πίνακας 10. Υποκλίμακα Αντίληψης Διοίκησης

Αντίληψη Διοίκησης				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες	2,73(1,13)	1,10	74,40
2	18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών	2,00(1,08)	7,70	65,90
3	19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών	2,24(1,41)	8,90	81,10
4	28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου	2,79(1,16)	3,30	76,70
(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση				

Στην υποκλίμακα της «συνθήκες εργασίας», το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (3,3%) είχε η ερώτηση «Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού», ενώ καμία ερώτηση δεν ξεπέρασε το 50%.

Πίνακας 11. Υποκλίμακα συνθηκών εργασίας

Συνθήκες Εργασίας				
A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού	2,58(1,21)	3,30	72,20
2	7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση	3,10(1,29)	13,50	70,80
3	24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό	2,07(1,10)	3,30	75,80
4	45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς	3,60(1,03)	20,00	50,00

Η πρόταση «η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών» και η «Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται» ήταν εκείνες με τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας (73,9% και 50,% αντίστοιχα).

Πίνακας 12. Λοιπές Ερωτήσεις Στάσεων για την Ασφάλεια

A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΜΤ(ΤΑ)	% Συμφωνία	% Διαφωνία
1	1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το τμήμα	4,31(0,87)	51,60	35,20
2	9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά	2,31(1,09)	0,00	63,70
3	13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών	4,69(0,55)	73,90	21,60
4	14. Σε αυτό το τμήμα χειρ/ό γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή	3,62(1,10)	22,2	55,60
5	16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται	2,97(1,35)	17,80	66,70
6	17. Όλο το προσωπικό στην δικό μου τμήμα αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών	3,64(1,07)	25,80	43,80
7	20. Οι αποφάσεις σε αυτό το τμήμα λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους	2,96(1,24)	11,20	60,70
8	21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του	2,50(1,13)	2,20	63,70
9	25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το τμήμα είναι επαρκής	2,29(1,16)	3,30	81,30
10	29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς	3,40(1,39)	24,40	58,90
11	35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου	2,77(1,46)	14,30	73,60
12	38. Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των ασθενών	2,92(1,33)	11,10	76,70
13	39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού	3,63(0,89)	12,20	60,00
14	41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το τμήμα	3,49(1,21)	20,00	62,20
15	42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου	2,60(1,36)	12,20	67,80
16	43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται	4,32(0,85)	50,50	44,00
17	46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια	4,80(0,54)	85,70	11,00
18	47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς	1,89(1,14)	0,00	90,10
19	48. Οι Ιατροί σε αυτό το τμήμα κάνουν καλή δουλειά	3,75(0,89)	18,70	52,70
20	50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές)	3,35(1,40)	23,60	60,70
21	51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το τμήμα	3,32(1,36)	25,60	56,40

22	52. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το τμήμα	3,81(1,17)	35,60	48,90
23	53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το τμήμα είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική	3,56(1,32)	26,70	55,60
24	54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας	3,99(1,11)	39,80	46,60
25	55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το τμήμα	3,16(1,21)	12,40	52,80
26	56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων	3,27(1,24)	21,10	38,90
27	57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το τμήμα	2,22(1,06)	2,30	56,80
28	58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε αυτό το τμήμα	3,23(1,24)	17,20	52,90
29	59. Κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό	2,93(1,50)	22,70	60,20
30	60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το τμήμα	2,50(1,42)	5,60	77,80
31	61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά	3,07(1,48)	14,80	70,50
32	62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά	2,61(1,32)	6,90	70,10
33	63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών	4,17(1,11)	47,20	38,20
34	64. Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει	2,76(1,27)	12,20	61,10
35	65. Έχετε συμπληρώσει αυτό το ερωτηματολόγιο στο παρελθόν;	2,00(0,00)	0,00	100,00
(MT)=Μέση Τιμή, (TA)=Τυπική Απόκλιση				

Η εργασιακή ικανοποίηση, η αντίληψη για τη διοίκηση και οι συνθήκες εργασίας και το κλίμα ασφάλειας κυμάνθηκαν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, ενώ η αναγνώριση του stress σε υψηλά, πλησιάζοντας το 70%.

Πίνακας 13. Συγκεντρωτική βαθμολογία των υποκλιμάκων SAQ

N=91	ΜΤ(ΤΑ)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Ομαδική Εργασία	53,11(20,46)	0,00	100,00
Κλίμα Ασφάλειας	52,96(16,45)	17,86	82,14
Εργασιακή Ικανοποίηση	50,22(23,14)	0,00	90,00
Αναγνώριση Stress	69,25(24,63)	0,00	100,00
Αντίληψη Διοίκησης	36,00(17,70)	0,00	87,50
Συνθήκες Εργασίας	45,97(19,93)	6,25	93,75

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία αξιολογούν πιο θετικά τις πράξεις της διοίκησης, αν και η βαθμολογία εξακολουθεί να κυμαίνεται κάτω του 40%, ενώ τα περισσότερα χρόνια υπηρεσίας συνοδεύονται από υψηλότερα επίπεδα αναγνώρισης stress. Επίσης, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες στην κλίμακα αναγνώρισης stress.

Πίνακας 14. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα

	Ηλικιακή ομάδα	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	≤40 έτη	45	50,15	22,83	0,146
	>40 έτη	46	56,42	17,10	
Κλίμα ασφάλειας	≤40 έτη	45	50,95	15,53	0,219
	>40 έτη	46	55,22	17,33	
Εργασιακή ικανοποίηση	≤40 έτη	45	46,78	23,96	0,134
	>40 έτη	46	54,08	21,83	
Αναγνώριση stress	≤40 έτη	45	68,51	27,14	0,762
	>40 έτη	46	70,09	21,80	
Αντίληψη διοίκησης	≤40 έτη	45	32,59	17,81	0,051
	>40 έτη	46	39,83	16,98	
Εργασιακές συνθήκες	≤40 έτη	45	43,58	21,62	0,228
	>40 έτη	46	48,65	17,75	
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Πίνακας 15. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με τη συνολική εργασιακή εμπειρία

	Χρόνος εργασίας συνολικός	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	≤ 4,5 έτη	45	51,60	19,70	0,487
	> 4,5 έτη	46	54,60	21,29	
Κλίμα ασφάλειας	≤ 4,5 έτη	45	53,70	16,56	0,676
	> 4,5 έτη	46	52,25	16,50	
Εργασιακή ικανοποίηση	≤ 4,5 έτη	45	49,12	22,85	0,655
	> 4,5 έτη	46	51,31	23,63	
Αναγνώριση stress	≤ 4,5 έτη	45	64,62	25,43	0,075
	> 4,5 έτη	46	73,80	23,22	
Αντίληψη διοίκησης	≤ 4,5 έτη	45	34,13	14,87	0,320
	> 4,5 έτη	46	37,84	20,09	
Εργασιακές συνθήκες	≤ 4,5 έτη	45	46,86	19,97	0,680
	> 4,5 έτη	46	45,12	20,09	
ΜΤ: Μέση τιμή					
ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Πίνακας 16. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το φύλο

	ΦΥΛΟ	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Ομαδική εργασία	Άνδρες	19	60,09	18,96	0,095
	Γυναίκες	72	51,27	20,57	
Κλίμα ασφάλειας	Άνδρες	19	49,81	15,86	0,350
	Γυναίκες	72	53,80	16,62	
Εργασιακή ικανοποίηση	Άνδρες	19	57,11	22,93	0,146
	Γυναίκες	72	48,41	23,02	
Αναγνώριση stress	Άνδρες	19	82,89	10,17	0,006
	Γυναίκες	72	65,66	26,08	
Αντίληψη διοίκησης	Άνδρες	19	37,42	15,17	0,698
	Γυναίκες	72	35,64	18,39	
Εργασιακές συνθήκες	Άνδρες	19	43,75	19,09	0,587
	Γυναίκες	72	46,56	20,24	
ΜΤ: Μέση τιμή					
ΤΑ: Τυπική απόκλιση					

Εκτός από την «αναγνώριση του stress», οι υπόλοιπες υποκλίμακες συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Όσο υψηλότερη η επίδοση στη μία κλίμακα, τόσο υψηλότερη και στην άλλη, γεγονός που αποκτά ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της ασφάλειας και της ικανοποίησης και αποδεικνύει και το ρόλο της διοίκησης στους δύο αυτούς τομείς.

Πίνακας 17. Συσχετίσεις υποκλιμάκων SAQ μεταξύ τους

N=91		Ασφάλεια	Εργασιακή ικανοποίηση	Αναγνώριση stress	Αντίληψη διοίκησης	Εργασιακές συνθήκες
Ομαδική εργασία	r	0,640	0,781	-0,052	0,553	0,735
	p	<0,001	<0,001	,623	<0,001	<0,001
Ασφάλεια	r		,728	-0,205	0,615	0,788
	p		<0,001	0,051	<0,001	<0,001
Εργασιακή ικανοποίηση	r			-0,112	0,569	0,726
	p			,292	<0,001	<0,001
Αναγνώριση stress	r				-0,081	-0,190
	p				,444	,071
Αντίληψη διοίκησης	r					0,568
	p					<0,001

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υπογραμμίζουν τα ελλείμματα ασφάλειας στη λειτουργία των νοσοκομείων στη σημερινή πραγματικότητα, τουλάχιστον όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας και τη γενικότερη απουσία κουλτούρας ασφάλειας. Λάθη στις βάρδιες, χαμηλή ικανοποίηση και υψηλό στρες δυναμιτίζουν ακόμα και τις συναδελφικές σχέσεις. Παρόλο που η βαθμολογία στους παράγοντες ομαδική εργασία και εργασιακή ικανοποίηση ξεχώρισε από εκείνη των υπολοίπων, απέχει από το να θεωρηθεί επαρκής και απλώς δείχνει ότι η τήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου ασφάλειας στις διαδικασίες των νοσοκομείων επαφίεται στην αγάπη των εργαζομένων για το αντικείμενο εργασίας τους, τους συναδέλφους και τον ασθενή, καθώς δε φαίνεται να υπάρχει -ή τουλάχιστον δεν το εισπράττουν οι εργαζόμενοι- κουλτούρα ασφάλειας, υποδομές και προβλεπόμενες διαδικασίες, ούτε η ανάλογη ανατροφοδότηση.

Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι δεν στοιχειοθετείται θετικό κλίμα αφού οι επιδόσεις σε όλους τους εξεταζόμενους τομείς του ερωτηματολογίου υστερούν σημαντικά σε σχέση με την οριακή τιμή 75/100, πάνω από την οποία θεωρείται ότι σε ένα τμήμα διαμορφώνεται θετικό κλίμα ασφάλειας^{57,58}. Η «αναγνώριση stress συγκέντρωσε την υψηλότερη βαθμολογία, ενώ στον αντίποδα κινήθηκαν οι τιμές σχετικά με την αντίληψη για τη διοίκηση και για τις συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί διεθνώς συγκεντρώνουν χαμηλή βαθμολογία, που κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 40-60% ή και χαμηλότερα, προκειμένου για τη διοίκηση^{56,60}. Ωστόσο, τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη είναι από τα χαμηλότερα που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, χωρία μάλιστα να υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση μεταξύ των διαφόρων υποομάδων (με βάση δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά), όπως συμβαίνει σε άλλες περιπτώσεις⁵⁶. Υπάρχει πάντως διχογνωμία για το κατά πόσο η υποκλίμακα αναγνώρισης άγχους, όπως αυτή προσδιορίζεται από το SAQ, θα πρέπει να προσμετράται στο γενικότερο κλίμα ασφάλειας που αποτυπώνεται στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο. Έχει προταθεί το πεδίο αυτό να παραλείπεται κατά την αξιολόγηση του συνολικού κλίματος ασφάλειας και να αναφέρεται ως διακριτή μεταβλητή, προς αποφυγή εσφαλμένων εκτιμήσεων⁶⁴.

Η σχετικά ικανοποιητική συνολική βαθμολογία στην ομαδική εργασία, αλλά και το γεγονός ότι εργαζόμενοι αξιολογούν θετικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο υποδηλώνει το κλίμα αμοιβαίας συνεννόησης σε ένα μικρό επαρχιακό νοσοκομείο. Οι εγκαταστάσεις είναι μικρές σε μέγεθος, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν ο ένας τον άλλον και είναι πιθανόν να μοιράζονται περισσότερες ευθύνες ως προς την ασφάλεια των ασθενών.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας δείχνουν χαμηλότερες τιμές 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.^{58,60,62} Ο παράγοντας εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε στην έρευνα με τους υπόλοιπους παράγοντες του ερευνητικού εργαλείου εκτός της αναγνώρισης του στρες, εύρημα που αναφέρεται και από άλλους ερευνητές⁵⁸.

Η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία και το φύλο αποτέλεσαν καθοριστικές μεταβλητές. Οι γυναίκες, και οι έχοντες περισσότερα χρόνια εμπειρίες αναγνώριζαν ευκολότερα το stress, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας συνάδελφοι ήταν πιο επιεικείς με τη διοίκηση. Η γνώση και η προσαρμογή στις συνθήκες πιθανόν να σχετίζονται με το αποτέλεσμα αυτό.

Η χαμηλή βαθμολογία στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου του κλίματος ασφάλειας αντανακλά τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά την ασφάλεια στις μονάδες τους και τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τα θέματα ασφάλειας των ασθενών. Το αρνητικό κλίμα τομέα της ασφάλειας θα μπορούσε να ενδεχομένως να οφείλεται στη χαμηλή δέσμευση των ηγετών των μονάδων προς την ασφάλεια των ασθενών, και για το πώς διαχειρίζονται θέματα ασφάλειας. Πράγματι οι ενστάσεις προς τη διοίκηση, όπως αποτυπώνονται στο ερωτηματολόγιο είναι σημαντικές. Συνεπώς η βελτίωση των υποδομών και της στάσης ηγεσίας είναι σημαντικές πτυχές που πρέπει να εξεταστούν προκειμένου να βελτιωθεί το κλίμα ασφάλειας των μονάδων του νοσοκομείου. Η έλλειψη ανατροφοδότησης λειτουργεί ανασταλτικά στην κινητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και επηρεάζει κλίμα ασφάλειας. Επιπλέον, διαπιστώνεται έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και ανάγκη για αύξηση του προσωπικού, απόψεις που αντανακλούν τα χρόνια προβλήματα του κλάδου.

Οι απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας δείχνουν ότι ο στρατηγικός σχεδιασμός για την ασφάλεια των ασθενών χρειάζεται ενίσχυση. Χρειάζεται να καταβληθούν σημαντικές προσπάθειες για τη βελτίωση της κουλτούρας ασφάλειας, οι οποίες θα πρέπει να αξιολογούνται και να οδηγούν σε μετρήσιμες βελτιώσεις στην ασφάλεια των ασθενών. Η ευθύνη της διοίκησης προβάλλει σημαντική και τα ανώτερα στελέχη θα πρέπει να γίνουν πιο προσιτά στο προσωπικό και να σταθούν αρωγοί στις προσπάθειές τους να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών, ειδικά σε ένα περιβάλλον χαμηλών προϋπολογισμών και υποστελέχωσης. Για να υπάρξει ορθή διαχείριση του κλινικού κινδύνου θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην ενδυνάμωση του προσωπικού, στην παροχή κατάλληλων συνθηκών μέσα στο νοσοκομείο και στην εκπαίδευση του προσωπικού. Σε κεντρικό επίπεδο, οι υπεύθυνοι του τομέα υγείας οφείλουν να χρησιμοποιήσουν τα εργαλεία διαχείρισης κινδύνων, τα οποία είναι ήδη διαθέσιμα, και να εκπονήσουν τα δικά τους σχέδια για την διαχείριση των κλινικών κινδύνων.

Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση δείχνουν το σοβαρό έλλειμμα αποτελεσματικής ηγεσίας που αντιμετωπίζουν γενικότερα τα ελληνικά νοσοκομεία στην περίοδο της έρευνας, μεσούσης της οικονομικής κρίσης. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων καλούνται να ανταπεξέλθουν σε αυξημένες απαιτήσεις, με περιορισμένους πόρους,

ανθρώπινους και υλικούς χωρίς να έχουν πάντα τα απαραίτητα γνωστικά εφόδια ή την απαιτούμενη εμπειρία. Η αντίληψη για τη διοίκηση είναι αλληλένδετη με την ικανοποίηση και τις εργασιακές συνθήκες, όπως άλλωστε φάνηκε και από τις αντίστοιχες συσχετίσεις στην παρούσα εργασία. Επιπλέον, τόσο οι συνθήκες εργασίας, όσο και η απογοητευτική επίδοση στην κλίμακα αναγνώρισης του στρες δείχνουν τα ιδιαίτερα οξυμένα προβλήματα των επαγγελματιών υγείας στη σύγχρονη νοσοκομειακή πραγματικότητα.

Η καταγραφή των απαντήσεων δείχνει και την ανάγκη ποσοτικοποίησης της άποψης που έχουν οι εργαζόμενοι για την ασφάλεια, καθώς έτσι αποτυπώνεται το ακριβές μέγεθος του προβλήματος και αναδεικνύονται οι παράμετροι που χρήζουν βελτίωσης, αλλά και εκείνοι που αποτελούν τους πυλώνες στους οποίους μπορεί να στηριχτεί η δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας. Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας μπορεί να οδηγήσει και στην αλλαγή της κουλτούρας, με τρόπο ώστε να σηματοδοτήσει μια συνεχή διαδικασία βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενούς. Με τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών ενός οργανισμού, τα οποία είναι αρνητικά για τους χρήστες των υπηρεσιών του, και ενδεχομένως σχετίζονται με την ασφάλεια, οι διοικητές έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης.⁵⁸

Η κουλτούρα ασφάλειας συνδέεται με τη γενικότερη κουλτούρα των οργανισμών υγείας και την οργανωσιακή δέσμευση των εργαζομένων σε αυτούς. Η βελτίωσή της έχει προφανή οφέλη στην συνέχεια και συνέπεια των υπηρεσιών του οργανισμού. Πράγματι, το υψηλό επίπεδο οργανωσιακής δέσμευσης των εργαζομένων σχετίζεται με την επίπεδο περίθαλψης του ασθενή, την αντίληψη περί ασφάλειας του ασθενούς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας⁶⁵. Οι Prins et al⁶⁶ διαπίστωσαν ότι οι Ολλανδοί γιατροί που ήταν αφοσιωμένοι στο νοσοκομείο ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να κάνουν λάθη. Η έρευνα του Dawson, που χρηματοδοτήθηκε από το Kings Fund για την εξέταση της δέσμευσης εντός της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS), έδειξε ότι η δέσμευση έχει πολλές σημαντικές συσχετίσεις με την ικανοποίηση των ασθενών, τη θνησιμότητα, τα ποσοστά μόλυνσης, τα αποτελέσματα των ετήσιων υγειονομικών ελέγχων, καθώς και την απουσία του προσωπικού και του κύκλου εργασιών.⁶⁷ Με τη σειρά της, η εργασιακή δέσμευση σχετίζεται με μια μείωση των προβλημάτων υγείας και με αύξηση, τόσο στην ικανοποίηση από τη ζωή όσο και στην επαγγελματική απόδοση⁶⁸. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η εργασιακή δέσμευση μπορεί να βελτιωθεί με την υιοθέτηση ορισμένων συμπεριφορικών πρακτικών υγείας στον χώρο εργασίας που εξετάζουν την επικοινωνία, εποπτεία, τον σχεδιασμό εργασίας, την υποστήριξη πόρων, τις συνθήκες εργασίας, την επιχειρηματική νοοτροπία και το στυλ ηγεσίας,⁶⁹ παράμετροι που σχετίζονται σημαντικά με το κλίμα ασφάλειας. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αποτελεσματική αυτή σύνδεση αποτελεί προϋπόθεση για την οργανωτική επιτυχία⁷⁰. Ως εκ τούτου, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως «εσωτερικοί πελάτες» σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς⁷¹. Μια μελέτη δείχνει ότι το

θεμέλιο της δέσμευσης των εργαζομένων είναι η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η απόδοση, ωστόσο, η δέσμευση είναι δυναμική καθώς αλλάζει κατά τη διάρκεια της θητείας του εργαζομένου⁷². Οι διάφοροι μηχανισμοί για τη δημιουργία νοοτροπίας για τη δέσμευση των εργαζομένων περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό του ρόλου του εργαζομένου στην εκπλήρωση του σκοπού του οργανισμού, την επιλογή των εργαζομένων με βάση την ικανότητα και το πάθος, την υποστήριξη και την εκτίμηση του εργαζομένου, τη δημιουργία βιώσιμων συστημάτων ανταμοιβής, και την ανάπτυξη μηχανισμών ανάδρασης και ενίσχυσης.⁷³

Περιορισμοί

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας, το οποίο προερχόταν από ένα μόνο επαρχιακό νοσοκομείο, συνεπώς τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο των νοσοκομείων της χώρας, ενώ είναι πιθανό τα ευρήματα μπορεί να επηρεάζονται από κάποια έκτακτη συνθήκη ή μεταβατικό διοικητικό στάδιο, όπως η καθυστέρηση στο διορισμό διοικητών από την κεντρική διοίκηση στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Επίσης, ενώ η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κυμαίνεται σε επίπεδα ανάλογα με εκείνα προηγούμενων μελετών, ειδικά σε χώρες του ευρωπαϊκού νότου, όπου το πεδίο «συνθήκες εργασίας» έδωσε χαμηλές τιμές^{58,74}. Η χαμηλή αξιοπιστία του συγκεκριμένου παράγοντα προβληματίζει για τη διατύπωση των αντίστοιχων ερωτήσεων, με την επιφύλαξη ότι το δείγμα ευκολίας της παρούσας μελέτης δεν προσφέρεται για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

8.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τα σοβαρά ελλείμματα ασφάλειας στη λειτουργία των νοσοκομείων στη σημερινή πραγματικότητα, τουλάχιστον όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από την πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας και τη γενικότερη απουσία κουλτούρας ασφάλειας. Η διοίκηση και οι συνθήκες εργασίας συγκέντρωσαν τα «πυρά» των εργαζομένων, γεγονός που δείχνει το μέγεθος του έργου που πρέπει να επιτελεστεί στους δύο αυτούς τομείς, προκειμένου να βελτιωθεί ουσιαστικά το κλίμα ασφάλειας στο νοσοκομείο.

.Διοίκηση και προσωπικό πρέπει από κοινού αν εργαστούν για τις κατάλληλες λύσεις σε ένα περιβάλλον αντικειμενικά περιορισμένων πόρων με πρώτιστο στόχο την ασφάλεια του ασθενούς, πολύ περισσότερο όταν οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι τους αρέσει η εργασία τους, συνεπώς η έμφαση πρέπει να δοθεί στη δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος εργασίας. Άλλωστε, η ασφάλεια του ασθενούς θα πρέπει να είναι και το πρώτιστο μέλημα όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην παροχή φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν κενά σε επίπεδο θεσμοθετημένης εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας, όπως συμβαίνει στη χώρα μας. Η κουλτούρα ασφάλειας αποσκοπεί μεταξύ άλλων στην πρόληψη

επιπρόσθετης συναισθηματικής και σωματικής βλάβης στον ασθενή, πέρα από την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής του υγείας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να στοχεύει στην πλήρη ασφάλεια των ασθενών. Η ικανότητα του προσωπικού να αναγνωρίζει και να αναλύει τα λάθη και τα ανεπιθύμητα γεγονότα, να μαθαίνει από αυτά και να αυτό-βελτιώνεται, αλλά και η ικανότητα του νοσοκομείου να προσαρμόζεται στις διαφορετικές περιπτώσεις περιπτώσεων, είναι οι καταλύτες μιας αυτοτροφοδοτούμενης διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και της ασφάλειας στο πεδίο της φροντίδας. Τα πρωτόκολλα και διακριτές αρμοδιότητες εγγυώνται ταχείες και ελεγχόμενες δράσεις, που είναι αναπαραγώγιμες και αξιολογήσιμες και επιτρέπουν στον επαγγελματία υγείας να ανταπεξέλθει στον πολυδιάστατο ρόλο του.

Η διοίκηση του νοσοκομείου θα πρέπει να αναλαμβάνει τις απαραίτητες πρωτοβουλίες, ώστε να εξασφαλίζει κατάλληλες συνθήκες εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας, τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικών υποδομών, όσο και σε επίπεδο διαπροσωπικής επικοινωνίας και εκπαίδευσης. Η συστηματική εκπαίδευση, ιδιαίτερα των νέων συναδέλφων, συντελεί στον περιορισμό των λαθών, ενώ η εφαρμογή και η τήρηση πρωτοκόλλων σε όλες τις διαδικασίες συμβάλλει στη σωστή οργάνωση και το καθορισμό των αρμοδιοτήτων, ειδικά όταν αντιμετωπίζονται απροσδόκητες και επείγουσες καταστάσεις, αποφορτίζοντας δομές και προσωπικό. Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα τα ελληνικά νοσοκομεία και την ανάγκη για άμεσες πρωτοβουλίες λύσεις που θα εκτονώσουν την κατάσταση, προς όφελος, ασθενών και εργαζομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Nieva AV, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving Qual Saf Health Care 2003;12(Suppl II):ii17–ii23
2. Peter J Pronovost , Christine A Goeschel ,Jill A . Marsteller, , J. Bryan Sexton, Julius C.Pham, Sean M. Berenhotz. Key issues in outcomes research .Framework for patient safety research and improvement. Circulation 2009;119:330-337.
3. Singer, D M Gaba, J J Geppert, A D Sinaiko, S K Howard, K C Park The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals . Qual Health Care 2003;12:112–118
4. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm
5. Α. Παναγιώτου. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια πασχόντων .Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(3):354-363.
6. Groves PS . The Relationship Between Safety Culture and Patient Outcomes: Results From Pilot Meta-Analyses. West J Nurs Res 2014;36:1 66-83
7. Wagner C, Smits M, Sorra J, Huang CC. Assessing patient safety culture in hospitals across countries. Int J Qual Health Care. 2013 Jul;25(3):213-21.
8. World Health Organization. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008.
9. Leotsakos A, Zheng H, Croteau R, Loeb JM, Sherman H, Hoffman C, Morganstein L, O'Leary D, Bruneau C, Lee P, Duguid M, Thomeczek C, van de Schrieck-De LStandardization in patient safety: the WHO High 5s project.oos E, Munier B.Int J Qual Health Care. 2014;26(2):109-16.
10. Williamson, A.,Molesworth, B.Mitchell, R.J. Application of a human factors classification framework for patient safety to identify precursor and contributing factors to adverse clinical incidents in hospital 2016; 52:185-195
11. Neill K J Adhikari .Patient safety without borders: measuring the global burden of adverse events. BMJ Qual Saf 2013;22:798-801
12. Kalra N, Kalra J. Medical error, disclosure and patient safety: a global view of quality care. Clin Biochem. 2013 Sep;46(13-14):1161-9.
13. Andel C1, Davidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors.J Health Care Finance. 2012 Fall;39(1):39-50.
14. Eric J. Thomas, Lana A. Peterson . Measuring errors and Adverse Events .J. Gen Intern Me. 2003 Jan 18(1) :61-,67.
15. James Reason, Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18; 320(7237): 768–770.
16. Woodward H11, Mytton OT, Lemer C, Yardley IE, Ellis BM, Rutter PD,Greaves FE,ett all What have we learned about interventions to reduce medical errors?Annu Rev Public Health. 2010;31:479-97.
17. Maité Garrouste-Orgeas, François Philippart, Cédric Bruel, Adeline Max, Nicolas Lau and B Misset. Overview of medical errors and adverse events. Annals of Intensive Care 2012.
18. Klingner J, Moscovice I, Tupper J, Coburn A, Wakefield M. Implementing patient safety initiatives in rural hospitals. Journal of Rural Health 2009;25(4):352-357

19. Julie Langlois, Amanda Ross-White, Jennifer Medves. Patient Safety Culture in Rural Hospitals: A Systematic Review .www.joannabriggslibrary.org/index /425
20. Thornlow D. Nursing Patient Safety Research in Rural Health Care Settings. *Annu Rev Nurs Res* 2008;26:195.
21. Kathryn Paez, RN, Claudia Schur, Lan Zhao, A National Study of Nurse Leadership and Supports for Quality Improvement in Rural Hospitals. *American Journal of Medical Quality* 2013; 28 :127-134
22. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization, Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Available at: (www.who.int). Accessed Novender 10,2015
23. McCarthy D, Blumenthal D. Stories from the Sharp End: Case Studies in Safety Improvement *The Milbank Quarterly* 2006;84:165-200
24. Natalie Zimmermann, Kaspar Küng, Susan M Sereika, Sandra Engberg Bryan Sexton, and René Schwendimann .Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals - a validation study *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 347..
25. Wui-chiang Lee,HWEI-Ying Wung, Husu-Hsiang lia. Hospital Safety culture in Taiwan.A national wide survey using Chinese Version Safety Attidutes Questionnaire .*BMC Health serv Res* 201o ;10:234.v Res. 2013; 13: 347.
26. Peter J Pronovost, Sean M Berenholtz, Christine A Goeschel. Creating High Reliability in Health Care Organizations *Health Serv Res.* 2006; 41(4 Pt 2): 1599–1617.
27. Roxie M.Albrecht RM. Patient safety: the what, how, and when.*Am J Surg.* 2015 ;210(6):978-82
28. Measuring safety climate in health care. Flin R ,Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. *Qual Saf Health Care.* 2006 Apr;15(2):109-15.
29. R Westrum .A typology of organisational cultures .*Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl II):ii22–ii2
30. McFadden, K.L., Stock, G.N., Gowen, C.R., Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patientsafety. *The Journal of nursing administration.* 2014; 44: Volume 44:S27-S37
31. Katrin Gehring PhD, Anna C. Mascherek PhD, Paula Bezzola MPH, David L.B. Schwappach MPH Scientific Head Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey ,*Journal of Evaluation in Clinical Practice* .2015;21:332-338
32. Xuanyue M1, Yanli N, Hao C, Pengli J, Mingming Z. Literature review regarding patient safety culture. *J Evid Based Med.* 2013;6(1):43-9.
33. Theodosios Stavrianopoulos .The development of patient safety culture.*Health Science Journal.* 2012;6:201-211
34. Christine E .Sammer, Douglas A.Mains , Nuha A. Lackan. What is Patient Safety Culture. A review of the literature .*Journal of Nursing Scholarship* 2010 ;42:2 156-165
35. Dopson S2, Parand A1, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review.*BMJ Qual Saf.* 2014 ;23(2):106-15.
36. Havyer RD1, Wingo MT, Comfere NI, Nelson DR, Halvorsen AJ, McDonald FS, Reed DA. Teamwork assessment in internal medicine: a systematic review of validity evidence and outcomes. *J Gen Intern Med.* 2014;29(6):894-910.

37. Samuel Pannick, Iain Beveridge, Robert M. Wachter, Nick Sevdalis. Improving the quality and safety of care on the medical ward: A review and synthesis of the evidence base, *European Journal of Internal Medicine* 2014; 25: 874–887
38. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, Lawrence D, et al. Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(6):424-8.
39. Zohar D. Thirty years of safety climate research: reflections and future directions. *Accid Anal Prev*. 2010;42(5):1517-22.
40. P Pronovost, B Weast, C Holzmueller, B Rosenstein, R Kidwell, K Haller, E Feroli, J Sexton and H Rubi. 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.
41. Lisa M. Katha, Vicki J. Magley, Matthew Marmet. The role of organizational trust in safety climate's influence on organizational outcomes. *Accident Analysis & Prevention* 2010;42:1488–1497
42. Manser T1. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143-51.
43. Havyer RD, Wingo MT, Comfere NI, Nelson DR, Halvorsen AJ, McDonald FS, Reed DA. Teamwork assessment in internal medicine: a systematic review of validity evidence and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2014 Jun;29(6):894-91
44. Squires JE, Hoben M, Linklater S, Carleton HL, Graham N, Estabrooks CA. Job Satisfaction among Care Aides in Residential Long-Term Care: A Systematic Review of Contributing Factors, Both Individual and Organizational. *Nurs Res Pract*. 2015;2015:157924..
45. Melo MB1, Barbosa MA, Souza PR. Job satisfaction of nursing staff: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):1047-55.
48. Berland A1, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008 Apr;24(2):90-7.
49. Elfering A, Semmer NK, Grebner S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*. 2006;49(5-6):457-69
50. Kramer M1, Schmalenberg C. Confirmation of a healthy work environment. *Crit Care Nurse*. 2008;28(2):56-63
51. Δημητριάδου Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε πάσχοντες και προσωπικό. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ* 2009;3: 222-239
52. Parker, D. Managing risk in healthcare: Understanding your safety culture using the Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) *Journal of Nursing Management*. 2009;17: 218-222
53. I-Chi Chen, Hung-Hui Li. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* December 2010, 10:152.
54. Kho ME, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ (2005). 'Safety Climate Survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care* 14 (4):273-8.
55. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, Hysong SJ, Mei M, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire as a tool for benchmarking safety culture in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012 Mar;97(2):F127-32

56. 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(1):51-61.
57. Sexton, JB, Thomas, EJ, Helmreich, RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys." *BMJ*. 2000, 320:745-749.
58. Sexton JB , Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts PR, Thomas EJ. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006 3;6:44.
59. Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. The long road to patient safety: a status report on patient safety systems. *JAMA*. 2005 ;294(22):2858-65.
60. 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
61. Α. Βοζίκης, Γ. Πολλάλης, Μ. Ρήγα, Ν. Μαγκίνα, Ν. Στουφής , Ζ. Τενεκετζή. Σύστημα ανίχνευσης, καταγραφής και ανάλυσης δυσμενών συμβάντων Εφαρμογή σε μονάδα εντατικής θεραπείας(ICU-MERIS). *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2012, 29(3):345
62. Ε. Πετρίδης, Γ. Λαβράνος, Β. Ραφτόπουλος. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013. 30(4):449-455.
63. Leotsakos A, Ardolino A, Cheung R, Zheng H, Barraclough B, Walton M Educating future leaders in patient safety. *J Multidiscip Healthc*. 2014 Sep 19;7:381-8. doi: 10.2147/JMDH.S53792. eCollection 2014.
64. Taylor JA, Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ. *BMC Res Notes*. 2001;6:302.
65. Lowe G. How employee engagement matters for hospital performance. *Healthc Q* 2012; 15: 29-39.
66. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Dillingh GS, van de Wiel HB, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE. The relationship between reciprocity and burnout in Dutch medical residents. *Med Educ* 2008; 42: 721-8.
67. Leadership and engagement for improvement in the NHS: Report from The Kings Fund Leadership Review. 2012. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf
68. Shimazu A, Schaufeli WB, Kubota K, Kawakami N. Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Ind Health* 2012; 50: 316-21.
69. Attridge M. Measuring and managing employee work engagement: a review of the research and business literature. *J Workplace Behav Health* 2009; 24: 383-98.
70. Ruck K, Welch M. Valuing internal communication; management and employee perspectives. *Public Relat Rev* 2012; 38: 294- 302.
71. Mishra K, Boynton L, Mishra A. Driving Employee Engagement: The Expanded Role of Internal Communications. *Journal of Business Communication* 2014; 51: 183-202.
72. Dávila N, Piña-Ramírez W. What Drives Employee Engagement? It's All About the 'I'. *Public Manager* 2014; 43: 6-9.

73. Halm B. Employee engagement: a prescription for organizational transformation. *Adv Health Care Manag* 2011; 10: 77-96.

74. Che Surya, Che Kar and Abd Hamid, Harris Shah (2013) *Adaptation of Safety Attitude Questionnaire (SAQ) in Malaysia healthcare setting*. In: 10th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology, 21-24 August 2013, Yogyakarta, Indonesia