



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



## **ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ»**

**Σπουδάστρια: ΚΑΛΑΪΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΡΑΦΤΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

**ΛΑΡΙΣΑ**

**ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2017**



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



# Πίνακας περιεχομένων

|   |    |
|---|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....  | 3  |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....   | 4  |
| Abstract .....  | 5  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....   | 6  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....  | 8  |
| Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ, ΘΕΜΕΛΙΩΔΗΣ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ .8   |    |
| 1.1 Ασφάλεια πασχόντων: ένα κρίσιμο συστατικό της ποιότητας της φροντίδας υγείας .....                            | 8  |
| 1.2 Δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των πασχόντων..... | 9  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....  | 12 |
| ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....                                      | 12 |
| 2.1 Ορισμοί του κλίματος ασφάλειας και της κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού .....                             | 12 |
| 2.2 Εννοιολογική προσέγγιση του κλίματος και της κουλτούρας ασφάλειας .....                                       | 13 |
| 2.3 Κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο της υγείας.....  | 16 |
| 2.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ.....                                | 18 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....  | 20 |
| 3.1 ΤΑ ΛΑΘΗ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ .....   | 20 |
| 3.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΛΑΘΩΝ .....   | 21 |
| 3.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ .....  | 23 |
| 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....  | 25 |
| 4.1 ΣΚΟΠΟΣ.....   | 25 |
| 4.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....   | 25 |
| 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....  | 27 |
| 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....   | 51 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....  | 55 |

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Σύμφωνα με τον ευρύτερα αποδεκτό ορισμό η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και παρέχονται με την τρέχουσα επιστημονική γνώση (Donaldson & Donaldson 2003). Η ασφάλεια των πασχόντων είναι μια διάσταση της ποιότητας η οποία τα τελευταία χρόνια αποτελεί αντικείμενο έρευνας με ιδιαίτερη αναφορά στις απόψεις του προσωπικού για την κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς τους (Ραφτόπουλος Β, 2009). Είναι πλέον γνωστό ότι το ανθρώπινο λάθος είναι ο κύριος παράγοντας ατυχημάτων όχι μόνο στα πλαίσια της βιομηχανίας όπου απαιτείται η συνεργασία ανθρώπου-μηχανής, αλλά επίσης και στα πλαίσια της Υγείας και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία ( Kohn et al 1999).

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον για τα λάθη και τους κινδύνους στον τομέα της υγείας έχει αυξηθεί. Στη σύγχρονη βιβλιογραφία οι όροι «ασφάλεια ασθενών» και «ιατρικά λάθη» έχουν συνδεθεί άμεσα με το «κλίμα ασφάλειας» ενός οργανισμού. Η δημιουργία θετικής κουλτούρας ασφάλειας, θεωρήθηκε ως απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή λαθών και την ασφάλεια των ασθενών.

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει εκπονηθεί στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Πριν από την παρουσίασή του περιεχομένου της αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους που συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωσή της.

Τις πιο θερμές μου ευχαριστίες εκφράζω στον επιβλέποντα της μεταπτυχιακής μου εργασίας, καθηγητή Ραφτόπουλο Βασίλειο, αρχικά για το θέμα της εργασίας που μου εμπιστεύθηκε και στη συνέχεια για τις πολύτιμες υποδείξεις του την κατανόηση και την υπομονή του, που συνέβαλλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωσή της.

Επίσης θα ήθελα ειλικρινά να ευχαριστήσω τόσο τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, όσο και όλους τους καθηγητές μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα που παρακολούθησα για τα ενδιαφέροντα μονοπάτια στη γνώση που μου άνοιξαν.

Το ευχαριστώ είναι λίγο για τους συναδέλφους μου από το Νοσοκομείο στο οποίο εργάζομαι, που συμμετείχαν με τη συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων στην προσπάθεια πραγματοποίησης αυτής της εργασίας. Θεωρώ επίσης υποχρέωσή

μου να ευχαριστήσω τη Διοίκηση και τη Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου των οποίων και είχα την αμέριστη συμπαράσταση και ενίσχυση.

Τέλος, νιώθω τυχερή που η οικογένειά μου είναι κάθε στιγμή δίπλα μου στηρίζοντας τις επιλογές μου. Την εργασία αυτή λοιπόν την αφιερώνω στον άντρα μου Θανάση και στους γιούς μου, Νικόλα και Γιώργο-Μάριο με πολύ αγάπη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Εκατομμύρια πάσχοντες σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο, υποφέρουν από τραυματισμό ή θάνατο ως αποτέλεσμα μη ασφαλούς ιατρικής πρακτικής και φροντίδας. Οι πάσχοντες βλάπτονται κυρίως από αιτίες που θα μπορούσαν να προληφθούν, κατά τη διάρκεια της υγειονομικής τους περίθαλψης στο νοσοκομείο.

**Σκοπός:** Ήταν να καταγραφεί η στάση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ασφάλειας των πασχόντων και να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας.

**Μεθοδολογία:** Στην έρευνα συμμετείχαν 126 επαγγελματίες υγείας από ένα Γενικό Νοσοκομείο της περιφέρειας της Θεσσαλίας. Χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο Safety Attitudes Questionnaire. Βαθμολογία 75% και άνω δείχνει επάρκεια κλίματος ασφάλειας.

**Αποτελέσματα:** Η εργασιακή ικανοποίηση είχε μέση τιμή 70,38 (20,36) Ακολουθούσαν η ομαδική εργασία και το κλίμα ασφάλειας με 69,54 και 65,04 αντίστοιχα ενώ η αντίληψη stress, οι συνθήκες εργασίας και η διοίκηση αξιολογούνταν χαμηλότερα. Όσοι εργάζονταν συνολικά περισσότερα από 20 χρόνια είχαν καλύτερη άποψη για τις εργασιακές συνθήκες (3,59 έναντι 3,24 των υπολοίπων,  $p=0,053$ ). Οι εργαζόμενοι στα παθολογικά τμήματα είχαν χειρότερη αντίληψη για τη διοίκηση έναντι των συναδέλφων τους στα χειρουργικά τμήματα (3,25 έναντι 3,61,  $p=0,027$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνηγορούν στο ότι υπάρχουν ελλείμματα ασφάλειας στη λειτουργία των νοσοκομείων, με τα σημαντικότερα προβλήματα να εντοπίζονται στη διοίκηση και τις συνθήκες εργασίας. Χρειάζονται διοικητικές πρωτοβουλίες προκειμένου να εξασφαλιστούν κατάλληλες συνθήκες εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας, τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικών υποδομών, όσο και σε επίπεδο διαπροσωπικής επικοινωνίας και εκπαίδευσης.

Λέξειςκλειδιά: ασφάλεια πάσχοντος, κλίμα ασφάλειας, κουλτούρα ασφάλειας, αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας

## **Abstract**

**Introduction:** Millions of patients around the world each year suffer from injury or death as a result of unsafe medical practice and care. Patients are mainly harmed by causes that could be prevented during their healthcare in the hospital.

**Purpose:** It was to record the attitude of health professionals on the safety of patients and to investigate the factors that affect the safety climate in a General Hospital of Greece.

**Methodology:** One hundred and twenty-six health professionals from a General Hospital in the Thessaly region participated in the survey. The Safety Attitudes Questionnaire was used. A score of 75% or above indicates a sufficient safety climate.

**Results:** Job satisfaction mean score was 70,38 (20,36). Teamwork and safety were followed by 69,54 and 65,04 respectively, while stress perception, working conditions and management were assessed lower. Those who worked for more than 20 years had a better view of working conditions (3.59 vs. 3.24 of the remaining,  $p = 0.053$ ). Workers in the pathological sections had a worse perception of management than their colleagues in the surgical departments (3.25 vs. 3.61,  $p = 0.027$ ).

**Conclusions:** The results of this research suggest that there are safety deficits in hospital functioning, with the most significant problems being identified in management and working conditions. Administrative initiatives are needed to ensure appropriate working conditions for healthcare professionals, both at the level of logistics infrastructure and at the level of interpersonal communication and education.

Key words : patient safety, safety climate, safety culture, health care professionals attitudes

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μετεξέλιξη του Ιπποκρατικού μοντέλου (ωφελέειν ή μη βλάπτειν) και του *primum non nocere* της Nightingale, αναδεικνύει την ασφάλεια των πασχόντων και του προσωπικού φροντίδας ως το σύγχρονο στόχο, σε μια εποχή που αναγνωρίζει την ποιότητα της φροντίδας σαν σύνθημα, πολιτική υγείας και στρατηγικό στόχο [1]. Η ανεπαρκής στελέχωση, τα λάθη, η βία στον εργασιακό χώρο, η χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών και άλλες φορές η ανεπάρκεια της νοσηλευτικής διοίκησης υπονομεύουν σε μεγάλο βαθμό, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα λάθη αποτελούν πιθανά συμβάντα στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, που μπορεί να έχουν απλές συνέπειες έως θανατηφόρα κατάληξη, πλήττοντας την ποιότητα της φροντίδας [1].

Η ασφάλεια των πασχόντων είναι μια διάσταση της ποιότητας η οποία τα τελευταία χρόνια αποτελεί αντικείμενο έρευνας με ιδιαίτερη αναφορά στις απόψεις του προσωπικού για την κουλτούρα ασφάλειας στους οργανισμούς τους [2]. Ο Wachter, πιστεύει ότι έχει γίνει κάποια πρόοδος, και θεωρεί ότι η βελτίωση της ασφάλειας απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση. Προσθέτει ακόμη, ότι υπάρχουν πέντε πεδία δραστηριοτήτων και πρωτοβουλιών που σχετίζονται με τις ακόλουθες κατηγορίες: 1) Κανονισμοί, 2) Τεχνολογία πληροφορίας, 3) Συστήματα αναφοράς λαθών, 4) Συστήματα αξιολόγησης της κακής ιατρικής πρακτικής και άλλα μέσα αξιολόγησης επιδεξιότητων, 5) Ανθρώπινο δυναμικό και θέματα εκπαίδευσης [3].

Εκατομμύρια πασχόντων σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο, υποφέρουν από τραυματισμό ή θάνατο ως αποτέλεσμα μη ασφαλούς ιατρικής πρακτικής και φροντίδας. Οι πάσχοντες βλάπτονται κυρίως από αιτίες που θα μπορούσαν να προληφθούν, κατά τη διάρκεια της υγειονομικής τους περίθαλψης στο νοσοκομείο. Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας γνωρίζουν το σημαντικό ρόλο που έχουν στην παροχή ασφαλούς φροντίδας και ότι θα πρέπει να έχουν θετικές στάσεις για την ασφάλεια των πασχόντων. Προηγούμενη βιβλιογραφία έχει δείξει πως υπάρχουν κάποιες διαφορές στις στάσεις σχετικά με την ασφάλεια, με βάση την ηλικία, το επάγγελμα, το φύλλο και τον τομέα εργασίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως μόνο το 39% των γιατρών είχε μια θετική στάση απέναντι στο κλίμα ασφάλειας, ενώ λιγότερο από το ήμισυ των γιατρών και των νοσηλευτών που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους (47 και 45%, αντίστοιχα) [4]. Δεδομένου ότι όλες οι επαγγελματικές ομάδες στο χώρο υγείας έχουν διαφορετικό

επίπεδο εκπαίδευσης, η αντίληψη της ασφάλειας του πάσχοντος δεν είναι τόσο προφανής. Για να υπάρχουν συγκεκριμένα αποτελέσματα θα πρέπει η ασφάλεια των πασχόντων να αποτελεί σημαντικό και ειδικό μέρος της εκπαίδευσης όλου του προσωπικού στο χώρο της υγείας[5]. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Κοινή Επιτροπή για τη Διασφάλιση της Οργάνωσης της Υγειονομικής Περίθαλψης [Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization], βρέθηκε ότι η μη σωστή επικοινωνία των επιστημόνων υγείας συνδέεται με σημαντικά ιατρικά λάθη, που αρκετές φορές έχουν οδηγήσει και στο θάνατο του πάσχοντα. Συνεπώς, η επικοινωνία κατά τη διάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι αποτελεσματική. Θεωρητικά κάτι τέτοιο μπορεί να φαίνεται εύκολο, όμως οι έντονοι ρυθμοί ενός νοσηλευτικού ιδρύματος μετατρέπουν την επικοινωνία μεταξύ των επιστημόνων υγείας σε μια αρκετά δύσκολη και περίπλοκη διαδικασία. Τα τελευταία χρόνια, οι χώρες έχουν αναγνωρίσει όλο και περισσότερο τη σημασία της ασφάλειας του πάσχοντος, η οποία αποτελεί θεμελιώδη αρχή της φροντίδας υγείας. Η ασφάλεια του πάσχοντα είναι ένα σοβαρό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας και κατέχει πρωτεύουσα θέση στην πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία[6].

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να καταγραφεί η στάση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ασφάλειας των πασχόντων και να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο της Ελλάδας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ, ΘΕΜΕΛΙΩΔΗΣ ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Ασφάλεια πασχόντων: ένα κρίσιμο συστατικό της ποιότητας της φροντίδας υγείας

Η ασφάλεια του πάσχοντος εδώ και πολλά χρόνια αποτελεί έναν αναδεικνυόμενο δείκτη της στρατηγικής της ποιότητας, στο χώρο της υγείας. Η ποιότητα της φροντίδας υπάρχει ή δεν υπάρχει, αποτελώντας ένα δίπολο. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής (IOM), η ποιότητα ορίζεται ως: «ο βαθμός στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα της επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους πάσχοντες και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση»[2].

Τα τελευταία χρόνια έχει δημοσιευτεί ένας μεγάλος αριθμός μελετών αναδεικνύοντας το έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για τα λάθη και τους κινδύνους στο χώρο της υγείας. Κάθε χρόνο εκατομμύρια πάσχοντες παγκόσμια τραυματίζονται, υποφέρουν ή πεθαίνουν από την παροχή μη ασφαλούς φροντίδας. Το συγκεκριμένο θέμα απασχολεί τους ερευνητές εδώ και πολλά χρόνια. Ένας από τους πρώτους ο Donabedian, πρότεινε την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας, συνδέοντάς την άμεσα με την ασφάλεια του πάσχοντος[7]. Ο Donabedian πρωτεργάτης για τη διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, εισάγει τρεις διαστάσεις στην έννοια της ποιότητας της φροντίδας: τη δομή, τη διαδικασία και την έκβαση. Σύμφωνα με την προσέγγιση του, η κατάσταση της υγείας του πάσχοντος και κατά συνέπεια η ασφάλειά του επηρεάζεται από το πλαίσιο που έχει δομηθεί μια μονάδα υγείας και μπορεί να έχει θετικές ή αρνητικές συνέπειες στη διαδικασία και το αποτέλεσμα που θα προκύψει για τον πάσχοντα [8].

Η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί μια από τις διαστάσεις της ποιότητας [2]. Η ασφάλεια αφορά όλο τον οργανισμό υγείας και επομένως όλο το σύστημα υγείας. Η βελτίωση της ασφάλειας περιλαμβάνει δέκα σημεία για την αποφυγή του λάθους. Τα υπόλοιπα συνδέονται με τη διοίκηση, τους διαθέσιμους πόρους, τα συστήματα παρακολούθησης και οργάνωσης, το διαθέσιμο εξοπλισμό, την εκπαίδευση και τα προσόντα των επαγγελματιών υγείας, τον έλεγχο καθώς και εξωτερικούς και τυχαίους

παράγοντες [1]. Τα σφάλματα στην ιατρική είναι ανθρώπινα και σύμφωνα με τους Kohnetal : « η διασφάλιση της ασφάλειας των πασχόντων, περιλαμβάνει τη δημιουργία λειτουργικών συστημάτων και διαδικασιών, που ελαχιστοποιούν την πιθανότητα του λάθους και αυξάνουν την πιθανότητα αναχαίτισής του» [9].

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Ινστιτούτο της Ιατρικής, η ασφάλεια των πασχόντων, ορίζεται ως η πρόληψη από την σωματική βλάβη, δίνοντας έμφαση στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας που προλαμβάνει ιατρικά σφάλματα και ανεπιθύμητα περιστατικά, μαθαίνοντας από τα λάθη που συμβαίνουν και είναι βασισμένο σε μία κουλτούρα ασφάλειας που περικλείει τόσο τους πάσχοντες όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον ο Αμερικάνικος Οργανισμός για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία (AHRQ) επεκτείνει τον ορισμό της πρόληψης της βλάβης προτάσσοντας την απαλλαγή από κάποιο τυχαίο ή προβλέψιμο περιστατικό, κατά την διάρκεια παροχής υγειονομικής περίθαλψης [10].

Η προστασία της ασφάλειας του πάσχοντος από ιατρικά σφάλματα και δυσμενή συμβάντα τα τελευταία χρόνια, συνιστά τον πρωταρχικό στόχο όλων των Πολιτικών Υγείας και κυρίως αυτών που σχετίζονται με τη βελτίωση της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας. Η ασφάλεια του ασθενούς θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της στρατηγικής κάθε προγράμματος με στόχο τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας[11]. Αν και η ασφαλής φροντίδα δεν αποτελεί εγγύηση ποιότητας , είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας [9].

## **1.2 Δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των πασχόντων**

“Η απαλλαγή κάθε πάσχοντος από περιττή βλάβη ή δυνητική βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη”, είναι ο ορισμός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για την ασφάλεια των πασχόντων. Κύριο μέλημα πολλών Ευρωπαϊκών κρατών , είναι η αποτελεσματική βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των πασχόντων ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας τους, καθώς διάφορες ενέργειες της υγειονομικής περίθαλψης ορισμένες φορές μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον πάσχοντα η οποία θα μπορούσε να προληφθεί. Από εθνικές μελέτες που διενεργήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν δείχνουν πως ποσοστό μεταξύ 8% και 12% των πασχόντων που

εισάγονται στα νοσοκομεία υφίστανται ανεπιθύμητα συμβάντα κατά την φροντίδα τους.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), τον Οκτώβριο του 2004 ανταποκρινόμενη στο Ψήφισμα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας WHA55.18, συγκρότησε την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Πασχόντων, καλώντας όλα τα κράτη μέλη να δώσουν την προσοχή τους στο πρόβλημα της ασφάλειας των πασχόντων. Επίσης με την δήλωση του Λουξεμβούργου τον Απρίλιο του 2005 για την ασφάλεια των πασχόντων, τονίστηκε ότι αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα η πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, που θα πρέπει να αναγνωριστεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα θεσμικά της όργανα και τους πολίτες της Ευρώπης.

Το Συμβούλιο της Ευρώπης, το 2006, συζητώντας θέματα που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων και την πρόληψη από ανεπιθύμητα συμβάντα, ενέκρινε σύσταση της Επιτροπής Υπουργών στα κράτη μέλη τους σχετικά με την προώθηση της ασφάλειας των πασχόντων. Εξάλλου η ασφάλεια των πασχόντων αποτελεί τομέα στρατηγικής δράσης στη Λευκή Βίβλο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής[12].

Σύμφωνα με τη σύσταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2009, οι πάσχοντες θα πρέπει να ενημερώνονται πάνω σε θέματα που αφορούν την ασφάλειά τους κατά την υγειονομική τους περίθαλψη. Τα κράτη μέλη οφείλουν να ενσωματώσουν την ασφάλεια στα προγράμματα εκπαίδευσης των εργαζομένων στην υγεία και να δημιουργηθούν συστήματα αναφοράς ανεπιθύμητων περιστατικών και άντληση διδαγμάτων από τα σφάλματα, καθώς και μία κοινή ορολογία και κοινοί δείκτες στα θέματα ασφάλειας σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μείωση του κινδύνου προσβολής από λοιμώξεις σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί προτεραιότητα των στόχων του προγράμματος για την ασφάλεια των πασχόντων [13].

Η δεύτερη έκθεση της Επιτροπής προς το Συμβούλιο για την υλοποίηση της σύστασης του 2009, τονίζει πως παρά την πρόοδο που σημειώθηκε με τη διαμόρφωση εθνικών προγραμμάτων για την ασφάλεια των πασχόντων θα πρέπει να γίνουν ακόμη περισσότερα κυρίως σε ότι αφορά την εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που πραγματοποιήθηκε στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνει πως πάνω από το 50% των πολιτών πιστεύουν ότι είναι πιθανό σαν πάσχοντες να υποστούν βλάβη από τη νοσοκομειακή τους περίθαλψη. Στην ίδια έκθεση, οι πολίτες σε ποσοστό 90% θεωρούν πως υπάρχει

πρόβλημα σε ότι αφορά την ασφάλεια τους, ενώ τα πλέον αποτελεσματικά μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας και κατ' επέκταση της ασφάλειας τους, είναι η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας, η δεσμευτική εθνική νομοθεσία, η συμμετοχή οργανώσεων πασχόντων καθώς και η συνεργασία της Ευρωπαϊκής Ένωσης [14].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΚΛΙΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Είναι ευρέως αναγνωρισμένο πως η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες ενός οργανισμού και έχει πολλούς ορισμούς καθώς αποτελεί μία σύνθετη έννοια που διέπεται από διάφορες παραμέτρους. Τη δεκαετία του 1970 επικρατούσε ο όρος «κλίμα του οργανισμού» ο οποίος κατά τη δεκαετία του 1980 αντικαταστάθηκε βαθμιαία από τον όρο κουλτούρα. Σήμερα ο όρος κλίμα του οργανισμού έχει καταλήξει να σημαίνει τη φανερή εκδήλωση της κουλτούρας εντός του οργανισμού. Επομένως το κλίμα ακολουθείται από την κουλτούρα, ή διαφορετικά η κουλτούρα αποτελεί την έκφραση του κλίματος ενός οργανισμού [15].

#### 2.1 Ορισμοί του κλίματος ασφάλειας και της κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού

Στην βιβλιογραφία μερικοί από τους ορισμούς που αναφέρονται στο κλίμα και την κουλτούρα ασφάλειας είναι οι ακόλουθοι:

«Άθροισμα βασικών αντιλήψεων που οι εργαζόμενοι μοιράζονται μεταξύ τους στο εργασιακό τους περιβάλλον».(κλίμα ασφάλειας, Zohar 1980)

«Οι αντιλήψεις των εργαζομένων, που έχουν μία απευθείας επίδραση στη συμπεριφορά τους για να μειώσουν ή να εξαλείψουν τον κίνδυνο. Το κλίμα ασφάλειας είναι ένα ιδιαίτερο είδος του κλίματος του οργανισμού».(κλίμα ασφάλειας, Glennon 1982)

«Οι βασικές αντιλήψεις που έχουν οι εργαζόμενοι για το εργασιακό τους περιβάλλον».(κλίμα ασφάλειας, Dedobbeleer and Beland 1991)

«Το κλίμα ασφάλειας αναφέρεται στις κοινές αντιλήψεις και τα πιστεύω που ακολουθούν οι εργαζόμενοι για την ασφάλεια στο χώρο εργασίας τους».( Cooper and Phillips 1994)

«Το κλίμα ασφάλειας είναι μία έννοια που περιγράφει την ηθική ασφάλειας ενός οργανισμού ή ενός τόπου εργασίας, που αντανακλάται στα πιστεύω των εργαζομένων για την ασφάλεια». (Williamson et al., 1997)

«Η κουλτούρα ασφάλειας είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών, των συνηθειών και των ιδιαιτεροτήτων των οργανισμών που την καθιερώνουν ως προτεραιότητα». (International Nuclear Safety Advisory Group, 1991)

«Η κουλτούρα ασφάλειας είναι το προϊόν των ξεχωριστών και των ομαδικών αξιών, συνηθειών, αντιλήψεων, ικανοτήτων και προτύπων συμπεριφοράς που προσδιορίζουν τη δέσμευση, το στυλ και την ικανότητα-επάρκεια του μάνατζμεντ του οργανισμού σε θέματα υγείας και ασφάλειας». (Lee, 1996) [16] Guldenmunt

## **2.2 Εννοιολογική προσέγγιση του κλίματος και της κουλτούρας ασφάλειας**

Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών ως απόρροια λαθών στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης που συνεπάγονται ατελείωτες απώλειες για τον πάσχοντα αλλά πλήττουν και τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας σε ηθικό και ψυχολογικό επίπεδο, καθιστούν το ζήτημα των ανεπιθύμητων ενεργειών ως ζήτημα δημόσιας υγείας, καταδεικνύοντας την ανάγκη να αναπτυχθούν στρατηγικές για την παρακολούθηση των σφαλμάτων που αφορούν την ασφάλεια των πασχόντων. Για τον πάσχοντα τα λάθη σχετίζονται τόσο με σωματικά και ψυχολογικά τραύματα και αναπηρίες με αποτέλεσμα πολλές φορές την αποστασιοποίησή του από την κοινωνία και την εργασία του, ενώ για τους οργανισμούς υγείας οι ανεπιθύμητες ενέργειες συνεπάγονται αύξηση του κόστους λειτουργίας τους, απώλεια εμπιστοσύνης στο θεσμό καθώς και ηθικά προβλήματα. Είναι εύλογο λοιπόν για όλους αυτούς τους λόγους, οι οργανισμοί υγείας να δεσμευτούν προς την υιοθέτηση ενός μοντέλου κουλτούρας ασφάλειας για το συμφέρον της ασφάλειας των πασχόντων [17].

Ο όρος «κουλτούρα ασφάλειας» πρωτοεμφανίζεται το 1987 από τον Οργανισμό Πυρηνικής Ενέργειας (INSG, 1988), στην αναφορά του σχετικά με τη διερεύνηση του πυρηνικού ατυχήματος στο Chernobyl το 1986. Κερδίζοντας συνεχώς έδαφος τα τελευταία χρόνια διεθνώς, έρχεται για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα στην οποία η κουλτούρα ασφάλειας γίνεται δεκτή ως η νούμερο ένα προτεραιότητα των Οργανισμών και των βιομηχανιών υψηλού κινδύνου.

Ο Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας (ΙΑΕΑ,1991) δίνει τον ακόλουθο ορισμό για την κουλτούρα ασφάλειας:

«κουλτούρα ασφάλειας είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών και νοοτροπιών που καθορίζει σε άτομα και οργανισμούς, ότι τα θέματα ασφάλειας και πυρηνικών σταθμών είναι υπεράνω όλων και ότι η ασφάλεια πρέπει να τυχαίνει της δέουσας προσοχής, η οποία απορρέει από τη σπουδαιότητά της.»

Στη συνέχεια η επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου (HSE,1993) έδωσε στην κουλτούρα ασφάλειας έναν από τους επικρατέστερους ορισμούς, σύμφωνα με τον οποίο:

«Η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι το προϊόν των ατομικών και ομαδικών αξιών, νοοτροπιών, ικανοτήτων και συμπεριφορών που καθορίζουν την αφοσίωση, το στυλ και την εμπειρία της Διοίκησης Υγιεινής και Ασφάλειας ενός οργανισμού.»

Η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας ενός οργανισμού και συνδέεται τόσο με την ατομική εργασία όσο και με τα οργανωτικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ασφάλεια και την υγεία [18].

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μπορεί να υποστηριχθούν και να διατηρηθούν οι επιδόσεις ασφάλειας, καθώς και ο εντοπισμός των τρωτών σημείων που οδηγούν σε μείωση της απόδοσής της και αποτελούν αιτίες αποτυχίας, επιτυγχάνεται μέσα από την αξιολόγηση και κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας του οργανισμού. Οι κοινές σιωπηρές αντιλήψεις που μοιράζονται για τον εργασιακό τους χώρο τα άτομα, αποτελούν το υψηλότερο επίπεδο κουλτούρας. Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις, που εκφράζουν την κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού, μπορεί να αλλάξουν τις συμπεριφορές που οδηγούν στην αποδοχή κακών συνθηκών και κακής συμμόρφωσης με τα πρότυπα και τις διαδικασίες και προκαλούν δυσάρεστα συμβάντα. Μία ομάδα όμως, σπάνια γνωρίζει τις βαθιές κοινές αντιλήψεις της καθώς σπάνια εκφράζονται ή φαίνονται [19].

Σύμφωνα με τον Schein, η ύπαρξη μιας κουλτούρας είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική απόδοση ενός οργανισμού και όσο ισχυρότερη είναι η κουλτούρα τόσο πιο αποτελεσματική είναι η οργάνωση [20]. Ο ίδιος τονίζει πως η κουλτούρα αποτελεί μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου και μπορεί να δημιουργήσει τη βάση χειραγώγησης των μελών του οργανισμού στον τρόπο σκέψης, αίσθησης, αντίδρασης

[20,21]. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας ασφάλειας στο χώρο εργασίας και των αποτελεσμάτων ασφάλειας τόσο των πασχόντων όσο και των εργαζομένων. Πρόσφατες έρευνες υπογραμμίζουν τη σημασία των συστημάτων και των οργανωτικών παραγόντων ως προγνωστικών για τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα ασφάλειας [22].

Μία ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας περιλαμβάνει πέντε κύρια χαρακτηριστικά, σύμφωνα με το διεθνές πλαίσιο που έχει αναπτύξει ο ΙΑΕΑ (Διεθνής Οργανισμός Ατομικής Ενέργειας).

1. Αναγνώριση κοινών αξιών, αντιλήψεων για την ασφάλεια
2. Επίδειξη υπευθυνότητας για την ασφάλεια
3. Διάθεση για μάθηση
4. Ομαδική εργασία
5. Δέσμευση της διοίκησης για την ασφάλεια

Η επιτυχής εφαρμογή και οι επιδόσεις ασφάλειας που επιτεύχθηκαν στη λειτουργία πυρηνικών εγκαταστάσεων, οφείλεται στα συστήματα διαχείρισης που ανέπτυξαν σε συνδυασμό με τις ενέργειες των εργαζομένων ως άτομα ή ως ομάδες. Ένα σύστημα διαχείρισης που προάγει και υποστηρίζει μία ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας: «εξασφαλίζει μία κοινή γνώση των βασικών πτυχών της κουλτούρας ασφάλειας εντός του οργανισμού, παρέχει τα μέσα με τα οποία ο οργανισμός στηρίζει τα άτομα και τις ομάδες κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους με ασφάλεια και επιτυχία, αντιλαμβάνεται την αλληλεπίδραση ανάμεσα στα άτομα, την τεχνολογία και την οργάνωση και ενισχύοντας τη στάση “της μάθησης και των ερωτήσεων” σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού» [19].

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν εναλλακτικά με τον όρο κουλτούρα ασφάλειας, τον όρο κλίμα ασφάλειας. Ωστόσο οι όροι αυτοί είναι διαφορετικοί. Η κουλτούρα ενός οργανισμού όπως αντίστοιχα και η κουλτούρα μιας χώρας δύσκολα μετριοούνται ή αλλάζουν.

Η κουλτούρα ασφάλειας, αντιλαμβάνεται πως στην απόδοση ασφάλειας μιας επιχείρησης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι αξίες, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των εργαζομένων σε σχέση με τον τρόπο που σκέφτονται και ενεργούν προς την κατεύθυνση αυτή. Το κλίμα ασφάλειας, ένας κοντινός αλλά ταυτόχρονα



διαφορετικός όρος, εκφράζει τον τρόπο μέτρησης του τι σκέπτονται οι εργαζόμενοι, σε δεδομένη χρονική στιγμή, σχετικά με την κουλτούρα ασφάλειας του οργανισμού [23]. Το κλίμα ασφάλειας αποτελεί τα επιφανειακά χαρακτηριστικά της υποκείμενης κουλτούρας ασφάλειας. Αξιολογεί τις αντιλήψεις που έχει το εργατικό δυναμικό σε ότι αφορά τις διαδικασίες και συμπεριφορές που ακολουθεί στο εργασιακό του περιβάλλον, εκφράζοντας την προτεραιότητα που δίνεται στην ασφάλεια, σε σχέση με άλλους οργανωτικούς στόχους. Ο βαθμός ομοιογένειας των αντιλήψεων των εργαζομένων, μπορεί να ληφθεί ως μέτρο της δύναμης του κλίματος ασφάλειας [24]. Το ενδιαφέρον για τη χρήση του κλίματος ασφάλειας στην πρόληψη από τραυματισμούς είναι όλο και μεγαλύτερο.

«Το κλίμα ασφάλειας έχει μεγάλες δυνατότητες για τη βελτίωση της απόδοσης της υγείας και της ασφάλειας μιας εταιρείας και για τη μείωση των ποσοστών τραυματισμών στο χώρο εργασίας» σύμφωνα με τον επιστήμονα του IWH (Institute for Work & Health) Dr. Phillip Bigelow. Ο ίδιος επιστήμονας υποστηρίζει πως : «εάν μια εταιρεία παρακολουθεί συστηματικά το κλίμα ασφάλειας της και προσπαθεί να την ενισχύσει, αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε βιώσιμες βελτιώσεις στις επιδόσεις της Υγείας και ασφάλειας στην εργασία.»[23].

Η μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των πασχόντων, «των μετρήσιμων συνιστωσών της κουλτούρας ασφάλειας» δηλαδή, χρησιμεύει ως ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση των ενεργειών βελτίωσης και την πραγματοποίηση αξιολογήσεων ποιότητας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό βασίζεται στην υπόθεση, πως τη βάση για την παροχή ασφαλούς περίθαλψης στους πάσχοντες, δημιουργεί ένα υψηλό επίπεδο κλίματος ασφάλειας [25].

### **2.3 Κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο της υγείας**

Ένας από τους πυλώνες του κινήματος για την ασφάλεια των πασχόντων, έχει γίνει η προώθηση μιας κουλτούρας ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη. Μία θετική κουλτούρα ασφάλειας, σε αντίθεση με μία «παθολογική», χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση του αναπόφευκτου των σφαλμάτων και την επιδίωξη να προσδιορίσει προληπτικά υπάρχουσες λανθάνουσες απειλές. Σύμφωνα με την συμβουλευτική επιτροπή για την ασφάλεια των πυρηνικών εγκαταστάσεων (HSE), «οι οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από την επικοινωνία που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και την κοινή αντίληψη για τη

σημασία της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στην αποτελεσματικότητα των προληπτικών μέτρων».

Στον τομέα της αεροπορίας, οι βελτιώσεις στην ασφάλεια όλα αυτά τα χρόνια, έχουν επιτευχθεί λόγω της εφαρμογής πολλών μικρών αλλαγών στις διαδικασίες, τον εξοπλισμό, την εκπαίδευση και την οργάνωση, που συντελούν στη δημιουργία αποτελεσματικών πρακτικών και μιας ισχυρής κουλτούρας ασφάλειας.

Στο χώρο της υγείας η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας αποτελεί εργαλείο για την βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση συνθηκών που οδηγούν σε ανεπιθύμητες ενέργειες και βλάβη του πάσχοντος, καθώς και για την δημιουργία παρεμβάσεων βελτίωσης της ασφάλειας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας μπορεί να θεωρηθεί ως αφετηρία για τον προγραμματισμό δράσης στις αλλαγές για την ασφάλεια των ασθενών [26].

Ένα χαρακτηριστικό των βιομηχανιών υψηλής αξιοπιστίας, είναι ότι έχουν την ικανότητα να μαθαίνουν από τα λάθη και να προχωρούν σε αλλαγές. Οι περισσότεροι οργανισμοί όμως, δεν αναγνωρίζουν ότι η ασφάλεια πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση και όχι απλά προτεραιότητα. Όταν προάγεται το συμφέρον του πάσχοντος για ασφαλή φροντίδα καθώς και των εργαζομένων για ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, προάγεται και βελτιώνεται αντίστοιχα και η παραγωγικότητα και η κερδοφορία του οργανισμού. Ο Leape και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι οι φορείς του τομέα υγείας θα πρέπει να γίνουν «οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας» ικανοί να προσφέρουν ασφαλή, αποτελεσματική με επίκεντρο τον πάσχοντα φροντίδα. Οραματίζονται μια κουλτούρα ανοιχτή, διαφανής και υποστηρικτική, προσανατολισμένη στη μάθηση, όπου όλοι οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν με σεβασμό ο ένας τον άλλο, το ενδιαφέρον για τον πάσχοντα είναι υψίστης σημασίας και οι πάσχοντες με τις οικογένειές τους συμμετέχουν στη φροντίδα τους. Δηλώνουν πώς: «Η υγεία δεν πρέπει μόνο να βελτιωθεί αλλά να μεταμορφωθεί». Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ανταλλάσσουν μεταξύ τους ανοιχτά πληροφορίες σχετικά με τα λάθη τους κινδύνους και τις ανεπιθύμητες ενέργειες γιατί δεν μπορούμε να βελτιώσουμε κάτι για το οποίο δεν μιλάμε. Αυτή η τακτική πρέπει να υποστηρίζεται από την ηγεσία των νοσοκομείων ώστε οι φροντιστές να αναφέρουν τα λάθη χωρίς το φόβο της τιμωρίας. Το συμπέρασμα είναι, ότι όλοι οι εργαζόμενοι

πρέπει να συνεργαστούν για την ασφάλεια του πάσχοντος και να επανασχεδιάσουν λανθασμένες διαδικασίες για την πρόληψη λαθών.

Για την οργάνωση μιας ασφαλούς υγειονομικής περίθαλψης, η δημιουργία ενός περιβάλλοντος όπου κάθε εργαζόμενος βρίσκει ικανοποίηση από την εργασία του, είναι θεμελιώδης πρόκληση για κάθε ηγεσία [27].

Χαρακτηριστικά, μια ισχυρή κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο της υγείας, περιλαμβάνει τη δέσμευση της διοίκησης για την προώθηση και την προστασία της αναφοράς λαθών καθώς και την συμπλήρωση εκθέσεων για την προαγωγή της ασφάλειας [28]. Οι Parandetal αναγνωρίζουν ως καταλυτικό το ρόλο της διοίκησης, για την δημιουργία ενός πλαισίου ασφάλειας σε έναν οργανισμό υγείας. Η διοίκηση ακολουθώντας κατάλληλες στρατηγικές, μπορεί να προωθήσει μία φροντίδα που θα έχει επίκεντρο τον πάσχοντα και οι επαγγελματίες υγείας θα συνεργάζονται και θα εκπαιδεύονται προς αυτή την κατεύθυνση [29].

#### **2.4 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ:ΕΝΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ**

Στην υγειονομική περίθαλψη, η αξιολόγηση των πρωτοβουλιών βελτίωσης και η διενέργεια αξιολογήσεων ποιότητας, επιτυγχάνεται με τη μέτρηση του κλίματος ασφάλειας των πασχόντων, «των μετρήσιμων συνιστωσών της κουλτούρας ασφάλειας» δηλαδή, που αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο, καθώς ένα υψηλό επίπεδο κλίματος ασφάλειας προσφέρει τη βάση για την παροχή ασφαλούς περίθαλψης στους πάσχοντες σύμφωνα με πολλούς ερευνητές. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, επικεντρώνεται λοιπόν στην ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης του κλίματος ασφάλειας. Αν και υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης του, όπως συνεντεύξεις, παρατηρήσεις, αυτό που χρησιμοποιείται πιο συχνά είναι τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια. Τα εργαλεία μέτρησης του κλίματος ασφάλειας που έχουν αναπτυχθεί ως σήμερα, διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως στον τομέα που εφαρμόζονται (πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομείο, χειρουργική αίθουσα, κ.α.), στις διαστάσεις που ερευνούν, στο μήκος, στο επίπεδο ανάπτυξης και επικύρωσης τους σε εθνικό πλαίσιο [25].

Το Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) χρησιμοποιείται από τον Οργανισμό για την Έρευνα στην Υγεία και την Ποιότητα Φροντίδας (AHRQ) στις ΗΠΑ. Είναι το κύριο εργαλείο που δοκιμάστηκε ως σήμερα για τη μέτρηση της

κουλτούρας ασφάλειας στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μετρά 12 διαστάσεις και 42 στοιχεία, παρακολουθώντας τις αλλαγές με την πάροδο του χρόνου και αξιολογώντας τις επιπτώσεις των παρεμβάσεων ασφάλειας στους πάσχοντες. Το πλεονέκτημά του είναι πως αξιολογεί την κουλτούρα ασφάλειας σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.

Το Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), προωθήθηκε από την Εθνική Υπηρεσία Ασφάλειας Πασχόντων (NPSA) και είναι ένα εργαλείο που βοηθά τους οργανισμούς υγείας να αξιολογήσουν την πρόοδό τους για την ανάπτυξη μιας κουλτούρας ασφάλειας. Περιλαμβάνει 10 διαστάσεις που καθορίζουν την κουλτούρα ασφάλειας: συνεχή βελτίωση, προτεραιότητα στην ασφάλεια, λάθη συστήματος και ατομική ευθύνη, καταγραφή συμβάντων, αξιολόγηση περιστατικών, εκμάθηση πραγματοποίησης αλλαγών, επικοινωνία, διαχείριση προσωπικού, εκπαίδευση προσωπικού, ομαδική δουλειά.

Το Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) σχεδιάστηκε από το Πανεπιστήμιο του Τέξας και χρησιμοποιείται πολύ συχνά καθώς είναι ένα ερευνητικό εργαλείο που σταθμίστηκε σχεδόν παγκόσμια. Προέρχεται από τη στάση διαχείρισης πτήσεων (FMAQ) που χρησιμοποιεί η αεροπορία. Περιλαμβάνει έξι διαστάσεις που αφορούν το κλίμα ασφάλειας, την ομαδική εργασία, την ικανοποίηση από την εργασία, την αναγνώριση του στρες, τις συνθήκες εργασίας και τις αντιλήψεις για τη διοίκηση. Έχει σαν επίκεντρο το κλίμα ασφάλειας, είναι σχετικά σύντομο, συμπληρώνεται εύκολα και προσαρμόζεται σε νοσοκομεία, πρωτοβάθμια περίθαλψη, μονάδες εντατικής θεραπείας, χειρουργικά τμήματα, τμήμα επειγόντων, γηροκομεία. Είναι ένα από τα πιο έγκυρα και συχνά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας ασφάλειας.

Το SafetyClimateSurvey σχεδιάστηκε από ερευνητές του Τέξας για τη μέτρηση των αντιλήψεων και της στάσης των εργαζομένων σχετικά με τις διαδικασίες ασφάλειας. Χρησιμοποιήθηκε ευρέως στη Βόρεια Αμερική αλλά δεν περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες και τα χαρακτηριστικά των πιο πρόσφατων εργαλείων με αποτέλεσμα να περιορίζεται η δυνατότητα μεταφοράς του σε άλλα περιβάλλοντα [30].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΤΑ ΛΑΘΗ ΕΙΝΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ

Το ιατρικό λάθος είναι ένα γεγονός δυσάρεστο και για τον πάσχοντα αλλά και για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης. Οι συνέπειες τέτοιων περιστατικών μελετήθηκαν ευρέως για τους πάσχοντες και ελάχιστα για τους επαγγελματίες υγείας. Στην ιατρική κουλτούρα το ιατρικό λάθος είναι ένα θέμα «ταμπού» που ελάχιστα συζητιέται, με αποτέλεσμα να χάνονται σημαντικές ευκαιρίες μάθησης. Τα ιατρικά σφάλματα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα επηρεάζουν αρνητικά τη συναισθηματική και επαγγελματική ευημερία των επαγγελματιών υγείας αλλά και την ποιότητα και το κόστος στις υπηρεσίες αυτές. Οι διοικήσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζουν όσους έχουν διαπράξει κάποιο λάθος σαν το δεύτερο θύμα μετά τον πάσχοντα που έχει υποστεί το λάθος και να του προσφέρουν την υποστήριξη και τις συμβουλές τους [31].

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώνει ο WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), ένας στους δέκα πάσχοντες στις αναπτυγμένες χώρες μπορεί να υποστεί βλάβη στο νοσοκομείο, από μια σειρά σφαλμάτων ή ανεπιθύμητων περιστατικών. Επίσης από κάθε εκατό πάσχοντες που νοσηλεύονται στην υγειονομική περίθαλψη, οι επτά στις αναπτυγμένες χώρες και οι δέκα στις αναπτυσσόμενες κινδυνεύουν να υποστούν κάποια λοίμωξη. Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να κινδυνεύσει η ασφάλεια ενός πάσχοντος στην υγειονομική περίθαλψη (1 στους 300 ασθενείς), από ότι η ασφάλεια ενός ταξιδιώτη με αεροσκάφος (1 στο 1.000.000 ταξιδιωτών). [32]

Πολύπλοκα συστήματα υγείας, η πίεση χρόνου, κακή χρήση ιατρικών συσκευών, ατελείς πληροφορίες ιστορικού του πάσχοντος, έλλειψη κατάλληλων ετικετών των φαρμάκων, περιβαλλοντικοί παράγοντες (θόρυβος, φωτισμός, διακοπές στην εργασία) είναι μερικές από τις αιτίες του ιατρικού σφάλματος. Στην Ελλάδα οι πιο συχνά εμπλεκόμενες ειδικότητες σε συμβάντα ιατρικών σφαλμάτων είναι της Γενικής Χειρουργικής και της Μαιευτικής-Γυναικολογίας και ακολουθούν της Ορθοπαιδικής και της Εσωτερικής Παθολογίας [33].

Το ενδιαφέρον πριν λίγα χρόνια, για την ανίχνευση πηγών κινδύνων καθώς και για την εξεύρεση τρόπων περιορισμού τους κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν περιορισμένο. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο έχει παρουσιαστεί η ανάγκη εκπαίδευσης, ενθάρρυνσης και παροχής κινήτρων στους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν τα δυσμενή συμβάντα και λάθη που συμβαίνουν, καθώς και η ανάγκη να υπάρχουν πληροφοριακά συστήματα εντοπισμού, καταγραφής και ανάλυσης τους. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται προς την κατεύθυνση υποβολής εκθέσεων για την αναφορά λαθών, μέσω της δημιουργίας ενός διαφανούς, αμερόληπτου και μη κατασταλτικού πλαισίου υποβολής εκθέσεων. Αυτό όμως από μόνο του δεν εξυπηρετεί κανένα ουσιαστικό σκοπό. Είναι απαραίτητο να γίνεται αρχικά ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώνονται και στη συνέχεια να αναζητούνται λύσεις και να λαμβάνονται μέτρα ώστε να αποφεύγεται η επανάληψη παρόμοιων λαθών στο μέλλον. Ο κύριος στόχος είναι να μαθαίνουντα συστήματα υγείας και οι επαγγελματίες υγείας από τα λάθη τους, εφόσον σύμφωνα με έρευνες το 70% των ανεπιθύμητων συμβάντων είναι αποτρέψιμα. [34]

### **3.2 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΛΑΘΩΝ**

Επικρατούν δύο τρόποι προσέγγισης του ανθρώπινου λάθους, η ατομοκεντρική προσέγγιση και η προσέγγιση του συστήματος. Η πρώτη που θεωρεί πως τα λάθη είναι αποτέλεσμα απροσεξίας, αμέλειας ή έλλειψη μνήμης του ατόμου είναι και η κυρίαρχη. Με τον τρόπο αυτό όμως στοχοποιείται ο επαγγελματίας υγείας και αποτρέπεται η αναφορά σφαλμάτων. Η άλλη προσέγγιση, του συστήματος έχει μία ολιστική στάση για τα λάθη. Παραδέχεται πως οι άνθρωποι κάνουν λάθη γιατί τα λάθη είναι αναπόφευκτα ακόμα και στους καλύτερους οργανισμούς. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι οργανισμοί είναι πολύπλοκα και προκύπτουν από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Τα λάθη προκαλούνται από συστημικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζονται από την στρατηγική του οργανισμού, την κουλτούρα του και την αντίληψη της διοίκησης για τον κίνδυνο. Το σημαντικό όταν συμβεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός δεν είναι ποιος έκανε το σφάλμα αλλά πως και γιατί απέτυχαν οι άμυνες και ποιοι παράγοντες βοήθησαν για να δημιουργηθούν οι συνθήκες που οδήγησαν στο σφάλμα. Η επικρατούσα άποψη είναι πως δεν μπορούμε να αλλάξουμε τον ανθρώπινο παράγοντα αλλά μπορούμε να αλλάξουμε τις συνθήκες

που εργάζονται οι άνθρωποι ώστε να είναι λιγότερο επιρρεπείς στο λάθος. Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει τη διαδικασία της μάθησης ως ενίσχυση της αβεβαιότητας. Το ανθρώπινο λάθος κατηγορείται συνήθως για ανεπιθύμητα συμβάντα, επειδή σχεδόν πάντα λαμβάνει χώρα τη χρονική στιγμή αμέσως πριν το δυσμενές περιστατικό. Δεν θα πρέπει να παραβλέπονται δύο σημαντικά γεγονότα σχετικά με το ανθρώπινο λάθος. Πρώτον, ακόμη και οι καλύτεροι επιστήμονες μπορεί να κάνουν τα χειρότερα λάθη. Δεύτερον, δεν πρόκειται για τυχαία λάθη, παρά για λάθη επαναλαμβανόμενα. Δηλαδή, ίδιες ή παρόμοιες καταστάσεις και συνθήκες μπορεί να οδηγήσουν σε παρόμοια λάθη ανεξάρτητα από τα εμπλεκόμενα άτομα. Επομένως, κάθε προσπάθεια περιορισμού των λαθών, που εστιάζει στο άτομο και δεν αναζητά τους συστημικούς παράγοντες που συμβάλλουν στα λάθη, είναι καταδικασμένο να αποτύχει. Ο ανθρώπινος παράγοντας είναι το τελευταίο αίτιο που οδηγεί σε ανεπιθύμητα συμβάντα. Οι οργανισμοί που λειτουργούν σε επικίνδυνες συνθήκες, θα πρέπει να αναπτύσσουν άμυνες και διαδικασίες που παρεμβάλλονται ανάμεσα στην πηγή του αιτίου και το δυνητικά θύμα που θα υποστεί τις απώλειες [35].

Στη συστημική προσέγγιση του λάθους, οι αμυντικοί μηχανισμοί και οι ασφαλιστικές δικλείδες, κατέχουν κυρίαρχη θέση. Συστήματα υψηλής τεχνολογίας διαθέτουν πολλούς αμυντικούς μηχανισμούς που άλλοι βασίζονται στα άτομα (χειρουργοί, πιλότοι, χειριστές κέντρων ελέγχου κ.α.) και άλλοι σε διαδικασίες και διοικητικούς ελέγχους. Η λειτουργία τους στοχεύει στην προστασία πιθανών θυμάτων από επαπειλούμενες καταστροφές. Αν και είναι αποτελεσματικοί, ωστόσο έχουν τα τρωτά σημεία τους. Οι αμυντικοί μηχανισμοί μοιάζουν με το «Ελβετικό τυρί». Όπως το τυρί αυτό έχει τρύπες, έτσι και οι μηχανισμοί αυτοί και οι διαδικασίες παρουσιάζουν τρύπες που ανοιγοκλείνουν και αλλάζουν συνεχώς θέση. Όταν οι τρύπες από διαφορετικές «φέτες» έρθουν στην ίδια ευθεία, τότε προκύπτει η πιθανότητα σφάλματος που φέρνει πιο κοντά τον κίνδυνο σε επαφή με το θύμα. Οι τρύπες στους αμυντικούς μηχανισμούς, είναι αποτέλεσμα «ενεργών αποτυχιών», ή «λανθανουσών συνθηκών». Στην πλειοψηφία τους τα δυσμενή περιστατικά αφορούν το συνδυασμό αυτών των παραγόντων.

Οι «ενεργείς αποτυχίες» είναι οι επισφαλείς πρακτικές από άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή ή το σύστημα και μπορεί να έχουν οποιαδήποτε μορφή: λάθη, διαδικαστικές παραβάσεις, αμέλεια, έλλειψη προσοχής). Συνήθως

έχουν άμεσο και παροδικό αντίκτυπο στην ακεραιότητα των αμυντικών μηχανισμών. Οι πράξεις αυτές έχουν ένα αιτιολογικό ιστορικό, που επεκτείνεται πίσω στο χρόνο και στα ανώτερα επίπεδα του συστήματος.

«Οι λανθάνουσες συνθήκες» είναι τα αναπόφευκτα «ευκαιριακά παθογόνα» εντός του συστήματος και προκύπτουν από τις αποφάσεις στο σχεδιασμό των διαδικασιών και από λάθη των κατασκευαστών και της ανώτατης διοίκησης. Οι λανθάνουσες συνθήκες μπορεί να παραμένουν αδρανείς για πολλά χρόνια μέχρι να συνδυαστούν με ενεργείς αποτυχίες και να δημιουργηθεί μια ευκαιρία ατυχήματος. Οι λανθάνουσες συνθήκες σε αντίθεση με τις ενεργές μπορούν να εντοπιστούν και να αποκατασταθούν πριν συμβεί κάποιο ανεπιθύμητο συμβάν.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια ολοένα και αυξάνεται για την ανάπτυξη εργαλείων για τη διαχείριση των κινδύνων και λαθών. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης θα στοχεύει στο άτομο, την ομάδα, το καθήκον και τον οργανισμό ως σύνολο [36].

### **3.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ**

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης, αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος ασφάλειας και υιοθετούν στρατηγικές με στόχο την πρόληψή του. Γι' αυτό και για τη μέτρηση και την αξιολόγηση της κουλτούρας ασφαλείας δημιουργήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία. Το συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των πασχόντων έχει εκδώσει και σχετική οδηγία συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και του ελέγχου των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη (2009/C 151/01). Σύμφωνα με αυτήν, τα κράτη-μέλη θα πρέπει να θεσπίζουν, να διατηρούν ή να βελτιώνουν τα συστήματα υποβολής εμπειριστατωμένων εκθέσεων και μάθησης, με στόχο τον εντοπισμό της έκτασης και των αιτιών των ανεπιθύμητων περιστατικών, αλλά και να αναπτύσσουν και να εφαρμόζουν αποτελεσματικές λύσεις και παρεμβάσεις, με την εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Το πλαίσιο αυτό δεν έχει «τιμωρητικό», αλλά ενημερωτικό και «παιδευτικό» -προληπτικό χαρακτήρα, ώστε να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο σύστημα αναφοράς ανεπιθύμητων συμβάντων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, 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) [37]. 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 πρωτοβουλίες και προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της αίσθησης καθήκοντος και της προσωπικής ευθύνης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού[37]. Στην Αμερική αν και εφαρμόζονται συστήματα ανίχνευσης σφαλμάτων όλα τα νοσοκομεία δεν ανταποκρίνονται το ίδιο αποτελεσματικά. Για αυτό άρχισε να χρησιμοποιείται 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 στο 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 [37].

Στην Ελλάδα, το σύστημα ανίχνευσης, αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών με την ονομασία MERIS, το οποίο αναπτύχθηκε από το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά συνιστά μια αξιόλογη προσπάθεια στον τομέα της αναφοράς ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων περιστατικών. Υπάρχει η δυνατότητα της αυτόβουλης (οικειοθελούς) 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 υγείας [38].

## **4.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **4.1 ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα 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.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας είναι:

1.Ποιό το κλίμα ασφάλειας που επικρατεί στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους νοσηλείας των πασχόντων, σε Γενικό Νοσοκομείο της Περιφέρειας της Θεσσαλίας , όπως το αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας;

2.Ποιοί είναι οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν το κλίμα ασφάλειας των επαγγελματιών υγείας σε ένα τμήμα νοσηλείας;

### **4.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Ο πληθυσμός – στόχος της μελέτης αποτελείται από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι προέρχονται από ένα Γενικό Νοσοκομείο της περιφέρειας της Θεσσαλίας. Στη συγκεκριμένη εργασία και με την βοήθεια ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς καταγράφηκαν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια των πασχόντων. Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου σχετίζονται με τον πλούτο των συλλεγόμενων πληροφοριών με το υψηλό ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη, καθώς και με τη διερεύνηση περίπλοκων συναισθημάτων και αντιλήψεων. Ειδικότερα το ερωτηματολόγιο δίνει τη δυνατότητα στον ερωτώμενο να απαντά ελεύθερα καλύπτοντας συγχρόνως και όλο το φάσμα πληροφοριών που πρέπει να συλλεχθούν.

Μετά τη συγκέντρωση των δεδομένων ακολούθησε το στάδιο της ανάλυσης των δεδομένων. Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων, καθώς και των φορέων στους οποίους υλοποιήθηκε η έρευνα. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην μελέτη διαφυλάχθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

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 παράγοντες. Το SAQ θεωρείται ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των αντιλήψεων που αφορούν στο ζήτημα της ασφάλειας, τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, ανάμεσα σε νοσοκομεία και μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Οι ερωτήσεις αφορούν τους ακόλουθους έξι παράγοντες: Ομαδική εργασία (6 ερωτήσεις), κλίμα ασφάλειας (7 ερωτήσεις), ικανοποίηση από την εργασία (5 ερωτήσεις), αναγνώριση του stress (4 ερωτήσεις), αντιλήψεις για τη διοίκηση (4 ερωτήσεις) και συνθήκες εργασίας (4 ερωτήσεις). Η απάντηση σε κάθε μια από τις ερωτήσεις της κλίμακας SAQ αντιστοιχεί σε μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ κάπως, 3=ουδέτερος, 4=συμφωνώ κάπως, 5=συμφωνώ απόλυτα). Οι απαντήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του Sexton μετατρέπονται σε μια κλίμακα 0-100 (1=0%, 2=25%, 3=50%, 4=75% και 5=100%). Θετικά αποτελέσματα θεωρούνται αυτά που είναι >75%. [39,40] Διανεμήθηκαν αρχικά 130 ερωτηματολόγια του ερευνητικού εργαλείου SAQ και επιστράφηκαν 126 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (90% ποσοστό ανταπόκρισης). Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά για τη περιγραφή της έρευνας, τη δυνατότητα της μη συμμετοχής καθώς και για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των εξεταζόμενων. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε 10 έως 15 λεπτά.

## Στατιστική

Έγινε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Η διερεύνηση των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία t-test προκειμένου για δύο δείγματα και η δοκιμασία ANOVA με post hoc ανάλυση κατά Bonferroni. Οι

μεταβλητές ηλικία και χρόνος εργασίας διχοτομήθηκαν στις διάμεσες τιμές τους. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ .

## 5.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 88,1% του δείγματος. Οι συμμετέχοντες στην πλειονότητά τους ήταν έγγαμοι (78,6%), με τη μέση τιμή της ηλικίας να είναι  $44,46 \pm 7,13$  έτη. Οι απόφοιτοι ΤΕ αντιπροσώπευαν το 50,8% του δείγματος

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

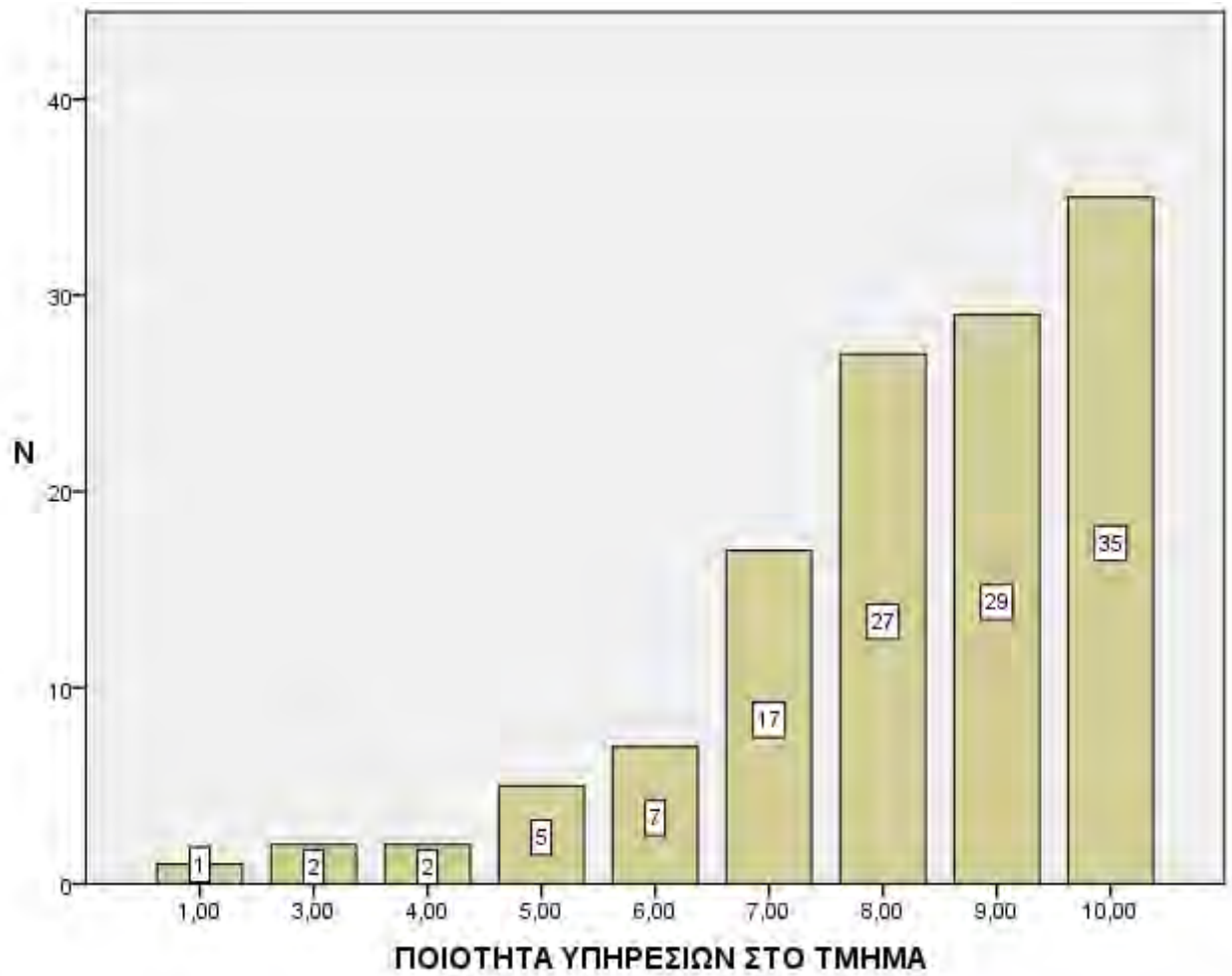
|                               | N         | %         |
|-------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Φύλο</b>                   |           |           |
| Γυναίκα                       | 111       | 88,1      |
| Άνδρας                        | 15        | 11,9      |
| Σύνολο                        | 126       | 100,0     |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |           |           |
| Χήρος/α                       | 2         | 1,6       |
| Χωρισμένος/η                  | 10        | 7,9       |
| Παντρεμένος/η                 | 99        | 78,6      |
| Ανύπαντρος/η                  | 15        | 11,9      |
| Σύνολο                        | 126       | 100,0     |
| <b>Εκπαίδευση</b>             |           |           |
| ΠΕ                            | 10        | 7,9       |
| ΤΕ                            | 64        | 50,8      |
| ΔΕ                            | 52        | 41,3      |
| Σύνολο                        | 126       | 100,0     |
| <i>Μεταπτυχιακό</i>           |           |           |
| Ναι                           | 16        | 12,7      |
| Όχι                           | 110       | 87,3      |
| Σύνολο                        | 126       | 100,0     |
| <i>Διδακτορικό</i>            |           |           |
| Ναι                           | 5         | 4,0       |
| Όχι                           | 121       | 96,0      |
| Σύνολο                        | 126       | 100,0     |
|                               |           |           |
|                               | <b>ΜΤ</b> | <b>ΤΑ</b> |
| <b>Ηλικία</b>                 | 44,46     | 7,13      |
|                               |           |           |

Ο μέσος συνολικός χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν  $8,96 \pm 7,93$  έτη, ενώ ο συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματος ήταν  $19,83 \pm 7,23$  έτη. Η ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα, αλλά και εκείνη που ο επαγγελματίας υγείας προσωπικά παρέχει συγκέντρωσε υψηλή βαθμολογία (8,22 και 8,79 αντίστοιχα, όπως και η ικανοποίηση από την εργασία (8,09), με το 46,8% να δηλώνει ότι η εργασία στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν δική του επιλογή.

## Πίνακας 2. Χρόνια υπηρεσίας

|  | ΜΤ    | ΤΑ    |
|--|-------|-------|
| Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας  | 19,83 | 7,93  |
| Συνολικός χρόνος εργασίας σας στο τμήμα σας  | 8,96  | 7,23  |
| Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών στο τμήμα σας;                              | 8,22  | 1,76  |
| Από 0-10 πως θα βαθμολογούσατε γενικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχετε εσείς προσωπικά στο τμήμα σας; | 8,79  | 1,29  |
| Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την εργασία σας στο τμήμα σας;                                      | 8,09  | 1,92  |
|  |       |       |
|  | N     | %     |
| <b>Η εργασία σας στο συγκεκριμένο τμήμα υπήρξε δική σας επιλογή;</b>   |       |       |
| Ναι  | 59    | 46,8  |
| Όχι  | 67    | 53,2  |
| Σύνολο   | 126   | 100,0 |
|  |       |       |

**Γράφημα 1. Αξιολόγηση της ποιότητας υπηρεσιών στο τμήμα**



Το 36% των επαγγελματιών υγείας εργαζόταν στον παθολογικό τομέα, το 28% στο χειρουργικό και το 36% στις Μονάδες (ΜΕΘ, ΜΤΝ, ΜΣΝ).

## Γράφημα 2. Τομέας εργασίας



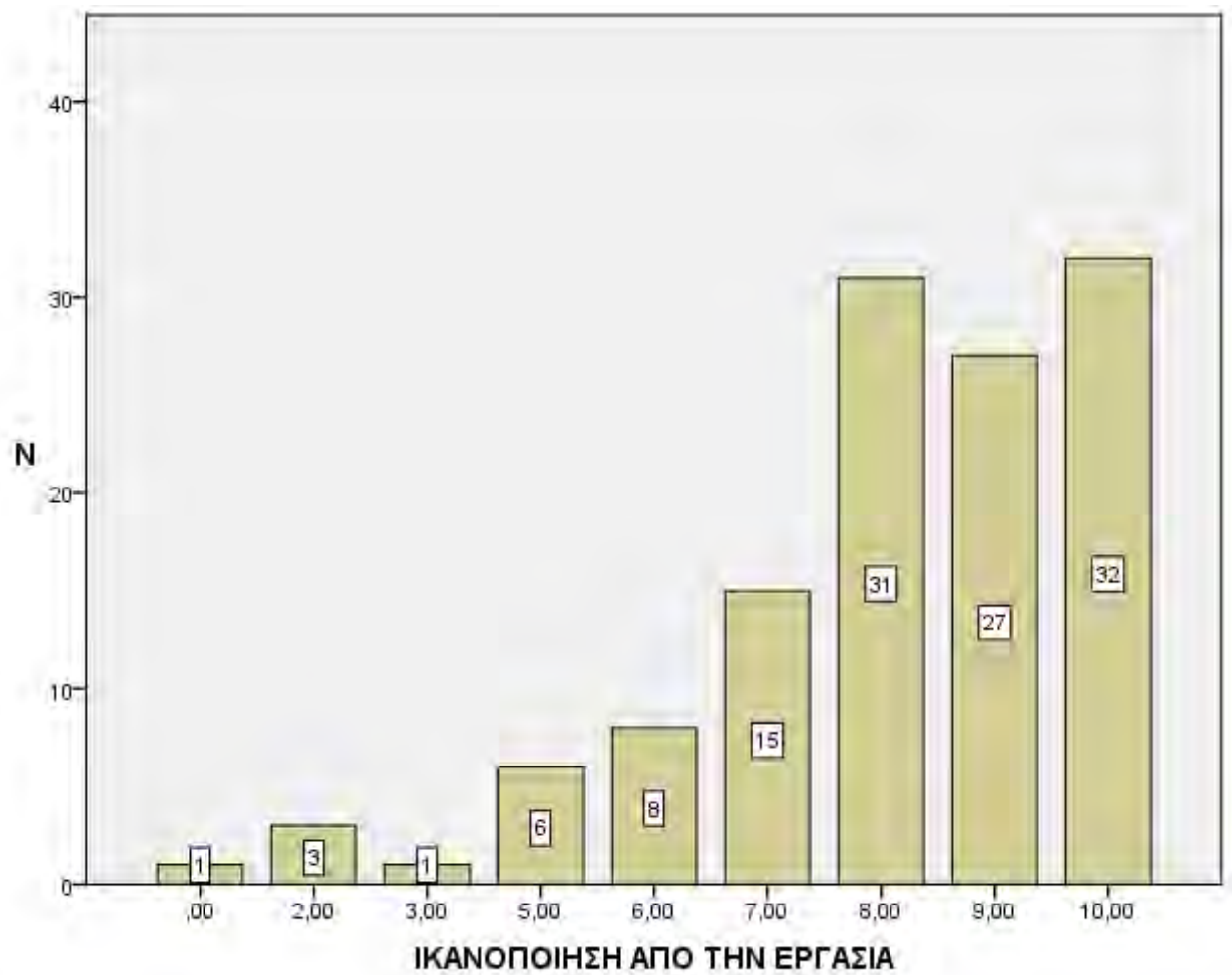
Η κόπωση είναι παρούσα συχνά στο 68,3% των συμμετεχόντων, ενώ γενικότερη κόπωση αναφέρεται από το 77%. Για το 66,7% το επάγγελμα αποτελεί πηγή άγχους. Αναφορικά με την αξιολόγηση της ποιότητας της συνεργασίας με τους νοσηλευτές, η μέση τιμή με άριστα το 10 ήταν στο 8,11, ενώ όταν ζητούνταν από τον επαγγελματία υγείας να αξιολογήσει την ικανοποίησή του από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς η βαθμολογία ανερχόταν σε 7,50, ενώ με 9,1 βαθμολογείται η ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα.

**Πίνακας 3. Ψυχική επιβάρυνση, κόπωση των επαγγελματιών υγείας και ικανοποίηση από τη συνεργασία με συναδέλφους**

|  | <b>N</b>  | <b>%</b>  |
|--|-----------|-----------|
| <b>Αισθάνεστε κάπου μια γενικότερη κόπωση;</b>   |           |           |
| Ναι  | 97        | 77,0      |
| Όχι  | 29        | 23,0      |
| Σύνολο   | 126       | 100,0     |
| <b>Πόσο συχνά αισθάνεστε κόπωση;</b>   |           |           |
| Πολύ σπάνια  | 9         | 7,1       |
| Σπάνια   | 31        | 24,6      |
| Συχνά  | 53        | 42,1      |
| Πολύ συχνά   | 33        | 26,2      |
| Σύνολο   | 126       | 100,0     |
| <b>Αισθάνεστε ότι το επάγγελμά σας αποτελεί πηγή άγχους για εσάς;</b>                                |           |           |
| Ναι  | 84        | 66,7      |
| Όχι  | 42        | 33,3      |
| Σύνολο   | 126       | 100,0     |
|  |           |           |
|  | <b>ΜΤ</b> | <b>ΤΑ</b> |
| <b>Εάν ναι πόσο θα βαθμολογούσατε το άγχος σας από 0-10;</b>   | 6,75      | 2,59      |
|  |           |           |
| <b>Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους νοσηλευτές;</b> | 8,11      | 1,92      |
| <b>Από 0-10 πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα της συνεργασίας σας με τους ιατρούς;</b>    | 7,50      | 2,20      |
| <b>Από 0-10 πόσο ασφαλείς θεωρείτε ότι είναι οι ασθενείς στο τμήμα σας;</b>                          | 9,09      | 7,78      |
|  |           |           |



**Γράφημα 3. Αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία**



Το 81% θεωρεί ότι η αναφορά λαθών πρέπει να είναι υποχρεωτική, ενώ σε περίπτωση σοβαρού λάθους την αναφορά σε ανώτερο θα επέλεγε το 43% και την απόκρυψη το 3%, ενώ σε μοιραίο (θανατηφόρο) λάθος, το ποσοστό αναφοράς σε ανώτερο ανέρχεται στο 56%. Η ικανοποίηση από χειρισμούς της διοίκησης μετά από λάθος είναι περιορισμένη (45,2% δηλώνει ελάχιστα ικανοποιημένο).

**Γράφημα 4. Αποψη για την αναφορά λαθών**



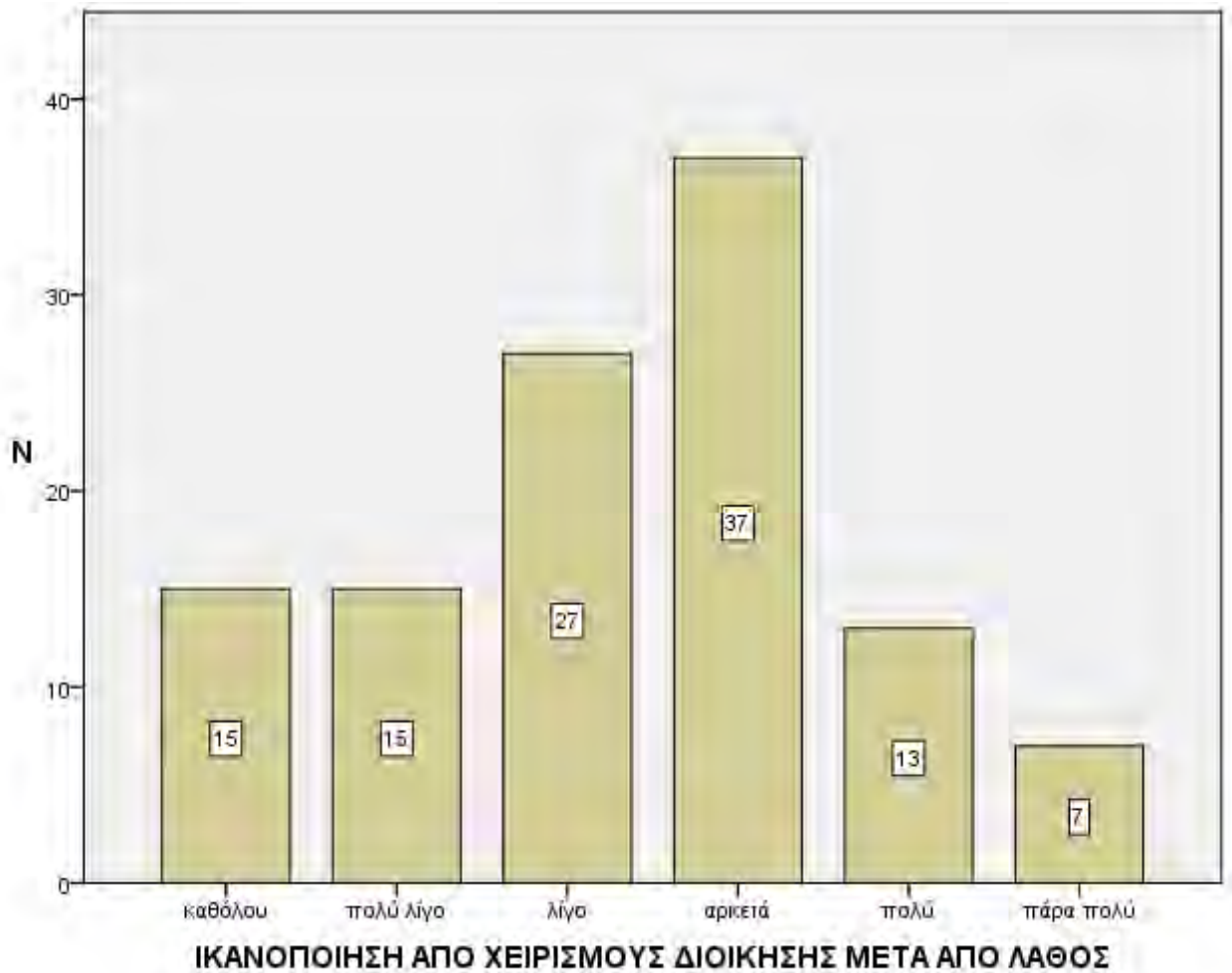
**Γράφημα 5. Αναφορά σε περίπτωση σοβαρού λάθους**



**Γράφημα 5. Αναφορά σε περίπτωση θανατηφόρου λάθους**



**Γράφημα 6. Ικανοποίηση από χειρισμούς διοίκησης μετά από λάθος**



Το 44,7 % ανέφερε λάθη, με τα λιγότερα να συμβαίνουν στην απογευματινή βάρδια την πλειονότητα αυτών να συμβαίνουν στη βραδινή βάρδια και να επηρεάζουν στο 20% περίπου περίπου των περιπτώσεων σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό την υγεία του ασθενούς.

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

| ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ                             | N          | %            |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Έχετε κάνει λάθος;</b>             |            |              |
| ΌΧΙ                                   | 68         | 55,3         |
| <b>ΝΑΙ</b>                            | <b>55</b>  | <b>44,7</b>  |
| <b>Σύνολο</b>                         | <b>123</b> | <b>100,0</b> |
| <b>Εάν Βάρδια που συνέβη το λάθος</b> |            |              |
| Πρωινή                                | 22         | 38,6         |

|                                       |    |       |
|---------------------------------------|----|-------|
| Απογευματινή                          | 16 | 28,1  |
| Βραδινή                               | 19 | 33,3  |
| Σύνολο                                | 57 | 100,0 |
| <b>Επίπτωση στην υγεία του ασθενή</b> |    |       |
| Καθόλου                               | 52 | 77,6  |
| Λίγο                                  | 7  | 10,4  |
| Αρκετά                                | 4  | 6,0   |
| Πολύ                                  | 4  | 6,0   |
| Σύνολο                                | 67 | 100,0 |

Η εργασιακή ικανοποίηση είχε μέση τιμή 70,38 (20,36) πλησιάζοντας στο 75% της κλίμακας, ήτοι το όριο για να θεωρηθεί «επαρκής». Ακολουθούσαν η ομαδική εργασία και το κλίμα ασφάλειας με 69,54 και 65,04 αντίστοιχα ενώ η αντίληψη stress, οι συνθήκες εργασίας και η διοίκηση αξιολογούνταν χαμηλότερα.

**Πίνακας 5 . Συγκεντρωτική βαθμολογία των υποκλιμάκωνSAQ**

|                              | <b>ΜΤ(ΤΑ)</b>        | <b>Ελάχιστο</b> | <b>Μέγιστο</b> |
|------------------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| Ομαδική Εργασία              | 69,54 (19,76)        | 0,00            | 100,0          |
| Κλίμα Ασφάλειας              | 65,04 (16,84)        | 21,43           | 100,0          |
| <b>Εργασιακή Ικανοποίηση</b> | <b>70,38 (20,36)</b> | 0,00            | 100,0          |
| <b>Αναγνώριση Stress</b>     | <b>58,14(22,31)</b>  | 6,25            | 100,0          |

|                    |               |      |       |
|--------------------|---------------|------|-------|
| Αντίληψη Διοίκησης | 58,85 (22,31) | 6,25 | 100,0 |
| Συνθήκες Εργασίας  | 58,63 (20,46) | 6,25 | 100,0 |

Στην υποκλίμακα της ομαδικής εργασίας, την υψηλότερη συμφωνία (42,50%) συγκέντρωσε η ερώτηση «**Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι**». Και ακολουθούσε η πρόταση «Οι ιατροί και οι νοσηλεύτες σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα». Σημειώνεται ότι η πρόταση «**Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα**» είχε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (19,50%).

#### Πίνακας 6. Υποκλίμακα Ομαδικής εργασίας

| A/A | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ   | ΜΤ(ΤΑ)              | % Συμφωνία   |
|-----|---|---------------------|--------------|
| 1   | <b>3. Οι εισηγήσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται υπόψη σε αυτό το τμήμα</b>                                     | <b>63,00(28,51)</b> | <b>19,50</b> |
| 2   | 26. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να μιλήσω εάν αντιληφθώ κάποιο πρόβλημα που αφορά στη φροντίδα των ασθενών | 67,74(31,03)        | <b>33,90</b> |

|   |   |                     |              |
|---|---|---------------------|--------------|
| 3   | 32. Οι διαφωνίες σε αυτό το τμήμα επιλύονται κατάλληλα (π.χ. όχι ποιος έχει δίκαιο αλλά τι είναι προς το συμφέρον του ασθενή) | 61,68(29,49)        | 23,80        |
| 4   | 36. Έχω την υποστήριξη που χρειάζομαι από το υπόλοιπο προσωπικό για να φροντίζω τους ασθενείς                                 | 73,39(24,64)        | 29,00        |
| 5   | <b>37. Είναι εύκολο για το προσωπικό σε αυτό το τμήμα να κάνει ερωτήσεις όταν δεν κατανοεί κάτι</b>                           | <b>80,44(22,21)</b> | <b>42,50</b> |
| 6   | 40. Οι ιατροί και το οι νοσηλευτές σε αυτό το τμήμα εργάζονται μαζί σαν μια καλά συντονισμένη ομάδα                           | 73,79(28,67)        | 40,30        |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |   |                     |              |

Στην υποκλίμακα της ασφάλειας, την υψηλότερη συμφωνία (47,90%) συγκέντρωσε η ερώτηση «**Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα**», ενώ η πρόταση «Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα» έπεται με 41,30%.. Σημειώνεται ότι η πρόταση «Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία» είχε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (5,60%).

#### **Πίνακας 7. Υποκλίμακα Ασφάλειας**

| A/A | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  | ΜΤ(ΤΑ)              | % Συμφωνία   |
|-----|--|---------------------|--------------|
| 1   | 4. Θα ένιωθα ασφαλής ως ασθενής αν νοσηλευόμουν σε αυτό το τμήμα | 76,86(25,24)        | <b>41,30</b> |
| 2   | <b>5. Τα λάθη αντιμετωπίζονται κατάλληλα σε αυτό το τμήμα</b>    | <b>80,58(23,38)</b> | <b>47,90</b> |

|   |   |              |       |
|---|---|--------------|-------|
| 3   | 11. Λαμβάνω την κατάλληλη ανατροφοδότηση για την απόδοση μου στην εργασία   | 45,20(30,07) | 5,60  |
| 4   | 12. Σε αυτό το τμήμα είναι δύσκολο να συζητάς τα λάθη   | 54,23(30,70) | 16,90 |
| 5   | 22. Ενθαρρύνομαι από τους συναδέλφους μου να αναφέρω οποιεσδήποτε ανησυχίες μπορεί να έχω σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών | 70,20(29,73) | 33,60 |
| 6   | 23. Η εργασιακή κουλτούρα σε αυτό το τμήμα διευκολύνει την μάθηση από τα λάθη των άλλων                                       | 63,01(30,09) | 22,80 |
| 7   | 30. Γνωρίζω τις κατάλληλες διαδικασίες για να υποβάλω ερωτήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στο τμήμα                 | 66,26(27,16) | 23,60 |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |   |              |       |

Στην υποκλίμακα της «εργασιακής ικανοποίησης», την υψηλότερη βαθμολογία (4,64) και τον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας (54,8%) είχε η πρόταση «Μου αρέσει η δουλειά μου».

#### **Πίνακας 8. Υποκλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης**

| A/A | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ   | ΜΤ(ΤΑ)       | % Συμφωνία |
|-----|---|--------------|------------|
| 1   | 2. Μου αρέσει η δουλειά μου   | 82,26(24,23) | 54,80      |
| 2   | 8. Όταν εργάζεσαι σε αυτό το νοσοκομείο είναι σαν να είσαι μέλος σε μια μεγάλη οικογένεια | 65,00(31,11) | 28,80      |
| 3   | 15. Αυτό το Νοσοκομείο είναι ένα καλό μέρος για να εργαστεί κάποιος                       | 71,17(25,51) | 29,80      |
| 4   | 31. Είμαι περήφανος/η που εργάζομαι σε αυτό το  | 67,01(27,51) | 27,90      |



|   |   |              |       |
|---|---|--------------|-------|
|   | Νοσοκομείο                                |              |       |
| <b>5</b>                                    | 44. Το ηθικό σε αυτό το τμήμα είναι υψηλό | 64,96(32,57) | 33,60 |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |   |              |       |

Στην υποκλίμακα της «αναγνώρισης stress», την υψηλότερη συμφωνία (27%) είχε η πρόταση «Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου».

### Πίνακας 9. Υποκλίμακα Αναγνώριση Stress

| A/A   | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ  | ΜΤ(ΤΑ)       | % Συμφωνία   |
|---|--|--------------|--------------|
| <b>1</b>                                    | 27. Όταν ο φόρτος εργασίας μου αυξάνεται επηρεάζεται αρνητικά η απόδοσή μου  | 57,58(35,05) | 27,00        |
| <b>2</b>                                    | 33. Είμαι λιγότερο αποτελεσματικός στη δουλειά όταν είμαι κουρασμένος/η  | 61,38(30,41) | 17,10        |
| <b>3</b>                                    | 34. Είναι πιθανότερο να κάνω λάθη όταν επικρατούν τεταμένες ή εχθρικές συνθήκες στην εργασία μου   | 70,45(28,14) | 28,10        |
| <b>4</b>                                    | 49. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, επιληπτική κρίση) | 40,73(37,51) | <b>14,50</b> |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |  |              |              |

Στην υποκλίμακα της «Αντίληψης Διοίκησης», το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (10,50%) είχε η ερώτηση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες», ενώ η πρόταση «Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών « συγκέντρωσε 59,40%

### Πίνακας 10. Υποκλίμακα Αντίληψης Διοίκησης

| A/A      | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ   | ΜΤ(ΤΑ)       | % Συμφωνία   |
|----------|---|--------------|--------------|
| <b>1</b> | 10. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου στηρίζει τις καθημερινές μου προσπάθειες                   | 47,58(29,98) | <b>10,50</b> |
| <b>2</b> | 18. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου δεν διακινδυνεύει (εν γνώσει της) την ασφάλεια των ασθενών | 68,55(28,67) | <b>59,40</b> |

|   |   |              |       |
|---|---|--------------|-------|
| <b>3</b>                                    | 19. Τα επίπεδα του προσωπικού σε αυτό το τμήμα είναι ικανοποιητικά για τη φροντίδα του αριθμού των ασθενών                        | 64,40(34,67) | 33,60 |
| <b>4</b>                                    | 28. Ενημερώνομαι επαρκώς και έγκαιρα για διάφορα πράγματα που συμβαίνουν στο Νοσοκομείο και μπορούν να επηρεάσουν την εργασία μου | 54,30(29,05) | 14,80 |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |   |              |       |

Στην υποκλίμακα της «συνθήκες εργασίας», το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας (11,4%) είχε η ερώτηση «Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό», ενώ καμία ερώτηση δεν ξεπέρασε το 50%.

#### **Πίνακας 11. Υποκλίμακα συνθηκών εργασίας**

| <b>A/A</b> | <b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>  | <b>ΜΤ(ΤΑ)</b> | <b>% Συμφωνία</b> |
|------------|---|---------------|-------------------|
| <b>1</b>   | 6. Αυτό το Νοσοκομείο κάνει καλή δουλειά στην κατάρτιση του νέου προσωπικού | 57,06(30,67)  | 17,70             |

|   |   |              |              |
|---|---|--------------|--------------|
| <b>2</b>                                    | 7. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές αποφάσεις είναι διαθέσιμες σε εμένα σε καθημερινή βάση | 64,03(29,71) | 23,60        |
| <b>3</b>                                    | 24. Αυτό το Νοσοκομείο αντιμετωπίζει με εποικοδομητικό τρόπο το προβληματικό προσωπικό  | 47,56(30,94) | <b>11,40</b> |
| <b>4</b>                                    | 45. Οι εκπαιδευόμενοι υπό την ευθύνη μου επιτηρούνται επαρκώς   | 68,01(29,71) | <b>31,50</b> |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |   |              |              |

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 «*Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια*» ήταν εκείνες με τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας (79,2% και 84,7% αντίστοιχα), ενώ το «Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται» είχε 50,8%.

#### **Πίνακας 12. Λοιπές Ερωτήσεις Στάσεων για την Ασφάλεια**

| <b>A/A</b> | <b>ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ</b>   | <b>ΜΤ(ΤΑ)</b> | <b>% Συμφωνία</b> |
|------------|--|---------------|-------------------|
| <b>1</b>   | 1. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας είναι σύνηθες φαινόμενο σε αυτό το τμήμα | 76,63(28,04)  | 45,50             |
| <b>2</b>   | 9. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου κάνει καλή δουλειά                             | 52,42(29,12)  | 12,10             |

|           |  |                     |              |
|-----------|--|---------------------|--------------|
| <b>3</b>  | <i>13. Η ενημέρωση (πχ η αναφορά της κατάστασης του κάθε ασθενή στο τέλος κάθε βάρδιας) είναι σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών</i>                   | 92,20(18,35)        | <b>79,20</b> |
| <b>4</b>  | 14. Σε αυτό το τμήμα γίνονται εμπειριστατωμένες αναφορές για την κατάσταση του κάθε ασθενή   | 78,05(26,24)        | 43,90        |
| <b>5</b>  | 16. Όταν με διακόπτουν από την εργασία μου η ασφάλεια των ασθενών μου δεν επηρεάζεται  | 62,30(33,66)        | 29,00        |
| <b>6</b>  | 17. Όλο το προσωπικό στην δικό μου τμήμα αναλαμβάνει την ευθύνη για την ασφάλεια των ασθενών   | 73,40(29,74)        | 43,20        |
| <b>7</b>  | 20. Οι αποφάσεις σε αυτό το τμήμα λαμβάνονται μετά από συμβουλές από τους κατάλληλους ανθρώπους  | 66,80(31,71)        | 33,60        |
| <b>8</b>  | 21. Το Νοσοκομείο προάγει την ομαδική εργασία και τη συνεργασία ανάμεσα στο προσωπικό του  | 59,84(31,91)        | 24,60        |
| <b>9</b>  | <i>25. Ο εξοπλισμός σε αυτό το τμήμα είναι επαρκής</i>   | <i>58,40(34,19)</i> | <i>22,40</i> |
| <b>10</b> | 29. Έχω δει άλλους να κάνουν λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν τους ασθενείς  | 50,82(31,11)        | 8,30         |
| <b>11</b> | 35. Το άγχος από προσωπικά μου προβλήματα επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου   | 40,42(30,09)        | 4,90         |
| <b>12</b> | 38. Οι διακοπές στη συνεχόμενη παροχή φροντίδας των ασθενών (π.χ. αλλαγή βάρδιας, μεταφορά ασθενών) μπορεί να είναι επιζήμιες για την ασφάλεια των ασθενών | 40,73(30,32)        | 6,50         |
| <b>13</b> | 39. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος περιστατικού μπορώ να προβλέψω τις επόμενες ενέργειες του υπόλοιπου προσωπικού                                   | 71,14(25,01)        | 29,30        |

|    |  |              |              |
|----|--|--------------|--------------|
| 14 | 41. Συχνά δεν μπορώ να εκφράσω τη διαφωνία μου προς τους Ιατρούς σε αυτό το τμήμα  | 53,48(29,69) | 14,50        |
| 15 | 42. Τα πολύ ψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας με ενεργοποιούν και βελτιώνουν την απόδοσή μου  | 59,48(31,49) | 24,20        |
| 16 | 43. Οι σωστοί επαγγελματίες μπορούν να αφήσουν τα προσωπικά τους προβλήματα στο περιθώριο όταν εργάζονται  | 80,04(25,89) | <b>50,80</b> |
| 17 | <b>46. Γνωρίζω το όνομα και το επίθετο όλων των συναδέλφων που εργάστηκαν μαζί μου στην τελευταία βάρδια</b>   | 93,35(17,78) | 84,70        |
| 18 | 47. Έχω κάνει λάθη που θα μπορούσαν να βλάψουν ασθενείς  | 22,78(31,88) | 5,60         |
| 19 | 48. Οι Ιατροί σε αυτό το τμήμα κάνουν καλή δουλειά   | 76,21(26,64) | 42,70        |
| 20 | 50. Η κούραση επηρεάζει αρνητικά την απόδοσή μου κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. έλεγχος φαρμάκων, έλεγχος αναπνευστήρων, άλλες εντολές) | 42,00(36,28) | 12,80        |
| 21 | 51. Αν χρειαστεί, γνωρίζω τον τρόπο να αναφέρω λάθη μπορεί να συμβούν σε αυτό το τμήμα   | 76,27(24,97) | 38,00        |
| 22 | 52. Η ασφάλεια των ασθενών ενισχύεται συνεχώς ως προτεραιότητα σε αυτό το τμήμα  | 81,10(20,58) | 43,10        |
| 23 | 53. Η διαπροσωπική επικοινωνία σε αυτό το τμήμα είναι περισσότερο φιλική παρά τυπικά ιεραρχική   | 71,72(26,10) | 28,70        |
| 24 | 54. Όλα τα σημαντικά θέματα μεταφέρονται πολύ καλά κατά τη διάρκεια της αλλαγής βάρδιας  | 82,06(25,42) | 56,00        |
| 25 | 55. Υπάρχει καθολική συμμόρφωση σε   | 70,66(26,94) | 31,40        |

|           |  |              |       |
|-----------|--|--------------|-------|
|           | κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τεκμηριωμένα κριτήρια σε αυτό το τμήμα   |              |       |
| <b>26</b> | 56. Το προσωπικό δεν τιμωρείται για λάθη που αναφέρθηκαν μέσω της διαδικασίας αναφοράς συμβάντων   | 59,45(26,44) | 21,80 |
| <b>27</b> | 57. Η αναφορά λαθών ανταμείβεται σε αυτό το τμήμα  | 41,60(27,67) | 5,90  |
| <b>28</b> | 58. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τις αναφορές συμβαμάτων χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών σε αυτό το τμήμα                                       | 71,46(25,37) | 30,00 |
| <b>29</b> | 59. Κατά τη διάρκεια επειγόντων περιστατικών (π.χ. επείγουσας καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης) η απόδοσή μου δεν επηρεάζεται όταν συνεργάζομαι με άπειρο ή λιγότερο ικανό προσωπικό | 63,73(32,64) | 32,00 |
| <b>30</b> | 60. Το προσωπικό συχνά αγνοεί κανόνες ή κατευθυντήριες οδηγίες (π.χ. πλύσιμο χεριών, θεραπευτικά πρωτόκολλα, ασηψία) οι οποίες ισχύουν σε αυτό το τμήμα                          | 32,11(31,61) | 6,50  |
| <b>31</b> | 61. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία οδηγούν σε καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, είναι συχνά  | 39,02(30,73) | 7,30  |
| <b>32</b> | 62. Τα κενά στην επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, είναι συχνά  | 33,13(31,12) | 6,50  |
| <b>33</b> | 63. Ένα εμπιστευτικό σύστημα αναφοράς το οποίο τεκμηριώνει ιατρικά συμβάματα είναι χρήσιμο για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών   | 73,35(24,53) | 34,70 |

|   |  |              |       |
|---|--|--------------|-------|
| <b>34</b>                                   | 64. Μπορεί να διστάζω να χρησιμοποιήσω ένα σύστημα αναφοράς για ιατρικά συμβάματα διότι ανησυχώ μήπως κάποιος με αναγνωρίσει | 49,59(29,58) | 10,70 |
| <b>(ΜΤ)=Μέση Τιμή, (ΤΑ)=Τυπική Απόκλιση</b> |  |              |       |

Οι συγκρίσεις των απαντήσεων σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά έδειξαν τις εξής σημαντικές διαφορές: Οι άντρες είχαν καλύτερη αντίληψη για τη διοίκηση σε σχέση με τις γυναίκες (3,75 έναντι 3,30,  $p=0,067$ ). Όσοι εργαζόνταν συνολικά περισσότερα από 20 χρόνια είχαν καλύτερη άποψη για τις εργασιακές συνθήκες (3,59 έναντι 3,24 των υπολοίπων,  $p=0,053$ ). Οι εργαζόμενοι στα παθολογικά τμήματα (συμπεριλαμβανομένων των Μονάδων) είχαν χειρότερη αντίληψη για τη διοίκηση έναντι στον συναδέλφων τους στα χειρουργικά τμήματα (3,25 έναντι 3,61,  $p=0,027$ ), ενώ το ίδιο συνέβαινε και για την «ασφάλεια» :3,53 έναντι 3,79,  $p=0,057$ .

**Πίνακας 13. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το φύλο**

|                           | <b>Φύλο</b>   | <b>N</b>  | <b>ΜΤ</b>    | <b>ΤΑ</b>    | <b>p</b>     |
|---------------------------|---------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| Ομαδική εργασία           | Άντρας        | 15        | 71,19        | 14,38        | 0,169        |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 64,21        | 17,04        |              |
| Ασφάλεια                  | Άντρας        | 15        | 76,11        | 15,31        | 0,133        |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 68,66        | 20,18        |              |
| Εργασιακές συνθήκες       | Άντρας        | 15        | 50,13        | 20,09        | 0,491        |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 59,22        | 22,46        |              |
| <b>Αντίληψη διοίκησης</b> | <b>Άντρας</b> | <b>15</b> | <b>68,75</b> | <b>18,45</b> | <b>0,067</b> |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 57,52        | 22,52        |              |
| Αναγνώριση στρες          | Άντρας        | 15        | 64,58        | 19,72        | 0,139        |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 57,83        | 20,52        |              |
| Εργασιακή ικανοποίηση     | Άντρας        | 15        | 71,67        | 20,50        | 0,796        |
|                           | Γυναίκα       | 111       | 70,21        | 20,44        |              |

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

|                       | <b>Ηλικία</b> | <b>N</b> | <b>MT</b> | <b>TA</b> | <b>p</b> |
|-----------------------|---------------|----------|-----------|-----------|----------|
| Ομαδική εργασία       | ≤45           | 43       | 64,80     | 20,41     | 0,907    |
|                       | >45           | 83       | 65,17     | 14,81     |          |
| Ασφάλεια              | ≤45           | 43       | 69,90     | 21,10     | 0,908    |
|                       | >45           | 83       | 69,37     | 19,16     |          |
| Εργασιακές συνθήκες   | ≤45           | 43       | 56,44     | 22,01     | 0,700    |
|                       | >45           | 83       | 59,02     | 22,55     |          |
| Αντίληψη διοίκησης    | ≤45           | 43       | 60,15     | 21,16     | 0,641    |
|                       | >45           | 83       | 58,18     | 22,98     |          |
| Αναγνώριση στρες      | ≤45           | 43       | 58,89     | 21,52     | 0,540    |
|                       | >45           | 83       | 58,50     | 20,04     |          |
| Εργασιακή ικανοποίηση | ≤45           | 43       | 70,37     | 22,10     | 0,995    |
|                       | >45           | 83       | 70,39     | 19,55     |          |

**Πίνακας 15. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το συνολικό χρόνο άσκησης του επαγγέλματος**

|                            | <b>Συνολικός χρόνος άσκησης του επαγγέλματός σας</b> | <b>N</b>  | <b>MT</b> | <b>TA</b> | <b>p</b>     |
|----------------------------|--|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Ομαδική εργασία            | ≤20  | 65        | 62,92     | 18,39     | 0,330        |
|                            | >20  | 61        | 67,31     | 14,84     |              |
| Ασφάλεια                   | ≤20  | 65        | 67,85     | 21,01     | 0,144        |
|                            | >20  | 61        | 71,36     | 18,34     |              |
| <b>Εργασιακές συνθήκες</b> | <b>≤20</b>   | <b>65</b> | 56,95     | 22,46     | <b>0,053</b> |
|                            | <b>&gt;20</b>  | <b>61</b> | 59,41     | 22,27     |              |
| Αντίληψη διοίκησης         | ≤20  | 65        | 56,85     | 22,84     | 0,300        |
|                            | >20  | 61        | 60,99     | 21,72     |              |
| Αναγνώριση στρες           | ≤20  | 65        | 55,82     | 21,51     | 0,539        |
|                            | >20  | 61        | 61,63     | 19,01     |              |



|                       |     |    |       |       |       |
|-----------------------|-----|----|-------|-------|-------|
| Εργασιακή ικανοποίηση | ≤20 | 65 | 67,64 | 21,38 | 0,119 |
|                       | >20 | 61 | 73,30 | 18,97 |       |

**Πίνακας 16. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το χρόνο εργασίας στο τμήμα.**

|                       | Συνολικός χρόνος εργασίας σας στο τμήμα σας | N  | MT    | TA    | p     |
|-----------------------|---|----|-------|-------|-------|
| Ομαδική εργασία       | ≤7  | 60 | 63,65 | 17,42 | 0,558 |
|                       | >7  | 66 | 66,31 | 16,33 |       |
| Ασφάλεια              | ≤7  | 60 | 70,60 | 21,25 | 0,377 |
|                       | >7  | 66 | 68,59 | 18,41 |       |
| Εργασιακές συνθήκες   | ≤7  | 60 | 56,03 | 22,60 | 0,890 |
|                       | >7  | 66 | 60,06 | 22,05 |       |
| Αντίληψη διοίκησης    | ≤7  | 60 | 60,76 | 21,52 | 0,364 |
|                       | >7  | 66 | 57,13 | 23,04 |       |
| Αναγνώριση στρες      | ≤7  | 60 | 57,28 | 19,66 | 0,314 |
|                       | >7  | 66 | 59,86 | 21,25 |       |
| Εργασιακή ικανοποίηση | ≤7  | 60 | 69,59 | 22,14 | 0,679 |
|                       | >7  | 66 | 71,10 | 18,76 |       |

**Πίνακας 17. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το τμήμα εργασίας (Παθολογικά τμήματα vs χειρουργικά τμήματα vs Μονάδες)**

|                           | Παθολογικά τμήματα (N=45) | Χειρουργικά τμήματα (N=35) | Μονάδα (N=46) |       |       |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------|-------|-------|
|                           | MT(TA)                    | MT(TA)                     | MT(TA)        | F     | P     |
| Εργασιακή ικανοποίηση     | 62,96(18,00)              | 71,32(11,86)               | 63,26(17,54)  | 2,431 | 0,092 |
| Αναγνώριση στρες          | 65,77(19,86)              | 75,42(15,98)               | 70,55(21,42)  | 0,435 | 0,648 |
| <b>Αντίληψη διοίκησης</b> | 58,07(22,77)              | 58,88(20,73)               | 57,68(23,35)  | 2,675 | 0,073 |
| Εργασιακές συνθήκες       | 54,59(23,54)              | 68,42(19,09)               | 57,73(21,03)  | 0,302 | 0,740 |
| Ασφάλεια                  | 56,16(20,84)              | 65,58(17,19)               | 56,90(21,50)  | 1,833 | 0,164 |

|                 |              |              |              |       |       |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|-------|-------|
| Ομαδική εργασία | 67,57(21,26) | 78,50(18,81) | 68,24(18,97) | 1,223 | 0,298 |
|                 |              |              |              |       |       |

**Πίνακας 18. Διαφορές στις υποκλίμακες του SAQ, ανάλογα με το τμήμα εργασίας (Παθολογικά τμήματα + Μονάδες vs χειρουργικά τμήματα)**

|                       |                                     | N         | MT    | TA    | p            |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------|-------|-------|--------------|
| Εργασιακή ικανοποίηση | Παθολογικά τμήματα + Μονάδες        | 91        | 71,32 | 11,86 | 0,029        |
|                       | Χειρουργικά τμήματα                 | 35        | 63,08 | 17,72 |              |
| Αναγνώριση στρες      | Παθολογικά τμήματα + Μονάδες        | 91        | 75,42 | 15,98 | 0,556        |
|                       | Χειρουργικά τμήματα                 | 35        | 67,71 | 20,53 |              |
| Αντίληψη διοίκησης    | <b>Παθολογικά τμήματα + Μονάδες</b> | <b>91</b> | 58,88 | 20,73 | <b>0,027</b> |
|                       | <b>Χειρουργικά τμήματα</b>          | <b>35</b> | 57,91 | 22,88 |              |
| Εργασιακές συνθήκες   | Παθολογικά τμήματα + Μονάδες        | 91        | 68,42 | 19,09 | 0,447        |
|                       | Χειρουργικά τμήματα                 | 35        | 55,86 | 22,49 |              |
| Ασφάλεια              | Παθολογικά τμήματα + Μονάδες        | 91        | 65,58 | 17,19 | 0,057        |
|                       | Χειρουργικά τμήματα                 | 35        | 56,46 | 21,00 |              |
| Ομαδική εργασία       | Παθολογικά τμήματα + Μονάδες        | 91        | 78,50 | 18,81 | 0,288        |
|                       | Χειρουργικά τμήματα                 | 35        | 67,84 | 20,26 |              |

Όλες οι υποκλίμακες συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Όσο υψηλότερη η επίδοση στη μία κλίμακα, τόσο υψηλότερη και στην άλλη, με εξαίρεση την αντίληψη του stress, όπου η συσχέτιση είναι αντίστροφη: χαμηλή αντίληψη stress, υψηλότερη ικανοποίηση. Οι συσχετίσεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της ασφάλειας, των εργασιακών συνθηκών και της ικανοποίησης και αποδεικνύει και το ρόλο της διοίκησης σε αυτούς τομείς.

**Πίνακας 19. Συσχετίσεις υποκλιμάκων SAQ μεταξύ τους**

| N=126                 |   | Αναγνώριση stress | Αντίληψη διοίκησης | Εργασιακές συνθήκες | Κλίμα ασφάλειας | Ομαδική εργασία |
|-----------------------|---|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------|-----------------|
| Εργασιακή ικανοποίηση | r | -,270**           | ,663**             | ,504**              | ,702**          | ,730**          |
|                       | p | 0,002             | <0,001             | <0,001              | <0,001          | <0,001          |
|                       |   |                   |                    |                     |                 |                 |

|                     |   |  |         |         |         |         |
|---------------------|---|--|---------|---------|---------|---------|
| Αναγνώριση stress   | r |  | -,326** | -,329** | -,252** | -,325** |
|                     | p |  | <0,001  | <0,001  | 0,004   | <0,001  |
| Αντίληψη Διοίκησης  | r |  |         | 0,513** | 0,645** | 0,608** |
|                     | p |  |         | <0,001  | <0,001  | <0,001  |
| Εργασιακές συνθήκες | r |  |         |         | 0,534** | 0,558** |
|                     | p |  |         |         | <0,001  | <0,001  |
| Κλίμα ασφάλειας     | r |  |         |         |         | 0,754** |
|                     | p |  |         |         |         | <0,001  |
|                     |   |  |         |         |         |         |
|                     |   |  |         |         |         |         |

## 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το κλίμα ασφάλειας στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της μελέτης συνηγορούν στο ότι υπάρχουν ελλείμματα ασφάλειας στη λειτουργία των νοσοκομείων, με τα σημαντικότερα προβλήματα να εντοπίζονται στη διοίκηση και τις συνθήκες εργασίας. Ωστόσο, το γεγονός ότι παγιώνεται η αντίληψη για την αναφορά των λαθών αποτελεί ένα ενθαρρυντικό σημείο για την περαιτέρω εδραίωση ενός κλίματος ασφάλειας. Σε αυτό συνηγορεί και το εύρημα ότι η βαθμολογία στους παράγοντες ομαδική εργασία και εργασιακή ικανοποίηση ήταν υψηλότερη των υπολοίπων αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής. Πράγματι, η παρούσα μελέτη δείχνει ότι δεν διαπιστώνεται θετικό κλίμα ασφάλειας στο νοσοκομείο της έρευνας, καθώς οι επιδόσεις σε όλους τους 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[39,40,41,42]. Η «ικανοποίηση» 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 [41,42]. Ωστόσο, τα αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη είναι από τα χαμηλότερα που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, ενώ συναντώνται και κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων υποομάδων με βάση δημογραφικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά, εύρημα που συναντάται και αλλού [7,41-44].

Το κλίμα αμοιβαίας κατανόησης και σεβασμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο της έρευνας φαίνεται και από τη σχετικά ικανοποιητική συνολική βαθμολογία στην ομαδική εργασία, αλλά και το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι αξιολογούν θετικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο. Πιθανόν γι' αυτό να ευθύνεται το ότι το μέγεθος των εγκαταστάσεων είναι μικρό, οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζονται καλά συνήθως μεταξύ τους και μοιράζονται περισσότερες ευθύνες ως προς την ασφάλεια των πασχόντων.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας δείχνουν χαμηλότερες τιμές από τις τιμές που προέκυψαν από άλλες εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο και το εξωτερικό, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε παθολογικούς και χειρουργικούς τομείς [7,40,42]. Ο παράγοντας εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε στην παρούσα έρευνα με όλους τους υπόλοιπους παράγοντες του ερευνητικού εργαλείου, εύρημα που αναφέρεται και στη βιβλιογραφία.[45,46]

Η εργασιακή εμπειρία και το φύλο αποτέλεσαν καθοριστικές μεταβλητές. Οι γυναίκες, είχαν λιγότερο επιεική στάση απέναντι στη διοίκηση, ενώ οι έχοντες λιγότερα χρόνια εμπειρίας είχαν χειρότερη άποψη για τις εργασιακές συνθήκες. Η γνώση και η προσαρμογή στις συνθήκες πιθανόν να σχετίζονται με το αποτέλεσμα αυτό.

Αυτές οι διαφορές μεταξύ των ομάδων υπογραμμίζουν τη σημασία που πρέπει να δίνεται στις διαφορετικές ομάδες προσωπικού όταν αναλύεται το εργασιακό κλίμα και σχεδιάζονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας των πασχόντων [43]. Ωστόσο, προκειμένου να προσδιοριστούν οι συγκεκριμένες πτυχές που αφορούν τις διάφορες ομάδες προσωπικού, η ανάλυση σε επίπεδο επιμέρους στοιχείων μπορεί να είναι πολύτιμη, καθώς δίνει πληροφορίες για τις επιμέρους ανάγκες βελτίωσης σε κάθε κλινική. Στην παρούσα μελέτη, η αντίληψη διοίκησης παρουσιάζεται χαμηλή στα παθολογικά τμήματα συγκριτικά με τα χειρουργικά, εύρημα που συμφωνεί με αντίστοιχο πρόσφατης διεθνούς μελέτης [44]. Ο χρόνος που ο επαγγελματίας υγείας αφιερώνει στον ασθενή και οι συνθήκες εργασίας σε περιβάλλον υποστελέχωσης πιθανόν να ευθύνονται για την επί τα χείρω διαφοροποίηση των απαντήσεων σε επαγγελματίες υγείας της ΜΕΘ και του παθολογικού τομέα, συγκριτικά με εκείνων του χειρουργικού.

Περαιτέρω έρευνα που να αναλύει συστηματικά τις διαφορές των επιμέρους ομάδων, μπορεί να αποδειχτεί πολύτιμη στο μέλλον, προκειμένου να εντοπιστούν σύνολα ομοειδών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με συγκεκριμένες ομάδες προσωπικού. Η αξιολόγηση του κλίματος ασφάλειας μέσω του SAQ προσφέρει ένα ισχυρό εργαλείο ανατροφοδότησης προκειμένου να δημιουργηθεί ενδιαφέρον για το προσωπικό και να καθοριστούν οι τομείς προτεραιότητας για προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας. Η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι ορισμένες διαστάσεις ασφάλειας, όπως η αντίληψη των επαγγελματιών υγείας για τη διοίκηση και τις συνθήκες εργασίας και η αναγνώριση του στρες, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν ως προτεραιότητα, μέσα από κατάλληλες και διαρκείς προσπάθειες

βελτίωσης του νοσοκομείου. Η μελέτη μας αποδεικνύει ότι υπάρχει ανάγκη για επαναλαμβανόμενες αξιολογήσεις της κουλτούρας ασφάλειας που να ακολουθούνται από συγκεκριμένες παρεμβάσεις, οι οποίες και αναμένεται να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμες αλλαγές στο κλίμα ασφάλειας των ασθενών. Η ενθάρρυνση και πρακτική της ομαδικής εργασίας που βασίζεται σε ένα θεμέλιο αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού και μια διαρκή εκστρατεία για την ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας με πρωτοβουλία της διοίκησης είναι σημαντικά βήματα για την εμπέδωση του κλίματος ασφάλειας στους χώρους των νοσοκομείων.

Σε ένα νοσοκομείο, όπου οι εργαζόμενοι δηλώνουν ότι τους αρέσει το αντικείμενο εργασίας, η δημιουργία του κατάλληλου κλίματος ασφάλειας και του εν γένει περιβάλλοντος εργασίας αποτελεί εγγύηση για την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.

### **Περιορισμοί**

Η παρούσα μελέτη αφορούσε σε δείγμα ευκολίας από ένα μόνο επαρχιακό νοσοκομείο, με υποεκπροσώπηση ορισμένων τμημάτων, συνεπώς η γενίκευση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στα νοσοκομεία το θέμα της κουλτούρας ασφάλειας είναι υψίστης σημασίας, λόγω των διαφόρων επαγγελματικών κινδύνων, την πιθανότητα μοιραίων λαθών και των πολυάριθμων εργαζομένων. Η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοκόλλων ασφάλειας στοχεύει την ελαχιστοποίηση των κινδύνων που σχετίζονται με τις δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας, εξασφαλίζοντάς τους ασφαλείς συνθήκες εργασίας και κατ'επέκταση ασφαλή νοσηλεία και στους ασθενείς. Η δημιουργία ενός ευνοϊκού οργανωτικού κλίματος γίνεται με τη συμμετοχή όλων στη λήψη αποφάσεων, την εδραίωση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης, με την εμπέδωση της αυτονομίας, την τεκμηριωμένη πληροφόρηση και την κατάλληλη υποστήριξη για κάθε εργαζόμενο, καθώς και την επαρκή στελέχωση των τμημάτων.

Οι νοσηλευτές ιδιαίτερα είναι ένας σημαντικά επιβαρυνόμενος κλάδος, καθώς εργάζονται καθημερινά στους χώρους του νοσοκομείου όλο το 24ωρο. Καθημερινά φροντίζουν ασθενείς, πολλοί από τους οποίους είναι σε κρίσιμη κατάσταση και έχουν αβέβαιη πρόγνωση. Ο έντονος ρυθμός εργασίας σε συνδυασμό με την υψηλή υπευθυνότητα που απαιτεί το λειτούργημά οδηγούν στην σωματική και ψυχική

εξάντλησή τους. Οι άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους και η αγάπη για την εργασία τους συνεπικουρούν στην συλλογική διεκπεραίωση των υποχρεώσεων τους. Η επαρκής στελέχωση είναι απαραίτητη προκειμένου οι νοσηλευτές να παρέχουν σωστή και ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν τον πολυσχιδή τους ρόλο, καθώς οι ελλείψεις σε προσωπικό έχουν δημιουργήσει υπερεντατικοποίησης της εργασίας με αποτέλεσμα την ψυχική και σωματική κόπωση και μη ικανοποίηση από την της εργασία τους.

Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση δείχνουν το σοβαρό έλλειμμα αποτελεσματικής ηγεσίας που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία εν μέσω οικονομικής κρίσης. Ο γρίφος της λειτουργίας στη μέγιστη απόδοση με δεδομένη την υποστελέχωση και την ένδεια υλικών πόρων δε λύνεται εύκολα. Η αντίληψη για τη διοίκηση είναι αλληλένδετη με την ικανοποίηση και τις εργασιακές συνθήκες, γεγονός που μαρτυρούν και οι 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 πραγματικότητα που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας.

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 το κλίμα ασφάλειας. Επιπλέον, διαπιστώνεται έλλειψη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και ανάγκη για αύξηση του προσωπικού, απόψεις που αντανακλούν τα χρόνια προβλήματα του κλάδου.

Η αποτίμηση του κλίματος ασφάλειας είναι μία διαδικασία που μπορεί να επιδράσει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας ασφάλειας των πασχόντων, σηματοδοτώντας την απαρχή της συνεχούς βελτίωσης της φροντίδας τους. Το κλειδί της επιτυχίας, κάθε προσπάθειας της εφαρμογής αλλαγών είναι οι εργαζόμενοι, οι οποίοι μπορεί να παρακινηθούν, αν πειστούν για την αναγκαιότητα των αλλαγών. Αυτό συνδέεται με τη δέσμευση της διοίκησης, ώστε να μεταδοθούν τα κατάλληλα μηνύματα στο προσωπικό και να αναπτυχθεί ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Η ανάληψη των απαραίτητων πρωτοβουλιών βαρύνει πρωτίστως τη διοίκηση του νοσοκομείου προκειμένου να εξασφαλιστούν κατάλληλες συνθήκες εργασίας για

τους επαγγελματίες υγείας, τόσο σε επίπεδο υλικοτεχνικών υποδομών, όσο και σε επίπεδο διαπροσωπικής επικοινωνίας και εκπαίδευσης. Η συστηματική εκπαίδευση και ανατροφοδότηση μέσα από θεσμοθετημένες διαδικασίες συντελεί στον περιορισμό των λαθών, ενώ η εφαρμογή και η τήρηση πρωτοκόλλων συμβάλλει αποφασιστικά στο να αντιμετωπίζονται επείγουσες καταστάσεις, χωρίς να φορτίζεται το εργασιακό κλίμα

Είναι απαραίτητο να καλλιεργηθεί ένα κλίμα ενθάρρυνσης των επαγγελματιών υγείας για την ανάδειξη και την αντιμετώπιση συμβάντων που θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια των πασχόντων και υποβαθμίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, χωρίς τιμωρητικό χαρακτήρα. Ένα υγιές και ασφαλές σύστημα υγείας, προϋποθέτει και ένα ευσυνείδητο και με αυξημένη αίσθηση καθήκοντος υγειονομικό προσωπικό.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Ραφτόπουλος Β. Ωφελείν ή μη Βλάβειν: Ασφαλή Περιβάλλοντα Εργασίας και Ποιότητα Φροντίδας. Νοσηλευτική, 2007;46 (2):167-8.
2. Ραφτόπουλος Β. Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΠΑΚ, Λευκωσία, Κύπρος 2009.
3. Wachter RM. “The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After ‘To Err is Human’”. Quality of Care; Health Affairs – Web Exclusive, 2004. w4-534- W4-545.
4. Brasaitel, Kaunonen M, Martinkenas A, Suominen T. Health care professionals’ attitudes regarding patient safety: cross- sectional survey. BMC Res Notes. 2016 Mar 18;9:177.
5. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health . Serv Res 2011, 24:11-45.
6. Δημητριάδου Α. Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. Διδακτορική Διατριβή. Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, 2008.
7. Πετρίδης Ε., Λαβράνος Γ., Ραφτόπουλος Β. Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(4):449-455.



8. Ρήγα Θ. Μαρίνα. Οικονομική ανάλυση και διοίκηση αποφάσεων στο χώρο της υγείας με εφαρμογή στην ασφάλεια του ασθενούς. Διδακτορική διατριβή .Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, 2014.
- 9.KohnLT, CorriganJM, DonaldsonMS.ToErrisHuman : BuildingaSaferHealthSystem. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
- 10.Mitcell PH. In : Hughes RG, editor. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 1.
- 11.Vozikis A. and Riga M. Patterns of Medical Errors: A Challenge for Quality Assurance in the Greek Health System. In: Savsar M (ed) Quality Assurance and Management. In Tech, Croatia.2012 [www.indechopen.com](http://www.indechopen.com)Πρόσβαση 31/05/2017
- 12.ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ.ΒΡΥΞΕΛΛΕΣ, 15.12.2008. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_com2008\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_el.pdf) Πρόσβαση 10/05/2017
13. Patient safety package [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf) Πρόσβαση 11/06/2017
14. Patient safety and Healthcare-Associated Infections. Report from the commission to the Council. June 2014. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/ec\\_2ndreport\\_ps\\_implementation\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf) Πρόσβαση 11/06/2017.
- 15.Διακίδης Δ. Κουλτούρα Ασφάλειας – Έννοιες και μοντέλα (Α μέρος).Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας 2005, τεύχος 3
- 16.Guldenmund F.W., The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science 2000;34:215-57.
17. Raissa Bianca Luiz, Ana Lucia de Assis Simoes, Barichello Elizabeth and Bardosa Maria Helena. Factors associated with the patient safety climate at a teaching hospital. Rev Lat Am Enfermagem.2015 Sep-Oct; 23(5): 880-887.
18. Cooper M.D. Towards a model of safety culture Safety Science. 2000 November; 36(2):11-136
19. Safety culture. <http://www-ns.iaea.org/tech-areas/operational-safety/safety-culture-home.asp> Last update: Thursday14 May,2015.Πρόσβαση 12/07/2017

20. Schein E. Organizational culture and leadership. 3rd ed. Jossey-Bass, San Francisco, 2004:19.
21. Γούλα Α., Κέφης Β., Σταμούλη Α., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ. Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 2014, 31(4):452-460.
22. Weaver MD1, Wang HE, Fairbanks RJ, Patterson D. The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes. *Prehosp Emerg Care*. 2012 Jan-Mar; 16(1):43-52.
23. Safety climate has “great potential” in reducing workplace injury rates | Institute for Work & Health. <https://www.iwh.on.ca/at-work/49/safety-climate>, Summer 2007  
Πρόσβαση 10/08/2017.
24. Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006 Apr; 15(2):109-15.
25. Gehring Katin, Mascherec C. Anna, Bezzola Paula, Schwappach L.B. David. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. *J. Eval Clin Pract*. 2015 April; 21(2): 332-338.
26. Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003 Dec; 12(Suppl 2): ii17–ii23.
27. Leape L, Berwick D, Clancy C, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ Quality & Safety* 2009; 18:424-428.
28. Listyowardojo Tita Alissa, Nap E. Raoul, Johnson Addie. Variation in hospital worker perceptions of safety culture. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012 Febr 1; 24(1):9-15
29. Parand A, Dopsons S, Renz A, et al. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014; 4:e005055. doi:10.1136/bmjopen-2014-005055
30. The Health Foundation. Measuring Safety Culture. February 2011.  
[http://www.health.org.uk/sites/health/files/Measuring\\_Safety\\_Culture.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/Measuring_Safety_Culture.pdf) Πρόσβαση 31/08/2017
31. Elwahab A. Sami, Doherty E. What about doctors? The impact of medical errors. *The Surgeon*. December 2014; 12(6):297-300

32. World Health Organization. 10 facts on patient safety. Updated June 2014.  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/Πρόσβαση 12/05/2017](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/Πρόσβαση_12/05/2017)
33. Πολάλης Γ., Βοζίκης Α., Ρήγα Μ. Ποιοτικά Χαρακτηριστικά των Ιατρικών Σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού. Δεκέμβριος 2012;11(4):577-592
34. Παναγιώτου Α. Αναφορά ιατρικών σφαλμάτων και ασφάλεια ασθενών. Η ορθή προσέγγιση του σφάλματος και ο ρόλος του νομικού πλαισίου της ιατρικής ευθύνης. ΑρχείαΕλληνικήςΙατρικής. 2015;32(3):354-363
35. WHO. Patient Safety Global Action Summit (2016)/ An Organization with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS  
[http://www.who.int/patientsafety/ministerial\\_summit\\_16/en/](http://www.who.int/patientsafety/ministerial_summit_16/en/)
36. Reason J. Human error: models and management. BMJ.2000 Mar 18; 320(7237): 768-770
37. Griffin FA, Resar RK. *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009
38. 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). ΑΡΧΕΙΑΕΛΛΗΝΙΚΗΣΙΑΤΡΙΚΗΣ 2012, 29(3):345
39. Sexton, JB, Thomas, EJ, Helmreich, RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys." BMJ. 2000, 320:745-749.
40. 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.
41. 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.
42. 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
43. Gehring K, Mascherek AC, Bezzola P, Schwappach DL. Safety climate in Swiss hospital units: Swiss version of the Safety Climate Survey. J Eval Clin Pract. 2015 Apr;21(2):332-8.

44. Chakravarty A, Sahu A, Biswas M, Chatterjee K, Rath S. A study of assessment of patient safety climate in tertiary care hospitals. *Med J Armed Forces India*. 2015;71(2):152-7.
45. 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.
46. Gyekye SA. Workers' Perceptions of Workplace Safety and Job Satisfaction *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics* 2005;11(3):291-302