



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Διπλωματική Εργασία

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

της

ΝΤΑΝΤΑΝΑ ΑΣΗΜΕΝΙΑΣ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού
διπλώματος ειδίκευσης στη Διοίκηση Επιχειρήσεων
(με εξειδίκευση στη Στρατηγική Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

Μάρτιος 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | | |
|---|------|----|
| Ευχαριστίες..... | σελ. | 2 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | σελ. | 3 |
| ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | σελ. | 5 |
| 1. Θεωρητική προσέγγιση | σελ. | 5 |
| 1.1 Εισαγωγή..... | σελ. | 6 |
| 1.2. Κουλτούρα Ασφάλειας..... | σελ. | 6 |
| 1.2.1 Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας..... | σελ. | 6 |
| 1.2.2 Ο ρόλος της κουλτούρας ασφάλειας στη διερεύνηση των ατυχημάτων..... | σελ. | 8 |
| 1.2.3 Χαρακτηριστικά θετικής κουλτούρας ασφάλειας..... | σελ. | 11 |
| 1.3 Η κουλτούρα ασφάλειας στο χώρο της υγείας..... | σελ. | 14 |
| 1.3.1 Ειδικά θέματα του χώρου της υγείας..... | σελ. | 14 |
| 1.3.2 Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και η ασφάλεια του ασθενή..... | σελ. | 21 |
| 1.3.3 Το λανθάνειν είναι ανθρώπινο..... | σελ. | 23 |
| 1.3.4 Η εμπειρία διερεύνησης των λαθών και στρατηγικών αντιμετώπισής τους από άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας | σελ. | 24 |
| 1.3.5 Ιστορικό ανάπτυξης δραστηριοτήτων σε θέματα ασφάλειας του ασθενή..... | σελ. | 25 |
| 1.3.6 Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας : ένα εργαλείο για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή στους οργανισμούς υγείας..... | σελ. | 29 |
| ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ | σελ. | 31 |
| 2. Νοσοκομειακή Έρευνα Σχετικά με την Κουλτούρα Ασφάλειας του Ασθενή | σελ. | 31 |
| 2.1 Σκοπός της μελέτης..... | σελ. | 31 |
| 2.2 Υλικό και μέθοδοι..... | σελ. | 31 |
| 2.3 Στατιστική ανάλυση - Αποτελέσματα..... | σελ. | 36 |
| 2.4 Συμπληρωματικά στατιστικά στοιχεία προς αξιολόγηση | σελ. | 46 |
| 2.5 Συζήτηση..... | σελ. | 49 |
| 2.6 Προβλήματα και προοπτικές..... | σελ. | 52 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | σελ. | 53 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | σελ. | 59 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί προϊόν συλλογικής εργασίας και δε θα ήταν δυνατό να ολοκληρωθεί από ένα μόνο άτομο. Ως εκ τούτου, κατ' αρχήν, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κο Βασίλειο Αλετρά για την εμπιστοσύνη, τη συνολική καθοδήγηση, τη συμπαράσταση, την κατανόηση, τις εύστοχες παρατηρήσεις και την ουσιαστική συμβολή στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω το Δημήτρη και την Αναστασία για την υπομονή, την ανοχή, τη συμπαράσταση και την πίστωση χρόνου που μου έδωσαν.

Ευχαριστώ θερμά τη διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου κα Αθανασία Χούτα και τον τομεάρχη κο Γεώργιο Γεωργιάδη, για τη βοήθεια και τις κάθε είδους εξυπηρετήσεις που μου παρείχαν στη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου.

Ευχαριστώ θερμά, το Διευθυντή της ΜΕΘ του νοσοκομείου Παπαγεωργίου, κο Δημήτριο Ματάμη για τις χρήσιμες συμβουλές, την επίβλεψη της μετάφρασης των αγγλικών κειμένων και τη στήριξη που μου παρείχε.

Επίσης, ευχαριστώ την κα Δώρα Πετροπούλου για την πολύτιμη βοήθειά της.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους και συνεργάτες που συμμετείχαν στην έρευνα διαθέτοντας το χρόνο τους για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Η συμβολή τους στην παρούσα μελέτη είναι ανεκτίμητη καθώς χωρίς τη συμμετοχή τους δε θα μπορούσε να έχει ολοκληρωθεί.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το διεθνές ενδιαφέρον για τη διαχείριση της οργανωσιακής κουλτούρας ως μοχλό βελτίωσης της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας και της ασφάλειας του ασθενή, συνεχώς αυξάνεται. Παρά, όμως, την έμφαση που έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στην ασφάλεια του ασθενή κατά την παροχή φροντίδας υγείας, εντός των νοσοκομείων, είναι λίγοι οι οργανισμοί που έχουν αποτιμήσει το βαθμό στον οποίο η ασφάλεια αποτελεί προτεραιότητα και το βαθμό στον οποίο η κουλτούρα τους την υποστηρίζει.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εφαρμογή, η μέτρηση και ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας ενός εργαλείου αποτίμησης της νοσοκομειακής κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή. Επιπλέον, η μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας του νοσοκομείου Παπαγεωργίου σχετικά με τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή. Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά στη θεωρητική προσέγγιση του θέματος και το δεύτερο στη διεξαγωγή της έρευνας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2009 στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι ένα ερωτηματολόγιο ευρέως διαδεδομένο στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη. Η ελληνική μετάφραση διατηρεί τη δομή του πρωτότυπου. Περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις κλειστού τύπου εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 450 εργαζόμενους και η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, έγινε ανάλυση παραγόντων προκειμένου να δημιουργηθούν αθροιστικές κλίμακες και ακολούθησε έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου με διάφορες στατιστικές τεχνικές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 64,8%. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε επτά ομαδοποιήσεις ερωτήσεων. Οι έλεγχοι αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου ήταν ικανοποιητικοί. Τα κύρια ευρήματα σε ό,τι αφορά τις αντιλήψεις του προσωπικού είναι ότι η απόδοση του νοσοκομείου στα θέματα ασφάλειας του ασθενή θεωρείται ικανοποιητική, ότι η επικοινωνία για τα συγκεκριμένα θέματα είναι σε καλό επίπεδο και ότι η στάση των προϊσταμένων/διευθυντών των τμημάτων είναι θετική. Σχετικά αρνητική βαθμολογία δίνουν οι εργαζόμενοι στη στάση της διοίκησης ως προς τα θέματα ασφάλειας, στη συνεργασία μεταξύ τμημάτων και προσωπικού και στη δημιουργία κλίματος μη τιμωρητικής αντίδρασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Πιστεύουμε ότι σ' αυτήν την πρώτη, έως τώρα προσπάθεια αποτίμησης του κλίματος ασφάλειας σε ένα ελληνικό νοσοκομείο, αυτό που διαφαίνεται από τα αποτελέσματα είναι ότι υπάρχει επαγρύπνηση για τα θέματα ασφάλειας του ασθενή στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Ωστόσο είναι απαραίτητη η ενδυνάμωση, της συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων και του προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων. Επίσης, είναι αναγκαίο, η διοίκηση του νοσοκομείου να κατανοήσει ότι η κουλτούρα ασφάλειας που διέπει τον οργανισμό διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο, στην ασφάλεια του ασθενή, ώστε να ενισχύσει περαιτέρω τις προσπάθειές της προς αυτήν την κατεύθυνση.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η βελτίωση της έκβασης των ασθενών παραμένει ένα ιδεώδες για το οποίο κοπιάζει κάθε κλινικός γιατρός αλλά και κάθε επαγγελματίας υγείας, που αποτελεί μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας. Για τον ίδιο σκοπό, κάθε χρόνο δημοσιεύονται εκατοντάδες έρευνες, οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της φυσιολογίας και της παθοφυσιολογίας των ασθενών, της αλληλεπίδρασης των διαφόρων θεραπευτικών στρατηγικών αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αυτές διαφοροποιούν τελικά την έκβαση κάθε ασθενούς. Ένας τομέας όμως της ιατρικής επιστήμης, που συχνά παραβλέπεται ενώ επιδρά σημαντικά στην εξέλιξη των ασθενών, είναι οι διαδικασίες που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας. Παράγοντες, όπως: ο τρόπος με τον οποίο δουλεύουν, η κουλτούρα, οι αντιλήψεις και οι νοοτροπίες τους καθώς και το κλίμα που δημιουργείται από τη διαγωγή και τις συμπεριφορές τους, μπορούν να επηρεάσουν δραματικά τα τελικά αποτελέσματα. Δυστυχώς, όμως, αυτά τα θέματα εκτός του ότι είναι δύσκολο να εξηγηθούν και να μελετηθούν, επιπλέον δεν ελκύουν και το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζοντας το πρόβλημα, οι επιστημονικές κοινότητες έστρεψαν την προσοχή τους στα ζητήματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή, με την ελπίδα να συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της.

Το 1999, το αμερικανικό Ινστιτούτο της Ιατρικής (Institute of Medicine - IOM) δημοσίευσε μια αναφορά με τίτλο “To err is human: building a safer health system” (Kohn, et al, 2000). Στην παραπάνω επιστημονική μελέτη, η ποιότητα περιγράφεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος, αλλά και συμβαδίζουν με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση. Στην ίδια δημοσίευση ως ασφάλεια ορίζεται η απουσία κλινικού λάθους είτε μετά από εντολή (ακούσια εκτέλεση λάθους) είτε από παράλειψη (ακούσια μη εκτέλεση του σωστού) (Lilford, et al 2004). Τέλος, ως λάθος ορίζεται είτε η αποτυχία να ολοκληρωθεί μια παρέμβαση όπως σχεδιάστηκε, (εκτελεστικό λάθος) ή η επιλογή μιας ακατάλληλης για την περίπτωση (λανθασμένης) θεραπευτικής παρέμβασης, (σχεδιαστικό λάθος). Επίσης

επισημαίνεται ότι η συσσώρευση των λαθών οδηγεί σε ατυχήματα και σε απρόβλεπτα γεγονότα. Επιπλέον, οι συγγραφείς περιγράφουν το πόσο κοινή και συνηθισμένη είναι η αποτυχία να διασφαλιστεί η ποιοτική φροντίδα, αφού κάθε χρόνο στις ΗΠΑ 44.000 με 98.000 ασθενείς πεθαίνουν λόγω κάποιου κλινικού λάθους. Αυτό σημαίνει ότι και με τις πιο αισιόδοξες εκτιμήσεις (αυτές δηλαδή των 44.000 θανάτων), τα ιατρικά λάθη κατέχουν την όγδοη θέση μεταξύ των αιτιών θανάτου και άρα αποτελούν πιο συχνή αιτία θανάτου από τα αυτοκινητικά ατυχήματα (43.458), τον καρκίνο του μαστού (42.458) και το AIDS (16.516). Παρά, όμως, το γεγονός ότι η επίγνωση για τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας συνεχώς αυξάνεται αυτό δε μεταφράζεται σε αντίστοιχη έρευνα που θα μπορούσε να εμπλουτίσει περαιτέρω το θέμα με σημαντικά συμπεράσματα (Altman et al, 2004).

1.2 ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

1.2.1 Η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας

Για να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε την έννοια της κουλτούρας ασφάλειας, πρέπει πρώτα να διευκρινίσουμε την έννοια της κουλτούρας ενός οργανισμού. Η κουλτούρα, λοιπόν, θεωρείται ότι είναι η καρδιά ενός οργανισμού. Είναι μια από τις πιο σταθερές και ουσιώδεις δυνάμεις μέσα σε έναν οργανισμό και διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη του σκέφτονται, συμπεριφέρονται και προσεγγίζουν την εργασία τους. Εν συντομία, αντιπροσωπεύει το ιδιαίτερο και μοναδικό στιλ λειτουργίας, που έχει κάθε οργανισμός (Howard, 1998).

Οι άμεσες αιτίες των ατυχημάτων θεωρείται ότι είναι συνήθως τα ανθρώπινα λάθη ή η ανεπάρκεια της τεχνολογίας· όμως, οι έρευνες και οι αναλύσεις μεγάλων ατυχημάτων έχουν αποκαλύψει και άλλα σημαντικά θέματα, που κρύβονται πίσω από τις άμεσες αιτίες. Τα θέματα αυτά σχετίζονται με γενικότερους παράγοντες που αφορούν έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση ως σύνολο (Institution of Engineering and technology, 2009).

Ο όρος ‘κουλτούρα ασφάλειας’ εμφανίζεται για πρώτη φορά το 1987 στην αναφορά του Nuclear Agency για τη διερεύνηση του ατυχήματος στο Chernobyl το 1986 (International Nuclear Safety Advisory Group – INSAG, 1991). Στην έκθεση του INSAG η έννοια της

κουλτούρας ασφάλειας περιγράφεται ως εξής: «κουλτούρα ασφάλειας είναι εκείνο 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». Αυτή η έννοια εισήχθη με σκοπό να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο η έλλειψη γνώσης και κατανόησης του κινδύνου και της ασφάλειας τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τον οργανισμό ως σύνολο συνέβαλε στην έκβαση της καταστροφής.

Από τότε έχει εισαχθεί ένας μεγάλος αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας. Η επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας του Ηνωμένου Βασιλείου ανέπτυξε έναν από τους περισσότερο χρησιμοποιημένους ορισμούς, ο οποίος την περιγράφει ως εξής: «*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.*» (HSE, 2005)

Οι παραπάνω ορισμοί είναι από τους κυρίαρχους, τους πιο χαρακτηριστικούς αλλά και τους περισσότερο χρησιμοποιημένους που μπορεί κανείς να βρει στη βιβλιογραφία. Παρότι όμως, έχουν εκπονηθεί πολλές μελέτες σχετικά με τη θεώρηση της κουλτούρας ασφάλειας, ομοφωνία σε έναν κοινό ορισμό δεν έχει επιτευχθεί.

Συνεπώς, ο όρος ‘κουλτούρα ασφάλειας’ κατακτώντας διεθνή χρήση πια κατά την προηγούμενη δεκαετία, χρησιμοποιείται γενικά, για να περιγράψει την εταιρική ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία η ασφάλεια είναι αντιληπτή και αποδεκτή ως η κύρια προτεραιότητα. Άρα, αυτό που είναι σημαντικό να κατανοήσουμε είναι ότι η κουλτούρα ασφάλειας είναι ένα υποσύνολο της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Αυτό πολύ απλά σημαίνει ότι η απόδοση ασφάλειας ενός οργανισμού επηρεάζεται σημαντικά από παραμέτρους της διοίκησης, οι οποίες παραδοσιακά δεν αντιμετωπίζονται ως «κομμάτι της ασφάλειας» (Institution of Engineering and technology, 2009).

Από τη δεκαετία του '80 και μετά υπάρχει μια πληθώρα ερευνών γύρω από τα θέματα της κουλτούρας ασφάλειας, αλλά όπως ειπώθηκε και παραπάνω, η ‘έννοια’ σε μεγάλο βαθμό παραμένει ‘ασαφώς ορισμένη’ (Guldenmund 2000). Ωστόσο, υπάρχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά τα οποία αναγνωρίζονται στους περισσότερους ορισμούς. Αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά, που συνδέονται με την κουλτούρα ασφάλειας, ενσωματώνουν τις έννοιες των πεποιθήσεων, των αξιών και των νοοτροπιών που μοιράζεται μια ομάδα

ανθρώπων. Οι Glendon και συν. (2006) τονίζουν ότι ένας αριθμός ορισμών για την κουλτούρα ασφάλειας εξαρτάται από τις αντιλήψεις, που μοιράζονται τα άτομα μιας ομάδας μέσα σε έναν οργανισμό ή σε ένα κοινωνικό περιβάλλον. Άρα, είναι εμφανές ότι υπάρχει η τάση αυτή να εκφράζεται με όρους νοοτροπιών και συμπεριφορών. Οι Glendon και συν (2006) επισημαίνουν όμως ότι στην προσπάθεια ορισμού της κουλτούρας ασφάλειας, η πρόθεση μερικών μελετητών είναι να εστιάσουν στις νοοτροπίες ενώ άλλοι δίνουν έμφαση στην κουλτούρα ασφάλειας μέσα από συμπεριφορές και εργασιακές δραστηριότητες. Κατά την άποψή τους δηλαδή, η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού λειτουργεί ως οδηγός για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας. Οι συμπεριφορές, βέβαια, των εργαζομένων επηρεάζονται ή/και καθορίζονται από το ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και συνάμα επιβραβεύονται.

Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε την αντίληψη ενός οργανισμού για την κουλτούρα ασφάλειας, καθώς αυτή αποτελεί τον αποφασιστικότερο παράγοντα της ανθρώπινης απόδοσης και της οργανωσιακής ασφάλειας.

Ένας από τους πιο λιτούς ορισμούς θέτει την *«ασφάλεια των εργαζομένων και του κοινού ως την αέναη αξία και προτεραιότητα κάθε μέλους, κάθε ομάδας, σε κάθε επίπεδο του οργανισμού»* (Van Thaden & Gibbons, 2008). Η προσέγγιση αυτή αφορά το βαθμό στον οποίο άτομα και ομάδες δεσμεύονται προσωπικά για την ασφάλεια: λειτουργούν, δηλαδή, με τέτοιο τρόπο ώστε να διαφυλάξουν, να ενδυναμώσουν και να μεταδώσουν τη σημασία της ασφάλειας, κοπιάζουν για να μάθουν, να υιοθετήσουν και να τροποποιήσουν συμπεριφορές (ατομικές και οργανωσιακές) και λειτουργούν με βάση τη λογική «μαθαίνω από τα λάθη μου».

1.2.2 Ο ρόλος της κουλτούρας ασφάλειας στη διερεύνηση ατυχημάτων

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

διερεύνησης των ατυχημάτων. Η **θεωρία των συστημάτων (Systems Theory)**, λοιπόν, επιβεβαιώνει την αντίληψη ότι τα περισσότερα λάθη δεν προκαλούνται από αμέλεια ή ανικανότητα αλλά από υποκείμενα ελαττώματα στα συστήματα, που καθιστούν το εργασιακό περιβάλλον επιρρεπές στα λάθη. Το λάθος, δηλαδή, δεν αντιμετωπίζεται ως αιτία αλλά ως συνέπεια ή σύμπτωμα μη εμφανών καταστάσεων, που προέρχονται από εκείνο το επίπεδο του οργανισμού, που δεν αποτελεί την κύρια λειτουργία του. Ο όρος “λανθάνουσες συνθήκες” (latent conditions) εισήχθη για πρώτη φορά από τον Reason (Reason 1990) και αναφέρεται στην έννοια των “μη ασφαλών” συνθηκών που υπάρχουν και παραμένουν απαρατήρητες για πολλά χρόνια στο σύστημα, ώσπου ένα τυχαίο συμβάν, μια μεγάλη αποτυχία (active failure), τις καταλύει. Οι λανθάνουσες συνθήκες τυπικά απορρέουν από ελλείψεις ή ελαττώματα στις οργανωτικές λειτουργίες, όπως στην ανάπτυξη πολιτικών και πρωτοκόλλων, προϋπολογισμών, στελέχωσης, συντήρησης εξοπλισμού και διαχείρισης διαδικασιών. Τέτοιου είδους ανεπάρκειες είναι δυνατό να δημιουργούν συνθήκες εργασίας που προκαλούν την ανθρώπινη τάση για λάθη και επιπλέον πιέζουν τα όρια της ανθρώπινης απόδοσης (Philips, 1999).

Η **θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων (Human Factors Theory)** στηρίζεται στο εξής αξίωμα: *«Δεν μπορούμε να αλλάξουμε την ανθρώπινη κατάσταση, μπορούμε όμως να αλλάξουμε τις συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι εργάζονται»* (Reason, 1990). Η θεωρία των ανθρώπινων παραγόντων ψάχνει να βρει τρόπους να κατανοήσει και να ενισχύσει την ανθρώπινη απόδοση λαμβάνοντας υπόψη της τις γνωστές ανθρώπινες δυνάμεις και αδυναμίες που εκδηλώνονται στην αλληλεπίδραση μεταξύ ανθρώπινων και άλλων παραγόντων κατά τη διεκπεραίωση της εργασίας. Αυτοί οι άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβάνουν τα μηχανήματα, την τεχνολογία και το εργασιακό περιβάλλον. Ο στόχος της εφαρμογής της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι να τροποποιηθούν αυτά τα άλλα στοιχεία, ώστε να είναι συμβατά με τον ανθρώπινο παράγοντα. Η σχέση της θεωρίας των Ανθρώπινων Παραγόντων με τη δημιουργία κουλτούρας ασφάλειας βασίζεται σε τρεις αρχές που καθοδηγούν το σχεδιασμό των συστημάτων και οι οποίες είναι οι εξής: 1) Η πρόληψη των λαθών με το σχεδιασμό τέτοιων συστημάτων, που εξουδετερώνουν τις προβλέψιμες ανθρώπινες αδυναμίες, κάνοντας έτσι πιο δύσκολη την εκτέλεση λάθους. 2) Η μη απόκρυψη των λαθών. Τα λάθη οφείλουν να γίνονται φανερά, ώστε να μπορούν να αναχαιτίζονται. 3) Η ανάπτυξη στρατηγικών που μετριάζουν τις επιπτώσεις των λαθών, αμέσως μόλις αυτά εμφανίζονται (Porto, 2001).

Όταν συμβαίνει ένα ατύχημα στο χώρο εργασίας, είναι σημαντικό να καταλάβουμε ποιους παράγοντες (ανθρώπινοι, τεχνικοί, οργανωσιακοί) έχουν συμβάλει σ' αυτό, ώστε να αποφευχθεί κάτι παρόμοιο στο μέλλον. Η κατανόηση του 'γιατί και του πώς' συμβαίνει ένα ατύχημα βοηθάει την ανάπτυξη μεθόδων πρόληψης των ατυχημάτων. (Williamson et al., 1997). Στο παρελθόν κάθε προσπάθεια βελτίωσης της εργασιακής ασφάλειας ή ελέγχου των εργασιακών κινδύνων εστίαζε σε τεχνικές πλευρές (π.χ. σχεδιασμός ασφαλέστερων συστημάτων) και στην άμεση επιρροή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (π.χ. λάθη χειρισμών) (Gad & Collins, 2002). Όμως, μια σειρά από μεγάλες καταστροφές ανέδειξαν μέσω πολυάριθμων ερευνών την επίδραση που έχουν οι οργανωσιακοί παράγοντες (π.χ. πολιτικές και διαδικασίες) στα αποτελέσματα της απόδοσης ασφάλειας. Οι έρευνες αυτές απέδειξαν, επίσης, ότι η κουλτούρα ασφάλειας είχε καθοριστική επίδραση στο αποτέλεσμα των καταστροφών. Ατυχήματα, όπως αυτό του Chernobyl, είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο οι οργανωσιακοί και οι ανθρώπινοι παράγοντες επηρεάζουν την απόδοση ασφάλειας. Το ίδιο συμπέρασμα συνάγεται και από τη διερεύνηση των αιτών του ατυχήματος του διαστημικού λεωφορείου Challenger, η οποία ανέδειξε ότι μια σειρά από λανθασμένες αποφάσεις της NASA και του διοικητή Thiokol συνέβαλαν σημαντικά στην καταστροφή.

Συστηματικές έρευνες, που εξετάζουν με ιδιαίτερη προσοχή κάθε λεπτομέρεια που μπορεί να αφορά σε ένα ατύχημα ή μια καταστροφή, αποτελούν ανεκτίμητες πηγές πληροφόρησης στη διερεύνηση παραγόντων, που καθιστούν έναν οργανισμό ευάλωτο σε αποτυχίες' (Gad & Collins, 2002). Από τέτοιου είδους έρευνες, λοιπόν, αναδεικνύεται ότι οι καταστροφές είναι μάλλον αποτέλεσμα κατάρρευσης των επιχειρησιακών πολιτικών και διαδικασιών διαχείρισης της ασφάλειας παρά 'λειτουργικών λαθών'.

Τέλος, υπάρχει μια τάση στις μέρες μας η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας να εφαρμοστεί σε ατομικό επίπεδο. Οι Mearns και συν (2003) επισημαίνουν ότι παρά το γεγονός ότι η κουλτούρα ασφάλειας ήταν μια έννοια που κατ' αρχήν χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις ανεπάρκειες του management ασφάλειας που οδηγούσε σε τραγικές καταστροφές· η έννοια πλέον χρησιμοποιείται, για να εξηγήσει τα ατυχήματα από τη σκοπιά της ατομικής συμβολής. Καθώς η συμπεριφορά των εργαζομένων επηρεάζεται από την οργανωσιακή κουλτούρα ασφάλειας, αυτή η κουλτούρα θα μπορούσε να είναι καθοριστική για την εμπλοκή τους σε ατυχήματα (Glendon et al, 2006). Επιπλέον, παρόλο που η κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να έχει επίδραση στις συμπεριφορές

των εργαζομένων, περαιτέρω μελέτες διερευνούν την επίδραση περισσότερο εντοπισμένων παραγόντων (όπως για παράδειγμα τους διευθυντές, τους προϊσταμένους ή την ερμηνεία που δίνεται στις πολιτικές ασφάλειας). Οι Glendon και συν (2006) αναφέρονται σ' αυτό ως το «*Τοπικό κλίμα ασφάλειας που είναι περισσότερο δεκτικό σε αλλαγές και διαφοροποιήσεις*». Αυτό υποδηλώνει ότι το κλίμα ασφάλειας λειτουργεί σε ένα διαφορετικό επίπεδο από αυτό που λειτουργεί η κουλτούρα ασφάλειας. Η κουλτούρα αφορά σε συμβολικές και δεοντολογικές δομές που περισσότερο υπονοούνται παρά είναι συνειδητές και φανερές, ενώ το κλίμα αντανακλά τη ρητή, εκφρασμένη υλοποίηση της κουλτούρας. Οι Mearns και συν (1997) δίνουν τον παρακάτω ορισμό: «*Το κλίμα ασφάλειας είναι οι νοοτροπίες και οι αντιλήψεις του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα δεδομένο χώρο και χρόνο. Είναι ένα στιγμιότυπο της κατάστασης της ασφάλειας που δίνει ένα δείκτη της υποκείμενης κουλτούρας ασφάλειας ενός οργανισμού*». Πάντως, η διαφορά μεταξύ κουλτούρας και κλίματος ασφάλειας δε είναι ευδιάκριτη. Τέλος, οι Mearns και συν (2003) τονίζουν ότι «*το κύρος/η ισχύς της έννοιας της κουλτούρας ασφάλειας σε σχέση με τα ατομικά ατυχήματα μένει ακόμη να εξακριβωθεί*».

1.2.3 Χαρακτηριστικά θετικής κουλτούρας ασφάλειας

Αρκετές δημοσιεύσεις στοχεύουν στη διερεύνηση ειδικών πολιτικών management, που λειτουργούν ως πρόβλεψη για την απόδοση ασφάλειας (Mearns et al., 2003). Ο Reason (1998) ισχυρίζεται ότι «*η ιδεατή κουλτούρα ασφάλειας είναι η 'μηχανή', που οδηγεί το σύστημα στο στόχο να διατηρηθεί η μέγιστη αντίσταση εναντίον των επιχειρησιακών κινδύνων*». Ο ίδιος ερευνητής πιστεύει, ακόμη, ότι σε περιόδους καλής απόδοσης ασφάλειας, ο καλύτερος τρόπος είναι να παραμείνουμε προσεκτικοί και «*να συλλέγουμε τις σωστές πληροφορίες*». Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δημιουργείται μέσα στο εργασιακό περιβάλλον μια κουλτούρα ενημέρωσης, πληροφόρησης και γενικά επικοινωνίας. Η κουλτούρα επικοινωνίας απαιτεί από τη Διοίκηση της Ασφάλειας να επαγρυπνεί για πολυάριθμους παράγοντες (π.χ. ανθρώπινους, τεχνικούς, οργανωσιακούς και περιβαλλοντικούς), οι οποίοι επηρεάζουν τα συστήματα ασφαλείας.

Τελικά, θα μπορούσε κανείς να πει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα ασφάλειας αντανακλά τον τρόπο με τον οποίο διοικείται η ασφάλεια στον εργασιακό χώρο. Ωστόσο είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι ένα σύστημα Διοίκησης Ασφάλειας δεν αποτελείται

απλώς από ένα σύνολο πολιτικών και διαδικασιών σε ένα ράφι βιβλιοθήκης, αλλά είναι η διαχείριση της ασφάλειας και ο τρόπος με τον οποίο οι πολιτικές και οι διαδικασίες εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική μέσα στο χώρο εργασίας (Kennedy & Kirwan, 1995). Επιπλέον, η φύση της διαχείρισης ασφάλειας στον εργασιακό χώρο (π.χ. πόροι, πολιτικές, πρακτικές και διαδικασίες, έλεγχος κ.λπ.) επηρεάζει την κουλτούρα και το κλίμα ασφάλειας του οργανισμού (Kennedy & Kirwan, 1995). Η Επιτροπή Υγιεινής και Ασφάλειας (2000) πιστεύει ότι τελικά η διοίκηση ασφάλειας πρέπει να ενσωματώνεται στο οργανωσιακό σύστημα και στην πρακτική της διοίκησης (HSG65, HSE 2000) και βέβαια σε βιομηχανίες υψηλού κινδύνου η ασφάλεια οφείλει να αποτελεί τη νούμερο ένα προτεραιότητα.

Οι Shanon και συν (1997) διεξήγαγαν μια ανασκόπηση δέκα μελετών, οι οποίες εξετάζαν τη σχέση μεταξύ οργανωσιακών παραγόντων και το ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Στην ανασκόπηση συμπεριέλαβαν μόνο τις μελέτες που έκαναν συγκρίσεις μεταξύ τουλάχιστον είκοσι εργασιακών χώρων. Για να θεωρηθεί μια μεταβλητή, σταθερά σχετιζόμενη με το ρυθμό ατυχημάτων ή σχέση έπρεπε: 1) να είναι στατιστικώς σημαντική προς μια κατεύθυνση τουλάχιστον στα δύο τρίτα των υπό εξέταση μελετών και 2) να μην είναι σημαντική στην αντίθετη κατεύθυνση σε κάποια άλλη μελέτη.

Οι μεταβλητές που κατηγοριοποιήθηκαν από διάφορους οργανισμούς ήταν 17. Αυτό που βρέθηκε ήταν ότι όλες οι μεταβλητές πληρούσαν τα κριτήρια του να είναι σταθερά σχετιζόμενες με χαμηλό ρυθμό εμφάνισης ατυχημάτων. Μερικές από αυτές τις μεταβλητές περιλαμβάνουν:

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

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

- Η δέσμευση της διοίκησης στην ασφάλεια η οποία περιλαμβάνει:

- Προτεραιότητα της ασφάλειας κατά την παραγωγή.
- Η διατήρηση υψηλού προφίλ της ασφάλειας στις συνεδριάσεις:
 - Προσωπική συμμετοχή των διοικητών στις συνεδριάσεις για την ασφάλεια.
 - Συγκεκριμένες περιγραφές θέσεων εργασίας που περιλαμβάνουν και όρους ασφάλειας.
- Η επικοινωνία για θέματα ασφάλειας που περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων και:
 - Διαύλους επίσημης και ανεπίσημης επικοινωνίας.
 - Τακτική επικοινωνία μεταξύ διοίκησης, επιθεωρητών και ανθρώπινου δυναμικού.
- Η εμπλοκή των εργαζομένων που περιλαμβάνει:
 - Ενδυνάμωση/Εξουσιοδότηση.
 - Αντιπροσωπεία για την υπευθυνότητα της ασφάλειας.
 - Ενθάρρυνση της δέσμευσης στον οργανισμό.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι η φύση και ο αριθμός των ατυχημάτων, που έχουν συμβεί ως αποτέλεσμα ανεπαρκούς διοίκησης ασφάλειας, οδήγησαν στην ανάπτυξη εργαλείων επιθεώρησης που εξασφαλίζουν αν αυτές οι διοικητικές πρακτικές είναι τελικά, επιτυχείς. Οι Mearns και συν (2003) υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση αυτών των πρακτικών συνεισφέρει στην αποτίμηση του κλίματος ασφάλειας.

Τέλος είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα δε δημιουργείται στιγμιαία, αλλά αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου. Η κουλτούρα ασφάλειας ενός οργανισμού είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του εργασιακού περιβάλλοντος, του ανθρώπινου δυναμικού, των πρακτικών υγιεινής και ασφάλειας και της ηγεσίας (Reason, 1998).

1.3 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

1.3.1 Ειδικά Θέματα του χώρου της υγείας

Ιατρική αβεβαιότητα

Η άσκηση της ιατρικής λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα περιβάλλον πολλαπλών αβεβαιοτήτων. Οι γιατροί είναι αντιμέτωποι με την αβεβαιότητα, η οποία προκύπτει από τα δικά τους ανθρώπινα όρια, την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φυσιολογίας και της ασθένειας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, τις πολλαπλές θεραπείες και την έκταση και τα όρια της επιστημονικής γνώσης. Δεδομένης λοιπόν της μεταβλητότητας, που περιβάλλει την ιατρική δραστηριότητα σε διάφορες καταστάσεις, είναι συχνά δύσκολο για τους γιατρούς να ορίσουν τα όρια μεταξύ των αποφευκτών και αναπόφευκτων λαθών (Lester & Tritter, 2001). Επομένως, για να αναπτυχθεί μια αποτελεσματική στρατηγική ασφάλειας, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται οι ίδιοι οι γιατροί για το ιατρικό λάθος. Μερικές γενικές απόψεις διαμορφώνονται μέσα από διάφορες μελέτες. Μία από αυτές υποστηρίζει ότι οι φοιτητές ιατρικής έρχονται σε επαφή με την επαγγελματική ιατρική πραγματικότητα πολύ πρώιμα. Η ιατρική, όμως, πραγματικότητα περιλαμβάνει τη διαχείριση μιας συνεχώς αυξανόμενης γνώσης, την ανάγκη ο γιατρός να ενεργεί συχνά συνδυάζοντας πιθανότητες εξαιτίας των ορίων της ιατρικής γνώσης καθώς και τη δυσκολία να διακρίνει μεταξύ των δικών του ορίων και των ορίων αυτής καθαυτής της γνώσης (Fox, 1957). Εύλογα, λοιπόν, τίθεται το ερώτημα πώς αυτές οι αβεβαιότητες είναι δυνατό να διαχειριστούν τόσο πρόωρα και πώς επιδρούν στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των μελλοντικών επαγγελματιών. Μια άλλη κοινωνιολογική μελέτη αποκαλύπτει ότι από τέτοιες αβεβαιότητες μπορεί να αναπτυχθεί η συνείδηση της προσωπικής τρωτότητας και της αντίληψης ότι είναι μοιραίο να κάνει κανείς λάθη. Αυτό το συναίσθημα το μοιράζονται γιατροί ίδιων ικανοτήτων, από τους οποίους οι περισσότεροι εξισώνουν τις κοινές εμπειρίες αβεβαιότητας και τον κίνδυνο του λάθους. Ακόμη, η ίδια έρευνα υποδεικνύει ότι η εμπειρία κοινών συναισθηματικών καταστάσεων αναπτύσσει στους γιατρούς μια αίσθηση αλληλοκατανόησης και συγχώρεσης του λάθους. Ως εκ τούτου, οι

γιατροί μπορεί να φτάσουν να πιστεύουν ότι μόνο οι ομότιμοι/ισότιμοι τους μπορούν να είναι οι αληθινοί κριτές των λαθών τους (Rosental, 1995).

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η αβεβαιότητα είναι σχεδόν πάντα παρούσα κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και ότι η ‘ιατρική τέχνη’ είναι συχνά ανακριβής. Οι νοοτροπίες, όμως, των γιατρών που μερικές φορές αναπτύσσονται ως αντίδραση στην αβεβαιότητα, μπορεί να αποθαρρύνουν τη δημιουργία μιας κουλτούρας ασφάλειας. Έτσι, αντί να βρεθούν αποτελεσματικοί τρόποι διαχείρισης της ιατρικής αβεβαιότητας και πρόληψης των ιατρικών λαθών, η αντίδραση είναι να κρύβεται ο γιατρός πίσω από την αβεβαιότητα και δια μέσου αυτής να δικαιολογεί τα λάθη του. Η κατανόηση των εμπειριών των γιατρών και της πραγματικότητας που αυτοί βιώνουν είναι ζωτικής σημασίας ώστε να *«...ενθαρρυνθούν οι επαγγελματίες υγείας σε αυτοεπίγνωση. Η αυξημένη κατανόηση της πραγματικότητας προωθεί τη βαθύτερη και συνεχιζόμενη διερεύνηση της γνώσης και της πρακτικής στα όρια της αβεβαιότητας, όπου αυτό είναι δυνατό»* (Rosental, 1999). Στρατηγικές πιο ενεργούς διαχείρισης της ιατρικής αβεβαιότητας περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο επαγγελματικής ανάπτυξης, εμπλουτισμό της διδακτέας ύλης των σχολών, ενίσχυση της εκπαίδευσης σε θέματα όπως η συνεργασία, η επικοινωνία, η μάθηση βάσει προβλημάτων (problem-based learning), η ιατρική πρακτική βάσει αποδείξεων (evidence-based practice) και οι τεχνικές διερεύνησης λαθών και μάθησης από αυτά.

Διεπιστημονική Συνεργασία και Επικοινωνία

Η ομαδική εργασία (teamwork), που καλλιεργεί τη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας, προωθείται από την Αμερικανική Επιτροπή Πιστοποίησης των Οργανισμών Υγείας ως στρατηγική πρόληψης λαθών που πρέπει να υιοθετηθεί από τους οργανισμούς υγείας, που αποβλέπουν στην κουλτούρα ασφάλειας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002). Το μοντέλο φροντίδας, που αναφέρεται ως ‘συνεργατικό’ (collaborative care model), αναπτύσσει λειτουργίες παροχής ιατρικής φροντίδας και λειτουργεί σε σύστημα ελέγχου και ισορροπίας που ενθαρρύνει την επαγγελματική προσεκτική επίβλεψη των πράξεων και αποφάσεων κάθε μέλους της ομάδας. Η σχέση συνεργασίας δεν περιορίζεται μόνο μεταξύ των

επαγγελματιών υγείας αλλά επεκτείνεται και στους ασθενείς και τις οικογένειές τους προτρέποντας τους να συμμετέχουν ενεργά και όχι παθητικά στο θεραπευτικό πλάνο. Ομάδες εργασίας υψηλών επιδόσεων χαρακτηρίζονται από σεβασμό και ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ των μελών τους. Η καλή επικοινωνία διευκολύνει τις διαδικασίες σχεδιασμού, λήψης αποφάσεων, επίλυσης προβλημάτων και στοχοθέτησης. «*Οργανισμοί με θετική κουλτούρα ασφάλειας χαρακτηρίζονται από επικοινωνία που θεμελιώνεται στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης*» (Cooper, 2000). Παρά το γεγονός ότι η συνεργασία δεν επιβάλλεται ούτε προκύπτει απλά από τη δημιουργία μιας ειδικής οργανωτικής υποδομής, εν τούτοις αναγνωρίζεται ότι η κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να εμποδίζει ή να ενισχύει τη συνεργασία μέσω του περιβάλλοντος και του κλίματος που δημιουργεί (Liedtka & Witten, 1998).

Ο οργανισμός που μαθαίνει

Η ασφάλεια έχει ορισθεί ως το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας της οργανωσιακής μάθησης που περιλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία ενός οργανισμού που εργάζεται ομαδικά προς αυτό το στόχο. Ένας οργανισμός που μαθαίνει είναι «...*εκπαιδευμένος στη δημιουργία, στην απόκτηση και στη μεταφορά της γνώσης αλλά και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς του ώστε να αντανακλά τη νέα γνώση.*» (Garvin, 1993)

Ανοιχτό, Μη Τιμωρητικό Περιβάλλον (Open, non-punitive environment)

«*Η τιμωρία εμποδίζει την αναφορά των λαθών και δεν επιτρέπει στο σύστημα να εξετάζει ό,τι είναι απαραίτητο, για να ανακαλύπτει και να διορθώνει τις γενεσιουργές αιτίες αυτών των λαθών*» (Leape, 2000). Ένα περιβάλλον στο οποίο ο κύριος στόχος της ανάλυσης των ατυχημάτων δεν είναι να τιμωρήσει το ανθρώπινο λάθος αλλά να κατανοήσει τις αδυναμίες του συστήματος, προάγει την κριτική μάθηση. Αυτό αποδεικνύεται σε μια μελέτη η οποία εξέτασε διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας χειρουργείων ίδιας εμπειρίας και των οποίων ο ρυθμός μάθησης διαφοροποιούνταν ανάλογα με το αν ήταν ελεύθεροι ή όχι να μελετήσουν ανοιχτά και να συζητήσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες λαθών και ατυχημάτων. Η ομάδα με τους λιγότερους φραγμούς στην επικοινωνία υπερείχε στην απόκτηση γνώσης (Carroll & Edmondson, 2002).

« Ένας οργανισμός ποτέ δε θα βελτιώσει τις διαδικασίες του αν πιστεύει ότι οι άνθρωποι του είναι το πρόβλημα» (Hansen, 2000).

Ευέλικτη σκέψη

Οργανισμοί με μεγάλη ικανότητα στην απόκτηση γνώσης είναι αυτοί που διατηρούν ανοιχτή σκέψη και δέχονται ότι πάντα υπάρχει κάτι να μάθουν λόγω της αβεβαιότητας, της πολυπλοκότητας και της ρευστότητας του περιβάλλοντός τους (Maecham, 1993). Οι οργανισμοί δεν μπορούν να είναι ποτέ σίγουροι για τους τύπους των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσουν, για το ποιες προσεγγίσεις επίλυσης προβλημάτων θα λειτουργήσουν καλύτερα ή για το ποιος θα εμπλακεί στις διαδικασίες διερεύνησης όλων αυτών (Weick, 1993). Καθώς οι οργανισμοί κατακτούν περισσότερη γνώση στα θέματα της ασφάλειας, πρέπει επίσης να είναι ανοιχτοί στο να επεκτείνουν τη θεμελιακή τους βάση γύρω από τις αρχές του σχεδιασμού της ασφάλειας συμπεριλαμβάνοντας τέτοιες αρχές, όπως η απλούστευση των διαδικασιών και του σχεδιασμού διαδικασιών για άμεση ανάκαμψη από τα λάθη (Berwich, 1998). Η ευέλικτη σκέψη καθιστά ικανούς τους οργανισμούς να μαθαίνουν μέσω «...σχεδιασμού του πώς θα χρησιμοποιήσουν αυτό που ήδη ξέρουν ώστε να προχωρήσουν πέραν αυτού που επί του παρόντος σκέφτονται» (Bruner, 1983)

Μαθαίνοντας να μαθαίνουμε

[Η οργανωσιακή μάθηση δεν είναι μια φυσική διαδικασία, αλλά απαιτεί μια συνειδητή προσπάθεια στην απόκτηση γνώσης. Η δυναμική ενός οργανισμού να μαθαίνει ενδυναμώνεται αν:

- Δοθεί περισσότερη σημασία στο χρόνο που είναι απαραίτητος για να επιτευχθεί μακροπρόθεσμη επίλυση των προβλημάτων.
- Διευρυνθεί το εύρος των αποτελεσμάτων, ώστε να συμπεριλάβει περισσότερα θέματα, όπως η ασφάλεια, η ποιότητα και η βελτίωση των συστημάτων.
- Υπάρχει ενδιαφέρον για την επίδραση των προβλημάτων σε έναν ευρύτερο πληθυσμό συμπεριλαμβανομένων για παράδειγμα των ασθενών, του προσωπικού, των επισκεπτών και γενικά της κοινωνίας.

- Ανατρέπει τις συνήθειες πρακτικές και αποκτά μια ευρύτερη θεώρηση των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ ατόμων, ομάδων, καθηκόντων, συστημάτων αλλά και πολιτισμικών αντιλήψεων (Carroll & Edmondson, 2002)].

Ενσωμάτωση της γνώσης βάσει αποδείξεων

«Ένας από τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός οργανισμού υγείας αφοσιωμένου στην απόκτηση γνώσης θα πρέπει να είναι ο συνδυασμός της επιστημονικής γνώσης και της κλινικής πρακτικής». Τα ιατρικά λάθη επικρατούν ακόμη μέσα στη βιομηχανία της υγείας κι αυτό εν μέρει οφείλεται στο γεγονός της αποτυχίας της ευρείας διάδοσης και εφαρμογής της γνώσης που βασίζεται στην απόδειξη (evidence-based knowledge) (Leape, 2000). Ιστορικά η άσκηση της ιατρικής ήταν κάπως ‘ανακριβής’ και βασιζόταν τόσο στην τέχνη όσο και στην επιστήμη. Μέσω, όμως, των πειραματικών μελετών και των λαθών, το ιατρικό επάγγελμα ανέπτυξε αυτό που θεωρούνταν ότι ήταν οι πλέον κατάλληλες πρακτικές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών και βασιζόνταν σε γνωστές πιθανότητες που όμως απέρρεαν από μια περιορισμένη βάση γνώσης (Paget, 1998). Αποτέλεσμα των ανωτέρω ήταν να εμφανιστεί ακόμη περισσότερη αθεμελίωτη θεωρία, λόγω της έλλειψης αποδείξεων, για να αντικατασταθεί αργότερα από μια νέα θεωρία (Todd, 1970). Μέσα στο χρόνο, όμως, και με την επέκταση της γνώσης εμφανίστηκαν πιο σίγουρες πρακτικές ως ‘αποδεδειγμένα καλές’ (tried and true), βασισμένες σε σίγουρες αποδείξεις. Όμως και με την επαύξηση των αποδείξεων προς υποστήριξη κάποιων πρακτικών υπάρχει ακόμη μια αξιοσημείωτη ανακολουθία μεταξύ της μέσης προσφερόμενης ποιότητας φροντίδας και του βέλτιστου που είναι διαθέσιμο (Shine, 2002). Πολλές διαδικασίες συνεχίζουν να εκτελούνται παρότι θεωρούνται ακατάλληλες ή αμφίβολου οφέλους. Υπάρχουν, επίσης, ασθενείς στους οποίους δεν προσφέρεται η πλέον ενδεδειγμένη φροντίδα ή/και θεραπείες αποδεδειγμένου επιστημονικού οφέλους (Carroll & Edmondson, 2002).

Ο αντικειμενικός σκοπός της βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής πρακτικής δεν είναι να καταπατήσει την κλινική ευθυκρισία ή να αποθαρρύνει την καινοτομία, αλλά να τυποποιήσει επιβεβαιωμένες πρακτικές που είναι γνωστό ότι αποτελούν βασικά βήματα στη διαδικασία παροχής φροντίδας του ασθενή και που αν

εφαρμοστούν θα έχουν σίγουρα θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, είναι γνωστό ότι οι διαφοροποιήσεις στην κλινική πρακτική που συμβάλλουν στην πολυπλοκότητα του συστήματος και στα λάθη, συνεχίζουν να παραμένουν για πολλούς λόγους. Οι λόγοι αυτοί μπορεί να είναι η απροθυμία να εγκαταλειφθούν τα συνηθισμένα πρότυπα πρακτικής, η παραδοσιακή αυτονομία και τα απαρχαιωμένα ιδανικά για το 'πώς προχωρά το ιατρικό επάγγελμα' (Carroll & Edmondson, 2002). Επίσης, μερικοί πιστεύουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν εφαρμόζονται διότι τα οργανωσιακά συστήματα δεν είναι αρκετά πρόθυμα να αλλάξουν. Άλλοι εύσημοι λόγοι είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην είναι ενήμεροι για τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες ή ότι δεν έχουν εκπαιδευτεί για το πώς και το πότε να ενσωματώνουν αυτές τις οδηγίες στην πρακτική τους. Ακόμη, μπορεί οι επαγγελματίες υγείας να διαφωνούν με τα ευρήματα ή να έχουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη σε εναλλακτικές πρακτικές (Solberg, 2000). Ειδικοί πάντως βεβαιώνουν ότι: *«είναι περισσότερο αποτελεσματικό να δημιουργείς συστήματα που υποστηρίζουν την επιθυμητή κλινική συμπεριφορά παρά να προσπαθείς να αλλάξεις την ατομική συμπεριφορά των γιατρών»* (Solberg, 2000). Αλλά ακόμη κι αν υπάρχει προθυμία από μέρους του οργανισμού να υιοθετήσει κατευθυντήριες οδηγίες, μπορεί να υπάρχουν μερικές σθεναρές αντιστάσεις στο να μεταφερθούν αυτές στην καθημερινή πρακτική. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, επίσης, μπορεί να χρειάζεται να προσαρμοστούν στις εκάστοτε τοπικές συνθήκες. Για να προκαθορίσει ένας οργανισμός την επιτυχία της μεταφοράς των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή πρακτική, οφείλει πρώτα να αποτιμήσει παράγοντες όπως πόροι, εσωτερικές ικανότητες, προτιμήσεις των ασθενών, υλοποίηση υποδομών και δυνατότητες εφαρμογής σε όλες τις υποομάδες ασθενών (Gross, 2000).

Άλλος παράγοντας που πιθανά συμβάλλει στην ανεπαρκή υιοθέτηση της πρακτικής βάσει αποδείξεων, είναι η αναποτελεσματικότητα των στρατηγικών, που συνήθως χρησιμοποιούνται στην εφαρμογή πρακτικής που βασίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες. Είναι γνωστό ότι ορισμένες εφαρμοσμένες στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες και ότι χρησιμοποιώντας στρατηγικές πολλαπλής ολοκλήρωσης αντί των μεμονωμένων (singular) προσεγγίσεων πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα ιδιαίτερα, όταν εφαρμόζουν αλλαγές σε

πολύπλοκα συστήματα (Laffel, 1993). Ακόμη, η εμμονή στις κατευθυντήριες οδηγίες επιφέρει βελτιώσεις, όταν οι στρατηγικές εφαρμογής σχεδιάζονται ‘κατά παραγγελία’ ώστε να υπερνικούν γνωστά εμπόδια (Lichtman, 2001). Τα εμπόδια αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν ανικανότητες, νοοτροπίες ή επιδεξιότητες των νοσοκομειακών γιατρών, αντίσταση από ασθενείς, δομές και διαδικασίες της παροχής φροντίδας. Παραδείγματα στρατηγικών, που βοηθούν να ξεπεραστούν τέτοιου είδους εμπόδια, είναι η ενσωμάτωση των κατευθυντήριων οδηγιών στις διαδικασίες φροντίδας με την εφαρμογή πρωτοκόλλων με συγκεκριμένες οδηγίες προς τους ασθενείς, ώστε να λαμβάνουν ορισμένες φαρμακευτικές αγωγές και ενσωμάτωση υπενθυμίσεων στα συστήματα υποστήριξης λήψης αποφάσεων (Grol & Grimshaw, 1999).

Άλλη αιτία αντιστάσεων προκύπτει από βασικές διαφορές μεταξύ της ιατρικής βάσει αποδείξεων και της ακαδημαϊκής γνώσης. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, για παράδειγμα, αντιμετωπίζουν την πρόκληση της ενσωμάτωσης κάποιου βαθμού προτυποποίησης βάσει αποδείξεων, χωρίς να εμποδίζουν την επιστημονική περιέργεια και ανακάλυψη. Οι οργανισμοί πρέπει να αποδέχονται και να ενσωματώνουν σε κάποιο βαθμό τη γνώση βάσει αποδείξεων κατανοώντας ότι αυτή αντιπροσωπεύει τις καλύτερες επιστημονικά σύγχρονες πρακτικές, ενώ ταυτόχρονα να συνεχίζουν να προωθούν καινοτόμες ιδέες. *«Θα έπρεπε να υπάρχει δέσμευση στη φροντίδα υγείας βάσει αποδείξεων με διαδικασίες που θέτουν τις ‘κατεστημένες πρακτικές’ σε συστηματική επαναξιολόγηση»* (George et al, 2002).

Αλληλεπίδραση Κουλτούρας Ποιότητας και Κουλτούρας Ασφάλειας

Η κουλτούρα ασφάλειας μπορεί να είναι ευκολότερος στόχος για έναν οργανισμό που έχει ήδη ενσωματώσει στην οργανωσιακή του κουλτούρα προσανατολισμό συνεχούς βελτίωσης ποιότητας. Νοσοκομεία με προγράμματα συνεχούς βελτίωσης ποιότητας μπορεί να μην αντιμετωπίζουν τόσα πολλά προβλήματα στην εισαγωγή πρωτοβουλιών που αφορούν την ασφάλεια, διότι και οι δύο προσεγγίσεις (της ασφάλειας και της ποιότητας) έχουν την ίδια φιλοσοφία και την ίδια μεθοδολογία. Η προσέγγιση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας απαιτεί εξέταση των διαδικασιών της εργασίας και του πώς αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους. Ενδυναμώνει και εξουσιοδοτεί αυτούς που είναι πιο κοντά εκεί όπου

παρέχεται η φροντίδα, ώστε να επιμελούνται ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας, όπως η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Οι στόχοι αυτής της εξάσκησης είναι να αποκαλύπτει κάθε ανεπάρκεια στην ποιότητα, να αναλύει τις υποκείμενες διαδικασίες που συνεισφέρουν σ' αυτές τις αδυναμίες και κατόπιν να επανασχεδιάζει αυτές τις διαδικασίες ώστε να εξαλείφει ή έστω να μετριάσει τη δυναμική των λαθών. Ένα αποτελεσματικό εργαλείο συνεχούς βελτίωσης ποιότητας αποτελεί το μοντέλο του Deming PDCA (Plan-Do-Check-Act), το οποίο δοκιμάζει τις αλλαγές και αποτιμά την αποτελεσματικότητά τους στις πραγματικές συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι γενικά οργανισμοί που διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Οργανισμοί με υψηλή αποτελεσματικότητα είναι αυτοί που στοχεύουν στην πρόληψη του λάθους και επιδιώκουν καινοτόμες προσεγγίσεις διοίκησης ποιότητας. Η ιδανική ενοποίηση της κουλτούρας ασφάλειας και της κουλτούρας ποιότητας είναι να υιοθετηθεί η ασφάλεια ως η κυρίαρχη διάσταση της ποιότητας και να συνδυάσει τεχνικές ασφάλειας και ποιότητας σε μια περιεκτική οργανωσιακή στρατηγική (Shiff & Rucker, 2001; Vincent, 1997).

1.3.2 Η υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και η ασφάλεια του ασθενή

Θα ήταν παράλειψη αν από μια έρευνα κουλτούρας ασφάλειας στο χώρο της υγείας, έλειπε μια αναφορά στο πολυπληθέστερο ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων που είναι το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές αποτελούν έναν καταλυτικό παράγοντα στα θέματα που αφορούν στην ασφάλεια στην παροχή φροντίδας υγείας.

Αν και οι έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικής στελέχωσης και θνησιμότητας έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα, ωστόσο αξίζει μια αναφορά σ' αυτές. Οι Needleman και συν (2002) βρήκαν μια σχέση μεταξύ των επιπέδων στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και της 'αποτυχίας διάσωσης', όπως χαρακτηριστικά περιγράφουν. Η αποτυχία διάσωσης στη συγκεκριμένη μελέτη ορίζεται ως ο θάνατος των ασθενών, που ανέπτυξαν μια από τις παρακάτω επιπλοκές: πνευμονία, σήψη, καρδιακή ανακοπή ή shock, αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και εν τω βάθην

θρόμβωση, σε χειρουργικούς ασθενείς και σε μικρότερο βαθμό σε παθολογικούς. Η μελέτη του Needleman εκτιμά τη σπουδαιότητα της επίδρασης της νοσηλευτικής στελέχωσης στην αποτυχία διάσωσης· ωστόσο, δε βρίσκει κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της συνολικής θνησιμότητας των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

Τουλάχιστον άλλες τέσσερις μελέτες βρίσκουν σχέση μεταξύ της στελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και της νοσοκομειακής θνησιμότητας, ενώ άλλες δεν οδηγούνται στα ίδια ευρήματα. Αυτά τα αντικρουόμενα συμπεράσματα θεωρείται ότι οφείλονται κατ' αρχήν στο ότι η νοσοκομειακή θνησιμότητα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και άρα είναι δύσκολο να μετρηθεί η επίδραση ενός μεμονωμένου παράγοντα. Δεύτερον, στην προσαρμογή των δειγμάτων (risk adjustment), η οποία είναι κριτικής σημασίας στο ξεκαθάρισμα της επίδρασης που έχουν στα τελικά αποτελέσματα οι ασθενείς και τα διάφορα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων συμπεριλαμβανομένης και της στελέχωσης. Πάντως, η γνώμη των ερευνητών μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για σχετικές έρευνες είναι ότι υπάρχει μια βάσιμη αλλά όχι ακόμη αποδεδειγμένη υπόθεση για την επίδραση της νοσηλευτικής στελέχωσης στη θνησιμότητα (Needleman, 2003).

Υπάρχουν, βέβαια, και αρκετές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και αρνητικών αποτελεσμάτων εκτός της θνησιμότητας. Αυτές οι έρευνες βρίσκουν συσχέτιση μεταξύ υποστελέχωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και ανάπτυξης νοσοκομειακής πνευμονίας, ουρολοιμώξεων, νοσοκομειακών λοιμώξεων εν γένει, σήψης, κατακλίσεων, αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού, καρδιακής ανακοπής ή shock, λαθών στη φαρμακευτική αγωγή και πτώσεων. Επιπλέον, στις μελέτες αυτές βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ υποστελέχωσης νοσηλευτικού προσωπικού και επιμήκυνσης του χρόνου νοσηλείας (παραμονής στο νοσοκομείο), το οποίο, όμως, δύναται να εκληφθεί ως γενικός δείκτης επιπλοκών και καθυστερήσεων θεραπείας (Needleman, 2003).

Όμως, αυτές οι έρευνες, παρά τους περιορισμούς και τις δυσκολίες μέτρησης των διαφόρων προβλημάτων που παρουσιάζουν, αποδεικνύουν αν μη τι άλλο ότι υπάρχει τουλάχιστον ισχυρή μαρτυρία για τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και αρνητικών αποτελεσμάτων στο χώρο της υγείας, που μένει να διερευνηθεί περαιτέρω.

1.3.3 Το λανθάνειν είναι ανθρώπινο

Όταν τα ‘εργαλεία’ της ιατρικής επιστήμης περιελάμβαναν μόνο το μυαλό των γιατρών, την επαγγελματική συνείδηση των νοσηλευτών και μερικές απλές χειρουργικές διαδικασίες και ‘μαντζούνια’, το τίμημα για την απουσία ασφάλειας και την έλλειψη συντονισμού στο σύστημα ήταν μικρό. Καθώς, όμως, τα εργαλεία που κατέχει πλέον η ιατρική γίνονται όλο και πιο ισχυρά και τεχνολογικά πιο πολύπλοκα, η ιατρική φροντίδα είναι απαραίτητο να παρέχεται από εξειδικευμένες ομάδες (Wachter, 2004). Οι σύγχρονες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν ζωντανό παράδειγμα και δείχνουν εμφανώς το πρόβλημα. Οι ασθενείς των Εντατικών αποτελούν ένα συγκλονιστικό θέαμα καθώς υποστηρίζονται από τεχνολογίες «που κόβουν την ανάσα» και οι οποίες απαιτούν μεγάλο αριθμό ειδικευμένων επαγγελματιών, για να τις χειριστούν. Ένας ασθενής σε κρίσιμη κατάσταση μπορεί να παρακολουθείται από μισή ντουζίνα γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και μπορεί επίσης να δέχεται εκατοντάδες φαρμακευτικές αγωγές και να υφίσταται πολλές διαγνωστικές δοκιμασίες. Έτσι, δεν προκαλεί έκπληξη ότι χωρίς κουλτούρα, διαδικασίες και άψογη τεχνολογία, τα λάθη θα είναι δεδομένα. Μια μελέτη έδειξε ότι ο μέσος ασθενής στη ΜΕΘ βιώνει 1,7 λάθη την ημέρα από τα οποία το ένα τρίτο περίπου είναι δυνητικά απειλητικά για τη ζωή του (Donchin et al, 1995). Ο Valentin και οι συνεργάτες τους στη μελέτη που εκπόνησαν για τη διερεύνηση λαθών στην παρεντερική χορήγηση φαρμάκων στις ΜΕΘ (Sentinel Event Evaluation 2 Study, 2009) βρήκαν 74,5 συμβάντα ανά 100 ημέρες νοσηλείας. Τα τρία τέταρτα των συμβάντων ταξινομήθηκαν ως λάθη παράλειψης, ενώ το 1% του πληθυσμού που μελετήθηκε, υπέστη μόνιμες βλάβες ή πέθανε εξαιτίας του λάθους. Θα μπορούσε, λοιπόν, κανείς να ισχυριστεί ότι η πρόοδος της ιατρικής έχει καταστήσει τη φροντίδα υγείας περισσότερο ‘επικίνδυνη’.

Ο Wachter, πάντως, υποστηρίζει ότι οι κύριοι παράγοντες που περιορίζουν την ικανότητά μας να απαντήσουμε στην πρόκληση της βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών, είναι τέσσερις. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν α) στο απαρχαιωμένο μοντέλο προσέγγισης των ιατρικών λαθών, β) στη συλλογική αδυναμία προσήλωσης στα θέματα που αφορούν την ασφάλεια του ασθενή, γ) στο σύστημα ανταμοιβής των επαγγελματιών υγείας που δεν προωθεί κίνητρα για την ασφάλεια του ασθενή και δ) στην οργανωσιακή δομή των νοσοκομείων (Wachter, 2004). Δεδομένων, λοιπόν, αυτών των παραγόντων δημιουργήθηκε ένα περιβάλλον, στο οποίο η ασφάλεια του ασθενή αγνοούνταν κι αυτό

ήταν μάλλον φυσιολογικό. Επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας στα ειδικά θέματα που αφορούν στο χώρο της υγείας, είναι και η παραδοσιακή τάση όλων των βιομηχανιών να εστιάζουν στην παραγωγή και στην πρόοδο παρά στην ασφάλεια (Reason, 1997). Η σκληρή δουλειά και η ετοιμότητα, που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της άψογης εκτέλεσης καθηκόντων, πάντα φαίνονται λιγότερο συναρπαστικές από την πρόοδο ακόμη κι αν πρόκειται για μια χειρουργική διαδικασία, μια εκτόξευση ενός διαστημικού λεωφορείου ή την εθνική ασφάλεια (Watcher, 2004).

1.3.4 Η εμπειρία διερεύνησης των λαθών και στρατηγικών αντιμετώπισής τους από άλλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Πολλοί στο χώρο της υγείας, που ασχολούνται με τα θέματα της ασφάλειας των ασθενών, παρακινούνται και εμπνέονται από τον τομέα των αμερικανικών εμπορικών πτήσεων. Έτσι, στη βιβλιογραφία βρίσκει κανείς εκτεταμένες αναφορές στις έρευνες κουλτούρας ασφάλειας στον τομέα αυτό. Οι εμπορικές πτήσεις στις ΗΠΑ έδωσαν ιδιαίτερη βαρύτητα στο “κτίσιμο” ασφαλών συστημάτων και το κάνουν αυτό από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Απέκτησαν, λοιπόν, μια τεράστια εμπειρία στα θέματα της ασφάλειας αλλά και στην ομαδική εργασία, η οποία περιλαμβάνεται πλέον στη βασική τους εκπαίδευση. Μάλιστα, οι αμερικανοί πιλότοι σήμερα προσλαμβάνονται εκτός των άλλων και για την ικανότητά τους να συντονίζουν δραστηριότητες, να μαθαίνουν από τα λάθη και να αναγνωρίζουν ότι οι άλλοι μπορούν να συνεισφέρουν στη λύση προβλημάτων (Pronovost et al, 2003). Έτσι, μεταξύ του 1990 και 1994 ο ρυθμός των θανατηφόρων ατυχημάτων στις αμερικανικές αερογραμμές ήταν χαμηλότερος από το ένα τρίτο του αντίστοιχου ρυθμού κατά τα μέσα του αιώνα και το 1998 δεν υπήρχαν καθόλου θάνατοι στις εμπορικές πτήσεις των ΗΠΑ (Berwick & Leape 1999). Αντίθετα τα λάθη που μπορούν να προληφθούν στο χώρο της υγείας κατά την παροχή φροντίδας έχει εκτιμηθεί ότι επηρεάζουν περίπου το τρία με τέσσερα τοις εκατό των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία (Brennan et al, 1991).

Αν και η ασφάλεια κατά την παροχή φροντίδας υγείας μπορεί να μη φτάσει ποτέ το εντυπωσιακό και αξιοζήλευτο ρεκόρ των εμπορικών πτήσεων, είναι ολοφάνερο ότι υπάρχει χώρος για βελτίωση. Ωστόσο, ανάμεσα στους δύο αυτούς χώρους (πτήσεις και υγεία) υπάρχουν σημαντικές διαφορές που αξίζει να επισημανθούν. Οι πτήσεις έχουν

μεταξύ άλλων και τα πλεονεκτήματα της αδυναμίας απόκρυψης μεγάλων λαθών και της σχετικής απλότητας των αποστολών και αναγκών ενημέρωσης. Επιπλέον, μια σημαντική ειδοποιός διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι οι πιλότοι πεθαίνουν μαζί με τους επιβάτες μετά από ένα θανατηφόρο λάθος πράγμα που, βέβαια, δεν ισχύει με τους επαγγελματίες υγείας (Watcher, 2004).

1.3.5 Ιστορικό ανάπτυξης δραστηριοτήτων σε θέματα ασφάλειας του ασθενή

Όταν η αναφορά του Αμερικανικού Ινστιτούτου Ιατρικής «to err is human» είδε το φως της δημοσιότητας, όπως ήταν φυσικό, τράβηξε την προσοχή τόσο του κοινού και των μαζικών μέσων ενημέρωσης όσο και των δημοσίων και ιδιωτικών οργανισμών, που ήταν υπεύθυνοι να συντονίσουν την ποιότητα στο Σύστημα Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών. Ο ιατρικός κόσμος από την πλευρά του αντέδρασε σα να είχε μόλις ανακαλυφθεί η ‘επιδημία των ιατρικών λαθών’· είχε δηλαδή την ίδια σχεδόν αντίδραση, όπως όταν ανακαλύφθηκε η επιδημία του AIDS το 1981 (Watcher, 2004).

Κατόπιν τούτων, στις 7 Δεκεμβρίου του 1999 ο πρόεδρος Bill Clinton υπέγραψε έναν κανονισμό με τον οποίο απαιτούσε από τις ομοσπονδιακές αρχές να αναπτύξουν μέσα σε 90 ημέρες μία λίστα από δραστηριότητες, που θα καθιστούσαν την υγειονομική φροντίδα ασφαλέστερη (Altman et al, 2004). Το αποτέλεσμα ήταν να εμφανιστεί μια απίστευτη κινητικότητα σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας και να εισαχθούν νέα προγράμματα από πολυάριθμους αρμόδιους φορείς με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της υγειονομικής φροντίδας. Έτσι, μεταξύ άλλων φορέων ο Εθνικός Οργανισμός Ποιότητας των ΗΠΑ (NQF) επικυρώνει ένα σύνολο μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή μέσω μιας συναινετικής διαδικασίας. Η ένωση νοσοκομείων Νέας Υόρκης και Georgia υιοθετεί τους δείκτες ασφάλειας ασθενών που αναπτύχθηκαν από τον Οργανισμό Έρευνας και ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας (AHRQ). Η Επιτροπή Πιστοποίησης Οργανισμών Υγείας (JCAHO) υιοθετεί τους στόχους της ασφάλειας των ασθενών ως μέρος της διαδικασίας πιστοποίησης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα σχεδόν όλα τα νοσοκομεία να συμμετέχουν σε προγράμματα αναφοράς δεδομένων για την ποιότητα δια μέσου των Medicare (πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων) και Medicaid (πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας στο σπίτι). Επιπλέον, τα περισσότερα πλέον νοσοκομεία των ΗΠΑ έχουν γραπτή πολιτική πληροφόρησης των ασθενών και των οικογενειών τους για τα

μέτρα πρόληψης των ιατρικών λαθών. Τέλος, πρόσφατες έρευνες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα και τη συνεισφορά στη μείωση των ιατρικών λαθών διάφορων αλλαγών στο ίδιο το σύστημα, όπως για παράδειγμα, η μείωση των ωρών εργασίας του ιατρικού προσωπικού.

Το Κογκρέσο συνέβαλε από την πλευρά του στην παραπάνω προσπάθεια με την εισαγωγή σχετικής νομοθεσίας που στοχεύει στη βελτίωση των συστημάτων αναφοράς ιατρικών λαθών και προβλημάτων που αφορούν την ασφάλεια των ασθενών, ώστε να εντοπίζονται οι αδυναμίες του συστήματος εγκαίρως και να λαμβάνονται επιπλέον απαραίτητα μέτρα.

Ο απώτερος σκοπός όλης αυτής της προσπάθειας ήταν φυσικά η προστασία του κοινού. Σε μια αμερικανική εθνική μελέτη, όμως, που εκπονήθηκε το 2004 (πέντε χρόνια μετά την αναφορά του IOM) το ένα τρίτο των συμμετεχόντων αναφέρουν προσωπικές ή οικογενειακές εμπειρίες ιατρικών λαθών, κάποιες από τις οποίες είχαν δραματικές συνέπειες στην υγεία των ασθενών. Δυστυχώς, μετά από πέντε χρόνια εντατικής προσπάθειας το κοινό δε φαίνεται να νιώθει ασφαλέστερο μέσα στο σύστημα υγείας. Το 55% των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη έρευνα δηλώνει δυσαρέσκεια από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στη χώρα, (ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε έρευνα που προηγήθηκε πριν από τέσσερα χρόνια ήταν 44%). Στην πραγματικότητα, το 40% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η ποιότητα στο σύστημα υγείας χειροτέρευσε τα τελευταία πέντε χρόνια και μόνο ένα 17% πιστεύει ότι βελτιώθηκε. Τέλος, οι μισοί από τους συμμετέχοντες δηλώνουν ανησυχία για την ασφάλειά τους κατά την ιατρική φροντίδα (Kaiser Family Foundation, 2004).

Το ερώτημα που ανακύπτει, τελικά, είναι πώς μπορεί να αυξηθεί η εμπιστοσύνη του κοινού στο σύστημα υγείας έχοντας στραμμένη την προσοχή στην ασφάλεια και στην ποιότητα. Ένα μεγάλο εμπόδιο είναι η απουσία συναίνεσης όσο αφορά στο είδος των μέτρων που πρέπει να ληφθούν και τον τρόπο συλλογής δεδομένων, που αφορούν στην ασφάλεια και την ποιότητα των νοσοκομείων αλλά και των επαγγελματιών υγείας. Η επίτευξη ομοφωνίας είναι μάλλον δύσκολη για πολλούς λόγους. Ίσως η μεγαλύτερη πρόκληση είναι το χάσμα των αντιλήψεων μεταξύ των ειδικών στα θέματα ασφάλειας και των επαγγελματιών υγείας. Για παράδειγμα, σύμφωνα με μια έρευνα που εκπονήθηκε το 2002, η πλειοψηφία των γιατρών βλέπει δύο προσεγγίσεις ως πολύ αποτελεσματικές για

τη μείωση των ιατρικών λαθών: «την ανάπτυξη συστημάτων αποφυγής ιατρικών λαθών από τα νοσοκομεία» (55%) και «την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού» (51%). Λιγότεροι γιατροί, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, πιστεύουν ότι άλλα μέτρα θα ήταν επίσης πολύ αποτελεσματικά, όπως για παράδειγμα: ο περιορισμός των υψηλού κινδύνου διαδικασιών σε μεγάλα ιατρικά κέντρα (40%), η αξιοποίηση μόνο εκπαιδευμένων γιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (34%), η χρήση της τεχνολογίας της πληροφορικής για ηλεκτρονικά συστήματα παραγγελιών (23%) και η καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου (19%) (Blendon et al 2002). Οι γιατροί, επίσης, αντιστέκονται σθεναρά στη δημόσια κοινοποίηση πληροφοριών που αφορούν στα ιατρικά λάθη μάλλον λόγω ανησυχίας για τη νομοθεσία που αφορά την κακή ιατρική πρακτική (malpractice). Αντιθέτως, βέβαια, το 71% του κοινού πιστεύει ότι η δημόσια κοινοποίηση των ιατρικών λαθών από κυβερνητικούς φορείς θα συνέβαλε αποφασιστικά στη μείωσή τους.

Ο Watcer (2004), πάντως, πιστεύει ότι έχει γίνει κάποια πρόοδος, πέντε χρόνια μετά την ανακοίνωση του IOM και θεωρεί ότι η βελτίωση της ασφάλειας απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση. Προσθέτει, επίσης, ότι έχει εντοπίσει πέντε πεδία δραστηριοτήτων και πρωτοβουλιών που εμπίπτουν στις ακόλουθες κατηγορίες: 1) Κανονισμοί, 2) Συστήματα αναφοράς λαθών, 3) Τεχνολογία πληροφορίας, 4) Συστήματα αξιολόγησης της κακής ιατρικής πρακτικής και άλλα μέσα αξιολόγησης επιδεξιότητων, 5) Ανθρώπινο δυναμικό και θέματα εκπαίδευσης.

Στη Μ. Βρετανία έλαβε χώρα ένα παρόμοιο ιστορικό ανάπτυξης ερευνητικής δραστηριότητας και τα θέματα κουλτούρας ασφάλειας και ασφάλειας του ασθενή τοποθετήθηκαν στην κορυφή της ατζέντας τόσο των ερευνητών όσο και των πολιτικών αρχών, πράγμα που αντανακλάται και στη μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας (Scott et al, 2003). Υψηλής σημασίας δημοσίευση για τη Μ. Βρετανία, αποτελεί η αναφορά του Υπουργείου Υγείας “*An organization with memory*” (Department of Health, 2000). Το ίδιο συνέβη στην Αυστραλία, στη Νέα Ζηλανδία και στον Καναδά.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, χώρες εκτός της Μ. Βρετανίας, όπως η Γαλλία, η Δανία και η Ολλανδία, αντέγραψαν πιστά τη μελέτη Harvard Medical Practice και οδηγήθηκαν σε παρόμοια με αποτελέσματα (με αυτά των αμερικανικών ερευνών διερεύνησης λαθών) και τα οποία έδειχναν ότι μεταξύ 2,9% και 16,6% των ασθενών, που εισήχθησαν σε

νοσοκομείο, υπέστησαν κάποια ακούσια βλάβη. Επιπλέον, οι έρευνες συμπέραναν ότι περισσότερα από τα μισά λάθη ήταν αποφευκτά. Έτσι η διάσκεψη του Λουξεμβούργου τον Απρίλιο του 2005 με θέμα «Patient Safety – Making it happen» που υποστηρίχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, οδήγησε στη Διακήρυξη του Λουξεμβούργου (Luxembourg Declaration). Η Διακήρυξη αποτελείται από μια λίστα συστάσεων που απευθύνεται στους ευρωπαϊκούς οργανισμούς, στις εθνικές αρχές και στους «προμηθευτές» υγειονομικής φροντίδας. Μια από τις προτάσεις της περιελάμβανε τη δημιουργία ενός φόρουμ, όπου θα συζητούνται οι ευρωπαϊκές και εθνικές δραστηριότητες και ακόμη, η εγκαθίδρυση μιας “ευρωπαϊκής τράπεζας επίλυσης προβλημάτων” (EU solution bank), όπου θα συλλέγονται γνώσεις, πρότυπα και παραδείγματα των καλύτερων πρακτικών.

Αποτέλεσμα των ανωτέρω δραστηριοτήτων ήταν η ανάπτυξη του ερευνητικού έργου SIMPATIE (Safety Improvement for Patients in Europe), που υποστηρίχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το οποίο μεταξύ άλλων επιδιώκει την επίτευξη των στόχων της Διακήρυξης του Λουξεμβούργου. Όλες αυτές οι δραστηριότητες συντονίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέσω του προγράμματος “World Alliance for Patient Safety”, που εισήχθη το 2004 και περιλαμβάνει έξι πεδία δράσης, που σχετίζονται με τον παγκόσμιο χαρακτήρα των θεμάτων της ασφάλειας στο χώρο της υγείας, την εμπλοκή του ασθενή και του καταναλωτή, την ταξινόμηση της ασφάλειας του ασθενή, την έρευνα, τις λύσεις και την αναφορά/κοινοποίηση λαθών και μάθηση.

Εμφανώς, λοιπόν, όλες αυτές οι δραστηριότητες βοήθησαν στην αλλαγή της φύσης του διαλόγου και των διαφωνιών, έδωσαν κίνητρα στους ανθρώπους να τροποποιήσουν τις πρακτικές τους και ενέπλεξαν ένα μεγάλο αριθμό ενδιαφερομένων στα θέματα ασφάλειας του ασθενή. Ωστόσο, παρά του ότι τέθηκαν σε εφαρμογή μια σειρά πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, θεμελιώδεις βελτιώσεις όπως ήδη έχει αναφερθεί, δεν έχουν επιτευχθεί. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε άλλες χώρες διότι οι στρατηγικές που εφαρμόστηκαν ακολούθησαν την ίδια συνταγή. Ο Leape (2000) ισχυρίζεται ότι ο βασικός σκόπελος για την επίτευξη της ασφάλειας δεν αφορά τόσο στις τεχνικές βελτιώσεις όσο στην αλλαγή των πεποιθήσεων, των προθέσεων, της κουλτούρας και των επιλογών. Αντίστοιχα, θα μπορούσε κανείς να πει ότι ο λόγος για τον οποίο δε σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις, είναι ότι ενώ η προσοχή έχει επικεντρωθεί στην αλλαγή συστημάτων, στους οργανισμούς και στις τεχνολογίες ως

μέσα ανάπτυξης της κουλτούρας ασφάλειας, έχει καταβληθεί πολύ λιγότερη προσπάθεια γι' αυτήν καθαυτή την κουλτούρα, τα πρότυπα και τη δεοντολογία απ' την οποία καθοδηγούνται οι επαγγελματίες υγείας.

1.3.6 Αξιολόγηση της Κουλτούρας Ασφάλειας: ένα εργαλείο για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή στους οργανισμούς υγείας

Ένα σημαντικό βήμα που θα όφειλε να πραγματοποιηθεί, πριν την εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια του ασθενή στους οργανισμούς υγείας, είναι η κατανόηση της κουλτούρας ασφάλειας μέσα στις ομάδες εργασίας. Υπάρχουν πολλές και διαφορετικές μέθοδοι που μπορούν να εφαρμοστούν για την επίτευξη αυτού του στόχου. Ατομικές συνεντεύξεις ή συνεντεύξεις σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες για τις ατομικές ή συλλογικές αντιλήψεις, (λαμβάνοντας υπόψη βέβαια τις αδυναμίες των συγκεκριμένων μεθόδων, οι οποίες εκτός των άλλων απαιτούν αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωσή τους). Οι αυτο-διαχειριζόμενες αξιολογήσεις (self-administered surveys) είναι ίσως περισσότερο αποτελεσματικές και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην κατανόηση των αντιλήψεων για την κουλτούρα ασφάλειας (Kho et al, 2005).

Οι Scott και συν (2003) δημοσίευσαν μια ανασκόπηση των διαθέσιμων εργαλείων για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στο χώρο της υγείας. Οι συγγραφείς βρήκαν εννέα εργαλεία που πληρούσαν τα κριτήρια συνυπολογισμού (όπως για παράδειγμα αξιοπιστία και εγκυρότητα). Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι τα εργαλεία ποικίλουν αξιοσημείωτα ως προς τη θεωρία, την τυποποίηση, το μέγεθος, το σκοπό και τις επιστημονικές ιδιότητες. Για το λόγο αυτό οι συγγραφείς συμπέραναν ότι υπάρχουν διάφορα διαθέσιμα εργαλεία με διαφορετικά χαρακτηριστικά και ότι όλα έχουν κάποιου είδους περιορισμούς.

Η επιλογή ενός εργαλείου θα πρέπει να καθορίζεται από το σκοπό της έρευνας, από τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η οργανωσιακή κουλτούρα, από την πρόθεση χρήσης των αποτελεσμάτων και από τη διαθεσιμότητα των πόρων.

Οι Kristensen και Bartels (2007) δημοσίευσαν μια γενική ανασκόπηση πέντε εργαλείων αξιολόγησης της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή, που έχουν χρησιμοποιηθεί σε έρευνες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στη Μ. Βρετανία. Αυτά τα εργαλεία είναι: **CAIR** (The

checklist for assessing institutional resilience – University of Manchester, UK), **HSPSC** (The Hospital Survey on Patient Safety Culture – Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, USA), **MaPSaF** (Manchester Patient Safety Assessment Framework – University of Manchester, UK), **SAQ** (The Safety Attitudes Questionnaire – University of Texas, USA), **SCS** (The Safety Climate Survey – Institute of Healthcare Improvement, USA). Τα συγκεκριμένα εργαλεία είναι ‘προσαρμοσμένες εκδοχές’ προγενέστερων εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες βιομηχανίες. Όπως ο Scott έτσι και οι Kristensen και Bartels συμπεραίνουν ότι τα εργαλεία ποικίλουν ανάλογα με το σκοπό, τη μέθοδο, την εφαρμογή και την επιτευξιμότητα. Η επιλογή του εργαλείου εξαρτάται από το σκοπό του ερευνητικού έργου.

Τέλος, οι Flin και συν χρησιμοποίησαν το ORMAQ (Operating Room Management Attitude Questionnaire), για να μετρήσουν τις αντιλήψεις των αναισθησιολόγων (2003) και των μελών των χειρουργικών ομάδων (2006) ως προς τους ανθρώπινους και οργανωσιακούς παράγοντες, που μπορεί να έχουν επίδραση στην αποδοτικότητα μιας ομάδας και κατά συνέπεια στην ασφάλεια του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο κάλυπτε θέματα ηγεσίας, επικοινωνίας, ομαδικής εργασίας, stress και κόπωσης, αξιών εργασίας, ανθρώπινου λάθους και οργανωσιακού κλίματος.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

2.1 Σκοπός της μελέτης

Παρά την έμφαση που έχει δοθεί διεθνώς στα θέματα που αφορούν στην ασφάλεια του ασθενή, λίγοι οργανισμοί έχουν αποτιμήσει το βαθμό στον οποίο η ασφάλεια είναι στρατηγική προτεραιότητα ή το βαθμό στον οποίο η κουλτούρα τους υποστηρίζει την ασφάλεια του ασθενή. Ειδικά στη χώρα μας, το ερευνητικό ενδιαφέρον για τα θέματα της ασφάλειας είναι εξαιρετικά χαμηλό. Ωστόσο αν τα νοσοκομεία θέλουν να βελτιώσουν την ασφάλεια του ασθενή, είναι σημαντικό να γνωρίζουν περισσότερα για την κουλτούρα που σχετίζεται μ' αυτήν.

Σε διάφορες χώρες η νοσοκομειακή έρευνα κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή (Hospital Survey on Patient Safety Culture) αποτελεί το εργαλείο αποτίμησης της νοσοκομειακής κουλτούρας. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εφαρμογή, η μέτρηση, ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του συγκεκριμένου εργαλείου σε ένα ελληνικό νοσοκομείο. Επιπλέον, στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις αντιλήψεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου σε ό,τι αφορά τα θέματα ασφάλειας του ασθενή και τις απόψεις τους σχετικά με την αποκάλυψη ατυχημάτων και λαθών.

2.2 Υλικό και μέθοδοι

Συμμετέχοντες (Respondents)

Το νοσοκομείο Παπαγεωργίου είναι ένα σύγχρονο γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 770 κλινών που ξεκίνησε να λειτουργεί το 1999. Είναι Ν.Π.Ι.Δ πλήρως ενταγμένο στο ΕΣΥ και προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Είναι εγκατεστημένο στην δυτική περιοχή της Θεσσαλονίκης, στην περιφερειακή οδό της Ν. Ευκαρπίας. Το νοσοκομείο απασχολεί συνολικά 1088 επαγγελματίες υγείας, από τους οποίους οι 476 είναι γιατροί, οι 597 είναι νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ, μαίες, βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ) και οι 135 είναι βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (μεταφορείς ασθενών και βοηθοί θαλάμων ΥΕ).

Τον Οκτώβριο του 2009 διανεμήθηκε στο προσωπικό του νοσοκομείου η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου “The Hospital Survey on Patient Safety Culture” (Nieva & Sorra, 2004). Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε μόνο στους επαγγελματίες υγείας που έχουν σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου με το νοσοκομείο και όχι οποιαδήποτε άλλη σχέση. Αποκλείστηκε, δηλαδή, από τη μελέτη για ευνόητους λόγους, η συμμετοχή φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής σχολής, σύμβουλων γιατρών, άμισθων εκπαιδευόμενων και εργαζόμενων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε στο νοσοκομείο με τη σύσταση να συμπληρωθεί εκτός χώρου εργασίας. Επίσης διευκρινίστηκε στους ερωτώμενους ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε η έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής του νοσοκομείου.

292 από τους 450 (στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο), ανταποκρίθηκαν στην έρευνα και το επέστρεψαν απαντημένο, ποσοστό ανταπόκρισης 64,8%. Αντίστοιχα ποσοστά σε παρόμοιες έρευνες κυμαίνονται μεταξύ 42% και 77%. (Pronovost et al, 2003; Mannion et al, 2009) Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονται στο νοσοκομείο ως νοσηλευτές ΤΕ (45,9%). Οι υπόλοιποι είναι: νοσηλευτές ΠΕ (1,4%), ειδικοί γιατροί (11%), ειδικευόμενοι γιατροί (13%), βοηθητικό προσωπικό: βοηθοί νοσηλευτών (13,7%), τραυματιοφορείς και βοηθοί θαλάμου (5,8%), φυσιοθεραπευτές (2%), διάφορες άλλες ειδικότητες, όπως διοικητικό, τεχνικό κ.λπ. προσωπικό (7,2%). Τα ποσοστά αυτά αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατανομή των διαφόρων ειδικοτήτων στο νοσοκομείο και είναι, επίσης, παρόμοια αντίστοιχων ερευνών, όπου μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής κατέχουν οι νοσηλευτές (Smits et al, 2008).

Ερωτηματολόγιο

Η έρευνα διεξήχθη με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, όπως ήδη έχει αναφερθεί, στην αντίστοιχη αμερικανική νοσοκομειακή έρευνα για την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενή “The Hospital Survey on Patient Safety Culture”. Ο αντικειμενικός σκοπός του συγκεκριμένου εργαλείου είναι να βοηθήσει τα νοσοκομεία να αποτιμήσουν το βαθμό, κατά τον οποίο η κουλτούρα τους πρώτον: δίνει έμφαση στην ασφάλεια του ασθενή, δεύτερο: διευκολύνει την ανοιχτή συζήτηση για τα λάθη και τρίτο: δημιουργεί ατμόσφαιρα συνεχούς μάθησης και βελτίωσης και όχι κλίμα συγκάλυψης των λαθών και τιμωρίας. Το αμερικανικό ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε: α) στη βάση της

βιβλιογραφίας που αναφέρεται στην ασφάλεια, στο λάθος και στα συστήματα αναφοράς λαθών, β) στη βάση της ανασκόπησης των υπάρχοντων ερευνών κουλτούρας ασφάλειας και γ) βάσει συνεντεύξεων με εργαζόμενους και διοικητές διαφορετικών νοσοκομείων.

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Joann Sorra και Veronica Nieva και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά, στην πολυκεντρική μελέτη των εν λόγω ερευνητών, σε 12 νοσοκομεία των ΗΠΑ που δημοσιεύθηκε το 2004. (Το ερωτηματολόγιο και η πλήρης φόρμα ανατροφοδότησης της έρευνας διατίθεται στην ηλεκτρονική διεύθυνση [www.ahrq.gov/qual/hospculture/.](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/)) Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη (Ολλανδία, Δανία, Ελβετία κ.λπ.), καθώς θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστερα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων (Madsen, 2006). Η ελληνική μετάφραση και ο προέλεγχος του ερωτηματολογίου έγινε από το Βασίλη Αλετρά και τη Δέσποινα Κάκαλου στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του Ανοιχτού Πανεπιστημίου (ΕΑΠ).

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου, μεταξύ όσων κυκλοφορούν στη διεθνή βιβλιογραφία, για την εκπόνηση αυτής της μελέτης, έγινε με κριτήρια την ικανότητά του να αντλεί πληροφορίες για το θέμα που ερευνά και το εύρος κάλυψης τόσο του θέματος όσο και του πληθυσμού που εξετάζει. Συγκριτικά λοιπόν με άλλα εργαλεία, το ερωτηματολόγιο της νοσοκομειακής έρευνας για την κουλτούρα ασφάλειας πληροί τα παραπάνω κριτήρια καθώς, πρώτον: έχει συνοχή, δεύτερον: είναι εκτενές χωρίς να είναι πολύ μεγάλο και κουραστικό, τρίτον: είναι περιεκτικό με την έννοια ότι καλύπτει μεγάλο εύρος των περισσότερων διαστάσεων κουλτούρας ασφάλειας που μπορεί κανείς να βρει στη βιβλιογραφία, τέταρτον: ερευνά και καλύπτει τις περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που μπορεί να εργάζονται σε ένα νοσοκομείο και πέμπτο: δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων η/και ειδικοτήτων των νοσοκομείων (benchmarking) (Madsen, 2006).] Λεπτομερέστερα, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 12 διαστάσεις (κουλτούρας ασφάλειας), οι οποίες είναι οι εξής: Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου, συχνότητα αναφοράς λαθών, μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία, ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη, οργανωσιακή μάθηση – συνεχής βελτίωση, προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή, υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα

ασφάλειας του ασθενή, στελέχωση, συνολική αντίληψη της ασφάλειας. Οι ανωτέρω διαστάσεις ελέγχονται με 42 στοιχεία (ερωτήσεις) ομαδοποιημένα σε τέσσερα επίπεδα που είναι τα εξής: επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας (τμήματος), επίπεδο νοσοκομείου, επίπεδο αποτελεσμάτων και επίπεδο διαφόρων άλλων μετρήσεων.

Η τελική μορφή του ελληνικού ερωτηματολογίου διατηρεί τη δομή του πρωτότυπου και αποτελείται από 42 κλειστές ερωτήσεις (εκτός των μεταβλητών υπόβαθρου), ενταγμένες σε 5 ενότητες.

Μεταβλητές υπόβαθρου

Οι μεταβλητές υπόβαθρου περιλαμβάνουν πληροφορίες που αφορούν στην εργασία, π.χ. τμήμα στο οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες, διάρκεια παραμονής στο συγκεκριμένο τμήμα, πόσες ώρες εργάζονται την εβδομάδα.

Δυνατότητες επιλογής απαντήσεων

Οι περισσότερες ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν σε μια κλίμακα πέντε απαντήσεων που αντανakλά το βαθμό συμφωνίας τους, από την «απόλυτη διαφωνία» (1) έως την «απόλυτη συμφωνία» (5) και περιλαμβάνουν επίσης την ουδέτερη στάση, «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» (3). Άλλες ερωτήσεις μπορούν να απαντηθούν σε μια κλίμακα πέντε απαντήσεων από το «ποτέ» (1), έως το «πάντα» (5). Επίσης υπάρχουν δύο μονο-θεματικές μεταβλητές, που αφορούν στην αντίληψη των εργαζομένων για αποτελέσματα που σχετίζονται: α) με το βαθμό ασφάλειας του ασθενή που μετρείται με κλίμακα πέντε απαντήσεων από την άριστη (Α) έως την κακή (Ε) και β) με τον αριθμό των συμβάντων που έχει συντάξει (αναφέρει) ο συμμετέχων στην έρευνα τους τελευταίους 12 μήνες. Οι δυνατότητες απάντησης σ' αυτήν την ερώτηση είναι «καμία», 1-2 αναφορές, 3-5 αναφορές, 6-10 αναφορές, 11-20 αναφορές, 21 ή περισσότερες. Τέλος, υπάρχει μία ανοιχτή ερώτηση, στην οποία ζητείται από τον ερωτώμενο να εκφράσει την άποψή του γράφοντας οποιαδήποτε σχόλια σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, τα λάθη ή τις αναφορές λαθών στο νοσοκομείο.

Στον πίνακα 1 περιγράφονται τα στοιχεία του ερωτηματολογίου:

Πίνακας 1. Στοιχεία ερωτηματολογίου για τα οποία μετρήθηκε η κουλτούρα ασφάλειας του ασθενή

| Ερώτηση | Περιγραφή |
|---------|--|
| A1 | Υπάρχει συνεργασία μεταξύ των εργαζόμενων εντός των νοσηλευτικών τμημάτων. |
| A2 | Το προσωπικό επαρκεί ώστε να αντιμετωπίζεται ο φόρτος εργασίας. |
| A3 | Η εργασία διεξάγεται ομαδικά όταν η δουλειά είναι αυξημένη. |
| A4 | Υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ των εργαζομένων. |
| A5 | Το προσωπικό εργάζεται περισσότερες ώρες από ό,τι πρέπει για να παρέχει σωστή φροντίδα. |
| A6 | Αναπτύσσονται δραστηριότητες για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή. |
| A7 | Χρησιμοποιείται εποχιακό προσωπικό για τη σωστή φροντίδα του ασθενή. |
| A8 | Το προσωπικό αισθάνεται ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν εναντίον του. |
| A9 | Τα λάθη οδηγούν σε θετικές αλλαγές στο τμήμα. |
| A10 | Τα λάθη είναι θέμα τύχης στο τμήμα. |
| A11 | Οι εργαζόμενοι βοηθούν ένα συνάδελφό τους όταν έχει πολύ δουλειά. |
| A12 | Οι εργαζόμενοι έχουν την εντύπωση ότι όταν αναφέρεται ένα συμβάν καταγράφεται το άτομο και όχι το πρόβλημα. |
| A13 | Η αποτελεσματικότητα των αλλαγών για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή αξιολογείται στο τμήμα. |
| A14 | Η εργασία “υπό κρίση”: κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα. |
| A15 | Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία. |
| A16 | Οι εργαζόμενοι ανησυχούν για το ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο. |
| A17 | Υπάρχουν προβλήματα ασφάλειας σ’ αυτό το τμήμα. |
| A18 | Τα συστήματα και οι διαδικασίες πρόληψης λαθών είναι αποτελεσματικά. |
| B1 | Ο προϊστάμενος/διευθυντής επιβραβεύει όταν οι εργασίες γίνονται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες. |
| B2 | Ο προϊστάμενος/διευθυντής λαμβάνει υπόψη του προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας. |
| B3 | Ο προϊστάμενος/διευθυντής, όταν αυξάνει η πίεση, απαιτεί από το προσωπικό να δουλεύει ακόμη πιο γρήγορα ακόμη κι αν αυτό σημαίνει συντόμευση των διαδικασιών |
| B4 | Ο προϊστάμενος/διευθυντής παραβλέπει κατ’ επανάληψη προβλήματα ασφάλειας του ασθενή. |
| C1 | Γίνεται ενημέρωση για αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές λαθών. |
| C2 | Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα για ό,τι θεωρεί ότι επηρεάζει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή. |

| | |
|-----|--|
| C3 | Υπάρχει ενημέρωση για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα. |
| C4 | Το προσωπικό αμφισβητεί ελεύθερα τις αποφάσεις των ανωτέρων του. |
| C5 | Γίνεται συζήτηση για τους τρόπους αποφυγής λαθών σ' αυτό το τμήμα. |
| C6 | Το προσωπικό φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό. |
| D1 | Συχνότητα αναφοράς λαθών που έγιναν αλλά εντοπίστηκαν και διορθώθηκαν πριν επηρεάσουν τον ασθενή. |
| D2 | Συχνότητα αναφοράς λαθών που έγιναν αλλά δε βλάπτουν τον ασθενή. |
| D3 | Συχνότητα αναφοράς λαθών που έγιναν και θα μπορούσαν να βλάψουν τον ασθενή αλλά δεν τον έβλαψαν. |
| F1 | Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια του ασθενή. |
| F2 | Ο συντονισμός μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου δεν είναι ικανοποιητικός. |
| F3 | Πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών μπορεί να χάνονται κατά τη μεταφορά ασθενών από τμήμα σε τμήμα, λόγω ατελειών του συστήματος. |
| F4 | Η συνεργασία των τμημάτων που οφείλουν να δουλεύουν συλλογικά είναι καλή. |
| F5 | Πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών μπορεί να χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας. |
| F6 | Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων του νοσοκομείου είναι δυσάρεστη. |
| F7 | Κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου προκαλούνται προβλήματα. |
| F8 | Η ασφάλεια του ασθενή αποτελεί κύρια προτεραιότητα της διοίκησης του νοσοκομείου. |
| F9 | Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο γεγονός. |
| F10 | Η συνεργασία μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου είναι αρμονική. |
| F11 | Η αλλαγή βάρδιας προκαλεί προβλήματα στους ασθενείς. |

2.3 Στατιστική ανάλυση - Αποτελέσματα

Κατ' αρχήν, ελέγχθηκε η πληρότητα των δεδομένων. Τρία ερωτηματολόγια εξαιρέθηκαν από την ανάλυση, διότι περιελάμβαναν λιγότερες από τις μισές απαντήσεις. Δε βρέθηκε καμία ερώτηση με διπλές απαντήσεις, υπήρχε όμως απουσία απαντήσεων (missing values) στην ερώτηση που αφορά στη συχνότητα αναφοράς λαθών από τον ερωτώμενο, τους τελευταίους 12 μήνες. Παρόλα αυτά, η ερώτηση δεν εξαιρέθηκε από την ανάλυση γιατί το ποσοστό των τιμών που έλλειπαν δεν ήταν αξιοσημείωτο (0,3%).

Για την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 15 και ακολουθήθηκε η ίδια μεθοδολογία που πραγματοποιείται σε όλες τις έρευνες με το συγκεκριμένο εργαλείο. Δοθέντος ότι το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τόσο στοιχεία που είναι διατυπωμένα θετικά όσο και αρνητικά, οι αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις επανακωδικοποιήθηκαν (recoded), ώστε να εξασφαλιστεί ότι η υψηλή βαθμολογία μετρά πάντα θετική απάντηση.

Ανάλυση παραγόντων

Αρχικά, υπολογίστηκε ο δείκτης Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), για να διαπιστωθεί η επάρκεια της δειγματοληψίας. Η τιμή του δείκτη KMO για κάθε μεταβλητή μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 1. Το κριτήριο του Kaiser υποδεικνύει ότι, όταν η τιμή του δείκτη KMO είναι μεγαλύτερη από 0,50, τότε η παραγοντική ανάλυση είναι η κατάλληλη τεχνική για την ανάλυση των δεδομένων. Όσο δε η τιμή KMO πλησιάζει στη μονάδα τόσο πιο αξιόπιστο θεωρείται το μοντέλο συσχέτισης (Field, 2000). Στη δική μας ανάλυση η τιμή του δείκτη KMO ήταν 0,870 και είναι πολύ ικανοποιητική. Επιπλέον έλεγχος, για να καθοριστεί αν τα δεδομένα είναι κατάλληλα για επεξεργασία με την τεχνική της ανάλυσης παραγόντων, πραγματοποιήθηκε με το “Bartlett’s Test of Sphericity”, το οποίο εξετάζει αν οι μεταβλητές μιας κλίμακας είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Το Bartlett’s Test έδειξε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν ικανοποιητική ($\chi^2=4893,82$, $df=861$, $p=0,000$).

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση παραγόντων. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “unweighted least square” σε συνδυασμό με τη μέθοδο περιστροφής Varimax. Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι η πιο συχνή μορφή παραγοντικής ανάλυσης (Ραφτόπουλος & Θεοδοσοπούλου, 2002). Η παραγοντική ανάλυση είναι μια στατιστική τεχνική που ελέγχει τις στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων (correlation coefficient). Έτσι, τα στοιχεία που είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και σχετίζονται από κοινού με μια υποκείμενη διάσταση (παράγοντα) μπορούν να μειωθούν στο μικρότερο δυνατό αριθμό “εννοιολογικών κατασκευών”, δημιουργώντας ομοιογενείς ομάδες ερωτήσεων (αθροιστικές κλίμακες). Για να συμπεριληφθεί ένα στοιχείο σε κάποια αθροιστική κλίμακα θα πρέπει: α) ο βαθμός συσχέτισής του να είναι μεγαλύτερος από την τιμή 0,50, β) η διαφορά των συντελεστών συσχέτισης του κάθε στοιχείου με τις άλλες αθροιστικές κλίμακες να είναι μεγαλύτερη του 0,20 (Aletras et al, 2006). Στην ανάλυση συμπεριελήφθησαν όλα τα στοιχεία καθώς δεν υπήρχαν αναπάντητες ερωτήσεις (missing values) σε ποσοστό μεγαλύτερο του 0,3%.

Στην παραγοντική ανάλυση δε συμπεριελήφθησαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν στην αντίληψη των εργαζομένων για την απόδοση ασφάλειας του τμήματός τους και στη συχνότητα αναφοράς λαθών του ερωτώμενου τους τελευταίους 12 μήνες, καθώς μελετήθηκαν ξεχωριστά (περιγραφικά). Τα δεδομένα της ανάλυσης παρατίθενται στον πίνακα 2 που ακολουθεί.

Πίνακας 2: Παραγοντική ανάλυση (Rotated factor matrix)

| Ερωτήσεις/ στοιχεία | ΚΛΙΜΑΚΕΣ | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| A1 | ,019 | ,790 | ,156 | ,050 | ,102 | ,126 | ,126 | -,031 | -,008 | ,093 | ,129 |
| A2 | ,110 | ,050 | -,045 | ,022 | ,138 | ,007 | ,163 | ,371 | -,017 | -,033 | -,024 |
| A3 | ,103 | ,714 | ,085 | ,147 | ,013 | ,123 | ,092 | ,111 | -,009 | ,103 | ,030 |
| A4 | ,064 | ,744 | ,055 | ,159 | ,172 | ,071 | ,065 | ,066 | ,100 | ,088 | ,026 |
| A5 | ,027 | -,208 | -,091 | ,119 | ,154 | -,174 | ,137 | ,323 | ,040 | ,039 | ,093 |
| A6 | ,200 | ,167 | ,030 | ,191 | ,071 | ,337 | ,029 | ,189 | -,112 | ,328 | ,020 |
| A7 | ,016 | ,132 | ,024 | ,033 | ,104 | ,096 | ,090 | ,259 | ,221 | ,054 | -,188 |
| A8 | ,045 | ,083 | ,114 | ,191 | ,028 | ,003 | ,580 | ,137 | -,005 | ,053 | -,055 |
| A9 | -,033 | ,252 | ,079 | ,277 | ,035 | -,004 | ,234 | ,212 | -,266 | ,313 | ,086 |
| A10 | ,189 | ,214 | ,057 | ,084 | ,066 | ,161 | ,207 | ,427 | ,186 | ,161 | ,095 |
| A11 | ,049 | ,653 | ,177 | ,194 | ,008 | ,164 | ,040 | ,103 | ,046 | ,013 | -,059 |
| A12 | ,161 | ,251 | ,103 | -,030 | ,103 | ,114 | ,535 | ,171 | ,000 | ,252 | ,027 |
| A13 | ,126 | ,152 | ,045 | ,155 | ,139 | ,062 | ,067 | ,036 | ,195 | ,673 | ,010 |
| A14 | ,103 | -,001 | -,054 | ,044 | ,056 | ,037 | ,449 | ,458 | -,096 | -,021 | ,166 |
| A15 | ,069 | ,012 | ,078 | ,226 | ,214 | ,189 | -,007 | ,308 | ,176 | ,039 | ,229 |
| A16 | ,033 | ,012 | -,004 | ,068 | ,008 | ,017 | ,610 | ,076 | ,032 | -,016 | ,096 |
| A17 | ,174 | ,126 | ,086 | ,059 | ,079 | ,182 | ,075 | ,530 | ,131 | ,116 | ,079 |
| A18 | ,202 | ,229 | ,099 | ,131 | ,181 | ,143 | -,097 | ,270 | ,065 | ,177 | ,249 |
| B1 | ,087 | ,330 | ,128 | ,195 | ,094 | ,586 | -,006 | ,011 | ,075 | ,054 | ,177 |
| B2 | ,156 | ,215 | ,147 | ,240 | ,114 | ,760 | ,130 | ,078 | ,040 | ,095 | -,049 |
| B3 | ,091 | ,123 | ,043 | ,134 | ,113 | ,204 | ,199 | ,178 | ,113 | ,041 | ,590 |
| B4 | -,033 | ,092 | ,122 | ,076 | ,005 | ,479 | ,064 | ,307 | ,190 | -,006 | ,245 |
| C1 | ,254 | ,132 | ,110 | ,487 | ,069 | ,095 | ,075 | ,166 | ,184 | ,218 | ,067 |
| C2 | ,166 | ,211 | ,103 | ,664 | ,069 | ,228 | ,217 | -,036 | ,124 | ,002 | ,079 |
| C3 | ,100 | ,209 | ,236 | ,566 | ,015 | ,100 | ,100 | ,158 | ,124 | ,215 | ,061 |
| C4 | ,039 | ,120 | ,052 | ,429 | ,044 | ,136 | ,358 | ,018 | -,112 | -,062 | -,050 |
| C5 | ,159 | ,229 | ,230 | ,485 | ,167 | ,155 | -,026 | ,153 | -,167 | ,171 | ,141 |
| C6 | ,122 | ,260 | ,075 | ,207 | ,074 | ,247 | ,229 | ,071 | ,199 | -,049 | ,213 |
| D1 | ,135 | ,147 | ,752 | ,117 | ,076 | ,129 | ,055 | -,032 | -,005 | ,085 | ,050 |
| D2 | ,053 | ,126 | ,869 | ,106 | ,022 | ,113 | ,041 | ,012 | ,023 | -,010 | -,029 |
| D3 | ,095 | ,141 | ,769 | ,132 | ,056 | ,032 | ,066 | ,036 | ,031 | ,021 | ,045 |
| F1 | ,338 | ,123 | ,070 | ,062 | ,644 | ,115 | ,099 | ,195 | -,039 | ,105 | ,019 |
| F2 | ,613 | ,056 | ,153 | ,130 | ,188 | ,057 | ,011 | ,007 | ,105 | -,025 | ,032 |
| F3 | ,572 | ,014 | ,108 | ,085 | -,008 | ,084 | -,011 | ,240 | ,130 | -,006 | -,031 |
| F4 | ,640 | ,091 | ,083 | ,162 | ,216 | ,105 | -,046 | ,120 | -,047 | ,089 | -,037 |
| F5 | ,377 | ,113 | ,046 | ,066 | ,013 | ,074 | ,030 | ,005 | ,520 | ,073 | ,148 |
| F6 | ,654 | -,004 | -,037 | ,006 | ,132 | -,045 | ,157 | ,044 | ,148 | ,048 | ,061 |
| F7 | ,752 | ,055 | -,025 | ,010 | ,105 | -,013 | ,166 | ,062 | ,083 | ,053 | ,235 |
| F8 | ,247 | ,112 | ,088 | ,093 | ,784 | ,024 | ,020 | ,130 | ,032 | ,098 | ,061 |
| F9 | ,302 | ,084 | ,027 | ,043 | ,613 | ,078 | ,081 | ,170 | ,207 | ,016 | ,072 |
| F10 | ,639 | ,103 | ,151 | ,134 | ,289 | ,173 | ,071 | ,112 | ,015 | ,172 | -,181 |
| F11 | ,199 | -,001 | ,000 | ,047 | ,107 | ,062 | -,078 | ,202 | ,470 | ,082 | ,044 |

Τέλος, από την ανάλυση προέκυψαν 7 παράγοντες και έτσι δημιουργήθηκαν οι εξής αθροιστικές κλίμακες:

- Κλίμακα 1: Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις F2, F3, F4, F6, F7, F10).
- Κλίμακα 2: Συνεργασία των εργαζομένων εντός των τμημάτων (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις A1, A3, A4, A11).
- Κλίμακα 3: Συχνότητα αναφοράς λαθών (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις D1, D2, D3).
- Κλίμακα 4: Επικοινωνία – Ενημέρωση (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις C2, C3).
- Κλίμακα 5: Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση της διοίκησης απέναντι στα θέματα ασφάλειας του ασθενή (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις F1, F8, F9).
- Κλίμακα 6: Οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση των προϊσταμένων /διευθυντών απέναντι στα θέματα ασφάλειας (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις B1, B2).
- Κλίμακα 7: Τιμωρητική αντίδραση στο λάθος (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις A8, A12, A16).

Συγκριτικά με την πρωτότυπη μελέτη (αλλά και με άλλες μελέτες), η παραγοντική ανάλυση δεν κατέληξε στις ίδιες αθροιστικές κλίμακες, (π.χ. 12 παράγοντες για την αμερικανική και 11 για την Ολλανδική) (Smits et al, 2008). Λεπτομερέστερα, οι διαστάσεις που δεν περιλαμβάνονται στην ελληνική εκδοχή είναι “Μεταφορές ασθενών και διακομιδές εντός του νοσοκομείου”, “Ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη”, “Οργανωσιακή Μάθηση – Συνεχής Βελτίωση”, “Στελέχωση”, “Συνολική αντίληψη της ασφάλειας”. Αυτό μπορεί εν μέρει να οφείλεται στις διαφοροποιήσεις των συστημάτων και των διαδικασιών μεταξύ των νοσοκομείων στις διάφορες χώρες. (Για παράδειγμα στη χώρα μας δεν υπάρχουν συστήματα αναφοράς λαθών). Πάντως, η εκδοχή των 7 παραγόντων είναι η καλύτερη λύση για την παρούσα μελέτη στα πλαίσια της συγκεκριμένης ανάλυσης.

Έλεγχος αξιοπιστίας

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των παραγόντων είναι απαραίτητος, ώστε να ελεγχθεί η ικανότητα του ερωτηματολογίου να παρέχει ακριβείς και σταθερές μετρήσεις που δεν επηρεάζονται από τυχαία σφάλματα μέτρησης. Αυτό σημαίνει ότι το εργαλείο μέτρησης των διαφόρων στοιχείων πρέπει να αποδίδει τα ίδια αποτελέσματα, αν η έρευνα επαναληφθεί στον ίδιο πληθυσμό με τις ίδιες τεχνικές και στις ίδιες συνθήκες. Μια χρήσιμη διερμηνευση των απαιτήσεων της αξιοπιστίας αφορά στον έλεγχο

εσωτερικής συνάφειας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό κατά τον οποίο τα στοιχεία ενός παράγοντα μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή (Αλετράς και συν 2009). Η εσωτερική συνάφεια στην παρούσα ανάλυση υπολογίστηκε με το συντελεστή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha). Η τιμή του συντελεστή άλφα του Cronbach κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 1. Εάν διαφορετικά στοιχεία υποτίθεται ότι μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή, η εσωτερική συνάφεια οφείλει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με την τιμή 0,60 (Field, 2000). Στον πίνακα 3 παρατίθενται οι τιμές του συντελεστή Cronbach για κάθε παράγοντα, αλλά και οι τιμές του συντελεστή, όταν αφαιρείται ένα από τα στοιχεία της κλίμακας.

Από τα δεδομένα του πίνακα 3 φαίνεται ότι καμιά κλίμακα δε βελτιώνει το συντελεστή Cronbach αφαιρώντας κάποιο από τα στοιχεία της, οπότε οι κλίμακες παρέμειναν όπως διαμορφώθηκαν από την αρχική ανάλυση. Στον πίνακα, επίσης, παρατηρούμε ότι δύο κλίμακες (4 και 6) δεν μπορούν να βελτιώσουν το συντελεστή Cronbach με την αφαίρεση κάποιου στοιχείου, αφού αποτελούνται από δύο μόνο στοιχεία. Ωστόσο δεν εξαιρέθηκαν από την περαιτέρω ανάλυση, διότι οι τιμές του συντελεστή Cronbach των συγκεκριμένων κλιμάκων είναι αρκετά ικανοποιητικές (για την κλίμακα 4 Cronbach's alpha = 0,677 και για την κλίμακα 6 = 0,769) και τα στοιχεία που περιλαμβάνουν μας δίνουν σημαντικές πληροφορίες για το θέμα που εξετάζουμε.

Πίνακας 3: Συντελεστές Cronbach αθροιστικών κλιμάκων

| Στοιχείο | Περιγραφή | Συντελεστής κλίμακας | Συντελεστής χωρίς στοιχείο |
|--|--|----------------------|----------------------------|
| Κλίμακα 1: Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων (N=292) | | ,839 | |
| F2: | Τα τμήματα δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους | | ,816 |
| F3: | Κατά τη μεταφορά των ασθενών χάνονται πληροφορίες | | ,830 |
| F4: | Υπάρχει συνεργασία των τμημάτων που οφείλουν να δουλεύουν συνολικά | | ,809 |
| F6: | Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων τμημάτων είναι δυσάρεστη | | ,815 |
| F7: | Προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των τμημάτων | | ,804 |
| F10: | Τα τμήματα συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους | | ,804 |
| Κλίμακα 2: Συνεργασία εργαζομένων εντός νοσηλευτικών τμημάτων (N=292) | | ,852 | |
| A1: | Αλληλουποστήριξη εργαζομένων | | ,799 |

| | |
|---|-------------|
| A3: Ομαδική εργασία εντός τμημάτων | ,811 |
| A4: Αλληλοσεβασμός εργαζομένων | ,805 |
| A11: Βοήθεια εργαζομένων από τους συναδέλφους όταν έχει πολύ δουλειά | ,832 |
| Κλίμακα 3: Συχνότητα αναφοράς λαθών (N=292) | ,867 |
| D1: Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έγινε αλλά εντοπίστηκε και διορθώθηκε πριν επηρεάσει τον ασθενή | ,838 |
| D2: Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έγινε αλλά δεν έβλαψε τον ασθενή | ,781 |
| D3: Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έγινε, θα μπορούσε να βλάψει αλλά δεν έβλαψε τον ασθενή | ,819 |
| Κλίμακα 4: Ελεύθερη και ανοιχτή Επικοινωνία (N=292) | ,677 |
| C2: Το προσωπικό μιλάει ελεύθερα όταν δει κάτι που επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα του ασθενή | - |
| C3: Εσωτερική ενημέρωση για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα | - |
| Κλίμακα 5: Αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση της διοίκησης απέναντι στα θέματα ασφάλειας (N=291) | ,825 |
| F1: Η διοίκηση καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας | ,752 |
| F8: Η ασφάλεια φαίνεται να είναι κύρια προτεραιότητα της διοίκησης | ,718 |
| F9: Η διοίκηση ενδιαφέρεται για την ασφάλεια μόνο μετά από δυσάρεστα συμβάντα | ,806 |
| Κλίμακα 6: Αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών απέναντι στα θέματα ασφάλειας (N=292) | ,769 |
| B1: Ο προϊστάμενος/διευθυντής επιβραβεύει όταν η εργασία εκτελείται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες | - |
| B2: Ο προϊστάμενος λαμβάνει υπόψη της προτάσεις βελτίωσης της ασφάλειας | - |
| Κλίμακα 7: Τιμωρητική αντίδραση στο λάθος (N=292) | ,644 |
| A8: Αίσθηση ότι τα λάθη μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναντίον του εργαζόμενου | ,501 |
| A12: Όταν αναφέρεται "συμβάν" εντύπωση ότι καταγράφεται άτομο και όχι πρόβλημα | ,561 |
| A16: Ανησυχία ότι τα λάθη καταγράφονται στον υπηρεσιακό φάκελο του εργαζόμενου | ,578 |

Έλεγχος Εγκυρότητας (Validity)

Η εγκυρότητα εκτιμά το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μετρά τα μεγέθη για τα οποία σχεδιάστηκε να μετρά. Εκτιμά, δηλαδή, κατά πόσο τα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου είναι κατάλληλα να σκιαγραφήσουν ένα χαρακτηριστικό για ένα άτομο ή για ένα σύνολο ατόμων και επίσης αν είναι επαρκή.

Προκειμένου να μετρηθεί αυτή η παράμετρος χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος πολλαπλών χαρακτηριστικών (multitrait analysis), σύμφωνα με την οποία υπολογίζονται συντελεστές που μετρούν τη συσχέτιση κάθε στοιχείου με την αθροιστική κλίμακα, στην οποία ανήκει (συγκλίνουσα εγκυρότητα – convergent validity). Ακολούθως, αυτοί οι συντελεστές

συγκρίνονται με τις αντίστοιχες συσχετίσεις του στοιχείου με τις υπόλοιπες αθροιστικές κλίμακες (διακρίνουσα εγκυρότητα – divergent validity). Όταν οι τιμές των συσχετίσεων των στοιχείων με τις αθροιστικές κλίμακες, στις οποίες ανήκουν, είναι μεγαλύτερες του 0,40 υποδηλώνουν ικανοποιητική εγκυρότητα σύγκλισης (δηλαδή εσωτερική συνοχή) (Αλετράς και συν, 2007)..

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλών χαρακτηριστικών. Στο συγκεκριμένο πίνακα, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι οι συσχετίσεις των στοιχείων με τις κλίμακες στις οποίες ανήκουν υπερβαίνουν ικανοποιητικά τις συσχετίσεις με τις κλίμακες στις οποίες δεν ανήκουν. Αυτό σημαίνει ότι υποστηρίζεται η διακρίνουσα εγκυρότητα του εργαλείου.

Πίνακας 4: Ανάλυση πολλαπλών χαρακτηριστικών

| Στοιχεία | Αθροιστικές κλίμακες | | | | | | |
|------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Κλίμακα 1 | Κλίμακα 2 | Κλίμακα 3 | Κλίμακα 4 | Κλίμακα 5 | Κλίμακα 6 | Κλίμακα 7 |
| F2 | ,602* | ,160 | ,251 | ,253 | ,405 | ,230 | ,115 |
| F3 | ,538* | ,109 | ,181 | ,195 | ,265 | ,181 | ,108 |
| F4 | ,639* | ,218 | ,193 | ,279 | ,435 | ,280 | ,137 |
| F6 | ,603* | ,081 | ,057 | ,160 | ,353 | ,090 | ,185 |
| F7 | ,663* | ,141 | ,093 | ,208 | ,391 | ,164 | ,237 |
| F10 | ,662* | ,265 | ,272 | ,333 | ,525 | ,337 | ,231 |
| A1 | ,138 | ,725* | ,306 | ,328 | ,212 | ,411 | ,262 |
| A3 | ,210 | ,695* | ,234 | ,374 | ,204 | ,381 | ,249 |
| A4 | ,210 | ,711* | ,220 | ,369 | ,291 | ,385 | ,219 |
| A11 | ,155 | ,643* | ,306 | ,392 | ,183 | ,414 | ,190 |
| D1 | ,250 | ,300 | ,721* | ,324 | ,213 | ,310 | ,167 |
| D2 | ,174 | ,273 | ,782* | ,301 | ,128 | ,294 | ,167 |
| D3 | ,203 | ,279 | ,744* | ,356 | ,177 | ,258 | ,169 |
| C2 | ,302 | ,379 | ,276 | ,512* | ,240 | ,445 | ,286 |
| C3 | ,250 | ,385 | ,362 | ,512* | ,213 | ,358 | ,268 |
| F1 | ,484 | ,253 | ,179 | ,246 | ,690* | ,297 | ,246 |
| F8 | ,429 | ,237 | ,191 | ,234 | ,721* | ,235 | ,156 |
| F9 | ,449 | ,207 | ,131 | ,195 | ,638* | ,215 | ,174 |
| B1 | ,211 | ,458 | ,313 | ,361 | ,238 | ,629* | ,151 |
| B2 | ,307 | ,400 | ,142 | ,477 | ,282 | ,629* | ,252 |
| A8 | ,146 | ,198 | ,181 | ,284 | ,138 | ,155 | ,487* |
| A12 | ,275 | ,346 | ,199 | ,227 | ,272 | ,261 | ,812* |
| A16 | ,096 | ,093 | ,055 | ,221 | ,101 | ,090 | ,432* |

Για περαιτέρω διερεύνηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος για διαφορά εξαρτημένων συντελεστών συσχέτισης (t-student test)

ώστε να ελεγχθεί η σημαντικότητα των συσχετίσεων στοιχείων – κλιμάκων (Steiger, 1980). Τα αποτελέσματα αυτού του ελέγχου παρουσιάζονται στον πίνακα 5, όπου φαίνεται ότι από τους 136 ελέγχους ήταν απόλυτα επιτυχείς οι 135 (100%).

Πίνακας 5: Συχνότητες και ποσοστά επιτυχών συσχετίσεων ερωτήσεων – κλιμάκων

| Κλίμακα | -2 | | -1 | | 1 | | 2 | |
|---------|----|---|----|---|---|------|----|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 | 100 |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 100 |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 100 |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8,33 | 11 | 91,66 |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 100 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 100 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 100 |

Το επίπεδο σημαντικότητας έχει οριστεί στο 5%

2: Στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη συσχέτιση στοιχείου-κλίμακας με την υπό εξέταση κλίμακα, συγκριτικά με τη συσχέτιση με κάποια άλλη κλίμακα.

1: Υψηλότερη συσχέτιση στοιχείου-κλίμακας για την υπό εξέταση κλίμακα αλλά η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική.

-1: Χαμηλότερη συσχέτιση στοιχείου-κλίμακας για την υπό εξέταση κλίμακα αλλά η διαφορά δεν είναι στατιστικώς σημαντική.

-2: Στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερη συσχέτιση στοιχείου-κλίμακας για την υπό εξέταση κλίμακα συγκριτικά με κάποια άλλη κλίμακα.

2.4 Συμπληρωματικά στατιστικά στοιχεία προς αξιολόγηση

Προκειμένου να προβούμε σε συμπεράσματα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, δημιουργήσαμε έναν πίνακα (πίνακας 6), όπου καταγράφονται η μέση τιμή, η διάμεσος και η τυπική απόκλιση των αθροιστικών κλιμάκων. Επιπλέον, προκειμένου τα συμπεράσματα να είναι πιο κατανοητά, προστέθηκε στον πίνακα μια στήλη με τις μέσες τιμές εκφρασμένες σε ποσοστά. Με μια πρώτη ματιά στις παρατηρήσεις που περιλαμβάνει ο πίνακας, διαπιστώνεται ότι τα συνολικά αποτελέσματα δείχνουν ότι οι αντιλήψεις των εργαζομένων του νοσοκομείου Παπαγεωργίου για τις διαστάσεις κουλτούρας ασφάλειας που εξετάζονται είναι θετικές. Λεπτομερέστερα, η διάσταση

“Επικοινωνία – Ενημέρωση” έχει την υψηλότερη μέση τιμή (>4,02, ποσοστό 80%) που αντιπροσωπεύει τη συμφωνία ως προς τα στοιχεία που περιλαμβάνει. Αυτό σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η ενημέρωση και η επικοινωνία, για τα θέματα ασφάλειας των ασθενών στα τμήματά τους, είναι σε πολύ καλό επίπεδο. Ειδικότερα, θεωρούν ότι μπορούν να εκφράζουν ελεύθερα τη γνώμη τους όταν κάτι επηρεάζει αρνητικά την ασφάλεια του ασθενή και επιπλέον εκτιμούν ότι ενημερώνονται επαρκώς για τα λάθη που γίνονται στο τμήμα τους, στα πλαίσια της αποφυγής επανάληψης λαθών. Το αποτέλεσμα αυτό κρίνεται ιδιαίτερος θετικό, αν λάβει κανείς υπόψη του τη σημασία που έχει η ανοιχτή επικοινωνία και η ελεύθερη, χωρίς περιορισμούς συζήτηση για τα λάθη, στη διαδικασία ανάπτυξης μέτρων πρόληψης λαθών και ατυχημάτων.

Η κλίμακα που εξετάζει την τιμωρητική αντίδραση στο λάθος, βαθμολογείται με τη χαμηλότερη τιμή από το προσωπικό του νοσοκομείου (M.T. = 2,84<3 που αντιπροσωπεύει την ουδέτερη στάση, ποσοστό 56,80%) και αυτό δείχνει την ανησυχία των εργαζομένων για το σύστημα διαχείρισης των λαθών. Σημαίνει, δηλαδή, ότι η αντίληψη των εργαζομένων είναι ότι έχει διαμορφωθεί ένα κλίμα που υπαινίσσεται ότι τα λάθη καταγράφονται στον υπηρεσιακό φάκελο του εργαζόμενου, ότι το ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως στο πρόσωπο που κάνει λάθος και όχι στο λάθος αυτό καθαυτό και τέλος ότι τα λάθη μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναντίον του προσωπικού.

Για όλες τις άλλες κλίμακες, η βαθμολογία (M.T.) κυμαίνεται μεταξύ 3,12 και 3,78. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι φαίνεται να διατηρούν επιφυλάξεις σε σχέση με την ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου και σε σχέση με τη στάση της διοίκησης στα θέματα της ασφάλειας. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη ότι η εργασία εντός των νοσηλευτικών μονάδων οφείλει να είναι ομαδική και η συνεργασία αρμονική και ομαλή, η κλίμακα που αφορά στη συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων εντός των τμημάτων δε βαθμολογείται ικανοποιητικά (M.T. = 3,66), παρότι υπερβαίνει το όριο της ουδετερότητας. Η ερμηνεία που μπορεί να δώσει κανείς στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι ότι δεδομένων των δύσκολων συνθηκών εργασίας, δε γίνεται αποτελεσματική διαχείριση των πιέσεων και εντάσεων που αποτελούν πολύ συχνά φαινόμενα στο χώρο των νοσηλευτικών τμημάτων.

Τέλος, φαίνεται ότι οι προϊστάμενοι και οι διευθυντές των νοσηλευτικών τμημάτων βαθμολογούνται σχετικά ικανοποιητικά από τους εργαζόμενους ως προς τη στάση τους

στα θέματα ασφάλειας: Μ.Τ. κλίμακας 3,87, ποσοστό 75,5%, τείνει δηλαδή προς τη συμφωνία παρά στην ουδέτερη στάση. Αυτό δείχνει ότι οι συμπεριφορές των στελεχών του νοσοκομείου που βρίσκονται κοντά στο προσωπικό είναι υποστηρικτικές. Εκ πρώτης όψεως, βέβαια, θα μπορούσε κανείς να επισημάνει ότι αυτό έρχεται σε αντίθεση με το γεγονός ότι το προσωπικό θεωρεί την αντίδραση στα λάθη τιμωρητική. Ωστόσο η αρνητική βαθμολογία στην αντίδραση στα λάθη αφορά μια αίσθηση που διαμόρφωσε το προσωπικό για το γενικότερο κλίμα που, όμως, τελικά δεν απορρέει από τους άμεσους προϊσταμένους του. Πάντως, δε θα ήταν ασφαλές το συμπέρασμα ότι πιθανόν οι εργαζόμενοι φοβούνται να δηλώσουν με ειλικρίνεια τη γνώμη τους για τους προϊσταμένους τους, διότι σε αυτήν την περίπτωση θα ίσχυε το ίδιο και για τις ερωτήσεις που αφορούν τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Σε ό,τι αφορά στη συχνότητα αναφοράς λαθών, μια μέση τιμή μεγαλύτερη από το επίπεδο της ουδετερότητας εκλαμβάνεται ως θετική, δεδομένου του γεγονότος ότι στη χώρα μας δεν εισήχθησαν συστήματα αναφοράς λαθών και συλλογής τέτοιου είδους δεδομένων, (όπως σε νοσηλευτικά ιδρύματα της αλλοδαπής). Αυτό υποδηλώνει ότι στα τμήματα του νοσοκομείου Παπαγεωργίου υπάρχει επαγρύπνηση για τα λάθη και εστίαση στα θέματα ασφάλειας του ασθενή, έστω ανεπίσημα. Τέλος, από τα δεδομένα του πίνακα 6, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι είναι επιφυλακτικοί σε ό,τι αφορά τη στάση της διοίκησης (η βαθμολογία της κλίμακας τείνει προς την ουδετερότητα, Μ.Τ. = 3,1). Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η διοίκηση δεν έχει πείσει το προσωπικό ως προς τη δέσμευσή της στα θέματα ασφάλειας. Επιπλέον, ίσως οι πιέσεις που ασκούνται στο προσωπικό για αύξηση της εργασίας ως αποτέλεσμα της αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών σε συνδυασμό με την υποστελέχωση του νοσοκομείου, εμποδίζουν τη διοίκηση να διαχειριστεί αυτά τα θέματα με τον κατάλληλο τρόπο.

Πίνακας 6: Μέση τιμή, διάμεσος και τυπική απόκλιση των κλιμάκων

| Κλίμακες | N | Μέση τιμή | Διάμεσος | Τυπική απόκλιση | Μέση τιμή εκφρασμένη σε ποσοστά (%) |
|---|-----|-----------|----------|-----------------|-------------------------------------|
| Συνεργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου | 292 | 3,15 | 3,16 | ,639 | 63,12 |
| Συνεργασία εργαζομένων εντός των τμημάτων του νοσοκομείου | 292 | 3,66 | 3,75 | ,750 | 73,30 |
| Συχνότητα αναφοράς λαθών | 292 | 3,56 | 3,66 | ,987 | 71,27 |
| Επικοινωνία – Ενημέρωση | 292 | 4,02 | 4,00 | ,813 | 80,41 |
| Αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση της διοίκησης απέναντι στα θέματα ασφάλειας | 291 | 3,12 | 3,33 | ,923 | 62,47 |
| Αντιλήψεις των εργαζομένων για τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών απέναντι στα θέματα ασφάλειας | 292 | 3,78 | 4,00 | ,821 | 75,61 |
| Τιμωρητική αντίδραση στα λάθη | 292 | 2,84 | 2,66 | ,771 | 56,80 |

Για να εμβαθύνουμε περαιτέρω στα αποτελέσματα, δημιουργήσαμε έναν πίνακα όπου περιλαμβάνονται μεμονωμένα στοιχεία του ερωτηματολογίου που δεν ανήκουν σε καμιά αθροιστική κλίμακα της στατιστικής ανάλυσης. Ωστόσο, είναι σημαντική η αξιολόγησή τους, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα που έχουν σχέση με τα θέματα της ασφάλειας των ασθενών.

Πίνακας 7: Βαθμός αξιολόγησης των μέτρων βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενή

| Στοιχείο | Κλίμακα αξιολόγησης (Συχνότητες απαντήσεων) | | | | | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Μέση τιμή εκφρασμένη σε ποσοστά |
|---|--|----|-----|------------|----|-------------|-----------------|---------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| Η ασφάλεια δε θυσιάζεται για να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία | 6 | 57 | 53 | 135 | 41 | 3,51 | 1,024 | 70,2% |
| Θετικές αλλαγές από τα λάθη | 8 | 34 | 107 | 134 | 9 | 3,35 | 0,830 | 67% |
| Γίνεται αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αλλαγών βελτίωσης | 5 | 21 | 80 | 180 | 26 | 3,69 | 0,801 | 73,8% |
| Υπάρχει πρόβλημα με την ασφάλεια του ασθενή σ' αυτό το τμήμα | 4 | 42 | 74 | 140 | 32 | 3,53 | 0,917 | 70,6% |
| Αποτελεσματικές διαδικασίες και συστήματα πρόληψης λαθών | 3 | 32 | 95 | 146 | 16 | 3,48 | 0,801 | 69,6% |

Από τις συχνότητες απαντήσεων στον πίνακα 7, φαίνεται ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι του νοσοκομείου συμφωνούν (κλίμακα αξιολόγησης 4=συμφωνώ) ότι η

ασφάλεια δε θυσιάζεται ώστε να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία, ότι προκύπτουν θετικές αλλαγές από τα λάθη, ότι δεν υπάρχει πρόβλημα με την ασφάλεια του ασθενή και ότι οι διαδικασίες είναι αποτελεσματικές όσο αφορά στα συστήματα πρόληψης των λαθών. (Προς αποφυγή παρερμηνειών, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι η ερώτηση «υπάρχει πρόβλημα με την ασφάλεια του ασθενή σ' αυτό το τμήμα», έχει επανακωδικοποιηθεί πριν τη στατιστική ανάλυση, οπότε η πλειοψηφία των απαντήσεων είναι διαφωνώ ότι υπάρχει πρόβλημα και άρα έχει θετική σημασία). Επίσης, ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων (4 ~ συχνότητα 180, ποσοστό 61,64%) δίνεται στην ερώτηση που διερευνά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αλλαγών βελτίωσης.

Επιπροσθέτως, η συνολική αξιολόγηση της επίδοσης του κάθε τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή εκτιμάται από το προσωπικό του νοσοκομείου θετικά και αυτό αποτυπώνεται στον πίνακα 8 που περιλαμβάνει τις συχνότητες και τα ποσοστά απαντήσεων. Από τα δεδομένα του πίνακα φαίνεται ότι το 91% των εργαζομένων εκτιμά την επίδοση του τμήματος στο οποίο εργάζεται από καλή έως άριστη και μόνο το 7,9% την κρίνει ως μέτρια.

Πίνακας 8: Αξιολόγηση της επίδοσης του τμήματος σε σχέση με την ασφάλεια του ασθενή

| | | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|-------|------------------|------------|--------------|------------------|--------------------|
| Valid | | 1 | ,3 | ,3 | ,3 |
| | Άριστη | 34 | 11,6 | 11,6 | 12,0 |
| | Πολύ καλή | 158 | 54,1 | 54,1 | 66,1 |
| | Καλή | 75 | 25,7 | 25,7 | 91,8 |
| | Μέτρια | 23 | 7,9 | 7,9 | 99,7 |
| | Κακή | 1 | ,3 | ,3 | 100,0 |
| | Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Τέλος, η συχνότητα αναφοράς λαθών από τους συμμετέχοντες, η οποία αποτυπώνεται στον πίνακα 9, δείχνει ότι η συχνότητα αυτή είναι σπάνια (οι 219 από τους 292 ερωτώμενους, ποσοστό 75%, απαντούν ότι δεν έχουν κάνει ούτε μια αναφορά λάθους για ένα ολόκληρο έτος). Αν αυτό σημαίνει, ότι στο διάστημα αυτό πραγματικά δεν έγινε κανένα μικρό ή μεγάλο λάθος, τότε όντως η απόδοση του νοσοκομείου, στην ασφάλεια, είναι υπέρ το δέον ικανοποιητική. Πάντως, εμείς διατηρούμε την επιφύλαξη ότι καθώς δεν υπάρχει τυποποιημένος τρόπος αναφοράς συμβάντων και λαθών, το προσωπικό δεν

εκλαμβάνει ως λάθη τα προβλήματα που δεν αφορούν άμεσα τον ασθενή αλλά δυνητικά θα μπορούσαν να έχουν επιπτώσεις στην ασφάλεια του. Συνεπώς, ακόμη κι αν οι εργαζόμενοι συζητούν διάφορα συμβάντα μεταξύ τους και εντός των τμημάτων, δε θεωρούν ότι αυτή η διαδικασία αφορά σε μια επίσημη αναφορά και καταγραφή λαθών. Πάντως, κατά τη γνώμη μας, η αισιόδοξη εκδοχή του συγκεκριμένου αποτελέσματος (ότι δηλαδή όντως δε γίνονται συχνά, σημαντικά λάθη που να θέτουν σε κίνδυνο την ασφάλεια του ασθενή), δεν είναι απίθανη κι αυτό το ενδεχόμενο ενισχύεται αν εξεταστούν τα συγκεκριμένα αποτελέσματα, σε σχέση με κάποια άλλα (π.χ. το γεγονός ότι η επικοινωνία για τα θέματα της ασφάλειας είναι ικανοποιητική και η συνολική αντίληψη των εργαζομένων για την απόδοση της ασφάλειας είναι πολύ θετική). Τέλος, η μη αναφορά ίσως, απλά επιβεβαιώνει την έλλειψη επίσημων συστημάτων αναφοράς λαθών.

Πίνακας 9: Αναφορές συμβάντων από τους ερωτώμενους, τους τελευταίους 12 μήνες

| | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|------------------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| Valid | 4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| καμία αναφορά | 219 | 75,0 | 75,0 | 76,4 |
| 1 - 2 αναφορές | 41 | 14,0 | 14,0 | 90,4 |
| 3 - 5 αναφορές | 18 | 6,2 | 6,2 | 96,6 |
| 6 - 10 αναφορές | 6 | 2,1 | 2,1 | 98,6 |
| 11 - 20 αναφορές | 2 | ,7 | ,7 | 99,3 |
| σ | 2 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

2.5 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη προκειμένου να αποτιμήσει την κουλτούρα ασφάλειας του ασθενή στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Το κύριο εύρημα της μελέτης ήταν ότι το προσωπικό, γενικά θεωρεί την απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας ικανοποιητική. Οι εργαζόμενοι εκτιμούν ότι υπάρχει επαγρύπνηση για τα θέματα της ασφάλειας εντός των νοσηλευτικών τμημάτων και ότι το επίπεδο επικοινωνίας για την ασφάλεια των ασθενών, τα λάθη και την πρόληψή τους είναι ικανοποιητικό. Επίσης, το προσωπικό κρίνει τη στάση των προϊσταμένων/διευθυντών του θετική ως προς την ασφάλεια. Επιπλέον, το υψηλό ποσοστό θετικών απαντήσεων που δίνεται στην ερώτηση που διερευνά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας αλλαγών βελτίωσης, δείχνει ότι

στα νοσηλευτικά τμήματα γίνεται συζήτηση για τα αποτελέσματα των αλλαγών που εφαρμόζονται, ακόμη κι αν αυτή η συζήτηση δεν αφορά σε επίσημες και με επιστημονική προσέγγιση μετρήσεις αποτελεσμάτων, ως όφειλε.

Ακόμη, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι έχουν αρνητική γνώμη για το κλίμα που διαμορφώνεται στο νοσοκομείο ως προς την αντίδραση στα λάθη και θεωρεί ότι το περιβάλλον είναι εχθρικό προς τους ίδιους όταν κάνουν λάθη. Αυτό είναι ένα σημαντικό σημείο στο οποίο πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς μπορεί να ενέχει τον κίνδυνο συγκάλυψης λαθών, λόγω του φόβου τιμωρίας. Κάτι τέτοιο δεν είναι επιθυμητό, διότι δεν προάγει την ανάπτυξη συστημάτων πρόληψης λαθών και ατυχημάτων. Αποθαρρυντικά επίσης, είναι τα αποτελέσματα που αφορούν στη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και μεταξύ των εργαζομένων. Αυτό σημαίνει ότι οι προσπάθειες ενίσχυσης της καλής συνεργασίας σε όλα τα επίπεδα οφείλουν να ενισχυθούν, ώστε θα βελτιωθεί περαιτέρω η απόδοση του νοσοκομείου στα θέματα της ασφάλειας.

Πάντως, τα συνολικά αποτελέσματα δείχνουν ένα καλό υπόβαθρο εντός των τμημάτων, στο οποίο θα μπορούσε να στηριχθεί μελλοντικά η διοίκηση, για να βελτιώσει την απόδοση του νοσοκομείου στον τομέα της ασφάλειας.

Τα πρόσθετα ευρήματα της έρευνας που δεν προέκυψαν από τις αθροιστικές κλίμακες, σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μελλοντικές συγκρίσεις της αποτίμησης κουλτούρας ασφάλειας, διότι εμπεριέχουν σφάλματα μέτρησης που δεν τα καθιστούν αξιόπιστα. Ωστόσο μπορούν να αξιοποιηθούν από τη διοίκηση του νοσοκομείου για εξαγωγή συμπερασμάτων και περαιτέρω βελτίωση της απόδοσης ασφάλειας.

Η αποτίμηση της κουλτούρας ασφάλειας είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να συνεισφέρει θετικά στην αλλαγή της κουλτούρας και της οποίας τα πρώτα αποτελέσματα, αν χρησιμοποιηθούν σωστά, μπορεί να σηματοδοτήσουν την απαρχή συνεχούς βελτίωσης της ασφάλειας του ασθενή.

Διάφοροι ενδιαφερόμενοι, πιθανά έχουν διαφορετικά και πολλές φορές, αντικρουόμενα «συμφέροντα», σχετικά με την πληροφόρηση που παρέχει η μέτρηση της κουλτούρας ασφάλειας. Γι' αυτό, το ερώτημα που τίθεται είναι πώς και σε ποιόν ανακοινώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και για ποιο σκοπό. Τα αποτελέσματα είναι δυνατόν να

χρησιμοποιηθούν σε επίπεδο νοσοκομείου, τμήματος ή μονάδας. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν τοπικά, για να διευθύνουν ανεπαρκή επίπεδα κουλτούρας ασφάλειας σε συγκεκριμένους χώρους, να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών των πρακτικών ασφάλειας από το προσωπικό, να διευκολύνουν στην ανάπτυξη ειδικών πρακτικών ασφάλειας ή να χρησιμοποιηθούν ως σημείο αναφοράς και παρακολούθησης των αλλαγών.

Όποιος κι αν είναι ο σκοπός της έρευνας, ένας βαθμός αντίστασης στην αποδοχή των αποτελεσμάτων, είναι αναμενόμενος. Αν οι μετρήσεις, έχουν δυνατότητα να διακρίνουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κουλτούρας των μονάδων και να κάνουν συγκρίσεις μεταξύ αυτών, δεν είναι ασυνήθιστο οι τοπικοί επικεφαλείς να νιώσουν ότι απειλούνται. Κατά τον ίδιο τρόπο, κάποια τμήματα μπορεί να θεωρήσουν ότι στιγματίζονται και ότι κινδυνεύουν να χαρακτηριστούν ότι έχουν ανωριμότητα ή αρνητική κουλτούρα ασφάλειας. Ακόμη, μερικοί μπορεί να θεωρήσουν τα αποτελέσματα υπερβολικά και να αρνηθούν να αποδεχθούν οτιδήποτε μοιάζει με επιστημονική «απόδειξη» στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι αντιδράσεις αυτές, όμως, αποφεύγονται με ειλικρινή διάλογο για τους σκοπούς της έρευνας και με την ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Δεν υπάρχει ένας ιδανικός τρόπος χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων της έρευνας για την προετοιμασία και εφαρμογή αλλαγών. Υπάρχουν, ωστόσο θεωρητικά πλαίσια που είναι χρήσιμα στην καθοδήγηση και διαχείριση αλλαγών που βασίζονται στα αποτελέσματα μετρήσεων της κουλτούρας ασφάλειας. Πάντως, ο παράγοντας – κλειδί της επιτυχίας κάθε προσπάθειας εφαρμογής αλλαγών είναι οι εργαζόμενοι, οι οποίοι μπορεί να παρακινηθούν μόνο αν πειστούν για την αναγκαιότητα των αλλαγών. Φυσικά, η πίστη και η δέσμευση της διοίκησης έχουν ιδιαίτερη σημασία στο να μεταδοθούν τα κατάλληλα μηνύματα στο προσωπικό.

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνεται η μη πραγματοποίηση επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (confirmatory factor analysis) ώστε να διαπιστωθεί εάν η δομή των παραγόντων του πρωτότυπου ερωτηματολογίου είναι κατάλληλη για τα ελληνικά δεδομένα. Ωστόσο, η στατιστική ανάλυση ανέδειξε επτά ομαδοποιήσεις ερωτήσεων, οι οποίες φαίνεται ότι διακρίνονται για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. Επίσης, επειδή η μελέτη είναι μονο-κεντρική δεν είναι δυνατές οι συγκρίσεις με τα αποτελέσματα

των μεγάλων πολυκεντρικών ερευνών (παρά του ότι το δείγμα και η συμμετοχή είναι ικανοποιητικά). Ελπίζουμε, όμως, ότι η εφαρμογή του ερωτηματολογίου στο μέλλον και σε άλλα νοσοκομεία, θα αποδείξει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

2.6 Προβλήματα και προοπτικές

Συμπερασματικά, είναι προφανής η ανάγκη να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της κουλτούρας ασφάλειας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας για τα θέματα της ασφάλειας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Περαιτέρω έρευνα σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας θα παρείχε τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ (όπως είναι το νοσοκομείο Παπαγεωργίου).

Ο συνδυασμός της αποτίμησης κουλτούρας ασφάλειας και της διοίκησης ασφάλειας είναι ένα πεδίο περαιτέρω ανάπτυξης. Οι μηχανισμοί διοίκησης της ασφάλειας καθορίζουν τις πολιτικές, τα σχέδια και τις διαδικασίες ενός οργανισμού, όπως καθορίζουν τις συνήθειες και τις υπευθυνότητες για την πραγματοποίησή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι στενά συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν με τα πρότυπα, τις συμπεριφορές, και τις αντιλήψεις του προσωπικού. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη έρευνας και στο πεδίο της διοίκησης της ασφάλειας.

Τέλος, η ασφάλεια του ασθενή, είναι ένας τομέας που απαιτεί άμεση δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στην παροχή φροντίδας υγείας. Ιδιαίτερα η χώρα μας, η οποία υστερεί στο συγκεκριμένο πεδίο τόσο σε επίπεδο εφαρμογής μηχανισμών ασφάλειας όσο και σε επίπεδο έρευνας του θέματος, είναι ανάγκη να προσανατολιστεί στη λήψη άμεσων μέτρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αλετράς ΒΟ, Ζαχαράκη Φ, Νιάκας Δ, (2007): “Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1):89-96
- Αλετράς ΒΟ, Μπασιούρη ΦΝ, Κοντοδημόπουλος Ν, Ιωαννίδου ΔΜ, Νιάκας ΔΑ, (2009): “Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(1):79
- Ραφτόπουλος Β, Θεοδοσοπούλου Θ. Μεθοδολογία (2002): “Στάθμιση μιας Κλίμακας”. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(5):577-589.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Aletras V, Papadopoulos E, Niakas D, (2006): “Development and preliminary validation of a Greek-language Outpatient Satisfaction Questionnaire with principal components and multi-trait analyses”. *BMC Health Service Research*, 6:66.
- Altman DE, Clancy C, Blendon RJ, (2004): “Improving patient safety – five years after the IOM report”, N Engl J Med 351:2041-2043
- Berwick D., (1998): “Taking Action to improve Safety: How to increase the odds of success”. In: Proceeding of the 1998 Annenberg Center for Health Sciences Conference: *Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care*
- Berwick DM & Leape LL, (1999): “Reducing Errors in Medicine” BMJ 319:136-137
- Blendon RJ, DasRoches CM, Brodie M, et al. (2002): “Views of practicing physicians and the public on medical error”. N Engl J Med 347:1933-9
- Bruner J., (1983): “In search of Mind”. New York: Harper
- Carroll J. & Edmondson A., (2002): “Leading organizational learning in healthcare”. Quality and Safety in Healthcare. 11:51-56
- Cooper M., (2000): “Towards a model of safety culture”. Safety Science. 36:111-136

- Department of Health (2000): “An organization with memory”. London: The Stationery Office. Available at: www.doh.gov.uk/org
- Donchin Y, (1995): “A Look into the Nature and Causes of Human Errors in the Intensive Care Unit”. Critical Care Medicine 23 no. 2:294-300
- Gadd S., & Collins AM, (2002): “Safety Culture: a review of the literature”, Health & Safety Laboratory HSL/2002/25
- Field A, (2000): “Discovering Statistics using SPSS for Windows”. London: SAGE Publications
- Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N, (2006): “Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre”. Surgeon; 4(3):146-151
- Fox R., (1957): “Training for uncertainty”, In Merton R., Reader G., Kendall P. (eds.): “The student physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education”. Cambridge MA: Harvard University Press
- Garvin D., (1993): “Building a learning organization”. Harvard Business Review
- George D., et al, (2002): “The Challenge of Assessing Patient Safety in America’s Hospitals”. Protocare Sciences
- Glendon A. I., Clarke S. G., Mackenna E. F., (2006): “Human Safety and Risk Management”. Florida, CRC Press p.367
- Grol R., Grimshaw J., (1999): “Evidence-Based Implementation of Evidence-Based Medicine”. Journal on Quality Improvement, 25:503-513
- Gross P., (2000): “Implementing Evidence-Based Recommendations for Health Care: A Roundtable Comparing European and American Experiences. Journal on Quality Improvement. 26:547-553
- Guldenmund F. W. (2000): “The nature of safety culture: a review of theory and research Safety Science”. 34, 215-257
- Hansen L., (2000): “The Architecture of Safety Excellence”. Professional Safety Management. 45:26-29
- Health and Safety Executive (2005): “A review on safety culture and safety climate literature for the development of the safety culture inspection toolkit”. Research Report 367

- Institution of Engineering and Technology (July 2009): Health & Safety Briefing No. 07, www.theiet.org/factfiles
- International Nuclear Safety Advisory Group –INSAG (2001): “Safety Culture”. Report 75-INSAG 4- International Atomic Energy Agency, Vienna
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2002): “Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction”. Oakbrook Terrace, IL:JCAHO
- Kaiser Family Foundation, (2004): Agency for Healthcare Research and Quality, Harvard School of Public Health: “National survey on consumers’ experiences with patient safety and quality information”. Menlo Park, Kaiser Family Foundation.
- Kennedy R., Kirwan B., (1995): “The failure mechanisms of safety culture”. In: Carnino A., and Weiman G., Editors 1995. “Proceeding of the International Topical Meeting on Safety Culture in Nuclear Installations”. American Nuclear Society of Austria, Vienna, pp. 281-290
- Kho ME, Carbone JM, Luckas J, Cook DJ, (2005): “Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey”. *Qual Saf Health Care*; 14:273-278
- Kohn LT, Corigan JM, Donaldson MS, (eds) (2000): “To err is human: building a safer health system”. National Academy Press, Washington DC
- Kristensen S & Bartels P, (2007): “Patient Safety Culture: assessment instruments”. In: Patient Safety Toolbox, Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Laffel G., (1993): “Making real change in the clinical care of patients”. Institute for Healthcare Improvement. Aspen Publishers, Inc.;1993
- Leape L., (2000): “Can we make health care safe?”. In: Reducing Medical Errors and Improving Patient Safety: Success stories from the Front Lines of Medicine. “Accelerating Change Today For America’s Health”. The Institute Coalition on Health Care – The Institute for Healthcare Improvement
- Lester H., Tritter J., (2001): “Medical Error: A discussion of the medical construction of error and suggestions for reforms of medical education to decrease error”. Medical education: 35:855-861

- Lichtman J., et al, (2001): “*Can practice guidelines be transported Effectively to Different Settings?*” Journal on Quality Improvement, 27:42-53
- Liedtka J., Whitten E., (1998): “*Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration: A case study*”. Journal of Healthcare Management, 43:185-205
- Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R, (2004): “*Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma*”. The Lancet 363:1147-1154
- Mannion R, Konteh FH, Davies HTO, (2009): “*Assessing organizational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use*”. Qual Saf Health Care, 18:153-156
- Madsen MD, (2006): “*Improving Patient Safety: Safety Culture and Patient Safety Ethics*”. Riso National Laboratory, Roskilde, Denmark
- Mearns K., Whitaker S.M. & Flin R., (2003): “*Safety Climate, safety management practice and safety performance in offshore environments*”. Safety Science, 41,641-680
- Mearns K, Flin R, Fleming M, Gordon R, (1997) “*Human and Organizational Factors in Offshore Safety*”. (OTH 543). Suffolk: Offshore Safety Division, HSE books
- Maechem J., (1993): “*Wisdom and the context of knowledge*”. In: Kuhn D., Maechem J., (eds.), Contributions in Human Development. 8:111-134. Basel: Karger
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Zdevinsky K, (2002): “*Nurse-staffing levels and quality of care in hospitals*”. N Engl J Med; 346:1415-1422
- Needleman J, Buerhaus P, (2003): “*Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action*”. International Journal for Quality in Health Care; Vol 15, Number 4 pp. 275-277
- Nieva VF, Sora J, (2003): “*Safety Culture Assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations*”. Qual Saf Health Care; 12(Supp II):ii17-ii23
- Paget M., (1998): “*The Unity of Mistakes*”. Philadelphia: Temple University Press

- Phillips D., (1999): “*New Look Reflects Changing Style of Patient Safety Enhancement*”. JAMA 1999;281
- Porto G., (2001): “*Safety by Design: Ten Lessons From Human Factors Research*”. Journal of Healthcare Risk Management, 43-50
- Pronovost PJ, Weast B., Holzmueler CG, Rosenstein BJ, Kidwell RP, Haller B., Feroli ER, Sexton JB, Rubin HR, (2003): “*Evaluation of the culture of safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center*”. Qual Saf Health Care, 12:405-410
- Reason J., (1990): “*Human Error*”. Cambridge: Cambridge University Press
- Reason J., (1997): “*Managing the risks of Organizational Accident*”. (Aldershot, Hampshire; U.K.: Ashgate , 1997)
- Reason J., (1998): “*Achieving a safe culture: theory and practice*”. Work and Stress, 12, 293-306
- Rosenthal MM., (1995): “*The Incompetent Doctor: Behind Closed Doors*”. Bristol PA: Open University Press
- Rosenthal MM., (1999): “*Medical Mishaps: Pieces of the puzzle*”. Philadelphia PA: Open University Press
- Schiff G., Rucher T., (2001): “*Beyond Structure-Process-Outcome: Donabedian’s Seven Pillars and Eleven Buttresses of Quality*”. Journal on Quality improvement. 27:169-174
- Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M, (2003): “*The quantitative measurement of organizational culture in Health Care: a review of available instruments*”. HSR, 38(3):923-945
- Shanon H. S., Mayr J., Haines T., (1997): “*Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates*”. Safety Science, 26: 201-217
- Shine K., (2002): “*Healthcare Quality and How to Achieve It*”. AAMC Paper – Academic Medicine, 77:91-99
- Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen PP, (2008): “*The psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals*”. BMC Health Service Research, 8:230

- Sorra JS & Nieva VF, (2004): “*Hospital Survey on Patient Safety Culture*”. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Solberg L., (2000): “*Guidelines Implementation: What the Literature Doesn’t Tell Us*”. Journal on Quality Improvement, 26:525-537
- Sorra JS, Nieva VF, (2004): “*Hospital Survey on Patient Safety /Culture*”. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Steiger J (1980): “Test for Comparing Elements of a Correlation Matrix”. Psychological Bulletin, Vol.87, No.2, 245-251.
- Todd J., (1970): “*The errors of Medicine*”. The Lancet, 665-670
- Valentin A., Capuzzo M., Guited B., Moreno R., Metnitz B., Bauer P. Reserch Group on Quality Improvement if the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), *Sentinel Events Evaluation (SEE)*, Study Investigators (2009), “*Errors in the administration of parenteral drugs – an urgent safety issue in Intensive Care Units*”. Results from a multinational prospective study. Br Med J 338:b814
- Vincent C., (1997): “*Risk, Safety, and the dark side of quality*”. BMJ: 314-1775
- Von Thaden T.L., & Gibbons A.M. (2008): “*The safety culture indicator scale measurement system (SCISMS)*”. (<http://www.te.faa.gov/LOGISTICS/GRANTS>)
- Wachter RM, (2004): “*The End of the Beginning: Patient Safety Five Years After ‘To Err is Human’*”. Quality of Care; Health Affairs – Web Exclusive, w4-534-W4-545
- Weick K., (1993): “*The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Man Gulch Disaster*”. Administrative Science Quarterly. 38:628-652
- Wiliamson A., Feyer A.-M., Cairns D. & Biancotti D. (1997): “*Development of a measure of safety climate: the role of safety perception and attitudes*”. Safety Science, 25, 15-27

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

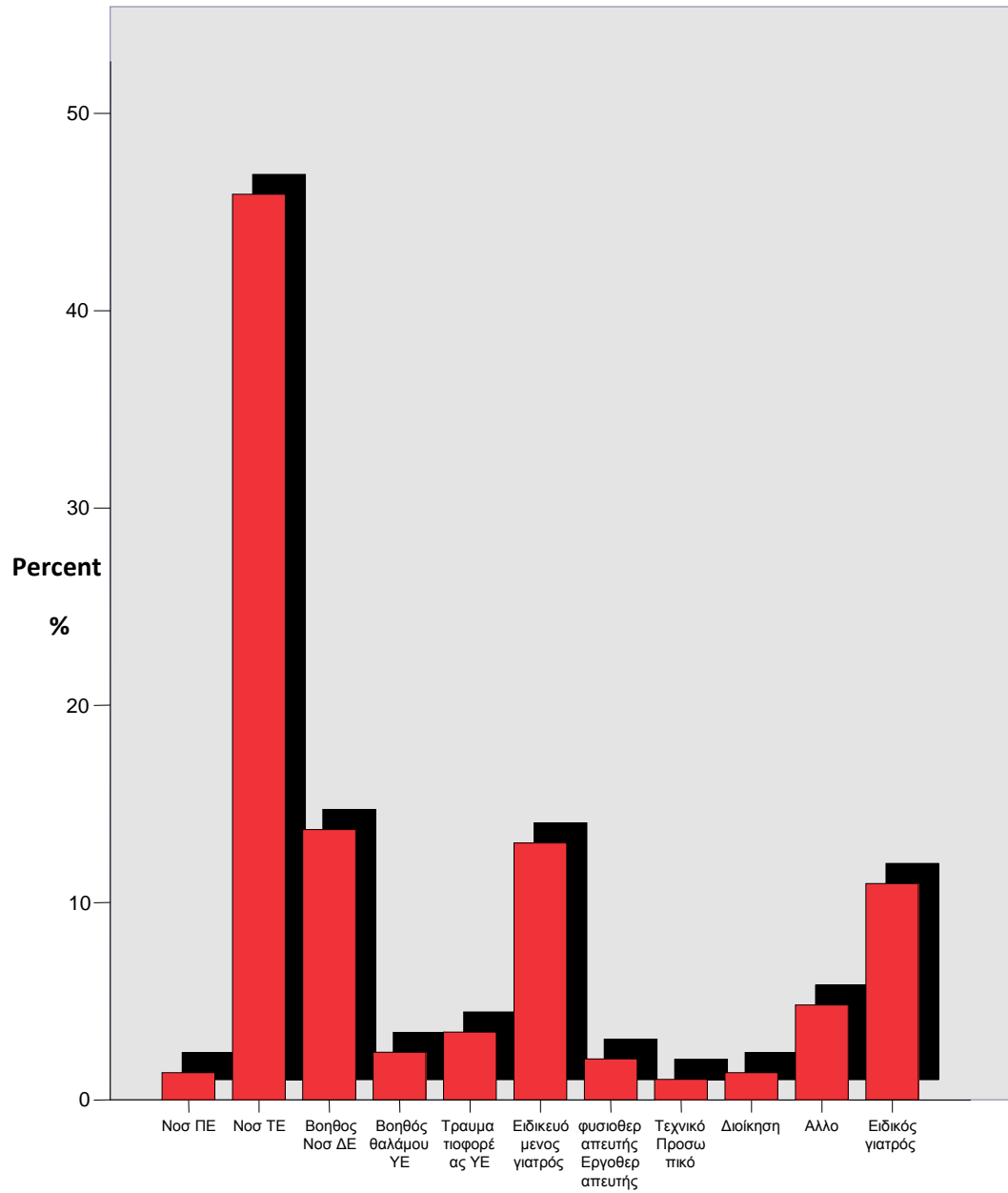
Πίνακας 10: Εργασιακός χώρος συμμετεχόντων στην έρευνα

| | | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|-------|-----------------------------------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| Valid | Πολλές διαφορετικές μονάδες | 17 | 5,8 | 5,8 | 5,8 |
| | Παθολογικές μονάδες | 48 | 16,4 | 16,4 | 22,3 |
| | Χειρουργικές μονάδες | 59 | 20,2 | 20,2 | 42,5 |
| | Μαιευτική κλινική | 12 | 4,1 | 4,1 | 46,6 |
| | ΜΕΘ | 52 | 17,8 | 17,8 | 64,4 |
| | Ψυχιατρική κλινική | 2 | ,7 | ,7 | 65,1 |
| | Εργαστήρια | 13 | 4,5 | 4,5 | 69,5 |
| | Αναισθησιολογικό | 18 | 6,2 | 6,2 | 75,7 |
| | ΜΕΚ | 25 | 8,6 | 8,6 | 84,2 |
| | Γραμ/Διοικητικό Προσωπικό | 4 | 1,4 | 1,4 | 85,6 |
| | Διάφορα (εκτός νοσ/τικών μονάδων) | 5 | 1,7 | 1,7 | 87,3 |
| | ΤΕΠ | 24 | 8,2 | 8,2 | 95,5 |
| | Φυσιοθεραπευτήριο | 6 | 2,1 | 2,1 | 97,6 |
| | χειρουργείο | 7 | 2,4 | 2,4 | 100,0 |
| | Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Πίνακας 11: Ειδικότητα συμμετεχόντων στην έρευνα

| | | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|--|-----------------------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| | Νοσ ΠΕ | 4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| | Νοσ ΤΕ | 134 | 45,9 | 45,9 | 47,3 |
| | Βοηθος Νοσ ΔΕ | 40 | 13,7 | 13,7 | 61,0 |
| | Βοηθός θαλάμου ΥΕ | 7 | 2,4 | 2,4 | 63,4 |
| | Τραυματιοφορέας ΥΕ | 10 | 3,4 | 3,4 | 66,8 |
| | Ειδικεύομενος γιατρός | 38 | 13,0 | 13,0 | 79,8 |
| | Φυσιοθεραπευτής | 6 | 2,1 | 2,1 | 81,8 |
| | Τεχνικό Προσωπικό | 3 | 1,0 | 1,0 | 82,9 |
| | Διοίκηση | 4 | 1,4 | 1,4 | 84,2 |
| | Άλλο | 14 | 4,8 | 4,8 | 89,0 |
| | Ειδικός γιατρός | 32 | 11,0 | 11,0 | 100,0 |
| | Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Διάγραμμα 1: Ειδικότητα συμμετεχόντων στην έρευνα



H4: Τι θέση έχετε στο νοσοκομείο

Πίνακας 12: Χρόνος προϋπηρεσίας στη συγκεκριμένη ειδικότητα

| | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|----------------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| <1 χρόνο | 23 | 7,9 | 7,9 | 7,9 |
| 1 - 5 χρόνια | 96 | 32,9 | 32,9 | 40,8 |
| 6 - 10 χρόνια | 87 | 29,8 | 29,8 | 70,5 |
| 11 - 15 χρόνια | 41 | 14,0 | 14,0 | 84,6 |
| 16 - 20 χρόνια | 25 | 8,6 | 8,6 | 93,2 |
| >21 χρόνια | 20 | 6,8 | 6,8 | 100,0 |
| Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Πίνακας 13: Επαφή των συμμετεχόντων με τον ασθενή

| | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|-----------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| Valid NAI | 265 | 90,8 | 90,8 | 90,8 |
| OXI | 27 | 9,2 | 9,2 | 100,0 |
| Σύνολο | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Πίνακας 14: Συχνότητα υποβολής αναφορών συμβάντων από τους ερωτώμενους τους τελευταίους 12 μήνες

| | Συχνότητες | Ποσοστά % | Έγκυρα ποσοστά % | Αθροιστικά ποσοστά |
|------------------|------------|-----------|------------------|--------------------|
| Valid | 4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| καμία αναφορά | 219 | 75,0 | 75,0 | 76,4 |
| 1 - 2 αναφορές | 41 | 14,0 | 14,0 | 90,4 |
| 3 - 5 αναφορές | 18 | 6,2 | 6,2 | 96,6 |
| 6 - 10 αναφορές | 6 | 2,1 | 2,1 | 98,6 |
| 11 - 20 αναφορές | 2 | ,7 | ,7 | 99,3 |
| >20 | 2 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| Total | 292 | 100,0 | 100,0 | |

Διάγραμμα 2: Συχνότητα υποβολής αναφορών συμβάντων από τους ερωτώμενους τους τελευταίους 12 μήνες

