

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΠΜΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ**



**ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ:**

**«Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ:**

**ΧΑΝΔΡΙΝΟΣ ΜΙΧΑΗΛ**

**A.M.**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ (Επιβλέπων καθηγητής)**

**ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΛΑΤΣΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2023**

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	9
1.1. ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	10
1.2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	14
1.3. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	18
1.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	30
2.1. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ	32
2.2. ΛΑΘΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	34
2.3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	39
3.1. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ	40
3.2. ΑΣΦΑΛΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ	42
3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ	45
3.4. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	49
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	51
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	52
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ	52
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ	53
ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	53
ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	89

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	95
Παράρτημα Α	102
Παράρτημα Β	109

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Σημαντικό είναι το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών για κάθε υπηρεσία και σύστημα υγείας παγκοσμίως. Η αδυναμία διαχείρισης των κινδύνων και λαθών που μπορεί να προκύψουν κατά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών είναι ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας. Τα ιατρικά σφάλματα, τα λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων και η μη τήρηση των μέτρων πρόληψης έναντι των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι μερικά από τα συνηθέστερα σφάλματα που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας.

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της στάσης των επαγγελματιών υγείας για την ασφάλεια των ασθενών και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

**Μεθοδολογία:** Διενεργήθηκε συγχρονική έρευνα, με τη χρήση ερωτηματολογίου 8 ενοτήτων που σχεδιάστηκε από τον ερευνητή και ελέγχθηκε με πιλοτική μελέτη σε 50 επαγγελματίες υγείας σε ορθοπεδικά τμήματα. Ο πληθυσμός της μελέτης συμπεριέλαβε επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων Άργους, Τζανείου και ΚΑΤ.

**Αποτελέσματα:** Στην έρευνα συμμετείχαν 225 επαγγελματίες υγείας από τα ορθοπεδικά τμήματα των νοσοκομείων Άργους, Τζανείου και ΚΑΤ. Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες, ηλικίας 36 – 45 ετών, παντρεμένοι και με παιδιά. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού, εργάζονταν στο νοσοκομείο «ΚΑΤ», εργάζονταν λιγότερο από 8 χρόνια στο ίδιο νοσοκομείο και 1-5 χρόνια στο ορθοπεδικό τμήμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές και είχαν άμεση επαφή με τους ασθενείς. Τα ευρήματα έδειξαν πως υπάρχει συνήθως ελλιπές προσωπικό και υψηλός φόρτος εργασίας, που δεν επιτρέπει την παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας υγείας. Βρέθηκε πως οι προϊστάμενοι /διευθυντές δίνουν έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών και λαμβάνουν υπόψη τις προτάσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια των αρρώστων, όμως συνολικά παρουσιάζεται μια μέτρια επίδοση από τις μονάδες των νοσοκομείων σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε κάθε υπηρεσία υγείας και κάθε χώρο ή οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Σημαντική είναι η στρατηγική παρέμβαση για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, ιδίως

στην ορθοπεδική χειρουργική, που ακόμη και σήμερα παρουσιάζει ένα μεγάλο αριθμό σφαλμάτων και βλαβών.

*Λέξεις –κλειδιά:* ασφάλεια ασθενών, ιατρικά σφάλματα, φαρμακευτικά λάθη, παρεμβάσεις, ορθοπεδική

## ABSTRACT

**Introduction:** Patient safety is an important issue for every service and health system worldwide. The inability to manage the risks and errors that may occur during the provision of health services is one of the main problems facing the health sector. Medical errors, medication errors, and failure to adhere to hospital-acquired infection prevention measures are some of the most common errors that occur in the healthcare industry.

**Purpose:** The purpose of the research was to investigate the attitudes of health professionals regarding the safety of patients hospitalized in orthopedic departments. Potential associations between health professionals' attitudes toward patient safety and their demographic characteristics were explored.

**Methodology:** A cross-sectional survey was conducted, using an 8-section questionnaire designed by the researcher and pilot tested on 50 healthcare professionals in orthopedic departments. The study population included health professionals from Argos, Tzanei and KAT hospitals.

**Results:** 225 health professionals from the orthopedic departments of Argos, Tzanei and KAT hospitals participated in the survey. The majority of health professionals were women, aged 36 – 45, married with children. Most of the participants held a Master's degree, worked at the "KAT" hospital, worked less than 8 years in the same hospital and 1-5 years in the orthopedic department. Most participants were nurses and had direct contact with patients. The findings showed that there is usually insufficient staff and a high workload, which does not allow the provision of quality and safe health care. It was found that supervisors/managers emphasize patient safety and take into account the suggestions of employees for patient safety, but overall there is a moderate performance by hospital units regarding patient safety.

**Conclusions:** Patient safety should be a priority in every health service and every healthcare setting or organization. Strategic intervention is important to improve patient safety, especially in orthopedic surgery, which even today presents a large number of errors and injuries.

**Keywords:** *patient safety, medical errors, medication errors, interventions, orthopedic departments*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εξέλιξη της Ιατρικής και η πρόοδος των τεχνολογικών μέσων έχουν συμβάλει στη βελτίωση των διαδικασιών και πρακτικών της ορθοπεδικής χειρουργικής παγκοσμίως. Στη σημερινή εποχή, οι υγειονομικές υπηρεσίες παρέχουν στους ορθοπεδικούς ασθενείς υψηλή αποτελεσματικότητα, βέλτιστη αντιμετώπιση και αποκατάσταση του προβλήματος, καθώς και μειωμένη διάρκεια νοσηλείας (Walsche & Shortell, 2004). Ωστόσο, η ραγδαία επιστημονική και τεχνολογική εξέλιξη μπορεί να επιφέρει και ορισμένα μειονεκτήματα.

Ένα σπουδαίο μειονέκτημα που μπορεί να εμφανιστεί κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης είναι η αδυναμία διαχείρισης των κινδύνων και λαθών. Η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται πρωταρχικό μέλημα των επαγγελματιών υγείας σε κάθε παρέμβαση και καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα ιατρικά σφάλματα, η αμέλεια κατά τη χορήγηση φαρμάκων και η μη τήρηση των μέτρων πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο της ασφάλειας των ασθενών (El-Jardali et al, 2010).

Ειδικότερα στα ορθοπεδικά τμήματα, οι ασθενείς βιώνουν έντονο άγχος πριν την επέμβαση, αγωνία, ανησυχία και έντονο πόνο τόσο πριν όσο και μετά το χειρουργείο. Πρόκειται μάλιστα για ιδιαίτερα περιστατικά που απαιτούν συχνά τη λήψη ισχυρών αναλγητικών φαρμάκων ή την ειδική προετοιμασία με μια σειρά αντιβιοτικών ουσιών, που χρειάζονται προσεκτική χορήγηση, συστηματική παρακολούθηση και εγρήγορση για την ενδεχόμενη εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (Ravaghi et al, 2012).

Οι νοσηλευτές και οι θεράποντες ιατροί είναι σημαντικό να προλαμβάνουν τέτοιες καταστάσεις και να διασφαλίζουν την έγκαιρη και έγκυρη αναγνώριση και διαχείριση αντίστοιχων κινδύνων. Καθότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα μείζον ζήτημα για τον τομέα της υγείας, κρίνεται αναγκαία οποιαδήποτε δράση και στρατηγική παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν κυρίως στη μείωση των επιπλοκών και διαταραχών που ταλαιπωρούν τους ασθενείς, τη βελτίωση της ασφάλειας του ευρύτερου συστήματος υγείας αλλά και την ανάπτυξη της επαγγελματικής δεξιότητας του υγειονομικού προσωπικού για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών (Sunol et al, 2014).

Η παρούσα εργασία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην ασφάλεια των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα και διεξάγεται με βασικό σκοπό να διερευνήσει τη στάση των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το εν λόγω ζήτημα. Η εργασία διακρίνεται σε δύο μέρη, το γενικό που αναφέρεται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση και στο ειδικό που αφορά στην προσωπική μελέτη του συγγραφέα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας επισημαίνεται αρχικά η σπουδαιότητα της ασφάλειας των ασθενών, ενώ παρουσιάζονται τα κυριότερα δεδομένα σχετικά με το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο για την ασφάλεια των ασθενών. Στη συνέχεια, περιγράφεται η κουλτούρα της ασφάλειας των ασθενών και η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την ασφάλεια των αρρώστων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για ορισμένους από τους σημαντικότερους και συνηθέστερους κινδύνους που παρεμποδίζουν την ασφάλεια των ασθενών στο χώρο της υγείας, όπως είναι τα ιατρικά σφάλματα, τα λάθη κατά τη νοσηλεία και κατά τη χορήγηση των φαρμάκων, καθώς και η αδυναμία ελέγχου των νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι κυριότερες παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Ακολουθεί το ειδικό μέρος της εργασίας όπου περιγράφεται εκτενώς ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία, καθώς και τα σπουδαιότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ποσοτική μελέτη. Παρατίθεται στο τέλος λίστα με τις βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η ασφάλεια στο υγειονομικό περιβάλλον αποτελεί μία από τις κυριότερες διαστάσεις στον τομέα της υγείας και συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν φροντίδα σε ανθρώπους που το έχουν ανάγκη. Πρόκειται για ένα ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς επηρεάζει το επίπεδο της υγείας κάθε πολίτη αλλά και την ευρύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας (Halligan & Zecevic, 2011).

Μάλιστα, σε περιπτώσεις που οι υπηρεσίες υγείας παρέχουν χαμηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς και περιορισμένη ασφάλεια στους ίδιους, παρουσιάζεται ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που πάσχει από ψυχικές ή σωματικές διαταραχές. Σημαντική είναι και η έννοια της κουλτούρας ασφάλειας στον υγειονομικό χώρο, που περιγράφεται ως αντίληψη των στελεχών και των επαγγελματιών υγείας που αποτελούν το πλήρωμα μια μονάδας υγείας, σε σχέση με τις στρατηγικές και πολιτικές ασφαλείας που υιοθετεί η διοίκηση της μονάδας (Laal et al, 2016).

Επομένως, η κουλτούρα της ασφάλειας σχετίζεται με τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την πραγματική σημασία της διαφύλαξης και της ασφάλειας που εμφανίζεται σε μια μονάδα ή υπηρεσία υγείας. Η ασφάλεια στο χώρο της υγείας αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες που περιορίζουν τα σφάλματα και τις βλάβες που μπορεί να ταλαιπωρήσουν τους αρρώστους.

Παρά το γεγονός ότι το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί ένα από τα βασικότερα θέματα στον κλάδο της υγείας, φαίνεται πως δεν έχει μελετηθεί αρκετά στα περισσότερα κράτη παγκοσμίως, ιδίως στον ελλαδικό χώρο που παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις στη διερεύνηση του φαινομένου. Αυτό φυσικά υποστηρίζεται και από τη διαπίστωση πως δεν υπάρχει το καλύτερο δυνατό κλίμα ασφάλειας στα ελληνικά νοσοκομεία αλλά και σε υγειονομικά ιδρύματα σε άλλες χώρες ανά τον κόσμο.

Συγκεκριμένα, στο χώρο της υγείας ανιχνεύονται πολλές δυσλειτουργίες και προβλήματα που οφείλονται στην απουσία πολιτικών ασφαλείας για τους ασθενείς αλλά και το υγειονομικό προσωπικό. Είναι σαφές πως οι διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων πρέπει να καταβάλουν περισσότερες προσπάθειες, με καλύτερη οργάνωση και βελτιωμένο σχεδιασμό, προκειμένου να υιοθετηθούν και να διατηρηθούν οι κατάλληλες και αποτελεσματικές στρατηγικές που θα ευνοήσουν στην ανάπτυξη ενός κλίματος ασφαλείας για τους πάσχοντες (Egler et al, 2013).

Πέρα από τη διοίκηση των νοσοκομείων, σημαντική είναι και η συμβολή των ιατρών, των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων στην ενίσχυση της κουλτούρας ασφαλείας της κάθε μονάδας υγείας. Απαιτείται επομένως συλλογική προσπάθεια για τη διατήρηση της ασφάλειας στο χώρο της υγείας, τόσο για την προστασία των ασθενών όσο και για την ασφάλεια κάθε εμπλεκόμενου ατόμου ή φορέα στην υγειονομική περίθαλψη.

## **1.1. ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ασφάλεια των ασθενών είναι πρωταρχικό μέλημα για την παροχή φροντίδας αλλά και για τη διασφάλιση της ποιότητας στην περίθαλψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η ασφάλεια των ασθενών ορίζεται ως η *«ελευθερία για έναν ασθενή από περιττή βλάβη ή πιθανή βλάβη που συνδέεται με την υγειονομική περίθαλψη»*. Μάλιστα, η βλάβη αυτή φαίνεται πως δεν προκύπτει από κάποια υποκείμενη ασθένεια ή από τραυματισμούς, αλλά οφείλεται σε ενέργειες και πρακτικές που συμβαίνουν κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Dixon et al, 2015).

Πιο αναλυτικά, ένα συμβάν που σχετίζεται με την παρεμπόδιση ή έλλειψη της ασφάλειας των ασθενών μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιδράσεις τόσο στους ασθενείς, με αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας, όσο και στις υγειονομικές μονάδες ή το ευρύτερο σύστημα υγείας, εμφανίζοντας χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα κατά την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και ταυτόχρονα οδηγώντας σε υψηλές δαπάνες για την αποκατάσταση της εκάστοτε βλάβης.

Με την πάροδο των ετών έχουν αναφερθεί πολλοί ορισμοί για την ασφάλεια των ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν μικρές διαφοροποιήσεις αλλά διατηρούν μια κοινή βάση στην πλειοψηφία τους. Το κοινό σημείο στους ορισμούς της ασφάλειας των

ασθενών αναφέρεται στη μείωση και τον περιορισμό των κινδύνων και περιγράφει την προφύλαξη των ασθενών από τυχαίους τραυματισμούς εξαιτίας ιατρικών ή άλλων σφαλμάτων κατά την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής φροντίδας και περίθαλψης.

Επιπλέον, η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα για την υγειονομική περίθαλψη, καθώς αποσκοπεί στη διατήρηση ενός αξιόπιστου και αποτελεσματικού συστήματος προσφοράς υγειονομικής φροντίδας. Με την εξασφάλιση της προστασίας των ασθενών ελαχιστοποιείται η επίπτωση και οι συνέπειες που μπορεί να προκύψουν από τις ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την παροχή ιατρικής περίθαλψης.

Η ασφάλεια των ασθενών αφορά στον περιορισμό των απειλών και κινδύνων για περιττές βλάβες που σχετίζονται και μπορεί να εμφανιστούν κατά την υγειονομική περίθαλψη σε ένα ελάχιστο όριο που καθορίζεται ανάλογα με τις αντιλήψεις και πεποιθήσεις των ατόμων, τους διαθέσιμους πόρους αλλά και το υγειονομικό πλαίσιο και περιβάλλον όπου παρέχεται η ιατρική ή νοσηλευτική ή άλλου είδους φροντίδα. Η αντίληψη για τον κίνδυνο από τυχαίες βλάβες και ιατρικά σφάλματα έρχεται σε συσχέτιση με τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την απουσία θεραπείας ή από την επιλογή μιας εναλλακτικής θεραπείας (Rothschild et al, 2005).

Παράλληλα, η ασφάλεια των ασθενών ορίζεται ως η πρόληψη και προφύλαξη από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά των ασθενών. Η πρόληψη των ιατρικών σφαλμάτων, η ενίσχυση της γνώσης και της εμπειρίας από τα λάθη και η ανάπτυξη μιας φιλοσοφίας που ευνοεί την ασφάλεια των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και να υιοθετήσει βέλτιστες πολιτικές ασφαλείας για τους ασθενείς.

Μάλιστα, οι πρακτικές των επαγγελματιών υγείας που σέβονται και προάγουν την ασφάλεια των ασθενών μπορούν να μειώσουν σημαντικά το ενδεχόμενο ανεπιθύμητων συμβάντων και καταστάσεων, που προκύπτουν κατά την παροχή υγειονομικής

φροντίδας και λόγω των διαφόρων δυσκολιών που συναντώνται στο σύστημα υγείας. Η ασφάλεια των ασθενών επιτυγχάνεται μέσα από διάφορες αλληλεπιδράσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ενώ για την εκτίμηση της ασφάλειας ενός συστήματος υγείας υπάρχουν ορισμένοι ειδικοί δείκτες ενεργητικής ή προληπτικής ασφάλειας.

Οι δείκτες ενεργητικής ασφάλειας βασίζονται στα ευρήματα που προκύπτουν από τις μετρήσεις και αξιολογήσεις των συμβάντων του παρελθόντος, όπως είναι τα ποσοστά λοιμώξεων, τα επίπεδα χειρουργικών βλαβών, τα ποσοστά πτώσεων, ελκών πίεσης κ.λπ. Αυτοί οι δείκτες δηλαδή αξιολογούν την ασφάλεια στον τομέα της υγείας εκ των υστέρων, προκειμένου να εντοπίσουν τις αδυναμίες του συστήματος υγείας και να οδηγήσουν σε νέες στρατηγικές για τη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών (Aletas et al, 2020).

Από την άλλη μεριά, οι δείκτες προληπτικής ασφάλειας αναφέρονται στον τακτικό έλεγχο και την αναγνώριση παραγόντων που σχετίζονται με την ασφάλεια στην υγειονομική περίθαλψη. Τέτοιοι παράγοντες είναι η επικοινωνία, οι συνήθειες και συνθήκες εντός του χώρου της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων ή ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς, οι κατευθυντήριες οδηγίες, ο σχεδιασμός και η οργάνωση της εργασίας, οι συγκρούσεις και τα διλήμματα που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της προσφοράς φροντίδας υγείας και της ασφάλειας.

Ωστόσο, η έννοια της ασφάλειας των ασθενών δε δύναται να προσδιοριστεί με μια ενιαία στρατηγική. Μπορεί βέβαια να εφαρμοστεί με κάθε δυνατό τρόπο, ώστε να βελτιώσει τη συνολική ποιότητα που προσφέρουν οι υπηρεσίες υγείας. Σημαντική θεωρείται και η έννοια της κουλτούρας της ασφάλειας των ασθενών, που δημιουργεί ένα κλίμα ασφαλούς περίθαλψης και υψηλής ποιότητας φροντίδας. Στο πλαίσιο της κουλτούρας της ασφάλειας εμπεριέχονται οι αξίες, οι πεποιθήσεις και αντιλήψεις, οι κανονισμοί και οι ευθύνες, οι πολιτικές, οι πρακτικές αλλά και οι συμπεριφορές και στάσεις των επαγγελματιών υγείας έναντι ζητημάτων ασφαλείας στην υγειονομική περίθαλψη.

Συνοψίζοντας, η ασφάλεια των ασθενών προλαμβάνει ή περιορίζει ατυχή συμβάντα ή καταστάσεις που ενδέχεται να προκύψουν εντός του υγειονομικού περιβάλλοντος κατά

την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, νοσοκομειακής περίθαλψης ή ακόμη και κατ' οίκον νοσηλείας. Τέτοια συμβάντα αφορούν σε βλάβες που προκαλούνται από λανθασμένες διαγνώσεις, λάθη κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων ή κατά την παρέμβαση του υγειονομικού προσωπικού, σφάλματα σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή ή από την προσφορά χαμηλής ποιότητας αγαθών και υπηρεσιών (El-Jardali et al, 2010).

Παρά τις συνεχείς μελέτες σχετικά με το εν λόγω ζήτημα, παρατηρείται πως τουλάχιστον ένας ασθενής στους δέκα υπόκεινται σε ιατρικά σφάλματα ή ανεπιθύμητες καταστάσεις κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας στα ανεπτυγμένα κράτη, ενώ ο αριθμός αυξάνεται όταν πρόκειται για τις μη ανεπτυγμένες χώρες. Επίσης, σχεδόν 1,5 εκατομμύριο άνθρωποι υποφέρουν από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις σε παγκόσμιο επίπεδο (De Brun et al, 2016).

Η σπουδαιότητα της ασφάλειας στον υγειονομικό χώρο δεν αφορά μόνο στην υγεία των ασθενών και την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ίδιους αλλά και στο ευρύτερο σύστημα υγείας. Η παγκόσμια οικονομική κρίση, σε συνδυασμό με αιφνίδιες υγειονομικές κρίσεις και αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που προκύπτουν στον τομέα της υγείας, επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα και λειτουργικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό φυσικά συνεπάγεται και μειωμένη παρεχόμενη ασφάλεια προς τους ασθενείς.

Μάλιστα, πολλές μελέτες έχουν καταγράψει τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια που περίμεναν να λάβουν ή που είχαν λάβει από προηγούμενες εμπειρίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς σε παγκόσμιες έρευνες πιστεύουν πως υπάρχει μεγάλη επικινδυνότητα να υποστούν κάποιο ατύχημα ή βλάβη κατά την παροχή νοσοκομειακής φροντίδας. Η άποψη αυτή αποδεικνύει το χαμηλό αίσθημα εμπιστοσύνης των ασθενών έναντι των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που επιφέρει αρνητικές επιδράσεις στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και στις οικονομικές επιπτώσεις των οργανισμών και υπηρεσιών υγείας (Hor et al, 2013).

## 1.2. ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή προάγει την ασφάλεια των ασθενών, στηρίζοντας ταυτόχρονα την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων που προκύπτουν κατά την παροχή αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στο άρθρο 35 ορίζει το νομοθετικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο πρέπει να λειτουργούν οι εθνικές κυβερνήσεις από το 2009 και έκτοτε, προκειμένου να διασφαλίσουν για κάθε άνθρωπο το δικαίωμα της πρόσβασής του σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προληπτικού χαρακτήρα ή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας (Βελονάκη, 2017).

Φυσικά, η ιατρική περίθαλψη οφείλει να ακολουθεί τους κανονισμούς που ορίζουν οι διεθνείς πρακτικές και νομοθεσίες, καθώς και να εφαρμόζει την κοινή πολιτική για τη διασφάλιση της προστασίας της ανθρώπινης ζωής, υγείας και ευημερίας. Πέρα από το άρθρο 35, στο Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων υπάρχουν και άλλες διατάξεις που αφορούν με άμεσο ή έμμεσο τρόπο σε όλα τα δικαιώματα του ασθενή, όπως είναι για παράδειγμα το δικαίωμα στη ζωή, η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η ακεραιότητα του ανθρώπου, η προστασία των προσωπικών δεδομένων, το δικαίωμα της ασφάλειας, το δικαίωμα της κοινωνικής πρόνοιας και της κοινωνικής ασφάλισης (Αλεξόπουλος, 2007).

Παράλληλα, οι πολιτικές της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τη δημόσια υγεία αποσκοπούν στην ενίσχυση των προσπαθειών κάθε κράτους μέλους της για την προφύλαξη της ευημερίας και της υγείας των πολιτών, καθώς και για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση των συστημάτων υγείας. Μάλιστα, η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται βασικό καθήκον των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, που έχει την ικανότητα να προωθήσει τη συνεργασία και να ενισχύσει τις εθνικές ενέργειες.

Επομένως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποτελεί ένα σπουδαίο περιβάλλον για τη συνεύρεση αντιπροσώπων από κάθε κράτος μέλος της, με σκοπό την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Ευνοεί επίσης την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών μεταξύ των κρατών μελών αλλά και τη διαμόρφωση μιας κοινής πολιτικής και κατευθυντήριας γραμμής (Sunol et al, 2014).

Η σύσταση του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών αποτέλεσε θεμέλιο για τις δράσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ασφάλεια των ασθενών. Η έγκρισή του κατά το έτος 2009 δέσμευσε τα κράτη μέλη να καθιερώσουν ορισμένα μέτρα που αποσκοπούσαν στον περιορισμό της βλάβης των ασθενών κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Council of the European, 2009).

Τα μέτρα αυτά συμπεριλαμβάνουν τα παρακάτω:

- Δημιουργία κοινών πολιτικών για την ασφάλεια των ασθενών διεθνώς
- Ενημέρωση και στήριξη των ασθενών
- Καθιέρωση συστημάτων αναφοράς
- Ανάπτυξη συστημάτων μάθησης για πιθανές βλάβες και ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ενίσχυση και προαγωγή της κατάρτισης στις πρακτικές της υγειονομικής περίθαλψης
- Ανταλλαγή εμπειριών, γνώσης και βέλτιστων πρακτικών

Όσον αφορά τα ζητήματα στον τομέα της υγείας, τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έρχονται συχνά αντιμέτωπα με κοινά προβλήματα και προκλήσεις, καθώς εμφανίζονται οι διάφορες εξελίξεις στον τομέα της Ιατρικής και οφείλουν να προσαρμοστούν κατάλληλα σε αυτές. Η λειτουργία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής καθορίζεται στο άρθρο 6 της Συνθήκης που αναφέρεται στη δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης επισημαίνοντας πως *«η Ένωση έχει την αρμοδιότητα να αναλαμβάνει δράσεις υποστήριξης, συντονισμού ή συμπλήρωσης των δράσεων των κρατών μελών»* (Βλάστος, 2012).

Σύμφωνα με τη σύσταση του Συμβουλίου για την ασφάλεια των ασθενών, ενισχύονται τα κράτη μέλη για τη θέσπιση των κατάλληλων στρατηγικών με σκοπό να προλάβουν και να ελέγξουν τα ανεπιθύμητα συμβάντα στην υγειονομική περίθαλψη. Η συμβολή της φαίνεται και στη βελτίωση της εμπιστοσύνης των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προσφορά επαρκούς και κατανοητής

ενημέρωσης σε σχέση με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπλέον, η σύσταση του Συμβουλίου εμπεριέχει ορισμένα μέτρα που πρέπει να ακολουθούν τα κράτη μέλη για να προάγουν και να διατηρούν την ασφάλεια των ασθενών. Το πρώτο τμήμα της σύστασης αφορά σε γενικά ζητήματα ασφάλειας των ασθενών, ενώ το δεύτερο τμήμα αναφέρεται εξειδικευμένα στον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμώξεων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το χώρο της υγειονομικής περίθαλψης.

Το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά στην ασφάλεια των ασθενών ορίζεται από τη Συνθήκη για τη δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με το άρθρο 168 που αναφέρεται στην υποχρεωτική εξασφάλιση υψηλής προστασίας και προφύλαξης της υγείας σε κάθε λειτουργία αυτής. Μάλιστα, η Συνθήκη ορίζει ανάλογα με τις αρμοδιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τις αντίστοιχες νομοθετικές πράξεις. Επιπροσθέτως, σε τομείς που δεν υπάρχουν ξεκάθαρες αρμοδιότητες που να θεσπίζουν το δεσμευτικό νομικό πλαίσιο, εφαρμόζονται ανακοινώσεις και συστάσεις, ενώ προάγεται η ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών αλλά και η αμοιβαία συνεργασία (Βελονάκη & Τσαλίγογλου, 2005).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί ένα ζήτημα ευθύνης για τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που οφείλουν να οργανώσουν τα συστήματα παροχής υγειονομικής φροντίδας στο βέλτιστο και αποτελεσματικότερο βαθμό. Ωστόσο, η σύσταση του Συμβουλίου δε δεσμεύει νομικά τα κράτη, αλλά διαθέτει μεγάλη πολιτική βαρύτητα, εφόσον η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρακολουθεί την εφαρμογή αυτής.

Συγκεκριμένα, στο άρθρο 168 και παράγραφο 4 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ) ορίζονται κάποιοι τομείς, στους οποίους η Ευρωπαϊκή Επιτροπή μπορεί να μεταδώσει κανονισμούς, συστάσεις και οδηγίες που θα εναρμονίσουν τις νομοθεσίες των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι τομείς αυτοί περιλαμβάνουν την ασφάλεια και την ποιότητα στα φαρμακευτικά σκευάσματα, στα προϊόντα ιατροτεχνολογικής φύσεως, στη λήξη και επεξεργασία παραγόντων του αίματος, κυττάρων, ιστών και οργάνων που προέρχονται από τον άνθρωπο.

Επιπλέον, από το άρθρο 168 της ΣΛΕΕ που προαναφέρθηκε αλλά και από το άρθρο 114 που αναφέρεται στο νομικό πλαίσιο για την εσωτερική αγορά, ορίζεται η



νομοθεσία για τη διασυνοριακή προσφορά υγειονομικής φροντίδας (Βελονάκη & Σουρτζή, 2009).

Σημαντικό είναι να αναφερθούμε και στον Οργανισμό Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία που φέρει τον τίτλο Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. ή αλλιώς «Agency for Quality Assurance in Health S.A.». Ο οργανισμός αυτός λειτουργεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, ως αρωγός τόσο του Υπουργείου όσο και των υπόλοιπων παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών του κράτους, στην προσπάθειά τους να ενισχύσουν την προσφορά επαρκών, ασφαλών και καθολικών υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας, σύμφωνα με τα διεθνή επιστημονικά πρότυπα.

Ο Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε. διέπεται από τους νόμους 4548/2018 (Α' 104) και 3429/2005 (Α' 314). Πρωταρχικό μέλημα του οργανισμού αποτελεί η ασφάλεια των ασθενών, ενώ η ευρύτερη αποστολή του είναι να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον ελλαδικό χώρο, να εξασφαλίσει την προστασία των ασθενών αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων φορέων, προκειμένου να υπάρχει τεκμηριωμένη στρατηγική οργάνωση στον κλάδο της υγείας. Με τον κατάλληλο ανασχεδιασμό και τη συνολική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, θα προσφέρεται ισότιμη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών της χώρας (από την ιστοσελίδα του ΟΔΙΠΥ).

Μάλιστα, εγκύκλιος που αναρτήθηκε το 2022 από το Υπουργείο Υγείας αναφέρεται στην αυστηρή ανάγκη για δημιουργία και τήρηση ορισμένων διαδικασιών από κάθε νοσοκομειακή μονάδα στην Ελλάδα, με σκοπό τη συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας με τους Διεθνείς Στόχους για την Ασφάλεια των Ασθενών, όπως αυτοί καθορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν τα ακόλουθα βήματα (από την ιστοσελίδα της ανάρτησης της εγκυκλίου):

- Σωστή ταυτοποίηση του ασθενούς
- Εξασφάλιση της αποτελεσματικής και ασφαλούς επικοινωνίας
- Εξασφάλιση της ασφαλούς χορήγησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων υψηλού κινδύνου
- Εξασφάλιση της σωστής θέσης του ασθενούς και των κατάλληλων

παρεμβάσεων για κάθε ασθενή

- Περιορισμός του κινδύνου εμφάνισης λοιμώξεων που συνδέονται με την παρεχόμενη περίθαλψη
- Μείωση του κινδύνου πτώσεων του ασθενούς

### 1.3. ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στη σημερινή εποχή παρατηρείται αυξημένη ανταγωνιστικότητα στον τομέα της υγείας, γεγονός που οδηγεί σε υψηλή ανάγκη για βελτίωση της λειτουργικότητας αλλά και της αποτελεσματικότητας κάθε οργανισμού, ανεξάρτητα από τον τύπο, το μέγεθος και τον κλάδο στον οποίο εξειδικεύεται η δράση του. Η κουλτούρα που υιοθετεί κάθε οργανισμός θεωρείται ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της, που θα καθορίσει την εξέλιξη και τα επιτεύγματα του οργανισμού.

Η κουλτούρα μάλιστα συνδέεται άμεσα με τη συμπεριφορά, τη στάση, τις πεποιθήσεις και αντιλήψεις, καθώς και τις πράξεις των ατόμων που συγκροτούν και συναποτελούν τον κάθε οργανισμό. Επιπλέον, η κουλτούρα του οργανισμού σχετίζεται με τον τρόπο λειτουργίας και δράσης του ίδιου.

Πρόκειται δηλαδή για ένα πλαίσιο δράσης που επηρεάζεται από τη συμπεριφορά και την αντίληψη των προσώπων που το απαρτίζουν και αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στην επίτευξη των στόχων του κάθε οργανισμού.

Με την πάροδο των ετών έχουν αναφερθεί διάφοροι ορισμοί για την κουλτούρα, με τον πιο διαδεδομένο να αποδίδεται από τον Schein το 1985, ως εξής: *«Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν αποκαλυφθεί-εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μία δεδομένη ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά»* (Glendon et al, 2006).

Η ασφάλεια θεωρείται ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της κουλτούρας που υιοθετεί ένας οργανισμός. Η κουλτούρα της ασφάλειας σχετίζεται με την παρουσία καλών εργασιακών συνθηκών, που βελτιώνουν την υψηλή αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού. Επιπλέον, η κουλτούρα της ασφάλειας που επικρατεί σε έναν οργανισμό μπορεί να μειώσει τα σφάλματα, προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο τους πελάτες, τους εργαζόμενους αλλά και τον ίδιο τον οργανισμό.

Πιο αναλυτικά, η κουλτούρα της ασφάλειας των οργανισμών φαίνεται πως αποτελεί το σύνολο της συνάθροισης των ατομικών και συλλογικών αξιών, των συμπεριφορών και στάσεων των μελών τους, των αντιλήψεων, των δεξιοτήτων και ικανοτήτων, που καθορίζουν εν τέλει τον τρόπο με τον οποίο θα δράσει ο κάθε οργανισμός έναντι των ζητημάτων που αφορούν στον τομέα της υγείας και της ασφάλειας (Morello et al, 2013).

Ένας οργανισμός με αναπτυγμένη κουλτούρα ασφάλειας θα εμφανίσει βέλτιστες τεχνικές επικοινωνίας, κοινή πολιτική δράσεων, κοινές αντιλήψεις και αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών που τον απαρτίζουν, γεγονός που οδηγεί σε υψηλή αποτελεσματικότητα του οργανισμού σχετικά με τα μέτρα πρόληψης και τη διατήρηση της ευημερίας και της ασφάλειας. Επομένως, η κουλτούρα ασφαλείας συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού, εφόσον η ύπαρξή της ενισχύει την αξιοπιστία, την ανταγωνιστικότητα αλλά και την επιτυχία του οργανισμού.

Η κουλτούρα ασφαλείας δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να αναπτύξουν ένα αυξημένο επίπεδο δέσμευσης έναντι του οργανισμού, ώστε να λαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Αυτό φυσικά οδηγεί στη διατήρηση ή και αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των εργαζομένων, καθώς και στην ελάττωση των απουσιών από τον εργασιακό τους χώρο.

Παράλληλα, η ύπαρξη της κουλτούρας ασφαλείας σε έναν οργανισμό ευνοεί τη βέλτιστη λειτουργικότητα των τεχνολογικών μέσων αλλά και το σχεδιασμό πρωτοκόλλων που βοηθούν και καθοδηγούν τους εργαζόμενους, μειώνοντας σημαντικά ή προλαμβάνοντας τα σφάλματα. Η υψηλή παραγωγικότητα σε συνδυασμό με τον περιορισμό των σφαλμάτων μπορούν να οδηγήσουν τον οργανισμό σε αυξημένα κέρδη.

Σημαντικό στοιχείο της κουλτούρας ασφαλείας φαίνεται επίσης να αποτελεί η αναγνώριση της ευθύνης από τους εργαζόμενους σχετικά με τα θέματα ασφάλειας που προκύπτουν από τη λειτουργία του κάθε οργανισμού. Κρίνεται δηλαδή αναγκαία η αναγνώριση των προτεραιοτήτων της ασφάλειας από τους εργαζόμενους, προκειμένου οι ίδιοι να οδηγηθούν στη σωστή λήψη αποφάσεων και στην εκτέλεση των απαραίτητων ενεργειών, που θα αναπτύξουν ένα κλίμα ασφάλειας στο χώρο εργασίας.

Ειδικότερα, όταν πρόκειται για το χώρο της υγείας, η κουλτούρα ασφαλείας θεωρείται αναγκαία σε κάθε υπηρεσία και οργανισμό παροχής υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης. Στο υγειονομικό περιβάλλον η κουλτούρα της ασφάλειας μπορεί να εξασφαλίσει ένα θετικό εργασιακό κλίμα και να ενισχύσει την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ο υγειονομικός χώρος θεωρείται ένα ιδιαίτερο και πολύ ευαίσθητο περιβάλλον, ένα χώρο υψηλού κινδύνου όπου τα ιατρικά σφάλματα και τα ανεπιθύμητα συμβάντα εμφανίζονται συχνά κατά την προσφορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό φυσικά αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο και αφορά τόσο στις ιδιωτικές όσο και στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Παναγιώτου, 2015).

Μάλιστα, τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν μείζον ζήτημα για τη λειτουργία των παγκόσμιων μονάδων υγείας, καθώς μπορούν να προκαλέσουν πολλαπλές διαταραχές στην ψυχική αλλά και σωματική ευημερία των ασθενών ή στην ευρύτερη ποιότητα της ζωής τους. Επακόλουθη συνέπεια των παραπάνω είναι η αδυναμία εξασφάλισης της προστασίας και της ασφάλειας των ασθενών.

Υπάρχουν ωστόσο πολλοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, όπως είναι οι εξής (Ταργουτζίδης, 2007):

- Επαρκείς οικονομικοί πόροι
- Επαρκής και συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού
- Ενίσχυση δεξιοτήτων και βέλτιστων πρακτικών για τον περιορισμό των σφαλμάτων
- Συνεργασία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού

- Θετικό κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ προσωπικού και ασθενών
- Ανάπτυξη κουλτούρας που θα ευνοεί την επικοινωνία μεταξύ του υγειονομικού προσωπικού
- Αναγνώριση των αναγκών των ασθενών για μια περισσότερο ποιοτική φροντίδα υγείας

Ωστόσο, η ανάπτυξη της κουλτούρας ασφαλείας των ασθενών στις διάφορες υπηρεσίες και μονάδες υγείας αποτελεί μια χρονοβόρα και περίπλοκη διαδικασία. Συγκεκριμένα, για να δημιουργηθεί το κλίμα και έπειτα η κουλτούρα ασφαλείας στο χώρο της υγείας απαιτείται η ανάληψη πρωτοβουλιών από τη διοίκηση των μονάδων υγείας αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες, έπειτα από την αναγνώριση και την αποδοχή της αναγκαιότητας αυτής (Ταργουτζίδης, 2007).

Οι ερευνητές Parand και συνεργάτες (2014) υπογράμμισαν πως χρειάζονται ορισμένες προϋποθέσεις για να αναπτυχθεί ένα πλαίσιο ασφάλειας εντός του οργανισμού, είτε πρόκειται για τον τομέα της υγείας είτε άλλους κλάδους, οι οποίες αναφέρονται ακολούθως:

- Η διοίκηση οφείλει να διαθέτει την απαραίτητη γνώση περί των ζητημάτων ασφαλείας
- Η διοίκηση πρέπει να αποδέχεται την αναγκαιότητα της ύπαρξης ενός πλαισίου ασφάλειας και να σχεδιάζει και να υιοθετεί τις κατάλληλες στρατηγικές
- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργάζονται μεταξύ τους και να υιοθετούν ένα ομαδικό εργασιακό κλίμα, προκειμένου να παρέχουν ολιστική φροντίδα υγείας
- Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διαθέτουν την απαραίτητη κατάρτιση και να προσφέρουν τεκμηριωμένη και ολιστική φροντίδα στους ασθενείς τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν το βέλτιστο δυνατό επίπεδο υγείας αλλά και μια βελτιωμένη και πιο ποιοτική ζωή για τους ασθενείς
- Όλα τα μέλη μιας μονάδας υγείας οφείλουν να ανταλλάσσουν απόψεις και

βέλτιστες τεχνικές, να επικοινωνούν μεταξύ τους και να συνεργάζονται, προκειμένου να προσφέρουν τις κατάλληλες και πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας

- Οι διοικήσεις πρέπει να προωθούν και να ενισχύουν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου το υγειονομικό προσωπικό να εξελίσσεται συνεχώς και να ευαισθητοποιείται σε ζητήματα ασφαλείας των ασθενών
- Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας που είναι ακριβείς, τεκμηριωμένες, αξιόπιστες και εξατομικευμένες στις ανάγκες του κάθε ασθενή

Η ανάπτυξη της κουλτούρας ασφάλειας εντός ενός οργανισμού βοηθάει στον περιορισμό των σφαλμάτων και των δυσμενών συμβάντων που βλάπτουν πρωτίστως τους ασθενείς. Μελέτη των Αγγελή και Καπάκη (2020) διεξήχθη με σκοπό να διερευνήσει την κουλτούρα ασφάλειας των αρρώστων στην Ελλάδα και συγκεκριμένα σε ένα γενικό νοσοκομείο στην Πελοπόννησο. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου «HSOPSC» (Hospital Survey on Patient Safety Culture) και το δείγμα της μελέτης ήταν 202 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης συνέδεσαν την καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών με παράγοντες που αφορούν σε «προσδοκίες και ενέργειες των προϊσταμένων ή διευθυντών», με την «οργανωσιακή μάθηση και τη συνεχή βελτίωση», καθώς και με τη «συνολική αντίληψη της ασφάλειας». Από την άλλη μεριά, τη χειρότερη κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών παρουσίασαν παράγοντες που συνδέονται με τη «στελέχωση», τη «μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη» και τη «συνεργασία ή ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου».

Επιπλέον, η καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας συνδέθηκε με τη νεαρή ηλικία των επαγγελματιών υγείας, καθώς και με το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο αυτών. Το υγειονομικό προσωπικό που εργαζόταν στη μονάδα εντατικής θεραπείας σημείωσε στην πλειοψηφία του καλύτερη κουλτούρα ασφάλειας. Συνοψίζοντας, εντοπίστηκαν αρκετές ελλείψεις στην οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου, με ιδιαίτερη έμφαση στον ανεπαρκή τρόπο διοίκησης της μονάδας και στις αδυναμίες των

εργασιακών συνθηκών. Κρίθηκε απαραίτητη η κινητοποίηση της διοίκησης για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών.

Άλλη μελέτη που διεξήχθη από τον Πετρίδη και τους συνεργάτες του (2013) διερεύνησε το κλίμα ασφάλειας που επικρατούσε σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους στο γενικό νοσοκομείο της Κύπρου και αναζήτησε τους σχετιζόμενους με αυτό παράγοντες. Οι 282 επαγγελματίες υγείας που ανταποκρίθηκαν στη συμπλήρωση της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) ή αλλιώς «Πεποιθήσεις για την ασφάλεια», είχαν μέση ηλικία τα 34 σχεδόν έτη και μέσο συνολικό διάστημα που ασκούσαν το επάγγελμά τους τα 12 χρόνια περίπου.

Το κλίμα ασφάλειας βρέθηκε στο σύνολο αρνητικό, κυρίως για τους εργαζόμενους με λιγότερη εμπειρία. Οι κακές εργασιακές συνθήκες και το άγχος λόγω της φύσης του επαγγέλματος συσχετίστηκαν με αρνητικό κλίμα ασφάλειας. Επομένως, κρίθηκε αναγκαία η τροποποίηση όλων των παραγόντων που μελετήθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να ενισχύσουν το ευρύτερο κλίμα ασφάλειας. Τονίστηκε η σημαντικότητα της αναβάθμισης της διοίκησης σε επίπεδο ποιότητας, προκειμένου να επιφέρει συνολικά καλύτερο κλίμα ασφάλειας.

#### **1.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η έννοια της ποιότητας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια, εξαιτίας κυρίως του υποκειμενικού χαρακτήρα και των άυλων στοιχείων της. Ειδικότερα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μεγαλύτερες δυσκολίες κατά τη μέτρηση και τον προσδιορισμό της. Η υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει περίπλοκο σχεδιασμό και επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ηθικοί προβληματισμοί, που δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την προσέγγιση μιας κοινής έννοιας για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Mosadeghrad, 2013).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από τις διαδικασίες με τις οποίες παρέχονται τα αγαθά και οι υπηρεσίες και εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του λήπτη και του παρόχου υπηρεσιών. Υπάρχουν ορισμένες πτυχές της ποιότητας στις

υπηρεσίες υγείας που δεν είναι εύκολο να μετρηθούν και συνήθως αξιολογούνται μέσω της υποκειμενικής άποψης του κάθε πελάτη. Τέτοιες διαστάσεις μπορεί να είναι η πληρότητα, η συνέπεια και η αποτελεσματικότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών.

Επιπλέον, στον υγειονομικό χώρο υπάρχει μεγάλη ετερογένεια, κυρίως εξαιτίας των διαφορετικών κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, που περιλαμβάνουν διάφορες ειδικότητες ιατρών, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, διατροφολόγους και άλλους επαγγελματίες.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με την κάθε εξειδικευμένη κατηγορία επαγγελματιών αλλά και σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, πεποιθήσεις και τις εκάστοτε ανάγκες.

Επομένως, δεν είναι εύκολο να εφαρμοστεί ένα κοινό πρότυπο για την ποιότητα στο χώρο της υγείας, εφόσον στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών εμπλέκονται πολλοί παράγοντες, ατομικοί και συλλογικοί. Αρχικά, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την κατάρτιση των υπαλλήλων, την εμπειρία τους, τις δεξιότητες και ικανότητες αλλά και την κάθε ξεχωριστή προσωπικότητα των επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με τον Mosadeghrad (2013), έχουν αναφερθεί πολλοί ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την πάροδο των ετών. Συγκεκριμένα, ο Donabedian το 1980 περιέγραψε την ποιότητα ως την εφαρμογή των ιατρικών επιστημών και τεχνολογικών μέσων, με έναν τρόπο που μπορεί να προσφέρει περισσότερα οφέλη και λιγότερους κινδύνους για την υγεία. Ο ερευνητής αναφέρθηκε μάλιστα σε τρεις διαστάσεις της ποιότητας, που αφορούν στην τεχνική ποιότητα, τη διαπροσωπική ποιότητα και τις ανέσεις.

Πιο αναλυτικά, η τεχνική ποιότητα αφορά στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας ως προς την ενίσχυση του δυνατού οφέλους για την υγεία. Η διαπροσωπική ποιότητα αναφέρεται στην ικανοποίηση των απαιτήσεων και των επιθυμιών ή προσδοκιών των ασθενών, ενώ οι ανέσεις περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς παράγοντες και στοιχεία του οργανισμού.

Έπειτα, ο ερευνητής επισήμανε τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας όπως δόθηκε από τον Ovretveit το 1992, ως η προσφορά φροντίδας που ξεπερνάει την



προσδοκία των αρρώστων και μπορεί να επιτύχει το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα σε κλινικό επίπεδο, με τη χρήση κάθε διαθέσιμου πόρου. Για τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας σχεδίασε ένα σύστημα που στηρίχτηκε σε τρεις συνιστώσες, τον επαγγελματία υγείας, τον πελάτη –ασθενή και τη διαχείριση –οργάνωση.

Αναλυτικότερα, η επαγγελματική ποιότητα στηρίζεται στην αντίληψη της ικανοποίησης των αναγκών του ασθενούς μέσω της εφαρμογής σωστών διαδικασιών και τεχνικών σε σχέση με την αξιολόγηση αυτών των αναγκών από τον επαγγελματία υγείας.

Η ποιότητα του πελάτη αναφέρεται στην άποψη του δέκτη σχετικά με την αίσθηση πως ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες του μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα της διαχείρισης αφορά στη διασφάλιση της σωστής και αποτελεσματικής παροχής υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους.

Αναφέρθηκε επίσης στον ορισμό των Schuster και συνεργατών το 1998, που περιέγραψαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως την παροχή των κατάλληλων αγαθών και υπηρεσιών ανάλογα με τα διαθέσιμα τεχνικά και τεχνολογικά μέσα, με την καλύτερη δυνατή επικοινωνία και μέσω κοινών πολιτικών και αποφάσεων αλλά και σύμφωνα με την εκάστοτε πολιτισμική ευαισθησία.

Ο Mosadeghrad (2013) τόνισε ακόμη πως η κακή ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφέρεται στην υπερβολική φροντίδα, όπως για παράδειγμα σε περιττές εξετάσεις ή σε χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με αυξημένους κινδύνους, ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες. Η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί επίσης να αφορά σε μειωμένες παροχές ή ελάχιστη φροντίδα σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους, καθώς και σε λανθασμένη περίθαλψη, όπως είναι για παράδειγμα η σύσταση για τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών που δεν ενδείκνυται να χορηγηθούν ταυτόχρονα.

Ο Lohr το 1991, σύμφωνα με Mosadeghrad (2013), περιέγραψε τις υπηρεσίες υγείας ως ποιοτικές, όταν αυτές προσφέρονται με τέτοιο τρόπο και σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αυξάνουν τις επιθυμητές και ωφέλιμες επιπτώσεις στην υγεία των ασθενών και του γενικού πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός βέβαια επικεντρώθηκε κυρίως στη γνώση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να παρέχονται οι βέλτιστες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικός ήταν και ο ορισμός των Leeboon και συνεργατών το 2003 για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίοι επισήμαναν πως η ποιοτική περίθαλψη βασίζεται σε συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού, εξέλιξη και βελτίωση στην παροχή υπηρεσιών, με σκοπό την ικανοποίηση όλων των αναγκών των πελατών αλλά και τη διατήρηση των υγιών αποδόσεων και οικονομικών επιδόσεων για τον εκάστοτε οργανισμό.

Σύμφωνα με τον Mosadeghrad (2013), ο Gronroos το 1984 αναφέρθηκε στο διαχωρισμό δύο ειδών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, την τεχνική ποιότητα και τη λειτουργική ποιότητα. Η τεχνική ποιότητα αφορούσε σε προσφορά βασικών αγαθών και υπηρεσιών και στην αλληλεπίδραση μεταξύ της προσφοράς και της λήψης.

Από την άλλη μεριά, η λειτουργική ποιότητα αναφερόταν στις διαδικασίες που επιτελούνται από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή υπηρεσιών και στον τρόπο με τον οποίο λαμβάνουν οι ασθενείς τις υπηρεσίες αυτές. Αξίζει να αναφερθεί πως οι ασθενείς στηρίζονται κατά κύριο λόγο στη λειτουργική ποιότητα, δηλαδή στις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό, στην καθαριότητα του χώρου και στη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Οι Buttell και συνεργάτες το 2008, σύμφωνα με Mosadeghrad (2013), βασίστηκαν στον ορισμό του Lohr (1991) και τον επέκτειναν, υποστηρίζοντας πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με τις αρχές της ποιότητας, δηλαδή την εφαρμογή των υπηρεσιών με τέτοιο τρόπο και σε αυτό το βαθμό που αυξάνουν τις πιθανότητες για οφέλη και επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία τόσο των ασθενών όσο και του γενικού πληθυσμού. Στηρίζεται επίσης στις επαγγελματικές γνώσεις και στη συνέπεια και υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών.

Ο Mosadeghrad το 2013 ανέφερε ακόμη πως οι διάφοροι ορισμοί της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών μπορούν να διακριθούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

- Οι υπηρεσίες υγείας που είναι έτσι σχεδιασμένες ώστε να ακολουθούν ορισμένες προδιαγραφές και προκαθορισμένα πρότυπα. Οι υπηρεσίες αυτές είναι ποιοτικές όταν συμμορφώνονται με τις προδιαγραφές και τα πρότυπα αυτά, και εφόσον με αυτό τον τρόπο ικανοποιούν τις ανάγκες των ασθενών και του πληθυσμού που αναζητάει την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στην κατηγορία αυτή η ποιότητα αξιολογείται σε σχέση με την προσφορά υπηρεσιών και

επηρεάζεται από την αξιοπιστία, την ακρίβεια και την αποτελεσματικότητά τους

- Οι υπηρεσίες υγείας που διαθέτουν τέτοια χαρακτηριστικά, ώστε να ξεπερνούν τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών ή του γενικού πληθυσμού. Σε αυτή την κατηγορία η ποιότητα των υπηρεσιών προκύπτει από το αίσθημα της ικανοποίησης των πελατών, ενώ αξιολογείται σε σχέση με τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή συνδέεται με τις ανάγκες, απαιτήσεις και επιθυμίες των πελατών. Σημαντικές έννοιες εδώ είναι η ενσυναίσθηση, η αποτελεσματικότητα, η οικονομική δυνατότητα και προσέγγιση των υπηρεσιών, καθώς και η ασφάλεια

Οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας επιδρούν στην τελική επιλογή του υγειονομικού περιβάλλοντος και επηρεάζουν αργότερα τη σύσταση των υπηρεσιών υγείας που επέλεξαν στους συγγενείς ή φίλους. Για το λόγο αυτό, οι υπηρεσίες υγείας και οι αρμόδιοι οργανισμοί είναι σημαντικό να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν ορισμένα προγράμματα για τη διαρκή ενίσχυση και βελτίωση της ποιότητας, προκειμένου να αυξήσουν συνολικά την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας.

Βέβαια, για να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας πρέπει πρώτα να προσδιοριστούν επαρκώς και να υπολογιστούν με ακρίβεια. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας επηρεάζονται και καθορίζονται από τους πελάτες, τη διοίκηση, τους παρόχους, καθώς και από τους αρμόδιους για τις πληρωμές και τις προμήθειες. Σημαντική είναι φυσικά και η συνεκτίμηση των προτεραιοτήτων αλλά και της αναμενόμενης ή επιθυμητής αποδοτικότητας των εμπλεκόμενων στον κλάδο της υγείας (Mosadeghrad, 2014).

Συνεπώς, ο καθορισμός και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι μια απαιτητική και δύσκολη διαδικασία. Οι παράγοντες που συνδέονται και επιδρούν στην ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, τους προσωπικούς παράγοντες των παρόχων και των ασθενών, καθώς και στους παράγοντες που αφορούν στο σύστημα υγείας, τους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας υγείας και τον ευρύτερο τομέα της υγείας (Barros et al, 2014).

Ωστόσο, η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας μπορεί να ενισχυθεί με την κατάλληλη ηγεσία, που διαθέτει υψηλό όραμα και λειτουργεί υποστηρικτικά προς το προσωπικό και τους στόχους της. Ένας σωστός και σχολαστικός σχεδιασμός, η επαρκής οργάνωση, καθώς και η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και των ανώτερων στελεχών μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, η εξασφάλιση της διαθεσιμότητας των πόρων και η αποτελεσματική τους διαχείριση, όπως και η σωστή αντιμετώπιση του προσωπικού, των διαδικασιών, των αλληλεπιδράσεων και των συνεργασιών ανάμεσα στους παρόχους μπορούν να συμβάλουν στον ίδιο σκοπό (Claver et al, 2003).

Τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υγειονομικές υπηρεσίες και στο ευρύτερο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Η αποτελεσματικότητα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι το σύνολο των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας, των διοικήσεων και των διευθυντών, καθώς και των ομάδων εποπτείας να υιοθετούν και να εφαρμόζουν τα καθορισμένα πρότυπα για την υγειονομική περίθαλψη και να προσφέρουν βελτιωμένες και πιο ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Η επιτυχία λοιπόν των παρεμβάσεων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην υγεία επηρεάζεται κυρίως από τα εξής (Parand et al, 2014):

- Ικανότητα των υπηρεσιών και οργανισμών υγείας να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις
- Ικανότητα επαναπροσδιορισμού των στόχων και ενεργειών της διοίκησης
- Ικανότητα επανασχεδιασμού της ομάδας της εποπτείας
- Ικανότητα προσδιορισμού υποστηρικτικής κουλτούρας στα πλαίσια της επιχείρησης ή του οργανισμού υγείας
- Βελτίωση στην οργάνωση και ενίσχυση στοιχείων ευελιξίας και προσαρμοστικότητας
- Ενίσχυση ικανοτήτων και δεξιοτήτων διαχείρισης των προβλημάτων από το προσωπικό, καθορισμός στόχων, αναγκών και προσδοκιών

Από την άλλη πλευρά, οι κυριότεροι λόγοι αποτυχημένης προσπάθειας κατά την εφαρμογή των προτύπων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην υγεία περιλαμβάνουν τα εξής (Nicolaou & Kentas, 2017):

- Αδυναμία δέσμευσης της διοίκησης και ελλιπής υποστήριξη από την ίδια προς το προσωπικό
- Δυσκολίες και ανασφάλειες κατά την αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού υγείας
- Εσφαλμένη χρήση των εργαλείων και πρακτικών ποιότητας κατά τη διαχείριση των προβλημάτων
- Έλλειψη χρόνου για σχεδιασμό και εφαρμογή των προσεγγίσεων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας
- Έλλειψη πόρων και ενημέρωσης των εργαζομένων
- Απουσία εγκυρότητας, ακρίβειας και αξιοπιστίας στα δεδομένα για τη χρήση των ποιοτικών εργαλείων και τεχνικών
- Υψηλό κόστος για τις μακροπρόθεσμες επενδύσεις
- Αντίσταση της διοίκησης στην εκπαίδευση και ενίσχυση του προσωπικού, όταν η πίεση και ο φόρτος εργασίας είναι αυξημένος και θεωρεί πως πρέπει να καλυφθούν οι άμεσες και βραχυχρόνιες ανάγκες
- Αντίσταση του προσωπικού στην εκμάθηση νέων τεχνικών και στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας της ίδιας υγειονομικής μονάδας
- Αβεβαιότητα και αμφιβολίες για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα από την εφαρμογή της προσέγγισης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Όλες οι υπηρεσίες υγείας και κυρίως τα νοσοκομεία αποσκοπούν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους αρρώστους και στην ικανοποίηση των απαιτήσεων και προσδοκιών των πολιτών. Ως εκ τούτου, η έννοια της ποιότητας στα νοσοκομεία έχει πρωταρχικό ρόλο και ένα χαρακτήρα καθήκοντος. Η αντίληψη των ασθενών για την

ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να επηρεάσει συνολικά την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των υπηρεσιών (Buttell et al, 2008).

Συνοψίζοντας, η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η ικανότητα ανάπτυξης ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας με τέτοιον τρόπο ώστε να καλύπτονται ικανοποιητικά οι ανάγκες και απαιτήσεις των πελατών (Cheng et al, 2014). Η ποιότητα είναι μια περίπλοκη και πολυδιάστατη έννοια, που εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ασφάλεια των ασθενών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Οι κίνδυνοι για την ασφάλεια των ασθενών στον υγειονομικό τομέα μπορεί να ευθύνονται στην απουσία κατάλληλων χώρων και εγκαταστάσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας, ο εξαερισμός, ο φωτισμός και η υποδομή των χώρων υγείας μπορεί να είναι ακατάλληλα να προσφέρουν ασφάλεια και προστασία στους ασθενείς ή ακόμη και στο υγειονομικό προσωπικό (Walsche & Shortell, 2004).

Άλλοι κίνδυνοι για την ασφάλεια των αρρώστων οφείλονται στην αδυναμία χρήσης των ειδικών μηχανημάτων και των διαθέσιμων υλικών από το προσωπικό ή στην ανεπαρκή ή μη σωστή συντήρηση των μηχανημάτων αυτών, με αποτέλεσμα να αποτελούν απειλή για πρόκληση σωματικών βλαβών, εγκαυμάτων ή και ηλεκτροπληξίας. Στο χώρο των νοσοκομείων υπάρχουν συχνά εύφλεκτα υλικά και καύσιμες ύλες, όπως είναι το οξυγόνο, η αλκοόλη, το αέριο και άλλοι εύφλεκτοι διαλύτες, που μπορεί να οδηγήσουν σε πυρκαγιά, αν δεν αποθηκευτούν ή χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια.

Υπάρχουν φυσικά και τα ιατρικά λάθη, που αποτελούν δυσμενή συμβάντα τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους αρρώστους, συχνά δε απειλώντας μέχρι και τη ζωή των ασθενών. Ωστόσο, τα ιατρικά σφάλματα σπανίως καταγράφονται και συζητούνται μεταξύ των μελών της επιστημονικής ομάδας, γεγονός που οδηγεί στην απώλεια σπουδαίων ευκαιριών για περαιτέρω μάθηση από το υγειονομικό προσωπικό.

Τα ιατρικά λάθη και τα δυσμενή ή ανεπιθύμητα γεγονότα εντός των υπηρεσιών ή οργανισμών υγείας επιδρούν αρνητικά στην επαγγελματική διάσταση αλλά και την ψυχολογική ευεξία των επαγγελματιών υγείας, ενώ επηρεάζουν τα επίπεδα της ποιότητας και των δαπανών των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Groves et al, 2011). Η διοίκηση του νοσοκομείου οφείλει να διαχειριστεί προς όφελος του προσωπικού τα ενδεχόμενα ιατρικά λάθη ή ανεπιθύμητα συμβάντα και να υποστηρίξει τους επαγγελματίες υγείας, να τους προσφέρει την απαραίτητη εκπαίδευση και καθοδήγηση για αποφυγή αντίστοιχων σφαλμάτων, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Εξίσου σημαντικά είναι και τα περιστατικά εμφάνισης νοσοκομειακών λοιμώξεων, που είναι ιδιαίτερα αυξημένα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες παγκοσμίως, ακόμη και σήμερα. Τα περίπλοκα συστήματα υγείας, το άγχος και οι πιέσεις της εργασίας, η έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, η μη σωστή χρήση των υλικών και μηχανημάτων, η κακή οργάνωση στους χώρους υγείας και ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες αποτελούν βασικές αιτίες πρόκλησης ιατρικών σφαλμάτων (Ravaghi et al, 2012). Στην Ελλάδα μάλιστα τα περισσότερα ιατρικά σφάλματα εντοπίζονται στον τομέα της Γενικής Χειρουργικής και της Ορθοπαιδικής Χειρουργικής.

## **2.1. ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΦΑΛΜΑΤΑ**

Η Ιατρική όπως και η Νοσηλευτική αποτελούν ανθρωπιστικές επιστήμες που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανθρώπινη οντότητα και την ανθρώπινη ζωή, επιδιώκοντας να παρέχουν υπηρεσίες ολιστικής φροντίδας και κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς. Το πλάνο φροντίδα και οι παρεμβάσεις του υγειονομικού προσωπικού κατά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ή δυσμενείς ενέργειες. Τα σφάλματα κατά την ιατρική ή νοσηλευτική παρέμβαση δεν ευθύνονται μόνο στις εσφαλμένες πράξεις αλλά και στις αστοχίες κατά την αξιολόγηση του προβλήματος ή της κατάστασης της υγείας του αρρώστου ή τις παραλείψεις και αμέλειες του προσωπικού (Μήτσης και συν, 2012).

Σύμφωνα με τον Meurier (1997), το λάθος ερμηνεύεται ως κάθε παράλειψη, αδικαιολόγητη απόφαση ή ενέργεια για την οποία ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται υπεύθυνος. Επίσης, το λάθος αυτό μπορεί να επιφέρει ανεπιθύμητες ή ακόμη και επικίνδυνες επιπτώσεις για την υγεία και την ευημερία του ασθενή.

Η παρουσία και μη επίλυση του ζητήματος των ιατρικών σφαλμάτων επιδρά αρνητικά στο σύνολο της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αξιοπιστίας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Συχνά τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη αποκρύπτονται, κυρίως από το φόβο της αποδοκιμασίας, της έλλειψης υποστήριξης, της ανάληψης των ευθυνών ή της τιμωρίας (Doherty & Stavropoulou, 2012).

Για τον ευαίσθητο και απαιτητικό χώρο της υγείας, που επικεντρώνεται στο ενδιαφέρον και την εξασφάλιση της ανθρώπινης ζωής, ο επαγγελματισμός και η ικανότητα ανάληψης ευθυνών αποτελούν δύο σπουδαίες και αλληλένδετες έννοιες. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες και τις συνέπειες των πράξεών τους, προκειμένου να προλάβουν και να αποφύγουν ενδεχόμενα μελλοντικά σφάλματα. Επομένως, η αναγνώριση και αποδοχή του σφάλματος συμβάλλει στην ενίσχυση της μάθησης και της ικανότητας διαχείρισης αντίστοιχων καταστάσεων (Vincent, 2007).

Οι κυριότερες αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση ιατρικών σφαλμάτων είναι οι ακόλουθες (Πολλάλης και συν, 2012):

- Περίπλοκο σύστημα υγείας
- Πολύπλοκος σχεδιασμός και οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Άγχος και πίεση χρόνου
- Ελλιπή δεδομένα για τους ασθενείς, όπως είναι η παρουσία αλλεργιών ή η λήψη ορισμένων φαρμάκων
- Ελλιπείς πληροφορίες για προηγούμενες εξετάσεις και τα ευρήματα αυτών
- Απουσία πληροφόρησης για πρόσφατες ανεπιθύμητες ενέργειες ή παρενέργειες φαρμάκων
- Κακή ή εσφαλμένη χρήση φαρμάκων



- Λαθεμένη χορήγηση φαρμάκων εξαιτίας σύγχυσης, παρερμηνεύσης των συστάσεων ή δυσανάγνωστων οδηγιών
- Έλλειψη ειδικής ετικέτας στο φαρμακευτικό σκεύασμα
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα ο κακός φωτισμός, η υπερβολική ζέστη ή ο έντονος θόρυβος

Επιπλέον, τα ιατρικά σφάλματα ενδέχεται να εμφανιστούν κατά τη διαγνωστική διαδικασία, κατά τη θεραπεία του ασθενούς ή ακόμη και κατά το στάδιο της πρόληψης. Τα ιατρικά λάθη ταξινομούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα της βλάβης που προκαλούν στον ασθενή. Οι κατηγορίες των ιατρικών σφαλμάτων είναι οι ακόλουθες:

1. Περιπτώσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ένα ιατρικό λάθος
2. Ιατρικά λάθη που δεν προκάλεσαν βλάβη στον ασθενή
3. Ιατρικά λάθη που επηρέασαν την κατάσταση του ασθενή, χωρίς όμως να επικρατήσει η βλάβη
4. Ιατρικά σφάλματα που απαιτούν παρακολούθηση ή παρεμβάσεις για να διαπιστωθεί η μη πρόκληση ζημίας στον ασθενή
5. Ιατρικά λάθη που προκάλεσαν προσωρινή βλάβη και απαιτούν ιατρικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτής
6. Ιατρικά λάθη που προκάλεσαν προσωρινή βλάβη και απαιτούν νοσηλεία του ασθενή
7. Ιατρικά λάθη που οδήγησαν σε μόνιμη βλάβη ή αναπηρία του ασθενή
8. Ιατρικά σφάλματα που αποτελούν απειλή για τη ζωή του ασθενή και απαιτούν άμεσες ιατρικές παρεμβάσεις
9. Ιατρικά λάθη που οδήγησαν στο θάνατο του ασθενούς

## 2.2. ΛΑΘΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Η φαρμακευτική αγωγή είναι μια συνηθισμένη και ιδιαίτερης σημασίας κλινική παρέμβαση που εμπεριέχει υψηλή επικινδυνότητα για την εμφάνιση ή πρόκληση λαθών. Οι κίνδυνοι αυτοί οφείλονται κυρίως στις παρενέργειες ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και τα λάθη κατά τη χορήγηση της αγωγής. Η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι μια ανταπόκριση του πάσχοντος οργανισμού στη λήψη του φαρμάκου, που μπορεί να είναι επιβλαβής για τον άνθρωπο.

Ένα φαρμακευτικό λάθος μπορεί να αφορά σε συμβάν που μπορεί να προκαλέσει ή να καταλήξει σε ακατάλληλη χρήση των φαρμάκων ή σε ατομική ζημία του ασθενούς. Ένα ανεπιθύμητο συμβάν που συνδέεται με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αναφέρεται σε βλάβη που οφείλεται σε ιατρικές ή νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με τα φάρμακα που επιλέχθηκαν (Sandars & Cook, 2007).

Επιπρόσθετα, οι οδοί χορήγησης των φαρμάκων περιλαμβάνουν τη χορήγηση από το γαστρεντερολογικό σύστημα του ατόμου, το αναπνευστικό σύστημα, τα ενέσιμα σκευάσματα που χορηγούνται υποδορίως, ενδομυϊκά, ενδοφλεβίως, ενδοκαρδιακά, ενδοαρτηριακά, ενδοραχιαία ή ενδοπεριτοναϊκά. Ιδίως τα ενέσιμα φάρμακα που χορηγούνται χωρίς την απαιτούμενη προσοχή και ασφάλεια μπορεί να προκαλέσουν ισχυρή βλάβη στον ασθενή ή την ανάπτυξη λοιμώξεων.

Η χορήγηση των ενέσιμων φαρμάκων απαιτεί προσεκτικούς χειρισμούς και ασφαλείς συνθήκες προετοιμασίας και χορήγησης του φαρμάκου, προκειμένου να αποφευχθούν πιθανές βλάβες προς τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας ή ακόμη και την κοινότητα. Σημαντικό είναι να ελέγχονται τα υλικά και η σύσταση της έγχυσης του ενέσιμου φαρμάκου, που πρέπει να είναι κατάλληλα για την εκάστοτε εφαρμογή ή το κάθε άτομο που θα λάβει το φάρμακο, όπως επίσης και οι βελόνες που χρησιμοποιούνται, που πρέπει να είναι μιας χρήσης, άσηπτες και να συλλέγονται έπειτα σε ειδικό κουτί για τα αιχμηρά αντικείμενα.

Συγκεκριμένα, έχει υπολογιστεί πως περισσότερα από 1,3 εκατομμύρια περιστατικά οδηγούνται στο θάνατο εξαιτίας της μη ασφαλούς χορήγησης ενέσιμων φαρμάκων, αυξάνοντας σημαντικά όχι μόνο την απώλεια ζωής αλλά και τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης.

Πιο αναλυτικά, οι συσκευές έγχυσης φαρμάκων που επαναχρησιμοποιούνται από τους ασθενείς ευθύνονται για περίπου 22 εκατομμύρια περιστατικά ηπατίτιδας Β, δύο εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C και περισσότερες από 260 χιλιάδες νέες περιπτώσεις AIDS ετησίως (WHO, 2014).

Οι συνηθέστεροι παράγοντες που ενισχύουν την ανάπτυξη λαθών κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι οι εξής (Μήτσης και συν, 2012):

- Ελλείψεις στη στελέχωση ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού
- Ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού
- Η σοβαρότητα της κατάστασης υγείας των ασθενών που νοσηλεύονται
- Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης
- Ατομικά ή συλλογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας
- Ελλιπής συνεργασία μεταξύ του προσωπικού
- Απουσία τεχνολογικών μέσων
- Απουσία προτύπων και πρωτοκόλλων
- Μη τήρηση των συστάσεων ή πρωτοκόλλων
- Δύσκολο ωράριο, πολλές βάρδιες και υπερωρίες

Τα περισσότερα λάθη κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αφορούν σε σφάλματα σχετικά με το ρυθμό της έγχυσης του φαρμάκου, με τη δοσολογία του φαρμάκου ή με την επιλεγμένη οδό χορήγησης. Η παράληψη της δοσολογίας, η αποτυχία ή αδυναμία της χορήγησης του φαρμάκου στον απαιτούμενο χρόνο ή η χορήγηση του φαρμάκου σε λάθος άτομο λόγω μη σωστής ταυτοποίησης του ασθενούς αποτελούν επίσης περιπτώσεις λάθους σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.

Άλλες περιπτώσεις σφαλμάτων κατά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αναφέρονται σε μη ορθή ή μη ασφαλή προετοιμασία του φαρμάκου, σε κακή τεχνική της χορήγησης ή σε έγχυση φαρμάκου που έχει αλλοιωθεί ή λήξει. Πολλά είναι λοιπόν

τα λάθη που σχετίζονται με τη χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων σε έναν ασθενή και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και ακρίβεια στη διαχείριση και χρήση των διαφόρων φαρμάκων (Garrouste-Orgeas et al, 2012).

Επιπλέον, φαίνεται πως η αναφορά και κοινοποίηση των σφαλμάτων που προκύπτουν κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντική για την ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να διασφαλιστεί η αποφυγή και πρόληψη αντίστοιχων λαθών και να εγγυηθεί η προστασία των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ειλικρινείς, να αποδέχονται τα λάθη τους και να ενεργούν προς όφελος των ασθενών (Ehsani et al, 2013).

Στην περίπτωση πρόκλησης φαρμακευτικού σφάλματος, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν ορισμένες διαδικασίες, που περιλαμβάνουν τα παρακάτω βήματα (Λεμονίδου & Πατηράκη, 2006):

- Να ελεγχθεί εγκαίρως η κατάσταση της υγείας του αρρώστου
- Να παρακολουθείται συνεχώς ο ασθενής για πιθανές διαταραχές, επιπλοκές και παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν από το λάθος
- Να πληροφορηθεί άμεσα ο προϊστάμενος του τμήματος για το ανεπιθύμητο συμβάν και η ομάδα των ιατρών, ώστε να αναπτυχθεί ένα σχέδιο δράσης σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργειών ή ένα πλάνο παρεμβάσεων για την πρόληψη των ενδεχόμενων επιπλοκών
- Να καταγραφεί το λάθος στο φάκελο του αρρώστου και να αναφερθούν όλες οι θεραπευτικές διαδικασίες και παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν για την αντιμετώπιση του σφάλματος
- Να συμπληρωθεί ειδικό έντυπο αναφοράς λαθών

Η πολιτική του νοσοκομείου περιλαμβάνει συχνά και το ειδικό έντυπο για την αναφορά σφαλμάτων, ατυχημάτων, ανεπιθύμητων ή ασυνήθιστων συμβάντων. Η καταγραφή των φαρμακευτικών σφαλμάτων και οι διαδικασίες που εκτελούνται μετά την αναγνώριση του σφάλματος είναι σημαντικό να υπάρχουν και να ενημερώνονται, ώστε να λειτουργούν ως εργαλείο μάθησης και αποφυγής περαιτέρω λαθών από το υγειονομικό προσωπικό.

### 2.3. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Η νοσοκομειακή λοίμωξη είναι μια λοίμωξη που εκδηλώνεται από 48 έως και 72 ώρες έπειτα από την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο ή ακόμη και πέντε ημέρες μετά την απομάκρυνση του ασθενούς από το χώρο του νοσοκομείου. Ο εννοιολογικός προσδιορισμός των νοσοκομειακών λοιμώξεων απορρίπτει τις περιπτώσεις λοιμώξεων που αποτέλεσαν το λόγο της εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο, καθώς και λοιμώξεις που βρίσκονται στο στάδιο της επώασης κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις ευθύνονται στη μη σωστή και μη ασφαλή παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και θεωρούνται μείζον ζήτημα για την ασφάλεια των ασθενών. Τα δεδομένα της Ευρωπαϊκής Ένωσης εκτιμούν πως 4.100.000 περιστατικά περίπου παρουσιάζουν νοσοκομειακή λοίμωξη, ενώ περισσότερα από 37 χιλιάδες από αυτά καταλήγουν στο θάνατο (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

Μάλιστα, στις ανεπτυγμένες χώρες ένα ποσοστό από 5% έως 10% των ασθενών παρουσιάζει νοσοκομειακές λοιμώξεις, ενώ στα αναπτυσσόμενα κράτη οι λοιμώξεις αυτές ξεπερνούν το 25%. Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις επιφέρουν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ευεξία των ασθενών και αυξάνουν το διάστημα νοσηλείας των αρρώστων. Συνδέονται επίσης με υψηλότερες δαπάνες για το σύστημα της υγείας, ενώ αποτελούν ισχυρό παράγοντα νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας (WHO, 2002).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι συνήθως μια δύσκολη διαδικασία, εφόσον οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που ευθύνονται για την ανάπτυξή τους είναι ιδιαίτερα ανθεκτικοί στα αντιβιοτικά. Οι συνεχείς μετακινήσεις των ατόμων εντός της νοσοκομειακής μονάδας, η μετάβαση των ανθρώπων από μια μονάδα σε άλλη, η αναζήτηση θεραπείας από διάφορες υπηρεσίες του ίδιου ή διαφορετικών συστημάτων υγείας μιας χώρας αλλά και εκτός του κράτους, μπορούν να ενισχύσουν τη μετάδοση των ανθεκτικών αυτών μικροοργανισμών ανάμεσα στα κράτη.

Οι κυριότεροι παράγοντες που συνδέονται με την ανάπτυξη των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι οι εξής (De Wet et al, 2012):

- Ηλικία, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω χαμηλού ανοσοποιητικού συστήματος
- Σοβαρότητα της παθολογικής κατάστασης
- Άλλα συνοδά νοσήματα
- Παράταση της διάρκειας νοσηλείας
- Αυξημένη χορήγηση αντιβιοτικών, που επιφέρει υψηλότερη ανθεκτικότητα σε μικροοργανισμούς
- Παρουσία και μακρόχρονη παραμονή καθετήρων
- Χειρουργικές επεμβάσεις που επιβαρύνουν το ανοσοποιητικό του ασθενούς ή αυξάνουν την πιθανότητα επαφής με τον παθογόνο παράγοντα
- Συχνές εισαγωγές σε νοσοκομεία

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις προκαλούνται από μικρόβια, βακτήρια, ιούς, παράσιτα ή μύκητες. Μπορεί να εμφανιστούν εξαιτίας κάποιου μικροοργανισμού που υπάρχει ήδη στο δέρμα ή τους βλεννογόνους του αρρώστου ή από τη μετάδοση κάποιου μικροοργανισμού από ασθενή σε ασθενή, από τους επαγγελματίες υγείας ή άλλους επισκέπτες ή τον ευρύτερο χώρο του νοσοκομείου.

Οι πιο συνηθισμένες νοσοκομειακές λοιμώξεις περιλαμβάνουν τις εξής περιπτώσεις (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014):

- Λοιμώξεις του ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού συστήματος
- Λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος
- Λοιμώξεις του αίματος
- Λοιμώξεις χειρουργικού πεδίου
- Λοιμώξεις του δέρματος ή των μαλακών μορίων

Στην Ελλάδα μάλιστα παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά εμφάνισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ενώ θεωρείται η πρώτη στη λίστα των χωρών σχετικά με την κατανάλωση αντιμικροβιακών παραγόντων. Η αυξημένη χορήγηση αντιβιοτικών επιφέρει χαμηλή αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αυτών, ιδίως σε περιπτώσεις που χορηγούνται άσκοπα. Τα νοσοκομεία της Ελλάδας αντιμετωπίζουν μείζον ζήτημα με τη συνεχή ανάπτυξη των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ιδίως τα τελευταία δέκα χρόνια και παρά τις προσπάθειες για πρόληψη ή καλύτερη διαχείριση του προβλήματος (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί βασικό μέλημα στον τομέα της υγείας και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η ενίσχυση της ασφάλειας και προστασίας των ασθενών απαιτεί τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αναγνώριση και τον περιορισμό των παραγόντων που ευθύνονται για την απειλή της ασφάλειας των αρρώστων (Batalden et al, 2011).

Οι παρεμβάσεις με σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών κατά την υγειονομική περίθαλψη συνδέονται με τρεις διαστάσεις, τη μείωση της βαρύτητας της πάθησης με έγκαιρη και αποτελεσματική ανακούφιση των συμπτωμάτων, διαταραχών και επιπλοκών αυτής, τη βελτίωση της ασφάλειας του συστήματος υγείας και την ενίσχυση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Παρά τις επιτυχείς παρεμβάσεις στην υγειονομική περίθαλψη, η συνολική ασφάλεια των ασθενών δε φαίνεται να έχει βελτιωθεί σημαντικά σε νοσοκομειακό επίπεδο παγκοσμίως (Parand et al, 2012).

Ωστόσο, η επιτυχία των παρεμβάσεων αυτών φαίνεται πως έχει επιφέρει μειωμένα επίπεδα πτώσεων των ασθενών (Kalisch et al, 2007), χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Lipitz-Snyderman et al, 2011) και λιγότερα περιστατικά λοιμώξεων από μόλυνση μέσω καθετήρων (Miller et al, 2010). Φυσικά, η επιτυχημένη προσπάθεια για

τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών επέφερε σημαντικά καλύτερη συλλογική και ομαδική εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και βελτιωμένη κουλτούρα ασφάλειας ασθενών.

Η προσπάθεια για βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών αποτελεί μια περίπλοκη και μακροχρόνια διαδικασία, που απαιτεί υποστήριξη από κάθε τομέα της υγείας για να επιτευχθεί αποτελεσματικά. Σημαντική είναι η στάση και συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, η συνεργασία μεταξύ τους, η τήρηση και εφαρμογή των προτύπων, πρωτοκόλλων και κοινών πολιτικών για την επίτευξη του στόχου.

### **3.1. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ**

Για να βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών, πρωτεύον ζήτημα είναι να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συνδέονται με τους κινδύνους και τις απειλές για την υγεία ή τη ζωή των αρρώστων. Η διερεύνηση και η σωστή διαχείριση των ιατρικών σφαλμάτων μπορεί να περιορίσει τα λάθη, τις ασάφειες, τις απροσεξίες και τα ανεπιθύμητα συμβάντα, ενισχύοντας συνολικά την ασφάλεια των ασθενών (Norman & Eva, 2010).

Η διαχείριση των ιατρικών σφαλμάτων περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Επαρκή στελέχωση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού
- Διαρκής εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού
- Συζητήσεις μεταξύ προσωπικού για τα λάθη που έχουν προκύψει στο παρελθόν και για τα προληπτικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν για αποφυγή μελλοντικών σφαλμάτων
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας, με επαρκή φωτισμό, μειωμένους θορύβους, βελτιωμένες εγκαταστάσεις για την προετοιμασία ή την αποθήκευση των φαρμάκων και του λοιπού υλικού
- Δημιουργία και εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και προτύπων ή πρωτοκόλλων



- Περιορισμός παραγόντων που αποσπούν την προσοχή του προσωπικού κατά την προετοιμασία ή εκτέλεση των κλινικών διαδικασιών
- Βελτίωση επικοινωνίας ανάμεσα στο υγειονομικό προσωπικό
- Τήρηση γραπτών οδηγιών και συστάσεων, ανταλλαγή των απαραίτητων πληροφοριών κατά την παράδοση και αλλαγή των βαρδιών
- Δημιουργία συστήματος αναφοράς ανεπιθύμητων ή ασυνήθιστων συμβάντων
- Καταγραφή σφαλμάτων σε ειδικό έντυπο που διατηρεί την ανωνυμία του επαγγελματία υγείας και περιγράφει επαρκώς το συμβάν και τις επακόλουθες διαδικασίες
- Συγκέντρωση και ανάλυση των αναφορών που έχουν καταγραφεί για περαιτέρω διερεύνηση και για ενημέρωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την αποφυγή ή τη διαχείριση των σφαλμάτων
- Καλλιέργεια κλίματος ασφάλειας
- Αποφυγή κατηγοριών και επίρριψης ατομικών ευθυνών, αλλά προώθηση της συλλογικής προσπάθειας για διαχείριση και αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών ή σφαλμάτων
- Αναγνώριση και αποδοχή του λάθους, διερεύνηση και κατανόηση των βασικών αιτιών που το προκάλεσαν, αναζήτηση μεθόδων και τεχνικών για αποφυγή αντίστοιχων λαθών στο μέλλον

### **3.2. ΑΣΦΑΛΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ**

Για να επιτευχθεί η ασφαλής νοσηλεία των ασθενών είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται προσεκτικές και ακριβείς ενέργειες και διαδικασίες από κάθε επαγγελματία υγείας. Αρχικά, σε κάθε κλινική παρέμβαση είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται η σωστή ταυτοποίηση του ασθενή. Η ταυτοποίηση των ασθενών

είναι μια διαδικασία κατά την οποία εξακριβώνονται τα στοιχεία του αρρώστου, για τον οποίο προορίζεται η κλινική παρέμβαση.

Η σωστή ταυτοποίηση του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη και αποφυγή σφαλμάτων που ενδέχεται να επιφέρουν μη αναστρέψιμες επιπτώσεις για τον ασθενή. Εξασφαλίζει λοιπόν ότι ο σωστός ασθενής θα λάβει τη σωστή θεραπευτική μέθοδο ή ιατρική, νοσηλευτική ή παραϊατρική παρέμβαση. Η ταυτοποίηση των ασθενών μπορεί να πραγματοποιηθεί και με τη χρήση ειδικών βραχιολιών, που καλούνται ταινίες ταυτότητας.

Η ταινία ταυτότητας που λαμβάνει ο ασθενής κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο και την οποία ο ασθενής που πρέπει να φέρει στον καρπό, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αφαιρεθεί και θα πρέπει να αντικατασταθεί εγκαίρως αν για κάποιο λόγο αφαιρεθεί, περιλαμβάνει τα στοιχεία του ασθενούς, διευκολύνοντας τη σωστή ταυτοποίησή του από το προσωπικό (Λεμονίδου και συν, 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εφαρμόζουν πριν από κάθε παρέμβαση στον ασθενή τη διαδικασία ταυτοποίησης. Ιδίως πριν τη χορήγηση φαρμάκων, προϊόντων αίματος ή κατά τη λήψη δειγμάτων αίματος, ούρων ή εκκρίσεων για κλινικό έλεγχο, όπως επίσης και πριν την εφαρμογή θεραπείας ή άλλης κλινικής διαδικασίας, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να εξακριβώσει τα στοιχεία του ασθενούς και να επιβεβαιώσει πως πρόκειται για το σωστό άτομο.

Το υγειονομικό προσωπικό δηλαδή θα πρέπει πριν από κάθε παρέμβασή του να ελέγχει το όνομα και το επώνυμο του ασθενούς, το όνομα πατρός και την ημερομηνία γέννησης του αρρώστου. Επίσης, είναι απαραίτητο να ζητηθεί από τον ίδιο τον ασθενή να δηλώσει τα στοιχεία του, για αποφυγή ασάφειας ή σύγχυσης σε περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας ρωτάει και ο ασθενής εσφαλμένα τα επιβεβαιώνει. Για τους ασθενείς που δε δύναται να επικοινωνήσουν ή βρίσκονται σε σύγχυση, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να επιβεβαιώσει τα στοιχεία από κάποιον συγγενή του ασθενούς. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ονόματα στα κρεβάτια των ασθενών, γιατί ενδέχεται να έχουν τοποθετηθεί λάθος τα κατάλληλα έντυπα ή να έχουν μετακινηθεί οι ασθενείς.

Μάλιστα, υπάρχουν νοσηλευτικές αρχές για την ασφαλή χορήγηση των φαρμάκων, που είναι καλό να τηρούνται από το προσωπικό προς αποφυγή σφαλμάτων. Η

χορήγηση των φαρμάκων αποτελεί μια συνηθισμένη και πολύ σημαντική νοσηλευτική διαδικασία, που μέσα από ειδικές μεθόδους μπορεί να συνυπολογίσει την κατάσταση της υγείας του αρρώστου και την ασφάλειά του. Επειδή η χορήγηση φαρμάκων είναι κατά κανόνα καθήκον των νοσηλευτών, είναι πολύ σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να απαρτίζεται από άτομα που τηρούν αυστηρά τις οδηγίες και τις πρότυπες τεχνικές, είναι σχολαστικοί και προσεκτικοί στην προετοιμασία και διαχείριση των φαρμάκων και αποφεύγουν με οποιοδήποτε τρόπο τα λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων (Μήτσης και συν, 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη χορήγηση των φαρμάκων οφείλει να είναι ενήμερο για τα ονόματα των φαρμάκων, τις κατηγορίες των φαρμάκων, τις σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών και τους διάφορους παράγοντες που επιδρούν στη δράση των φαρμακευτικών ουσιών. Σε περίπτωση που λαμβάνουν ιατρικές οδηγίες που είναι δυσανάγνωστες, ασαφείς, ελλιπείς ή φαίνονται λανθασμένες σε σχέση με τη δοσολογία ή την οδό χορήγησης ή που διαφωνούν με τη διάγνωση του αρρώστου, είναι αναγκαίο να αποσαφηνιστούν πλήρως πριν να εκτελεστούν.

Για τη χορήγηση των φαρμάκων στους νοσηλευόμενους ασθενείς απαιτείται πάντοτε η γραπτή ιατρική οδηγία. Ωστόσο, πολλές φορές ακολουθείται μια διαδικασία που περιλαμβάνει προφορικές οδηγίες των ιατρών, που είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε λάθη. Η ασφαλής διαδικασία αναφέρει πως πρέπει αρχικά να δοθεί γραπτή ιατρική οδηγία και έπειτα το νοσηλευτικό προσωπικό να την ακολουθήσει αυστηρά. Επίσης, πρέπει να υπάρχει μία μόνο και σαφής οδηγία, όχι περισσότερες που η μία μπορεί να ακυρώνει την άλλη ή τις υπόλοιπες και να δημιουργεί ασάφειες (Λεμονίδου και συν, 2006).

Μια ιατρική οδηγία για τη χορήγηση φαρμάκων πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω στοιχεία:

- Όνομα και επώνυμο ασθενούς
- Ημερομηνία και ώρα που θα ξεκινήσει η χορήγηση
- Όνομα φαρμάκου
- Οδό χορήγησης του φαρμάκου

- Δοσολογία του φαρμάκου
- Συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου
- Υπογραφή από αυτόν που συντάσσει τη γραπτή οδηγία

Σε περίπτωση που υπάρχει έστω και μία υποψία πως η οδηγία αυτή είναι λάθος, θα πρέπει να ερωτηθεί ξανά το άτομο που έγραψε την οδηγία και να αποσαφηνιστεί η εγκυρότητα της οδηγίας. Το λάθος ενδέχεται να υπάρχει σε οποιοδήποτε σημείο της γραπτής οδηγίας, για αυτό η οδηγίες είναι σημαντικό να ελέγχονται αυστηρά και συνολικά πριν από την εκτέλεσή τους. Επίσης, αν ο νοσηλευτής δεν αντιλαμβάνεται πλήρως το λόγο για τον οποίο δίνεται η νέα φαρμακευτική οδηγία, πρέπει να ρωτήσει τον αρμόδιο και να κατανοήσει πως συνδέεται με τη θεραπεία του αρρώστου.

Οδηγίες που συστήνουν τη χορήγηση φαρμάκων στα οποία ο ασθενής είναι γνωστό πως έχει αλλεργία, θα πρέπει να αμφισβητηθούν απευθείας από το νοσηλευτή. Όταν η οδηγία είναι δυσανάγνωστη, ακόμη και αν έχει προηγηθεί προφορική οδηγία, θα πρέπει να διευκρινιστεί με το θεράποντα ιατρό που τη συνέστησε. Κατά την προετοιμασία του φαρμάκου, είναι απαραίτητο να υπάρχει στο χώρο καλός φωτισμός, καμία άλλη παρέμβαση ή εξωτερικός παράγοντας που να αποσπά την προσοχή του προσωπικού, ενώ προτείνεται ο επαγγελματίας υγείας να πραγματοποιεί τη διαδικασία αυτή μόνος του για καλύτερη συγκέντρωση (Μήτσης και συν, 2012).

### **3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

Για την αποτελεσματική πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων απαιτούνται τα παρακάτω:

- Περιορισμός της μετάδοσης μικροβίων από ασθενή σε ασθενή μέσω της σωστής υγιεινής των χεριών, της χρήσης αντισηπτικών σκευασμάτων, της εφαρμογής ειδικών γαντιών με μία μόνο χρήση και προσεκτική απόρριψη αυτών μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης
- Μείωση των ενδογενών λοιμώξεων μέσα από περιορισμό των επεμβατικών πρακτικών

- Περιορισμένη χρήση αντιβιοτικών
- Επιτήρηση και παρακολούθηση των λοιμώξεων
- Προστασία των επαγγελματιών υγείας από τις λοιμώξεις
- Βελτίωση των διαδικασιών και τεχνικών υγειονομικής φροντίδας

Το σωστό πλύσιμο των χεριών περιλαμβάνει τον καθαρισμό των χεριών με σαπούνι και νερό ή με αντισηπτικό διάλυμα. Πρόκειται για σημαντική διαδικασία που πραγματοποιείται με σκοπό την απομάκρυνση των μικροβίων από τα χέρια (Abdella et al, 2014). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει για την υγιεινή των χεριών πως πρέπει να ακολουθείται η παρακάτω στρατηγική διαδικασία:

- Να υπάρχει αλκοολούχο διάλυμα στο χώρο όπου πραγματοποιείται η φροντίδα του αρρώστου
- Να υπάρχει συνεχής και εύκολη πρόσβαση σε νερό και σαπούνι, καθώς και χειροπετσέτες μιας χρήσης
- Να υπάρχει διαρκής υπενθύμιση και εκπαίδευση του προσωπικού για τη σωστή υγιεινή των χεριών
- Να επανελέγχεται και να αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του συστήματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα
- Να υπάρχει κλίμα ασφάλειας

Πέρα από το σωστό πλύσιμο των χεριών, πριν από κάθε άσηπτη τεχνική οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εφαρμόζουν αντισηψία των χεριών με τη χρήση αλκοολούχου αντισηπτικού διαλύματος. Η αντισηψία των χεριών αποσκοπεί κυρίως στην απομάκρυνση των μικροβίων από την περιοχή των χεριών. Το πλύσιμο των χεριών απαιτείται πριν και μετά από κάθε επαφή με τον ασθενή, κάθε άσηπτη ή καθαρή πρακτική, μετά από άμεση επαφή με τα βιολογικά υγρά του αρρώστου ή μετά την επαφή με τα αντικείμενα και το περιβάλλοντα χώρο του ασθενή (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

Στην πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων βοηθάει επίσης η χρήση των γαντιών και η αλλαγή αυτών έπειτα από κάθε διαδικασία και από ασθενή σε ασθενή. Τα γάντια

προσφέρουν προστασία στους ασθενείς από τη μετάδοση μικροβίων που υπάρχουν στα χέρια του επαγγελματία υγείας, καθώς και το προσωπικό από μικρόβια ή από την άμεση επαφή με τα βιολογικά υγρά του ασθενούς (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2014).

### **3.4. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Το χειρουργείο είναι ένας χώρος της υγείας που εμφανίζει πολλά περιστατικά σφαλμάτων και ανάπτυξης κινδύνων για την ασφάλεια των ασθενών. Για την εκτίμηση των στοιχείων ελέγχου ασφαλείας στο χειρουργείο, εφαρμόζεται συχνά μια λίστα ελέγχου, που δίνει τη δυνατότητα κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων να τηρηθούν σωστά και με ασφάλεια οι διάφορες διεργασίες.

Η λίστα ελέγχου μπορεί να βελτιώσει τις παρεμβάσεις και τα τελικά αποτελέσματα από την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στους ασθενείς. Αποσκοπεί αρχικά στο προσωπικό και στην αποτελεσματική διαχείριση κάθε διεργασίας κατά το χειρουργείο, και έπειτα στην ευρύτερη ασφάλεια των ασθενών. Άλλα συστήματα υγείας εφαρμόζουν τα ακόλουθα βήματα για την ασφάλεια των ασθενών στον τομέα της Χειρουργικής (Neily et al, 2012):

- Κλίμα ασφάλειας
- Προϊστάμενος και ομάδα υποστήριξης
- Ολιστική αντιμετώπιση των κινδύνων
- Ενίσχυση της αναφοράς των δυσμενών ή ανεπιθύμητων περιστατικών
- Συμμετοχή ασθενών και κοινού
- Ανταλλαγή μηνυμάτων, μάθηση και κατάρτιση
- Εφαρμογή λύσεων

Ένας σωστός σχεδιασμός για τις χειρουργικές διαδικασίες φαίνεται πως μπορεί να περιορίσει τη μετάδοση μικροβίων κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και να μειώσει τον κίνδυνο μόλυνσεων των ασθενών. Η κίνηση του προσωπικού κατά τη

διάρκεια του χειρουργείου μπορεί να αλλάζει τη σύνθεση της χειρουργικής ομάδας ανά διαστήματα, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη ομάδα προσωπικού που θα αποδίδει στα μέγιστα και θα μπορεί να εκπαιδεύσει και τους υπόλοιπους συναδέλφους.

Μελέτη των Blocker και συνεργατών (2017) αναφέρθηκε στη σημασία της σωστής κίνησης του προσωπικού κατά τη διαδικασία των ορθοπεδικών χειρουργείων. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν πως οι εναλλαγές των ρόλων μεταξύ του προσωπικού παρουσίασαν αυξημένες πιθανότητες για πρόκληση σφάλματος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Επομένως, προτάθηκε η σταθερότητα και σαφήνεια των καθηκόντων και ρόλων των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με τη θέση τους στον τομέα της ορθοπεδικής χειρουργικής, προκειμένου να εκπαιδευτεί το προσωπικό περισσότερο και να αναπτύξει τις κατάλληλες δεξιότητες και ικανότητες σχετικά με τον εκάστοτε ρόλο του.

Άλλη μελέτη των Panesar και συνεργατών (2013) πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της ασφάλειας των ασθενών στην ορθοπεδική χειρουργική. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως οι κυριότερες κατηγορίες σφαλμάτων που προκάλεσαν βλάβη στους ασθενείς αφορούσαν στην «εφαρμογή φροντίδας» και στη «συνεχή παρακολούθηση». Πολλά σφάλματα εμφανίστηκαν επίσης εξαιτίας της «αυτοτραυματικής συμπεριφοράς των ασθενών στα νοσοκομεία» και σχετικά με τον «έλεγχο μόλυνσης».

Συνεπώς, η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα πως υπάρχουν πολλές διαδικασίες κατά την εκτέλεση των ορθοπεδικών χειρουργείων που ενδέχεται να οδηγήσουν σε σφάλματα. Ωστόσο, υπάρχουν και αρκετές παρεμβάσεις που έχει αποδειχθεί πως μπορούν να βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών και είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν. Τα σφάλματα που μπορούν να αποφευχθούν με την εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων είναι σημαντικό να αποτραπούν, ώστε να ενισχυθεί στο σύνολο η ποιότητα της φροντίδας και η βελτιωμένη ασφάλεια των ασθενών.

Στη σημερινή εποχή, έχουν βρεθεί πολλά εργαλεία και τεχνικές που μπορούν να περιορίσουν τις βλάβες που προκύπτουν από τη κακή και απρόσεκτη φροντίδα των ορθοπεδικών ασθενών. Υπάρχουν επίσης ορισμένα πρότυπα για τη σωστή εφαρμογή φροντίδας σε ορθοπεδικά περιστατικά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Βαθμολογίες για την έγκαιρη προειδοποίηση σφάλματος και βελτιωμένα πρωτόκολλα

για την πρόληψη ή αντιμετώπιση των σφαλμάτων που οδηγούν σε βλάβες των ασθενών είναι διαθέσιμα προς εφαρμογή από τα αντίστοιχα τμήματα ορθοπεδικής χειρουργικής, με σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών αυτών (Haynes et al, 2009).

Υπάρχει επίσης μεγάλο ενδιαφέρον για την αυξημένη τάση των ορθοπεδικών περιστατικών να εμφανίζουν συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Έχουν μάλιστα γίνει πολλές συστάσεις για τα αντίστοιχα τμήματα να δίνουν προτεραιότητα στην πρόληψη και την παρακολούθηση των αυτοκτονικών τάσεων. Ένας ακόμη παράγοντας που συχνά επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών σε ορθοπεδικά τμήματα είναι τα περιστατικά ελέγχου λοιμώξεων και οι λοιμώξεις που προκύπτουν από την υγειονομική περίθαλψη. Η πρόληψη αυτών των λοιμώξεων αποτελεί πρωταρχικό μέλημα στο χώρο αυτό, στην προ-, περι- και μετεγχειρητική φάση των ορθοπεδικών ασθενών (Gardner-Thorpe et al, 2006).

Στην ορθοπεδική χειρουργική είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται άμεσα τα ιατρικά σφάλματα, καθώς μπορεί να προκαλέσουν ανεπανόρθωτη βλάβη στους ασθενείς. Έχουν εντοπιστεί ορισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη εμφάνιση σφαλμάτων, όπως είναι η ηλικία και η εμπειρία του ιατρού. Έχει επίσης αποδειχθεί πως ένας κατάλληλος στρατηγικός σχεδιασμός, με βελτιωμένες παρεμβάσεις και καλύτερη ηγεσία, μπορεί να βελτιώσει συνολικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας στην ορθοπεδική χειρουργική και να μειώσει τα σφάλματα και τις επακόλουθες βλάβες (Wong et al, 2009).

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ**

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί μια σημαντική πτυχή της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και της βελτιωμένης ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε οποιοδήποτε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Υπάρχουν μάλιστα πολλοί ορισμοί της ασφάλειας των ασθενών στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφέρεται πως η «ασφάλεια ασθενών υποδηλώνει τη μείωση σε ένα αποδεκτό ελάχιστο επίπεδο κινδύνου περιττής βλάβης



που σχετίζεται με την υγειονομική περίθαλψη». Το κλίμα ασφάλειας, που ορίζεται ως η συλλογική αντίληψη των εργαζομένων για τη σημασία της ασφάλειας στον οργανισμό τους, σχετίζεται με την ασφάλεια και την απόδοση των ασθενών και των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και με τους τραυματισμούς, την έκθεση και την ασφαλή εργασιακή συμμόρφωση μεταξύ του ιατρικού προσωπικού (An et al, 2017).

Στο χώρο της υγείας, το κλίμα ασφάλειας είναι ιδιαίτερα σημαντικό λόγω της ειδικής φύσης των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και των σχετικών ευθυνών των εργαζομένων να προστατεύουν τους ασθενείς από βλάβες κατά τη χρήση των υπηρεσιών. Η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται κρίσιμη συνιστώσα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Για τη βελτίωση του κλίματος ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη, ο ΠΟΥ ίδρυσε το 2004 την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ασφάλεια των Ασθενών, με στόχο την κινητοποίηση παγκόσμιων προσπαθειών για τη βελτίωση της ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς σε όλες τις χώρες μέλη του ΠΟΥ, θέτοντας στην ατζέντα την Ασφάλεια των Ασθενών.

Ο κύριος στόχος ήταν η ανάπτυξη της κουλτούρας για την ασφάλεια των ασθενών στους οργανισμούς υγείας, η οποία μπορεί να ενισχυθεί με τέτοιον τρόπο ώστε το εργατικό δυναμικό και οι διαδικασίες αυτών να μπορούν να επικεντρωθούν στη βελτίωση της αξιοπιστίας και της ασφάλειας της φροντίδας των ασθενών. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ασφάλεια των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της επίγνωσης του κινδύνου ανεπιθύμητων συμβάντων, αποτελούν σημαντικά στοιχεία της κουλτούρας ασφάλειας του οργανισμού (Kutaimy et al, 2018).

Η υψηλή επίγνωση της επαγγελματικής ασφάλειας, η ομαδική εργασία, η αξιολόγηση της κουλτούρας της επαγγελματικής ασφάλειας, καθώς και η ανάλυση και η εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα σφάλματα και τις βλάβες που προκύπτουν στο χώρο της υγείας, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών και να κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται πιο ασφαλής. Το κλίμα ασφάλειας δεν είναι μόνο σημαντικό για τη μείωση του κινδύνου πρόκλησης βλάβης στους ασθενείς, αλλά είναι επίσης βασικό για τη διασφάλιση ενός ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος για τους επαγγελματίες υγείας (Magalhães et al, 2017).

Σημαντική είναι φυσικά και η στρατηγική οργάνωση υπέρ της βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών στην ορθοπεδική χειρουργική, που ακόμη και σήμερα εμφανίζεται ένα μεγάλο αριθμό σφαλμάτων και επακόλουθων βλαβών. Απαιτείται άμεση παρέμβαση και σωστή αναπροσαρμογή της λειτουργίας και των στόχων της ορθοπεδικής, καθώς και άλλων τομέων στο χώρο της υγείας, προκειμένου να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια των ασθενών κατά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (Kutaimy et al, 2018).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Η έρευνα αυτή σκοπεύει στην διερεύνηση των στάσεων που έχουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα παρακάτω:

1. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα διαφέρουν αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία.
2. Υπάρχει σχέση μεταξύ του βαθμού συμφωνίας των παραγόντων που αναφέρονται στο τμήμα στο οποίο εργάζονται, στους προϊστάμενους – διευθυντές, στην επικοινωνία, στη συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν, στη βαθμολογία της ασφαλείας του ασθενή και το νοσοκομείο.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ**

Ο ερευνητής αποφάσισε να χρησιμοποιήσει ποσοτική έρευνα για να απαντήσει τα ερευνητικά ερωτήματα που έθεσε παραπάνω. Η ποσοτική έρευνα χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές όταν θέλουν να συγκεντρώσουν τις απόψεις των

συμμετεχόντων αναφορικά με ένα συγκεκριμένο θέμα. Για αυτό το λόγο ο ερευνητής αποφάσισε να πραγματοποιήσει την ποσοτική ανάλυση για να συγκεντρώσει ένα επαρκές πλήθος δεδομένων για να μελετήσει το συγκεκριμένο θέμα. Ακόμα, με την ποσοτική έρευνα ο ερευνητής θα συλλέξει μεγάλο πλήθος δεδομένων με εύκολο τρόπο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Αντιθέτως, η ποιοτική έρευνα είναι περισσότερο περιπλοκή στην διεξαγωγή της και χρειάζεται περισσότερο χρόνο. Επίσης, με την βοήθεια της ποσοτικής έρευνας τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευτούν και να εξαχθούν χρήσιμα αποτελέσματα για τον ερευνητή. Τέλος, ο ερευνητής αποφάσισε να πραγματοποιήσει την έρευνα σε μία και μόνο χρονική στιγμή λόγω χρόνου.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Από την χορήγηση του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν τα δεδομένα της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ενότητες. Αρχικά, για το ερευνητικό εργαλείο έγινε πιλοτική έρευνα σε 50 επαγγελματίες υγείας σε ορθοπαιδικά τμήματα. Η τιμή του ελέγχου ΚΜΟ ισούται με  $0.822 > 0.7$  και το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου σφαιρικότητας είναι μικρότερο του 5% (Παράρτημα Β, Πίνακας 1). Ακόμα, από την πιλοτική έρευνα οι έξι πρώτοι παράγοντες ερμηνεύουν το 59.4% της συνολικής διακύμανσης (Παράρτημα Β, Πίνακας 2). Τέλος, από την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 6 παράγοντες:

- Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε
- Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας
- Επικοινωνία
- Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν
- Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή
- Το νοσοκομείο σας

Στην συνέχεια ο ερευνητής δημιούργησε το τελικό ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 8 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από 18 δηλώσεις και εξετάζει τον βαθμό συμφωνίας των προτάσεων που αναφέρονται στο τμήμα στο οποίο εργάζονται. Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από 4 δηλώσεις και εξετάζει τον βαθμό συμφωνίας των προτάσεων που αναφέρονται στον προϊστάμενο - διευθυντή. Η τρίτη ενότητα αποτελείται από 6 δηλώσεις και εξετάζει τον βαθμό συμφωνίας των προτάσεων που αναφέρονται στην επικοινωνία. Η τέταρτη ενότητα αποτελείται από 3

δηλώσεις και εξετάζει τον βαθμό συμφωνίας των προτάσεων που αναφέρονται στην συχνότητα των συμβάντων. Η πέμπτη ενότητα εξετάζει την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή. Η έκτη αποτελείται από 11 δηλώσεις και εξετάζει τον βαθμό συμφωνίας των προτάσεων που αναφέρονται στο Νοσοκομείο. Η έβδομη ενότητα εξετάζει τον αριθμό συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει. Και η όγδοη αποτελείται από 11 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αναφέρονται στις πληροφορίες που αφορούν το υπόβαθρο του προσωπικού.

## **ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ**

Η συγκεκριμένη μελέτη έχει ως πληθυσμό τους επαγγελματίες υγείας των νοσοκομείων Άργους, Τζανείου και ΚΑΤ. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει λίστα με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία να γνωστοποιείται στο ευρύτερο κοινό, η επιλογή του δείγματος έγινε με τον συνδυασμό δύο ειδών δειγματοληψίας της δειγματοληψίας ευκολίας και της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας.

Με αυτά τα δύο είδη δειγματοληψίας ο ερευνητής δεν επιλέγει το δείγμα του με τυχαίο τρόπο οπότε τα δεδομένα δεν μπορούν να γενικευτούν. Όμως αυτά τα δύο είδη δειγματοληψίας είναι χρήσιμα όταν είναι δύσκολος ο εντοπισμός δείγματος και όταν υπάρχουν μικρά χρονικά όρια. Έτσι με την δειγματοληψία ευκολίας μπορείς να εντοπίσεις άτομα του δείγματος που είναι συγγενείς, φίλοι σου ή γνωστοί σου και με την δειγματοληψία της χιονοστιβάδας μπορεί ο ερευνητής να εντοπίσει άτομα που είναι άγνωστα προς αυτόν αλλά είναι γνωστά άλλων συμμετεχόντων της συγκεκριμένης έρευνας. Το συνολικό δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 225 εργαζομένους σε ορθοπαιδικά τμήματα.

## **ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Ο ερευνητής ύστερα από την απόφαση του να πραγματοποιήσει ποσοτική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου για να απαντήσει τα ερευνητικά ερωτήματα, κατασκεύασε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο στην Google form. Στην αρχή υπήρχε ένα εισαγωγικό σημείωμα, με το οποίο ο ερευνητής διαβεβαίωνε τους συμμετέχοντες

ότι θα τηρηθεί με ευλάβεια όλη η ηθική δεοντολογία της έρευνας και στην συνέχεια υπήρχε ερώτηση αν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

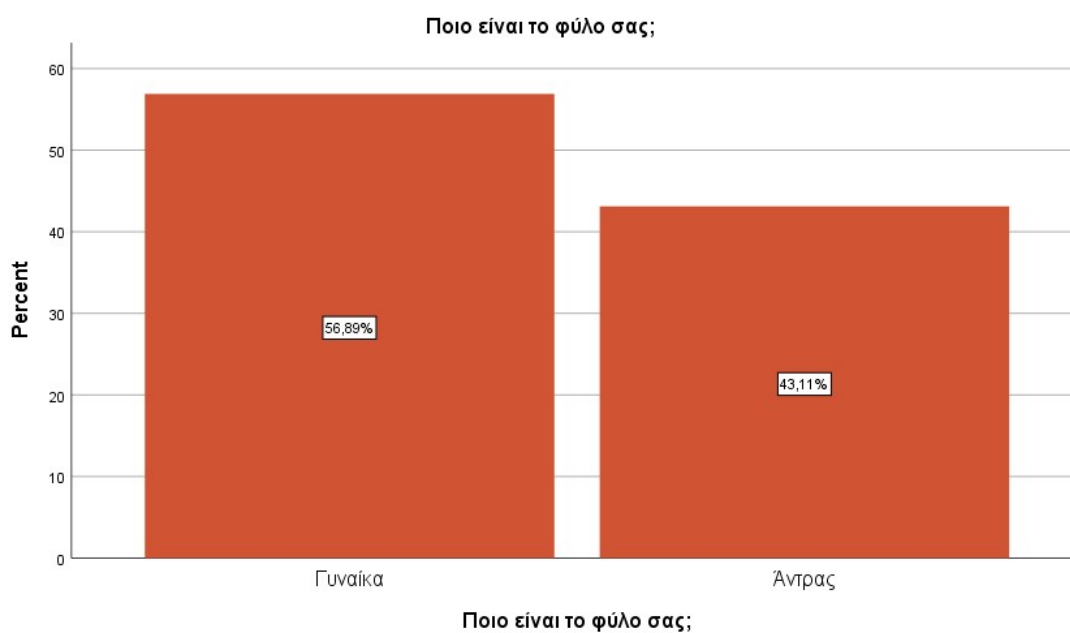
Όταν ο ερευνητής αποφάσισε να κλείσει το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο κατέβασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε μορφή excel. Στην συνέχεια, κωδικοποίησε τα δεδομένα και τα μετέφερε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 25. Με την βοήθεια του συγκεκριμένου στατιστικού προγράμματος πραγματοποιήθηκε η περιγραφική ανάλυση και απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα.

## **ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο ερευνητής από την αρχή ως το τέλος της έρευνας ακολούθησε πιστά την ερευνητική δεοντολογία. Αρχικά ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για τον σκοπό της έρευνας και την σημαντικότητά της και προφορικά και γραπτά με σκοπό να λάβουν μέρος μόνο όσοι από αυτούς επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Στην συνέχεια, ο ερευνητής διαβεβαίωσε τους συμμετέχοντες ότι δεν θα δημοσιευτούν τα προσωπικά τους στοιχεία και θα υπάρξει εμπιστευτικότητα στις απαντήσεις τους. Ακόμα, ο ερευνητής ενημέρωσε τους συμμετέχοντες ότι όποτε επιθυμούν μπορούν να διακόψουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χωρίς να έχουν κάποια επίπτωση. Τέλος, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από τον ερευνητή ότι η ανάλυση και η παρουσίαση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί με ειλικρίνεια και διαφάνεια χωρίς καμία αλλοίωση των αποτελεσμάτων.

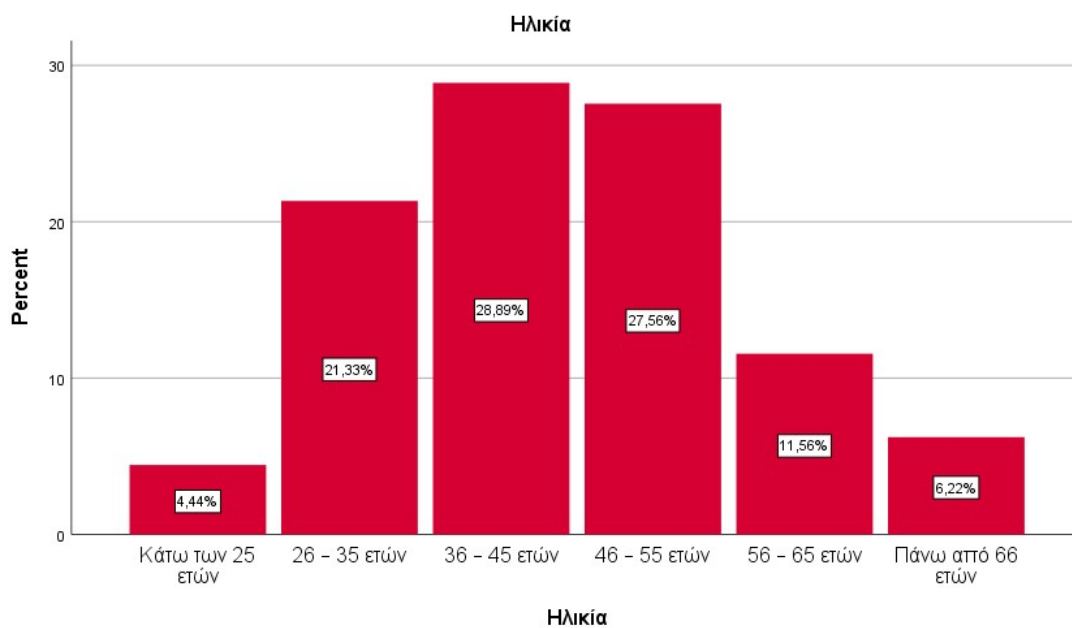
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 225 επαγγελματίες υγείας στα ορθοπεδικά τμήματα. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες (N=128, 56.9%) και το 43.1% των συμμετεχόντων ήταν άντρες.



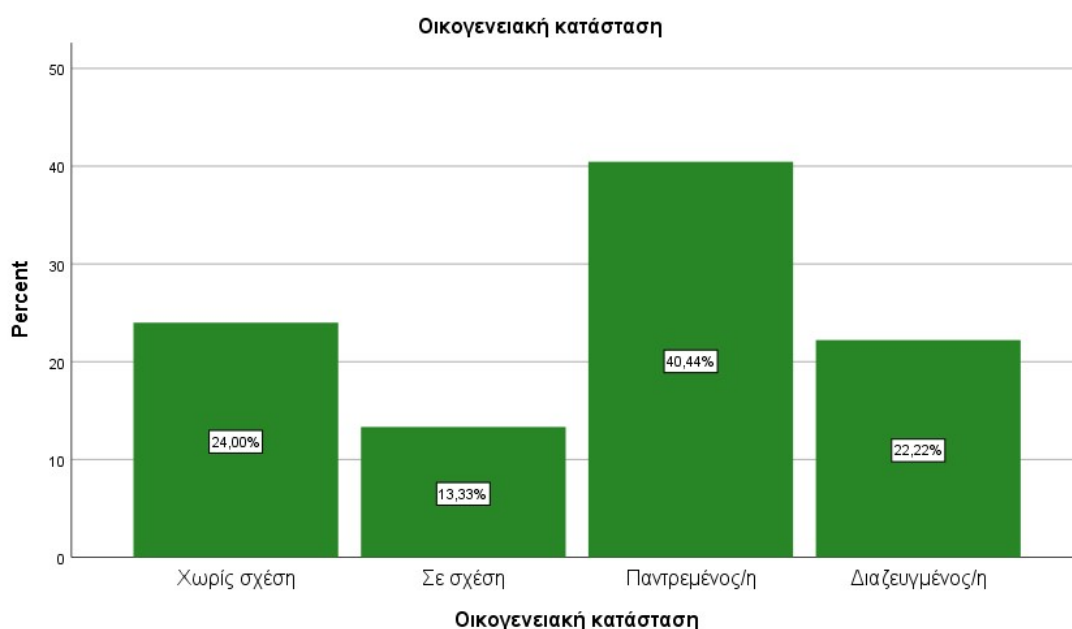
### Διάγραμμα 1: Φύλο

Από το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν ηλικία από 36 – 45 ετών (N=65, 28.9%). Το 27.6% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 46 – 55 ετών, το 21.3% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 26 – 35 ετών, το 11.6% αυτών είχαν ηλικία από 56 – 65 ετών, το 6.2% αυτών είχαν ηλικία πάνω από 66 ετών και το 4.4% αυτών είχαν ηλικία κάτω των 25 ετών.



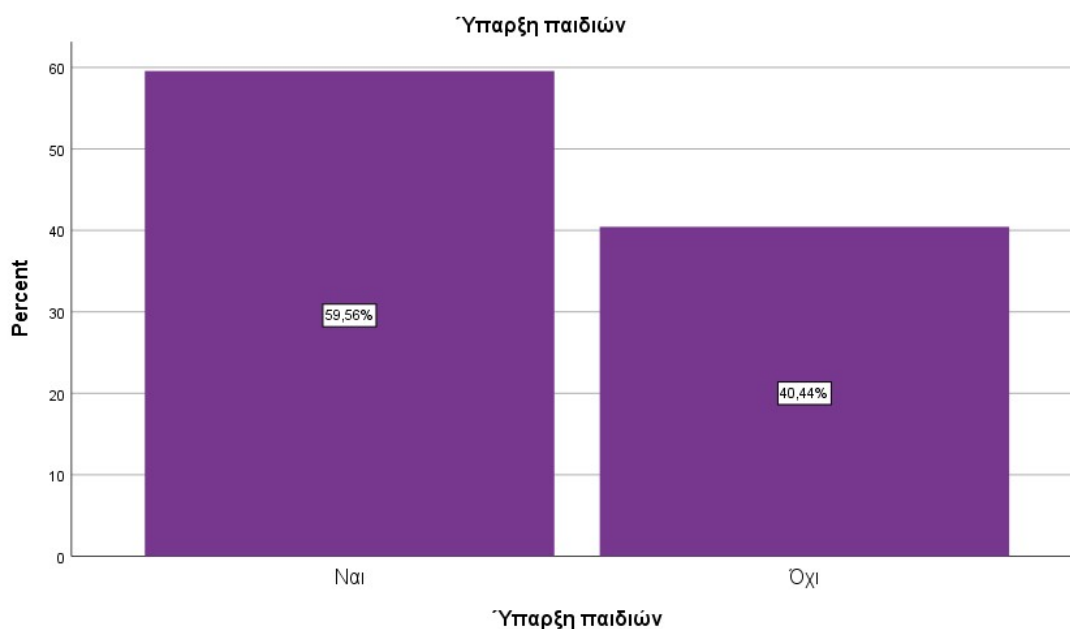
**Διάγραμμα 2: Ηλικία**

Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν παντρεμένοι (N=91, 40.4%). Το 24% των συμμετεχόντων ήταν χωρίς σχέση, το 22.2% αυτών ήταν διαζευγμένοι και το 13.3% αυτών ήταν σε σχέση.



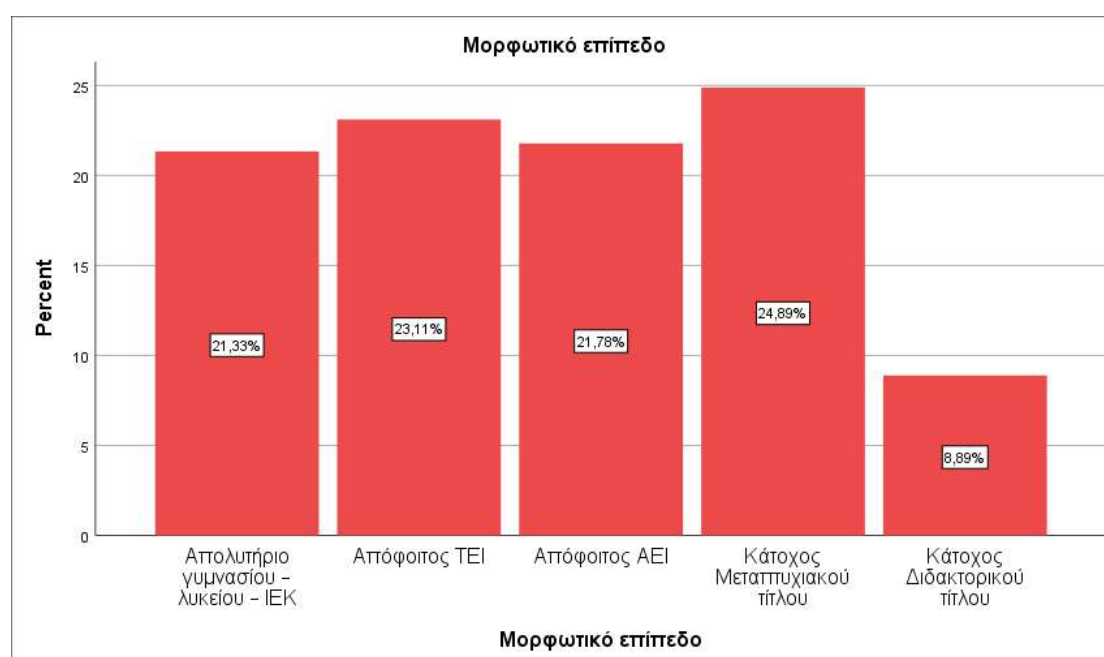
**Διάγραμμα 3: Οικογενειακή σχέση**

Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν στην έρευνα έχουν παιδιά (N=134, 59.6%) και το 40.4% αυτών δεν έχουν παιδιά.



**Διάγραμμα 4: Υπαρξη παιδιών**

Από το διάγραμμα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου (N=56, 24.9%). Το 23.1% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, το 21.8% αυτών ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, το 21.3% αυτών ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου – Λυκείου - ΙΕΚ και το 8.9% αυτών ήταν κάτοχοι Διδακτορικού τίτλου.





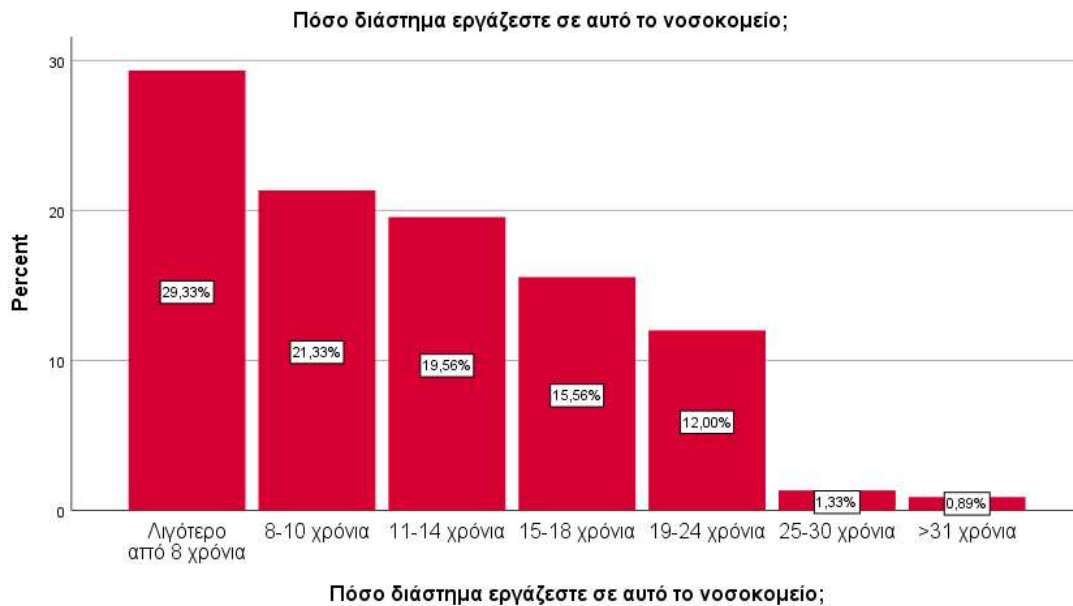
### Διάγραμμα 5: Μορφωτικό επίπεδο

Στο διάγραμμα 6 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εργάζονταν στο νοσοκομείο «ΚΑΤ» (N=133, 59.1%). Το 29.3% των συμμετεχόντων εργάζονταν στο νοσοκομείο «Τζάνειο», το 11.6% αυτών εργάζονταν στο νοσοκομείο Άργους.



### Διάγραμμα 6: Νοσοκομείο εργασίας

Από το διάγραμμα 7 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο λιγότερο από 8 χρόνια (N=66, 29.3%). Το 21.3% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο από 8 – 10 χρόνια, το 19.6% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο από 11 – 14 χρόνια, το 15.6% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο από 15 – 18 χρόνια, το 12% αυτών εργάζονται στο νοσοκομείο από 19 – 24 χρόνια, το 1.3% αυτών εργάζονται στο νοσοκομείο από 25 – 30 χρόνια και το 0.9% αυτών εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο πάνω από 31 χρόνια.



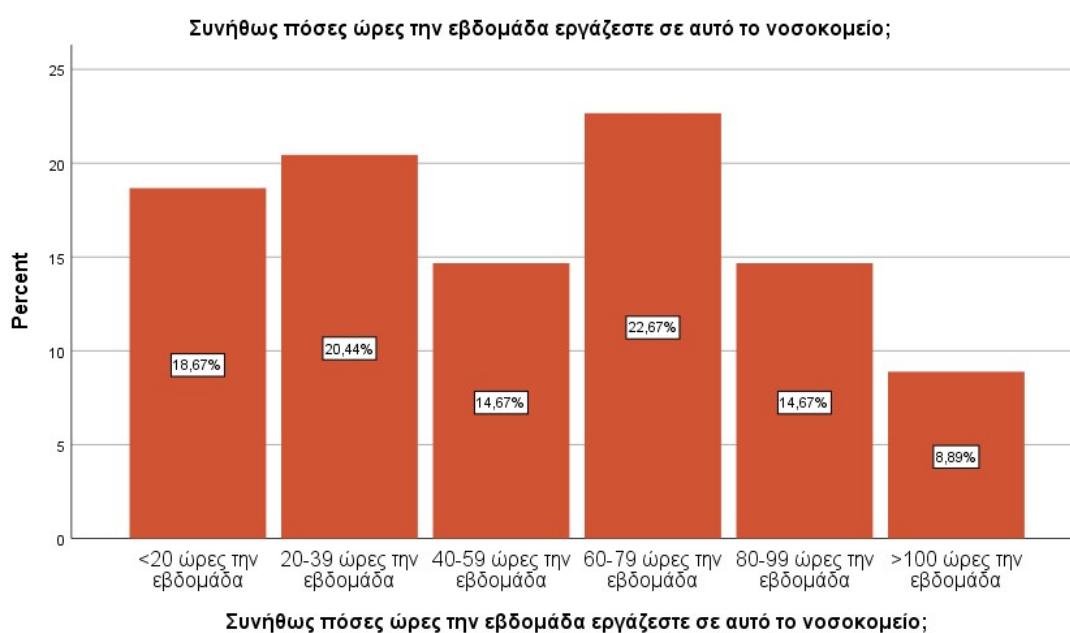
### Διάγραμμα 7: Χρονικό διάστημα εργασίας σε αυτό το νοσοκομείο

Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα από 1 – 5 χρόνια (N=62, 27.6%). Το 23.1% των συμμετεχόντων εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα από 6 – 10 χρόνια, το 18.7% των συμμετεχόντων εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα από 11 – 15 χρόνια, το 16.9% των συμμετεχόντων εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα από 16 – 20 χρόνια, το 7.1% των συμμετεχόντων εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα λιγότερο από 1 χρόνο και το 6.7% αυτών εργάζονται στο ορθοπεδικό τμήμα περισσότερο από 21 χρόνια.



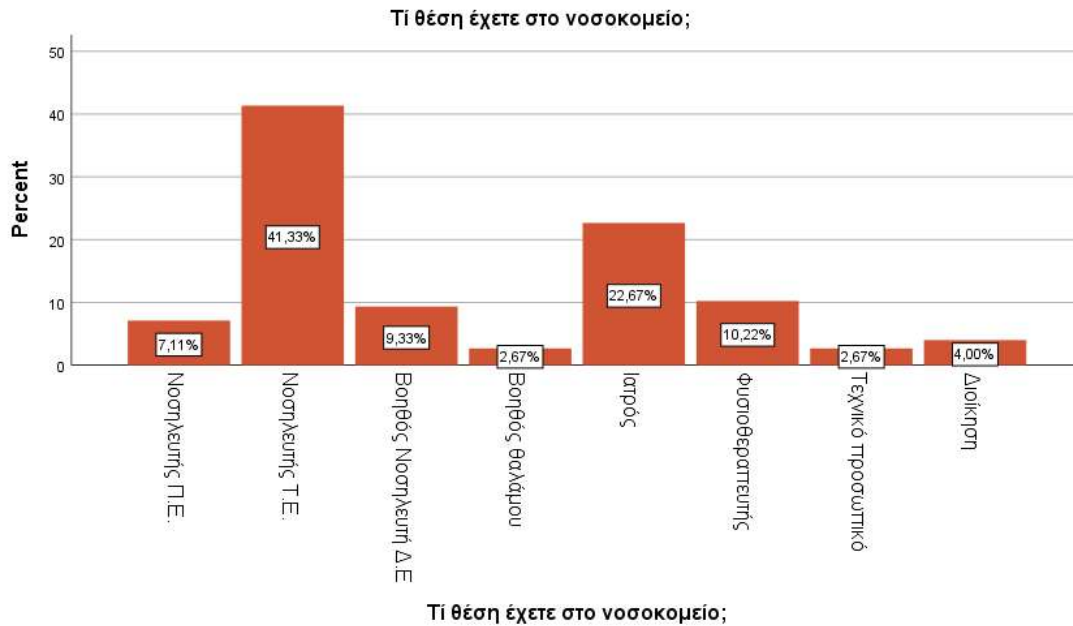
### Διάγραμμα 8: Χρονικό διάστημα εργασίας στο ορθοπεδικό τμήμα

Από το διάγραμμα 9 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο από 60 – 79 ώρες την εβδομάδα (N=51, 22.7%). Το 20.4% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο από 20 – 39 ώρες την εβδομάδα, το 18.7% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα, το 14.7% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο είτε από 40 - 59 ώρες την εβδομάδα, είτε από 80 – 99 ώρες την εβδομάδα και το 8.9% αυτών ανέφεραν ότι εργάζονται σε αυτό το νοσοκομείο περισσότερο από 100 ώρες την εβδομάδα.



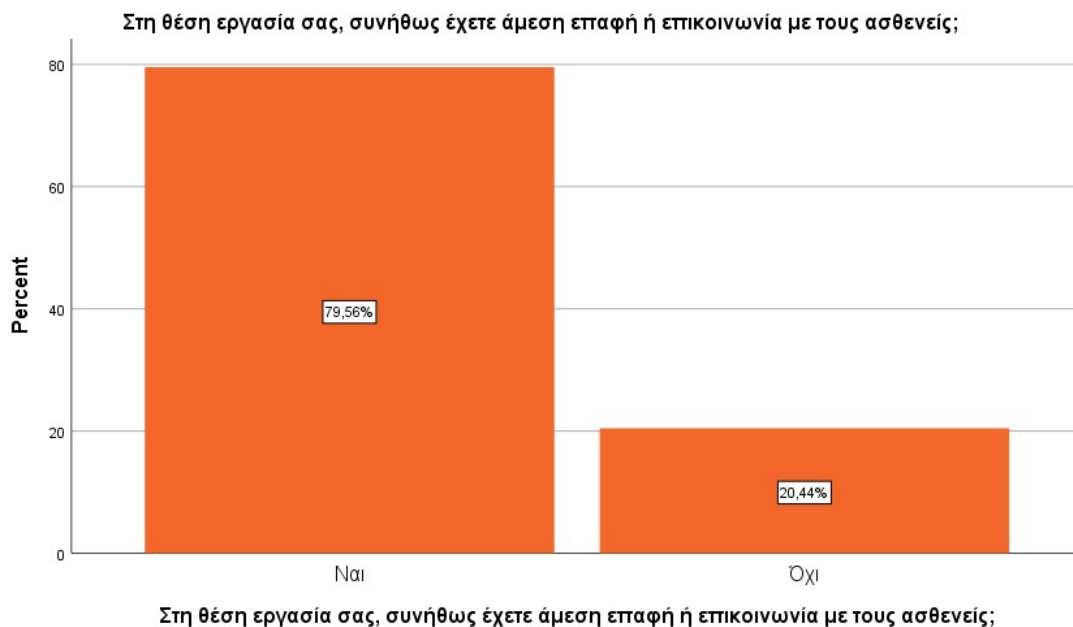
### **Διάγραμμα 9: Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα**

Από το διάγραμμα 10 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι εργάζονται ως νοσηλευτές Τ.Ε. (N=93, 41.3%) και το 22.7% αυτών ανέφεραν ότι εργάζονται ως ιατροί.



### Διάγραμμα 10: Θέση εργασίας

Στο διάγραμμα 11 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς (N=179, 79.6%) και το 20.4% αυτών δεν έχουν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς.



### Διάγραμμα 11: Άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς

Από το διάγραμμα 12 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί και υποβληθεί 1 – 2 αναφορές συμβάντων κατά τους τελευταίους 12 μήνες (N=61, 27.1%). Το 20.9% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί

και υποβληθεί 3 – 5 αναφορές συμβάντων, το 16.9% αυτών δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί και υποβληθεί 6 – 10 αναφορές συμβάντων, το 13.3% αυτών δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί και υποβληθεί 11 – 20 αναφορές συμβάντων, το 11.6% αυτών δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί και υποβληθεί 21 ή περισσότερες αναφορές συμβάντων και το 10.2% αυτών δήλωσαν πως δεν έχει συνταχθεί και υποβληθεί καμία αναφορά συμβάντων.



### Διάγραμμα 12: Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί κατά τους τελευταίους 12 μήνες

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως έχουν αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουν το φόρτο εργασίας και να φροντίσουν σωστά τον ασθενή (N=100, 44.4%), πως αναπτύσσουν δραστηριότητες και παίρνουν μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή (N=81, 36%), πως όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολλή δουλειά, οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει (N=70, 31.1%) και πως όταν εφαρμόζουν αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούν στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους (N=70, 31.1%). Ακόμα οι περισσότεροι εργαζόμενοι διαφωνούν πως όταν αναφέρεται ένα “συμβάν” υπάρχει η εντύπωση ότι κατηγορείται ο εργαζόμενος αντί να καταγράφεται το πρόβλημα καθαυτό (N=69, 30.7%), πως οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουν είναι αποτελεσματικά όσον αφορά στην πρόληψη λαθών (N=69, 30.7%), πως τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές προς όφελος του ασθενή (N=65,

28.9%), πως εργάζονταν σαν να υπάρχει “επείγουσα ανάγκη”, προσπαθώντας να κάνουν υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα για να τα προλάβουν όλα (N=60, 26.7%) και πως έχουν προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών (N=58, 25.8%).

Ακόμα από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως όταν έχουν πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργάζονται ομαδικά για να την τελειώσουν (N=84, 37.3%).

Έπειτα από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία (N=113, 50.2%), πως το προσωπικό δεν επαρκεί και δουλεύει με υπερωρίες για να καταφέρει τη σωστή φροντίδα του ασθενή (N=109, 48.4%) και πως χρησιμοποιούν περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή (N=106, 47.1%). Ακόμα από πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο (N=99, 44%), πως είναι θέμα τύχης που δε συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ (N=79, 35.1%), πως το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο (N=75, 33.3%), πως οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό (N=68, 30.2%) και πως το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος του (N=65, 28.9%).

Πίνακας 1: Βαθμός συμφωνίας για το τμήμα εργασίας

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο	19	9.4%	39	17.3%	39	17.3%	<b>99</b>	<b>44%</b>	29	12.9%
Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας και να φροντίσουμε σωστά τον ασθενή	27	12%	<b>100</b>	<b>44.4%</b>	62	27.6%	36	16%	0	0%
Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την	28	12.4%	40	17.8%	<b>84</b>	<b>37.3%</b>	47	20.9%	26	11.6%

τελειώσουμε										
Οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	24	10.7%	52	23.1%	51	22.7%	<b>68</b>	<b>30.2%</b>	30	13.3%
Το προσωπικό δεν επαρκεί και δουλεύει με υπερωρίες για να καταφέρει τη σωστή φροντίδα του ασθενή	0	0%	2	0.9%	38	16.9%	<b>109</b>	<b>48.4%</b>	76	33.8%
Αναπτύσσουμε δραστηριότητες και παίρνουμε μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	37	16.4%	<b>81</b>	<b>36%</b>	38	16.9%	45	20%	24	10.7%
Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	12	5.3%	33	14.7%	31	13.8%	<b>106</b>	<b>47.1%</b>	43	19.1%
Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος του	39	17.3%	37	16.4%	44	19.6%	<b>65</b>	<b>28.9%</b>	40	17.8%
Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ, προς όφελος του ασθενή	36	16%	<b>65</b>	<b>28.9%</b>	41	18.2%	54	24%	29	12.9%
Είναι θέμα τύχης που δε συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	12	5.3%	48	21.3%	52	23.1%	<b>79</b>	<b>35.1%</b>	34	15.1%
Όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολλή δουλειά, οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει	19	8.4%	<b>70</b>	<b>31.1%</b>	44	19.6%	54	24%	38	16.9%
Όταν αναφέρεται ένα “συμβάν” υπάρχει η εντύπωση ότι κατηγορείται ο εργαζόμενος αντί να καταγράφεται το πρόβλημα καθαυτό	34	15.1%	<b>69</b>	<b>30.7%</b>	63	28%	39	17.3%	20	8.9%
Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του	59	26.2%	<b>70</b>	<b>31.1%</b>	37	16.4%	32	14.2%	27	12%

ασθενή, αξιολογούμε στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους										
Εργαζόμαστε να υπάρχει “επείγουσα ανάγκη”, προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα για να τα προλάβουμε όλα	70	31.1%	<b>60</b>	<b>26.7%</b>	36	16%	28	12.4%	31	13.8%
Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	1	0.4%	27	12%	41	18.2%	<b>113</b>	<b>50.2%</b>	43	19.1%
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	26	11.6%	45	20%	46	20.4%	<b>75</b>	<b>33.3%</b>	33	14.7%
Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών	28	12.4%	<b>58</b>	<b>25.8%</b>	51	22.7%	56	24.9%	32	14.2%
Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	31	13.8%	<b>69</b>	<b>30.7%</b>	53	23.6%	50	22.2%	22	9.8%

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα διαφωνούν πως προϊστάμενος τους/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή (N=112, 49.8%) και πως κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος τους /διευθυντής θέλει να δουλεύουν ταχύτερα ακόμη και αν αυτό σημαίνει μειωμένη ασφάλεια των ασθενών (N=95, 42.2%). Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως ο προϊστάμενος τους /διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή (N=84, 37.3%). Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως ο προϊστάμενος τους



/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή (N=59, 26.2%).

Πίνακας 2: Ο προϊστάμενος / Διευθυντής

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή	24	10.7%	58	25.8%	<b>84</b>	<b>37.3%</b>	35	15.6%	24	10.7%
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	24	10.7%	50	22.2%	52	23.1%	<b>59</b>	<b>26.2%</b>	40	17.8%
Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος μου/διευθυντής θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη και αν αυτό σημαίνει μειωμένη ασφάλεια των ασθενών	40	17.8%	<b>95</b>	<b>42.2%</b>	58	25.8%	27	12%	5	2.2%
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή	17	7.6%	<b>112</b>	<b>49.8%</b>	48	21.3%	36	16%	12	5.3%

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν πως το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του (N=78, 34.7%), πως το προσωπικό διστάζει και φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό(N=75, 33.3%) και πως ενημερώνονται για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα (N=71, 31.6%).

Ακόμα, από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως τους ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων (N=73, 32.4%) και πως το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει τις αναφορές συμβάντων (N=68, 30.2%). Τέλος, από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως στο τμήμα τους εξετάζουν και συζητούν τρόπους για να αποφύγουν την επανάληψη λαθών (N=68, 30.2%).

Πίνακας 3: Επικοινωνία

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων	14	6.2%	60	26.7%	<b>73</b>	<b>32.4%</b>	62	27.6%	16	7.1%
Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει τις αναφορές συμβάντων	22	9.8%	61	27.1%	<b>68</b>	<b>30.2%</b>	43	19.1%	31	13.8%
Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα	18	8%	<b>71</b>	<b>31.6%</b>	51	22.7%	66	29.3%	19	8.4%
Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του	104	46.2%	<b>78</b>	<b>34.7%</b>	28	12.4%	13	5.8%	2	0.9%
Στο τμήμα μας εξετάζουμε και συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών	17	7.6%	48	21.3%	62	27.6%	<b>68</b>	<b>30.2%</b>	30	13.3%
Το προσωπικό διστάζει και φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό	67	29.8%	<b>75</b>	<b>33.3%</b>	35	15.6%	22	9.8%	26	11.6%

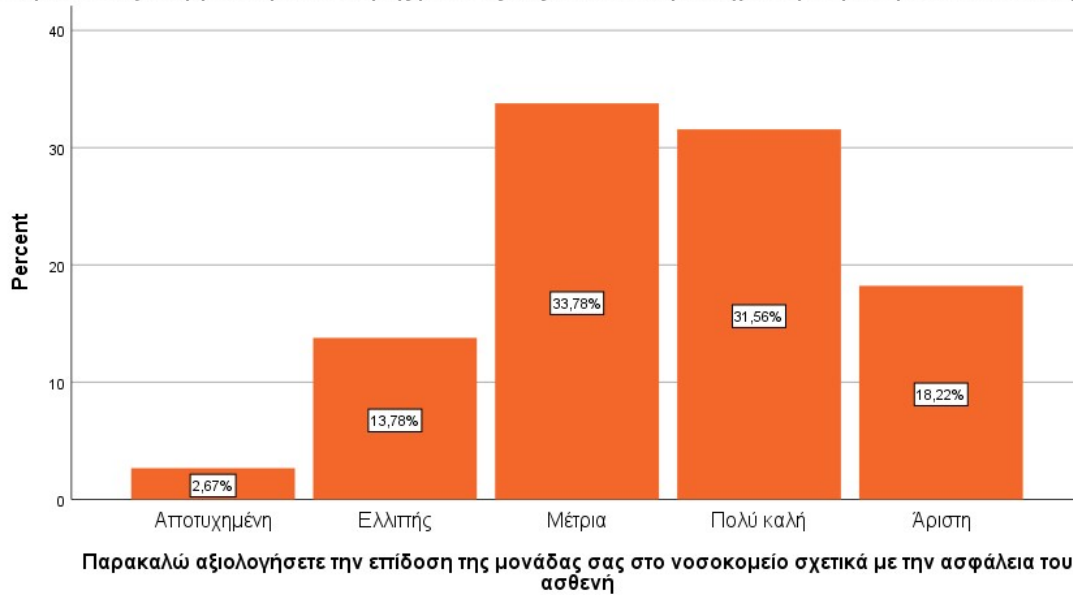
Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι σπάνια αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή (N=85, 37.8%) και ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε (N=70, 31.1%). Τέλος από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συχνά αναφέρουν ένα λάθος που έχει γίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή (N=62, 27.6%).

Πίνακας 3: Συχνότητα συμβάντων

	Ποτέ		Σπάνια		Αρκετά		Συχνά		Πολύ συχνά	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;	28	12.4%	52	23.1%	51	22.7%	<b>62</b>	<b>27.6%</b>	32	14.2%
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή;	41	18.2%	<b>85</b>	<b>37.8%</b>	43	19.1%	40	17.8%	16	7.1%
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;	60	26.7%	<b>70</b>	<b>31.1%</b>	45	20%	31	13.8%	19	8.4%

Από το διάγραμμα 14 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν μέτρια την επίδοση της μονάδας τους στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή (N=76, 33.8%). Το 31.6% των συμμετεχόντων θεωρούν πολύ καλή την επίδοση της μονάδας τους στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, το 18.2% των συμμετεχόντων θεωρούν άριστη την επίδοση της μονάδας τους στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή, το 13.8% των συμμετεχόντων θεωρούν ελλιπή την επίδοση της μονάδας τους στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και το 2.7% αυτών θεωρούν αποτυχημένη την επίδοση της μονάδας τους στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.

Παρακαλώ αξιολογήστε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή



#### Διάγραμμα 14: Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή

Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς (N=95, 42.2%), πως τα τμήματα του νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους (N=89, 39.6%) και πως μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς (N=87, 38.7%). Ακόμα, από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μία μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες και ξεφεύγουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους (N=81, 36%), πως δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου με σοβαρές συνέπειες (N=81, 36%) και πως υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ εκείνων των μονάδων του νοσοκομείου που χρειάζονται να δουλεύουν συλλογικά (N=55, 24.4%).

Ακόμα, από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη (N=89, 39.6%), πως οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα (N=80, 35.6%), πως η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν (N=79,

35.1%), πως η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών (N=71, 31.6%) και πως συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας (N=61, 27.1%).

Πίνακας 5: Το νοσοκομείο

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών	28	12.4%	66	29.3%	<b>71</b>	<b>31.6%</b>	47	20.9%	13	5.8%
Τα τμήματα του νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους	34	15.1%	<b>89</b>	<b>39.6%</b>	88	39.1%	14	6.2%	0	0%
Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μία μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες και ξεφεύγουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους	43	19.1%	<b>81</b>	<b>36%</b>	44	19.6%	39	17.3%	18	8%
Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ εκείνων των μονάδων του νοσοκομείου που χρειάζονται να δουλεύουν συλλογικά	54	24%	<b>55</b>	<b>24.4%</b>	45	20%	47	20.9%	24	10.7%
Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας	32	14.2%	37	16.4%	<b>61</b>	<b>27.1%</b>	54	24%	41	18.2%
Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη	24	10.7%	74	32.9%	<b>89</b>	<b>39.6%</b>	35	15.6%	3	1.3%
Συχνά δημιουργούνται διάφορα	46	20.4%	<b>81</b>	<b>36%</b>	55	24.4%	31	13.8%	12	5.3%

προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου με σοβαρές συνέπειες										
Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα	33	14.7%	72	32%	<b>80</b>	<b>35.6%</b>	27	12%	13	5.8%
Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν	12	5.3%	69	30.7%	<b>79</b>	<b>35.1%</b>	46	20.4%	19	8.4%
Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς	65	28.9%	<b>87</b>	<b>38.7%</b>	54	24%	13	5.8%	6	2.7%
Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς	22	9.8%	<b>95</b>	<b>42.2%</b>	76	33.8%	29	12.9%	3	1.3%

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann–Whitney ανάμεσα στο φύλο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 6 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 6: Έλεγχος Mann – Whitney ανάμεσα στο φύλο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Ποιο είναι το φύλο σας;	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U	df
--	-------------------------	---	-----------	--------------	---	----

Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Γυναίκα	128	108,30	13863,00	5607	0.212
	Άνδρας	97	119,20	11562,00		
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Γυναίκα	128	118,41	15157,00	5515	0.144
	Άνδρας	97	105,86	10268,00		
	Total	225				
Επικοινωνία	Γυναίκα	128	119,27	15266,00	5406	0.093
	Άνδρας	97	104,73	10159,00		
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Γυναίκα	128	112,00	14336,50	6080.5	0.790
	Άνδρας	97	114,31	11088,50		
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Γυναίκα	128	117,79	15076,50	5595.5	0.201
	Άνδρας	97	106,69	10348,50		
	Total	225				

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 7: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Ηλικία	N	Mean Rank	H	df	sig
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Κάτω των 25 ετών	10	129,20	7.110	5	0.213
	26 – 35 ετών	48	126,07			
	36 – 45 ετών	65	105,68			
	46 – 55 ετών	62	100,49			
	56 – 65 ετών	26	127,35			

	Πάνω από 66 ετών	14	119,32			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Κάτω των 25 ετών	10	131,15	5.745	5	0.332
	26 – 35 ετών	48	98,41			
	36 – 45 ετών	65	107,95			
	46 – 55 ετών	62	120,19			
	56 – 65 ετών	26	126,73			
	Πάνω από 66 ετών	14	116,21			
	Total	225				
Επικοινωνία	Κάτω των 25 ετών	10	140,45	2.674	5	0.750
	26 – 35 ετών	48	108,40			
	36 – 45 ετών	65	108,48			
	46 – 55 ετών	62	117,19			
	56 – 65 ετών	26	113,25			
	Πάνω από 66 ετών	14	111,11			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Κάτω των 25 ετών	10	116,75	0.475	5	0.993
	26 – 35 ετών	48	110,42			
	36 – 45 ετών	65	113,85			
	46 – 55 ετών	62	111,47			
	56 – 65 ετών	26	112,63			
	Πάνω από 66 ετών	14	122,71			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Κάτω των 25 ετών	10	131,10	2.063	5	0.840
	26 – 35 ετών	48	103,80			



	36 – 45 ετών	65	116,82			
	46 – 55 ετών	62	114,06			
	56 – 65 ετών	26	110,25			
	Πάνω από 66 ετών	14	114,25			
	Total	225				

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και στην επικοινωνία ( $H_3 = 13.098, p < 0.05$ ). Πιο συγκεκριμένα οι διαζευγμένοι συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς που δεν έχουν σχέση για τον τρόπο επικοινωνίας στον εργασιακό τους χώρο.

Ακόμα, από τον πίνακα 8 προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και στο κλίμα που υπάρχει στο τμήμα που εργάζονται ( $H_3 = 8.512, p < 0.05$ ). Πιο συγκεκριμένα, οι παντρεμένοι ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από το κλίμα που υπάρχει στο ορθοπεδικό τμήμα σε σχέση με τους διαζευγμένους.

*Πίνακας 8: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>sig</b>
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Χωρίς σχέση	54	103,18	8.512	3	0.037
	Σε σχέση	30	122,18			
	Παντρεμένος/η	91	125,18			
	Διαζευγμένος/η	50	95,93			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Χωρίς σχέση	54	100,96	4.946	3	0.176
	Σε σχέση	30	104,05			
	Παντρεμένος/η	91	115,59			

	Διαζευγμένος/η	50	126,66			
	Total	225				
Επικοινωνία	Χωρίς σχέση	54	95,22	13.098	3	0.004
	Σε σχέση	30	106,27			
	Παντρεμένος/η	91	111,18			
	Διαζευγμένος/η	50	139,55			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Χωρίς σχέση	54	110,25	1.069	3	0.784
	Σε σχέση	30	104,17			
	Παντρεμένος/η	91	117,31			
	Διαζευγμένος/η	50	113,42			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Χωρίς σχέση	54	103,00	4.701	3	0.195
	Σε σχέση	30	102,53			
	Παντρεμένος/η	91	114,35			
	Διαζευγμένος/η	50	127,62			
	Total	225				

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 9 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών των συμμετεχόντων και στην επικοινωνία ( $U = 4961.5$ ,  $p < 0.05$ ). Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν παιδιά συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς που δεν έχουν για τον τρόπο επικοινωνίας στον εργασιακό τους χώρο.

*Πίνακας 9: Έλεγχος Mann – Whitney ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Ύπαρξη παιδιών	N	Mean Rank	U	sig
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Ναι	134	117,53	5490.5	0.204
	Όχι	91	106,34		
	Total	225			

Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Ναι	134	113,90	5976	0.797
	Όχι	91	111,67		
	Total	225			
Επικοινωνία	Ναι	134	121,47	4961.5	0.016
	Όχι	91	100,52		
	Total	225			
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Ναι	134	113,93	5973	0.794
	Όχι	91	111,64		
	Total	225			
Το νοσοκομείο	Ναι	134	115,22	5799	0.530
	Όχι	91	109,73		
	Total	225			

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 10: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>sig</b>
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ	48	104,29	2.060	5	0.841
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	116,94			
	Απόφοιτος ΑΕΙ	49	119,73			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	56	110,96			
	Κάτοχος Διδακτορικού	20	112,88			

	τίτλου					
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ	48	120,65	3.196	5	0.674
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	118,55			
	Απόφοιτος ΑΕΙ	49	116,98			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	56	111,95			
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	20	73,43			
	Total	225				
Επικοινωνία	Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ	48	99,98	3.805	5	0.578
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	120,38			
	Απόφοιτος ΑΕΙ	49	128,87			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	56	109,55			
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	20	95,85			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ	48	100,51	5.593	5	0.348
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	110,56			
	Απόφοιτος ΑΕΙ	49	109,12			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	56	126,47			
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	20	121,10			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ	48	122,53	2.210	5	0.819
	Απόφοιτος ΤΕΙ	52	116,30			
	Απόφοιτος ΑΕΙ	49	122,40			

	Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου	56	104,65			
	Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	20	81,90			
	Total	225				

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 11 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 11: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε;	N	Mean Rank	H	df	sig
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Γενικό Νοσοκομείο Αργους	26	109,83	1.752	2	0.416
	Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»	66	121,88			
	Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»	133	109,21			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Γενικό Νοσοκομείο Αργους	26	114,21	0.725	2	0.696
	Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»	66	107,41			
	Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»	133	115,54			
	Total	225				
Επικοινωνία	Γενικό Νοσοκομείο Αργους	26	105,21	1.292	2	0.524
	Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»	66	108,03			
	Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»	133	116,99			
	Total	225				
Συχνότητα	Γενικό Νοσοκομείο	26	96,56	3.403	2	0.182

συμβάντων που αναφέρθηκαν	Άργους					
	Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»	66	123,08			
	Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»	133	111,21			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Γενικό Νοσοκομείο Άργους	26	106,23	1.920	2	0.383
	Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»	66	105,69			
	Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»	133	117,95			
	Total	225				

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα ανάμεσα στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 12 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 12: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στα έτη εργασίας στο νοσοκομείο εργασίας των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Πόσο διάστημα εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο;	N	Mean Rank	H	df	sig
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Λιγότερο από 8 χρόνια	66	120,82	10.283	6	0.131
	8-10 χρόνια	48	100,32			
	11-14 χρόνια	44	116,86			
	15-18 χρόνια	35	121,67			
	19-24 χρόνια	27	112,07			
	25-30 χρόνια	3	61,33			
	>31 χρόνια	2	12,50			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Λιγότερο από 8 χρόνια	66	121,60	2.80	6	0.833
	8-10 χρόνια	48	110,97			
	11-14 χρόνια	44	113,58			
	15-18 χρόνια	35	101,17			
	19-24 χρόνια	27	113,00			
	25-30 χρόνια	3	100,33			
	>31 χρόνια	2	91,25			
	Total	225				

	Total	225				
Επικοινωνία	Λιγότερο από 8 χρόνια	66	127,37	11.166	6	0.083
	8-10 χρόνια	48	112,80			
	11-14 χρόνια	44	106,73			
	15-18 χρόνια	35	89,29			
	19-24 χρόνια	27	113,52			
	25-30 χρόνια	3	114,67			
	>31 χρόνια	2	187,00			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Λιγότερο από 8 χρόνια	66	109,20	5.444	6	0.488
	8-10 χρόνια	48	109,42			
	11-14 χρόνια	44	116,53			
	15-18 χρόνια	35	116,51			
	19-24 χρόνια	27	110,52			
	25-30 χρόνια	3	116,83			
	>31 χρόνια	2	212,75			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Λιγότερο από 8 χρόνια	66	125,43	11.281	6	0.080
	8-10 χρόνια	48	95,82			
	11-14 χρόνια	44	115,13			
	15-18 χρόνια	35	99,20			
	19-24 χρόνια	27	121,13			
	25-30 χρόνια	3	115,50			
	>31 χρόνια	2	196,25			
	Total	225				

Στον πίνακα 13 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στα έτη εργασίας στο ορθοπεδικό τμήμα των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 13 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη εργασίας στο ορθοπεδικό τμήμα των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 13: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στα έτη εργασίας στο ορθοπεδικό τμήμα των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Πόσο καιρό εργάζεστε στο ορθοπεδικό τμήμα;	N	Mean Rank	H	df	sig
Το τμήμα στο οποίο	<1 χρόνο	16	109,06	2.448	5	0.784

εργάζεστε	1-5 χρόνια	62	108,62			
	6-10 χρόνια	52	115,88			
	11-15 χρόνια	42	119,27			
	16-20 χρόνια	38	118,55			
	>21 χρόνια	15	93,67			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	<1 χρόνο	16	123,97	8.406	5	0.135
	1-5 χρόνια	62	102,89			
	6-10 χρόνια	52	106,69			
	11-15 χρόνια	42	107,36			
	16-20 χρόνια	38	127,37			
	>21 χρόνια	15	144,37			
	Total	225				
Επικοινωνία	<1 χρόνο	16	95,13	5.132	5	0.400
	1-5 χρόνια	62	106,29			
	6-10 χρόνια	52	107,76			
	11-15 χρόνια	42	119,02			
	16-20 χρόνια	38	128,49			
	>21 χρόνια	15	121,87			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	<1 χρόνο	16	96,66	2.540	5	0.770
	1-5 χρόνια	62	109,87			
	6-10 χρόνια	52	122,31			
	11-15 χρόνια	42	109,61			
	16-20 χρόνια	38	117,00			
	>21 χρόνια	15	110,47			
	Total	225				
Στο νοσοκομείο	<1 χρόνο	16	122,97	7.678	5	0.175
	1-5 χρόνια	62	106,58			
	6-10 χρόνια	52	102,91			
	11-15 χρόνια	42	107,55			
	16-20 χρόνια	38	127,26			



	>21 χρόνια	15	143,00			
	Total	225				

Στον πίνακα 14 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο πλήθος ωρών ανά εβδομάδα εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 14 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο πλήθος ωρών ανά εβδομάδα εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 14: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο πλήθος ωρών ανά εβδομάδα εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	<b>Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο;</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>H</b>	<b>df</b>	<b>sig</b>
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	<20 ώρες την εβδομάδα	42	119,75	5.059	5	0.409
	20-39 ώρες την εβδομάδα	46	110,05			
	40-59 ώρες την εβδομάδα	33	120,71			
	60-79 ώρες την εβδομάδα	51	116,33			
	80-99 ώρες την εβδομάδα	33	113,03			
	>100 ώρες την εβδομάδα	20	84,33			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	<20 ώρες την εβδομάδα	42	99,58	6.002	5	0.306
	20-39 ώρες την εβδομάδα	46	105,59			
	40-59 ώρες την εβδομάδα	33	121,85			
	60-79 ώρες την εβδομάδα	51	114,37			
	80-99 ώρες την εβδομάδα	33	114,85			
	>100 ώρες την εβδομάδα	20	137,07			
	Total	225				
Επικοινωνία	<20 ώρες την εβδομάδα	42	99,70	5.538	5	0.354

	20-39 ώρες την εβδομάδα	46	113,52			
	40-59 ώρες την εβδομάδα	33	130,92			
	60-79 ώρες την εβδομάδα	51	115,80			
	80-99 ώρες την εβδομάδα	33	102,79			
	>100 ώρες την εβδομάδα	20	119,85			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	<20 ώρες την εβδομάδα	42	107,52	1.586	5	0.903
	20-39 ώρες την εβδομάδα	46	113,46			
	40-59 ώρες την εβδομάδα	33	122,59			
	60-79 ώρες την εβδομάδα	51	114,30			
	80-99 ώρες την εβδομάδα	33	114,05			
	>100 ώρες την εβδομάδα	20	102,58			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	<20 ώρες την εβδομάδα	42	99,94	6.033	5	0.303
	20-39 ώρες την εβδομάδα	46	118,82			
	40-59 ώρες την εβδομάδα	33	109,50			
	60-79 ώρες την εβδομάδα	51	106,21			
	80-99 ώρες την εβδομάδα	33	120,98			
	>100 ώρες την εβδομάδα	20	136,98			
	Total	225				

Στον πίνακα 15 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην θέση εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 15 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην θέση εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 15: Έλεγχος Kruskal - Wallis στην θέση εργασίας στο νοσοκομείο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Τί θέση έχετε στο	N	Mean Rank	H	df	sig
--	-------------------	---	-----------	---	----	-----

	νοσοκομείο;					
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Νοσηλεύτης Π.Ε.	16	106,91	4.417	7	0.731
	Νοσηλεύτης Τ.Ε.	93	110,75			
	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	21	113,40			
	Βοηθός θαλάμου	6	67,17			
	Ιατρός	51	121,92			
	Φυσιοθεραπευτής	23	116,07			
	Τεχνικό προσωπικό	6	109,17			
	Διοίκηση	9	120,83			
	Total	225				
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Νοσηλεύτης Π.Ε.	16	92,38	12.844	7	0.076
	Νοσηλεύτης Τ.Ε.	93	114,72			
	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	21	146,36			
	Βοηθός θαλάμου	6	130,58			
	Ιατρός	51	115,00			
	Φυσιοθεραπευτής	23	101,83			
	Τεχνικό προσωπικό	6	68,42			
	Διοίκηση	9	89,28			
	Total	225				
Επικοινωνία	Νοσηλεύτης Π.Ε.	16	125,97	9.761	7	0.203
	Νοσηλεύτης Τ.Ε.	93	113,35			
	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	21	129,14			
	Βοηθός θαλάμου	6	140,83			
	Ιατρός	51	117,90			
	Φυσιοθεραπευτής	23	86,96			
	Τεχνικό προσωπικό	6	84,50			
	Διοίκηση	9	87,83			
	Total	225				
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Νοσηλεύτης Π.Ε.	16	121,69	3.788	7	0.804
	Νοσηλεύτης Τ.Ε.	93	109,44			
	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	21	121,33			
	Βοηθός θαλάμου	6	102,00			
	Ιατρός	51	118,78			
	Φυσιοθεραπευτής	23	104,24			
	Τεχνικό προσωπικό	6	140,08			
	Διοίκηση	9	93,78			
	Total	225				
Το νοσοκομείο	Νοσηλεύτης Π.Ε.	16	109,72	12.612	7	0.082
	Νοσηλεύτης Τ.Ε.	93	116,17			
	Βοηθός Νοσηλεύτη Δ.Ε	21	128,98			
	Βοηθός θαλάμου	6	170,75			
	Ιατρός	51	110,95			
	Φυσιοθεραπευτής	23	93,13			
	Τεχνικό προσωπικό	6	60,75			
	Διοίκηση	9	107,50			
	Total	225				

Στον πίνακα 16 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στην άμεση επαφή ή επικοινωνία των συμμετεχόντων με τους ασθενείς και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Από τον πίνακα 16 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άμεση επαφή ή επικοινωνία των συμμετεχόντων με τους ασθενείς και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι μεγαλύτερο του 5%.

*Πίνακας 16: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην άμεση επαφή ή επικοινωνία των συμμετεχόντων με τους ασθενείς και στους παράγοντες ασφάλειας των ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα*

	Στη θέση εργασία σας, συνήθως έχετε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς;	N	Mean Rank	U	sig
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Ναι	179	112,77	4076.5	0.918
	Όχι	46	113,88		
	Total	225			
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Ναι	179	117,49	3313	0.137
	Όχι	46	95,52		
	Total	225			
Επικοινωνία	Ναι	179	116,48	3493.5	0.108
	Όχι	46	99,45		
	Total	225			
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Ναι	179	109,92	3566.5	0.158
	Όχι	46	124,97		
	Total	225			
Στο νοσοκομείο	Ναι	179	118,48	3136	0.112
	Όχι	46	91,67		
	Total	225			

Στον πίνακα 17 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Spearman, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Από τον πίνακα 17 προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια

αρνητική σχέση ανάμεσα στην «επικοινωνία» και στο «κλίμα του τμήματος στο οποίο εργάζεστε» ( $r = -0.413$ ). Ακόμα, από τον πίνακα 17 προκύπτει ότι υπάρχει ασθενής αρνητική σχέση ανάμεσα στο «κλίμα του τμήματος στο οποίο εργάζεστε» και στην «συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν» ( $r = -0.167$ ,  $p < 5\%$ ) και στο «Νοσοκομείο» ( $r = -0.160$ ,  $p < 5\%$ ). Δηλαδή καθώς το κλίμα του τμήματος στο οποίο εργάζονται καλυτερεύει, μειώνεται η επικοινωνία, η συχνότητα αναφοράς συμβάντων και ο βαθμός συμφωνίας για τις δηλώσεις που αφορούν στο νοσοκομείο.

Ακόμα, από τον πίνακα 17 προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια σχέση ανάμεσα στην σχέση των συμμετεχόντων με τους προϊσταμένους – διευθυντές και στην «επικοινωνία» ( $r = 0.426$ ,  $p < 5\%$ ) και στο «Νοσοκομείο» ( $r = 0.605$ ,  $p < 5\%$ ). Ενώ υπάρχει ασθενής αρνητική σχέση ανάμεσα στην σχέση των συμμετεχόντων με τους προϊσταμένους – διευθυντές και στην συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν ( $r = -0.219$ ,  $p < 5\%$ ). Πιο συγκεκριμένα, καθώς αυξάνεται ο βαθμός σχέσεων των συμμετεχόντων με τους προϊσταμένους – διευθυντές, αυξάνεται το κλίμα επικοινωνίας και του νοσοκομείου, αλλά μειώνεται η συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν.

Επίσης από τον Πίνακα 17 προκύπτει ότι υπάρχει ελάχιστη σχέση ανάμεσα στον βαθμό επικοινωνίας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο και στην συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν ( $r = 0.177$ ,  $p < 1\%$ ) και υπήρχε μέτρια σχέση ανάμεσα στον βαθμό επικοινωνίας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο και στο κλίμα του νοσοκομείου ( $r = 0.451$ ,  $p < 1\%$ ). Πιο συγκεκριμένα, καθώς αυξάνεται ο βαθμός επικοινωνίας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο αυξάνεται η συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν το θετικό κλίμα επικοινωνίας των συμμετεχόντων.

Τέλος από τον πίνακα 17 προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια σχέση ανάμεσα στην επίδοση της μονάδας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και στο κλίμα του νοσοκομείου ( $r = 0.351$ ,  $p < 1\%$ ). Πιο συγκεκριμένα, καθώς αυξάνεται επίδοση της μονάδας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και το θετικό κλίμα του νοσοκομείου.

*Πίνακας 17: Έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των κύριων παραγόντων*

		1	2	3	4	5	6
Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Correlation	1,000	-,122	-,413**	-,167*	-,160*	,037
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	.	,069	,000	,012	,016	,580

	N	225	225	225	225	225	225
Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Correlation Coefficient	-,122	1,000	,426**	-,219**	,605**	,127
	Sig. (2-tailed)	,069	.	,000	,001	,000	,058
	N	225	225	225	225	225	225
Επικοινωνία	Correlation Coefficient	-,413**	,426**	1,000	,177**	,451**	-,024
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,008	,000	,725
	N	225	225	225	225	225	225
Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Correlation Coefficient	-,167*	-,219**	,177**	1,000	-,018	-,017
	Sig. (2-tailed)	,012	,001	,008	.	,789	,802
	N	225	225	225	225	225	225
Το νοσοκομείο σας	Correlation Coefficient	-,160*	,605**	,451**	-,018	1,000	,351**
	Sig. (2-tailed)	,016	,000	,000	,789	.	,000
	N	225	225	225	225	225	225
Αξιολόγηση της επίδοσης της μονάδας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή	Correlation Coefficient	,037	,127	-,024	-,017	,351**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,580	,058	,725	,802	,000	.
	N	225	225	225	225	225	225

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παραπάνω έρευνας ήταν να διερευνηθεί η στάση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα. Σε αυτή την έρευνα έλαβαν μέρος 225 επαγγελματίες υγείας στα ορθοπεδικά τμήματα των νοσοκομείων Άργους, Τζανείου και ΚΑΤ. Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας ήταν γυναίκες, είχαν ηλικία από 36 – 45 ετών, ήταν παντρεμένοι και είχαν παιδιά. Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου, εργάζονταν στο νοσοκομείο «ΚΑΤ», εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο λιγότερο από 8 χρόνια και εργάζονταν στο ορθοπεδικό τμήμα από 1 – 5 χρόνια. Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν σε αυτό το νοσοκομείο από 60 – 79 ώρες την εβδομάδα, ανέφεραν ότι εργάζονται ως νοσηλευτές και είχαν άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς. Τέλος, από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν πως έχουν συνταχθεί και υποβληθεί 1 – 2 αναφορές συμβάντων κατά τους τελευταίους 12 μήνες.

Ακόμα, από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως έχουν αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουν το φόρτο εργασίας και να φροντίσουν σωστά τον ασθενή, πως αναπτύσσουν δραστηριότητες και παίρνουν μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, πως όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολλή δουλειά οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει και πως όταν εφαρμόζουν αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή αξιολογούν στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους. Ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία, πως το προσωπικό δεν επαρκεί και δουλεύει με υπερωρίες για να καταφέρει τη σωστή φροντίδα του ασθενή και πως χρησιμοποιούν περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή.

Επίσης οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα διαφωνούν πως ο προϊστάμενος τους/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή και πως κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος τους /διευθυντής θέλει να δουλεύουν ταχύτερα ακόμη και αν αυτό σημαίνει μειωμένη ασφάλεια των ασθενών. Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως ο προϊστάμενος τους /διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την

ασφάλεια του ασθενή. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως ο προϊστάμενος τους /διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή.

Έπειτα οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας διαφωνούν πως το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του, πως το προσωπικό διστάζει και φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό και πως ενημερώνονται για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα. Ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφωνούν πως στο τμήμα τους εξετάζουν και συζητούν τρόπους για να αποφύγουν την επανάληψη λαθών. Επιπρόσθετα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι σπάνια αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή και ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε. Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες συχνά αναφέρουν ένα λάθος που έχει γίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή. Τέλος, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αξιολογούν μέτρια την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή.

Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες διαφωνούν πως οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς, πως τα τμήματα του νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους και πως μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς. Ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν πως η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη, πως οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα, πως η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν, πως η διοίκησης του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών και πως συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας.

Στην συνέχεια, από την έρευνα προέκυψε ότι οι διαζευγμένοι συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς που δεν έχουν σχέση για τον τρόπο επικοινωνίας στον εργασιακό τους χώρο. Ενώ οι παντρεμένοι ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι από το κλίμα που υπάρχει στο ορθοπεδικό τμήμα σε σχέση με τους διαζευγμένους.



Ακόμα, οι συμμετέχοντες που έχουν παιδιά συμφωνούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς που δεν έχουν για τον τρόπο επικοινωνίας στον εργασιακό τους χώρο.

Έπειτα από την έρευνα προέκυψε ότι καθώς το κλίμα του τμήματος στο οποίο εργάζονται καλυτερεύει, μειώνεται η επικοινωνία, η συχνότητα αναφοράς συμβάντων και ο βαθμός συμφωνίας για τις δηλώσεις που αφορούν το νοσοκομείο. Ακόμα καθώς αυξάνεται ο βαθμός σχέσεων των συμμετεχόντων με τους προϊσταμένους – διευθυντές, αυξάνεται το κλίμα επικοινωνίας και του νοσοκομείου, αλλά μειώνεται η συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν. Επίσης καθώς αυξάνεται ο βαθμός επικοινωνίας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο αυξάνεται η συχνότητα των συμβάντων που αναφέρθηκαν το θετικό κλίμα επικοινωνίας των συμμετεχόντων. Τέλος καθώς αυξάνεται επίδοση της μονάδας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή και το θετικό κλίμα του νοσοκομείου.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα ευρήματα της μελέτης φάνηκε να συμφωνούν σε πολλά σημεία με άλλες διεθνείς μελέτες που έχουν διεξαχθεί προσφάτως. Αρχικά, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα

πως συνήθως δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό για να καλύψει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του υψηλού φόρτου εργασίας, ώστε να προσφερθεί η καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς. Επιπλέον, η έλλειψη προσωπικού δε βοηθάει να αναπτυχθούν δραστηριότητες και να ληφθούν μέτρα που θα βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών. Ενώ η ασφάλεια του ασθενή είναι βασικό μέλημα των επαγγελματιών υγείας, απαιτούνται συχνά υπερωρίες του προσωπικού για να διεκπεραιωθούν οι απαραίτητες ενέργειες προς την ασφαλή και σωστή φροντίδα των ασθενών. Με την άποψη αυτή συμφώνησαν οι Dewa και συνεργάτες (2017), επισημαίνοντας πως η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας που προκαλείται εκτός των άλλων από την έλλειψη προσωπικού και τον αυξημένο φόρτο εργασίας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και την ασφάλεια των ασθενών.

Βρέθηκε ακόμη πως οι προϊστάμενοι /διευθυντές, σύμφωνα με τα λεγόμενα των περισσότερων συμμετεχόντων, ασχολούνται με τα επαναλαμβανόμενα προβλήματα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, δεν απαιτούν από τους εργαζόμενους να δουλέψουν ταχύτερα όταν αυξάνονται οι πιέσεις ή ο φόρτος εργασίας και δίνουν έμφαση στην ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας συμφώνησε πως οι προϊστάμενοι /διευθυντές λαμβάνουν υπόψη τις προτάσεις των εργαζομένων για την ασφάλεια των αρρώστων. Μελέτη των Salyers και συνεργατών (2017) ανέφερε πως οι αυξημένες πιέσεις οδηγούν συχνά τους επαγγελματίες υγείας σε συναισθηματική και σωματική εξάντληση, η οποία σταδιακά οδηγεί σε αρνητική στάση των εργαζομένων, σε χαμηλή ποιότητα φροντίδας και σε μειωμένη ασφάλεια των ασθενών και της υγειονομικής περίθαλψης συνολικά. Σημαντικός παράγοντας για την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και την ενίσχυση της ποιότητας και ασφάλειας των ασθενών βρέθηκε πως ήταν η υποστήριξη και καθοδήγηση των ανωτέρων.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε πως στο τμήμα εργασίας τους γίνεται συζήτηση για πιθανούς τρόπους και στρατηγικές για την αποφυγή της επανάληψης σφαλμάτων κατά την εργασία. Επίσης, παρατηρήθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας σπανίως ανέφεραν τα λάθη εκείνα που έγιναν αλλά δεν έβλαψαν τον ασθενή, σε αντίθεση με τα λάθη που έγιναν αλλά μπορούσαν αργότερα να επιλυθούν πριν να βλάψουν τον άρρωστο. Μελέτη των Omura και συνεργατών (2017) έδειξε πως τα προγράμματα κατάρτισης για σωστή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας

μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ανταλλαγή πληροφοριών, εμπειριών, τις ικανότητες επικοινωνίας και συνεργασίας, την αποφυγή ατυχημάτων και λαθών κατά την εργασία, καθώς και τη στάση και συμπεριφορά των εργαζομένων αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών.

Η επίδοση της μονάδας του νοσοκομείου αξιολογήθηκε ως μέτρια αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών από τους περισσότερους συμμετέχοντες. Σύμφωνα με τους Azyabi και λοιπούς ερευνητές (2021), φαίνεται πως υπάρχει ακόμη και σήμερα αβέβαιη ή ανεπαρκής ασφάλεια των ασθενών κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει παγκοσμίως για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας υγείας και της ασφάλειας των ασθενών, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάσταση. Το φύλο, η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία είναι βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με αρνητική στάση και συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών. Αδυναμίες και ελλείψεις των νοσοκομειακών μονάδων, κακή οργάνωση της διοίκησης, ανεπαρκής ηγεσία και ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού είναι μερικοί μόνο από τους παράγοντες που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη μιας υγιούς κουλτούρας ασφάλειας των ασθενών στον τομέα της υγείας.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Συνοψίζοντας, τόσο από την προσωπική έρευνα όσο και από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, φάνηκε πως η στάση των επαγγελματιών υγείας για την

ασφάλεια των ασθενών επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εργασιακή εμπειρία, η οικογενειακή κατάσταση και η ψυχολογική ή κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν. Οι ανώτεροι και η διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων οφείλουν να στηρίζουν, να καθοδηγούν και να εκπαιδεύουν τους εργαζόμενους, με απώτερο στόχο την ενίσχυση της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Σημαντικά είναι τα προγράμματα και οι δράσεις εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών, που περιλαμβάνουν εκτός των άλλων τεχνικές σωστής επικοινωνίας και μεθόδους αποφυγής ενδεχόμενων σφαλμάτων.

Συνεπώς, η ασφάλεια των ασθενών πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τον επαγγελματία υγείας. Αναγκαία κρίνεται η διαμόρφωση και υιοθέτηση των κατάλληλων στρατηγικών μεθόδων για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών, κυρίως στην ορθοπεδική χειρουργική, έναν κλάδο που ακόμη και σήμερα εμφανίζει ένα μεγάλο αριθμό σφαλμάτων και ατυχημάτων. Σημαντική είναι φυσικά και η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ενίσχυση ή μη της ασφάλειας των ασθενών τόσο στον τομέα της ορθοπεδικής όσο και στον ευρύτερο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdella, N.M., Tefera, M.A., Eradie, A.E., Landers, T.F., Malefia, Y.D., Alene, K.A. (2014). Hand hygiene compliance and associated factors among healthcare providers in Gondar university hospital, Gondar, North West Ethiopia. *BMC Public Health* 14.

Aletras, V. H., Klinis, S., Mavrodi, A. G., Kakalou, D., Ntantana, A., Mallidou, A. A., & Niakas, D. A. (2020). A cross-sectional study of patient safety culture in acute-care hospitals in Greece. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 25(3), 106-116.

An, J., Kim, S.J., Park, S., Moon, K.T., Park, E.C. (2017). The effects of patient education on patient safety: Can we change patient perceptions and attitudes?: Lessons from the Armed Forces Capital Hospital in Korea. *Int. J. Qual. Health Care*, 29, 392–398.

Azyabi, A., Karwowski, W., Davahli, M.R. (2021). Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*, 18(5), 2466.

Bakr, R.H., Jarrar, M.K., Abumadini, A.I., Larbi, E.B. (2019). Effect of leadership support, work conditions and job security on job satisfaction in a medical college. *Saudi. J. Med. Med. Sci*, 7, 100.

Barros, S. A., Sampaio, P., & Saraiva, P. (2014). Quality management principles and practices impact on the companies' quality performance. In *Proceedings of the 1st International Conference on Quality Engineering and Management*.

Batalden, P., Bate, P., Webb, D. & McLoughlin, V. (2011). Planning and Leading a Multidisciplinary Colloquium to Explore the Epistemology of Improvement. *BMJ Quality & Safety*, 20(1), 1-4.

Blocker, R.C., Forsyth, K.L., Branaghan, R.J., Hallbeck, S. (2017). Operative traffic in orthopedics: A glimpse into surgical team transformations, Perioperative Care and Operating Room Management, 8, 29-32.

Buttall, P., Hendler, R., & Daley, J. (2008). Quality in healthcare: concepts and practice. *The business of healthcare*, 3(8), 61-94.

Cheng, E., Sanders, A., Cohen, A., & Bever, C. (2014). Quality measurement: here to stay. *Neurology Clinical Practice*, 4(5), pp.441–6.

Claver, E., Tari, J.J. & Molina, J.F. (2003). Critical factors and results of quality management: an empirical study. *Total Quality Management*, 14(1), 91-118.

Council of the European (2009). Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections, 2009/C 151/01.

De Brun, A., Heavey, E., Waring, J., Dawson, P., & Scott, J. (2016). PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. *Health Expectations*, 20, 771-778.

De Wet, C., Johnson, P., Mash, R., McConnachie, A., & Bowie, P. (2012). Measuring Perceptions of Safety Climate in Primary Care: A Cross-sectional Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 135-142.

Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7(6), e015141.

Dixon, J., Tillman, M., Wehbe-Janek, H., Song, J., & Papaconstantinou, H. (2015). Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do They Feel Safe? *The Ochsner Journal*, 15, 143–148.

Doherty, C., & Stavropoulou, C. (2012). Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 75(2), 257-63.

Ehsani, S.R., Cheraghi, M.A., Nejati, A., Salari, A., Esmaeilpoor, A.H., Nejad, E.M. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department, *J Med Ethics Hist Med* 6, 11.

El-Jardali, F., Jaafar, M., Dimassi, H., Jamal, D., & Hamdan, R. (2010). The current state of patient safety culture in Lebanese hospitals: a study at baseline. *Int J Qual Health Care*, 22(5), 386–95.

Erler, C., Edwards, N., Ritchey, S., Pesut, D., Sands, L., & Wu, J. (2013). Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. *Air Medical Journal*, 32(4), 208-215.

Gardner-Thorpe, J., Love, N., Wrightson, J., Walsh, S., Keeling, N. (2006). The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *Ann R Coll Surg Engl*, 88(6):571–575.

Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N., & Misset, B. (2012). Overview of medical errors and adverse events. *Ann Intensive Care*, 16(1), 2.

Glendon, A.I., Clarke, S.G., Mackenna, E.F. (2006). “Human Safety and Risk Management”. CRC Press, 367.

Groves, P. S., Meisenbach, R. J., & Scott-Cawiezell, J. (2011). Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of advanced nursing*, 67(8), 1846-1855.

Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20(4), 338-343.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., et al. (2009). Safe Surgery Saves Lives Study Group A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*, 360(5), 491–499.

Hor, S. Y., Godbold, N., Collier, A., & Iedema, R. (2013). Finding the patient in patient safety. *Health (London)*, 17(6), 567-83.

Kalisch, B., Curley, M., & Stefanov, S. (2007). An Intervention to Enhance Nursing Staff Teamwork and Engagement. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), pp.77-84.

Kutaimy, R., Zhang, L., Blok, D. (2018). Integrating patient safety education into early medical education utilizing cadaver, sponges, and an inter-professional team. *BMC Med. Educ*, 18, 215.

Laal, F., Fazli, B., Balarak, D., Dalir, F., Mohammadi, M., & Mirzaei, R. (2016). Attitude toward the Patient Safety Culture in healthcare systems. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 4(2), 363-368.

Lipitz-Snyderman, A., Steinwachs, D., Needham, D., Colantuoni, E., Morlock, L. & Pronovost, P. (2011). Impact of a Statewide Intensive Care Unit Quality Improvement Initiative on Hospital Mortality and Length of Stay: Retrospective Comparative Analysis. *BMJ* 342:d219.

Magalhães, D.E., Diovane, C., Caren, D.E., Thiane, M., Amanda, D.A., Gisela, M. (2017). Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 51, e03255.

Miller, M., Grisvold, M., Harris, M., Yenokan, G., Huskins, C., Moss, M. et al. (2010). Decreasing PICU Catheter-Associated Bloodstream Infections: NACHRI's Quality Transformation Efforts. *Pediatrics*, 125(2), pp.206-13.

Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R., Dunt, D., & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 22(1), 11-18.

Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77-89.

Neily, J., Mills, P.D., Paull, D.E., et al. (2012). Sharing lessons learned to prevent incorrect surgery. *Am Surg*, 78, 1276-80.

Nicolaou, N., & Kentas, G. (2017). Total quality management implementation failure reasons in healthcare sector. *Journal of Health Science*, 5(110-113).

Norman, G., & Eva, K. (2010). Diagnostic error and clinical reasoning. *Med Educ*, 44(1), 94-100.

Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., Stone, T.E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 76, 120-128.

Panesar, S.S., Carson-Stevens, A., Salvilla, S.A., Patel, B., Mirza, S.B., Mann, B. (2013). Patient safety in orthopedic surgery: prioritizing key areas of iatrogenic harm through an analysis of 48,095 incidents reported to a national database of errors. *Drug Healthc Patient Saf*, 5, 57-65.



Parand, A., Dopson, S. & Vincent, C. (2012). The Role of Chief Executive Officers in a Quality Improvement Initiative: A Qualitative Study. *BMJ Open*, 3(1),e001731.

Parand, A. et al. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review, 4(9), e005055.

Prokuski, L. (2008). Prophylactic antibiotics in orthopedic surgery. *J Am Acad Orthop Surg*, 16, 283-93.

Ravaghi, H., Barati Marnani, A., Hosseini, A.F., Takbiri, A. (2012). The relationship between health care providers' perceptions of patient safety culture and patients' perceptions of medical errors in teaching hospitals in Tehran: 2011. *Journal of Health Administration*, 15(48), 57-68.

Rothschild, J.M., Keohane, C.A., Cook, E.F., et al. (2005). A controlled trial of smart infusion pumps to improve medication safety in critically ill patients. *Crit Care Med*, 33, 533-40.

Salyers, M.P., Bonfils, K.A., Luther, L., Firmin, R.L., White, D.A., Adams, E.L., Rollins, A.L. (2017). The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*, 32(4), 475-482.

Sandars, J., Cook, G. (2007). ABC της ασφάλειας του ασθενούς. Αθήνα, εκδόσεις Παρισιάνου.

Sewell, M., Adebibe, M., Jayakumar, P., et al. (2011). Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop*, 35, 897-9.

Sunol, R., Wagner, C., Arah, O., Shaw, C., Kristensen, S., Thompson, C. et al. (2014). Evidence-based organisation and patient safety strategies in European hospitals. *Int J Qual Health Care*, 26(1), 47-55.

Vincent, C. (2007). Incident reporting and patient safety. *BMJ*, 334(7584), 51-51.

Walsche, K., & Shortell, M. (2004). When things go wrong: How health care organizations deal with major failures. *Health Affairs*, 23(3), 103-111.

WHO (2002). Prevention of hospital – acquired infections. [www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf)

WHO (2014). About injection safety, [www.who.int/injection-safety/about/en/](http://www.who.int/injection-safety/about/en/)

Wong, D.A., Herndon, J.H., Canale, S.T., et al. (2009). Medical errors in orthopaedics: results of an AAOS member survey. *J Bone Joint Surg Am*, 91(3), 547–557.

Αγγελή, Ε., Καπάκη, Β. (2020). Η κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών σε ένα γενικό περιφερειακό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(4), 480-489.

Αλεξόπουλος, Ε. (2007). Ελληνική και διεθνής εμπειρία εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Αθήνα, Οδηγός για την εκτίμηση και πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου.

Βελονάκη, Σ. (2017). Η φιλοσοφία της υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου. Αθήνα, Πρακτικά ημερίδας, σελ. 1-4.

Βλάστος, Σ. (2012). Ατομικό εργατικό δίκαιο. Αθήνα, Εκδόσεις Σακκούλα.

Βελονάκη, Ε., Σουρτζή, Π. (2009). Υγεία και εργασία: Εξέλιξη της εργασίας – προστασία και προαγωγή υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Βελονάκη, Μ., Τσαλίγογλου, Φ. (2005). Σύστημα διαχείρισης Υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία σε νοσοκομείο. Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ.

ΚΕΕΛΠΝΟ (2014). Πολυανθεκτικά παθογόνα στα νοσοκομεία. [www.keelpono.gr/el.gr/νοσήματα/θέματα/αυγείας/πολυανθεκτικά/παθογόνα/στανοσοκομεία.aspx](http://www.keelpono.gr/el.gr/νοσήματα/θέματα/αυγείας/πολυανθεκτικά/παθογόνα/στανοσοκομεία.aspx)

Λεμονίδου, Χ., Πατηράκη, Ε. (2006). Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής. Αθήνα Πασχαλίδης.

Μήτσης, Δ., Κελέση, Μ., Καπάδοχος, Θ. (2012). Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 11ος, τεύχος 2ο.

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

Πετρίδης, Ε., Λαβράνος, Γ., Ραφτόπουλος, Β. (2013). Διερεύνηση του κλίματος ασφάλειας στους παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους γενικού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(4), 449-455.

Πολλάλης, Γ., Βοζίκης, Α., Ρήγα, Μ. (2012). Ποιοτικά χαρακτηριστικά των ιατρικών σφαλμάτων: Ερευνητικά ευρήματα από την Ελλάδα. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 11ος τεύχος 4ο.

Ταργουτζίδης, Α. (2007). Υγεία και ασφάλεια στην εργασία. Οικονομική διάσταση και μηχανισμοί πρόκλησης εργατικών ατυχημάτων, Θεσσαλονίκη. Διδακτορική διατριβή Αριστοτέλειου πανεπιστημίου, Τμήμα Ιατρικής.

### **Ιστοσελίδες**

<https://odipy.gov.gr/> (Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία)

<https://www.nomotelia.gr/photos/File/14736-22.pdf> (Εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας)

## Παράρτημα Α:

Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ασφάλεια ασθενών που νοσηλεύονται σε ορθοπεδικά τμήματα

### Ερωτηματολόγιο

(Hospital Survey on Patient Safety Culture, ελληνική έκδοση)

#### Ενότητα Α: Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε

1. Παρακαλώ δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το ορθοπεδικό τμήμα στο οποίο εργάζεστε.

Σκεφτείτε το ορθοπεδικό σας τμήμα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο					
Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας και να φροντίσουμε σωστά τον ασθενή					
Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε					
Οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό					
Το προσωπικό δεν επαρκεί και δουλεύει με υπερωρίες για να καταφέρει τη σωστή φροντίδα του ασθενή					
Αναπτύσσουμε δραστηριότητες και παίρνουμε μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή					
Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ότι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή					
Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος του					
Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ, προς όφελος του ασθενή					
Είναι θέμα τύχης που δε συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ					
Όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολλή δουλειά, οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει					
Όταν αναφέρεται ένα “συμβάν” υπάρχει η εντύπωση ότι κατηγορείται ο εργαζόμενος αντί να καταγράφεται το πρόβλημα καθαυτό					

Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους					
Εργαζόμαστε σα να υπάρχει “επείγουσα ανάγκη”, προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα για να τα προλάβουμε όλα					
Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία					
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο					
Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών					
Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών					

### Ενότητα Β: Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας

1. Παρακαλώ δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με τον άμεσο προϊστάμενο/διευθυντή σας ή το άτομο στο οποίο λογοδοτείτε απευθείας.

Σκεφτείτε το ορθοπεδικό σας τμήμα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή					
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή					
Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος μου/διευθυντής θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη και αν αυτό σημαίνει μειωμένη ασφάλεια των ασθενών					
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή					

### Ενότητα Γ: Επικοινωνία

1. Πόσο συχνά συμβαίνουν τα ακόλουθα στον εργασιακό σας χώρο, μονάδα;

Σκεφτείτε το ορθοπεδικό σας τμήμα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων					
2. Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει τις αναφορές συμβάντων					
3. Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα					
4. Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του					
5. Στο τμήμα μας εξετάζουμε και συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών					
6. Το προσωπικό διστάζει και φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό					

#### Ενότητα Δ: Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν

1. Στον εργασιακό σας χώρο/μονάδα του νοσοκομείου σας, πόσο συχνά αναφέρονται τα ακόλουθα λάθη, όταν συμβαίνουν;

Σκεφτείτε το ορθοπεδικό σας τμήμα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;					
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή;					
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;					

#### Ενότητα Ε: Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή

1. Παρακαλώ αξιολογήσετε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή. (Σημειώστε μία απάντηση)

Άριστη  
 Πολύ καλή  
 Αποδεκτή/μέτρια  
 Ελλιπής  
 Αποτυχημένη

### Ενότητα Στ: Το νοσοκομείο σας

1. Παρακαλώ δηλώστε τη συμφωνία ή διαφωνία σας με τις παρακάτω δηλώσεις σχετικά με το νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε.

Σκεφτείτε το ορθοπεδικό σας τμήμα	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ / ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών					
Τα τμήματα του νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους					
Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μία μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες και ξεφεύγουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους					
Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ εκείνων των μονάδων του νοσοκομείου που χρειάζονται να δουλεύουν συλλογικά					
Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας					
Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη					
Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου με σοβαρές συνέπειες					
Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα					
Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν					
Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς					

Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς					
---	--	--	--	--	--

**Ενότητα Ζ: Αριθμός συμβάντων που έχουν αναφερθεί τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες αναφορές συμβάντων έχετε συντάξει και υποβάλει; (σημειώστε μία απάντηση)**

Καμία αναφορά

1 έως 2 αναφορές

3 έως 5 αναφορές

6 έως 10 αναφορές

11 έως 20 αναφορές

21 ή περισσότερες αναφορές

**Ενότητα Η: Πληροφορίες που αφορούν στο υπόβαθρο του προσωπικού**

1. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεστε;

A. Γενικό Νοσοκομείο Άργους

B. Γενικό Νοσοκομείο «Τζανειο»

Γ. Γενικό Νοσοκομείο «ΚΑΤ»

2. Πόσο διάστημα εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο;

8-10 χρόνια

11-14 χρόνια

15-18 χρόνια

19-24 χρόνια

25-30 χρόνια

>31 χρόνια

3. Πόσο καιρό εργάζεστε στο ορθοπεδικό τμήμα;

<1 χρόνο

1-5 χρόνια

6-10 χρόνια

11-15 χρόνια



16-20 χρόνια

>21 χρόνια

4. Συνήθως πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε σε αυτό το νοσοκομείο;

<20 ώρες την εβδομάδα

20-39 ώρες την εβδομάδα

40-59 ώρες την εβδομάδα

60-79 ώρες την εβδομάδα

80-99 ώρες την εβδομάδα

>100 ώρες την εβδομάδα

5. Τί θέση έχετε στο νοσοκομείο; (σημειώστε μία απάντηση)

1. Νοσηλευτής Π.Ε.
2. Νοσηλευτής Τ.Ε.
3. Βοηθός Νοσηλευτή Δ.Ε.
4. Βοηθός θαλάμου
5. Νοσοκόμος
6. Ειδικός ιατρός
7. Φαρμακοποιός
8. Διαιτολόγος
9. Βοηθός μονάδας
10. Φυσιοθεραπευτής
11. Τεχνικό προσωπικό
12. Διοίκηση

Άλλο

6. Στη θέση εργασίας σας, συνήθως έχετε άμεση επαφή ή επικοινωνία με τους ασθενείς;

Ναι

Όχι

7. Ποιο είναι το φύλο σας;

Ανδρας

Γυναίκα

8. Ηλικία

A. Κάτω των 25 ετών

B. 26 – 35 ετών

Γ. 36 – 45 ετών

Δ. 46 – 55 ετών

E. 56 – 65 ετών

Στ. Πάνω από 66 ετών

9. Οικογενειακή κατάσταση

A. Χωρίς σχέση

B. Σε σχέση

Γ. Παντρεμένος/η

Δ. Διαζευγμένος/η

E. Άλλο .....

10. Ύπαρξη παιδιών

A. Ναι

B. Όχι

11. Μορφωτικό επίπεδο

A. Απολυτήριο Δημοτικού

B. Απολυτήριο γυμνασίου – λυκείου – ΙΕΚ

Γ. Απόφοιτος ΤΕΙ

Δ. Απόφοιτος ΑΕΙ

E. Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου

Στ. Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου

## Παράρτημα Β: Παραγοντική ανάλυση

Πίνακας 1: Έλεγχος KMO και Bartlett's Test of Sphericity

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.822
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1986.282
	df	903
	Sig.	.000

Πίνακας 2: Διακύμανση παραγόντων

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.282	16.936	16.936	8.450	19.652	16.936
2	5.114	11.893	28.829	6.406	14.898	28.829
3	3.695	8.594	37.423	5.496	11.926	37.423
4	3.555	8.267	45.690	5.356	12.455	45.690
5	3.078	7.157	52.847	5.195	12.080	52.847
6	2.825	6.569	59.416	5.128	12.781	59.416
7	2.671	6.212	65.628			
8	2.117	4.923	70.552			
9	1.801	4.188	74.739			
10	1.433	3.332	78.071			
11	1.292	3.005	81.076			
12	1.168	2.716	83.792			
13	.959	2.229	86.022			
14	.717	1.667	87.689			
15	.636	1.480	89.168			
16	.512	1.191	90.359			
17	.502	1.167	91.526			
18	.441	1.025	92.550			
19	.410	.953	93.503			
20	.344	.799	94.303			
21	.295	.686	94.988			
22	.289	.672	95.660			
23	.245	.570	96.230			
24	.221	.514	96.744			
25	.194	.452	97.196			
26	.165	.384	97.580			
27	.162	.377	97.956			
28	.147	.341	98.298			
29	.119	.277	98.574			
30	.114	.266	98.840			
31	.101	.235	99.075			
32	.077	.179	99.254			
33	.072	.168	99.422			
34	.063	.147	99.569			
35	.043	.100	99.669			

36	.040	.093	99.762			
37	.033	.078	99.840			
38	.025	.059	99.899			
39	.017	.041	99.940			
40	.010	.024	99.963			
41	.008	.018	99.981			
42	.006	.013	99.994			
43	.003	.006	100.000			
Extraction Method: Principal Component Analysis.						

Πίνακας 3: Παράγοντες

	Το τμήμα στο οποίο εργάζεστε	Ο προϊστάμενος σας / Διευθυντής σας	Επικοινωνία	Συχνότητα συμβάντων που αναφέρθηκαν	Βαθμολογία της ασφάλειας του ασθενή	Το νοσοκομείο σας
Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο	-,739					
Έχουμε αρκετό προσωπικό για να αντιμετωπίσουμε το φόρτο εργασίας και να φροντίσουμε σωστά τον ασθενή	,737					
Όταν έχουμε πολλή δουλειά η οποία πρέπει να γίνει γρήγορα, εργαζόμαστε ομαδικά για να την τελειώσουμε	-,736					
Οι εργαζόμενοι φέρονται ο ένας στον άλλο με σεβασμό	,687					
Το προσωπικό δεν επαρκεί και δουλεύει με υπερφορίες για να καταφέρει τη σωστή φροντίδα του ασθενή	-,644					

Αναπτύσσουμε δραστηριότητες και παίρνουμε μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή	,639					
Χρησιμοποιούμε περισσότερο εποχιακό προσωπικό από ό,τι θα έπρεπε για τη σωστή φροντίδα του ασθενή	-,613					
Το προσωπικό έχει την αίσθηση ότι τα λάθη του μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε βάρος του	,596					
Τα λάθη έχουν οδηγήσει σε θετικές αλλαγές εδώ, προς όφελος του ασθενή	-,580					
Είναι θέμα τύχης που δε συμβαίνουν σοβαρότερα λάθη εδώ	-,572					
Όταν κάποιος εργαζόμενος έχει πολλή δουλειά, οι υπόλοιποι τον βοηθούν ώστε να ανταπεξέλθει	,532					
Όταν αναφέρεται ένα "συμβάν" υπάρχει η εντύπωση ότι κατηγορείται ο εργαζόμενος αντί να καταγράφεται το πρόβλημα καθαυτό	-,487					

Όταν εφαρμόζουμε αλλαγές για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή, αξιολογούμε στη συνέχεια την αποτελεσματικότητα τους	,480					
Εργαζόμαστε να να υπάρχει “επείγουσα ανάγκη”, προσπαθώντας να κάνουμε υπερβολικά πολλά, υπερβολικά γρήγορα για να τα προλάβουμε όλα	-,478					
Η ασφάλεια του ασθενή δε θυσιάζεται ποτέ προκειμένου να διεκπεραιωθεί περισσότερη εργασία	,475					
Το προσωπικό ανησυχεί ότι τα λάθη τους καταγράφονται στον υπηρεσιακό τους φάκελο	,462					
Έχουμε προβλήματα με την ασφάλεια των ασθενών	,459					
Οι διαδικασίες και τα συστήματα που εφαρμόζουμε είναι αποτελεσματικά όσον αφορά την πρόληψη λαθών	,452					

Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λέει έναν καλό λόγο όταν η δουλειά γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή		,796				
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις προτάσεις του προσωπικού για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή		-,745				
Κάθε φορά που η πίεση αυξάνει ο προϊστάμενος μου/διευθυντής θέλει να δουλεύουμε ταχύτερα ακόμη και αν αυτό σημαίνει μειωμένη ασφάλεια των ασθενών		,732				
Ο προϊστάμενος μου/διευθυντής παραβλέπει επαναλαμβανόμενα προβλήματα ασφάλειας του ασθενή		-,626				
Μας ενημερώνουν για τις αλλαγές που πραγματοποιούνται με βάση τις αναφορές συμβάντων			,755			

Το προσωπικό θα μιλήσει ελεύθερα αν δει κάτι που μπορεί να επηρεάσει τις αναφορές συμβάντων			,655			
Ενημερωνόμαστε για τα λάθη που συμβαίνουν στο τμήμα			,638			
Το προσωπικό μπορεί ελεύθερα να αμφισβητεί τις αποφάσεις ή ενέργειες των ανωτέρων του			,584			
Στο τμήμα μας εξετάζουμε και συζητούμε τρόπους για να αποφύγουμε την επανάληψη λαθών			,458			
Το προσωπικό διστάζει και φοβάται να θέσει ερωτήσεις όταν κάτι δε φαίνεται σωστό			-,428			
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει, αλλά εντοπίζεται και διορθώνεται πριν επηρεάσει τον ασθενή;				,584		
Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει αλλά δε θα βλάψει τον ασθενή;				,504		



Πόσο συχνά αναφέρεται ένα λάθος που έχει γίνει και το οποίο θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή, αλλά τελικά δεν τον έβλαψε;					-,503	
Παρακαλώ αξιολογήσετε την επίδοση της μονάδας σας στο νοσοκομείο σχετικά με την ασφάλεια του ασθενή						,573
Η διοίκηση του νοσοκομείου καλλιεργεί κλίμα εργασίας που προάγει την ασφάλεια των ασθενών						,580
Τα τμήματα του νοσοκομείου δε συντονίζονται καλά μεταξύ τους						,565
Κατά τη μεταφορά των ασθενών από τη μία μονάδα στην άλλη περνάνε απαρατήρητες και ξεφεύγουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία τους						,536
Υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ εκείνων των μονάδων του νοσοκομείου που χρειάζονται να δουλεύουν συλλογικά						,525

Συχνά, σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλεία των ασθενών χάνονται κατά την αλλαγή της βάρδιας						-,519
Η συνεργασία με το προσωπικό άλλων μονάδων του νοσοκομείου είναι συχνά δυσάρεστη						,493
Συχνά δημιουργούνται διάφορα προβλήματα κατά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μονάδων του νοσοκομείου με σοβαρές συνέπειες						,450
Οι ενέργειες της διοίκησης του νοσοκομείου δείχνουν ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί κύρια προτεραιότητα						,448
Η διοίκηση του νοσοκομείου μοιάζει να ενδιαφέρεται για την ασφάλεια των ασθενών μόνο όταν συμβαίνει κάποιο δυσάρεστο συμβάν						,438
Οι μονάδες του νοσοκομείου συνεργάζονται αρμονικά μεταξύ τους ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη στους ασθενείς						,422

Οι αλλαγές βάρδιας στο νοσοκομείο προκαλούν προβλήματα στους ασθενείς						-,409
--	--	--	--	--	--	-------